

Universidad Nacional de Costa Rica

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Sociología

Trabajo Final de Graduación modalidad seminario para optar por el grado
de Licenciatura en Sociología

Tema

Análisis cuantitativo sobre el acceso a la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de
género en Costa Rica, período 2000-2023

Estudiantes:

Irene Araya Álvarez

Lucía Jiménez Ramírez

Hazel Loaiza Flores

Meybell Martínez Coronado

Febrero, 2026

Agradecimientos

Agradezco profundamente a Carolina, la tutora de esta investigación, por su carisma y dedicación para trabajar con nosotras durante el proceso, no hubiera sido posible sin su apoyo y empuje constante. Por coincidencia de la vida me encontré con Caro nuevamente, en el espacio de investigación del género, y topé con un hilo de exploración que me ayudó a comprender y transitar un proceso personal.

Extiendo este agradecimiento también al comité asesor, Karla y María José, por su tiempo y disposición para la revisión y corrección de la investigación.

Agradezco ampliamente al personal del INEC y del MINSA por su colaboración detallada sobre las dudas que fueron surgiendo en el camino, respecto a las estadísticas e información sobre el cáncer de mama.

Y no puedo dejar de externar mi gratitud a Emiler Segura, por su generosa y desinteresada ayuda en compartir su conocimiento sobre QGIS y SNIT, al igual que a Geovana Calderón por ser el puente de contacto.

Irene Araya Álvarez

Dedicatorias

Este esfuerzo de concluir la tesis de licenciatura realmente es una recompensa personal muy satisfactoria, y está dedicada a mi mamá, María Esther Álvarez Rodríguez, quien falleció por cáncer de mama en 2009 y a quien debo gran parte de mi determinación. Ma, te encuentro en muchos lugares.

Irene Araya Álvarez

Agradecimientos

Agradezco a la Educación Pública de Costa Rica, por brindarme las herramientas y el deseo y posibilidad de ser profesional, a la profesora Carolina por este espléndido Seminario que me permitió jugar con los datos y descubrirme en las estadísticas, por todo su acompañamiento y paciencia con nosotras. Agradezco también al comité asesor, Karla y María José, por su tiempo y la oportunidad de que nos leyeran y compartieran sus saberes con nosotras.

Hazel Loaiza Flores

Dedicatorias

Este proceso no sería sin el apoyo de mis madres, Evelia Flores Jiménez y Kattia Flores Jiménez. Gracias por tanto siempre. Dedico también esto a todas mis profes, siempre me hicieron saber que puedo crear y aunque sea aportar un granito, es un granito para el cambio, gracias a la profesora Mayra Segura, sus saberes los llevo conmigo.

Hazel Loaiza Flores

Agradecimientos

Agradezco, en primer lugar, a Dios, fuente de mi vida, sabiduría y fortaleza, por haberme sostenido en cada paso de este camino, incluso en los momentos en que sentí desfallecer. A mis padres, Virgenza Mercedes Coronado Romero y Manuel de Jesús Martínez Castro, gracias por ser mi raíz y mi refugio: por su amor incondicional, sus sacrificios silenciosos y por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mí misma. A mis lectoras Karla y María José, gracias por su tiempo, su mirada crítica y generosa, y por enriquecer este trabajo con su experiencia y compromiso.

A mi prometido, Kevin Josué Soto Rodríguez, gracias por ser mi compañero de vida, por tu paciencia infinita, por tus palabras de aliento cuando más las necesitaba y por recordarme siempre quién soy. Y a todas las personas que me acompañaron de alguna manera en este proceso con un café, un mensaje, un abrazo o simplemente con su presencia, quiero que sepan que cada uno de ustedes ha dejado una huella profunda en esta etapa que hoy culmina con gratitud y emoción.

Meybell Martínez Coronado

Dedicatorias

A mí misma, porque a pesar del cansancio, las dudas y los muchos momentos en los que sentí que no podía, seguí adelante. Este esfuerzo es mucho más que un trabajo académico: es la prueba de mi constancia, mi fuerza y mi capacidad de superarme. Hoy me abrazo con orgullo, reconociendo todo lo que logré, lo que aprendí, y en quién me convertí durante este proceso.

Y con todo mi cariño y gratitud a la tutora Carolina Sánchez Hernández, por haber sido una guía tan humana y cercana, por su paciencia infinita, sus palabras justas y su confianza en mí incluso en los momentos más difíciles. Gracias.

Meybell Martínez Coronado

Agradecimientos

Le agradezco a mi entorno, especialmente a mi mamá, por ser ese pilar tan importante en mi vida. También a mi mejor amigo por inspirarme a crecer y nunca rendirme. Agradezco enormemente a la profesora y tutora, Carolina, pues siempre ha tenido la mayor disposición en guiarnos y motivarnos, y aún en momentos complicados del proceso, ella nunca dejó de inspirarnos. También agradezco al equipo de lectoras, María José y Karla, por tomar el tiempo en leer y analizar cada página de la investigación, su aporte fue muy enriquecedor.

Lucía Jiménez Ramírez

Dedicatorias

Dedico esta investigación a todas las y los familiares de las mujeres afectadas, así como las madres que desafortunadamente fallecieron, esperamos que nuestro aporte expuesto sea un buen inicio para visibilizar la problemática y generar cambios. Así como también le dedico esta Licenciatura a mi familia, por el apoyo en el desarrollo de la investigación.

Lucía Jiménez Ramírez

Listado de Siglas

ADC	Asociación Demográfica Costarricense
CAIS	Centro de Atención Integral en Salud
CCP	Centro Centroamericano de Población
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CPJ	Consejo de la Persona Joven
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENSSR	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ENPSP	Encuesta Nacional de Percepción de los Servicios Públicos
IDA	Instituto de Desarrollo Agrario
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDESPO	Instituto de Estudios Sociales en Población
IGN	Instituto Geográfico Nacional
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
MCJ	Ministerio de Cultura y Juventud
MINSA	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PAES	Programas de Ajuste Estructural
REDATAM	Recuperación de Datos para áreas Pequeñas por Microcomputador

RNT	Registro Nacional de Tumores
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad
SNIT	Sistema Nacional de Información Territorial
UCR	Universidad de Costa Rica
UNA	Universidad Nacional de Costa Rica
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UPM	Unidades Primarias de Muestreo
U.S	Unidades Sanitarias
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

Tabla de contenido

Listado de Siglas.....	6
Resumen	11
Presentación.....	12
Introducción	14
Justificación	16
Antecedentes.....	17
Indicadores de Salud en Costa Rica. Aproximaciones sobre el Acceso al Sistema de Salud	17
Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix a Nivel Nacional en las Últimas Dos Décadas..	21
Salud Sexual, Salud Reproductiva y Mortalidad Materna.....	23
Estado de la Cuestión.....	26
Investigaciones sobre Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix en Costa Rica	26
Información sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Mortalidad Materna.....	30
Construcción del Objeto Sociológico	33
Problematización	33
Objetivos.....	39
Objetivo General	39
Objetivos Específicos.....	39
Marco Teórico.....	40
Interseccionalidad desde Feminismos Latinoamericanos.....	40
Salud Pública.....	47
Estrategia Metodológica.....	51
Sustento Teórico Metodológico	51
Naturaleza y Tipo de Investigación	52
Objeto de Estudio	53
Técnicas e Instrumentos que serán empleados en el proceso investigativo.....	54
Consideraciones éticas	55
Capítulo I: Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Mama en Costa Rica: Un Análisis Etario y Cantonal de las Mujeres. 2000-2023.....	56
Resumen	56
Introducción	57
Metodología	58
Elementos metodológicos por considerar:.....	59

Principales Resultados.....	60
Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres	60
Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres. Costa Rica, 2000-2022	61
Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres por Edad Quinquenal. Costa Rica, 2000-2022.....	62
Tasa de Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres a Nivel Cantonal. Costa Rica, 2009-2022.....	67
Mortalidad por Cáncer de Mama	71
Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres. Costa Rica, 2000-2023	71
Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres por Edades Quinquenales. Costa Rica, 2000-2023.....	75
Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres a Nivel Cantonal. Costa Rica, 2000-2023.....	78
Mamografías Efectuadas por la CCSS. Costa Rica, 2003-2023.....	85
Conclusiones	89
Referencias.....	91
Capítulo II: Incidencia en el Diagnóstico y Muerte por Cáncer de Cérvix de Mujeres Durante el Periodo 2017-2023 en Costa Rica, en Relación con los Grupos Etarios y Regiones.....	94
Resumen	94
Introducción	95
Principales Resultados.....	96
Incidencias de tumores malignos	107
Atenciones de las Mujeres en Clínicas y Hospitales de la CCSS	111
Egresos Hospitalarios y Mortalidad por Cáncer de Cérvix.....	114
Conclusiones	122
Referencias.....	124
Anexos.....	125
Capítulo III: Rompiendo Techos de Cristal: Un Viaje Sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en la mujer Adolescente en Costa Rica	129
Resumen	129
Introducción	130
Derechos Sexuales y Reproductivos.....	130
Metodología	131

Normativas Internacionales.....	133
Normativas Nacionales	134
Teoría de Género.....	135
Género, Adolescencia e Interseccionalidad	137
Principales Características de la Población Adolescente	137
Algunas Descripciones Sobre Datos Sociales Como el Nivel de Escolaridad, la Religión y su Relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Adolescencia de las Mujeres Encuestadas Entre los 15 a 19 Años.....	138
Principales Resultados.....	143
Derechos Sexuales Reproductivos de la Adolescencia: Una sexualidad Informada y Libre.....	143
Satisfacción de las Adolescentes Encuestadas Respecto a la Comunicación, Sobre Sexualidad en los Hogares, 2015	146
Satisfacción de las Mujeres Mayores de 20 a 64 Años Encuestadas Respecto a la Comunicación, Sobre Sexualidad en los Hogares, 2015.....	148
Algunos Aspectos Importantes Sobre la Sexualidad Adolescente Según INAMU (2007):	149
Conclusiones	150
Referencias.....	151
Capítulo IV: Análisis Sociológico Sobre los Factores de Riesgo en la Mortalidad Materna en Costa Rica en el Período 2018-2021.....	156
Resumen	156
Introducción	157
Principales Resultados.....	158
Muertes Posiblemente Evitables y Estadísticas Subvaloradas.....	158
Inequidad en la Atención en Salud de las Madres de Costa Rica	162
Condición Laboral de las Madres en Costa Rica.....	165
Relación de la Mortalidad Materna con el Índice de Desarrollo Cantonal	171
Ruralidad y Educación en Costa Rica	178
Conciliación de Roles Maternales, Laborales, Profesionales, Estado Civil y Desarrollo Personal	180
Violencia Obstétrica y la Violencia Intrafamiliar Como Deterioro en la Atención de la Salud de las Mujeres.....	185
La Violencia Obstétrica o Intrafamiliar.....	185

Conclusiones	190
Referencias.....	193
Conclusiones Generales	200
Limitaciones de la Investigación.....	202
Recomendaciones	203
Referencias.....	205
Anexos.....	212
Operacionalización de Objetivos.....	213

Resumen

La presente investigación es un acercamiento a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en Costa Rica, enfocado en el cáncer de mama y de cérvix, los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna.

El objetivo es analizar, desde un enfoque interseccional de género, los principales indicadores sobre el acceso a la salud sexual y salud reproductiva presentes en estudios estadísticos en Costa Rica durante el período 2000-2023.

El método del estudio es de tipo cuantitativo, se plantea desde una postura crítica y epistemológica feminista, y busca ser descriptivo con el interés de identificar las dinámicas y/o situaciones que puedan estar presentes en los indicadores de salud de las mujeres. El análisis se realiza a partir del estudio de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social, los cuales se abordarán con herramientas digitales como SPSS, REDATAM y Excel.

En los resultados, se identifican ciertas variables visualizadas en las desigualdades para con las mujeres, como es el caso de la edad, educación, lugar de residencia, y/o ocupación, que afectan el acceso a la salud.

Se concluye que prevalece una exclusión histórica en el acceso a la salud pública, la cual se refleja en este estudio (2000-2023), permitiendo reconocer esta discriminación institucionalizada en las mujeres, y se observa específicamente en relación con las zonas geográficas, nivel de instrucción, por accesibilidad de recursos, entre otros.

Palabras clave: interseccionalidad, feminismos, mujeres, salud pública, salud sexual y salud reproductiva.

Presentación

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, que 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 salud reproductiva. Los estudios ponen en perspectiva algunos de los principales retos del país en estos temas, y señalan con gran claridad los avances y retrocesos que tenemos como sociedad en estas áreas.

La mirada sociológica continúa contribuyendo a la revisión crítica de estos datos país, aportando nuevas miradas y proponiendo 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 necesario señalar la importancia de seguir integrando la mirada cuantitativa en los estudios asociados al género, que permita desarrollar más investigaciones mixtas, en donde el abordaje cualitativo se apoye de los datos estadísticos. La tenencia de datos actualizados en materia de género y sexualidades resulta una necesidad país que debe ser señalada, pues la construcción de políticas públicas requiere de indicadores robustos y de seguimiento longitudinal, que permitan tomar decisiones basadas en datos.

En ese sentido, ambas investigaciones brindan una mirada necesaria y propositiva, por lo que la propuesta y 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

Introducción

Es fundamental integrar el género en el análisis de la salud, pues se busca desde la equidad abordar el acceso a la salud según las desigualdades entrecruzadas de las mujeres. De esta manera, en el presente análisis, la categoría de género se torna determinante desde la interseccionalidad para un acercamiento a la realidad social de las mujeres en Costa Rica. A su vez, se entiende la salud desde ciertos determinantes sociales compartidos que la condicionan, como su edad, sexo, lugar de residencia, entre otros.

A lo largo de la historia, la salud ha experimentado grandes transformaciones en cuanto a la mortalidad, el avance en la detección temprana de enfermedades, acceso, descubrimiento de tratamientos, cobertura, entre otras. Lo anterior se ha desarrollado con más frecuencia en las últimas décadas, con relación a los aspectos sociales, políticos, económicos, ambientales, que han permitido mayor longevidad en la población. Sin embargo, por medio de estos datos se identifica también que el acceso a los servicios de salud se muestra diferente para todas las personas.

Por ende, en camino a contribuir con la búsqueda de una salud justa y digna, independientemente de la raza, sexo y género, se propone esta investigación descriptiva, que tiene como objetivo identificar a partir del análisis de indicadores estadísticos, las formas de desigualdad presentes en los campos de la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres, en la incidencia por cáncer de mama y por cáncer de cérvix, al acceso de los derechos sexuales y reproductivos y a la mortalidad materna.

Esta investigación, al ser modalidad seminario, bajo la dinámica de metodología cuantitativa y con enfoque demográfico, se centra en temáticas particulares vinculadas a los principales resultados de algunos indicadores cuantitativos de las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), del Ministerio de Salud (MINSA) y de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) así como la I y II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSSR), 2010 y 2015.

Este documento se compone de tres apartados. El primero, enfocado en los antecedentes y el estado de la cuestión, aborda algunos datos importantes de la salud en Costa Rica, y enfatiza en las investigaciones que se han realizado en temas relacionados al cáncer de mama y al cáncer de cérvix, al acceso de los derechos sexuales y reproductivos y a la mortalidad materna, para finalizar con el planteamiento del problema y de los factores que influyen en el acceso a la salud en los términos que competen al estudio, así como el objetivo general y los objetivos específicos.

En el segundo, se aborda el marco teórico, basado en una aproximación conceptual desde la Interseccionalidad, analizada desde diferentes autoras, sustentado en la comprensión y análisis de las formas de desigualdad construidas socialmente, las cuales se intersecan en las vidas personales a través del género, la etnia, la clase social, entre otros. Se exponen los aportes de la teoría de Mara Viveros (2006-2009-2023), Lorena Cabnal (2010) y Yuderkys Espinosa (2017-2020). El apartado concluye con la problematización de la categoría Salud Pública, abordada por Julio Frenk (2016), enfatizando su propuesta de análisis poblacional y su planteamiento epidemiológico-demográfico. Este abordaje interseccional, con la comprensión de la evolución en Salud Pública, posibilita la aprehensión de las determinantes que interfieren en el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población del presente estudio.

El tercer apartado expone la propuesta metodológica, la cual se propone desde una postura crítica y epistemológica feminista, basándose en un análisis comparativo de datos (correlacional-descriptivo). El estudio es de carácter correlacional porque plantea explorar la relación de múltiples variables, y descriptivo porque busca exponer fenómenos y dinámicas de la población estudiada.

El objeto de estudio planteado se desarrolla a partir de fuentes secundarias de datos, tales como la información recopilada por las instituciones estatales: estadísticas demográficas del INEC, Registro Nacional de Tumores del MINSA, estadísticas en salud de la CCSS, y la I y II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2010, 2015).

Justificación

En el campo de la salud, el aporte del conocimiento sociológico permite el desarrollo de métodos de investigación, datos, identificación de conductas humanas, así como la explicación de los comportamientos sociales que se relacionan directamente con el estado de la salud de las personas, con el fin de identificar los factores que intervienen en cada contexto. Además, aporta a la comprensión del impacto que generan factores como la pobreza, el estigma social, la educación, la discriminación racial y el género, entre otros factores que determinan la desigualdad social y la afectación en la salud de las personas.

La sociología colabora con el estudio de causas, consecuencias, enfermedades, que se vinculan directamente con los problemas en el acceso a la salud pública, debido a las variantes sociales que caracterizan a cada persona, como edad, sexo, estatus social, cultural, económico, educación, etnia, entre otras, que se analizan a través de perspectivas sociológicas y aplicación de una teoría sociológica, produciendo conocimiento desde los datos.

Al mismo tiempo, el ejercicio de estudiar y descubrir nuevas posiciones de pensamiento sobre el sistema de salud contribuye a una comprensión crítica e integral sobre la problematización del acceso a la salud en general desde la sociología y las teorías feministas.

La construcción de esta investigación busca sensibilizar sobre la problemática en la salud que afecta a las mujeres que viven en Costa Rica. Asimismo, el aprovechamiento de datos recolectados durante algunos períodos por diferentes instituciones públicas, los cuales reflejan avances o rezagos en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos; además de sus alcances en la creación y validación de políticas e iniciativas.

Por último, estas estadísticas permiten desde una visión más crítica, identificar niveles de acceso a la salud que tienen las personas para ser atendidas y recibir seguimiento, así como la prevención temprana de enfermedades. Por lo tanto, el análisis de estos informes muestra la situación actual en la que se encuentra la salud de las mujeres de diferentes grupos de edades y espacios geográficos en Costa Rica.

Antecedentes

Los estudios e investigaciones que han abordado el tema de salud desde diferentes ámbitos en Costa Rica, importantes para esta investigación, hacen referencia al panorama del sistema nacional de salud y los cambios que se han ido incorporado en relación con las dinámicas sociales, así como a los avances en la medicina occidental.

A continuación, se mencionan algunos de los estudios que exponen aspectos relacionados con el presente tema de investigación. La revisión de información para el apartado de antecedentes ahonda en estudios que evalúan la situación salud a nivel nacional desde inicios del siglo XX hasta la actualidad; haciendo algunas menciones a los cambios evidenciados en el sistema de salud costarricense desde los años cuarenta, y específicamente las incorporaciones de campañas, proyectos, programas y leyes relacionadas al cáncer de mama y de cérvix, a los derechos sexuales y reproductivos y a la mortalidad materna.

Indicadores de Salud en Costa Rica. Aproximaciones sobre el Acceso al Sistema de Salud

A continuación, se abordan las pautas que marcan la evolución del sistema de salud costarricense, con el fin de comprender cómo se ha construido y cómo se gestiona la salud desde el Estado.

En 1923, se emitió la Ley de Protección de la Salud Pública, ley que facilitó el ambiente social y político, para posteriormente en 1927, crear el Ministerio de Salud y como dependencias de dicho Ministerio, en 1936, se establecen las Unidades Sanitarias (U.S.) en el país, con el objetivo de intervenir en la prevención de enfermedades, además de funcionar como entidades de control demográfico y apoyo al bienestar de la población (Alvarado Arce, 2021).

Para 1942, el campo de acción de las U.S. se amplió en términos de salubridad, pues abarcaron “el control de la higiene general: aguas potables, saneamiento del suelo y subsuelo, basura, alimentos, laboratorios para control de enfermedades infecto- contagiosas... los registros

de control contra cáncer, lucha antiofídica y control de instituciones hospitalarias, preventorios, sanatorios, orfanatos” (Alvarado Arce, 2021, p.53).

Las U.S. posibilitaron el control tanto de las enfermedades como de la mortalidad, pues hubo observación y atención por parte de personas especializadas en salud: médico general, enfermeras, auxiliares de enfermería, conserjes, inspectores sanitarios y técnicos de farmacia y laboratorio (Alvarado Arce, 2021, p. 55). En 1963, para brindar atención a las poblaciones más alejadas de las cabeceras de provincia, se crearon las unidades móviles de salud.

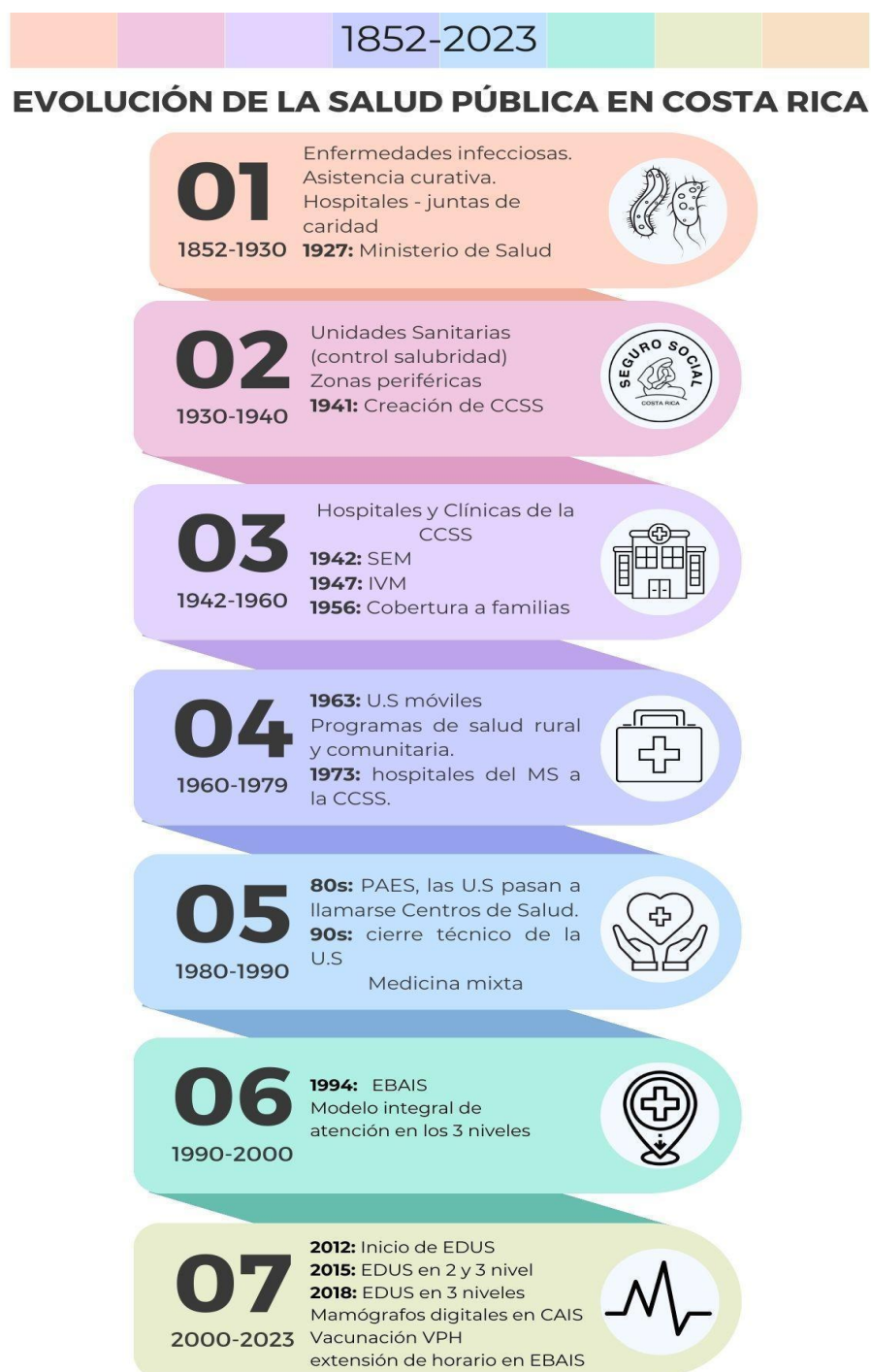
Sin embargo, con los cambios de administración por parte de la CCSS, se fueron cerrando las U.S. para el decenio de los setenta. En los años ochenta, como parte de las reformas de ajuste estructural que enfrentó el país, se interviene también la salud pública, “las U.S. pasan a llamarse Centros de Salud y el M.S. transfiere definitivamente la administración de estos dispensarios a la C.C.S.S... Para la década de los noventa, se estipuló el cierre técnico de las U.S.” (Alvarado Arce, 2021, p. 57).

El MINSA establece el sistema de información estadística del Registro Nacional de Tumores en 1977, que contabiliza los casos de las personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer, tanto en los servicios públicos como privados. Cabe destacar que al inicio de este estudio había datos de incidencia hasta el 2015, sin embargo, para diciembre del 2023 se actualizaron los registros hasta el 2022.

A continuación, se muestra la evolución de la salud pública en Costa Rica, de 1852 al 2023.

Figura 1

Evolución de la salud pública en Costa Rica (1852-2023).



Nota. Elaboración propia con base en OPS (2019) y Alvarado Arce (2021).

Se observa en la Figura 1, una línea de tiempo que destaca los cambios y evolución de la gestión de la salud desde finales del siglo XIX por parte del Estado, cuando la atención era específicamente curativa y gestionada desde las familias o comunidades, hasta la actualidad, donde la atención es especializada e individualizada.

Según el análisis del *Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica* (2019) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en términos de cobertura en acceso a la salud, Costa Rica ha evidenciado transformaciones que se pueden constatar en la expansión de la atención del sistema de salud en las zonas rurales, por ejemplo, construcción y atención en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y hospitales, así como en la digitalización de algunos de los servicios que presta el Estado, por ejemplo, la aplicación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS).

Sin embargo, la ampliación de los servicios de salud y el crecimiento en cobertura no necesariamente implican un mayor acceso, una mejor atención, seguimiento y tratamiento de las personas usuarias del servicio; por ejemplo, los tiempos de espera para operaciones, tratamientos, la dificultad de acceso por el horario en que se facilitan las citas en los EBAIS (en 2023 se ha extendido este horario con citas vespertinas y nocturnas en algunos centros de salud) y las distancias geográficas entre los centros de salud y la población de zonas rurales, el acceso al servicio según los ingresos y la calidad de este (OPS, 2019), entre otros factores que en la actualidad se pueden considerar imprescindibles para la atención en el área de la salud.

Una de las conclusiones del trabajo de la OPS (2019), es que, debido al extenso tiempo de espera y acceso a la atención en servicios públicos, hay una creciente búsqueda de servicios, seguros y pólizas privadas.

Asimismo, la investigación realiza un estudio de la situación general de salud de la población costarricense diferenciada por sexo, haciendo el análisis comparativo con datos cuantitativos del INEC y del MINSA, evidenciando la inequidad que tienen las mujeres en términos de salud en el país durante el periodo 2001-2003.

Este tipo de análisis considera la población de sexo femenino y masculino, el lugar de residencia (zonas rurales o urbanas), la población extranjera, la fecundidad, la mortalidad, entre otras características de cualidad demográfica.

Con relación al aseguramiento de salud de las mujeres y sus condiciones de acceso a la salud, la investigación plantea que:

Existe una sumatoria de procesos desfavorables para la salud, la pobreza de los hogares con jefatura femenina aunada a su baja escolaridad, salarios más bajos por igual trabajo que los varones, predominio del trabajo en pequeñas empresas, niveles más altos de desempleo y subempleo... predomina el aseguramiento familiar y bajas coberturas para las no remuneradas, las que trabajan en servicio doméstico, las migrantes. (MS/OPS/OMS, 2005, p.19)

También, el estudio hace una comparación del uso de los servicios de salud por sexo y grupos de edad, con relación a las causas más frecuentes de consulta que se realizan, además de mortalidad, embarazo, entre otros.

Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix a Nivel Nacional en las Últimas Dos Décadas

En lo que respecta a la incidencia del cáncer de mama en Costa Rica, esta “ha crecido a una tasa más o menos constante a partir de 1990” (Aparicio Llanos y Morera Salas, 2009). Debido a este incremento, para el 2000, se creó la normativa técnica por decreto ejecutivo Manual “guía de atención integral para el cáncer de mama” (Procuraduría General de la República). Desde el MINSA, se propone el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer (2011-2017), que se elaboró en respuesta al paso del cáncer como la segunda causa de muerte a nivel nacional, después de las enfermedades cardiovasculares, con el objetivo de tratar el cáncer de manera preventiva e integral.

Desde las acciones de los gobiernos, pero primordialmente del ente rector de la Salud en el país, se han efectuado grandes esfuerzos para tratar el cáncer. En el 2014, se estableció el Manual de normas para el tratamiento del cáncer en Costa Rica, junto con la oficialización de la

Norma para la atención de personas con cáncer de mama. Para el 2021, también se oficializa y se declara de interés público y nacional la “Norma Nacional para la Prevención y el Manejo del Cáncer de Mama en Costa Rica”. Finalmente, en el 2022, se declaró de interés público la prevención y el manejo del cáncer de mama en Costa Rica.

En lo que respecta específicamente al impacto que este tiene en Costa Rica, la Dirección de Vigilancia de la Salud indicó que para el 2020 fue la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres a nivel nacional (MINSALUD, 2021). Para el 2021, según datos del INEC, se registraron 416 muertes de mujeres por cáncer de mama, seguido de 270 muertes por cáncer de estómago y 253 por cáncer de colon. Según datos del MINSALUD, este se mantuvo siendo el cáncer con mayor mortalidad en mujeres para el 2022, a pesar de mostrarse una reducción en la mortalidad, pues se registraron 398 muertes por esta causa.

Las estadísticas generales de los últimos años han expresado que se presenta mayor mortalidad en mujeres después de los 55 años, sin embargo, este dato ha ido cambiando, el rango de edad ha descendido y se registran más muertes que se catalogan como muertes tempranas.

En relación con estos datos, el Colegio de Médicos de Costa Rica menciona que:

Es imprescindible contar con datos actualizados, ya que esto facilitará tomar decisiones oportunas y adecuadas...el protocolo actual establece que la mamografía se envía solamente a las mayores de 45 años, pero se están reportando bastantes casos en mujeres menores de esa edad. Al no contar con estadísticas actualizadas las decisiones para cambiar el rango de edad no se pueden justificar. (Jornada del Día Mundial Contra el Cáncer de Mama, 2022)

Con respecto al cáncer de cérvix en nuestro país, desde 1960, se le reconoce a Costa Rica el esfuerzo por establecer el Plan Nacional de Detección del Cáncer de Cuello Uterino. Quirós (2015), sobre El programa de prevención de cáncer de cérvix en Costa Rica, indica que el trabajo a nivel país ha estado presente por medio de la toma de citología cérvico vaginal a

partir de las “Consultas de Planificación Familiar” logrando una baja este año “de 50/100.000 mujeres a 36/100.000 en los ochenta” (p. 2).

Esto generó un impacto significativo, de modo que, en los años posteriores, el 74 % de las mujeres en edad fértil ya había realizado al menos una citología, ubicándose este procedimiento como el tercer diagnóstico más frecuente de cáncer (MS/OPS/OMS, 2005). Sin embargo, según datos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), persiste una alta prevalencia de casos asociados a este tipo de cáncer, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana.

Asimismo, desde el 2019 las pruebas de Papanicolaou realizadas en Costa Rica disminuyeron en un 20 %, también, de acuerdo con Rivera Chavarría y Calderón Céspedes (2022), el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix en una etapa temprana disminuyó un 15 % durante la pandemia (11,6 por cada 100,000 mujeres). A su vez, se permite conocer que el cáncer de cérvix sigue siendo el responsable del 7 % de las muertes mundiales por algún tipo de cáncer en mujeres según datos del Globocan (2020), desconociéndose las causas y la prevalencia de este porcentaje.

Salud Sexual, Salud Reproductiva y Mortalidad Materna

La política nacional de sexualidad, para garantizar la salud sexual y salud reproductiva, se vincula con la política pública de la persona joven, política nacional para la niñez, política nacional de VIH, plan para la erradicación de la explotación sexual comercial, política nacional para la igualdad y equidad de género y el plan nacional de salud 2010-2021.

Para abordar el tema de salud sexual y salud reproductiva, Zapata Boluda y Gutiérrez Izquierdo (2016) realizan un análisis a lo largo de la historia, a partir de los hechos más importantes de las diferentes sociedades, por ejemplo, las sociedades primitivas, que rendían culto a la mujer por tener el don de dar vida, un tributo a la sexualidad femenina que fue desapareciendo para darle espacio al pensamiento patriarcal.

La sexualidad humana es un término muy complejo y fundamental que influye en el bienestar e integridad de las personas. Se basa en comportamientos sexuales, emociones, decisiones, orientaciones sexuales, formas de hablar, vestir, relaciones sexuales e intimidad, entre otras.

Por lo tanto, “la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (Zapata Boluda y Gutiérrez Izquierdo, 2016, p. 46). Es la capacidad que tienen las personas para gozar de una vida sexual satisfactoria, segura, responsable, con el derecho de decidir sobre su cuerpo y estilo de vida sin discriminación, “para que la salud sexual se logre, es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen” (p. 47).

En cuanto a la mortalidad materna, el acceso a información sobre la salud de madres con factores de vulnerabilidad, la privatización de sus derechos sexuales, reproductivos y el surgimiento de violencias, se documenta lo siguiente:

En Costa Rica hasta febrero del 2020 se aprobó el nuevo artículo 12 de la Ley General de Salud, en el que se enumeran ocho nuevos derechos para las mujeres embarazadas, en esta reforma se describen diversos aspectos con respecto a los derechos de las mujeres en estas etapas de embarazo, parto y post parto, dentro de ellos “[...] ser tratada de manera cordial y respetuosa por parte de los funcionarios del centro médico [...] con una atención equitativa, preventiva y periódica y con enfoque de riesgo, sin someterlas a ninguna forma de violencia ginecobstétrica. (Díaz, 2020, como se citó en Bolaños Villalobos, 2022, p.18)

En esta reforma de la Ley 5393 se expresa que, ante el incumplimiento de parte de los encargados de salud, “se considerará falta en el desempeño del cargo que será sancionada de conformidad con la legislación vigente” (Reforma de Ley General de Salud de 1973, Art.12).

En la antigüedad, la muerte de las mujeres en estado gravídico, durante el parto o en el periodo posparto era considerada, tanto por especialistas como por la sociedad, como un

desenlace inherente a dicha condición. Por esta razón, se entendía como una muerte natural y esperable, hasta el surgimiento de la obstetricia como disciplina médica, que transformó esta percepción al introducir conocimientos y prácticas orientadas a la prevención y atención segura del parto (Salas Méndez y Ramírez Calderón, 2020).

Las autoras evidencian desde un enfoque multidisciplinario la falta de caracterización en el país de la atención obstétrica brindada, pues los datos generales que se utilizan son los del INEC, los cuales solamente contabilizan las características biológicas, educativas y algunas sociales. También en su estudio señalan:

La importancia de identificar y solucionar las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos para accederlos; para lo cual, se indica que es indispensable revisar y ajustar las políticas actuales, con la finalidad de garantizar su efectividad a través de planes y programas integrales que permitan una atención óptima, calificada y oportuna, en la reducción de la mortalidad materna (p.6).

Por lo tanto, en la historia nacional de la mortalidad materna, desde la perspectiva de la atención médica y sanitaria, se han identificado fallos relacionados con la falta de seguimiento en los casos registrados. Salas Méndez y Ramírez Calderón (2020) señalan que, para evitar las muertes maternas, es necesario adoptar un enfoque integral del sistema de salud que permita “lograr que la familia gestante y su entorno familiar identifiquen correcta, adecuada y oportunamente los signos y síntomas de alarma” (p. 182). Este objetivo puede alcanzarse mediante un enfoque comunitario, familiar y una atención de salud óptima, que favorezcan la identificación temprana de riesgos y debilidades, posibilitando así una intervención oportuna.

Este apartado de los antecedentes permite construir de forma general, cómo han sido entendidas la salud sexual y la salud reproductiva en el país en las últimas décadas. A su vez, permite dimensionar los elementos que han caracterizado y dinamizado el sistema de salud en el país, y evidencia como el acceso a este no es igualitario en todas las regiones del país, ni para todas las personas que lo poseen.

Una vez construidas estas características generales sobre el sistema de salud público en Costa Rica, es necesario revisar qué, cómo y desde dónde se ha investigado sobre la salud, específicamente de la salud sexual y salud reproductiva en el país, y cuáles son los principales alcances de estas investigaciones. Esta revisión forma parte del estado de la cuestión.

Estado de la Cuestión

Este apartado está compuesto por una revisión de las investigaciones realizadas sobre salud sexual y salud reproductiva en las últimas décadas en la región latinoamericana, con especial énfasis en Costa Rica. Al ser una investigación sociológica, tiene como prioridad los análisis desde esta disciplina, sin embargo, se pretende construir un desarrollo analítico desde las ciencias sociales que identifique los aportes de las ciencias de la salud en el abordaje de estas temáticas, con el fin de lograr una comprensión más amplia de las perspectivas que se han ocupado del problema.

El apartado se subdivide en las siguientes secciones: investigaciones sobre cáncer de mama y cáncer de cérvix e investigaciones sobre salud sexual y salud reproductiva.

Investigaciones sobre Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix en Costa Rica

En lo que respecta al cáncer de mama, la mayoría de las investigaciones se efectúan desde el campo de la medicina, sin embargo, los resultados de estas y las dinámicas y percepciones de las mujeres (en este tipo de cáncer es a quienes más afecta) han incidido en la elaboración de recomendaciones, investigaciones, normas técnicas y estrategias que han sido fundamentales para el análisis desde otros campos de estudio, como la sociología, la psicología, los estudios generales.

En Costa Rica, los estudios realizados desde diferentes disciplinas sobre el cáncer de mama datan de 1956, según Barquero Melchor y Delgado Rodríguez (2017), quienes efectúan un mapeo evidenciando los años y enfoques de cada una. Se mencionan a continuación en la Figura 2.

Figura 2

Línea de tiempo. Algunas investigaciones sobre cáncer de mama.



Nota. Elaboración propia con base en Barquero Melchor y Delgado Rodríguez (2017).

Como se observa en la figura 2, las investigaciones con respecto al cáncer de mama se concentran sobre todo desde el área de la medicina, específicamente desde el campo epidemiológico, evidenciando diversos factores relacionados a la enfermedad, como su vinculación con los aspectos hormonales, exógenos, hereditarios, entre otros.

Las investigaciones de corte social se enfocan en el accionar del sistema de salud, su inversión en prevención y tratamiento, y la percepción de la enfermedad y la participación ciudadana desde las ONG, con un enfoque cualitativo, tal es el caso de la investigación *Perspectiva epidemiológica y socio institucional del cáncer de mama en Costa Rica* (2011).

Otros estudios se enfocan en realizar comparaciones a nivel latinoamericano y/o americano a partir de variables como la edad, la ubicación geográfica, la mortalidad, entre otras. La investigación *Cáncer de mama y mujeres jóvenes en América Latina y el Caribe*, estudio elaborado por Franco Marina et al. (2015), concluye que la incidencia de cáncer de mama en América Latina es dos veces mayor que en Estados Unidos y Canadá, exponiendo las diferencias de acceso a la salud para la detección temprana.

Desde el campo de la medicina, la última investigación que se encuentra expuesta en la Figura 2, *Generalidades del cáncer de mama para médico general* de Madrigal Ureña y Mora Rosenkranz (2018) ha enfatizado en los factores de riesgo que se identifican como primarios en los casos de cáncer de mama, mencionando los siguientes:

- La edad: mujeres mayores de 50 años tienen mayor posibilidad de padecerlo.
- Terapia de reemplazo hormonal: por la exposición a estrógenos exógenos.
- Antecedentes familiares: entre 5 y 10 % de probabilidades de padecerlo si la persona familiar es madre o hermana y el doble si es de primer grado.
- Historia de vida reproductiva: menopausia tardía, menarca temprana, etc.
- Antecedente de enfermedad contralateral de mama: de 3 a 10 % de riesgo de padecer cáncer nuevamente en la mama sana.

Estas investigaciones se relacionan directamente con los antecedentes que se exponen en el apartado anterior, en relación con la calidad y accesibilidad que tienen las mujeres al sistema de salud costarricense, la detección temprana de la enfermedad en términos de las posibilidades de ejecución de exámenes, ultrasonidos, mamografías.

La accesibilidad a los análisis para la detección temprana del cáncer de mama parece ser un arista crucial en las investigaciones, sin embargo, desde la academia no se evidencian investigaciones claras que expongan las determinantes sociales, económicas y culturales que confluyen para el acceso al sistema de salud por parte de las mujeres a nivel nacional, se prioriza aún una visión médica que no ahonda en los diversos factores que confluyen en la vida de las personas desde un análisis de género.

En lo que respecta al cáncer de cérvix, de acuerdo con el trabajo de Santamaría Ulloa et Al. (2022), en *Inequidades en la detección temprana del cáncer de cérvix: una realidad en la población costarricense*, “el cáncer de cérvix es una de las enfermedades neoplásicas más frecuentes que afecta la salud de las mujeres en todo el mundo. La principal causa es la infección persistente de los tipos oncogénicos del Virus de Papiloma Humano” (p. 3), que puede verse agravada por condiciones vulnerables como enfermedades, por ejemplo, la diabetes, el tabaquismo, entre otras.

Este estudio logra confirmar que las inequidades respecto a la detección temprana tienen una fuerte correlación entre los índices de pobreza, la escolaridad y las posibilidades de una detección temprana, de manera que, de acuerdo con el análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2014, en un módulo especial sobre la realización del Papanicolau, se analizan también características de unión conyugal y educación, constatando así que del total de mujeres:

El 51% tenía entre 18 y 39 años, el 55% se encontraba unida y el 37% alcanzó un nivel educativo de primaria completa o menos. Un 70% se había efectuado su último Papanicolau hace menos de dos años, un 12% nunca lo había hecho y un 4%, hace más de 5 años (...) La región Chorotega, se encuentra el menor porcentaje de quienes habían

realizado su último Papanicolau hace menos de dos años (67%) y el mayor de quienes lo hicieron hace 5 años o más (7%) (2022, p. 7). Por otra parte, la tasa de incidencia por cada 100000 mujeres refleja que Puntarenas (26,3%) es de las zonas con mayor detección de casos nuevos por edad de cáncer, siguiendo Guanacaste con un 23%, Limón 22% y San José 20%.

En el estudio *Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa*, de Rivera Chavarría y Calderón Céspedes (2022), se encuentra que este cáncer es una problemática previsible, al menos para el 70 % de los casos en Costa Rica, y de 320 casos fallecen 140 personas por esta enfermedad, siendo los distritos más pobres los de mayor mortalidad, por lo tanto, las brechas de alfabetización en la enfermedad, la falta de acceso a servicios de salud, por valores de lejanía de los centros médicos, son de las principales razones vinculadas a una detección y tratamiento temprano, además de demostrar que principalmente en las zonas costeras es donde se observa más esta brecha de acceso.

Asimismo, para Sequeira Rovira (2009), en *Más allá de la enfermedad, problematizando los significados alrededor del cáncer de cérvix* otra problemática en su detección y valoración de chequeo más temprano, puede estar asociado a un estigma social presente aún en el imaginario, esto por vincularse a una enfermedad de transmisión sexual por el Virus del Papiloma Humano (VPH), por lo tanto, identifica en su investigación cualitativa una fuerte carga simbólica en el útero sobre “el valor de ser mujer” al no portar útero, a una conducción asociada con una “libertad sexual descontrolada”, llevando así una negación de la enfermedad en ciertos momentos de su estudio con las personas entrevistadas, manifestando la necesidad de un trabajo constante e interdisciplinar para prevenir esta enfermedad.

Información sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Mortalidad Materna

En el campo de la salud sexual y salud reproductiva, es importante reconocer la percepción de los diferentes conceptos sobre la fecundación, anticoncepción, prácticas sexuales,

estilos de vida, entre otras. Estas forman parte de constantes cambios en las dinámicas sociales, dependiendo del acceso a la información, situaciones socioeconómicas, aspectos culturales, demográficos, políticos, religiosos, jurídicos y ambientales.

Para abordar con más profundidad estos temas, desde las instituciones como el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), el Centro Centroamericano de Población (CCP), la Universidad de Costa Rica (UCR), la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), realizan una visualización clave en el informe de los resultados de la primera *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2010* (IENSSR), la que se desarrolla por medio de capítulos, ubicación espacial de la población, enfoque de los derechos humanos y una caracterización de los diferentes conceptos.

Es necesario señalar que el concepto de salud sexual y reproductiva lleva implícito el derecho de hombres y mujeres a información y acceso a métodos de elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia; así como el derecho de la mujer a tener acceso a servicios de salud que propicien embarazos y partos sin riesgo. (UCR, 2010, p. 8)

Como parte del seguimiento de este primer informe de la primera encuesta se realiza una segunda ENSSR (2015), la cual “consistió en 134 Unidades Primarias de Muestreo (UPM) distribuidas en el territorio nacional. Se entrevistó a un total de 3216 personas entre los 15 y los 64 años de edad” (UCR, 2018, p. 9).

En esta encuesta, también se analizan factores como el inicio temprano de relaciones sexuales, el conocimiento y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, la decisión de tener hijos o no, reconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, acoso callejero, controles prenatales, tabaco y embarazo, entre otras temáticas de gran importancia para entender la situación y la percepción de la población.

Ahora bien, respecto al abordaje investigativo de la mortalidad materna, son escasas las investigaciones, la mayoría se realizan desde la medicina y enfermería, o encuestas país, no obstante, también hay abordajes desde una mirada social.

Dentro de los estudios recientes sobre la mortalidad materna, Salas Méndez y Ramírez Calderón (2020) hacen un análisis desde los factores biológicos de riesgo de muerte de las mujeres en embarazo, sin embargo, hacen hincapié en la importancia de no hacer un abordaje solamente desde los factores biológicos, pues los riesgos tienen relación a un conjunto de problemas sociales y económicos.

Además, según la investigación *Las políticas socioeconómicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense (1984)*, desde un enfoque sociohistórico se menciona la disminución de la mortalidad en el transcurso de la historia. Señala la mortalidad materna y el porcentaje de descenso de la mortalidad general gracias a las políticas socioeconómicas. Con los programas de salud en el país en la década de los veinte, se inició el descenso de la mortalidad costarricense, la esperanza de vida pasa de “35 años en 1920 a 46 años en 1940 y a 63 años en 1960” (Rosero Bixby, p. 51), el descenso fue por mayor acceso a salud pública, medicamentos y la importancia de nueva tecnología sanitaria de bajo costo y alta eficacia.

Asimismo, diversas investigaciones han recopilado datos estadísticos sobre las causas de la mortalidad materna. Según el informe *Mortalidad materna y su evolución reciente 2021* del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022), este fenómeno se plantea como uno de los principales problemas de salud pública. El estudio realiza un análisis detallado de las causas obstétricas directas e indirectas, proporcionando información clave para la comprensión y prevención de estas muertes. Se señala que las “condiciones de vida de las mujeres y sus características demográficas, sociales, económicas y culturales” (p. 25) tienen un papel importante en la incidencia de algunas afecciones de salud, además hay una relación de la mortalidad materna con la condición de inmigrante, estado conyugal y edad.

Según lo expuesto, se identifican vacíos importantes desde un abordaje de teoría crítica feminista, así como el acceso limitado al sistema de salud en general, según las condiciones económicas, sociales, culturales, educativas, entre otros factores. Se encuentra en las investigaciones consultadas, que tanto las problemáticas del cáncer de mama, cáncer de cérvix, mortalidad materna y la salud sexual no tienen una atención, seguimiento y prevención adecuada, tanto desde el ámbito académico como desde los espacios de acceso, recursos y atención de la salud.

A su vez, es importante conocer el fenómeno social del acceso a la salud de forma interdisciplinaria, para evidenciar que su dinamismo y alcance no solo dependen de las instituciones públicas de un país, sino también de las condiciones estructurales que permean la satisfacción de las necesidades de las personas, por lo tanto, es necesario problematizar desde qué posturas sociológicas se entiende el tema y cómo estas posturas intervienen en la construcción del objeto de investigación.

Construcción del Objeto Sociológico

En este apartado de construcción del objeto sociológico, se busca la problematización del acceso a la salud en Costa Rica reflejada en la incidencia y mortalidad por cáncer de mama y cérvix, el acceso a los derechos sexuales y reproductivos y a la mortalidad materna, entendido a partir de los servicios que ofrecen las instituciones estatales para el seguimiento y consulta de las personas, los alcances del seguro social, y los fenómenos sociales que influyen en las condiciones actuales de estos servicios. Esta construcción del objeto de investigación contribuye a las motivaciones de por qué es necesario continuar aportando en la revisión de estadísticas nacionales, para la garantía y mejora del acceso a la salud para las mujeres habitantes del país.

Problematización

Habiendo realizado un análisis breve de la situación de salud en Costa Rica, más específicamente con relación a los temas planteados en la presente investigación, a saber: el acceso a la salud con relación al cáncer de mama, al cáncer de cérvix, al acceso e información

de los derechos sexuales y reproductivos y a la mortalidad materna, se aborda desde la interseccionalidad una problematización de la situación evidenciada en estos campos.

Como bien se señaló en los antecedentes, el acceso a la salud no solamente puede entenderse como crecimiento de los espacios de atención, el acceso debe comprenderse a través de las diversas variables que intervienen en la salud pública para acceder a esta, la atención debe brindarse comprendiendo las necesidades de la población a las que se les brinda el servicio. Por tanto, se busca estudiar desde la sociología, los factores y las diferentes categorías sociales presentes en las estadísticas para comprender este panorama situacional, y al aplicarse el marco de esta metodología de interseccionalidad, podría darse paso a otras formas de comprensión de los datos, fenómenos sociales y patrones en cruces de datos económicos, culturales, geográficos, sociales, hasta el modelo que se ha construido en el país para atender la salud en general, a nivel de atención primaria, secundaria y terciaria.

Costa Rica ha sido reconocida a nivel mundial por el sistema de salud que ofrece a la población, este abordaje de la salud se ha construido en función de posibilitar un acceso universal (OCDE, 2017). Según el Reglamento del Seguro Social de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, en Costa Rica, se mantiene una universalidad del acceso al aseguramiento sin ningún tipo de discriminación por razones económicas, étnicas, religiosas, ideológicas o cualquier otra razón que ofenda la dignidad humana.

No obstante, si el tema de la salud se analiza desde la perspectiva de género, según Semanario Universidad, las mujeres que trabajan en la manufactura, restaurantes, hoteles y servicios profesionales son “las que reportan mayor incidencia de mala salud” (Muñoz Solano, 2021). Asimismo, sobre el estado de salud auto percibida de las mujeres, se menciona que perciben peor su estado de salud que los hombres, indicando que un “27,4% de las mujeres reportaron mala salud en 2019, junto con un 22,4% de los hombres” (Muñoz Solano, 2021).

Surgen las interrogantes ¿cuáles son los factores que vulnerabilizan a las mujeres en cuanto al acceso a los servicios de salud?, ¿cómo se están observando y analizando las

relaciones entre el tiempo que tienen las mujeres para asistir a las citas de salud y las cargas laborales?, al igual que las condiciones laborales, las responsabilidades familiares, las determinantes geográficas, el poder adquisitivo para utilizar servicios de salud privados y el impacto de ello en los ingresos económicos para los controles de salud y otros condicionantes que explican la desigualdad en cuanto al acceso a estos servicios.

Desde la interseccionalidad se realiza el análisis sociológico de las problemáticas expuestas de las mujeres en Costa Rica, poniendo de manifiesto las desigualdades mencionadas con relación a la salud, posibilitando según las diferentes categorías de análisis de cada problemática, un acercamiento a la realidad social presentada, abordando la percepción y vivencia de las mujeres con la salud, conforme a la construcción social del contexto sociohistórico.

Ahora bien, otros aspectos fundamentales en el accionar del aparato estatal de salud costarricense son la organización y comunicación existente entre los niveles de atención, las consultas en los EBAIS (atención primaria), las citas, testeos u operaciones en el nivel de atención secundaria y en los hospitales para la detección, seguimiento y tratamiento de enfermedades. “Sin embargo, en Costa Rica no existe una fuerza bien desarrollada de especialistas en atención primaria. La mayoría de los médicos que trabajan en los EBAIS no tienen una especialización de postgrado en atención primaria” (OCDE, 2017, p. 25).

Haciendo un acercamiento al sistema de salud, enfocado en las personas que se encuentran aseguradas, quienes aparentemente podrían tener más facilidades, se encuentran ante la dificultad de los tiempos de atención “por los tiempos de espera de un año o más para procedimientos tales como cirugías infantiles, la gente aumenta su gasto de bolsillo para recibir servicios de atención de la salud en el sector privado” (OCDE, 2017, p. 11). En este sentido, muchas personas han optado por realizar consultas privadas para exámenes o testeos, con el fin de no esperar largos tiempos en la CCSS, y este peso no solamente está recayendo sobre

las clases medias, sino también sobre las clases de menores ingresos, que preocupadas por su salud, buscan adquirir los servicios privados a pesar del coste económico que implica.

Estudios reflejan que el acceso a la salud es limitado, incluso para las personas aseguradas o las que pueden acceder al sistema público de salud, pues en promedio, para realizarse una cirugía general tarda 452 días, siendo casi un tercio, el 31 % de personas, que ha esperado más de 540 días (CCSS, 2014, como se citó en OCDE, 2017). A su vez, en los resultados de la Encuesta Nacional de Percepción de los Servicios Públicos en Costa Rica 2023, un 34,6 % de la población encuestada indica que ha pagado servicios médicos privados el último año y un 30 % ha pagado medicamentos que no se brindan en EBAIS, clínicas u hospitales públicos.

En relación con el cáncer de mama, este ha sido la causa número uno de muerte por cáncer en la población femenina costarricense en los últimos años. Además, según datos de vigilancia del MINSA (2021), se detecta generalmente un rango etario de mortalidad entre los 30 y 69 años, lo que se considera como muerte prematura.

A diferencia del cáncer de cérvix, del cual se conoce su principal causa, el cáncer de mama no tiene una asociación causal específica, por el contrario, se relaciona con diversas causas posibles como exposición a estrógenos, factores hereditarios, alimentación, entre otros. Lo que sí puede ser tomado en cuenta para intervenir en su tratamiento es la detección temprana, efectuar los ultrasonidos y mamografías en la población a partir de cierta edad, posibilita un diagnóstico y tratamiento más efectivo, disminuyendo la proliferación de las células cancerígenas.

Abordando el tema de las listas de espera para realizar una mamografía, ultrasonido o biopsia, según datos brindados por la CCSS a El Observador, esta:

Tiene una lista de espera de 606 pacientes que necesitan una biopsia por sospecha de cáncer de seno. Los datos, con corte al 26 de mayo de 2022, señalan que hay 486 registros de biopsia de mama pendientes... 120 pacientes pendientes de un ultrasonido

para biopsia de mama por punción, el corte es de abril de 2022 y para entonces el plazo de espera era de 19 días. Para una cita con especialista de oncología médica hay 509 citas pendientes con un plazo de espera de 35 días. Para oncología quirúrgica la lista de espera es de 260 citas, con un plazo promedio de espera de 48 días. (Mena, 2022)

Es importante tomar en consideración, según comentan los especialistas en medicina y oncología en la nota, que el tiempo de espera en ciertos tipos de cáncer de mama no puede ser muy extenso, pues son tipos de cáncer muy invasivos, agresivos y de rápido crecimiento, lo que implica que los tamizajes, biopsias, tratamientos o cualquier servicio que requiera esta enfermedad debe otorgarse a la mayor brevedad posible.

Debido a que la CCSS atiende a mucha población, algunos exámenes médicos como ecografías o citologías de control frecuente, que se otorgan con distancias de dos años, muchas veces no cumplen estos tiempos, además, este acceso varía ampliamente en las zonas urbanas y rurales.

Con respecto al cáncer cérvico uterino, se busca prestar atención a estas estadísticas sociodemográficas y de salud, y conocer el alcance de los servicios de salud pública en general, porque permite identificar cuáles son los factores de riesgo persistentes, la incidencia en estos diagnósticos, tales como sexarca precoz, el no uso de preservativo, el grado de conocimiento en el tema, ingresos bajos en los hogares y la no realización del examen de Papanicolaou.

Al contextualizar el acceso a la salud (salud-enfermedad), es necesario comprender desde los sistemas de salud la dimensión estructural de la mujer, en su papel sociohistórico, en especial a grupos vulnerables, reduciéndose así las barreras al acceso y utilización de los servicios de salud sin tiempos de espera tan prolongados.

En Costa Rica, este cáncer sigue siendo una de las neoplasias más frecuentes...Se da un patrón diferenciado en las siete provincias. Mientras que en Cartago por cada 3,6 casos diagnosticados de Ca in situ se diagnostica un invasor, en Guanacaste la relación es de uno a uno y en Limón se invierte, diagnosticándose 1,6 casos de cáncer invasor por

cada caso de cáncer in situ. Las regiones costeras son las más afectadas, que corresponden a las provincias con mayor cantidad de defunciones por esta neoplasia (Quirós Rojas, 2015, p.7).

A pesar de la identificación de disminuciones en esta problemática, el progreso en relación con la prevención y tratamiento del cáncer de cérvix, la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino muestra una disminución muy lenta. Por lo tanto, se requiere conocer cuáles son los factores que influyen, además de las formas y tiempos de detección, que se encuentran relacionadas con las zonas de residencia de las personas.

Es de conocimiento algunas limitaciones para las poblaciones que habitan en lugares con condiciones demográficas y económicas específicas, pues no pueden trasladarse a un centro de salud secundario constantemente, pueden no tener los horarios oportunos de atención o una barrera de lenguaje que se adecue a la población para un diagnóstico adecuado. Como se menciona anteriormente con el cáncer de mama y cáncer de cérvix, la espera representa una gran problemática en la detección temprana y un adecuado tratamiento; conocer qué otros factores son influyentes de acuerdo con la perspectiva interseccional, puede influir para combatir la mortalidad por estos tipos de cáncer.

Además, la salud sexual y salud reproductiva de mujeres jóvenes entre 15 a 19 años en Costa Rica ha sido afectada por el poco acceso de información sobre infecciones de transmisión sexual, medidas de prevención, inicios de su primera relación sexual a temprana edad con personas hasta 5 años mayores según la I y II ENSSR.

El derecho a una salud sexual y salud reproductiva de esta población ha estado condicionada a variables y factores sociales, económicos, culturales que intervienen de forma negativa en el desarrollo del estilo de vida de estas jóvenes.

En el caso de la mortalidad materna se muestra la inequidad de atención en la salud de las mujeres, representando un crecimiento de 11 muertes en el 2018 a 22 muertes en el 2021, es decir, un crecimiento sostenido de un 18,56 % en el transcurso de cuatro años (INEC, 2022).

Más allá de un tema biológico, hay distintas condiciones de vida en las mujeres y características demográficas, económicas, sociales y culturales que desempeñan “un papel determinante en la incidencia de algunas afecciones en su salud”, ubicando a las mujeres “en una situación de mayor vulnerabilidad ante la muerte” (INEC, 2022, p. 15).

A partir de los principales indicadores de los estudios estadísticos, ¿cómo está siendo abordada por las instituciones estatales la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las mujeres en Costa Rica, desde un enfoque interseccional?

Objetivos

Objetivo General

Analizar desde un enfoque interseccional de género los principales indicadores sobre acceso a la salud sexual y salud reproductiva presentes en estudios estadísticos en Costa Rica durante el período 2000-2023.

Objetivos Específicos

1. Examinar la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama de mujeres en Costa Rica, en relación con las variables de sexo, edad y cantón, de las bases de datos del INEC, del MINSA y de la CCSS, durante el período 2000-2023.
2. Problematizar la incidencia en el diagnóstico y muerte por cáncer de cérvix durante el periodo 2017 al 2023 en mujeres de Costa Rica, en relación con los grupos etarios y las regiones.
3. Analizar el comportamiento e incidencia de los derechos sexuales y reproductivos en las adolescentes de 15 a 19 años, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSSR), Costa Rica, 2015.
4. Contrastar las relaciones estadísticas entre la ocupación, la zona de residencia y el Índice de Desarrollo Humano, respecto al crecimiento en la mortalidad materna en Costa Rica en el periodo del 2018 al 2021.

Marco Teórico

El abordaje teórico conceptual de la presente investigación se introduce a partir de la teoría de la Interseccionalidad, categoría acuñada desde el ámbito legal en 1989 por Kimberlé Crenshaw, pero ya antes observada y analizada desde el movimiento feminista negro en Estados Unidos, evidenciando que la violencia y las desigualdades hacia las mujeres no solamente se estructuran sobre el patriarcado en términos de género, sino también se intersecan otras determinantes como la raza, la clase social, la orientación sexual, la geografía, la discapacidad, entre otros. La interseccionalidad surge como crítica al feminismo radical, que no analizaba las desigualdades evidentes entre mujeres blancas y mujeres negras.

En este sentido, para la presente investigación la categoría posibilita un análisis fundamental en la comprensión de las determinantes estructurales que atraviesan e impactan la salud de las mujeres. El análisis se desarrolla desde las teorías latinoamericanas de Mara Viveros Vigoya (2006, 2009, 2023), Yuderkys Espinosa Miñoso (2014, 2021) y Lorena Cabnal (2010, 2018).

Se debate también la categoría de Salud Pública, que desarrolla el médico y sociólogo mexicano Julio Frenk Mora (2016), como categoría de análisis para la investigación, por su estrecha relación con el tema de salud y las dimensiones sociales que la atraviesan; pero, además, por su perspectiva de análisis poblacional, relacionada a los aspectos demográficos y epidemiológicos que aborda el autor y que confluyen directamente en las variables que se analizarán en la presente investigación.

Interseccionalidad desde Feminismos Latinoamericanos

La categoría interseccionalidad ha surgido como crítica a las expresiones de segregación racial que había dentro del “feminismo blanco”. Esta categoría posibilitó un análisis que hasta el momento el feminismo de la época no visibilizaba: las desigualdades de las mujeres en relación con su identidad y su fenotipo. No se puede comprender las desigualdades de las mujeres negras, indígenas, latinas, de igual manera que las desigualdades de las mujeres blancas si se

analiza solamente en términos de género. Así, en un primer abordaje, la interseccionalidad pone de manifiesto estas desigualdades entrecruzadas por la raza, el género, la clase social y la ubicación geográfica.

Las identidades son construidas y atravesadas por diferentes estructuras de poder, su comprensión no podría ser menos que compleja, multidimensional y estructural; pero a la vez, situacional e individual, como bien apunta Viveros Vigoya (2023) “lo propio de la interseccionalidad es señalar que la forma en que se sufre la opresión es cualitativamente diferente, según los cuerpos que la viven y según el contexto en que se produce” (p. 77).

Otro aspecto importante que desarrolla la teoría interseccional es la crítica a la superposición o importancia que se le puede otorgar a un solo factor o determinante en una intersección de diversas condicionantes, por ejemplo, una mujer, latina, migrante, de zona rural, de clase social baja, sufre discriminación múltiple desde los estereotipos sociales de sexo, género, etnia/raza, xenofobia, clasismo, y no solamente por su condicionante de ser mujer. De hecho, la teoría interseccional propone no desagregar estas variantes que se vinculan en la experiencia de una persona o colectivo para su análisis.

Así, la interseccionalidad apunta no solamente a las experiencias individuales, sino que aborda las estructuras de dominación que posibilitan dichas discriminaciones, contemplando sus variaciones con relación a los contextos específicos, además de las variaciones generadas por los cambios presentes en las sociedades: “llevar a cabo una investigación interseccional requiere ser consciente de cómo se entrecruzan entre sí y en diferentes contextos los distintos ejes de opresión (Viveros Vigoya, 2023, p. 105).

Para la presente investigación la teoría de la interseccionalidad aporta un referente sustancial, pues al ser un estudio enfocado en el género y en diversas variables estadísticas, permite un análisis desde situaciones particulares y sus posibles desigualdades, en la medida en que se integren dichas variables; como menciona Viveros Vigoya “en lugar de neutralizar la naturaleza combinatoria de la desigualdad –“controlando” las diferencias (como condición de

actividad económica, nivel educativo, situación conyugal, edad, etc.) – determinen las diferentes combinaciones de condiciones causalmente relevantes vinculadas a un resultado de interés” (Viveros Vigoya, 2023, p. 110).

Este aporte de Interseccionalidad con relación al análisis y comprensión de las desigualdades que atraviesan las personas y la construcción de sus identidades, bajo estructuras sociales y contextuales que predeterminan dichas identidades, permite tener un acercamiento al funcionamiento de los sistemas de salud, complejos y multidimensionales, y el acceso que se tiene a estos según las determinantes sociales, culturales, económicas, de género, entre otras.

También desde la interseccionalidad, Viveros Vigoya (2006) aborda la importancia de las luchas y reivindicaciones de los derechos de la mujer, convirtiéndose en 1960 la sexualidad y la intimidad en debate público, así se comenzó a pensar el cuerpo, la sexualidad y reproducción como un asunto político, es decir, se transfirió “al espacio público lo que hasta ese momento se había considerado como una cuestión privada” (p. 16).

Señala una clara disociación entre reproducción y sexualidad, teniendo “mayor influencia médica en la vida sexual de las mujeres” (p. 19), los hombres asisten al médico con interés en las prácticas sexuales, enfermedades sexualmente transmisibles, infertilidad o en un momento de envejecimiento; en cambio las mujeres desde edades tempranas inician un control ginecológico, incluyendo sus prácticas anticonceptivas, sus embarazos y posibles abortos, hasta temas relacionados con la menopausia por sustitución hormonal. De esta manera, Viveros Vigoya (2006) entiende que los hombres asisten por problemas sexuales con un médico general, no obstante, las mujeres se interesan en “hablar de sus problemas de salud con el ginecólogo, como si sus vidas enteras se pudieran resumir en su sexualidad y capacidad reproductiva” (p. 20).

Según lo expuesto por la autora, no es un tema de naturaleza, sino de una “construcción social inscrita en un contexto cultural e histórico, cuya importancia política reside en el papel que juega en la legitimación del orden establecido de los sexos y en la representación del orden de

las generaciones” (2006, p. 21). Por lo tanto, la sexualidad no es autónoma del comportamiento humano, comprende relaciones, prácticas y “significados cuyas definiciones varían histórica, cultural y socialmente” (2006, p. 21). Resultando la sexualidad un ámbito que se ha construido en un espacio público y político, desde una construcción histórico-social.

Respecto al abordaje que menciona Viveros Vigoya (2009), acerca del sexismo y el racismo, acota el mismo interés de los dos términos en naturalizar la desigualdad social y la diferencia, al menos en tres maneras. La primera reproduciendo y justificando las relaciones de poder fundadas en las diferencias fenotípicas; la segunda asocia la realidad corporal y social; y la tercera tanto el sexismo como el racismo, llegan a representar “a las mujeres y a los otros como grupos naturales, predispuestos a la sumisión” (p. 571). De esta manera señala que, tanto el sexismo como el racismo se han naturalizado a través del tiempo en sus formas de discriminación.

Hay una intencionalidad de hacer una desnaturalización de un sujeto universal, haciendo posible pensar posteriormente “en la clase, la raza y la desigualdad social en constante relación con el género y la sexualidad” (2009, p. 572). Desde esta perspectiva, podríamos entender también un análisis de la salud haciendo posible pensar el estudio desde otras variables múltiples que caracterizan a la mujer.

Respecto a América Latina, Viveros Vigoya (2009) que la raza ha sido abordada desde las desigualdades sociales y poco desde las desigualdades de sexualidad y género, “una dimensión racial que se ha construido a lo largo del tiempo desde el período colonial” (p. 574). Pocas veces se ha tenido en cuenta que el tema de la raza, no solo legitima las desigualdades sociales, también explica “los valores sexuales y las diversas formas de dominación y control socio-sexuales a las que están sometidas las mujeres en función de su pertenencia étnico-racial” (p. 574). Por lo tanto, América Latina se convierte en un espacio con una importante historia étnica de la mujer, que permite ser analizada de una manera más crítica y amplia según los aspectos sociales, fenotípicos y de clase que atraviesan a las mujeres.

Desde las investigaciones de Yuderkys Espinosa Miñoso, comprendiendo que esta autora se nombra principalmente descolonial, en sus palabras, la primera línea de desarrollo, circulación y recepción de la interseccionalidad; permite comprender con su análisis de la propuesta de Crenshaw, la aplicación investigativa en el uso de la interseccionalidad, posibilitando

el análisis estructural y anti sistémico del movimiento feminista negro y de color de las décadas de los setenta y los ochenta que acudió a otras metáforas para nombrar y caracterizar el problema de la mirada categorial dominante desarrollada por la teoría feminista y la teoría de la raza. (2021, p. 92)

Asimismo, la autora menciona que esta forma de análisis nace del derecho crítico, estudiando el funcionamiento de las instituciones para mostrar y encontrar soluciones a la discriminación y el tratamiento inadecuado con el que estas actúan, resumiendo que la interseccionalidad puede conocerse como la sombrilla que “recoge las diferentes entradas y los tratamientos que pretenden mostrar y superar el problema del análisis y la acción fragmentada de la opresión” (2021, p. 96).

Para Espinosa Miñoso (2014), la interseccionalidad no es una identidad, son herramientas de interpretación del orden social a partir de lo que asume como el eje de dominación fundamental, comprendiendo que el género siempre está condicionado por la colonialidad, la estructuración racial del mundo y mediado geopolíticamente. En el libro *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*, posiciona la necesidad de una autonomía en los principios teóricos del feminismo latinoamericano, mencionando que en este existe una importante dependencia a teorías que no representan a la mayoría de la población de la región, permitiendo la instalación de objetivos políticos productivos exclusivamente a mujeres de determinadas clases, orígenes y sexualidad del continente.

Los estudios de salud sexual y salud reproductiva, desde las propuestas de Espinosa Miñoso, deben adoptar una perspectiva interseccional para comprender las formas de reproducción de desigualdades específicas de las zonas, la historia de colonialismo y el

capitalismo, en función de que se garantice el acceso a la atención en salud para todas las personas, sin estigma, independientemente de su raza, clase o condición social.

Además, es importante mencionar que evidencia el planteamiento de la teorización feminista hegemónica, desde el punto en que no se toman en cuenta las diferencias de las mujeres a partir de sus experiencias y contextos de vida, sino que existe una interpretación colectiva. Por lo tanto, conforme al avance que han experimentado este grupo de feministas, ha sido fundamental la resistencia para el estudio diferenciado de características, estilos de vida, desigualdades políticas, sociales, económicas que identifican a este grupo de mujeres afrodescendientes.

Vinculado a la problematización de las interpretaciones comunitarias sobre los feminismos, se plantea la propuesta teórica desde los feminismos comunitarios, especialmente de Lorena Cabnal y la colectiva Red de Sanadoras (2018), la cual radica en la identificación de cómo las diferentes manifestaciones de violencia devienen del sistema histórico del patriarcado. Este entendido como el

sistema de opresión universal en todas las culturas del mundo, se plantea desde la concepción: el patriarcado es el sistema de todas las opresiones, todas las explotaciones, todas las violencias, y discriminaciones que vive toda la humanidad (mujeres hombres y personas intersexuales) y la naturaleza, como un sistema históricamente construido sobre el cuerpo sexuado de las mujeres. (Cabnal, 2010, p. 16).

Cabnal (2010) afirma, desde el uso de primera persona para enunciarse y denunciar, que el cuerpo es el primer territorio donde se ejercen las violencias, conceptualizado como *territorio cuerpo-tierra*, espacio que se violenta con el uso de fármacos, el uso de agroquímicos en la agricultura, la heterosexualidad impuesta y el no disfrute de la vida, entre algunas manifestaciones de la violencia patriarcal. Además, al recuperar el uso de la primera persona, construye sus afirmaciones desde su posicionamiento personal como indígena en el territorio guatemalteco, y cómo ser mujer indígena no es lo mismo que ser hombre indígena, aunque se

compartan espacios de lucha en común, pues confluyen otras violencias que se ejercen de manera específica sobre las mujeres indígenas.

Este posicionamiento de enunciar el cuerpo como el primer espacio epistemológico del conocimiento es también un posicionamiento político, pues cuestiona las formas de autopercepción y cómo la autoconciencia se desarrolla individualmente y repercute en la esfera social:

Asumir la corporalidad individual como territorio propio e irrepetible, permite ir fortaleciendo el sentido de afirmación de su existencia de ser y estar en el mundo. Por lo tanto, emerge la autoconciencia, que va dando cuenta de cómo ha vivido este cuerpo en su historia personal, particular y temporal, las diferentes manifestaciones y expresiones de los patriarcados y todas las opresiones derivadas de ellos. (2010, p. 22)

El fortalecer esta mirada crítica es también identificar las complejidades de las subjetividades de las personas, especialmente de las mujeres, así como las desigualdades en las cuales se ven inmersas. Es decir, se plantea la mirada interrelacionada entre la esfera subjetiva o cotidiana de las mujeres, y la esfera pública cuyas relaciones sociales determinan las formas de vivir, relacionarse con la otredad y consigo mismas.

Al tener la relación directa entre las esferas públicas y privadas, esta teoría propone una mirada comunitaria de esta propuesta epistemológica, es decir, una mirada en que se identifique la dominación estructural hacia las mujeres, y cómo se pueden construir espacios que recuperen las dignidades de las mujeres desde el disfrute, el aprendizaje y la solidaridad comunitarias. Sobre esta base conceptual se fundamenta la razón por la cual la autora y la Red de Sanadoras enuncian su posicionamiento desde el feminismo comunitario, entendido como “una recreación y creación de pensamiento político ideológico feminista y cosmogónico, que ha surgido para reinterpretar las realidades de la vida histórica y cotidiana de las mujeres indígenas” (Cabnal, 2010, p. 12).

Esta postura epistemológica también retoma los alcances de la sanación como espacio para que los territorios-cuerpos de las mujeres se recuperen de la dominación histórica en la cual se han visto oprimidas:

la sanación convoca caminos para revitalizar y energizarse, para continuar con la defensa del cuerpo y la tierra con el fin de hacer frente al desgaste actual de las mujeres por las múltiples opresiones del sistema patriarcal, colonialista, racista, lesbofóbico y capitalista neoliberal. (Cabnal, 2018, p.103)

Salud Pública

Una categoría de análisis que permite esclarecer ampliamente el campo de estudio de la salud es la categoría de Salud Pública, la cual ha sido analizada desde diferentes enfoques, haciendo hincapié en que es un campo que, por su objeto y características, es imposible definir o entender desde una sola disciplina.

Ahora bien, para esta investigación la categoría de Salud Pública será comprendida desde el enfoque que plantea el médico y sociólogo Frenk Mora, partiendo de que “la salud es un espacio para el encuentro entre la naturaleza humana y su organización social” (2016, p. 25). Por ende, además del componente genético de los individuos, todos los factores exógenos a los cuerpos biológicos, en mayor o menor medida, inciden en la salud de las personas, incluso en su genética evolutiva: las formas de convivencia, los alimentos, el dinero, la geografía, un sin fin de determinantes sociales, ambientales, económicas, políticas, culturales atraviesan la salud; complejizando su análisis y su campo de acción.

Si se analiza la salud pública desde la interseccionalidad, en esta juega un papel fundamental lo que la teoría expone como desigualdades que se intersecan en las experiencias individuales subyacentes en las dinámicas sociales, donde el género es una de las categorías o determinantes que en definitiva se debe interponer para el análisis de la salud. Como se menciona en los antecedentes, el acceso a la salud es muy diferente entre hombres y mujeres

o personas no binarias, por las vivencias que cada una experimenta desde las concepciones socioculturales de género, pero también de la clase social, raza/etnia, geografía.

Con relación a la composición semántica, la palabra pública no hace referencia específicamente a lo estatal, sino a su dimensión colectiva, a lo que denomina Frenk Mora *nivel de análisis poblacional*, “su esencia consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones” (p. 38). Se comprende así la salud en términos de grupos sociales que comparten condiciones específicas de entorno, las cuales pueden generar diversas condicionantes relacionadas a la salud.

Así, el autor define el campo de la nueva Salud Pública¹ como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas... el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones... el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones. (p. 40)

Este aspecto epidemiológico es el que “estudia la frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud” (p. 41) y justo enfoca el análisis en el componente demográfico (abarca características específicas de grupos poblacionales); estas características demográficas compartidas que se pueden comprender como variables: edad, sexo, región, ocupación, aportan un valor significativo para el análisis de dichos grupos poblacionales en relación con su estado de salud, y está profundamente marcado por las dinámicas sociales.

El componente *demográfico-epidemiológico*, crucial en los estudios de Salud Pública, es detallado desde diferentes autores como Frenk Mora, Briceño León y también Casallas Murillo, quienes lo analizan desde América Latina, haciendo referencia a que este cambio se visualiza de diferentes formas en los países, planteando una crítica al modelo lineal de cambio que

¹ Casallas Murillo también hace referencia a las diferentes disciplinas que atraviesan el concepto de Salud Pública, como crítica a su aprehensión en el siglo XX. En este caso, la autora parte de los conceptos de Medicina Social y Salud Colectiva (MS/MC).

plantean los estudios de Salud Pública con respecto a las enfermedades transmisibles y a las no transmisibles.

Ahora bien, la prestación de los servicios de salud y las necesidades de las poblaciones no son precisamente compatibles, pues las accesibilidades a los servicios dependen no solamente de que estos existan y funcionen, sino también de las posibilidades que tienen las poblaciones; y acá convergen factores de tipo económico, educativo, cultural y de género, que repercuten en la obtención del servicio, lo que el autor denomina en su análisis *las necesidades de salud y la respuesta social organizada*.

Es así como las desigualdades sociales se ven reflejadas en el acceso a los servicios de salud y por ende en las enfermedades presentes en las personas. Una comunidad con desigualdades en el acceso a espacios como educación, tecnología, aspectos básicos sanitarios, condicionantes laborales, entre otros, puede potenciar el riesgo de contraer o desarrollar ciertas enfermedades, afectando además la posibilidad de diagnósticos y tratamientos efectivos y tempranos.

La evolución de las enfermedades es otra circunstancia importante que va de la mano con las transiciones humanas en relación con las condiciones de trabajo, las condiciones de vida, los estilos de vida, lo que Frenk Mora (2016) considera *determinantes próximos de la salud*. Estos factores son muy diversos entre sí, pero muy vinculados a lo que actualmente se considera estado de salud, hábitos de alimentación, vivienda, condiciones laborales, y más lejano aún, nutrición, recreación y ejercicio, lo que para muchas poblaciones pueden ser privilegios inalcanzables; son también otros aspectos de desigualdad social que se evidencian muy claramente en los modelos de salud de muchos países latinoamericanos.

Finalmente, la respuesta a estas necesidades de salud de las poblaciones se presenta de diversas formas en la sociedad, a nivel individual, social y estatal. Y estas formas de respuesta están ampliamente vinculadas a la información que tienen las personas con relación a su núcleo social y cultural. Sin embargo, la respuesta estatal a través de los servicios de salud

está supeditada a diversos aspectos básicos que el autor menciona, a saber: *el poder adquisitivo/recurso, la priorización de necesidades de salud, la cobertura*, entre otros factores que determinan el acceso y la calidad de los servicios que se ofrece a las poblaciones.

Este análisis que realiza el autor sobre Salud Pública en definitiva brinda una perspectiva que facilita la comprensión histórica, teórica y práctica de algunos de los elementos y determinantes que atraviesan el campo de la salud, así como su complejidad. Aportando a la comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud latinoamericanos, y para el caso específico de la presente investigación, del sistema de salud costarricense, en relación con el tipo de respuestas estatales que se construyen en función de inferir y mejorar el estado de salud de las poblaciones.

Para efectos de la presente investigación se entenderá por acceso a la salud las condicionantes biológicas (sexo y edad), sociales (nivel educativo), económicas (regiones e IDH), culturales (lenguaje, costumbres y tabúes) y percepción sobre su vida (satisfacción con la vida), que determinan a las personas en su posibilidad de acceder a los servicios de salud brindados por el Estado costarricense.

En relación con la salud sexual y salud reproductiva, esta se entenderá desde el planteamiento de la OMS como:

un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. (2006).

Las categorías de análisis que se utilizarán, fundamentadas desde la teoría de la interseccionalidad y de la Salud Pública, según las variables disponibles en las bases de datos

a las que se tiene acceso, y tomando en cuenta que no contemplan otras determinantes importantes para un análisis integral (en este caso no se tiene acceso a la raza o etnia de las personas), se buscará vincularlas desde un enfoque de género. Estas variables son: sexo, edad, incidencia, mortalidad, región, provincia, cantón, cobertura o distribución de servicios de salud, nivel educativo, ocupación, IDH e IDHc.

Estrategia Metodológica

Sustento Teórico Metodológico

La propuesta metodológica de la investigación se abordará desde una teoría crítica feminista, a partir del método comparativo de datos (correlacional-descriptivo) que se detallará más adelante. El fin de esta estrategia metodológica es la realización de un análisis descriptivo de datos desde una postura crítica e interseccional en género, etnia y clase, para así posibilitar un cuestionamiento en esta línea de los fenómenos sociales presentes, “Porque todos los mecanismos que vemos, todos los discursos oficiales sobre las mujeres, empujan el destino de la mujer al campo de lo privado, de lo íntimo, de lo particular “(Segato, 2016, p. 170).

Para abordar el acceso a la salud de las mujeres y destacar su importancia, resulta indispensable mantener una perspectiva crítica y feminista que trascienda el ámbito privado y se proyecte en la esfera pública. Esta mirada invita a cuestionar los saberes establecidos, a desafiar el patriarcado normalizado y a replantear las construcciones vigentes, incluso aquellas provenientes de los estudios cuantitativos y del ámbito académico, con el propósito de situar la historia y las experiencias de las mujeres dentro de los datos.

Como bien menciona Segato en su texto *La guerra contra las mujeres* (2016), esta no es una tarea fácil, romper con el cristal del género es duro, pero la salud y el cuerpo de la mujer debe salir del discurso patriarcal en las instituciones, del tabú en la atención y de la victimización social y así conocer en el estudio si los datos afianzan la desigualdad en las detecciones oportunas de enfermedades por cáncer, violencia en los derechos sexuales y reproductivos, o de lo contrario, encontrar datos que indiquen lo opuesto.

Naturaleza y Tipo de Investigación

La investigación del presente trabajo será de tipo cuantitativo, porque se adentra en el análisis de indicadores estadísticos, a partir de fuentes secundarias integradas por datos oficiales de las instituciones públicas para comprender los números que rodean estos problemas de salud pública.

Siguiendo a Hernández Sampieri (2014), “el enfoque cuantitativo pretende acotar intencionalmente la información (medir con precisión las variables del estudio, tener foco) (...) se basa en investigaciones (...) se utiliza para consolidar las creencias y establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población” (p. 10).

También, la investigación es de tipo cuantitativa dada la naturaleza de los datos a utilizar, conociendo de antemano y en alguna medida las realidades, por ejemplo, la mortalidad por cáncer de mama y de cérvix en números y años, el acceso a información relacionada con derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna, se pueden generar preguntas e ideas para plantear el problema previo al análisis, el cual estará fundamentado en datos medibles y cuantificables.

En este sentido, la investigación se abordará como un estudio correlacional, en la medida en que enfatiza desde los objetivos, la posible relación entre dos o más variables que determinan o inciden en una situación específica, como el aumento o incidencia en mortalidad por cáncer de mama o cérvix o la posible relación entre ocupación, cantón de residencia y mortalidad materna.

En el estudio correlacional, según Hernández Sampieri, se plantea como finalidad “conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (2014, p. 93).

También, se considera descriptiva porque busca a partir de las características y los perfiles de las poblaciones a las cuales se está midiendo, describir fenómenos, dinámicas, situaciones o contextos. Como bien indica Hernández Sampieri:

Pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre

los conceptos o las variables a las que se refiere... se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (2014, p. 125)

Objeto de Estudio

Por la naturaleza de la investigación cuantitativa y con el fin de utilizar información que se ha recopilado a lo largo de los años por instituciones estatales, sobre las condiciones y dinámicas de la población a nivel nacional, se utilizará la investigación documental, con el fin de generar información relevante a partir del cruce de variables, teniendo como fuentes de información diversas bases de datos y encuestas, a saber estadísticas de los sistemas de consulta del INEC, de la base de datos del Registro Nacional de Tumores del MINSA y de la I y II ENSSR. Cabe destacar que estos cruces de variables responden a una mirada interseccional, debido a la revisión y comparación de estas bajo diferentes contextos geográficos, temporales y demográficos de las bases de datos.

El objeto de estudio son las cifras de las bases de datos mencionadas anteriormente, representadas por las mujeres a nivel nacional.

A continuación, se explican estas bases de datos y encuestas.

- **Estadísticas demográficas INEC**

Defunciones 2000-2023: número de defunciones por causa básica de muerte según código, realizando cruces y frecuencias de variables utilizando la herramienta de consulta Recuperación de Datos para áreas Pequeñas por Microcomputador (REDATAM).

- **Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud:** presenta estadísticas demográficas interrelacionadas con variables como sexo, grupos de edad, año, tumores más frecuentes, ubicación, incidencia, mortalidad, y situación epidemiológica del cáncer.
- **Estadísticas en Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social:** anuarios estadísticos 2003-2023.

- **Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:** su población de interés son personas de 15 a 64 años, por Unidades Primarias de Muestreo (UPM), estratificado por regiones y zonas, entrevistando a 3216 personas para el 2015 (IIENSSR, 2016).

Algunas de las variables importantes de mencionar por la relación con el tema de investigación son las siguientes: educación en sexualidad, historia de embarazos en mujeres, salud sexual y uso de servicios de salud en mujeres, planificación familiar, opiniones sobre derechos reproductivos, infecciones de transmisión sexual, conocimientos, actitudes y prácticas hacia el VIH y el SIDA.

Técnicas e Instrumentos que serán empleados en el proceso investigativo

La técnica investigativa que se empleará es el análisis cuantitativo, basado en la descripción y comparación estadística de datos. Para ello, se parte de un estudio documental y del uso de bases de datos existentes, con el propósito de construir análisis estadísticos mediante la medición y el cruce de variables, así como la elaboración de gráficos y tablas que permitan responder a los objetivos de esta investigación. Dichos análisis podrán incluir estudios multivariados, distribuciones de frecuencias, medidas de variabilidad y de tendencia central (media, mediana y moda), entre otros.

Entre las herramientas de trabajo se destacan:

- *Análisis de instrumentos aplicados en estos estudios:* el manejo y conocimiento de los cuestionarios con las preguntas de las bases de datos permite saber ¿qué se preguntó? y conocer los objetivos y los indicadores que de ellas se pueden construir, para así tener el criterio y la validez necesaria en la selección de estas para el trabajo de investigación.
- *Software para análisis de datos:* se requiere de alternativas para el análisis de datos sin que esta sea manual, para el uso sencillo de las bases de datos, por lo tanto, se utilizarán las aplicaciones para computadora como: SPSS y EXCEL. Asimismo, se hará uso de REDATAM (INEC), “software para procesamiento estadístico especializado en microdatos de censos de población y vivienda, encuestas y estadísticas vitales,

desarrollado por el CELADE - División de Población de la CEPAL, de las Naciones Unidas” (CEPAL, 2023, párr. 2), el cual permite el análisis estadístico similar a las aplicaciones anteriores, pero exclusivamente desde su página para sus encuestas.

Consideraciones éticas

Los datos que se utilizarán en el presente trabajo, *Análisis cuantitativo sobre el acceso a la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de género en Costa Rica, período 2000-2023*, dentro del marco del Seminario de Graduación, pertenecen a bases públicas y su fin es estrictamente académico, citando su fuente.

Por la cualidad de la investigación, el análisis estadístico responde a fuentes secundarias de información. El uso de estos datos y los cruces estadísticos de las variables atiende a un estudio académico, con el fin de construir y analizar los principales indicadores en torno al acceso de las mujeres a la salud pública en el país, según las condiciones de mortalidad de este grupo poblacional (cáncer de mama, cáncer de cérvix, mortalidad materna) y el acceso a derechos sexuales y reproductivos.

Capítulo I: Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Mama en Costa Rica: Un Análisis Etario y Cantonal de las Mujeres. 2000-2023

Resumen

El siguiente capítulo es un estudio enfocado en la evolución del cáncer de mama, para comprender, desde un enfoque interseccional, cómo influyen ciertas variables en la salud de las mujeres en el país.

El objetivo es examinar la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama de mujeres en Costa Rica, en relación con las variables de sexo, edad y cantón, de las bases de datos del INEC, del MINSA y de la CCSS, durante el período 2000-2023.

La metodología es de carácter cuantitativo y se fundamenta en el análisis del cruce de variables en el estudio del cáncer de mama. La incidencia y mortalidad se vinculan al Índice de Desarrollo Humano cantonal (IDHc) para observar las tasas según las condiciones socioeconómicas de los cantones, así como el acceso a los servicios de salud.

Los hallazgos de la investigación muestran una clara tendencia al aumento del cáncer de mama a nivel nacional; siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres desde 2005. Por edad, la mayor concentración de muertes se manifiesta de los 55 a los 69 años, considerándose una muerte en edad temprana. Hay una cantidad importante de decesos entre los 40 a 54 años, revelando una urgente necesidad de detección temprana de la enfermedad.

A nivel cantonal, para el período 2009-2022, se manifiesta una tasa de incidencia mayor que la mediana en las provincias de San José, Alajuela, Heredia y algunos cantones de Guanacaste. Con respecto a la mortalidad (2000-2023), los cantones con mayor tasa están alejados de las cabeceras de provincia, tal es el caso de Dota, Turrubares, León Cortés, San Mateo, Montes de Oro, entre otros.

En términos de gestión de la salud pública, el presente estudio pone en evidencia la urgencia para agilizar los procesos de detección del cáncer de mama, así como las pruebas o tratamientos para reducir la mortalidad. También, es necesario desarrollar el análisis desde los factores de género, edad y geografía, vinculado a las diferentes determinantes de desarrollo social de las mujeres afectadas por la enfermedad, como condición económica, desigualdad, educación, etnia, entre otras.

Palabras clave: cáncer de mama, incidencia, mortalidad, interseccionalidad, mujeres.

Introducción

El propósito de esta investigación parte de la problematización sobre cómo se relacionan algunas determinantes sociales, en términos de la accesibilidad a la salud de las mujeres, comprendida desde la desigualdad multifactorial que generan las sociedades patriarcales. Desde la teoría de la interseccionalidad, las dimensiones que se pueden observar en este estudio son fundamentales para el análisis, para comprender cómo las distintas formas de opresión se relacionan entre sí y, por ende, cómo pesan en la salud.

Para este capítulo, es importante indicar que se utilizaron bases de datos públicas anonimizadas que detallan estadísticas sobre la causa de muerte, la ubicación geográfica, la edad y el sexo. Además, se consultó la información pública disponible sobre la estimación poblacional, así como los factores que componen el IDHc, como son el bienestar material, el acceso al conocimiento y la esperanza de vida. Desde estas variables se construyen las categorías de análisis del capítulo, a saber: la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama en mujeres.

Realizar el análisis desde la relación entre los diferentes factores sociales presentes es de amplia importancia para la investigación, máxime considerando que el cáncer de mama es el de mayor mortalidad en mujeres a nivel mundial. El Observatorio Mundial del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que existe una diferenciación bastante amplia en términos de la carga de la enfermedad según el IDH.

Por ejemplo, en países con IDH muy alto la relación que se establece expresa que 1 de cada 12 mujeres será diagnosticada en su vida y 1 de cada 71 mujeres morirá por este diagnóstico; mientras que, en países con IDH bajo, se diagnostica a 1 de cada 27 mujeres, pero muere 1 de cada 48 por esta causa:

Las mujeres de los países con un IDH bajo tienen un 50% menos de probabilidades de que se les diagnostique un cáncer de mama que las de los países con un IDH alto, y sin embargo corren un riesgo mucho mayor de morir de esta enfermedad debido a un

diagnóstico tardío y a un acceso inadecuado a un tratamiento de calidad (OPS/OMS, 2024).

Estas estadísticas que reflejan el aumento o disminución en la probabilidad de vida de las mujeres (esperanza de vida) dependiendo del IDH de su país, coinciden claramente con la teoría interseccional de Viveros Vigoya (2023), que se detallará más adelante, en relación con *los distintos ejes de opresión* y cómo estos se entrecruzan.

Metodología

La metodología de la investigación es de enfoque cuantitativo, con un alcance estadístico descriptivo. Se trata de un estudio documental de fuentes secundarias, específicamente bases de datos del INEC, del MINSA y de la CCSS, en el cruce de variables que convergen para el análisis interseccional de la población de estudio, en este caso, las estadísticas de las mujeres en el territorio nacional, entre el 2000 y el 2023 y su situación en el ámbito de la salud sexual, específicamente asociada a los casos de detección y muerte por cáncer de mama. Esta correlación de variables permite identificar factores biológicos, sociales y económicos que intervienen en los procesos de las vivencias de salud de la población.

Para la identificación y correlación de estas variables se utilizaron herramientas como REDATAM del INEC, ejecutando cruces de variables en estadísticas básicas de defunciones tales como: año de trabajo, sexo de la persona, causa básica de muerte, edad quinquenal y ubicación cantonal de residencia; así como estimaciones de población por año, sexo y cantón de las estadísticas demográficas.

También, se utilizó la herramienta Excel de Microsoft, para el cálculo de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama. Los datos fueron consultados de las siguientes fuentes de información pública:

- **Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores:**

Incidencia 2009-2016

Incidencia 2017-2022

- **Instituto Nacional de Estadística y Censos:** estadísticas demográficas

Defunciones 2000-2023. Mortalidad por cáncer de mama, año de trabajo, sexo, edad quinquenal y cantón de residencia. Estas variables se utilizaron también para obtener los datos de mortalidad por cáncer de estómago, de colon, de cérvix, vagina y vulva, de hígado, de páncreas y de pulmón. Los cruces de variables se realizaron con códigos de agrupación que utiliza el INEC de los diferentes tipos de cáncer vinculados a un órgano específico.

Estadísticas demográficas. 2000 – 2011. Estimaciones nacionales. Población total estimada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo.

Estadísticas demográficas. 2011 – 2025. Proyecciones nacionales. Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo.

- **Caja Costarricense del Seguro Social:** Estadísticas en Salud. Anuarios estadísticos. Mamografías y tomografías efectuadas por área de atención según Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud y Establecimiento de Salud. (2003-2023).
- **Sistema Nacional de Información Territorial (SNIT) del Instituto Geográfico Nacional (IGN):** para la elaboración de los mapas se utilizó el programa QGIS (Sistema de Información Geográfica Quantum), que es un sistema de información geográfica libre y de código abierto. Los mapas se elaboraron con datos georreferenciados del SNIT, utilizando la cartografía 1:5 de límite cantonal de 82 cantones, ya que los datos públicos de incidencia y mortalidad no contemplan aún los cantones de Monteverde y Puerto Jiménez.

Elementos metodológicos por considerar:

- En la investigación no se identificaron casos de incidencia ni de mortalidad de mujeres de 0 a 14 años en el período de estudio.

- Sobre la incidencia de cáncer de mama a nivel cantonal, el MINSA registra datos del 2009 al 2022.
- Las bases de datos consultadas del INEC, del MINSA y de la CCSS no trabajan con variables como raza/etnia, identificación de género, condiciones de discapacidad, entre otras, por lo tanto, son variables que escapan al análisis de la presente investigación.
- La información utilizada para esta investigación se manejó con un fin estrictamente académico, en función de visibilizar la importancia de los estudios interseccionales en el ámbito de la salud de las mujeres.
- En varias ocasiones se solicitó información al MINSA y a la CCSS, ya que en 2022 la información de incidencia y mortalidad databa hasta el 2012. Se redactaron varios correos a las instituciones correspondientes, pero nunca se obtuvo toda la información de los años posteriores a 2012. Para diciembre de 2022 se habilitó la información en la página del Registro Nacional de Tumores.

Principales Resultados

Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres

Este apartado aborda el tema de la incidencia del cáncer de mama en mujeres en el país. Primero, se observa la incidencia a nivel nacional en el período 2000-2022; segundo, se analiza la incidencia por edades quinquenales, durante el mismo período, con el fin de agrupar varias edades para comprender el comportamiento del cáncer bajo esta característica biológica; tercero y último, se visualiza la incidencia desde una mirada cantonal, durante el período 2009-2022, en función de representar las tasas de incidencia de manera geográfica, dimensionando los factores sociales de los cantones, lo que permite contrastar los resultados con la mortalidad a nivel cantonal en el apartado posterior.

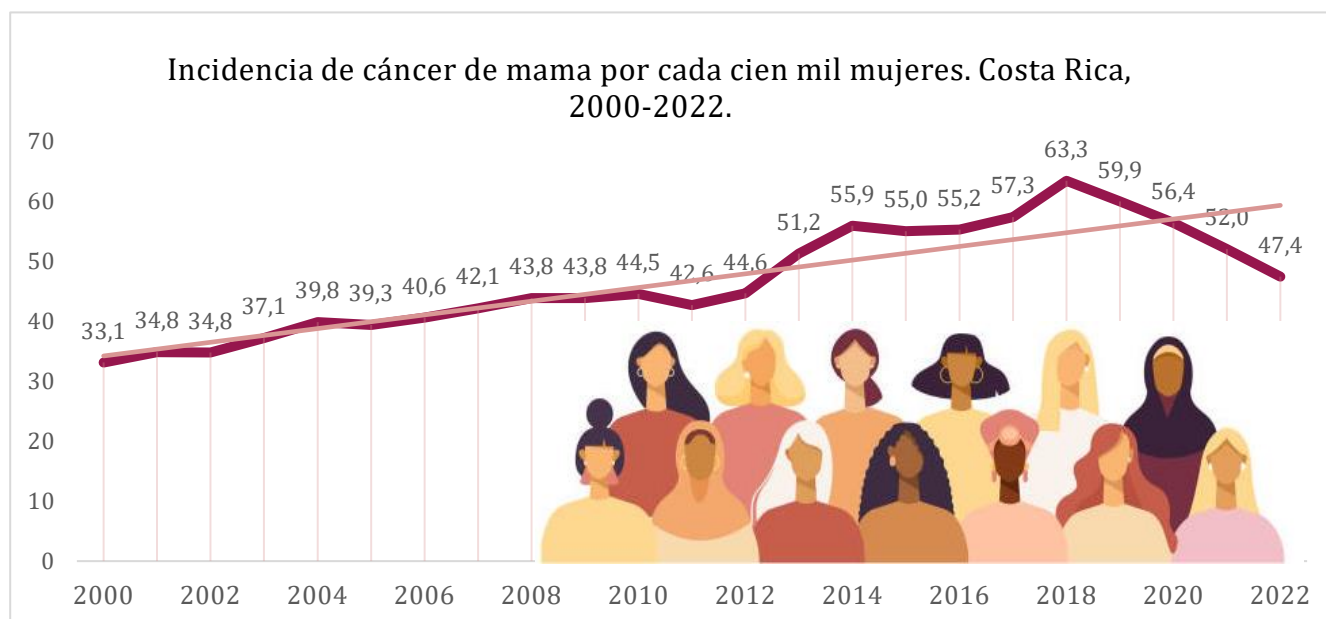
Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres. Costa Rica, 2000-2022

Con respecto a la incidencia del cáncer de mama en Costa Rica, los datos públicos que proporciona el MINSA son del período 2000-2022. Como se puede observar en la Figura 1.1, la cantidad de mujeres que llegó a presentar cáncer de mama en el país ha aumentado considerablemente, pasando de 33,1 casos por cada cien mil mujeres en el 2000 a 47,4 casos por cada cien mil mujeres en el 2022. En el gráfico también se observa que hay un incremento importante de la incidencia entre 2013 y 2018, destacando particularmente el 2018, con 63,3 casos por cada cien mil mujeres, siendo el año con la mayor cantidad de casos del período en estudio.

Según las estadísticas del Registro Nacional de Tumores del MINSA (2023), desde el 2018 el cáncer de mama ha sido el cáncer con mayor incidencia en mujeres a nivel nacional, incluso por encima del cáncer de piel.

Figura 1.1

Incidencia de cáncer de mama en Costa Rica por cada cien mil mujeres, período 2000-2022



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2024.

Es importante destacar que la población de mujeres durante el período de estudio aumentó en un 35,4 %, pasando de 1.910.997 mujeres en el 2000 a 2.588.379 en el 2022,

mientras que la incidencia del cáncer de mama en mujeres aumentó en un 93,9 %, pues los casos reportados en el 2000 fueron 632, mientras que para el 2022 aumentaron a 1226. Lo que demuestra que la línea ascendente en la Figura 1.1, no se debe solamente al crecimiento poblacional, sino también al aumento de casos de mujeres con cáncer de mama. El aumento de la incidencia ajustado a la población durante todo el período, si se calcula desde la tasa de incidencia fue de un 43,2 %.

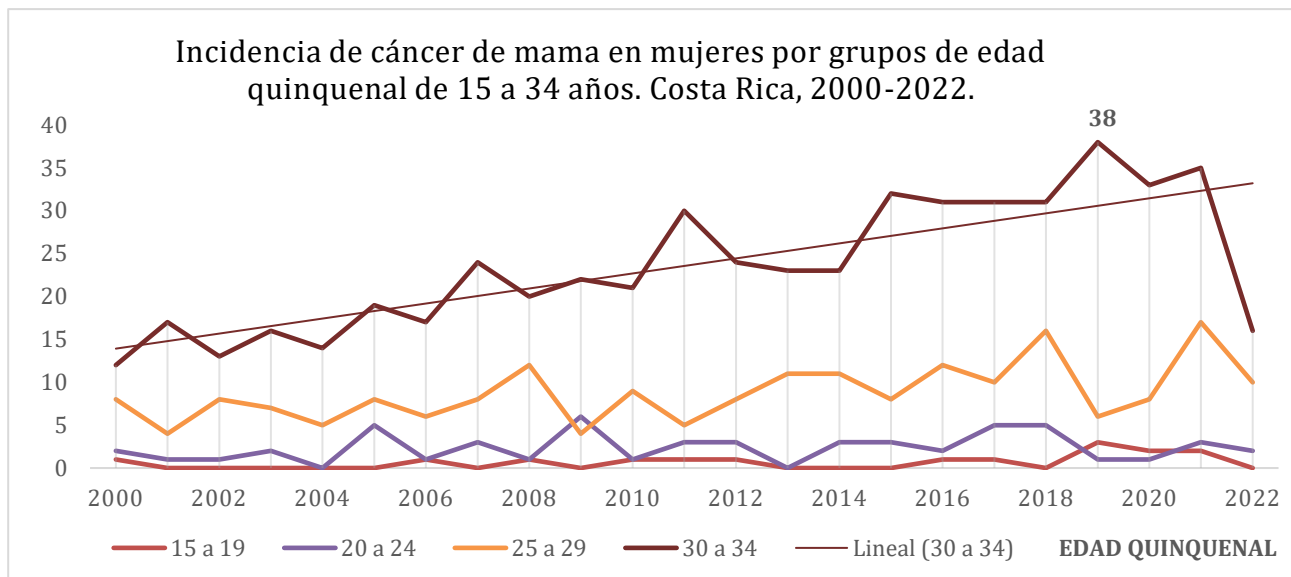
Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres por Edad Quinquenal. Costa Rica, 2000-2022

Debido a que la edad es un factor fundamental en la aparición y detección del cáncer de mama en mujeres, es de suma importancia observar la distribución por edades quinquenales de los casos de incidencia a nivel nacional. Con el fin de visualizar claramente las tendencias y concentraciones de los casos, se muestra a continuación, en formato de gráficos, la incidencia de cáncer de mama por edades quinquenales separadas en los siguientes grupos: de 15 a 34 años, de 35 a 54 años y de 55 a 74 años, incluyendo en este último grupo los casos de 75 años y más.

En la figura 1.2, la cual muestra los casos del primer grupo (15 a 34 años), se observa que la incidencia es más elevada en la edad quinquenal de 30 a 34 años con respecto a los demás rangos etarios (15 a 29 años). En esta última edad quinquenal, los casos generalmente se duplican o triplican, si se compara con los casos en edades quinquenales menores. También, la edad quinquenal de 30 a 34 años presentó un aumento considerable en el 2019, con 38 casos, siendo el año con más casos. De este primer grupo, la edad quinquenal de 30 a 34, es la única que presenta tendencia al aumento durante todo el período, las demás edades se mantienen con alzas y bajas constantes.

Figura 1.2

Incidencia de cáncer de mama por cada cien mil mujeres en edades quinquenales de 15 a 34 años. Costa Rica, 2000-2022.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2024.

Con respecto a la incidencia del grupo etario entre 35 y 54 años, en la figura 1.3 se observa una elevación de casos de hasta 5 veces más en comparación con el grupo de 15 a 34 años, correspondiente a la figura 1.2. Por ejemplo, en 2019, mientras que la edad quinquenal de 30 a 34 años tuvo 38 casos, la de 50 a 54 años presentó 192 casos (el quintuple), siendo el año con la mayoría de los casos de cada edad quinquenal.

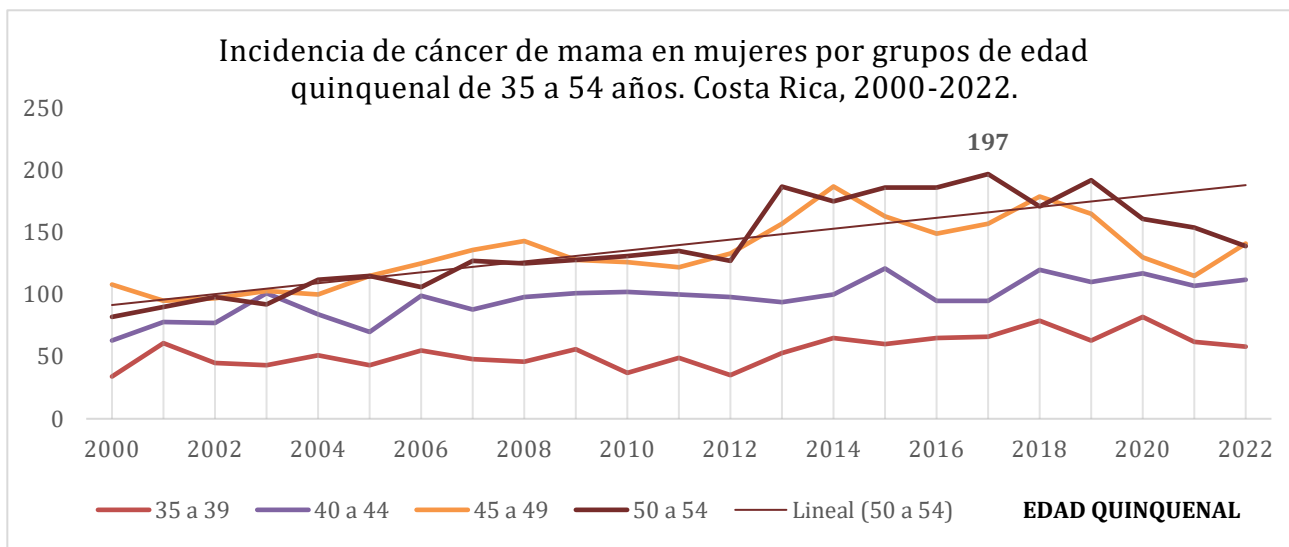
Las edades quinquenales con más casos en la figura 1.3 son las de 45 a 49 años y de 50 a 54 años, mostrando ambas una clara tendencia al alza. Es importante destacar esta cantidad de casos distribuida en el grupo entre 45 a 54 años, pues como se verá más adelante, es un rango etario que muestra alta mortalidad.

La edad quinquenal de 40 a 44 años también presenta una clara tendencia al alza y en muchos casos duplica la edad quinquenal menor. Tomar en consideración este rango etario es vital, pues por ley, fue hasta el 2021 que las mamografías comenzaron a realizarse a partir de los 40 años y anualmente; es importante la vigilancia y cumplimiento de tal normativa para la

detección temprana, en relación con las listas de espera en la CCSS para la ejecución de dichas pruebas.

Figura 1.3

Incidencia de cáncer de mama por cada cien mil mujeres en edades quinquenales de 35 a 54 años. Costa Rica, 2000-2022.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2024.

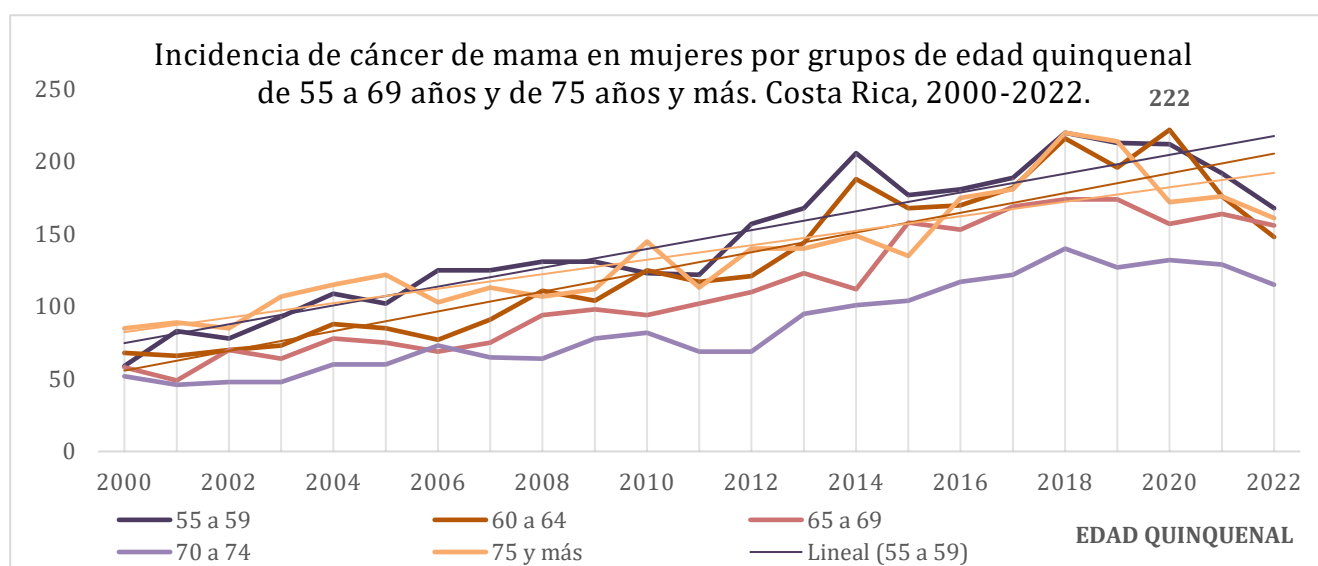
Por último, en la figura 1.4 se observan los casos de incidencia distribuidos en las edades quinquenales de 55 a 74 años y un grupo específico de 75 años y más. Las edades quinquenales de 55 a 59 años y 60 a 64 años son las que muestran el mayor número de casos a lo largo del período en estudio (junto con la edad quinquenal del gráfico anterior 50 a 54 años). En varios años estas edades quinquenales sobrepasan la cantidad de casos del grupo de 75 años y más, que agrupa personas de 75 años hasta incluso 100 años o más. En el gráfico se observa que la línea de tendencia de ambas edades quinquenales sobrepasa la línea de tendencia del grupo de 75 años y más.

Distribuida en edades quinquenales la incidencia del cáncer de mama denota que existe una gran agrupación de la mayoría de los casos entre los 40 y 69 años, donde, además, se observa una clara concentración entre los 45 y 64 años, siendo la edad quinquenal de 55 a 59

años la que presenta mayor acumulación de casos durante todo el período, con 3364 casos en total.

Figura 1.4

Incidencia de cáncer de mama por cada cien mil mujeres en edades quinquenales de 55 a 74 años y de 75 años y más. Costa Rica, 2000-2022.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSa, 2024.

La tendencia del comportamiento de la incidencia del cáncer de mama está manifestando a lo largo de las últimas dos décadas un aumento constante, y se observa muy claramente en una mayoría de mujeres que aún no se categoriza como población adulta mayor.

Desde la categoría de análisis de Salud Pública, este es un aspecto importante para tomar en consideración. La concentración de casos de cáncer de mama en ciertas edades (45 a 64 años) refleja una situación epidemiológica que, según Frenk Mora, se puede analizar desde “la frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud” (2016, p. 41), y en este caso específico se determina por las variables de edad y sexo que comparte la caracterización del grupo poblacional en estudio.

Estas variables, *edad* y *sexo*, pueden comprenderse desde la medicina como factores específicamente biológicos; sin embargo, ambas variables se construyen también socialmente.

La vinculación existente entre la edad y la salud/enfermedad, juega un papel fundamental en la percepción social, comúnmente se asocia la enfermedad con una edad avanzada. El hecho de que actualmente el cáncer de mama esté presente en mujeres en edad temprana puede estar influyendo en las dinámicas de chequeo y atención médica, las mujeres podrían no estar sintiendo la necesidad de revisión siendo jóvenes. Asimismo, el sistema de salud podría no estar atendiendo las necesidades epidemiológicas actuales en relación con la edad y el cáncer de mama, pues por muchos años se presentaron más casos en edades mayores.

También, las dinámicas sociales han cambiado ampliamente en los años, por ejemplo, la alimentación, los agroquímicos asociados, los tipos de trabajos, la exposición a niveles de estrés, el sedentarismo vinculado a la tecnología (automóviles, celulares, computadoras), la exposición a productos estéticos, entre otros, van en detrimento de lo que se considera saludable.

Así, las vivencias que desde la salud tienen las mujeres adultas o adultas mayores, contemplando el factor edad, vinculadas a sus otros determinantes sociales, como por ejemplo ser mujeres, su capacidad adquisitiva, el desarrollo de su vida personal, su educación, su ubicación geográfica, determinan en cierta medida las formas en que se pueden abordar los procesos de salud-enfermedad.

Ahora bien, con respecto a la variable sexo, a pesar de que la tendencia muestra que los hombres recurren menos a los servicios de salud que las mujeres (OMS, 2019), es primordial analizar y vincular otras condicionantes que podrían estar influyendo en el acceso a la salud para las mujeres, por ejemplo, la forma de seguridad social, dependiente o independiente de su estado civil, el ingreso económico, ligado a la capacidad de atención en salud, sea esta pública o privada, la vinculación de las enfermedades relacionadas a temas sexuales/reproductivos en una sociedad patriarcal, entre otras.

Otro factor importante para analizar en el comportamiento de la incidencia es la ubicación geográfica de la población, como una de las determinantes del acceso que tienen las mujeres al

sistema de salud, cómo este se distribuye y opera en los espacios físicos a nivel país, con la finalidad de tener las posibilidades de detección de la enfermedad en una etapa temprana.

Tasa de Incidencia de Cáncer de Mama en Mujeres a Nivel Cantonal. Costa Rica, 2009-2022

Con respecto a la incidencia de cáncer de mama en mujeres distribuida cantonalmente, los datos públicos disponibles se encuentran del 2009 en adelante. La tasa más alta del período en estudio la presenta el cantón de San José en el 2018, con 174,8 casos por cada cien mil mujeres. El cantón de San José se mantiene con tasas de incidencia más altas que el resto de los cantones durante el período 2018-2021.

Los cantones de San Isidro, Flores y San Pablo de Heredia también presentan una alta tasa de incidencia durante varios años (2014-2022), San Isidro con una tasa de 168.5 casos en el 2018, Flores de 111,0 para el 2015 y San Pablo de 108,9 para el 2018; al igual que el cantón de Liberia, con una tasa de incidencia mayor que la mediana entre los años 2016 y 2019, así como en el 2021. En la tabla 1.1 se puede observar la variabilidad de la tasa de incidencia en los cantones que presentan más casos del 2009 al 2022.

Tabla 1.1

Cantones con alta tasa de incidencia de cáncer de mama en mujeres. Costa Rica, 2009-2022.

Cantones con alta tasa de incidencia de cáncer de mama en mujeres. Costa Rica, 2009-2022.														
San José	67,9	81,3	80,8	86,1	90,2	101,5	110,1	162,7	169,1	174,8	164,3	160,9	128,2	62,6
San Isidro	30,1	39,2	77,5	28,7	66,0	65,1	101,0	72,6	98,7	168,5	70,2	95,5	60,2	85,2
Flores	28,4	18,4	45,3	35,7	61,5	104,0	111,0	42,2	33,3	74,1	105,8	96,5	87,6	94,6
San Pablo	56,1	40,9	33,8	46,9	66,5	46,1	39,2	51,9	90,3	108,9	70,0	107,6	100,7	43,9
Liberia	16,3	41,4	25,0	39,8	42,0	41,2	37,6	93,4	108,3	92,7	99,1	36,8	90,5	58,5
Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022

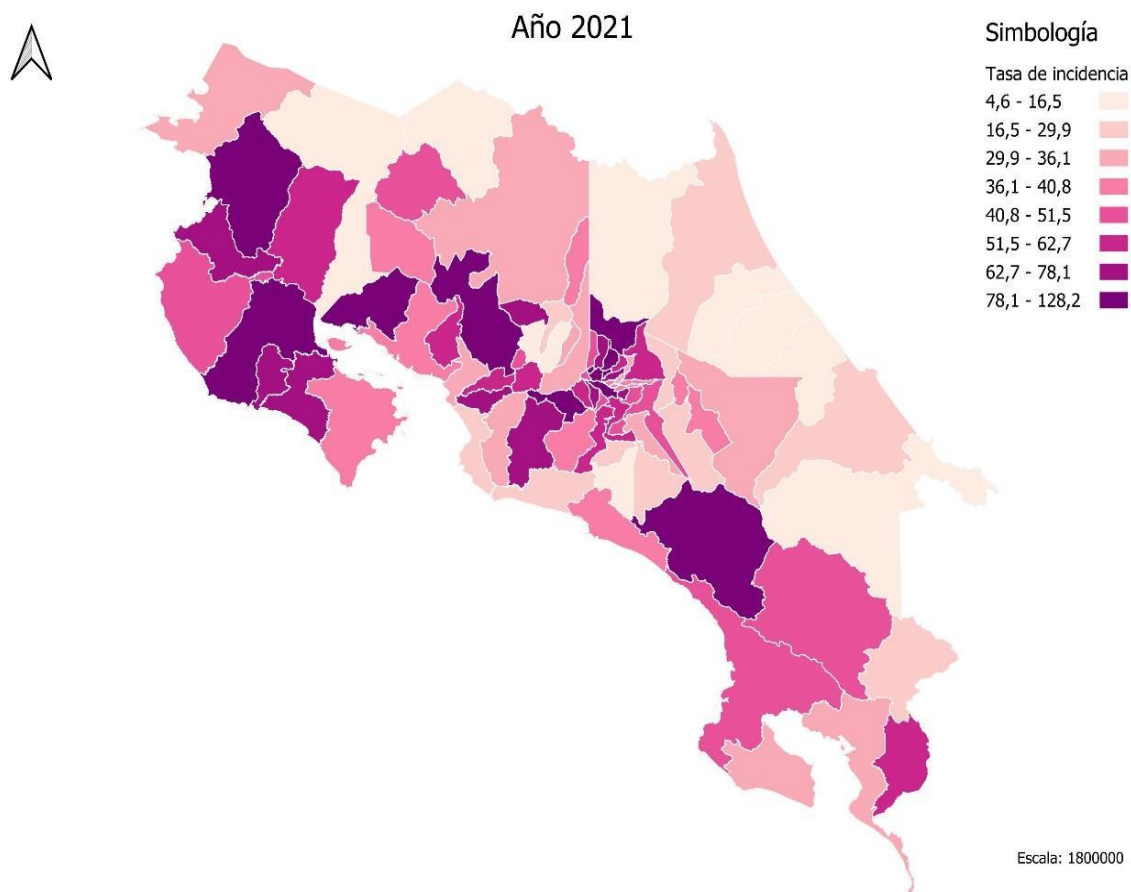
Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2024.

Es necesario visibilizar que varios cantones de la provincia de Heredia presentan durante al menos cuatro años del período comprendido entre 2014 y 2022 una tasa de incidencia más alta que la mediana (87,4 casos), sobre todo el cantón de Flores que sobrepasa esta medida en 6 diferentes años. Sin embargo, el cantón de San José es el que se mantiene con una tasa mayor que la mediana durante 9 años consecutivos (2013-2021). Muchos de los cantones del valle central son los que presentan altas tasas de incidencia, a diferencia de la mortalidad, como se observará en el siguiente capítulo.

En función de visualizar geográficamente cómo se comporta la incidencia a nivel cantonal, se representa en la figura 1.5 el mapa de distribución de la tasa para el año 2021, en el que los cantones con menor tasa están representados con color rosa pálido y los de mayor tasa con color púrpura oscuro.

Figura 1.5

Mapa cantonal de color según la tasa de incidencia de cáncer de mama en mujeres. Costa Rica, 2021.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del MINSA y del SNIT, 2024.

Los cantones ubicados en el rango de tasas más altas entre 78,1 y 128,2 casos son: San José, Mora, Pérez Zeledón, San Ramón, Heredia, San Rafael, Flores, San Pablo, Liberia, Nicoya y Abangares.

Como se ha mencionado a la largo de la investigación, el cáncer de mama tiene diversos factores asociativos a su ocurrencia, la OPS (2016) expone algunos de estos, considerando los factores endógenos, a saber: la genética, los antecedentes familiares, los antecedentes personales, los factores hormonales, la edad, y otros exógenos, tales como: la exposición a estrógenos, la exposición a radiación ionizante, el peso, el consumo de alcohol y la vida reproductiva, esta última se relaciona con especificaciones hormonales, y sin embargo, acá

también se ven involucradas decisiones individuales que reflejan diversos contextos sociales, por ejemplo, la decisión de las mujeres cada vez más latente de no procrear o de hacerlo en edades más avanzadas en función de mantenerse y crecer en sus carreras profesionales, esto aunado al sistema capitalista patriarcal, que generalmente no favorece los procesos de maternidad.

Ahora bien, si se piensa en los factores exógenos del cáncer de mama, es prioritario vincularlos a las disparidades en salud presentes según la clase social, el poder adquisitivo, la carga laboral, entre otros determinantes que influyen ampliamente en las dinámicas de lo que se puede considerar un estilo de vida saludable, por ejemplo, cuáles mujeres tienen acceso a una alimentación balanceada, alimentos de calidad, al igual que acceso a una vida no sedentaria, con las posibilidades de realizar ejercicio y mantenerse activas sin sobrecargas familiares o laborales.

También, un aspecto importante a considerar en relación con el cáncer de mama es la cercanía geográfica de los hospitales, clínicas o centro de salud disponibles para las valoraciones, ultrasonidos y mamografías de la población, testeos que son primordiales para detectar la incidencia y disminuir la mortalidad.

Si bien hasta el momento no hay correlación entre los factores expuestos de la incidencia del cáncer de mama en el país, específicamente la incidencia a nivel cantonal, y aunado también a la faltante de variables específicas en las bases de datos sobre la población afectada, se considera importante desde la línea de investigación, incentivar los estudios de la incidencia de la enfermedad desde el entramado de desigualdades en el campo de la salud, considerando el género, la etnia, la clase social, la geografía, tanto a nivel urbano/rural en el mismo país, así como en relación a otros países, con el fin de establecer una posible vinculación entre los datos estadísticos de incidencia/ubicación geográfica y aspectos como alimentación, actividad física, estrés, contaminación ambiental.

Al respecto, la OMS plantea que “las estrategias para el control del cáncer deben tener en cuenta las limitaciones impuestas y las oportunidades creadas por los aspectos sociales del

problema” (2004, p. 38). La interseccionalidad como teoría y metodología en el ámbito de la salud, prioriza un análisis necesario para la comprensión de las diversas desigualdades, justo como se menciona en el marco teórico desde Viveros Vigoya (2023), la opresión o discriminación se vive diferente según los cuerpos y contexto. Y desde este entendido, se puede posibilitar la creación de gestiones operativas y políticas atinentes a las necesidades de la población vinculada al cáncer de mama.

Mortalidad por Cáncer de Mama

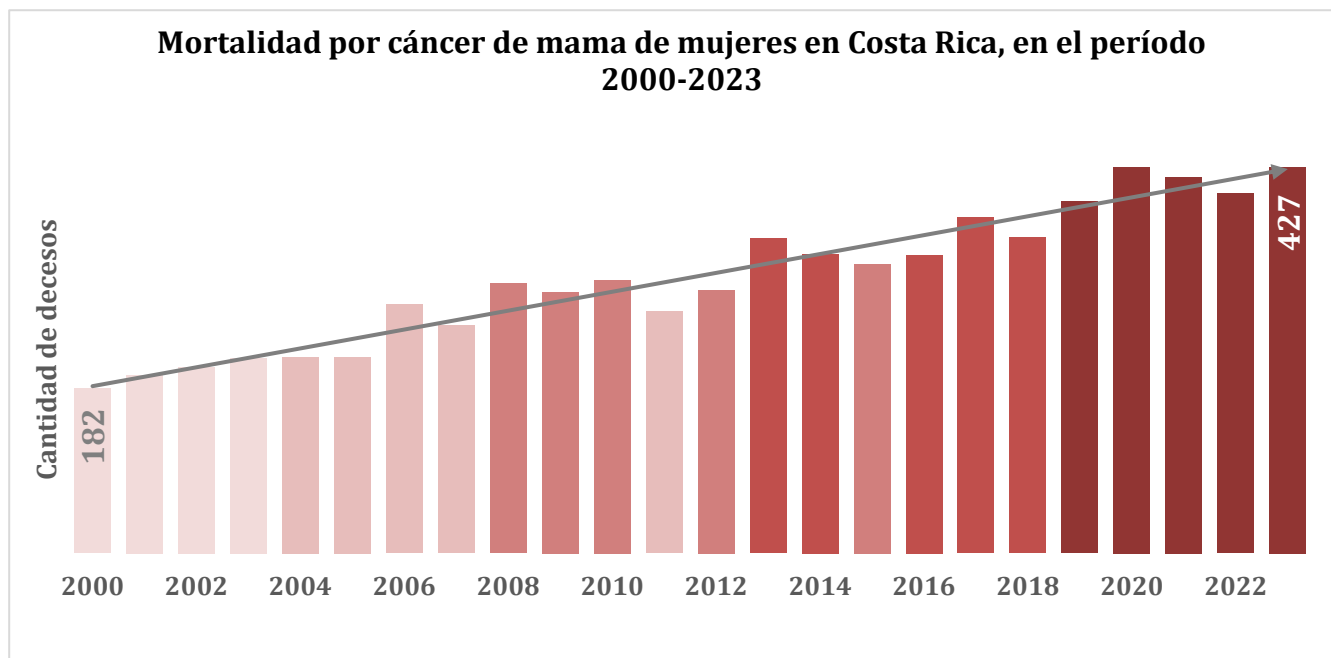
El siguiente apartado analiza la mortalidad por cáncer de mama de mujeres en Costa Rica, como categoría vinculada a diversas variables tanto biológicas como sociales. Al igual que la incidencia, se expone la mortalidad a nivel nacional en el período 2000-2023 y su comparación con otros tipos de cáncer en mujeres; posteriormente se asocia con el factor edad, considerando los decesos por cáncer de mama en las diferentes edades quinquenales y los rangos etarios donde se ubican más muertes; finalmente, se examinan los datos de mortalidad distribuida por cantones, ubicando los que han mostrado mayor tasa durante el período de estudio, así como su vinculación con el Índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDHc), el Índice de Desarrollo de Género Cantonal (IDGc) y el Índice de Desigual de Género (IDG-D).

Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres. Costa Rica, 2000-2023

En Costa Rica, la mayor mortalidad por cáncer en mujeres está relacionada al cáncer de mama. Tal como se observa en la figura 1.6, en las últimas dos décadas ha aumentado el número de decesos por este tipo de cáncer, pasando de 182 muertes en el 2000 a 427 muertes en el 2023, según datos del INEC. La cantidad de muertes para ese último año iguala a las del 2020, mientras que para los dos años posteriores se observa una leve reducción, 416 casos en 2021 y 398 en 2022.

Figura 1.6

Mortalidad por cáncer de mama de mujeres en Costa Rica, período 2000-2023.

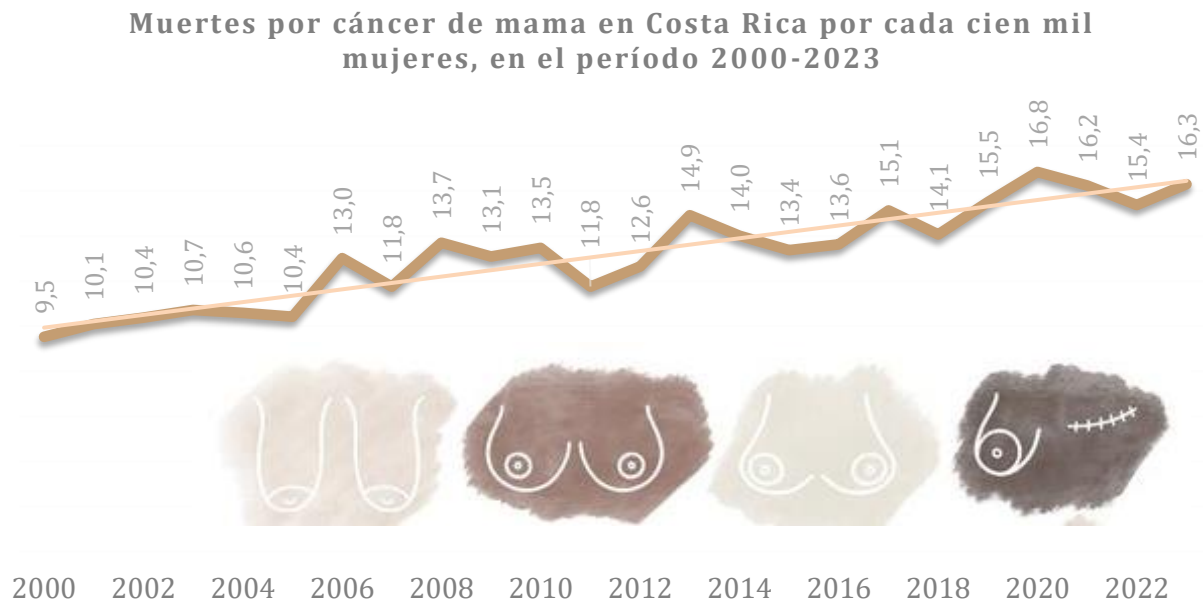


Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC, 2024.

Si los datos se analizan por tasa, al igual que la incidencia, la mortalidad ha mantenido una línea de tendencia en crecimiento constante, mientras que para el 2000 se reportaron 9,5 muertes por cáncer de mama por cada cien mil mujeres, para el 2023 este dato aumentó a 16,3 casos por cada cien mil mujeres, tal como se observa en la figura 1.7. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres, observando todo el período en estudio (2000-2023) ha aumentado en un 71,5 %.

Figura 1.7

Muertes por cáncer de mama en Costa Rica por cada cien mil mujeres, período 2000-2023.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC, 2024.

Comparando los datos de aumento de la incidencia y de la mortalidad, se observa que, si la incidencia ha aumentado durante el período de estudio un 43,2 % y la mortalidad ha aumentado un 62,1 %, (datos de mortalidad hasta el 2022, pues no están disponibles los datos de incidencia del 2023), es importante señalar que, en términos porcentuales, la mortalidad ha crecido más que la incidencia, por lo tanto, se podría pensar que la eficacia en la detección y/o la efectividad de los tratamientos para el cáncer de mama, además del seguimiento médico a las pacientes, no están mostrando los resultados que desde la salud pública se persiguen.

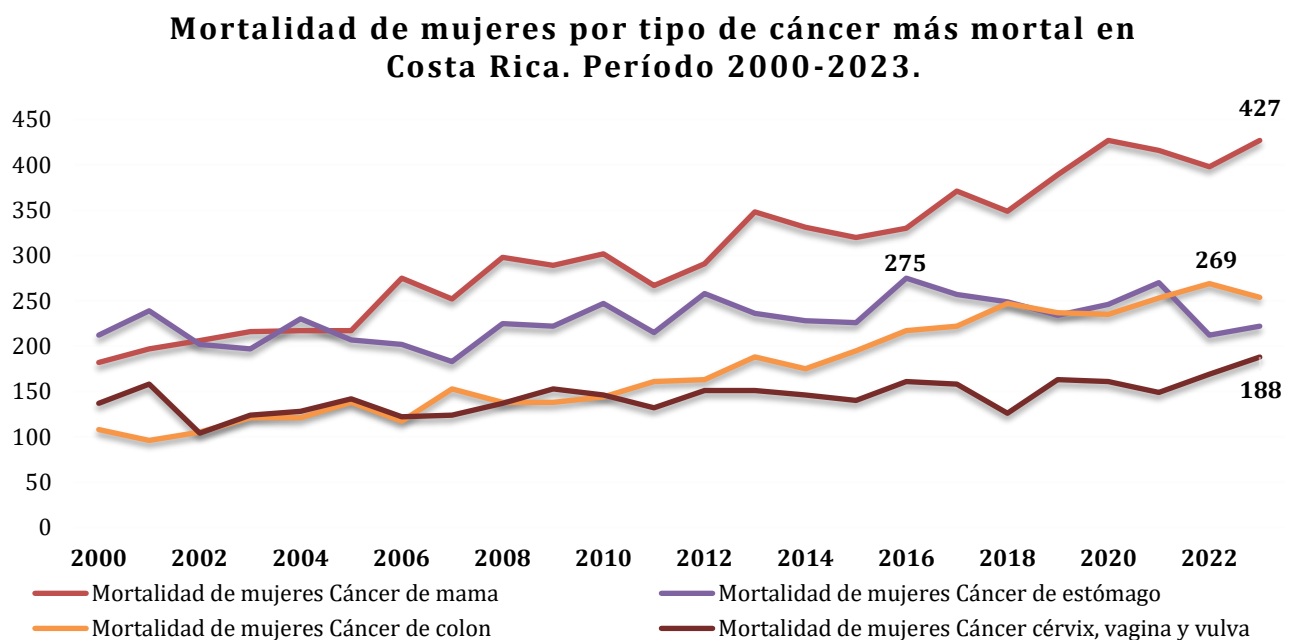
Al igual que la incidencia, la mortalidad por cáncer de mama se ha mantenido como causa número uno de muerte por cáncer en mujeres, pero desde el 2005, es decir, tiene 19 años de ser el cáncer más mortal para las mujeres en Costa Rica, tal como se observa en la figura 1.8. Los otros tipos de cáncer incluidos en el gráfico (de estómago, de colon y de cérvix, vagina y vulva) son los tres tipos más mortales después del cáncer de mama. Se incluyen los tipos de

cáncer de cérvix, vagina y vulva en una sola línea gráfica, pues son los que están relacionados al VPH en mujeres, siendo el de cérvix el de mayor porcentaje asociado al virus (OMS, 2024).

Este dato genera mucha preocupación, pues direcciona la mirada hacia las causas de la mortalidad por cáncer de mama, pensando específicamente en lo que respecta a la gestión de la salud pública como herramienta para acercar a la población de mujeres a los servicios de salud, además del accionar desde el Estado y sus políticas públicas para incrementar y reforzar el interés, además de proporcionar los recursos necesarios para disminuir la mortalidad por este tipo de cáncer en el país.

Figura 1.8

Mortalidad de mujeres por tipo de cáncer en Costa Rica, período 2000-2023.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC, 2024.

Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres por Edades Quinquenales. Costa Rica, 2000-2023

El comportamiento de las muertes por edad quinquenal es similar al de la incidencia por edad quinquenal. En la tabla 1.2, se puede observar la cantidad de decesos distribuidos por edad quinquenal relacionados al cáncer de mama en mujeres, durante el período en estudio.

Se visualiza un rango de edad que representa mayor número de muertes, el cual va de los 40 a los 90 años, en el rango de 15 a 34 años los casos disminuyen considerablemente si se compara con los demás rangos de 40 a 90 años, al igual que el rango de 90 a más de 100 años. Sin embargo, hay una concentración muy clara de muertes entre los 50 y los 74 años. Además, la edad quinquenal que más ha acumulado muertes del 2000 al 2023 es la de 55 a 59 años, para un total de 845 muertes.

Tabla 1.2

Decesos relacionados al cáncer de mama en mujeres distribuidos por edad quinquenal. Costa Rica, 2000-2023.

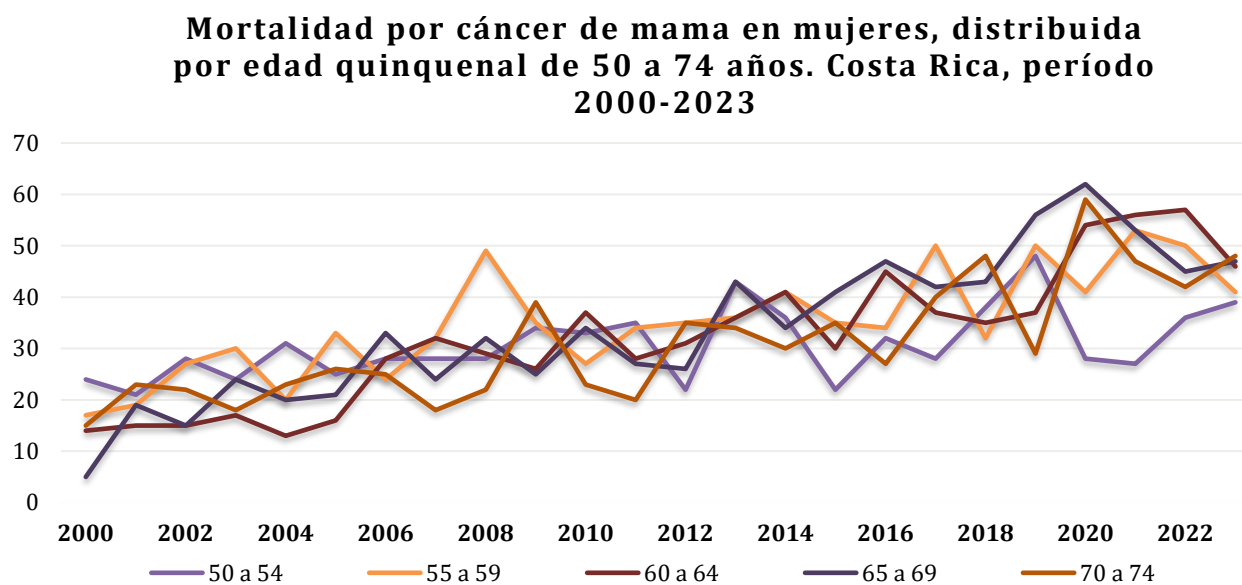
EDAD	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15 a 19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 24	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
25 a 29	1	0	3	1	1	3	1	1	2	1	0	1	1	0	1	2	4	0	3	1	1	3	2	4
30 a 34	1	5	6	1	4	3	1	4	3	1	5	1	5	6	5	6	4	6	8	4	2	7	2	7
35 a 39	14	9	11	7	6	6	10	10	11	7	9	7	8	14	5	14	6	7	9	10	13	8	10	6
40 a 44	20	15	18	15	13	14	20	20	13	19	18	14	23	18	13	12	21	23	12	16	18	19	12	20
45 a 49	23	20	22	25	25	17	31	24	29	24	33	17	22	28	26	28	15	28	22	19	22	22	19	23
50 a 54	24	21	28	24	31	25	28	28	28	34	33	35	22	43	36	22	32	28	38	48	28	27	36	39
55 a 59	17	19	27	30	20	33	24	32	49	35	27	34	35	36	41	35	34	50	32	50	41	53	50	41
60 a 64	14	15	15	17	13	16	28	32	29	26	37	28	31	36	41	30	45	37	35	37	54	56	57	46
65 a 69	5	19	15	24	20	21	33	24	32	25	34	27	26	43	34	41	47	42	43	56	62	53	45	47
70 a 74	15	23	22	18	23	26	25	18	22	39	23	20	35	34	30	35	27	40	48	29	59	47	42	48
75 a 79	20	10	17	20	16	16	29	23	17	26	30	21	26	21	38	28	20	39	27	39	37	38	46	36
80 a 84	10	16	11	12	22	14	14	11	35	21	19	25	17	33	21	29	38	30	33	24	40	27	26	45
85 a 90	13	18	6	13	16	14	14	11	13	17	23	21	20	17	23	20	24	18	24	30	25	19	31	31
90 a 94	5	6	3	4	6	6	13	12	10	10	5	11	13	11	11	13	10	14	11	22	17	18	13	23
95 a 99	0	0	2	3	1	3	3	0	4	4	5	4	7	8	5	4	2	5	3	2	6	14	6	7
100 y más	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	4	1	2	0	5	0	3
Ignorada	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	182	197	206	216	217	217	275	252	298	289	302	267	291	348	331	320	330	371	349	389	427	416	398	427

Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSA y del INEC, 2024.

La concentración de muertes en los rangos de 50 a 74 años se puede observar a continuación en la figura 1.9.

Figura 1.9

Mortalidad por cáncer de mama en mujeres, por edad quinquenal de 50 a 74 años en Costa Rica, 2000-2023.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC, 2024.

Los datos de mortalidad por cáncer de mama de mujeres son alarmantes en términos de edad. Si se compara con la esperanza de vida al nacer de las mujeres en Costa Rica, según el INEC, para el 2023, esta fue de 83,6 años y la mayoría de las mujeres que fallecieron ese año por cáncer de mama tenía una edad entre 65 y 69 años, con 47 fallecimientos y 70 y 74 años, edad quinquenal que reportó 48 fallecimientos, es decir, se estima que estas mujeres hubieran podido tener entre 9,6 y 18,6 años más de vida.

Para el 2022, la esperanza de vida de las mujeres fue de 83,5 años y por cáncer de mama fallecieron 50 mujeres en edades entre 55 a 59 años y 57 mujeres en edades entre 60 a 65 años, por ende, los años que se podrían restar a la esperanza de vida para ese año fue aún mayor que en 2023, oscilando entre 18,5 y 28,5 años más. La posibilidad de vivir casi 29 años más (un tercio de la esperanza de vida) es un dato vital para indagar las condiciones de vida que están teniendo

estas mujeres en términos de acceso a la salud, pero también para ubicar y atender otros determinantes sociales, económicos, culturales que inciden en este proceso de atención a la salud de las mujeres con cáncer de mama.

En términos de extensión de vida, resulta inminente preguntarse ¿cuál está siendo la efectividad de los tratamientos contra el cáncer de mama?, ¿cuáles son las estrategias de mitigación de los factores exógenos vinculados a la aparición del cáncer? y ¿cuál es impacto en la población?

Según la OPS, los factores socioculturales tienen un peso enorme en la aparición del cáncer de mama:

Los estudios han revelado que los determinantes primarios de la mayoría de los cánceres son factores del modo de vida, como los hábitos de consumo de tabaco, alimentarios y de ejercicio, y agentes infecciosos, más que factores genéticos hereditarios... probablemente sólo un 5% de todos los cánceres de mama se presentan en mujeres con una predisposición genética a la enfermedad. (2004, p. 40).

Si el estilo de vida repercute tan severamente en la posibilidad de desarrollar cáncer de mama, es vital atender a las poblaciones afectadas, en este caso a las mujeres y sus hábitos de vida, establecer las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se desenvuelven, en relación con su salud en general. Vinculando dichas condiciones al factor edad, el cual, según muestran los datos, es determinante en la incidencia y mortalidad por cáncer de mama, así como a los lugares de procedencia de estas.

La interseccionalidad puede profundizar en el reconocimiento y análisis de las vivencias personales atravesadas por las diferentes dimensiones de la salud y desde las desigualdades, así como establecer estándares de mejora a nivel público, desde la atención primaria con las pacientes directas, hasta las políticas para invertir en recursos que optimicen la calidad de vida de las mujeres.

Por ejemplo, para el 2020, según el anuario del INEC (2022), la cuarta causa de muerte más frecuente en Costa Rica, para la población en edades de 45 a 64 años fue el cáncer de mama, solamente superado por el Covid-19 como la causa 1, infarto agudo de miocardio como causa 2 y tumor maligno del estómago como causa 3 (p. 317). Si se analiza el escenario hipotético en el que no hubiera ocurrido la pandemia, esta habría sido la tercera causa más frecuente de muerte en ese grupo etario.

Además, es importante señalar que las principales causas de mortalidad afectan tanto a la población masculina como a la femenina, mientras que el cáncer de mama fundamentalmente afecta a las mujeres; por lo tanto, este cuarto lugar es una razón de mucho peso para atacar el problema de salud pública que aqueja a las mujeres con esta enfermedad.

Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres a Nivel Cantonal. Costa Rica, 2000-2023

Las muertes por cáncer de mama a nivel cantonal han variado durante el período en estudio, algunos cantones evidencian altas tasas de mortalidad por cáncer de mama en mujeres en diferentes años, por ejemplo: Turubares, Dota, León Cortés, San Mateo y Montes de Oro.

También, cantones cercanos a los centros de provincia presentan tasas bastante cercanas a la mediana, que para el período en estudio es de 42,7 muertes por cada cien mil mujeres, tal es el caso de Escazú, Mora, Tibás, Moravia, Montes de Oca, Curridabat, Barva, San Isidro, Belén, Flores, San Pablo, con una tasa entre 25 y 43,9 muertes por cada cien mil mujeres.

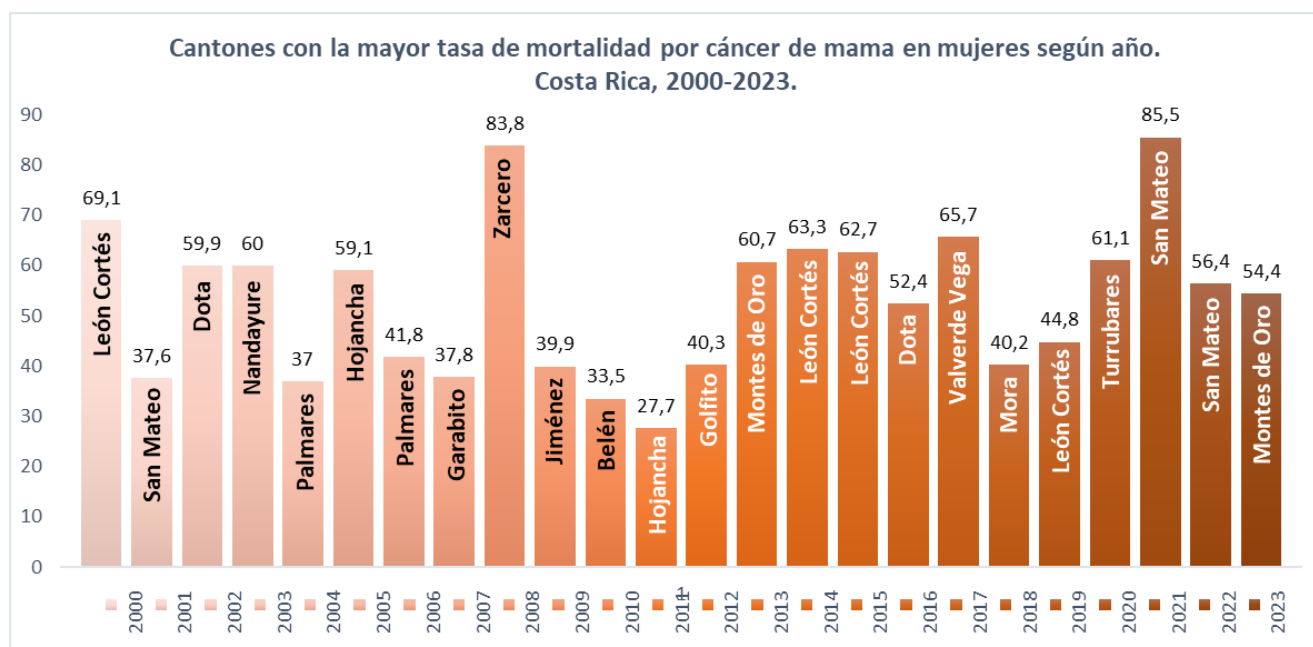
El cantón que ha presentado la mayor tasa de mortalidad entre el 2000 y el 2023 es el cantón de San Mateo de Alajuela con 85,5 muertes por cada cien mil mujeres para el 2021, también fue el cantón que presentó la tasa más alta para el 2001, con 37,6 muertes y para el 2022 con 56,4 muertes por cada cien mil mujeres.

Se observa a continuación en la figura 1.10, los cantones que presentaron la tasa más alta de mortalidad por cáncer de mama en mujeres para el período 2000-2023. León Cortés presentó la tasa más alta en 4 años, San Mateo también tuvo la tasa más alta durante 3 años, y

cantones como Palmares, Dota, Hojanca y Montes de Oro han presentado las tasas más altas en 2 años del período. A pesar de observarse variabilidad en los cantones, es importante visualizar estas repeticiones de algunos cantones con al menos 2 o más años presentando altas tasas de mortalidad.

Figura 1.10

Cantones con la mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres. Costa Rica, 2000-2023.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC, 2024.

Según datos del INEC, para el 2022 San Mateo de Alajuela fue el cantón con mayor mortalidad por cáncer a nivel nacional (todo tipo de cáncer, considerando ambos sexos); según los datos de esta investigación, para ese mismo año también fue el cantón con mayor tasa de mortalidad específicamente por cáncer de mama en mujeres a nivel nacional.

En el informe del Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica (PNUD, 2022), para el 2020 San Mateo tuvo un IDHc medio de 0,675 (p. 25); ubicado solamente por encima de 8 cantones más, es decir, estuvo en la posición 74 de los 82 cantones del país. Este índice se compone de tres indicadores: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

El primer indicador, vida larga y saludable, alberga el índice de esperanza de vida al nacer. Para el 2020, la esperanza de vida al nacer de las mujeres a nivel nacional fue de 83,2 años, por ende, en San Mateo, para las mujeres que fallecieron por cáncer de mamá, entre los 55 y los 74 años (edades quinquenales con más casos de mortalidad), esa esperanza de vida se redujo entre un 11 y un 33,8 %.

También, es importante señalar que dos de los cantones mencionados tienen un IDHc medio; para el 2020, León Cortés tuvo un índice de 0,690 y Dota tuvo un índice de 0,660, aún más bajo que el de San Mateo y León Cortés. Por otra lado, Palmares y Montes de Oro se ubicaron dentro del rango de IDHc alto para el mismo año, con un 0,761 y un 0,701 respectivamente.

Según el informe del Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica (PNUD, 2022), León Cortés, Dota y San Mateo tienen un IPM (Índice de Pobreza Multidimensional) medio. Este índice, compuesto por 4 indicadores, a saber: educación, vivienda y uso de internet, salud y protección social, se puede relacionar con el IDHc para analizar los factores que influyen en el desarrollo de un cantón.

El informe considera a estos *cantones con desarrollo humano rezagado*, siendo “aquellos que registran logros bajos en desarrollo humano (medio IDH) pero también alta pobreza (medio, alto o muy alto IPM)” (p. 55). Los factores considerados para medir el IDH permean de diversas formas las desigualdades evidenciadas en los diferentes ámbitos de la vida, en este caso particular, es primordial estudiarlos desde el enfoque de salud pública y desde la teoría de la interseccionalidad, desde las experiencias de vida de las mujeres que se ven afectadas por el cáncer de mama.

Asimismo, para el 2020, el Índice de Desarrollo de Género cantonal² (IDGc) posiciona al cantón de Dota en un nivel alto, con 0,993, a León Cortés con un IDGc medio alto de 0,960 y a

² Dimensiones del IDGc: esperanza de vida al nacer, años esperados de escolaridad, años promedio de escolaridad y bienestar material.

San Mateo con IDGc medio de 0,939. A continuación, en la tabla 1.3 se observa la diferencia del índice entre mujeres y hombres en estos tres cantones, para visualizar si hay una posición similar con el IDHc y el IPM. También se muestra en la tabla el IDGc de los cantones con mayor incidencia de cáncer de mama para el mismo año; San José con un IDGc de 0,930, San Isidro con 0,987, Flores con 0.993 y San Pablo con 1,008.

Tabla 1.3

IDGc de Dota, León Cortés, San Mateo con alta tasa de mortalidad y de San José, San Isidro, Flores y San Pablo con alta tasa de incidencia. Costa Rica, 2020.

Cantón	IDGM	IDGH	EVNM	EVNH	AEEM	AEEH	APEM	APEH	BMM	BMH
Dota	0,677	0,682	81,4	77,1	13,1	12,4	9,2	9,1	¢210.946	¢224.898
León Cortés	0,679	0,707	82,3	80,1	12,4	12,1	8,5	8,1	¢213.537	¢210.968
San Mateo	0,648	0,690	84,8	81,0	12,1	12,0	10,7	9,1	¢142.012	¢185.843
San José	0,723	0,778	85,8	76,8	11,9	11,8	8,6	9,6	¢238.039	¢449.093
San Isidro	0,813	0,824	82,3	77,8	13,0	13,0	9,8	9,8	¢565.179	¢520.892
Flores	0,763	0,768	83,3	78,8	12,9	12,4	7,5	8,4	¢464.065	¢405.773
San Pablo	0,823	0,816	83,3	79,2	12,7	12,5	9,8	10,5	¢513.326	¢464.634

Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del IDGc. Atlas de DHC, PNUD. 2024.

Como se puede observar en la tabla, los cantones con alta tasa de mortalidad tienen un IDGc más alejado de 1, si se compara con los cantones que tienen alta tasa de incidencia. También, al igual que el promedio a nivel nacional, la esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres que para los hombres, pero lo que refleja sobre todo es una gran diferencia en el bienestar material de las mujeres, todos los cantones de alta tasa de incidencia, con excepción de San José, duplican el monto de bienestar material de las mujeres en los cantones con alta tasa de mortalidad.

Es importante evidenciar estos datos del IDGc para interpretar las tasas de incidencia y mortalidad de mujeres por cáncer de mama, por ejemplo, la abismal diferencia de recursos

económicos entre cantones y/o sexo, pero también, la cercanía a los principales hospitales de detección y tratamiento de la enfermedad. El cantón de San José, con bajo bienestar material para las mujeres, teniendo una alta tasa de incidencia presenta una baja tasa de mortalidad.

Es necesario hacer mención que el informe del PNUD (2022) hace hincapié en que, debido a la pandemia, para el 2020 no se visualiza una brecha tan importante entre hombres y mujeres, la cual se percibía claramente en la última década, sin embargo, “dicha reducción se dio, no porque hubiese una mejora particular para las mujeres, sino más bien por una desmejora, especialmente para los hombres” (p. 39).

Con respecto al Índice de Desigualdad de Género (IDG-D)³, se observa en la tabla 1.4 la ubicación y desglose de los componentes según sexo de los cantones mencionados en la tabla 3; con el fin de observar las diferencias o desigualdades que muestran las variables del índice. El cantón de Dota tuvo un índice de 0,227, León Cortés de 0,166, San Mateo de 0,131, San José un 0,305, San Isidro con 0,098, Flores con 0,073 y San Pablo con 0,156.

Todos los índices mencionados anteriormente, vinculados al IDHc, corresponden al 2020, último año de actualización de datos públicos para dicho índice.

³ Variables del IDG-D: razón mortalidad materna, razón nacimientos adolescentes, regidoras, regidores, al menos secundaria femenino, al menos secundaria masculino, tasa de participación en la fuerza de trabajo mujeres y tasa de participación en la fuerza de trabajo hombres.

Tabla 1.4

IDG-D de Dota, León Cortés, San Mateo con alta tasa de mortalidad y de San José, San Isidro, Flores y San Pablo con alta tasa de incidencia. Costa Rica, 2020.

Cantón	Puesto	RMM	RNA	Regidoras	Regidores	ASF	ASM	TPFTM	TPFTH
Dota	65	0,0	177,6	50,0 %	50,0 %	57,8 %	54,8 %	53,6 %	78,3 %
León Cortés	33	0,0	107,6	50,0 %	50,0 %	51,8 %	50,3 %	54,7 %	77,8 %
San Mateo	14	0,0	202,5	60,0 %	40,0 %	70,8 %	49,7 %	44,6 %	71,7 %
San José	70	52,2	3,7	40,9 %	59,1 %	48,6 %	54,4 %	58,3 %	76,0 %
San Isidro	2	0,0	41,7	50,0 %	50,0 %	63,0 %	59,9 %	58,3 %	76,0 %
Flores	1	0,0	45,0	50,0 %	50,0 %	38,9 %	47,6 %	58,3 %	76,0 %
San Pablo	26	0,0	129,0	30,0 %	70,0 %	63,4 %	66,2 %	58,3 %	76,0 %

Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del IDG-D. Atlas de DHC, PNUD. 2024.

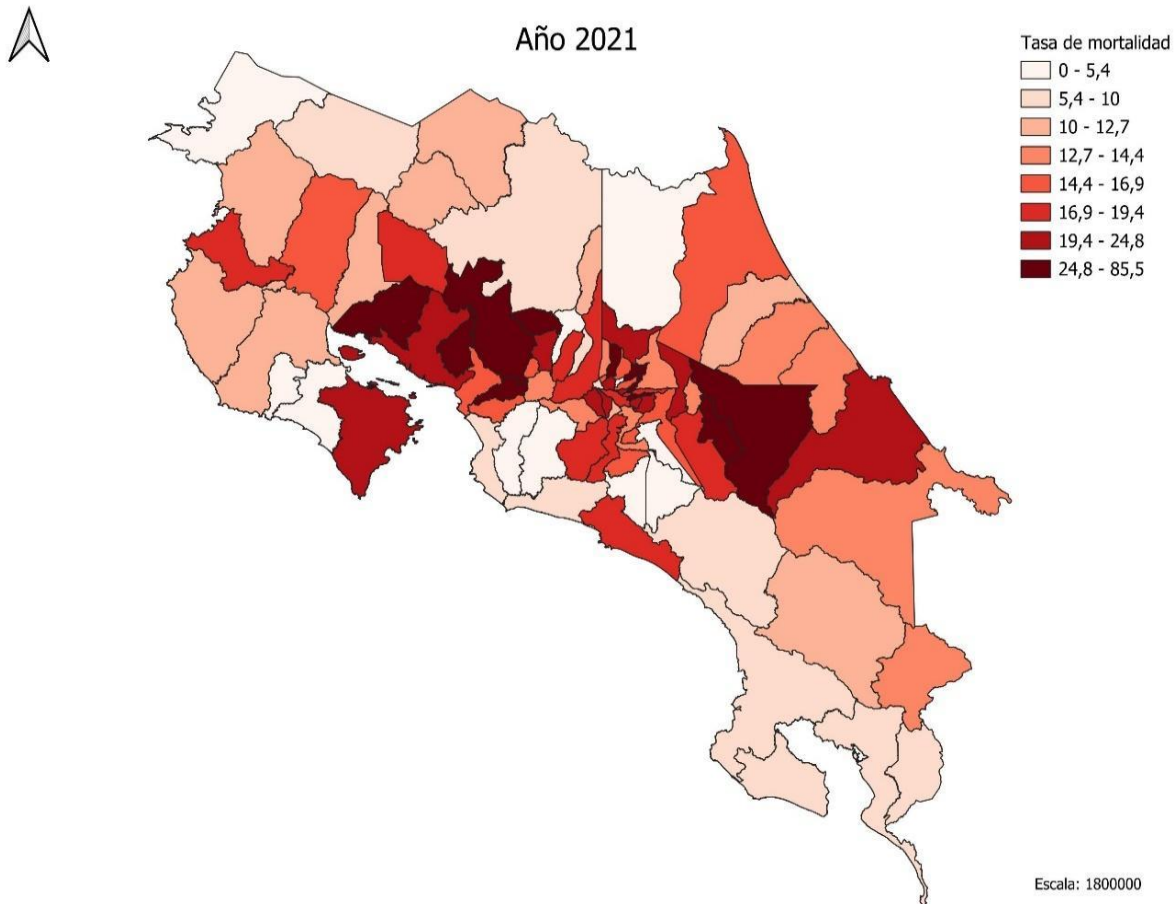
En conclusión, los cantones de San Mateo, León Cortés y Dota, los cuales se toman de ejemplo por su alta tasa de mortalidad en el 2020, reflejan un rezago en el IDHc que también se equipara con una diferenciación importante entre mujeres y hombres con respecto al bienestar material del IDGc en dichos cantones, así como una considerable diferencia en la tasa de participación en la fuerza de trabajo entre hombres y mujeres del IDG-G en los cantones mencionados anteriormente.

Al igual que se elaboró un mapa de la tasa de incidencia del cáncer de mama a nivel cantonal, a continuación, se observa en la figura 1.11 la tasa de mortalidad correspondiente al 2021 y su distribución en el mapa cantonal, donde el color rosa claro representa los cantones con menor tasa y el color rojo oscuro los cantones que presentan mayores tasas de mortalidad.

Para ese año, los cantones con mayor tasa de mortalidad fueron: Puriscal, Mora, Montes de Oca, Dota, León Cortés, San Mateo, Zarcero, Valverde Vega, San Isidro, Flores, Abangares y Limón.

Figura 1.11

Mapa cantonal de color según la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres para el 2021.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC y del SNIT, 2024.

Evidentemente muchos de los cantones que han presentado tasas más altas de mortalidad son cantones que comparten muchos aspectos, como la lejanía de las cabeceras de provincia, por ende, de las clínicas u hospitales especializados en la detección y tratamientos contra el cáncer de mama; la mayoría se ubica dentro de un IDHC medio. Sin embargo, es importante hacer notar que la lejanía de algunos de estos cantones con los hospitales o clínicas principales no es tanta, y que altas tasas de mortalidad se están presentando en cantones con menores dificultades de transporte que los cantones de provincias alejadas como Guanacaste, Puntarenas, Limón.

Ahora bien, a pesar de que la categoría mortalidad no se puede analizar en esta investigación a partir de los factores endógenos del cáncer de mama, es decir, los factores

genéticos, los antecedentes familiares o los factores hormonales, pues esta información no está disponible en las bases de datos del INEC o del MINSA, sí es importante subrayar los factores exógenos vinculados al cáncer de mama, como la terapia hormonal de reemplazo para la menopausia, el estilo de vida (nutrición, ejercicio, fumado, entre otros), pues estos factores aportan al estudio de la mortalidad por cáncer de mama desde el campo epidemiológico y desde una perspectiva sociológica del género y la interseccionalidad; siendo comprendidos como determinantes que se pueden modificar desde conductas en salud, pero sobre todo pueden posicionarse como ejes necesarios en la discusión, planteamiento y ejecución de políticas públicas, que evidencien la importancia de las desigualdades de acceso a lo considerado como estilo de vida saludable.

Mamografías Efectuadas por la CCSS. Costa Rica, 2003-2023

Otro dato interesante que arroja la investigación es la atención y acceso que tienen las mujeres en relación con la detección temprana del cáncer de mama, específicamente la realización de la radiografía de las mamas conocida como mamografía, la cual según la *Reforma Oficialización y Declaratoria de Interés Público y Nacional de la Norma Nacional para la Prevención y el Manejo del Cáncer de Mama en Costa Rica*, en la cual se reforman varios artículos en octubre de 2022, indica que esta:

Se debe realizar una vez al año a mujeres entre los 40 y 75 años cuando no tengan factores de riesgo y una vez al año a mujeres entre los 35 a 75 años cuando presenten factores de riesgo, según lo definido en esta norma. A las personas fuera de este rango se les realizará basado en el riesgo individual y la expectativa de vida. (Art. 1. Decreto Ejecutivo 43728, PGR. 2022)

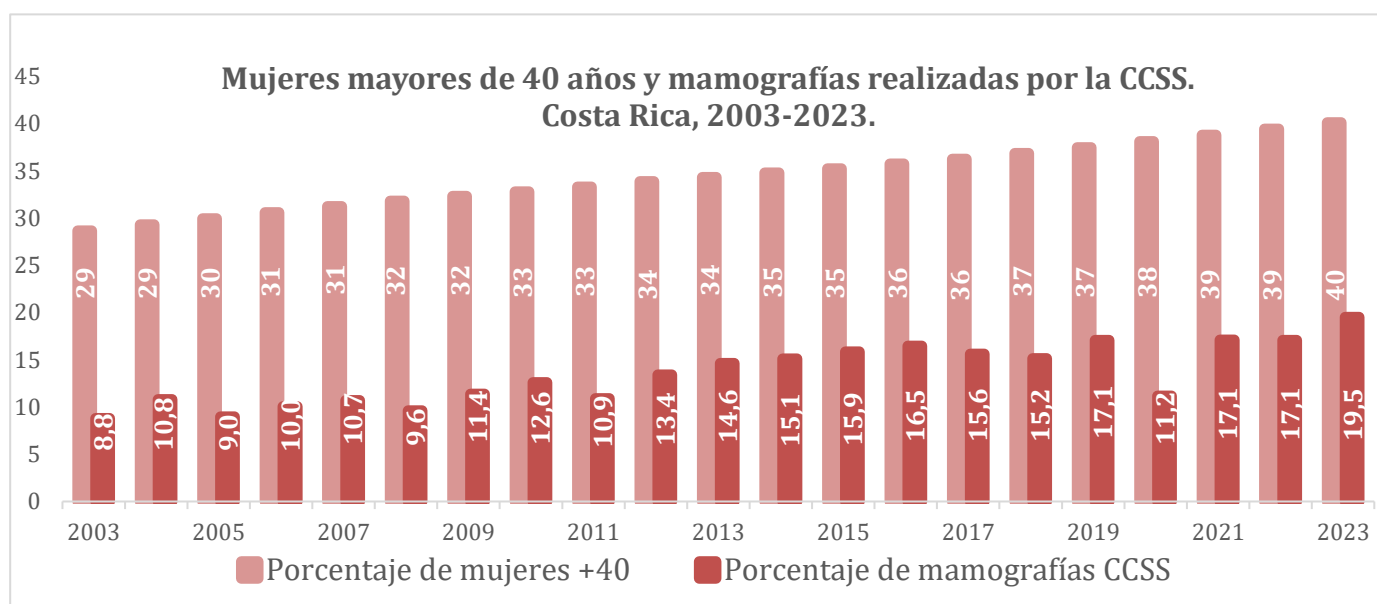
Según datos de Mena (2023), la CCSS cuenta con 42 mamógrafos a nivel nacional distribuidos en hospitales y clínicas, y según el INEC, para el 2022 la población estimada de mujeres mayores de 40 años fue de 1 020 948, por lo tanto, estos 42 mamógrafos no son

suficiente equipo para atender a toda la población de mujeres que debe realizarse una mamografía cada año, aunado a lo mencionado en la nota sobre el faltante de recurso humano y las listas de espera.

En relación con la cantidad de mamografías que ha realizado la CCSS en las últimas dos décadas, como se puede observar en la figura 1.12, se registra que, en el 2023 del total de mujeres en el país, un 40% eran mujeres de más de 40 años, y la cantidad de mamografías realizadas por la CCSS fue de un 19,5 % a dicha población. Es decir, de todas las mujeres que debían realizarse la mamografía por su edad, solo el 19,5 % de las mujeres mayores de 40 años se sometió a la prueba en la CCSS.

Figura 1.12

Porcentaje de mujeres mayores de 40 años en Costa Rica y porcentaje de mamografías realizadas por la CCSS, período 2003-2023.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC y de la CCSS, 2024.

Es necesario acotar que algunas de estas mamografías pueden haber sido realizadas a la misma persona (ya diagnosticada con cáncer de mama) o pudieron haber sido realizadas a personas menores de 40 años por antecedentes familiares o historial clínico. También, es importante destacar que estas son las mamografías realizadas por la CCSS, para esta

investigación se desconoce el dato de las mamografías realizadas en los hospitales y/o clínicas privadas de salud, así como las mamografías efectuadas con el mamógrafo móvil (alianza entre la CCSS, el Hospital Clínica Bíblica, Automercado, Banco Nacional y Aliarse) que realiza mamografías en zonas alejadas de la GAM y zonas de difícil acceso. El recorrido del mamógrafo móvil para el 2024 abarcó zonas como Talamanca, Paquera, Cóbano, Horquetas, Los Santos, entre otras. En la página principal de Alsalus se visualiza que han realizado más de cincuenta mil mamografías desde el 2012.

De la figura 1.12. se puede realizar una lectura muy interesante. Existe la posibilidad de que un 80,5 % de las mujeres mayores de 40 años en el 2023, no se realizaron la mamografía en los servicios públicos de salud, de lo cual se podrían inferir dos situaciones poco alentadoras: las mujeres pertenecientes al 80,5 % se están realizando la mamografía a través de servicios privados de salud o no se la están realizando del todo.

Estas posibilidades reflejan una situación que no es ajena para la población costarricense: la inversión en servicios privados de salud la están asumiendo personas que no necesariamente cuentan con los recursos para ello, a pesar de que ya destinan una parte de su salario al sistema público de salud (en el caso de personas asalariadas o trabajadores independientes que aportan al SEM).

Asimismo, las largas listas de espera para la ejecución de ultrasonidos, mamografías o biopsias en la CCSS postergan la detección temprana del cáncer; en muchos casos, los resultados de la mamografía tardan hasta seis meses o incluso a pesar de contar con un resultado de mamografía de la misma institución, el tiempo de espera para los procedimientos posteriores no es tan expedito como debería, lo cual dificulta el proceso con relación al tratamiento de la enfermedad.

En cuanto a la ubicación de los mamógrafos de la CCSS a nivel nacional, se observa a continuación en la tabla 1.5, como se distribuyen por provincia en los diferentes hospitales o clínicas:

Tabla 1.5

Distribución de los mamógrafos en los hospitales y Áreas de Salud de la CCSS según provincia.

Provincia	Hospitales y Áreas de Salud con mamógrafo	Total
San José	Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital México, Hospital de Las Mujeres Adolfo Carit Eva, Hospital Raúl Blanco Cervantes, Hospital Fernando Escalante Pradilla (Pérez Zeledón). (A.S. Goicoechea) Dr. Jiménez Núñez, (A.S. Coronado) Hospital Maximiliano Peralta Jiménez, (A.S. Hatillo) Dr. Solón Núñez, (A.S. Zapote-Catedral) Dr. Carlos Durán, (A.S. Desamparados) Dr. Marcial Fallas, (A.S. Puriscal-Turubares), A.S. Tibás-Uruca-Merced Dr. Clorito Picado.	6 hospitales con mamógrafo 7 AS con mamógrafo
Alajuela	Hospital de San Rafael Hospital San Francisco de Asís Hospital Carlos Luis Valverde Vega Hospital de San Carlos A.S. Alajuela Norte Dr. Marcial Rodríguez	4 hospitales con mamógrafo 1 AS con mamógrafo
Cartago	Hospital William Allen Taylor A.S. La Unión.	1 hospital con mamógrafo 1 AS con mamógrafo
Heredia	Hospital San Vicente de Paul	1 hospital con mamógrafo
Guanacaste	Hospital Enrique Baltodano Briceño (Liberia) Hospital de La Anexión (Nicoya) A.S. Cañas.	2 hospitales con mamógrafo 1 AS con mamógrafo
Puntarenas	Hospital Max Terán Valls Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez Hospital de Osa Tomás Casas Casajus Hospital de Ciudad Neilly A.S. San Rafael de Puntarenas	4 hospitales con mamógrafo 1 AS con mamógrafo
Limón	Hospital Tony Facio Castro Hospital de Guápiles.	2 hospitales con mamógrafo

Nota: Elaboración propia según información de los anuarios estadísticos de Estadísticas en Salud, CCSS, 2024.

Tal como se observa en la tabla 1.5, la distribución de los mamógrafos a nivel nacional claramente se concentra en la provincia de San José, sobre todo en los hospitales centrales.

Justo el cantón de San José, como se mencionó en el apartado de incidencia, presenta muchos casos de cáncer de mama, por lo tanto, es importante investigar la relación de la cantidad de casos y la detección de estos por cercanía a los mamógrafos, vinculado también a la posibilidad de que no se estén detectando más casos en otros cantones y provincias porque no se presta el mismo acceso que en la capital.

También, es importante hacer notar que, en la provincia de Heredia, donde hay alta tasa de incidencia en diferentes cantones como Belén, San Isidro, San Pablo, Flores, entre otros, solamente se ubica un mamógrafo en el Hospital San Vicente de Paúl.

Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones de la investigación, relacionadas con la incidencia y la mortalidad sobre el cáncer de mama:

- El cáncer de mama es una enfermedad que cada vez toma más fuerza a nivel nacional y ha presentado un aumento bastante importante en cuanto a la incidencia y a la mortalidad, pese a las estrategias implementadas en diferentes gobiernos para establecer la lucha contra este tipo de cáncer. Por lo tanto, propiciar los análisis de salud desde una perspectiva interseccional, se vuelve fundamental en la lucha contra este cáncer que afecta fundamentalmente a las mujeres. La recolección de datos estadísticos de género por parte de las entidades estatales debe fortalecerse, con el fin de comprender las desigualdades presentes. Poder vincular factores como ingreso económico, educación, gestión del tiempo, uso de los servicios de salud, acceso a éstos, con la mortalidad por cáncer de mama puede contribuir decisivamente a la reducción de muertes por este tipo de cáncer.
- La incidencia del cáncer de mama se observa cada vez más en edades tempranas. La cantidad de casos de mujeres entre 40 y 44 años es bastante significativa si se compara con las edades quinquenales superiores. Razón que debería alertar a las autoridades de salud para establecer las modificaciones necesarias en términos de detección temprana

y reducción de listas de espera de las pruebas específicas. San José es el cantón que presenta mayor tasa de incidencia durante muchos de los años del período en estudio, sin embargo, no presenta altas tasas de mortalidad, a excepción del 2023. Lo que podría estar vinculado a la cercanía de los centros de atención en salud, tanto en términos de detección como en tratamientos y seguimientos médicos. Lo que aqueja sobre la necesidad de profundizar en la mejora de las condiciones del acceso a la salud en las zonas periféricas o rurales.

- La mortalidad, a pesar de haber tenido un descenso en el 2021 y 2022, para el 2023 incrementó nuevamente, igualando el 2020, por lo tanto, ambos años se mantienen a la cabeza en mortalidad por cáncer de mama. Esta tendencia no es alentadora en ningún tipo de cáncer, sin embargo, que el cáncer de mama se haya mantenido por 19 años como el más mortal para las mujeres, es alarmante en términos de género y acceso a la salud.
- El cáncer de mama fue la cuarta causa de muerte para el 2020 (sin exclusión del sexo masculino), y por debajo del COVID, para el rango de edad de 45 a 64 años. Por ende, el impacto que la mortalidad por cáncer de mama tiene a nivel poblacional es enorme, por lo cual es vital invertir en los recursos que sean necesarios para impactar positivamente en la prevención y tratamientos de la enfermedad.
- Considerar y entender los determinantes sociales como el género, la clase social, la geografía, la edad, es imperante para los estudios de la salud, en términos epidemiológicos, pero también en función de acortar las desigualdades sociales y de acceso a la salud que se presentan en los países latinoamericanos.
- Es necesario observar las posibles vinculaciones entre el Índice de Desarrollo Humano cantonal, la pobreza multidimensional y las altas tasas de mortalidad. En definitiva, la esperanza de vida de las mujeres que fallecieron por cáncer de mama se redujo, y altas tasas de mortalidad por cáncer de mama se presentaron en cantones con condiciones

desiguales de desarrollo humano vinculadas al IDHc, por lo que es necesario investigar sobre las condiciones sociales alrededor de la enfermedad. Los análisis cantonales pueden enriquecerse desde la teoría interseccional, donde se entrecruzan los factores de género, edad, ubicación geográfica, estilos de vida y acceso a la salud, que sin duda pueden favorecer la toma de decisiones a nivel nacional para fortalecer la lucha contra el cáncer de mama que afecta inexorablemente a las mujeres. Desde la identificación de la población que se realiza los testeos, como ultrasonidos y mamografías y el acceso que tiene a éstos, así como las normativas y políticas que establecen la edad para su realización.

Referencias

- Mena, M. (2023, enero 16). *CCSS cuenta con 42 equipos de mamografía para dar atención nacional, pero lidia con faltante de personal y listas de espera. El Observador.* <https://observador.cr/ccss-cuenta-con-42-equipos-de-mamografia-para-dar-atencion-nacional-pero-lidia-con-faltante-de-personal-y-listas-de-espera/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Defunciones 2000-2023 (Cifras preliminares).* <https://sistemas.inec.cr:8443/bininec/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITDEF&lang=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Indicadores importantes. Esperanza de vida al nacer.* <https://inec.cr/indicadores/esperanza-vida-al-nacer>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Día mundial contra el cáncer 2024. INEC presenta infografía especial del día mundial contra el cáncer.* <https://inec.cr/noticias/inec-presenta-infografia-especial-del-dia-mundial-contra-el-cancer>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Anuario Estadístico 2020 – 2021. Compendio de Estadísticas Nacionales.* <https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-10/reanuario2020-2021.pdf>

Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores. (2022). Estadística de cáncer. Incidencia 2009 al 2016. Incidencia 2017 al 2022.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Programas Nacionales de Control del Cáncer. Políticas y pautas para la gestión. <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-NCCP.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2019). *El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>

Organización Mundial de la Salud (2024). *Papilomavirus humano y cáncer*. 5 de marzo de 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención: factores de riesgo y prevención del cáncer de mama*. <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-factores-riesgo-cancer-mama-prevencion>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). La carga de los cánceres malignos en la Región de las Américas, 2000-2019. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas. (14 de febrero de 2024). *Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios*. <https://www.paho.org/es/noticias/1-2-2024-crece-carga-mundial-cancer-medio-creciente-necesidad-servicios>

Procuraduría General de la República. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Decreto Ejecutivo 43728-S. *Reforma Oficialización y declaratoria de interés público y nacional de*

la norma nacional para la prevención y el manejo del cáncer de mama en Costa Rica. 05 de octubre de 2022.

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=98021&nValor3=133059&strTipM=TC#:~:text=43263%2DS%20del%2030%20de%20septiembre%20de%202021%20%22Oficializaci%C3%B3n%20y,%227.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2023). *Atlas de Desarrollo Humano Cantonal en Costa Rica 2022*. Costa Rica. <https://www.undp.org/es/costa-rica/publicaciones/atlas-de-desarrollo-humano-cantonal-2022>

Capítulo II: Incidencia en el Diagnóstico y Muerte por Cáncer de Cérvix de Mujeres Durante el Periodo 2017-2023 en Costa Rica, en Relación con los Grupos Etarios y Regiones

Resumen

En este capítulo se busca analizar, desde una perspectiva interseccional, sociológica y feminista, estadísticas que incide en el diagnóstico y la mortalidad por cáncer de cérvix, así como identificar las zonas con mayores índices de prevalencia. Factores como la atención médica oportuna, la pandemia por COVID 19 durante el 2020, y la ubicación geográfica pueden influir en un diagnóstico tardío. Utilizando estadísticas públicas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (correspondiente a los años 2015, 2017-2023), datos del Registro Nacional de Tumores (correspondiente a los años 2017-2022), el Ministerio de Salud Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social (correspondiente a los años 2017-2023), este estudio busca contribuir a la crítica de una causa de muerte que, en gran medida, es tratable con éxito y/o prevenible.

Se concluye que, con la falta de recursos, estigmas sobre la sexualidad de las mujeres y brechas en la educación sexual se endurecen las barreras socioculturales a la prevención y un buen tratamiento, agravadas ya por eventos como malas gestiones en las instituciones de salud por gobiernos de turno, la pandemia por COVID-19 y la insuficiente inversión estatal en programas de prevención y tratamiento. Muestran cómo la matriz de poder interseccional perpetúa la vulnerabilidad en una población constantemente desplazada, mayoritariamente joven, que cuesta 140 fallecimientos anuales.

Palabras clave: citologías, VPH, cáncer de cérvix, incidencia, mortalidad, interseccionalidad, mujeres.

Introducción

A lo largo de la historia, y hasta la actualidad, el cuerpo de las mujeres ha sido objeto de normativas y exclusiones impuestas por distintas formas de control patriarcal. En el ejercicio del derecho a la salud y al bienestar persisten barreras que invitan a cuestionar: ¿qué cuerpos son valorados?

Como plantea Butler (2002),

De la materia de los cuerpos, entendida como una especie de materialización gobernada por normas reguladoras, (...) esa materialización de la norma, en la formación corporal de una esfera de cuerpos abyectos, un campo de deformación que, al no alcanzar la condición de plenamente humano, refuerza aquellas normas reguladoras (...) ¿Qué vidas vale la pena proteger, qué vidas vale la pena salvar, qué vidas merecen que se llore su pérdida? (2002, p. 39)

Surge entonces la interrogante: ¿qué tipo de vida deben tener las mujeres para acceder a los recursos esenciales y disfrutar de una buena salud, para ser cuerpos que importen?

Cada año, en Costa Rica, se diagnostican numerosos casos de cáncer de cérvix en mujeres, comúnmente en etapas avanzadas, cuando las posibilidades de recuperación resultan muy limitadas. Como ya veremos, desde una perspectiva interseccional, se busca identificar los condicionantes que subyacen en las estadísticas de fuentes oficiales. No podemos asumir que los datos sobre el cáncer de cérvix representan a un grupo homogéneo cuando, en realidad, las mujeres enfrentan realidades múltiples y diversas, condicionadas por factores como la raza, la clase social o la ubicación geográfica.

Traemos a Patricia Hill Collins, por su propuesta de matriz de poder, desarrollada en *Black Feminist Thought* (1990), que nos permite analizar con la interseccionalidad el poder, donde distintos sistemas de opresión (raza, clase, género, sexualidad, etc.) se entrelazan como una estructura compleja de opresión para las personas, no operando de forma aislada, si no interactuando entre sí.

“La matriz de dominación hace referencia a la organización total de poder en una sociedad. Hay dos características en cualquier matriz: 1) cada matriz de dominación tiene una particular disposición de los sistemas de intersección de la opresión; y 2) la intersección de los sistemas de opresión está específicamente organizada a través de cuatro dominios de poder interrelacionados: estructural / disciplinario / hegemónico / interpersonal. La intersección de vectores de opresión y de privilegio crea variaciones tanto en las formas como en la intensidad en la que las personas experimentan la opresión” (p. 299).

Dentro de la matriz de poder, planteada por Hill Collins (1990), encontramos herramientas analíticas que ayudan a repensar los datos existentes sobre el acceso a atención médica y el diagnóstico del cáncer de cérvix, con miras a abordar las desigualdades enfrentadas por distintas mujeres de diferentes contextos que se exponen en estas estadísticas.

Con la sociología, se plantea este estudio para lograr identificar patrones en las estadísticas sobre la cantidad de diagnósticos clínicos en cáncer de cérvix, o mortalidad por este tipo de cáncer, viéndose por edad y por región. Como base para conocer cuál población es de mayor propensión a cáncer de cérvix, según datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística Censos (INEC) (2015/ 2017-2023), datos del Ministerio de Salud Pública (2017-2023), y también de la Caja Costarricense de Seguro Social (2017-2023).

Se busca identificar factores desde la interseccionalidad que estén influyendo de forma significativa en las estadísticas por cáncer de cérvix, los niveles de atención de los centros en regiones, las oportunidades de una atención temprana e información a tiempo, los tratamientos más brindados, cantidades de centros de salud por zona.

Principales Resultados

De acuerdo con Herrero (1997), en Diseño y métodos de un estudio de la historia natural de la neoplasia de cuello uterino en la población de una provincia rural de Costa Rica, el cáncer de cérvix es un tipo de tumor maligno que afecta el tejido del cuello uterino. Donde en la mayoría de todos los casos (99 %) está asociado a la infección por VPH, el cual se transmite por vía

sexual, principalmente. Es importante destacar, que el tejido del cuello del útero es diferente al del cuerpo del útero, conocido como endometrio, por lo tanto, el trabajo aborda el cáncer del cuello uterino.

En línea con Herrero, el cáncer de cerviz se presenta de forma asintomática, generando lesiones apenas visibles en cuanto a este sea de forma persistente. Las lesiones son detectadas por el Papanicolau, en caso de anomalía, una colposcopia y más tarde una biopsia según su afectación en la zona.

De forma más visible se presenta como una masa exofática visible con forma de hojas de coliflor, generando sangrados asociados al coito, que por consiguiente crea la ulceración de la zona, infección y flujos anormales. De forma más tardía, la presentación natural medica de esta enfermedad serian, de acuerdo con el autor, los parámetros, que es el proceso cuando se atacan las paredes del cuello del útero, acompañadas con las afecciones anteriormente mencionadas, pero además de un dolor abdominal, y dando por consiguiente una hidronefrosis que compromete el uréter, permitiendo la insuficiencia renal crónica bilateral siendo la causa de muerte por este cáncer.

Estas formas de percibir y medir la progresión del cáncer permiten visualizar posibles maneras de controlarlo. Cuando el cáncer invade los denominados “parámetros” (las paredes del cuello uterino), el pronóstico se torna desfavorable, pues se facilita la metástasis y aumenta el riesgo de muerte. Asimismo, este enfoque permite comprender el tiempo que implica su desarrollo. Según Rivera y Calderón (2022), en la mayoría de los casos el cáncer de cérvix puede controlarse y curarse eficazmente, además de presentar la ventaja de ser visualmente detectable.

A nivel generacional, las personas tienden a iniciar su vida sexual a edades más tempranas. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2010, en el informe por la UNFPA, el 67.9 % de los hombres y el 51.4 % de las mujeres habían tenido

relaciones sexuales antes de los 18 años. Este estudio, que abarca un rango de edad de 15 a 44 años, resalta la importancia de la educación sexual en edades tempranas.

Por su parte, en comparativa con la última Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2015, los datos respecto a la iniciación de la vida sexual se mantuvieron respecto a la primera encuesta, pero se encuentra que el 78 % de las mujeres de entre 15 y 49 años usaba algún método anticonceptivo. Estos datos también revelan que mujeres de 15 años ya utilizaban métodos anticonceptivos, lo que subraya la necesidad de analizar con mayor profundidad el acceso a estos recursos en las distintas etapas de la vida y la correcta educación sexual en los centros educativos públicos.

Mucho se ha investigado sobre el cáncer de cérvix y sobre el impacto de los programas de detección temprana, y es, hasta este año Costa Rica promulgó la normativa sobre la eliminación de este tipo de cáncer la cual está descrita en la Ley N°10619 expediente 23430, en enero del 2025, que busca eliminar el cáncer de cérvix en las mujeres aseguradas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), gestionando, produciendo y difundiendo datos e información.

La presente investigación busca traer con datos, el alcance que permiten los servicios de salud, entendiéndose que este debería y es un derecho fundamental. El acceso a una salud digna, para todas las personas, la disponibilidad de diagnósticos oportunos y servicios médicos para la detección temprana no debería de depender o estar condicionado a un seguro social del que todas deberían de tener acceso, sin esperar a que sea demasiado tarde para su valoración.

Dentro de las principales limitaciones de Costa Rica, se identifica que estas son geográficas, económicas y del propio sistema de salud como las causas más constantes, significando alrededor de más de 300 personas afectadas por este tipo de cáncer anualmente. De acuerdo con Rivera y Calderón, impacta a su vez el entorno social en donde se nace, vive, aprende, trabaja, el funcionamiento de los servicios de salud y calidad de vida, al disminuir estas desigualdades sociales, sería la forma de bajar esta incidencia (2022, p. 4).

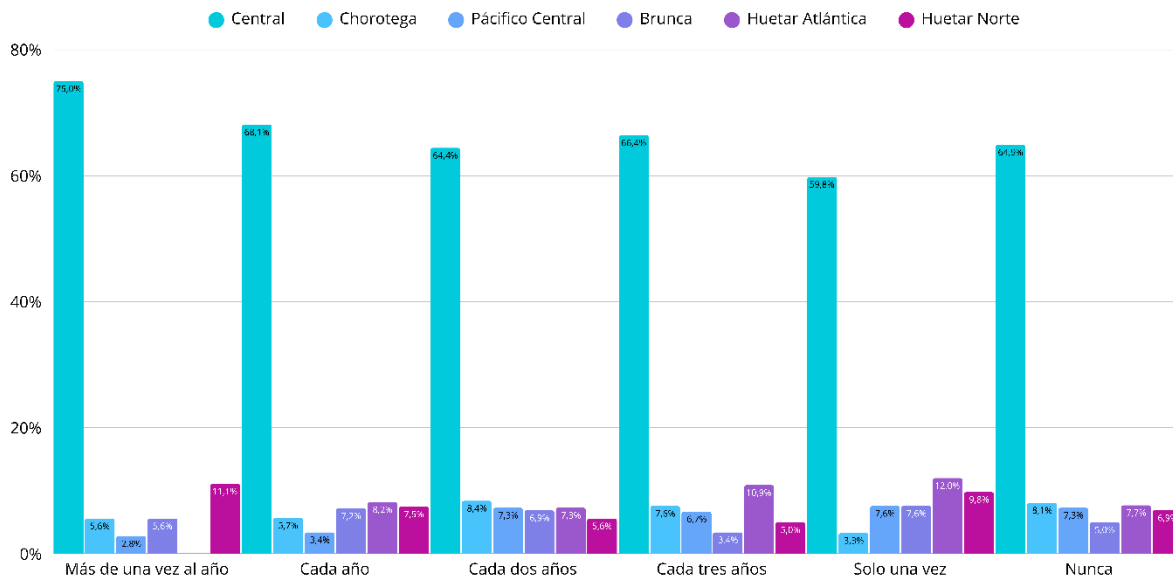
Como estudio sociológico desde la interseccionalidad, se permite conocer factores presentes en los datos que se conecten y sean una forma que pueda estar influyendo en la salud de las personas, en palabras de Hill Collins (2016) vemos en lo mencionado anteriormente, “Al hablar de entrelazamiento, multiplicidad, simultaneidad y síntesis, el análisis trata la opresión como resultado de la actuación conjunta de importantes sistemas de opresión que forman un a compleja estructura social de la desigualdad “(p.76), la experiencia en la atención médica, la edad, la ubicación geográfica, niveles de instrucción y seguridad socioeconómica, no se pueden ver de forma aislada como condicionantes de los resultados médicos, sino más bien, desde el conjunto es lo que puede explicar la prevalencia de una enfermedad producto de la desigualdad.

Es crucial considerar la edad en la que se diagnostica el Virus del Papiloma Humano (VPH), pues esto podría arrojar luz sobre los factores de riesgo y las deficiencias en los sistemas de atención y prevención. La educación, el acceso y la atención de calidad a tiempo son fundamentales para reducir la incidencia de este tipo de cáncer siguiendo estos patrones.

Según la ENSSR 2015, que muestra la periodicidad por región, en la que las mujeres buscan la realización del Papanicolau. Aunque la encuesta tiene algunos años, sigue siendo útil, además que tristemente es el último estudio a nivel nacional en Costa Rica para comprender el nivel de información disponible sobre este tema crucial. Se hace paréntesis en que es importante mencionar que la muestra total es de 1652 personas. De ellas, 1092 son de la región Central, se menciona debido a que esto responde a la concentración de los servicios y el motivo del porqué de los valores tan altos en la región, siempre serán más altos.

Figura 2.1

Periodicidad en la realización del Papanicolau según la IENSSR, en mujeres de 15 a 49 años.

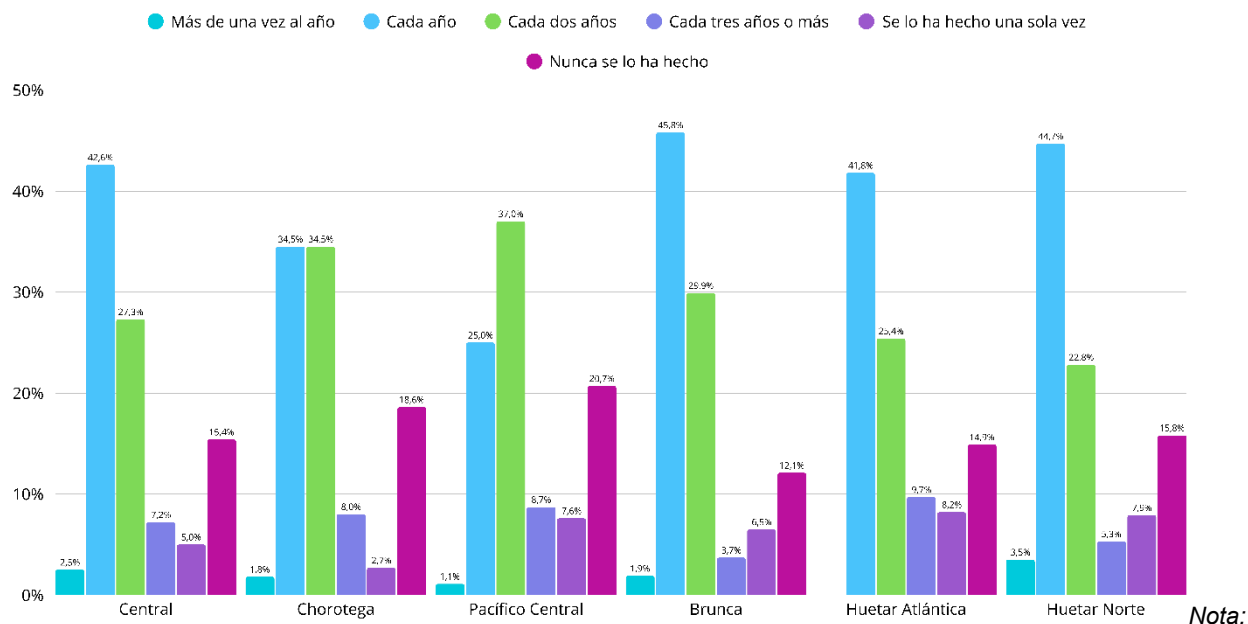


Nota: Elaboración propia según datos estadísticas de la IENSSR, 2024.

Identificamos que, en las regiones centrales del país un 75 % de las personas que se realizaron el PAP “más de una vez al año” se ubica en esta región, un 68 % lo hace de forma anual, que es lo recomendable para la prevención del cáncer de cérvix, también vemos donde las regiones de Huetar Atlántico presentan índices del 8 % aproximadamente, en este y las otras periodicidades. En las demás regiones la periodicidad es mucho menor, esto se debe a que la región central es la más poblada, por lo tanto, a continuación, se adjunta un gráfico donde la barra toma por 100 % de la población por región, estos porcentajes calculados con base en el total de entrevistadas de 15–49 años para una mejor comprensión de los datos.

Figura 2.2

Periodicidad en la realización del Papanicolau según la IENSSR, en mujeres de 15 a 49 años, (cada fila suma 100 %)



Elaboración propia según datos estadísticas de la IENSSR, 2024.

Con el presente gráfico, podemos comprender la periodicidad a la que las mujeres o personas con útero están accediendo a PAP oportuno. Entonces, identificamos que, de las seis regiones, la región Brunca lidera en una periodicidad necesaria en “cada año” con un 46 %, siguiendo Huetar Norte con un 44 % y la región Pacífico Central presenta los valores más bajos de la región, siendo un 25 %, en especial esta región tiene el indicador más preocupante bastante alto, el “Nunca se lo ha hecho” que ronda el 21 % según la región, siguiéndole la región Chorotega con un 18%, Huetar Norte y Central, mientras que de manera positiva la región Brunca tiene el valor más bajo en este indicador con 12,1 %. Las regiones Brunca y Huetar Norte presentan las mejores cifras en periodicidad recomendada, pero el Pacífico Central presenta cifras altas en el indicador “cada dos años” con un 37 %, y como ya se mencionó en “nunca” y “una sola vez”. Para Huetar Atlántica, encontramos que tiene la mayor proporción “cada tres años o más” 9,7 % y “una sola vez” 8,2 %, presentando un patrón alto en revisiones esporádicas.

La salud sexual en este aspecto, permite identificar una centralidad de los recursos, y más oportunidades de atenciones, que desde la interseccionalidad está condicionada por las jerarquías en accesos a servicios y opresiones patriarcales en este caso de ubicación geográfica, donde los cuerpos en zonas más lejanas de los centros reciben menos oportunidades de atención, Pacífico central presenta la principal brecha en acceso, y le secunda la región Chorotega, con indicadores de brecha importantes, como 34,5 % en revisiones cada dos años, o 18 % solo dos valores menos que la región Pacífico Central, en el indicador de “Nunca se lo ha hecho”.

Las facilidades o dificultades en la atención del Papanicolaou (PAP) están atravesadas por las matrices de poder. Como señala Hill Collins (2016), “el objetivo de la sanidad pública es mejorar las prácticas de la atención sanitaria, por lo que en este campo el reto es integrar esquemas interseccionales en la práctica clínica y también en la política pública” (p. 46).

La autora destaca la importancia de incorporar la interseccionalidad en los procesos de atención, dado que las personas no experimentan su salud a partir de un único factor —como el sexo—, sino desde la interacción de múltiples ejes de desigualdad, entre ellos el género, la clase social, la etnia, la orientación sexual, la discapacidad, la condición migratoria y la edad, entre otros.

De acuerdo con datos de la ONU, según el semanario de la universidad (2022) se menciona que las personas negras, indígenas, migrantes, con discapacidad, las niñas, etc. en el marco de una sociedad racista, xenófoba y capitalista, tienen más probabilidades de sufrir enfermedades y de tener una menor esperanza de vida.

Como se mostró en la Figura 2.2, donde las posibilidades de que se condicione el acceso a una detección temprana según sea la zona de residencia es mayor en los centros de salud de atención primaria, donde existen

obstáculos como los altos costos de las contribuciones al sistema de salud que dejan a poblaciones descubiertas, la ausencia de traductores y asesores culturales en el sistema

de salud, el uso de citas electrónicas que excluye a quienes tienen problemas de conectividad, falta de instalaciones adecuadas de atención primaria y secundaria, y otras (...) el racismo y la xenofobia así como la falta de empatía hacia personas indígenas, afrodescendientes, migrantes y refugiadas, evidencian obstáculos a la realización del derecho a la salud. (párr. 14)

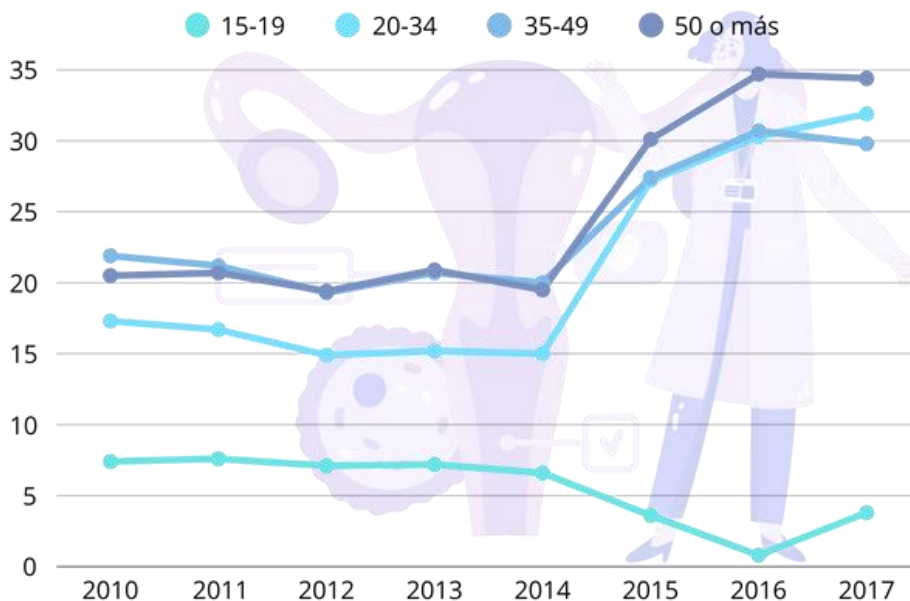
En la siguiente Figura 2.3, se muestra una composición de las tasas poblacionales de mujeres que se hicieron el Papanicolau por edad según año, del 2015–2017, las tasas de 20–34, 35–49 y 50+ suben a 30–34 % y 15–19 cae a 0,8–3,8 %, que es altamente probable que el peso del total anual se concentre en las tres edades más adultas. El gráfico permite visualizar que las mujeres mayores de 50 años muestran los valores más altos en la aplicación del PAP, lo cual muestra una relación de prevalencia entre la edad y la vulnerabilidad ante esta enfermedad.

Las mujeres más jóvenes (de entre 15 a 19 años) menos informadas sobre su sexualidad, sobre la importancia de los chequeos preventivos, pueden ser en un futuro las mujeres de 35 a 49 años más expuestas a factores de riesgo, por desconocimiento, y por los protocolos de salud que brindan un acceso limitado a servicios preventivos.

Desde este gráfico, se busca conocer las mujeres que han accedido a la realización del Papanicolau en los últimos años, en un promedio anual, la evolución de la incidencia de la enfermedad en cada grupo de edad.

Figura 2.3

Mujeres que se han realizado el Papanicolaou, en mujeres de 15 a 50 años o más desde el 2010 al 2017.



Nota: Elaboración propia según datos de las estadísticas de género del INEC, (2024).

Es importante mencionar que no se ubicaron los datos públicos de citologías del 2018 en adelante, aunque se buscó y se solicitó en tiempo y forma a las instituciones correspondientes.

Del 2010-2014, de acuerdo con el gráfico, se encuentra una tendencia estable, pero del 2015-2017 hay un crecimiento de la cobertura, esto refleja un aumento del porcentaje de mujeres que alguna vez se hicieron la prueba y una disminución correspondiente del grupo que nunca la ha realizado. Hacia 2017, las cifras sugieren que la cobertura ha mejorado notablemente, ubicándonos en el periodo, coincide con el Plan Nacional de Desarrollo 2015–2018 donde el país y el gobierno de turno se propuso a incrementar la cobertura del Papanicolaou en un 15 % a nivel nacional para 2018, con el fin de disminuir los índices en este y otros tipos de cáncer y dando un fortalecimiento de la política pública de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, en línea con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) (CCSS, 2014).

Si bien es cierto que las mujeres de mayor edad tienden a presentar mayores tasas acumuladas de realización de la prueba las cohortes de las mujeres más jóvenes exhiben las

tasas más bajas de cobertura lo cual eleva la proporción del indicador de “nunca se ha realizado” en ese grupo. En Costa Rica, la normativa recomienda empezar el PAP a los 20 años, o al inicio de su vida sexual, pero en la práctica un porcentaje importante de mujeres de 18–29 años no se ha hecho su primer examen. Esta brecha sugiere que mediana y mayor edad, de 40 años en adelante, la gran mayoría de mujeres sí se ha realizado al menos un PAP en su vida, reflejando la acumulación con la edad. No obstante, dentro de este segmento existen patrones importantes, por un lado, las mujeres en sus 40 suelen alcanzar las coberturas más altas, por otro, se destaca que muchas mujeres alrededor de 50 años tienen los valores más altos de toda la tabla (34,7% y 34,4%), superando incluso al grupo de 20-34 y 35-49.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022),

el 95% de los casos de cáncer de cuello uterino se deben a una infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) que no ha sido tratada. Generalmente, las células anormales tardan entre 15 y 20 años en convertirse en cáncer.

En el contexto de nuestro país, se observa que, a medida que las mujeres envejecen, el número de citologías realizadas tiende a aumentar.

El Papanicolau es la forma más exacta, económica, y practica para su detección. De acuerdo con la investigación por Solano y García (2024) para Interferencia de Radios UCR, menciona que, “generalmente la gente está empezando relaciones sexuales a los 16, 17, 18 años, 15 años después, ya para desarrollarse un cáncer, ya estamos hablando de 32, 33 años. Por eso, es mucho más frecuente en ese grupo de edad” (Cap 1. Minuto 5:30).

Coincidente con el proceso de desarrollo del cáncer, el periodo es extenso pero el descuido en el hecho de no conocer de los chequeos necesarios, privar a las mujeres de conocimientos de su salud, las brechas en el acceso a la salud complican la acción de estudio de su sexualidad, destaca en el detectar una enfermedad por transmisión sexual y su vida para una sexualidad saludable.

Desde una visión crítica de la interseccionalidad, privar, como ejercicio de poder a las mujeres de la conciencia crítica sobre su salud (sobre el acceso a la información) son formas de opresión, las mujeres carecerían de importantes herramientas para analizar su propio sometimiento y combatirlo, conocer su contexto y situación y demandar sus derechos. En palabras de Hill Collins (2016),

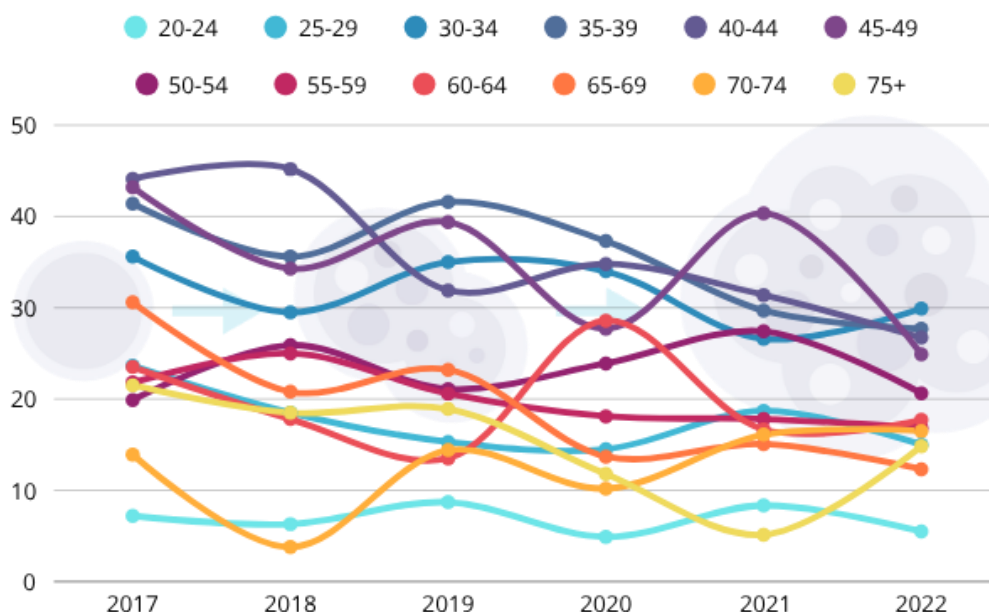
Desarrollar una conciencia crítica de como las dimensiones intersectantes de la vida de la persona se ajustan a unos fenómenos históricos y estructurales puede ser trascendental. Entender los ámbitos estructurales, disciplinario, cultural interpersonal del poder puede generar perspectivas (...) la adquisición de habilidades de supervivencia en sistemas de desigualdad social, para combatirlas. (p. 167)

Las personas deben tener el derecho de decidir evitar su situación, y no ser orilladas a condiciones de salud difíciles y dolorosas por desconocimiento y desigualdad, tener conocimientos para prevenir y sobrellevar sus condiciones sin estereotipos y prejuicios sobre su condición de salud. El estudio Inequidades en la detección temprana del cáncer de cérvix: una realidad en la población costarricense realizado por Santamaria, C. Quesada, H. Montero, M. y Quirós, I.(2022) mencionan, la persistencia y creencias machistas que vinculan al cuerpo femenino, prioritariamente con la sexualidad o la maternidad, es lo que dificulta muchas veces a que las mujeres se apropien de su sexualidad según los prejuicios y por los temores que inclusive desde los centros médicos puedan recibir, pues se puede pensar que si se hace un PAP se es sexualmente muy activas, o el miedo a que las vean en un examen ginecológico.

Incidencias de tumores malignos

Figura 2.4

Incidencia de tumores malignos en mujeres según localización anatómica y grupos de edad quinquenal en cuello de útero, Costa Rica, 2022 – 2017 (Tasas por 100.000 mujeres)



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2022.

Para esta parte del proyecto, nos encontramos con la incidencia de tumores por cáncer de cérvix. Cabe mencionar que los datos se mantienen en edades quinquenales, pues son las proporciones que mantiene el RNT. Se identifica el patrón en la edad, la incidencia se concentra entre 35–49 años, con máximos en 40–44 en el 2018 y 45–49 en el 2021; las mujeres en edad de 50–54 se mantienen en valores intermedios. A partir, ya desde 30–39 la incidencia de tumores tiende a aumentar, lo que puede estar relacionado también con factores biológicos, como los cambios hormonales, como anteriormente se mencionaba las infecciones por VPH suelen adquirirse en los 20 años; la progresión a lesión/cáncer tarda años presentándose en estas edades.

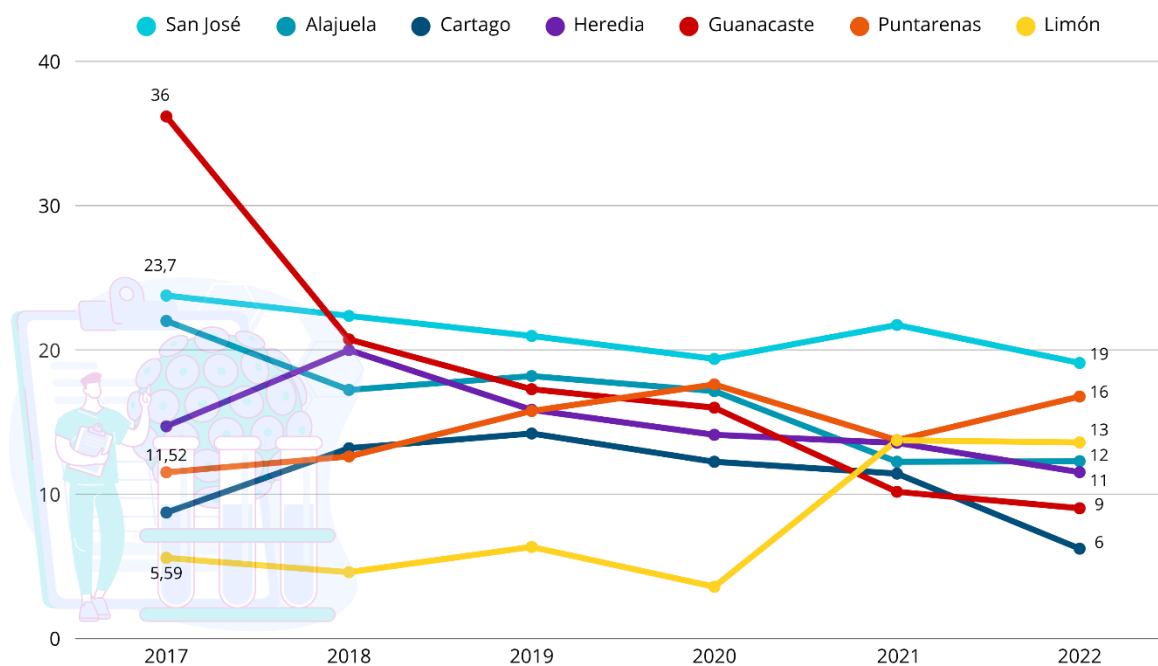
También, es importante mencionar la dinámica social presente en este gráfico, pues el contexto que responde a la disminución de diagnósticos desde el 2017 al 2022, cuando se estaba

presentando la pandemia por COVID 19, las interrupciones del tamizaje y menor acceso significan en los resultados de estos valores, en el 2021 hay un rebote en 45–49 y 50–54, explicándose un aumento de diagnósticos de golpe, de mujeres que probablemente no se pudieron captar en el año anterior, la subida de valores en 70–74 hacia 2022 es coherente con diagnósticos tardíos, donde a menos tamizajes de mujeres jóvenes, se está viendo cánceres avanzados en mujeres mayores que no fueron detectados a tiempo.

Actores como el confinamiento, el miedo al contagio, la disminución de personal médico para el control de la población, y las restricciones de movilidad contribuyeron a una caída abrupta en este indicador durante el 2020, visibilizando que las mujeres tuviesen que postergar sus controles médicos de rutina, lo que podría explicar las variaciones en la incidencia que se observan en 2020 y el rebote en los siguientes años, donde se visualiza un claro decrecimiento en las detecciones de tumor maligno por cáncer de cérvix en el seguro social.

Figura 2.4

Incidencia de tumores malignos en la población femenino en cuello de útero. Según provincia de residencia, Costa Rica del 2017 a 2022.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2022. (*tasa por 100,000 mujeres).

Asimismo, se continua con el siguiente dato que permite conocer la incidencia del cáncer según la provincia del país, cabe aclarar que, por el acceso limitado a estos datos, se presentan en provincias porque el MINSA no cuenta con datos por regiones de planificación, lo que complica un poco la comparativa, entre datos del INEC y el MINSA. Se permite visualizar que las tasas de incidencia de cáncer de útero varían considerablemente entre las diferentes provincias del país, y que si existe una relación significativa entre la ubicación de las provincias y la incidencia por cáncer de cérvix, a su vez, que las provincias con las tasas de incidencia más altas son en la región central del país, como San José principalmente y Heredia, pero que drásticamente aumenta en los últimos años en la zona de Puntarenas 6 donde luego del 2020, la provincia de Limón repunta en triplicando su incidencia, colocándose con una incidencia similar en el diagnóstico por cáncer de cérvix general del país, a su vez siendo las zonas con menos usos del Papanicolau según los datos anteriores. La incidencia más baja se mantiene en Cartago.

Se suma este gráfico, también para identificar la desigualdad regional, que muestra variaciones significativas en el diagnóstico por cáncer de cérvix, sugerir problemas estructurales en el acceso a los servicios de salud en esa región o factores socioculturales que influyen en la mayor incidencia de la enfermedad.

De acuerdo con la investigación para Radio UCR en interferencia, por Solano y García (2024) las autoras reafirman que en estas zonas impacta la falta de acceso o reciben uno desigual al abordaje para una detección temprana, donde una barrera que enfrentan las mujeres rurales son las zonas fronterizas, en la que ser mujer migrante carece de seguro por el estado. Esto implica que por la desatención médica por falta de seguro en muchos casos los servicios de salud por la CCSS, por normativa, no puede prestar el servicio del PAP a menos que las personas ya presenten un estado avanzado de su enfermedad.

En la indagación, el comportamiento de las tasas entre los años reflejados en el gráfico está influenciadas por las políticas de salud implementadas en esas fechas, como la introducción de la vacuna contra el VPH en 2017. La reducción de los casos en algunas provincias en años

recientes se ha debido al impacto positivo del tamizaje y programas de prevención y tratamiento, aunque los efectos no son uniformes en todas las regiones. En Guanacaste es importante mencionar esfuerzos como lo es el proyecto ESCUDDO en 2017, para la prevención del cáncer de cérvix que intensificó el tamizaje en la zona. En ese año, Costa Rica, y particularmente la provincia de Guanacaste, fue uno de los puntos clave (ACIB-FUNIN, 2017), donde se evaluaron los resultados del programa de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), que se había implementado a nivel nacional, ESCUDDO: Estudio Comparativo de Una y Dos Dosis de vacunas contra el virus de papiloma humano (VPH). participan mujeres adolescentes de 12 a 16 años.

Asimismo, a partir del 2018, en la zona pacifico central, comienza el proyecto ESTAMPA, por Sánchez (2020) para el periódico Delfino.cr, “El proyecto colaborativo "Estampa" es impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia internacional de investigación sobre el cáncer (IARC) con el objetivo de buscar mejores pruebas para la detección temprana del cáncer de cérvix” (párr. 3). Este proyecto tamiza a las mujeres y detecta de forma más efectiva a el cáncer de cérvix. En el 2019, se inició un piloto de ese tamizaje en Cañas, Tilarán y Carrillo.

Identificando factores culturales y económicos, las diferencias entre provincias también pueden ser analizadas desde una perspectiva sociológica considerando los factores culturales y económicos. Por ejemplo, provincias con menor desarrollo económico o con una mayor ruralidad, como Guanacaste y Puntarenas, presentan desafíos para implementar programas de salud preventivos debido a limitaciones en infraestructura o educación en salud.

Continuando con el trabajo de Solano y García (2024) la autora menciona que una persona pobre no quiere decir que esta desarrollará la enfermedad, es la falta de acceso a centros de salud en su comunidad para que le realicen el control preventivo lo que sí aumenta la probabilidad. Asimismo, con datos de la ENSSR 2015 más de un 15 % de mujeres no se hacen el Papanicolau por razones vinculadas a falta de recursos económicos, porque no lo creen

necesario, o bien porque su pareja masculina no las deja hacérselo cuando el médico es un hombre.

Además, retomando la investigación presentada por las autoras para *Interferencia de Radios UCR*, se confirma que las mujeres que residen en las regiones Chorotega, Pacífico Central y Huetar Caribe participan con menor regularidad en la prueba de Papanicolaou debido al tiempo y costo que implica el desplazamiento.

La falta de citas disponibles en los EBAIS y las malas condiciones en los centros de salud son otras de las barreras que enfrentan las mujeres para acceder al Papanicolaou. En muchos EBAIS, ni el trato del personal médico ni la infraestructura son las más adecuadas para realizar el tamizaje. El trabajo de Solano y García (2024) identifica que las mujeres deben hacer largas filas desde la madrugada, recorrer trayectos extensos y, en ocasiones, no logran ser atendidas por falta de espacio disponible.

Factores como el acceso a la educación en salud reproductiva se ha normatizado, a cargo de las instituciones, y de las instituciones familiares. Para el 2018, las niñas se quedaron sin clases por periodos de protestas en las que se cerraron escuelas para impedir que se dieran clases de sexualidad y afectividad, principalmente en la zona brunca (“San Carlos, Pérez Zeledón y Limón, en protesta contra la implementación de los programas sobre educación sexual y afectiva del MEP”. Diario Extra, 2018). Las normativas sociales sobre el cuerpo y la salud femenina, y la participación en programas de prevención pueden variar en diferentes provincias y contextos sociales.

Atenciones de las Mujeres en Clínicas y Hospitales de la CCSS

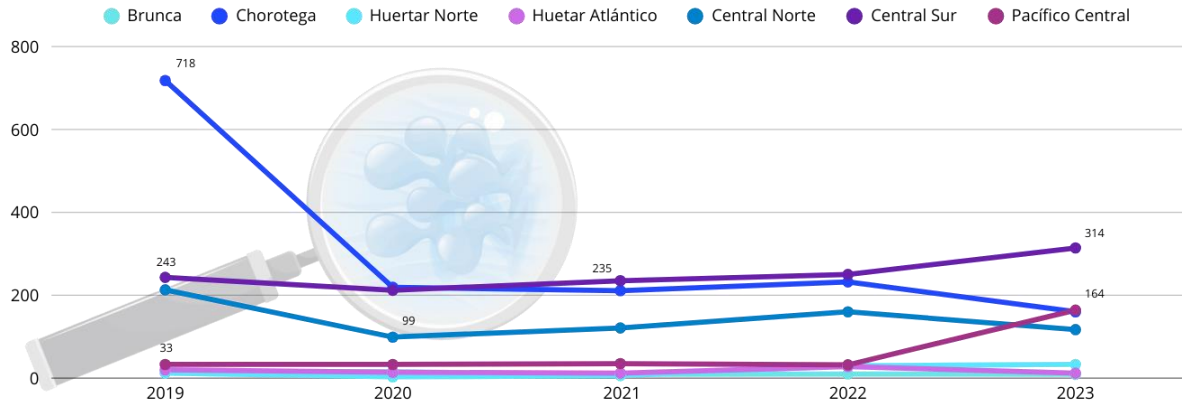
La accesibilidad a un diagnóstico temprano salva vidas, se parte en esta sección desde las atenciones porque permite identificar por este tipo de causa ¿qué zonas están teniendo oportunidad de ser atendidas a tiempo en el periodo de estudio? El gráfico 2.5 refleja diferencias claras en la cantidad de atenciones relacionadas con el VPH entre las regiones.

En la región Chorotega, se presenta un pico muy alto en el 2019, baja y vuelve en crecimiento manteniéndose considerablemente menor que en el 2019 de valores como 718 atenciones a 160 en 2023, es un 78 % menos. Para las zonas como Pacífico Central de 33 a 164 y Central Sur de 243 a 314, aumentan de forma sostenida, reflejando una estabilidad en la detección de casos debido a un acceso limitado en años anteriores, manteniendo índices similares a las regiones centrales, este dato es desproporcionadamente alto ya que Pacífico Central una región mucho menos poblada tuvo más atenciones que la región Central Norte 117 en el 2023, dando a conocer efectividad en proyectos como podría ser el mencionado anteriormente ESTAMPA. Huetar Atlántico 20 a 12 y Huetar Norte 12 a 33, muestran consistentemente bajas tasas de atención durante todos los años. La región Brunca presenta valores de 14 a 9, siendo una cifra marginal, lo que muestra desigualdades en términos de prevención y tratamiento del VPH.

A pesar de que el sistema de salud de Costa Rica es universal, la distribución de los recursos no es equitativa. Las regiones más urbanas tienden a tener mejor acceso a la atención médica preventiva y a la vacunación, mientras que las regiones rurales y periféricas pueden enfrentar barreras significativas. La intersección de la clase social y la ubicación geográfica crea desigualdades en la cobertura de atención.

Figura 2.5

Atenciones dadas en los servicios de consulta externa relacionadas a virus de papiloma humano, por año, según región, 2019-2023.

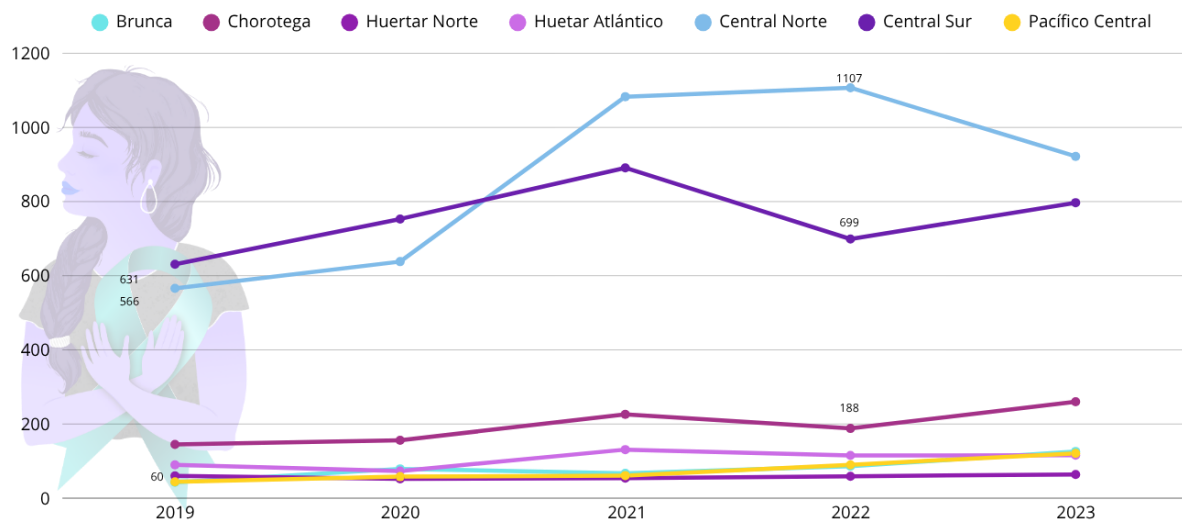


Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la CCSS, 2024.

A sí mismo, encontramos datos que hablen del número de atenciones, pero en este caso por cáncer de cérvix.

Figura 2.6

CCSS: Atenciones dadas en los servicios de consulta externa relacionadas a cáncer de cérvix por año, según región. 2019-2024.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la CCSS, 2024.

En general, las atenciones por cáncer de cérvix aumentaron en la mayoría de las regiones, especialmente en Brunca (83.7 % en 2020 y 46.5 % en 2023) y Pacífico Central (47.5 % en 2022 y 34.4 % en 2023).

Se puede identificar que a pesar de las regiones más pobladas como la región central norte y sur, estas presentan los mayores niveles de atención por cáncer de cérvix, aumentando sus casos en ambas regiones y por ambas condiciones de salud, por virus de papiloma humano y por cáncer de cérvix en todos los años.

Para cerrar esta parte de atenciones, Central Norte y Central Sur, estas regiones concentran la mayor cantidad de atenciones para ambos diagnósticos en todos los años analizados. Asimismo, las atenciones por VPH en la región Chorotega disminuyeron drásticamente entre 2019 y 2023 (718 a 160), pero las atenciones por Cáncer subieron (145 a 260). Esto nos confirma que, al dejar de atender el VPH (prevención), los casos están evolucionando a Cáncer (tratamiento). Sobre Brunca, logramos identificar al inicio que es la región que hace más PAPs y ahora vemos incrementó en atenciones por cáncer, desde la salud pública se puede identificar que el sistema de salud está encontrando a las mujeres enfermas y las está tratando. No es que haya "más cáncer", sino que hay "menos silencio".

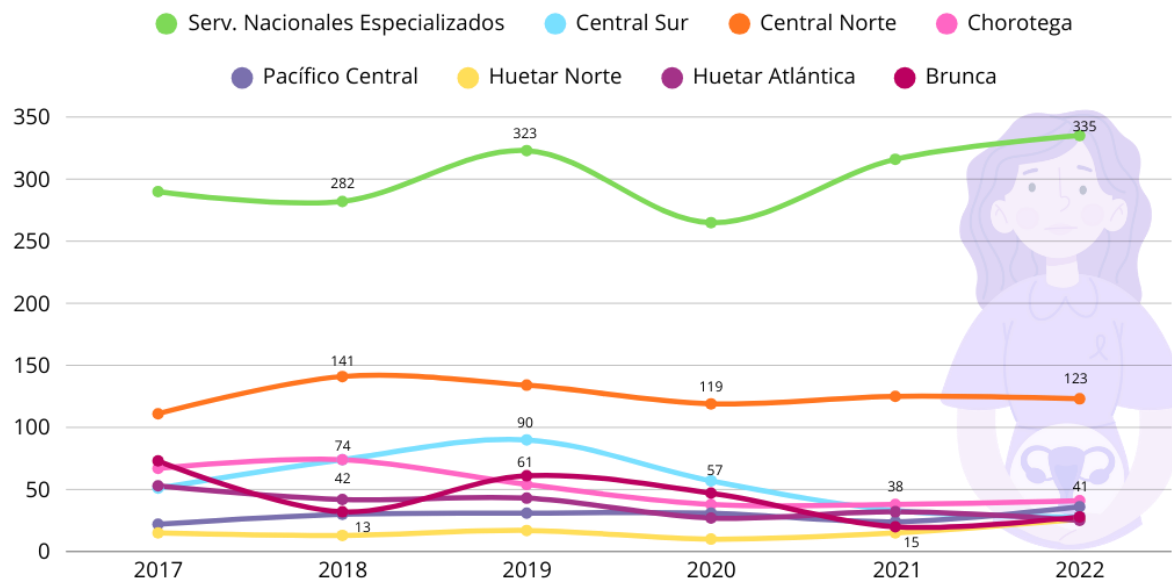
Egresos Hospitalarios y Mortalidad por Cáncer de Cérvix

La evaluación de la carga y los egresos hospitalarios permite una medida en que la enfermedad en términos de la cantidad de personas que necesitan atención hospitalaria debido al cáncer de cérvix. Esto ayuda a comprender la magnitud del problema y su impacto en el sistema de salud. Además, en la incidencia y la gravedad del cáncer de cérvix, se permite identificar si los egresos están aumentando, disminuyendo o se mantienen estables, si se abastece entonces la atención. Este tipo de información puede guiar para la planificación de políticas y programas de prevención y tratamiento del cáncer, la efectividad de las intervenciones

y programas de prevención y tratamiento del cáncer de cérvix y encontrar las formas de abordar las barreras de acceso a la atención.

Figura 2.7

CCSS: Egresos hospitalarios por año según región de residencia. 2004 – 2022.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la CCSS, 2024.

El punto de servicios nacionales especializados se refiere a los hospitales del país; esto indica que la mayoría de los diagnósticos principales se brindan en los hospitales del país, el segundo más relevante Central Norte. El gráfico en estudio permite visualizar también un aumento en la recepción de atención hospitalaria, y hay relación con los egresos que deben a factores, como el crecimiento de la población, el envejecimiento, mayor atención hospitalaria por esta causa. Se percibe un estancamiento o déficit de recuperación del 2019 al 2022, manteniendo la incidencia un poco por debajo de los años anteriores a la pandemia por COVID 19, se identifica que faltan más de 100 mujeres por atender para apenas volver a las estadísticas del 2019.

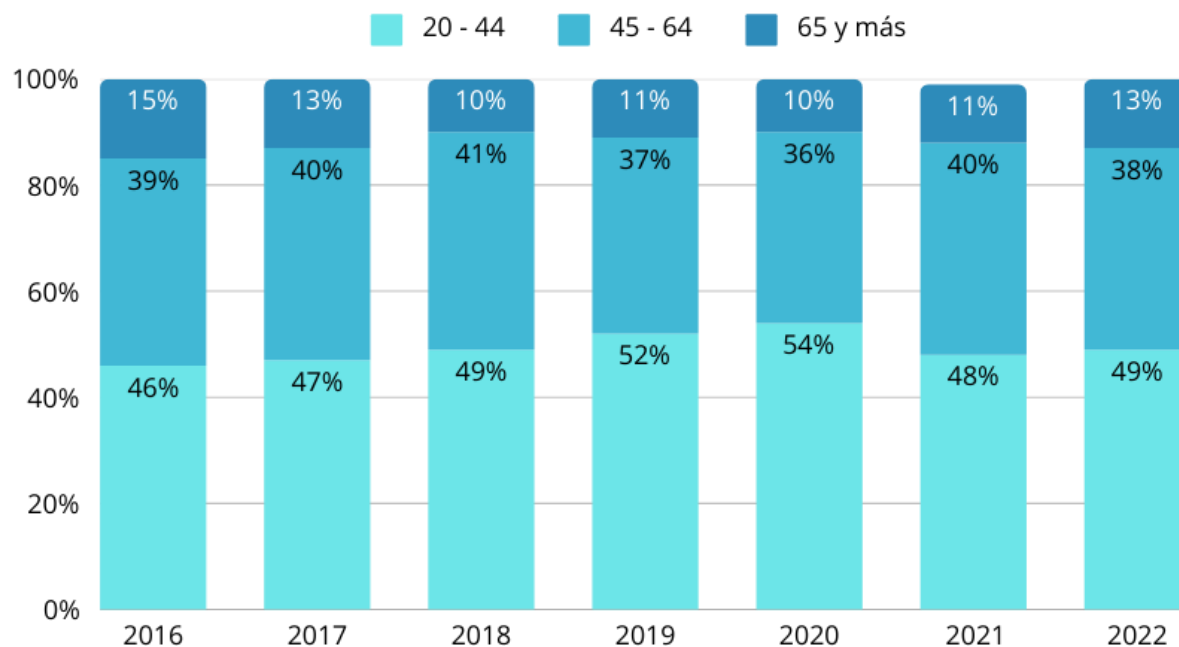
Los egresos se concentraron en Servicios Nacionales y Central Norte. Entre 2017 y 2022, aumentan en Pacífico Central y Huetar Norte, y disminuyen marcadamente en Brunca y Huetar

Atlántico. Estos son conteos y pueden reflejar cambios en referencia/derivación además de carga de enfermedad.

El siguiente gráfico permite conocer la edad de estos egresos, la tendencia es clara de 20 a los 40 años.

Figura 2.8

Egresos hospitalarios debidos a cáncer de cérvix por año según grupo de edad. 2016-2022.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la CCSS, 2024.

Se trabaja en las categorías de 20-44 años, 45-64 años y 65 años o más. El grupo de edad de 20-44 años parece ser el más afectado, seguido por 45-64 años con 242 (el triple de 65 y +) y por último el grupo más joven (20-44). El de 65 años o más tiene las tasas de egresos hospitalarios más bajas.

Este tipo de datos permite conocer las dinámicas de vulnerabilidad de salud por edad. A medida que las mujeres envejecen, el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix aumenta, y la exposición prolongada a factores de riesgo como el VPH, especialmente si no se ha recibido el tratamiento adecuado o la vacuna o no se han realizado chequeos regulares influye en estos resultados. Por lo tanto, identificamos desigualdades históricas, las personas de mayor edad que

no tuvieron acceso adecuado a la prevención en su juventud o adultez temprana, que no han recibido educación sexual, podrían tener un mayor riesgo de padecer cáncer de cérvix en edades más avanzadas.

Los procedimientos con los que se trabaja esta condición de salud permiten conocer los diagnósticos de cáncer de cérvix por año desglosados por procedimiento principal, desde 2017 hasta 2022 que habrían sido los datos brindados por la CCSS.

Dentro de las tendencias encontradas, se identificaron cierta variabilidad a lo largo de los años, sin embargo, de los principales procedimientos se encuentra la incisión y escisión del útero y operaciones sobre los órganos genitales femenino siendo significativa como los procedimientos realizados para la rápida egresión del centro hospitalario.

Tabla 2.1

CCSS: Egresos hospitalarios debidos a cáncer de cérvix por año según procedimiento principal. 2010-2022.

Procedimiento principal	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos	205	176	189	153	180	190
Otra radiografía diagnóstica y técnicas conexas	107	81	93	67	62	70
Otros procedimientos no quirúrgicos	25	22	24	17	33	35
Radiología diagnóstica	38	36	21	18	17	19
Otros Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos	35	37	51	51	68	66
Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	171	194	190	148	151	156
Otra incisión y escisión de útero	105	127	117	114	104	119
Operaciones sobre cuello uterino	46	48	54	21	28	21
Otros Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	20	19	19	13	19	16
Operaciones sobre el aparato urinario	66	80	94	59	63	68
Operaciones sobre vejiga urinaria	53	67	72	46	38	40
Otros Operaciones sobre el aparato urinario	13	13	22	13	25	28
Operaciones sobre el aparato digestivo	43	64	83	75	82	69
Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal	17	20	36	28	33	32
Incisión, excisión y anastomosis de intestino	15	30	30	29	28	23
Otras operaciones sobre la región abdominal	3	8	6	13	7	9
Otros Operaciones sobre el aparato digestivo	8	6	11	5	14	5
Otros procedimientos	16	15	18	18	13	15
Total	501	529	574	453	489	498

Nota: elaboración propia según datos del Área de Estadística en Salud, CCSS, 2024.

La tabla anterior permite observar qué tipos de procedimientos están siendo más frecuentes. Esto puede ofrecer una perspectiva sobre el acceso a la atención médica y los recursos disponibles para las mujeres que padecen cáncer de cérvix.

De acuerdo con esta información, los procedimientos menos invasivos (diagnósticos o no quirúrgicos), podríamos encontrar los primeros en la lista como: Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, procedimientos como biopsias, exámenes de imagen, tratamientos locales (láser, crioterapia), Otra radiografía diagnóstica y técnicas conexas: Radiografías,

tomografías, resonancias magnéticas, etc. Otros procedimientos no quirúrgicos: Pueden incluir colocación de sondas, tratamientos farmacológicos, manejo paliativo. Luego podemos ver los moderadamente invasivos (procedimientos menores o por cavidades naturales) como: procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Similar al primer punto, pero puede incluir algunos procedimientos mínimamente invasivos, posiblemente procedimientos ambulatorios, mínimamente invasivos. Por último los más invasivos (cirugías y procedimientos mayores en útero, cuello uterino, aparato digestivo y urinario.) Operaciones sobre los órganos genitales femeninos: Incluye histerectomía (retiro del útero), ooforectomía (ovarios), salpingectomía (trompas), otra incisión y escisión de útero: Procedimientos como legrado, miomectomías, o histerectomía parcial, amputación del cuello, procedimientos de escisión local, cirugía renal, de uréteres o vejiga por complicaciones relacionadas al cáncer.

Estas características de invasividad, se detallan porque podemos identificar ciertos procedimientos como más comunes (por ejemplo, diagnósticos y terapias), pero otros más invasivos (como las operaciones sobre el aparato urinario o digestivo) son menos frecuentes, esto podría reflejar desigualdades en el acceso a tratamientos más complejos, posiblemente debido a la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o el acceso a seguros médicos.

El cambio en la cantidad de egresos hospitalarios por distintos procedimientos a lo largo de los años puede ofrecer pistas sobre la evolución de las políticas de salud pública y los avances en la medicina en cuanto al manejo del cáncer de cérvix. Al analizar qué procedimientos que son más comunes, se puede identificar también la distribución de los recursos médicos. Por ejemplo, si ciertos procedimientos invasivos, como las operaciones de órganos genitourinarios o digestivos, son más comunes en años recientes, puede ser un reflejo de diagnósticos tardíos que resultan en procedimientos más complejos y riesgosos. También se identifica la cantidad y tipo de procedimientos.

Dentro de los números se destacan las operaciones sobre los órganos genitales femeninos y la escisión y operaciones sobre el cuello uterino se mantienen como una de las

principales intervenciones cada año (171 a 194 en 2017 y hasta 156 en 2022) y que van en aumento. Esto es un indicio de que muchas mujeres están siendo diagnosticadas en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que requiere procedimientos quirúrgicos más invasivos.

Este hecho señala que los programas de detección temprana (como la prueba de Papanicolaou o la prueba de VPH) no están llegando de manera efectiva a todas las mujeres, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta la necesidad de intervenciones quirúrgicas radicales. Se identifica también la disminución en los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos entre 2017 y 2022, (que incluye exámenes como el Papanicolaou o biopsias menos invasivas) disminuyeron de 205 en 2017 a solo 190 en 2022. Además, otros procedimientos como la radiología diagnóstica también han experimentado un descenso.

Esto permite identificar una reducción en la realización de exámenes de rutina y en la detección temprana, aspectos esenciales para prevenir el avance del cáncer de cérvix. Cuando la capacidad diagnóstica disminuye, es más probable que los casos se identifiquen en etapas avanzadas, momento en el que las opciones de tratamiento son más limitadas y costosas, y los resultados para las pacientes menos favorables.

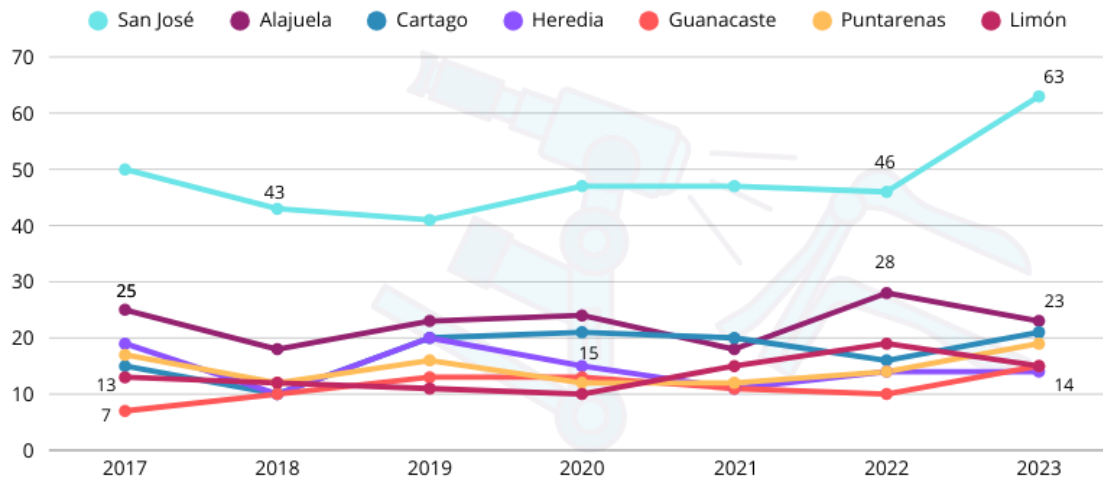
Asimismo, se han registrado aumentos significativos en la realización de cirugías complejas, como aquellas que involucran el aparato digestivo y el urinario. Este incremento podría indicar que la enfermedad ha afectado otros órganos, lo que hace necesarias intervenciones quirúrgicas adicionales.

Otro aspecto significativo en los datos es el Impacto del COVID-19 (2020). Tanto en volumen de egresos como en barrido de edades; el sistema aún no alcanza los estándares de prepandemia, significando bastantes menos egresos en los tres grupos de edad identificados en la figura 2.8. Por último, cerramos con el gráfico de mortalidad por esta causa. La tasa de mortalidad ha crecido en 0,9 % retrocediendo 5 años al indicador del 2017. A pesar de la tendencia decreciente general, se observan algunas variaciones interanuales en la tasa de mortalidad. En particular, se observa un ligero aumento en la tasa de mortalidad en 2022 en

comparación con 2021. Esta variabilidad puede deberse a diversos factores, como cambios en la cobertura de los programas de detección temprana o en el acceso a tratamiento.

Figura 2.9

Mortalidad femenina por cáncer en cuello de útero según provincia (cantidad de fallecimientos).



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos del INEC, 2024.

El gráfico permite conocer un incremento de la mortalidad. Entre el 2017 y el 2023 las defunciones por cáncer de cuello de útero aumentan en 2022, luego de la pandemia, en el 2023. Esto sugiere que las políticas y programas implementados no están teniendo el impacto esperado, o que ciertos grupos de mujeres no están recibiendo la atención necesaria aun después del receso o las bajas por el periodo de crisis sanitaria. Las alzas post-COVID se concentran en San José, Alajuela, Cartago y Guanacaste; Heredia, Puntarenas y Limón no superan sus niveles de 2017.

Los valores pre-COVID para San José estaban en 44.7 a 52.7, más de un 17.9 %, para Alajuela de 25 casos a 23, en Cartago pasa de 15 a 21, en Heredia de 19 casos a 14, tiene una disminución de un 26 %, para Guanacaste pasa de 7 a un 15, casi duplicando la cifra, esto quiere decir que los tamizajes iniciados por proyectos como ESCUDDO y otras propuestas iniciadas en el 2018 sugiere una falla en la detección, el sistema no garantizo que estas detecciones se salvaran, Puntarenas de un 17 a 19 y por último Limón de un 13 a un 15, ambas tienen un

promedio de 14 casos Las provincias de Heredia, Puntarenas y Limón no muestran aumentos sostenidos en comparación al 2017, Para el 2023, el pico es de San José, de 50 muertes en el 2017 a 63 muertes en el 2023, hay un colapso alarmante en la prevención, un pico importante debido a la caída de los diagnósticos para tamizaje, que hoy están costando vidas.

Los datos de egresos y mortalidad cierran el ciclo de la violencia estructural: la falta de tamizaje oportuno (VPH/PAP). Factores como la pobreza, la educación, y barreras geográficas afectan de manera a las mujeres de ciertos grupos socioeconómicos. Muchas mujeres pudieron haber postergado sus revisiones médicas por la pandemia o no tener acceso a servicios adecuados durante ese tiempo.

Conclusiones

Hay desigualdades entrelazadas, donde no son únicamente números, son territorios, son personas en contextos cambiantes, y con necesidades complejas donde prevalecen brechas de salud, y en donde estas dejan al descubierto indicadores que complejizan y dan respuestas a la matriz de poder que planteábamos inicialmente. Las tasas de mortalidad se entrelazan, de los indicadores de egresos, encontramos que no es casualidad que las zonas, donde, de acuerdo con el INEC (2017–2024) a partir de conteos, el país alcanzó su pico en 2023 de 170 fallecimientos, siendo en San José, 63 mujeres jóvenes que fallecen por una patología prevenible. Las desigualdades territoriales y sociales no solo "afectan" la salud, sino que determinan quién vive y quién muere.

En paralelo, los patrones de atenciones y egresos hospitalarios sugieren brechas de acceso: territorios con menor uso de tamizaje (PAP/VPH) y mayores barreras (distancia, tiempos de espera, aseguramiento, estigma) tienden a mostrar peores resultados post-COVID por demoras diagnósticas, confirma que el sistema está fallando en la contención quirúrgica.

El predominio de cirugías invasivas sobre diagnósticos tempranos indica una medicina reactiva y mutilante en lugar de preventiva. En los últimos periodos, la crisis sanitaria obligó a los

servicios de salud a dar atenciones deficientes a las mujeres, esto tuvo consecuencias directas en los resultados y ahora interviene tarde y de forma agresiva en los cuerpos femeninos.

Detrás de todos estos números persisten barreras socioculturales ancladas al patriarcado. Al ser una enfermedad por transmisión sexual, el estigma al VPH, la desinformación y a normas de género, que reducen la disposición a tamizarse o vacunarse, especialmente en regiones conservadoras o con menos educación en salud sexual. Esto refleja una barrera sociocultural que varía entre las distintas regiones del país.

A esto se suman barreras administrativas, como la exclusión del aseguramiento a mujeres migrantes o empobrecidas, lo que constituye una forma de violencia institucional: el Estado niega la prevención basándose en un estatus legal, condenando a la paciente a llegar al sistema solo cuando es una emergencia oncológica inminente.

Para reducir la mortalidad se requiere un cambio de paradigma, se necesita justicia sanitaria. Debe detectarse oportunamente, escalar a estrategias que brinden autonomía a la mujer como lo sería la autotoma, la prueba de ADN-VPH, con eventos informativos, brindar horarios extendidos y mediación cultural real en los centros de atención EBAIS.

La educación temprana de la sexualidad con oportunidades como conocer nuestro órgano sexual, su comportamiento y la posibilidad de hacernos una “auto toma”, donde las mujeres toman muestra de su cérvix para la prevención de VPH, “es un método de detección adicional y la prueba de ADN del VPH como método eficaz para la detección temprana del cáncer de cuello uterino” (Nihimura et al., 2021, p. 2), donde se ofrece posibilidades de eliminar este tipo de cáncer no es opcional; es una herramienta de supervivencia y un derecho que se ha estado violando por años.

Conocer el propio cuerpo y acceder a información y tecnologías de detección sin juicios morales es el primer paso para disminuir esta forma de desigualdad. Como demostró este estudio, la detección y el tratamiento oportuno ya existen; lo que falta es la voluntad política para

garantizar que ninguna mujer, independientemente de su residencia o su estatus, tenga que morir por cáncer de cérvix. Basta.

Referencias

Aparicio-Llanos, A. y Morera-Salas, M. (2007). Análisis geográfico y temporal de la mortalidad evitable por cáncer cervicouterino en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 49(3), 154-160.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2022). *Anuarios estadísticos 2017-2022*. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud. Datos consultados el 14 de abril 2022.

Hill Collins, P. (1990). *black feminist thought*.

Hill Collins, P. (2016). *Interseccionalidad*. Editorial Morata.

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2022). *Sistemas de consulta*. <https://inec.cr/sistemas-de-consulta>

Ministerio de Salud, Gobierno de Costa Rica. (2023). *Incidencia tumores 2017 al 2022*. Sitio Web del MTS Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia/incidencia-2017-al-2022>

Muñoz Solano, D. (2023) *Discriminación impide acceso a la salud de personas indígenas, migrantes, LGBTIQA y con discapacidad, dice relatora ONU*. Semanario Universidad: <https://semanariouniversidad.com/pais/discriminacion-impide-acceso-a-la-salud-de-personas-indigenas-migrantes-lgbtiqua-y-con-discapacidad-dice-relatora-onu/>

Radios UCR (2024) *Interferencia: Barreras en el diagnóstico por cáncer de cérvix*.

Rivera-Chavarría, A. y Calderón-Céspedes, A. (2022). Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa. *Población y Salud en Mesoamérica*,20(1). Doi:10.15517/psm.v20i1.48983.

Santamaría-Ulloa, C., Montero-López M., Quesada-Leitón, H. y Quirós-Rojas, I. (2022).

Inequidades en la detección temprana del cáncer de cérvix: una realidad en la población.

Población y Salud en Mesoamérica, 19(2). Doi: 10.15517/psm.v0i19.48122

Sierra Ramos, R., Barrantes Mesén, R. y Fuster, F. Mortalidad por cáncer de cuello del útero en Costa Rica.

Anexos

Anexo 1:

Cuadro 5: del Gráfico 1:

CCSS: Atenciones dadas en los servicios de consulta externa relacionadas a cáncer de cérvix y virus de papiloma humano, por año, según sexo y diagnóstico. 2019-2024

Sexo Diagnóstico	2019	2020	2021	2022	2023	2024^{a/}
Total	<u>7 095</u>	<u>6 973</u>	<u>8 418</u>	<u>8 254</u>	<u>8 660</u>	<u>3 549</u>
Mujer	6 577	6 504	7 914	7 675	8 069	3 320
Virus papiloma humano	1 098	454	491	615	655	286
Cáncer de cérvix	5 479	6 050	7 423	7 060	7 414	3 034
Hombre	518	469	504	579	591	229
Virus papiloma humano	300	280	260	268	329	149
Cáncer de cérvix	-	-	-	-	-	-

a/ Datos al 16 de mayo

Nota: Incluye datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS). Toda interpretación y uso que se realice sobre los datos presentados es responsabilidad de la organización o personas que los utilice.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud.

Anexo 2

Cuadro 6: del Gráfico 2:

CCSS: Atenciones dadas en los servicios de consulta externa relacionadas a cáncer de cérvix y virus de papiloma humano, por año, según región y diagnóstico. 2019-2024

Provincia	2019	2020	2021	2022	2023
Cantón					
Total	6 877	6 784	8 174	7 944	8 398
Brunca	57	94	76	96	135
Virus papiloma humano	14	15	9	10	9
Cáncer de cérvix	43	79	67	86	126
Chorotega	863	375	437	420	420
Virus papiloma humano	718	219	211	232	160
Cáncer de cérvix	145	156	226	188	260
Huetar Norte	72	55	60	89	97
Virus papiloma humano	12	3	6	30	33
Cáncer de cérvix	60	52	54	59	64
Huetar Atlántico	110	87	143	143	128
Virus papiloma humano	20	14	12	28	12
Cáncer de cérvix	90	73	131	115	116
Central Norte	779	737	1 204	1 267	1 039
Virus papiloma humano	213	99	121	160	117
Cáncer de cérvix	566	638	1 083	1 107	922
Central Sur	874	965	1 126	949	1 111
Virus papiloma humano	243	212	235	250	314
Cáncer de cérvix	631	753	891	699	797
Pacífico Central	77	91	96	122	285
Virus papiloma humano	33	33	35	32	164
Cáncer de cérvix	44	58	61	90	121

Hospitales Nacionales y Centros

Especializados	4 045	4 380	5 032	4 858	5 183
Virus papiloma humano	145	139	122	141	175
Cáncer de cérvix	3 900	4 241	4 910	4 717	5 008

a/ Datos al 16 de mayo

Nota: Incluye datos registrados en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS). Toda interpretación y uso que se realice sobre los datos presentados es responsabilidad de la organización o personas que los utilice.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud.

Anexo 3

Cuadro 7: del Gráfico 3:

CCSS: Egresos hospitalarios debidos a cáncer de cérvix por año según grupo de edad. 2010-2022													
Grupo de edad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	557	699	758	664	687	754	702	682	688	753	594	603	642
10 – 14	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 – 19	1	-	3	-	1	1	4	1	-	-	-	-	-
20 – 44	289	325	342	284	312	368	322	321	337	392	323	291	315
45 – 64	195	281	285	300	275	283	272	270	282	279	212	243	242
65 y más	72	93	127	80	99	102	104	90	69	82	59	69	85

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud.

Anexo 4

Cuadro 8:

CCSS: Egresos hospitalarios debidos a cáncer de cérvix por año según procedimiento principal. 2010-2022													
Procedimiento principal	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	354	452	526	493	514	527	505	501	529	574	453	489	498
Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos	123	150	204	166	158	169	184	205	176	189	153	180	190
Otra radiografía diagnóstica y técnicas conexas	67	92	119	101	86	83	108	107	81	93	67	62	70
Otros procedimientos no quirúrgicos	21	28	37	29	21	44	30	25	22	24	17	33	35
Radiología diagnóstica	18	22	24	20	27	23	24	38	36	21	18	17	19
Otros Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos	17	8	24	16	24	19	22	35	37	51	51	68	66
Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	109	152	168	164	195	204	181	171	194	190	148	151	156
Otra incisión y escisión de útero	72	89	96	104	122	134	112	105	127	117	114	104	119
Operaciones sobre cuello uterino	30	53	54	48	54	54	49	46	48	54	21	28	21
Otros Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	7	10	18	12	19	16	20	20	19	19	13	19	16
Operaciones sobre el aparato urinario	64	79	78	70	78	68	71	66	80	94	59	63	68
Operaciones sobre vejiga urinaria	60	76	73	61	69	62	63	53	67	72	46	38	40
Otros Operaciones sobre el aparato urinario	4	3	5	9	9	6	8	13	13	22	13	25	28
Operaciones sobre el aparato digestivo	47	62	59	73	62	69	60	43	64	83	75	82	69
Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal	18	34	32	27	24	24	25	17	20	36	28	33	32
Incisión, escisión y anastomosis de intestino	15	19	16	24	28	33	12	15	30	30	29	28	23
Otras operaciones sobre la región abdominal	6	6	3	9	5	5	12	3	8	6	13	7	9
Otros Operaciones sobre el aparato digestivo	8	3	8	13	5	7	11	8	6	11	5	14	5
Otros procedimientos	11	9	17	20	21	17	9	16	15	18	18	13	15

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud.

Capítulo III: Rompiendo Techos de Cristal: Un Viaje Sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos en la mujer Adolescente en Costa Rica

«La sexualidad es conectarnos con el deseo de vivir y vivir es poder sentir»

Silvina Valente, Sexóloga.

Resumen

El siguiente capítulo se centra en el análisis de algunos de los principales derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente de 15 a 19 años, con el fin de comprender, desde un enfoque interseccional, la relación existente entre diversas variables de la salud. Esta población se encuentra en una etapa de descubrimiento de su identidad, de múltiples cambios, y constituye un motor impulsor para el progreso de la sociedad.

El objetivo de la investigación es analizar el comportamiento e incidencia de los derechos sexuales y reproductivos en las adolescentes de 15 a 19 años, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSSR), Costa Rica, 2015.

La metodología empleada fue el análisis estadístico de los datos de dicha encuesta, bajo un enfoque mixto, principalmente cuantitativo. La información se centró en los indicadores de respuesta de la población de mujeres adolescentes que participaron en esa etapa del estudio. Asimismo, se incluyó como referencia a la población de mujeres no adolescentes, con el fin de aportar elementos comparativos que permitan comprender mejor las características de las personas encuestadas.

Entre los resultados principales, se destaca que la población adolescente en Costa Rica constituye una etapa decisiva para la transformación de las generaciones en lo que respecta a la educación sexual y reproductiva.

Palabras Claves: adolescencia, derechos sexuales y reproductivos, identidad, salud, información, comunicación.

Introducción

Los derechos son normas o principios que indican a un individuo lo que está permitido o prohibido según el grupo o la sociedad a la que pertenece. Estos se clasifican en diferentes tipos, como derechos humanos, civiles, políticos, económicos y culturales, que toda persona posee por el simple hecho de ser humana. Por ello, se garantiza su dignidad, libertad e igualdad (CNDH, México, 2025).

En cuanto a los derechos humanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) los define como universales, inalienables e interdependientes. Según el Departamento de Información de las Naciones Unidas, esta declaración fue adoptada y proclamada por la Asamblea General en la resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Surgió de la necesidad de asegurar el respeto y el cumplimiento de todos los derechos, promoviendo así la libertad, igualdad, paz y justicia. Históricamente, estas razones motivaron diversas luchas para que todos los miembros de la sociedad, sin importar su situación social, económica o política, pudieran vivir con dignidad.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos reproductivos según Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) están relacionados en el reconocimiento del derecho de todas las personas, decidir libremente sobre su cuerpo, decidir si quiere tener hijos o no, cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, y no ser obligada a embarazarse, esterilizarse o interrumpir un embarazo contra su voluntad. (UNFPA, 2017).

Asimismo, los derechos sexuales es la práctica de los derechos humanos universales sobre la sexualidad, protegen el derecho de cada una de las personas en expresar su sexualidad e identidad de forma libre de discriminación (UNFPA, 2017).

En el contexto de Costa Rica, surge la interrogante sobre la realidad de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en relación con el acceso a información, políticas públicas, labor de las instituciones y preocupaciones de las adolescentes de 15 a 19 años. Muchas de estas adolescentes crecen rodeadas de mitos sobre su sexualidad, alejados de la realidad que enfrentan en su vida cotidiana.

El análisis documental permitió priorizar entre la población femenina aspectos como el acceso a información sobre enfermedades de transmisión sexual, traumas psicológicos, violencia de todo tipo, falta de expresión, acceso a servicios de salud y otros recursos esenciales para su desarrollo integral en todas las áreas de su vida.

Asimismo, se desarrolló un enfoque teórico basado en género e interseccionalidad, considerando cómo factores como sexo y etnia se relacionan con otras categorías sociales para generar problemáticas específicas en esta población. Este análisis también incorpora perspectivas de la investigación feminista, enfatizando la igualdad y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales dentro del marco de los derechos humanos, pues garantizan autonomía, accesibilidad, igualdad y no discriminación, además de contribuir al bienestar integral de todas las personas en relación con su sexualidad y reproducción.

Metodología

La elaboración de este apartado describe los procesos que se llevaron a cabo para la realización de este capítulo, se analizó la encuesta realizada en el 2015 en Costa Rica. La Segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (IIENSSR-2015) el cuestionario utilizado se basó en la primera encuesta, se aplicó en noviembre y diciembre de ese año a 3216 personas, de estas 979 hombres y 1.085 mujeres con 200 preguntas, divididas en 16 temas.

Para ambas encuestas se desarrollaron módulos temáticos como, acceso a información sobre sexualidad, historia de embarazos (hombres), historia de embarazos (mujeres), planificación familiar, preferencias en fecundidad, opiniones sobre derechos reproductivos, primera relación y prácticas sexuales, Infecciones de Transmisión Sexual, conocimientos, actitudes y enfermedades de transmisión sexual, disfunciones sexuales, actitudes hacia la diversidad sexual, violencia y roles sexuales.

Cabe recalcar que, aunque la población entrevistada fue de 15 a 80 años para este capítulo solo se tomarán en cuenta adolescentes de 15 a 19 años. También, de la totalidad de preguntas desarrolladas en esta investigación, se tomarán únicamente en cuenta algunas de ellas como;

- ❖ Edad de su primera relación sexual.
- ❖ Edad de la pareja.
- ❖ Porcentaje de relaciones sexuales con penetración vaginal o anal.
- ❖ Número promedio de hijos e hijas deseados según algunas encuestas.
- ❖ Las fuentes más importantes de información sobre temas sexuales por edad.
- ❖ Edad promedio en la se debería iniciar la educación para la sexualidad por sexo y aspectos demográficos.
- ❖ Porcentaje de mujeres con el uso de algún método anticonceptivo según variables demográficas y estado conyugal.
- ❖ Porcentaje de mujeres que reconocen enfermedades de transmisión sexual por sexo y variables de interés.

Se presentarán a través de gráficos para que la información sea lo más sencilla y clara posible por lo cual se utilizarán diferentes instrumentos como plataformas de Excel, SPSS, Canva.

El objetivo de este método es aprovechar los datos recopilados por las instituciones y generar un nuevo conocimiento que sea útil para la creación de cambios en las políticas públicas y aportes al conocimiento de las poblaciones.

En cuanto a las características demográficas de la población total de hombres y mujeres, los participantes provenían de las regiones Brunca, Central, Chorotega, Huetar Atlántico, Huetar Norte y Pacífico Central. La región que presentó la mayor participación fue la Central, con 979 hombres y 1.085 mujeres, de un total de 3.216 personas. Por el contrario, la región con menor representación fue el Pacífico Central, registrando únicamente 95 hombres y 97 mujeres.

Finalmente, es fundamental para la investigación teórica que se expliquen los fenómenos de los cambios y transformaciones sociales, por lo tanto, realiza una búsqueda de autores relacionados al tema de interés, que faciliten la comprensión de subcategorías como, género, patriarcado, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, la sexualidad, servicios de salud, sexualidad y reproducción en la adolescencia, la interseccionalidad. Dichos conceptos se desarrollarán en cada uno de los subtemas del análisis.

Normativas Internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948: reconoce el derecho a la vida, la libertad, la seguridad y la autonomía (Artículos 1, 3, 12).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) Artículo 16: se enfoca en la eliminación de la discriminación contra la mujer en asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares. e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios necesarios para ejercer estos derechos.

- Convención sobre los Derechos del Niño CDN, (1989): reconoce el derecho de los adolescentes a acceder a servicios de salud adecuados (art. 24), a la información (art. 17), y a expresar su opinión libremente (art. 12).
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) – El Cairo, (1994): en el Programa de Acción se reconoce el derecho de los adolescentes a recibir educación integral en sexualidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS, (Agenda 2030): El ODS 3 (Salud y bienestar) y el ODS 5 (Igualdad de género): se enfoca en empoderar a las mujeres y niñas. Además de eliminar todas las formas de discriminación, violencia contra las mujeres.
- Observación General N.º 20 del Comité de los Derechos del Niño (2016): se fundamenta en los derechos de los adolescentes, incluyendo específicamente la salud sexual y reproductiva.

Normativas Nacionales

- Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N.º 7739): decreta que las personas menores de edad tienen derecho a recibir atención integral en salud, incluyendo salud sexual y reproductiva.
- Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes (2021): es una guía oficial del Ministerio de Salud que asegura el acceso a servicios confidenciales, integrales y respetuosos de los derechos de las personas adolescentes.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/180, el 18 de diciembre de 1979.
- En Costa Rica, el modelo de atención en salud sexual y reproductiva para las personas adolescentes está centrado en el respeto de los derechos humanos, que fomenta un enfoque integral, garantizando el acceso a servicios de salud de calidad, confidencialidad,

basado atreves de normativas institucionales y coordinación con entidades del Estado, tales como:

- Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: establece lineamientos para brindar atención integral y diferenciada a adolescentes. Y enfatiza el enfoque de derechos, la equidad de género y la confidencialidad.
- Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): ofrece servicios diferenciados, confidenciales y amigables para adolescentes. Incluye consejería en salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, y atención a víctimas de violencia.
- Educación Integral en Sexualidad (EIS) Ministerio de Educación Pública (MEP): desarrolla contenidos educativos sobre sexualidad, afectividad, derechos y autocuidado. Se aplica desde la primaria hasta secundaria.
- Coordinación interinstitucional: Colaboración entre Ministerio de Salud, CCSS, MEP, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), y otras entidades. Busca brindar atención oportuna e integral a adolescentes en todo el país.

Teoría de Género

La teoría de género constituye un enfoque central dentro de las ciencias sociales contemporáneas, pues permite comprender cómo los significados, las identidades y los roles de género no son productos naturales o biológicos, sino realidades construidas social e históricamente. Este marco analítico cuestiona la idea de que las diferencias entre hombres y mujeres son fijas o inmutables, y propone, en cambio, que estas se generan, reproducen y transforman en la interacción cotidiana, en los discursos culturales y en las instituciones sociales. De esta manera, el género se convierte en un campo de disputa simbólica donde confluyen el poder, las normas y las prácticas que moldean la experiencia individual y colectiva.

El sexo, entendido como una categoría biológica, forma parte de la identidad de las personas desde su crianza, pero su significado no es neutral: se ve atravesado por procesos de socialización que asignan expectativas, valores y conductas diferenciadas. En este sentido, la adolescencia aparece como una etapa crucial en la construcción de la identidad de género, pues coincide con un momento de transformación física, psicológica y emocional, y a la vez con un proceso de mayor interacción con estructuras sociales como la escuela, la familia, el grupo de pares y los medios de comunicación. Dichas instancias no solo transmiten conocimientos, sino que también refuerzan o cuestionan normas de género, convirtiéndose en espacios donde las y los adolescentes experimentan, negocian y, en ocasiones, resisten las imposiciones culturales.

Autores como Judith Butler (1990) han planteado que el género no constituye una esencia inherente al individuo, sino que se produce y reproduce mediante prácticas reiteradas en el tiempo, las cuales generan la ilusión de naturalidad. Butler explica que los gestos, los discursos y los actos cotidianos conforman un proceso performativo, en el que el género se consolida como una realidad social aparentemente estable, pero siempre susceptible de cambio. En este contexto, la adolescencia representa un periodo especialmente sensible, en el que los sujetos no solo exploran su identidad, sino que también la ponen en tensión frente a los discursos normativos dominantes.

Desde otra perspectiva, Connell (2003) subraya que los procesos de socialización de género se intensifican en la adolescencia, momento en que las instituciones particularmente la familia, la escuela y los medios de comunicación se erigen como agentes fundamentales en la construcción de masculinidades y feminidades hegemónicas. Estos modelos no son neutrales: con frecuencia imponen jerarquías, privilegios y exclusiones, reforzando estereotipos que asocian a los varones con la fuerza, el liderazgo y la racionalidad, mientras que a las mujeres se les atribuye roles vinculados al cuidado, la emotividad o la subordinación.

El impacto de estas construcciones sociales no es menor. La expectativa de que todas las personas deben ser cisgénero y heterosexuales reproduce un sistema de heteronormatividad

que invisibiliza otras experiencias y orientaciones, generando un escenario de vulnerabilidad para quienes se apartan de ese molde. En consecuencia, las y los adolescentes pueden experimentar presiones, sentimientos de exclusión, rechazo, burlas, acoso o incluso violencia física y simbólica, tanto en los espacios escolares como en sus entornos familiares y comunitarios. Esta discriminación no solo afecta el bienestar emocional, sino que también condiciona las trayectorias educativas, sociales y laborales, reforzando desigualdades estructurales.

El estudio de la teoría de género aplicado a la adolescencia permite reconocer cómo las identidades juveniles no se desarrollan en el vacío, sino en un entramado complejo de relaciones sociales, estructuras de poder y discursos culturales. Al analizar este proceso desde un enfoque sociológico, se hace evidente que la adolescencia es un terreno donde se definen no solo las identidades personales, sino también las formas de inclusión, resistencia o exclusión que marcan el rumbo de la vida adulta.

Género, Adolescencia e Interseccionalidad

En el siguiente apartado se analiza como el género influye desde una perspectiva interseccional, reflejando formas de desigualdad relacionadas con condiciones diferenciadas de vulnerabilidad para la población.

Principales Características de la Población Adolescente

La población adolescente femenina de 15 a 19 años es de interés para esta investigación, pues enfrenta diversos factores relacionados con su situación actual en cuanto a oportunidades, derechos sexuales y reproductivos, acceso a servicios de salud e información.

Esteban Caballero (2017) director del UNFPA para América Latina y el Caribe, señala que la adolescencia constituye un foco prioritario de atención, pues corresponde a un período crucial de la vida caracterizado por rápidos cambios sociales y físicos, que en la mayoría de los casos son ignorados en las políticas públicas. De igual forma, la OMS (2022) identifica la adolescencia como una etapa crítica marcada por riesgos como embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual, violencia, consumo de sustancias y abandono escolar, los

cuales generan consecuencias negativas a largo plazo en la salud, las relaciones sociales, el bienestar psicológico, la educación y las oportunidades económicas.

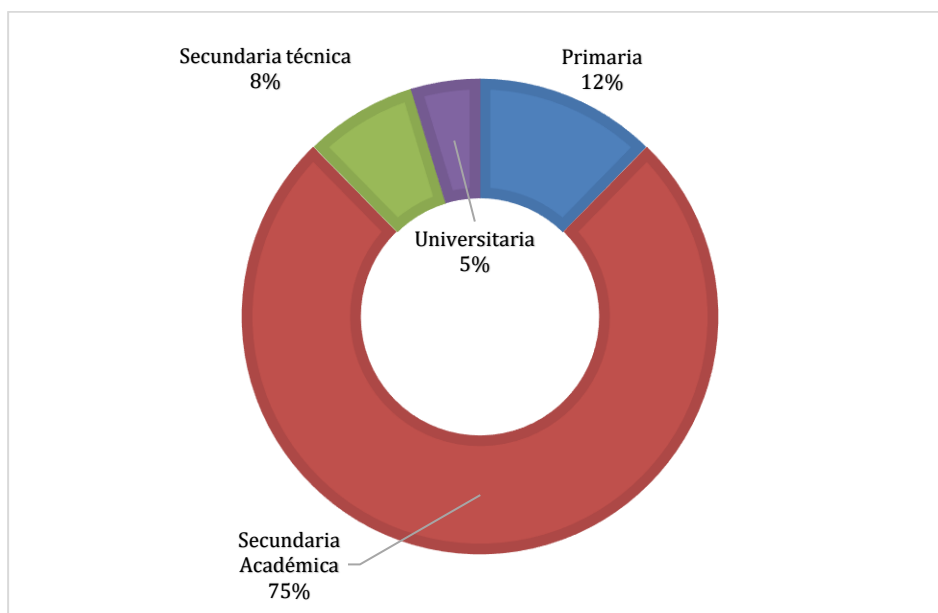
En este contexto, se analizan los datos recopilados en la II Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (IIENSSR, 2015), representados a través de gráficos. Es importante señalar que la población de interés corresponde a adolescentes mujeres de 15 a 19 años. Por ello, se toman en consideración las 235 participantes de este grupo etario, analizando las respuestas obtenidas en el orden más adecuado para garantizar la coherencia analítica de la presente investigación.

Sin embargo, también se realizan análisis de datos sobre las respuestas de la población total de mujeres, con el objetivo de comparar edades y la variante sexo.

Algunas Descripciones Sobre Datos Sociales Como el Nivel de Escolaridad, la Religión y su Relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Adolescencia de las Mujeres Encuestadas Entre los 15 a 19 Años.

Figura 3.1

Distribución porcentual del nivel de escolaridad de las mujeres



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la IIENSSR, 2024.

El gráfico anterior revela una distribución desigual en los niveles de escolaridad alcanzados por la población total de mujeres encuestadas, incluyendo a las jóvenes de entre 15 y 19 años. Esta situación refleja tanto decisiones individuales y colectivas como condiciones estructurales que influyen en el acceso, la permanencia y la finalización de los estudios.

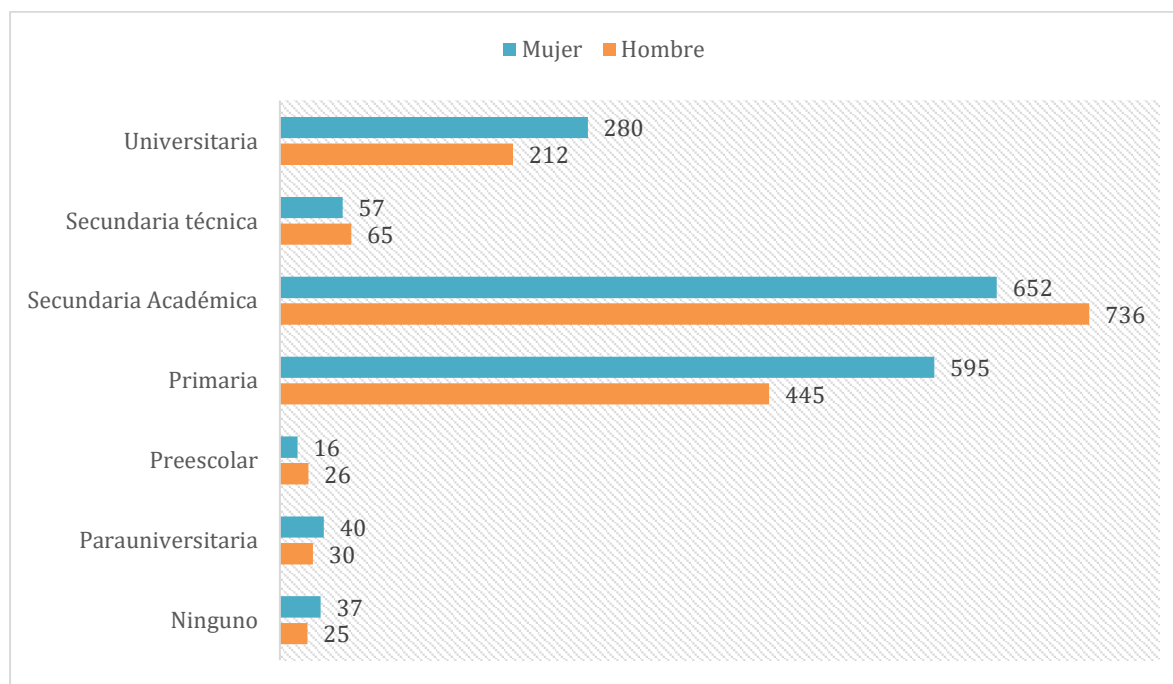
Dicha realidad se vincula directamente con los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia, pues recibir una educación integral fomenta la equidad de género y contribuye al desarrollo sostenible en cada etapa de la vida, promoviendo el bienestar y el disfrute pleno de los derechos por parte de las y los adolescentes.

Analizando la figura 3.1, se observa que el 75 % de las mujeres encuestadas culminaron su educación superior. Sin embargo, persisten grandes diferencias en cuanto a la preparación técnica y universitaria, que juntas apenas alcanzan un 13 %, cifra similar a la educación primaria, que representa el 12 %. Aunque Costa Rica ha logrado avances significativos en la cobertura educativa, todavía enfrenta importantes desafíos relacionados con la equidad de oportunidades y el acceso a la educación para las mujeres.

Por lo tanto, para comprender un poco más sobre las grandes desigualdades que existen respecto al acceso de la educación, es necesario compararlo por sexo entre la totalidad de hombres y mujeres encuestadas.

Figura 3.2

Nivel de escolaridad de los hombres y las mujeres encuestadas 2015



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la IENSSR, 2024.

El gráfico muestra la distribución de la población según el nivel de escolaridad alcanzado, diferenciada entre mujeres (azul) y hombres (naranja), lo que permite identificar patrones en la educación. Los datos evidencian que las mujeres superan a los hombres en la finalización del nivel universitario, parauniversitario y primario. Sin embargo, esto no debe interpretarse como una victoria de género, pues dicha ventaja en escolaridad no siempre se traduce en igualdad social y laboral.

Asimismo, el hecho de que los hombres tengan un mayor porcentaje en secundaria académica y técnica, evidencia que son más propensos a interrumpir sus estudios por diversos factores y a no finalizar una carrera universitaria. “En la mayoría de los países de la OCDE, los hombres tienen mayores tasas de abandono y menores tasas de finalización en la educación terciaria en comparación con las mujeres” (OCDE, 2023). Asimismo, desde una perspectiva sociológica, algunas teorías asocian al hombre con el trabajo productivo, en un proceso de

socialización que, desde edades tempranas, lo orienta hacia el rol de proveedor del hogar, impulsándolo a abandonar sus estudios para insertarse en el campo laboral.

Por esta razón, se observa una diferenciación en las áreas de estudio: las mujeres suelen concentrarse en campos vinculados al cuidado, como la docencia o las ciencias sociales, mientras que los hombres se inclinan por opciones técnicas o industriales que le permiten un acceso más rápido al mercado laboral.

Por ende, uno de los datos más relevantes que describe la situación actual de escolaridad en mujeres lo proporciona la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2023), al señalar que, aunque las mujeres han superado a los hombres en niveles educativos superiores, aún tienden a concentrarse en carreras tradicionalmente feminizadas como educación y salud, mientras que los hombres predominan en áreas como ingeniería y tecnología.

En cuanto a la brecha en las áreas STEM (ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas), el Programa Estado de la Nación, en su Informe Estado de la Educación (2023), indica que las mujeres han logrado aumentar su participación en estos campos, aunque apenas alcanzan el 32 % en comparación con los hombres. Esta baja representación se debe, en parte, a obstáculos estructurales como el embarazo, la discriminación por género o raza, y la sobrecarga del trabajo doméstico no remunerado, factores que persisten en la sociedad y que, según la Defensoría de los Habitantes, continúan siendo un desafío importante por superar.

Estudiar la situación actual del nivel de escolaridad de las mujeres en Costa Rica se relaciona también con el papel fundamental de la educación y la información en la vida pues les permite comprender su sexualidad, así como su salud sexual y reproductiva. De acuerdo con la ONU, el derecho a la salud incluye el acceso a educación sobre estos temas.

Asimismo, el acceso a la educación y a la información sobre salud sexual y reproductiva, en las mujeres está influido por aspectos sociales relacionados con la crianza, las creencias y la religión. Según Zuckerman, Galen y Pasquale (2016), los niveles de religiosidad tienden a

disminuir a medida que aumentan la educación y la alfabetización científica. Esto significa que la escolaridad y el acceso a la información permiten la apertura hacia diversas perspectivas críticas, formas de pensamiento y la ruptura de mitos y estereotipos sobre la mujer y su sexualidad.

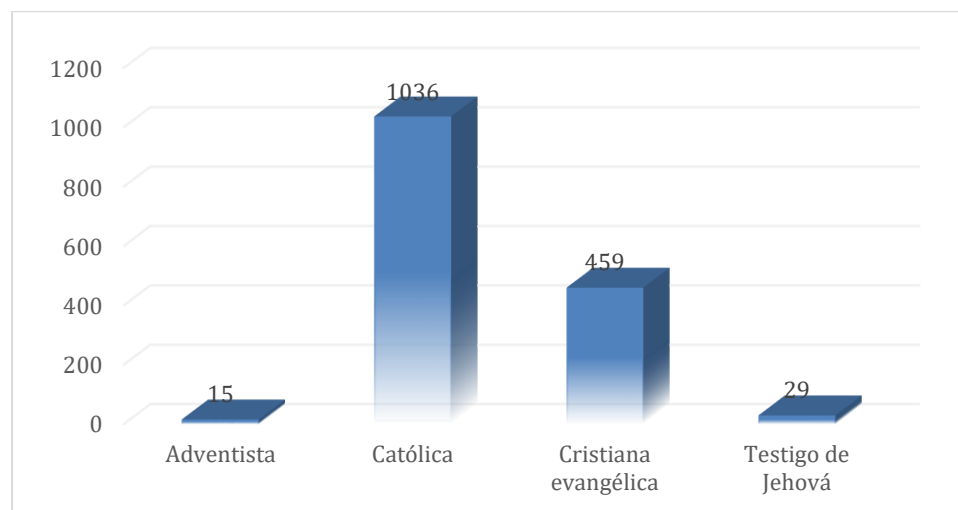
Aunque Costa Rica garantiza la libertad religiosa, es posible observar cómo algunas creencias pueden influir en la forma en que se regula o limita el actuar de las mujeres, según lo que dictan los textos sagrados de distintas religiones. Al respecto, Alfie et al. (1994), en su investigación sobre la identidad femenina y las religiones, señalan que:

En el cristianismo, la mujer es asociada con Eva, como mujer pecadora, con la imagen del diablo; es debilidad, ambición y curiosidad; es pensada como elemento de tentación, contrapuesta a la imagen de María como un deber ser, una idea del yo, como la imagen de la mujer ideal. La mujer en el cristianismo también es objeto de control y está sujeta al hombre. (p. 35).

Esto refleja un conjunto de creencias que, en muchos casos, limitan la participación de las mujeres, su toma de decisiones y las someten a mecanismos de control social a través de conductas morales, en las que la figura femenina aparece subordinada.

Figura 3.3

Cantidad de mujeres encuestadas entre 15 a 80 años, según su afiliación religiosa en Costa Rica, 2015



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la IIENSSR, 2024.

En la figura 3.3, se puede observar que las mujeres encuestadas en la totalidad pertenecen algún grupo religioso y que el porcentaje mayor lo representa la religión cristiana católica, en Costa Rica es la región oficial.

En el 2024, el Ministerio de Educación pública eliminó el Programa de Educación para la Afectividad y la Sexualidad Integral, que significó retrocesos en el desarrollo de herramientas para una responsable sexualidad, dicha decisión fue cuestionada por la Red Internacional de Derechos Humanos (RIDHE), como parte de una acción que violenta los derechos de las adolescentes. Sin embargo, a pesar de la postura que ha tenido la iglesia con respecto a este tipo de programas, según lo menciona el Consejo Pontificio para la Familia del Vaticano (1995), no se opone a la educación sexual, pero menciona que es un derecho de los padres y madres, que hay lugares y con una guía controlada por los padres y madres.

Según la Universidad de Costa Rica UCR (2023), la iglesia católica al ser la religión oficial de Costa Rica juega un rol muy importante en la formación de los valores sexuales y reproductivos en las adolescentes, con posturas conservadoras que limitan el acceso, intercambio de información relacionada a la sexualidad.

Principales Resultados

Derechos Sexuales Reproductivos de la Adolescencia: Una sexualidad Informada y Libre

La adolescencia se define como una etapa crucial de la vida situada entre la niñez y la adultez. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el grupo de adolescentes comprende a las personas entre los 10 y 19 años, mientras que la juventud abarca de los 15 a los 24 años. Esta diferenciación de edades se utiliza principalmente para fines estadísticos y de investigación.

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), en su artículo “Sexualidad en la adolescencia: mirándolas y mirándolos desde otro lugar” (2007), plantea una visión moderna de la adolescencia, entendiéndola como una construcción cultural e histórica que ocurre en un

período delimitado entre la niñez y la adultez. En esta etapa, la persona adquiere habilidades, conocimientos y herramientas esenciales para desenvolverse en diferentes fases de su vida. No obstante, factores sociales también influyen en la forma en que se logra la inserción en el mundo adulto.

El INAMU (2007) resalta algunos aspectos clave de esta etapa:

Proceso de maduración intelectual y cognitiva, acompañado del surgimiento de impulsos sexuales.

La sexualidad como parte de las relaciones interpersonales y sociales.

Nuevas experiencias y aprendizajes fuera del entorno familiar.

Reaparición de aspectos fundamentales como la identidad y la construcción de un proyecto de vida.

La identidad, que se inicia antes del nacimiento y se transforma a lo largo de la vida.

Integración de nuevas características personales, sociales y culturales.

Redefinición de la identidad sexual y de género, así como la elección de pareja.

La adolescencia también se caracteriza por exploraciones en la identidad de género y está atravesada por factores sociales, económicos y culturales. Desde una mirada interseccional, se reconocen diferencias en las experiencias de cada persona según su sexo, clase social, raza u otras variables. McRobbie (2004) señala que las adolescentes mujeres enfrentan retos específicos: con frecuencia sufren presiones relacionadas con su cuerpo, lo que puede derivar en baja autoestima y problemas de salud mental.

En este marco, los derechos sexuales y reproductivos constituyen un pilar fundamental. Estos son derechos humanos que garantizan la libertad de cada persona para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción. Involucran el acceso a información, servicios y educación en salud sexual y reproductiva, así como el derecho a decidir sobre la reproducción y la orientación sexual.

El Estado costarricense tiene la obligación de garantizar la educación sexual, según lo establecido en el artículo 58 del Código de la Niñez y la Adolescencia (2009). Dicho artículo responsabiliza al Estado de promover políticas públicas que aseguren el acceso de niñas, niños y adolescentes a información sobre sexualidad sin discriminación. Se establece además la inclusión en los programas educativos de temas como educación sexual, embarazo adolescente, drogas, violencia de género, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y otras dolencias graves. Esto implica que las instituciones deben crear espacios donde los menores reciban información clara y confiable sobre su sexualidad.

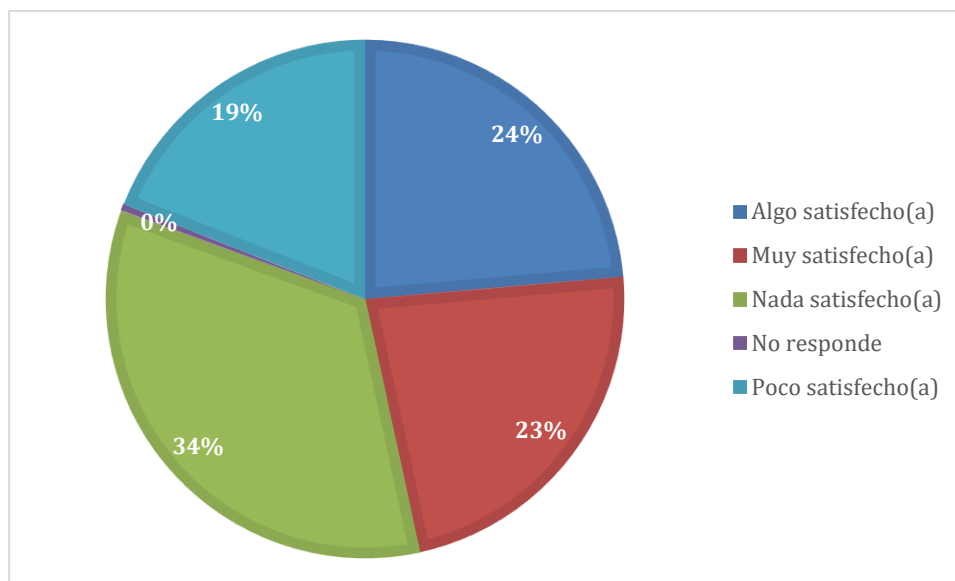
No obstante, la familia sigue siendo la primera instancia de socialización. Por ello, es esencial que los padres y madres mantengan una comunicación abierta y asertiva con sus hijos e hijas. Una orientación adecuada desde la infancia permite que las niñas, en particular, desarrollen herramientas para defender sus derechos y denunciar cualquier vulneración a su integridad.

Finalmente, es importante destacar el respaldo internacional. La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes refuerza la importancia del acceso a la educación sexual y reproductiva en sus artículos 11 y 25. En este contexto, la investigación plantea la pregunta ¿cuál es el nivel de satisfacción de los y las adolescentes en relación con la comunicación sobre temas sexuales? Para responder, se aplicó una escala de valoración que permitió medir la confianza, apertura y acceso que perciben en la comunicación con sus padres acerca de su sexualidad ENSSSR 2015.

Satisfacción de las Adolescentes Encuestadas Respecto a la Comunicación, Sobre Sexualidad en los Hogares, 2015

Figura 3.4

Percepción de satisfacción por parte de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años sobre la comunicación sobre sexualidad en los hogares.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la IIENSSR, 2024.

Las adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años tienen como principales fuentes de información sobre temas relacionados con la sexualidad a su madre, padre y docentes. Sin embargo, aunque en la mayoría de los casos es la madre quien asume la responsabilidad de establecer esa comunicación con sus hijas, los resultados muestran que un porcentaje significativo de adolescentes (34 %) manifestó sentirse nada satisfecho con el nivel de diálogo en el hogar. Este dato refleja que, durante décadas, la sexualidad ha sido un tema silenciado, tratado con incomodidad o incluso evitado dentro de las familias, lo que limita el acceso a información clara y confiable.

Diversas investigaciones han demostrado que cuando las adolescentes pueden conversar de manera abierta con sus padres sobre sexualidad, aumenta la posibilidad de generar conciencia sobre métodos de prevención, uso de anticonceptivos y prácticas responsables. Esto

contribuye de forma directa a que las jóvenes construyan una vida sexual y reproductiva más sana, fundamentada en la información y en la toma de decisiones conscientes.

En este sentido, un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de adolescentes en relación con la sexualidad de sus hijos, publicado en *Horizontes de Enfermería* (2024), resalta la necesidad de promover una educación sexual basada en evidencia científica. Además, subraya la importancia de abrir espacios de diálogo flexibles y seguros, que permitan un intercambio de conocimientos entre madres, padres e hijos, favoreciendo relaciones de confianza.

No obstante, los niveles de satisfacción reportados como nada, poco o algo satisfechas representan a más del 50 % de las adolescentes, lo que indica que para la mayoría la experiencia de comunicación con sus padres en temas de sexualidad no es del todo positiva, e incluso en algunos casos es inexistente.

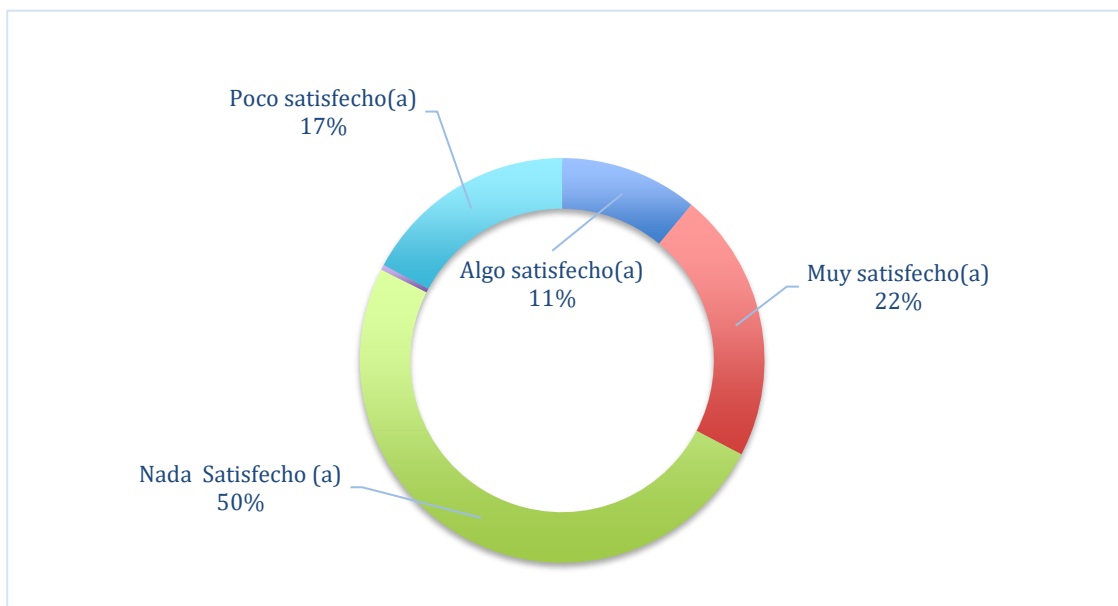
Al respecto, *Horizontes de Enfermería* (2024) concluye que, según investigaciones realizadas en Ecuador por UNICEF, si bien los padres y madres tienen un conocimiento general sobre los cambios físicos, emocionales y psicológicos de la adolescencia, muchas veces carecen de información integral sobre salud sexual y reproductiva. Esta carencia dificulta el fortalecimiento de la educación sexual en el hogar y perpetúa vacíos en la formación de los adolescentes.

Finalmente, resulta pertinente comparar estas percepciones con las respuestas de mujeres no adolescentes, mayores de 19 años, para analizar las diferencias en el nivel de satisfacción respecto a la comunicación sobre educación sexual y reproductiva que recibieron de sus padres durante su adolescencia. Dicho análisis puede evidenciar cómo han evolucionado los patrones de diálogo intergeneracional y cuáles son los retos actuales para mejorar la educación sexual en los hogares.

Satisfacción de las Mujeres Mayores de 20 a 64 Años Encuestadas Respecto a la Comunicación, Sobre Sexualidad en los Hogares, 2015

Figura 3.5

Satisfacción con la comunicación sobre sexualidad en los hogares



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de la IENSSR, 2024.

En comparación con datos anteriores, la figura 3.6 muestra que los resultados varían según la edad y las experiencias durante la adolescencia, especialmente en lo referente al acceso a la educación sexual y a la información disponible. Se observa que un 50 % de las mujeres entre 20 y 64 años expresan estar “nada satisfechas” con su situación dentro del hogar. Este dato puede estar relacionado con la forma en que la educación sexual se ha transmitido en el ámbito familiar a lo largo del tiempo.

La educación sexual en el hogar ha estado influenciada por transformaciones culturales y sociales, así como por avances científicos, tecnológicos y un mayor acceso a la información. A lo largo de las generaciones, se ha buscado garantizar los derechos sexuales y reproductivos, con la participación activa de las instituciones estatales encargadas de velar por la salud integral de los adolescentes en Costa Rica.

Por esta razón, es fundamental que las adolescentes cuenten con las herramientas necesarias y la información adecuada para afrontar esta etapa de descubrimientos y toma de decisiones. Esto tendrá un impacto significativo en las futuras generaciones.

Algunos Aspectos Importantes Sobre la Sexualidad Adolescente Según INAMU (2007):

Concepciones sobre la sexualidad

Tradicionalmente, la sexualidad ha sido entendida como algo estrictamente genital. Sin embargo, se trata de una dimensión compleja del ser humano que incluye sentimientos, emociones, relaciones sociales, satisfacción de necesidades materiales y espirituales, protección, placer, autoaceptación y adaptación a la sociedad.

El cuerpo

El cuerpo es un instrumento de comunicación y clave en la construcción de la autoimagen, permite comprender quiénes somos, cómo somos y qué somos capaces de hacer. Las formas de relacionarnos con el cuerpo difieren entre hombres y mujeres, y se desarrollan desde la infancia hasta la adolescencia, incluyendo la relación con los genitales. La pubertad es una etapa breve pero intensa, que genera transformaciones físicas acompañadas de sentimientos como temor, angustia, preocupación y confusión.

Importancia de la autoimagen

El esquema corporal representa la imagen interna que cada persona tiene de su propio cuerpo, compuesto por elementos cognitivos y subjetivos. Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la transmisión de ideales corporales. La adolescencia es una etapa clave para apropiarse del cuerpo y favorecer el autoconocimiento. Relaciones de pareja, embarazo adolescente y factores de riesgo.

Durante la adolescencia, las relaciones de pareja pueden estar marcadas por una construcción emocional inmadura, escasa comunicación y presión social. Estas condiciones,

junto con la falta de educación sexual adecuada, incrementan el riesgo de embarazos no planificados, lo cual puede afectar negativamente el desarrollo integral de los adolescentes.

Una educación sexual y reproductiva integral y accesible constituye una herramienta fundamental para empoderar a las y los adolescentes, pues les brinda la capacidad de tomar decisiones individuales y colectivas de manera segura, responsable e informada. Este tipo de formación no solo promueve el conocimiento sobre el cuidado del cuerpo y la prevención de riesgos, sino que también contribuye a la construcción de relaciones interpersonales más sanas y respetuosas, al comprender la sexualidad como una dimensión que integra emociones, identidad, valores y corporalidad en todas las etapas de la vida.

Reconocer, además, la responsabilidad colectiva que como sociedad tenemos frente a los derechos sexuales y reproductivos, garantiza que la población adolescente de entre 15 y 19 años pueda disfrutar de una vida más saludable, con un horizonte claro respecto a sus derechos y con la libertad de vivir su sexualidad de forma plena y consciente.

Conclusiones

- En Costa Rica, al 2024, se han logrado avances significativos en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Sin embargo, estos progresos conviven con retos estructurales que limitan la plena garantía de dichos derechos.
- Persisten brechas vinculadas al acceso equitativo a la información, la educación integral y los servicios de salud, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las políticas públicas y garantizar mecanismos de implementación efectivos. A pesar de los logros normativos, la realidad social continúa planteando obstáculos, principalmente asociados a factores culturales, económicos y de género, que reproducen desigualdades en la adolescencia.
- Los hogares se mantienen como el espacio social más confiable y cercano para entablar conversaciones relacionadas con la sexualidad y para sensibilizar sobre la importancia de los derechos sexuales y reproductivos durante esta etapa del desarrollo. No obstante,

la evidencia demuestra que la comunicación en el ámbito familiar suele ser limitada o cargada de tabúes, lo que restringe la calidad de la información recibida por los adolescentes. En este sentido, la educación sexual integral constituye un complemento indispensable, pues permite brindar a los jóvenes conocimientos sólidos, habilidades para la toma de decisiones y herramientas para ejercer una sexualidad responsable, segura e informada.

- El papel del Estado y de las instituciones públicas resulta crucial en este proceso, pues son los garantes de asegurar a la población adolescente el acceso a espacios formativos, informativos y de atención que sean inclusivos, seguros y libres de discriminación. La creación de políticas intersectoriales, así como la articulación entre el sistema educativo, de salud y de protección social, se convierte en un requisito fundamental para responder de manera integral a las necesidades de esta población. Asimismo, es imperativo que se refuercen los mecanismos de protección frente a la violencia sexual, la discriminación por género y las barreras socioeconómicas que limitan el ejercicio pleno de los derechos.
- Finalmente, se reconoce que la educación, lejos de constituir un espacio neutral, refleja las estructuras de poder, desigualdad y reproducción de estereotipos de género que históricamente han marcado a la sociedad. La escuela y otras instituciones educativas no solo transmiten conocimientos, sino también valores y normas que pueden reforzar o desafiar las inequidades entre hombres y mujeres.
- Es indispensable que se trabaje más en el análisis desde un enfoque interseccional porque permite comprender como las distintas dimensiones de las identidades de género no actúan de forma aislada.

Referencias

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1998). Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley N.º 7739.

<https://oig.cepal.org/es/laws/ley-n-7739-codigo-ninez-adolescencia>

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2002). Ley N.º8312.

<https://oig.cepal.org/es/laws/ley-n-8312-modifica-ley-proteccion-madre-adolescente>

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2016). Ley N.º9379. <https://oig.cepal.org/es/laws/ley-n-9379-ley-para-promover-los-derechos-las-personas-discapacidad>

Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.

Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.). Programa de Atención Integral a la Adolescencia. <https://aissfa.ccss.sa.cr/paiacultura>.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Normativa técnica para la atención integral de la salud de las personas adolescentes. <https://www.ccss.sa.cr/>

Código de la Niñez y Adolescencia (2009). Ley N° 7739. Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (2018). http://convencion.oij.org/CID_Jpdf.pdf

Comité de los Derechos del Niño. (2016). Observación General No. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia. <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights>

Connell, R. W. (2003). *Masculinities*. University of California Press.

Consejo Pontificio para la Familia, *La verdad y el sentido de la sexualidad humana* (1995). Vaticano. https://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rc_pc_family_doc_08121995_human-sexuality_sp.html

Delfino.cr. (2025). Defensoría de los habitantes advierte sobre retrocesos en los derechos de las mujeres en Costa Rica. Por Alonso Martínez. Publicado el 8 de marzo de 2025. <https://delfino.cr/2025/03/defensoria-de-los-habitantes-advierete-sobre-retrocesos-en-los-derechos-de-las-mujeres-en-costa-rica>

El País. (2023). Cuando las leyes antiaborto matan: las centroamericanas que están abriendo el camino. <https://elpais.com/america-futura/2023-03-21/cuando-las-leyes-antiaborto-matan-las-centroamericanas-que-estan-abriendo-el-camino.html>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). Derechos sexuales y derechos reproductivos, los más humanos de los derechos. UNFPA - La Paz - Bolivia. UNFPA, 2017.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2010). Política Nacional de Sexualidad 2010–2021. <https://lac.unfpa.org/es/noticias/costa-rica-aprueba-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas-de-g%C3%A9nero-y-sexualidad-con-apoyo-del-unfpa>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Informe sobre embarazo adolescente en Costa Rica. <https://costarica.unfpa.org/>

Gobierno de Costa Rica. (2010). Política Nacional de Sexualidad 2010–2021. <https://oig.cepal.org/es/documents/politica-nacional-sexualidad-2010-2021>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2017). Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. <https://repositorio.iidh.ed.cr/items/afb3007d-e884-4d0f-83a4-0a667bce6f3d>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2020). Estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. <https://www.inamu.go.cr/>

McRobbie, A. (2004). *The Uses of Cultural Studies: A Textbook*. Sage.

Ministerio de Educación Pública. (2018). Programa de Educación para la Afectividad y la Sexualidad. San José, Costa Rica. <https://www.mep.go.cr/sexualidad>

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2002). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/>

Ministerio de Salud Pública de Costa Rica. (2015). Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes. <https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/costa-rica/~educacion-integral-en-sexualidad>

Ministerio de Salud de Costa Rica & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes.

- <https://costarica.unfpa.org/es/publications/norma-nacional-para-la-atención-integral-de-la-salud-de-las-personas-adolescentes>
- Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. <https://www.unfpa.org/es/icpd>
- Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://sdgs.un.org/es/goals>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Nota Descriptiva No. 323.
- Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, de El Cairo, (1994). http://149.120.32.2/spanish/icpd/icpd_poa.htm
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2023). Igualdad de género en Costa Rica. https://www.oecd.org/es/publicaciones/igualdad-de-genero-en-costarica_9a6523a7-es.html
- Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2024). Global Education Monitoring Report. Perfil de Educación Sexual Integral en Costa Rica. <https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/costa-rica/~educacion-integral-en-sexualidad>
- Programa Estado de la Nación. (2017). Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. <https://estadonacion.or.cr/>
- Programa Estado de la Nación. (2023). Informe Estado de la Educación. <https://estadonacion.or.cr/educacion/>

Política Nacional de Sexualidad. (2010–2021): Garantiza la sexualidad segura y libre de violencia, informada, respetuosa y equitativa de los derechos humano.

Patronato Nacional de la Infancia. (2022). País avanza hacia un modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva de las adolescentes. <https://pani.go.cr/pais-avanza-hacia-un-modelo-de-atencion-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-de-las-adolescentes/>

RIDHE. (2023). Preocupación por el retroceso en derechos sexuales y reproductivos en Costa Rica. <https://www.ridheuropa.org/comdsxcr>

Universidad de Costa Rica. (2021). Derechos sexuales y reproductivos de las personas con algún tipo de discapacidad: desafíos de una política pública nacional. [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. Repositorio SIBDI. <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/items/87f9ba05-4c2e-4176-98d3-d8ee8a2da5e2>

Zuckerman, P., Galen, L. y Pasquale, F. (2016). *The Nonreligious: Understanding Secular People and Societies*. Oxford University Press.

Capítulo IV: Análisis Sociológico Sobre los Factores de Riesgo en la Mortalidad Materna en Costa Rica en el Período 2018-2021

Un 9 de enero del 2024, una madre de 35 años de edad, llamada Angie Herrera, denuncia vehemente en redes sociales la falta de atención para ella y su bebé prematura de 26 semanas, en el Hospital de la Anexión de Nicoya Guanacaste, Costa Rica. Lastimosamente la bebé falleció el 12 de enero del 2024 por una aparente falta de atención oportuna, aseveraciones realizadas por Angie en sus redes sociales y medios de información del país. Según las indicaciones de Jerarcas de la CCSS y la abogada Ministra de la Condición de la mujer, Cindy Quesada, mencionan que a raíz de este hecho salieron a la luz otros casos y es importante garantizar vivir libres de cualquier tipo de violencia como lo es la violencia obstétrica. Como consecuencia, en Costa Rica se declara el día 9 de enero del 2024 como “Día Institucional contra la Violencia Obstétrica” con el fin de concientizar sobre la problemática que tienen que sufrir las mujeres y neonatos durante el embarazo, el parto y postparto (CCSS, 2024).

Resumen

La presente investigación problematiza la relación de la mortalidad materna con distintas variables demográficas tales como ocupación, cantón de residencia y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las mujeres en Costa Rica, con el fin de asociar factores de riesgo que podrían estar presentes en los casos de muertes maternas en el país.⁴

Entre los principales resultados, se encuentra una relación de la mortalidad materna con las mujeres dedicadas a la administración del hogar, cantones de residencia de medio o medio bajo IDH y con importantes números del Índice de Desigualdad de Género.

En cuanto a la metodología, se trata de un análisis que se posiciona desde la teoría feminista de la interseccionalidad con enfoque cuantitativo a través del análisis comparativo y descriptivo. Las fuentes de información provienen de las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Para revisar las muertes maternas específicamente, se ha hecho la búsqueda en estadísticas demográficas de defunciones según la causa básica de defunción con actualizaciones de la CIE-10, a partir de la base 2017.

A partir de los resultados de esta investigación, la mortalidad materna es una problemática que surge bajo estructuras de dominación patriarcales, sufriendo las mujeres esta opresión, afectando principalmente a las mujeres con ocupación de administradoras de hogar, que viven en

⁴ Para efectos del presente documento se definirá la mortalidad materna como el fallecimiento de la mujer mientras esté en el proceso de embarazo o dentro de los 42 días posteriores a terminar un embarazo (INEC, 2023). Y la tasa de mortalidad materna se hará tomando en cuenta las defunciones maternas en un año calendario entre los nacimientos en ese periodo por diez mil nacimientos, según lo expuesto por el Centro Centroamericano de Población CCP, s.f).

cantones donde su IDH es medio o medio bajo, por ende, con falta de recursos en general para enfrentar su maternidad minimizando los riesgos de ellas en su embarazo.

Se destaca la desprotección e inequidad de la sociedad y las estructuras de dominación en general para atender las situaciones que afrontan las mujeres administradoras del hogar, la ruralidad, poco acceso a la escolaridad como factor de riesgo y la falta de autonomía sobre su propio cuerpo, así como las formas de violencia de las estructuras en general propician escenarios aún más desconcertantes para las mujeres que están viviendo ese proceso de maternidad.

Palabras clave: mortalidad materna, mujeres, interseccionalidad, maternidad.

Introducción

Como el caso de Angie Herrera, en el relato que se introducía en este texto, hay muchos otros, quienes han enfrentado falta de atención y seguimiento en el momento oportuno. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna continúa siendo inaceptablemente alta, con un número de 287.000 muertes en el mundo para el 2020, ya sea durante el embarazo o en el parto, representando el 95 % de países de ingresos bajos y medianos bajos. También se indica, según la publicación de la OMS en un comunicado de prensa el 23 de febrero, que “cada dos minutos muere una mujer en el embarazo o en el parto”, evidenciando los importantes retrocesos en el tema de la salud materna (OMS, 2023).

Por ello, la problemática de las muertes maternas por causas prevenibles es de gran importancia, pues se ha incrementado en Costa Rica, según los análisis y estadísticas realizadas en el país por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), del 2018 al 2021. Por esta razón, este apartado sobre la mortalidad materna contiene resultados sobre el incremento, visualizando los factores de riesgo, como lo son la ocupación, el cantón de residencia y el IDH. Se destaca la alta incidencia de casos en mujeres cuya ocupación es ser administradoras del hogar, también se destacan los cantones con la mayor tasa de mortalidad en los cuatro años analizados, así como un importante número del Índice de Desigualdad de Género. Adicionalmente, se explora la posible relación entre la mayor incidencia y el estado civil de

soltería o unión libre en el momento de su muerte. También se aborda la violencia obstétrica como un reflejo de la situación de vulnerabilidad de las mujeres en el sector de salud pública, sometiendo a las mujeres a malas atenciones y desvirtuando sus necesidades en la maternidad.

Sumado a lo anterior y observando el contexto costarricense, resultan escasas las investigaciones desde el ámbito social contrastando las relaciones estadísticas de factores de riesgo en la salud pública, por lo tanto, en este análisis se problematizan algunos de estos elementos.

Principales Resultados

Muertes Posiblemente Evitables y Estadísticas Subvaloradas

El concepto de las “muertes evitables” y “evitar lo evitable” respecto a la mortalidad materna, surge por un Grupo de Trabajo para la reducción de la Mortalidad Materna, compuesto por diferentes organizaciones internacionales, quienes lo introducen, entre ellas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y:

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Agencia de EE. UU. para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas del inglés), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Fòs Feminista, Management Sciences for Health (MSH) y MOMENTUM Country and Global Leadership. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

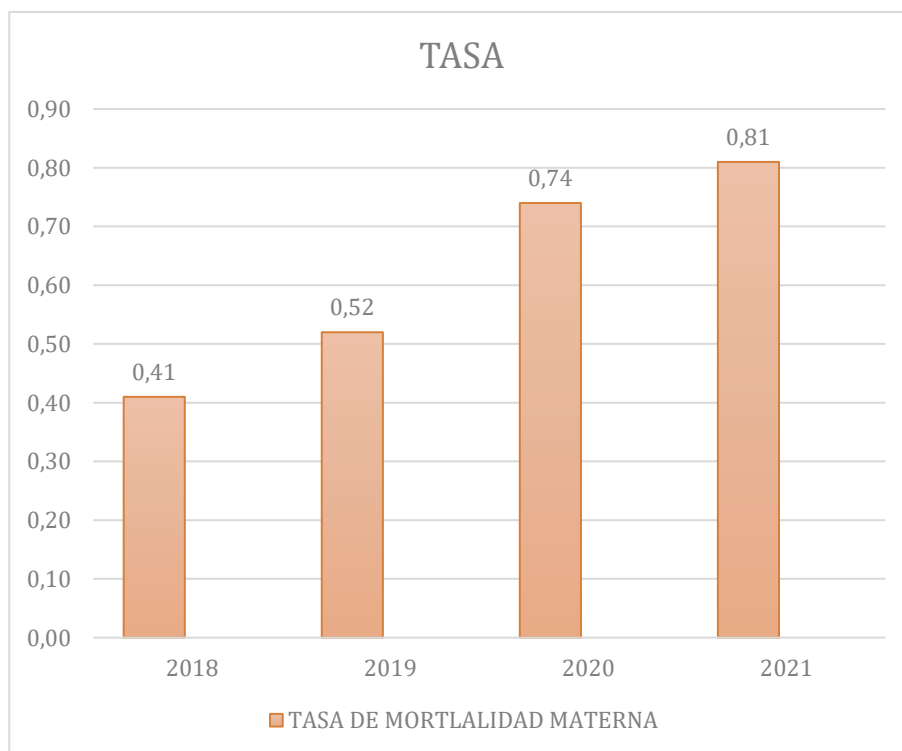
Denominaron la campaña “Cero muertes maternas. Evitar lo evitable”, pues consideran inaceptable las muertes maternas, en América Latina y el Caribe, indicando la OPS (2023) que “nueve de diez de estas muertes se pueden evitar con cuidados de calidad, acceso a métodos anticonceptivos y reduciendo las desigualdades de acceso a la atención”, (p.1) considerándose una realidad inaceptable y urgente de abordar.

Desde esta información resulta importante analizar la situación de la mujer costarricense, pues no están exentas en el incremento a nivel global de las muertes. Asimismo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Materia de Población (Organización Panamericana de la Salud, 2023) inicia una campaña el 8 de marzo 2023 llamada “Cero muertes maternas. Evitar lo evitable”, ya que en promedio unas 8.000 mujeres fallecieron anualmente entre 2015 al 2020, en América Latina y el Caribe, destacando el caso de Costa Rica como uno de los países donde se aumentó la razón de mortalidad materna (RMM), “Costa Rica reportó 20 muertes maternas en 2020, equivalente a una razón de mortalidad materna de 34,4 por 100.000 nacimientos, el valor más alto de la última década” (Rodríguez, 2023, p.1).

Tomando en consideración el objetivo de la investigación, es necesario iniciar en el análisis de la mortalidad materna en general en Costa Rica:

Figura 4.1

Tasa de mortalidad materna del año 2018-2021 en Costa Rica.



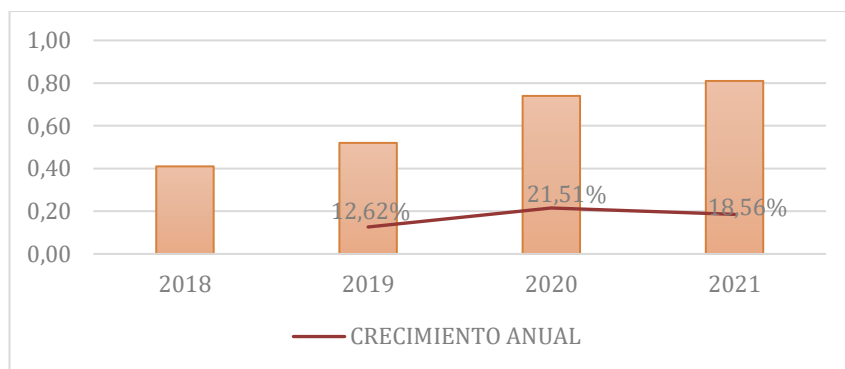
Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Como se mencionó en el apartado del resumen, la mortalidad materna se considera como el fallecimiento de la mujer mientras esté en el proceso de embarazo o dentro de los 42 días posteriores a terminar un embarazo (INEC, 2023). Y la tasa de mortalidad materna se hará tomando en cuenta las defunciones maternas en un año calendario entre los nacimientos en ese periodo por diez mil nacimientos, según lo expuesto por el Centro Centroamericano de Población CCP (s.f).

Las tasas de mortalidad indican un crecimiento en los cuatro años, no obstante, es necesario revisar los porcentajes de los datos para dar un análisis más preciso acerca de la situación:

Figura 4.2

Evolución de la tasa de crecimiento anual compuesta de muerte materna durante el periodo 2018-2021 en Costa Rica.

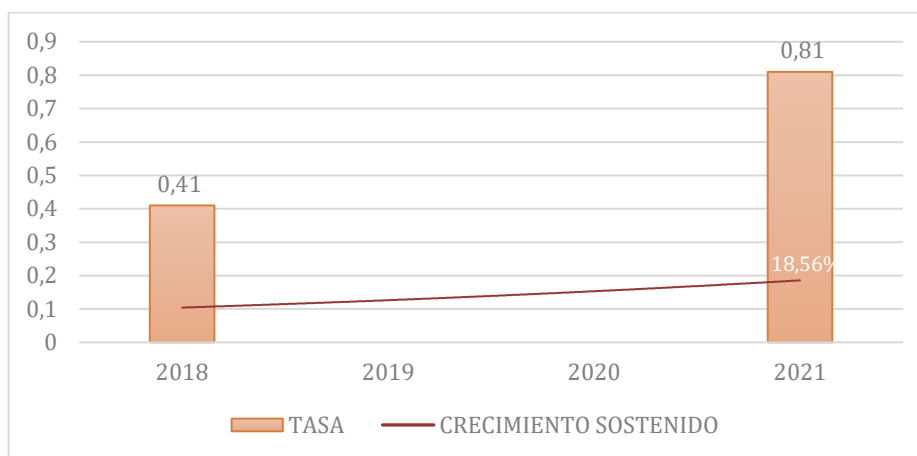


Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Según lo expuesto, hay un crecimiento importante del 2019 al 2020 del 21,51 % según el año base del 2018. Ahora bien, si se observa el crecimiento de los 4 años se encuentra el siguiente resultado:

Figura 4.3

Crecimiento de muertes maternas en los años 2018-2021.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

El crecimiento sostenido del 2018 al 2021 es de un 18,56 %, reflejando una preocupante situación para las mujeres.

Ahora bien, al incluir otras características se puede obtener un mayor acercamiento a la investigación de la mortalidad materna en Costa Rica, analizando qué factores causan vulnerabilidad a las mujeres, donde el Estado o instituciones involucradas podrían reducir la mayor parte de este riesgo. En este punto, es importante anotar que la sociedad aún mantiene formas impositivas en cuanto al parto, sin dejar que muchas decisiones alrededor de este sean tomadas por la mujer, “son dictadas por las visiones clínicas” (Hernández Garre y Echeverría Pérez, 2026, p. 6) o las instituciones implicadas en la atención, guía y medio de información para las mujeres que están transitando ese proceso de parto y maternidad.

De esta manera, surge la salud materna como un indicador de inequidad o desigualdad social, y en este punto entendemos como salud según lo que define Frenk (2016), como un espacio donde separa el encuentro de la naturaleza humana y su organización social, donde se satisfacen sus necesidades, procurando sociedades donde se prospere y las personas vivan mejor. No obstante, al sumar la categoría de género, es necesario cuestionar la salud materna desde la interseccionalidad, prestando atención a las estadísticas de muertes de las mujeres,

según los factores de riesgo que muestran los datos, pues el objetivo es añadir al análisis de la mortalidad materna, el componente sociológico que permite ampliar la perspectiva respecto a los factores patológicos o biológicos que normalmente se consideran los desencadenantes principales de las muertes maternas.

Inequidad en la Atención en Salud de las Madres de Costa Rica

Al ser la mortalidad materna “uno de los principales problemas de la salud pública a los que se enfrentan los países de nuestra Región” (INEC, 2021, p.3) su prevalencia evidencia limitaciones del sistema de salud en garantizar a las mujeres su derecho a una maternidad segura.

Asimismo, surge la interrogante de la seguridad de las mujeres al pasar en ese proceso de sus vidas, no solo siendo un factor de riesgo su historial médico y biológico, sino también su condición social. Una muerte materna es una tragedia que afecta de manera irreparable a la familia que padece la situación, y se puede catalogar como una de las mayores injusticias sociales, “no sólo porque es una de las muertes más terribles que puede sufrir una persona, sino porque son mujeres que mueren en la plenitud de su vida y en un momento que debió ser de expectativa y alegría” (Rivera Conde, 2017, p. 17), exponiendo también la incapacidad del país y el sistema de salud en prevenirla.

Según lo expuesto por Cabnal (2010) “el patriarcado es el sistema de todas las violencias y discriminaciones [...] como un sistema históricamente construido sobre el cuerpo sexuado de las mujeres” (p. 16). Este sistema de opresión muestra que la tragedia de una muerte materna es de las mayores injusticias sociales, generando discriminación a la vida de una mujer violentando el derecho a la vida.

En el caso de las mujeres se puede mencionar que la maternidad vulnerabiliza aún más a las mujeres en la atención de la salud, de hecho, con la interseccionalidad se puede comprender mejor esa desigualdad e inequidad en la atención médica de maternidad:

en lugar de entender a la gente como una masa homogénea e indiferenciada, la interseccionalidad sirve como marco para explicar de qué manera las divisiones de raza, género, edad y estatus de ciudadanía, entre otras sitúan de forma distinta a todas las personas del mundo, y de modo especial en lo que se refiere a la desigualdad social global. (Collins y Sirma, 2016, p. 25)

Si bien es cierto, la mayoría de las veces las mujeres terminan siendo atendidas por un personal médico, a diferencia de algunos padecimientos o atenciones de salud, no necesariamente tienen la autonomía necesaria de su cuerpo para tomar decisiones o llevar el proceso de manera que se priorice bienestar según su voluntad. De hecho, se considera que una de las razones por las que se pierde ese reconocimiento de la autonomía de la mujer es que

los cuerpos son considerados fundamentalmente por sus procesos biológicos, donde priman las cuestiones anatómicas o fisiológicas, con la tecnología y los medicamentos como sostenes de todas las prácticas” sin tener relevancia la voluntad de la mujer, recordando que “la prioridad de un parto es que el/la niño/a nazca bien. (Canevari y Badillo, p.213)

Hay un componente de invisibilización por el hecho de tener una vida por gestar, y que la atención es brindada principalmente al hijo, olvidando el cuerpo de la mujer gestante. Además, las coloca en una posición de desigualdad en la sociedad. Es importante esa búsqueda de mejora en la salud de las mujeres, pues cambiar la salud de las mujeres gestantes “es promover la capacidad y la autonomía de la mujer para que su condición de madre no haga peligrar su propia vida” (Vázquez y Ruvalcaba, p. 116).

En la interseccionalidad se abordan también las relaciones de poder, se refiere “a la vida de las personas, a cómo estas se relacionan entre sí y quiénes son los beneficiados y los desfavorecidos dentro de las interacciones sociales” (Collins y Sirma, 2016, p. 77). En el caso de las mujeres gestantes, la relación institucional con ellas las coloca en una posición de vulnerabilidad, donde su cuerpo es materializado y bajo un dominio institucional, pues al ingresar

a los centros de salud para atención o para las citas médicas pierden soberanía sobre el cuerpo, quedando “enajenadas, su cuerpo efectivamente ya no les pertenece” (Canevari y Badillo, p. 213).

La mortalidad materna es impactada por esa desigualdad e incapacidad que se muestra al tomar decisiones sobre su propio cuerpo como un espacio privado, más bien se considera un “cuerpo-territorio sobre el cual se asume la autoridad de opinar, juzgar, aunque también de ocupar o intervenir” (Canevari y Badillo, p. 195).

Los porcentajes en crecimiento de las muertes maternas pueden dar una indicación de las mayores desigualdades en el mundo. Una atención materna adecuada debería de garantizar la existencia de oportunidades “y rutas de escape a lo largo del camino para que una muerte materna no ocurra, empezando por mejorar las condiciones de la mujer” (Rivera Conde, 2017, p. 20). Por lo expuesto, la muerte de una mujer en estado de gestación significa una situación de desigualdad y falta de atención a las necesidades básicas que se requiere para tener una maternidad segura, en espacios fáciles de acceder adecuándose a sus necesidades.

Actualmente, el crecimiento analizado de las defunciones en Costa Rica en un periodo corto de 4 años, del 2018 al 2021, expone la inequidad de la atención. Estos números pueden explicar que no se da la acción necesaria, pues aún se mantienen concepciones similares a las que existían antes de la especialidad de la obstetricia, que se consideraban muertes naturales y esperables, por lo tanto, no se invertía recursos en la salud pública para su atención (Salas Méndez y Ramírez Calderón, 2020).

A esto se suman las estructuras de dominación que, según la teoría de la interseccionalidad, posibilitan la inequidad y la discriminación en la atención sanitaria. Esta teoría plantea que la forma en que las mujeres experimentan la opresión varía cualitativamente según los cuerpos que la viven y el contexto en que se produce (Viveros Vigoya, 2023, p.77).

Por esta razón, se analizan los factores que, entre 2018 y 2021, pudieron haber influido en la muerte de mujeres en etapa materna, considerando las condiciones particulares de sus

experiencias de vida. La interseccionalidad critica cualquier intento de superponer o priorizar un solo eje de desigualdad, pues esto invisibiliza la complejidad de las relaciones de poder.

En el caso de la maternidad, no basta con reconocer que las mujeres pueden enfrentar discriminación por su condición de género o por ser madres; es necesario comprender que existen múltiples factores —sociales, económicos, culturales y territoriales— que agravan su situación y complejizan el análisis de su realidad.

De esta manera la teoría interseccional es un aporte enriquecedor en el estudio, porque visibiliza las estructuras de dominación, relaciones de poder y desigualdades que promueven las discriminaciones, cómo se entrecruzan entre sí bajo los complejos sistemas de salud y el posicionamiento de la mujer en estos contextos.

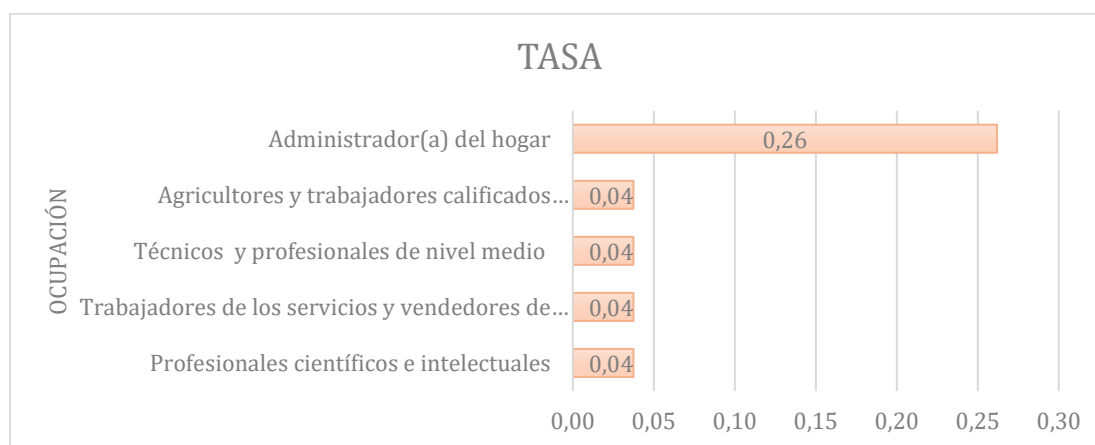
Condición Laboral de las Madres en Costa Rica

Aunque son importante los números totales de las muertes en cuatro años, también es necesario analizar la relación de la ocupación con ese número total. La cantidad total de muertes en el periodo 2018-2021 es de 66 defunciones maternas. No obstante, al hacer las tasas de mortalidad de ocupación año por año, nos brindan datos muy importantes.

Los resultados para el 2018 son los siguientes:

Figura 4.4

Muertes maternas según ocupación, año 2018.



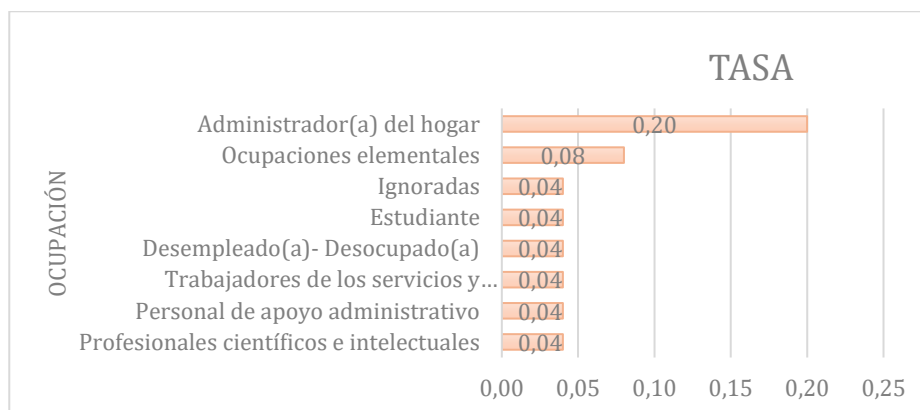
Nota Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Según lo expuesto, para el 2018, la mayor tasa de mortalidad es de 0,26 de las Administradoras del Hogar.

Las tasas de mortalidad por ocupación en el 2019 dan los siguientes resultados:

Figura 4.5

Muertes maternas según ocupación, año 2019.



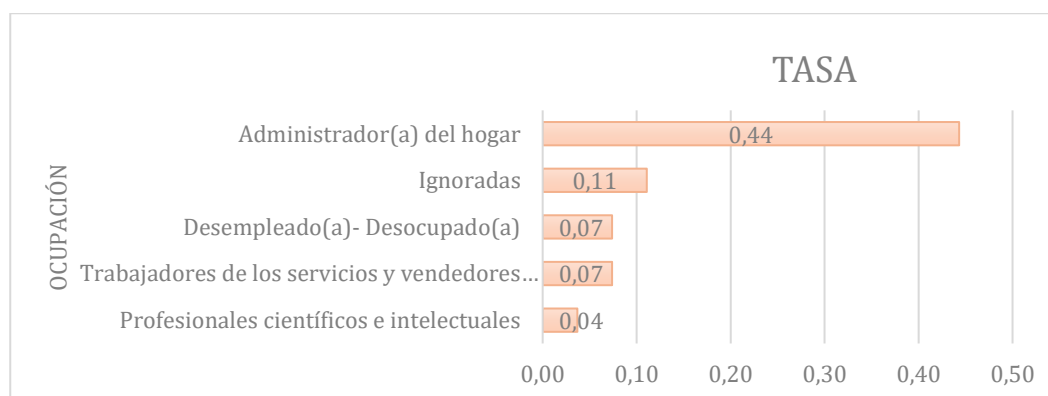
Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024.

Según los números nuevamente tiene una mayor tasa de mortalidad las administradoras del hogar con 0,20 superando las demás ocupaciones.

Para el 2020, los resultados muestran lo siguiente:

Figura 4.6

Muertes maternas según ocupación, año 2020.



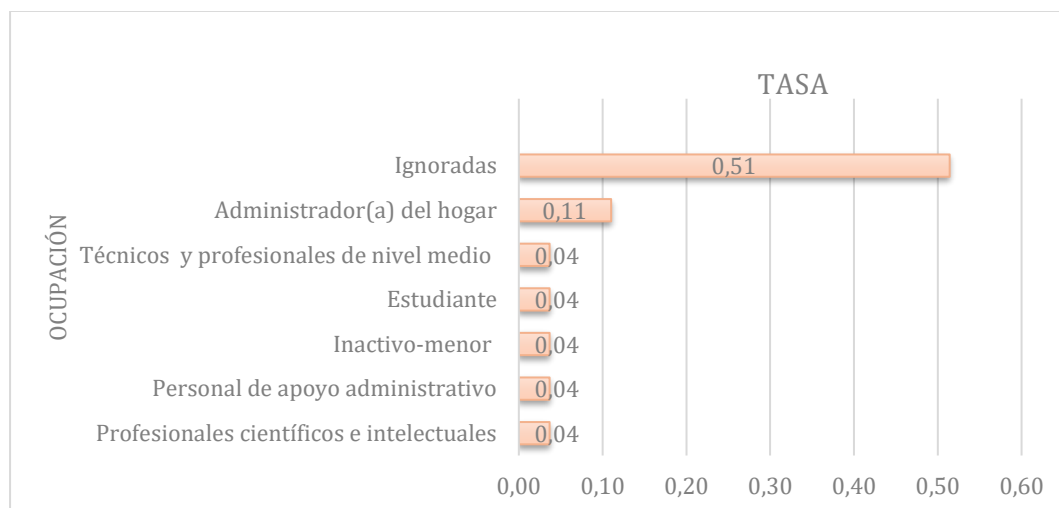
Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Se repite en el 2020 la mayor tasa de mortalidad de 0,44 en mujeres administradoras del hogar.

Por último, el análisis del 2021 es el siguiente:

Figura 4.7

Muertes maternas según ocupación, año 2021.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024.

Ahora bien, en este caso del 2021 es importante anotar que el mayor número de muertes maternas de 0,51 son de ocupación ignoradas y en segundo lugar administradoras del hogar con 0,11. Esto se traduce como 14 mujeres que no se obtuvieron datos de las 22 mujeres en total, representando un 64 % del total de muertes. Una posible explicación, según el INEC, es que “Pudo haber estado mediado por la premura del registro de las muertes por COVID-19 que afectó la calidad del llenado de variables sociodemográficas” (INEC, 2021, p. 17). Es importante destacarlo, pues podría significar un sesgo en el análisis de los resultados, siendo el 2021 un registro no tan preciso en cuanto a la ocupación de las mujeres que fallecieron.

Según estudios recientes del 2023 en el INEC, se menciona que hay 1.526.337 madres, llevando un 43,7 % la jefatura de su hogar, solamente un 37,6 % tiene remuneración por su trabajo, un 55,5 % tiene un empleo formal y un 44,4 % empleo informal. Así como las madres que están fuera de la fuerza laboral, un 88,4 % está disponible para trabajar, pero por razones de edad, discapacidad u obligaciones personales y familiares, no pueden desempeñarse en algún trabajo remunerado (Núñez Chacón, 2023, 16 de agosto).

Esto demuestra que, aun cuando pueda tener el deseo de generar un ingreso para el hogar, no todas tienen esa oportunidad, lo cual representa un gran porcentaje de 44,4 % que no tiene un empleo formal y otro 88,4 % de las madres que están fuera de la fuerza laboral están disponibles, pero por razones personales no pueden laborar. Lo anterior significa que no tienen estabilidad laboral para atender sus necesidades y que posiblemente no cuentan con un seguro de salud y pensiones.

Ahora bien, en este punto resulta relevante analizar lo que significa el concepto de maternidad en las sociedades, pues esto puede explicar mejor el mandato social que experimentan las mujeres en el marco de la vivencia maternal.

La mujer se relaciona con el hecho de ser madre, incluso la maternidad se ha llegado a contemplar como un rol de preservación del cuidado, la moral y la educación de sus hijos e hijas, articulando formas de dominación, determinando ese instinto supuestamente “natural” como una razón para ser valorada por sus emociones, sensibilidad y la sumisión de la mujer, en detrimento del desarrollo de sus capacidades intelectuales, por lo tanto, al hombre “le es reservada la esfera pública: a la mujer, el hogar” (Gutiérrez, 2007, p.11). Además, se destaca la maternidad como diferenciador entre los géneros, puesto que se “establecen las labores que debe de realizar cada género, así como las actitudes y características que se espera que cumplan” (Barrantes Valverde y Cubero Cubero, 2014, p. 39).

Esta división de las labores resulta un riesgo para la mujer, pues debe posponer su estabilidad económica, adquirir conocimientos y su propia salud, para atravesar su estado de embarazo. Se espera su participación en el hogar y no en un espacio público, como lo es el ámbito laboral.

Ahondando sobre la categoría administradoras del hogar, se define de diferentes formas, a diferencia de las otras categorías de ocupación que presenta el INEC, no es una actividad que se reconoce como lo que es: un trabajo que debe tener una remuneración económica y que es uno de los trabajos necesarios en el funcionamiento de la economía. Se ha definido a través del

tiempo el trabajo en el hogar como “conjunto de actividades que se realizan en la esfera doméstica y que están destinadas a la satisfacción de necesidades de primer orden de los miembros de la unidad familiar, lo que se asigna el carácter de obligatorio y gratuito” (Vega Montiel, 2007, p. 179). Esto ya es una condicionante para las mujeres que se encuentran en estado de embarazo y en un trabajo demandante, más de 20 horas semanales dedicadas al hogar sin retribución económica.

Además de muchas veces verse forzada la mujer a hacer las tareas del hogar y dedicarse solamente a su maternidad, sufren también la invisibilización y no reconocimiento del trabajo doméstico como cualquier otro trabajo, donde la fuerza, el cansancio y el estrés se vive de la misma manera como administradora del hogar y madre. El trabajo de la “madre esposa” se considera un trabajo abstracto para satisfacer las necesidades de primer orden, “aquellas necesidades que de no ser satisfechas llevan a la muerte [...] “La mujer a su vez, se desgasta diariamente al hacerlo” (Lagarde, 2005, p. 120).

Según la situación que viven las mujeres respecto a ese papel asignado en la sociedad, es importante revisar otros datos que complementen dicho análisis, por ejemplo, como añadidura se encuentra la encuesta de percepción de las mujeres amas de casa acerca del Trabajo Doméstico no Remunerado 2017 (EPAC-2017), con el objetivo de ver cómo esto afecta el estado de salud de las mujeres y las oportunidades de acceder a un trabajo remunerado. Según esta encuesta, alrededor del 20 % de las mujeres trabajadoras del hogar, no tienen seguro social y un 58 % tendría un seguro familiar, que significaría estar asegurada por un asegurado directo o de una persona pensionada, lo cual equivale que no tendrán acceso a pensión. Añadiendo que la edad promedio sin seguro social es de 33 años, en comparación de quienes sí tienen un seguro social con 10 años más de diferencia en promedio. Esto igual las coloca en una posición de vulnerabilidad, pues tienen protección o ese beneficio contra invalidez, vejez y muerte solo los asegurados directos (Sandoval Carvajal y Cordero Cordero, 2022).

De esta manera, el mayor porcentaje de muertes podría deberse también a la falta de aseguramiento social, por su condición de trabajadora del hogar, pues no se cuenta con un seguro

médico por el hecho de realizar un trabajo no reconocido socialmente, que conlleva un riesgo la fuerza laboral en el hogar. También, pueden influir la presión social que reciben, ya que muchas prefieren ejercer solo la maternidad saliendo de la fuerza laboral reconocida o remunerada, por la razón que aquellas madres que eligen trabajar y continuar su desarrollo personal son fuertemente criticadas, esto “porque los requerimientos de la feminidad se consideran incompatibles con el éxito profesional” (González et al., 2010, p.64).

La fuerza laboral no reconocida que realizan en el hogar puede ser una de las situaciones que deja en mayor vulnerabilidad e injusticia a la mujer y/o madres, pues ellas sí están laborando y con una doble culpa, porque necesitan los ingresos económicos de su trabajo no reconocido. Pero deciden no ingresar a la fuerza laboral del mercado o continuar su desarrollo y deseos personales, por no dejar su “posición doméstico” o trabajo diario que además abordado desde la teoría de la interseccionalidad, muchas viven en esa indecisión y presentan el sentimiento de culpa por las estructuras de dominación en contextos que se ha naturalizado esta posición de las mujeres, pues lamentablemente se ha visto inmersas en una construcción de su sexualidad pública, donde el sistema patriarcal toman las decisiones por ella forzándolas a esas circunstancias.

De esta manera, la tasa principal de muertes en una ocupación laboral como administradoras del hogar, puede significar que, a muchas de ellas, el mismo sistema laboral y sus condiciones las ha expulsado de esa dinámica, para atender el desarrollo maternal y personal, por encima del laboral. Influyendo en ellas lo considerado como buena maternidad de tiempo completo o una “maternidad intensiva” viéndose en la necesidad de cortar su desarrollo personal, recayendo toda la carga encima principalmente en las mujeres (Solé y Parella, 2004, p. 69).

La discusión de las mujeres en sus ocupaciones laborales es de gran relevancia, porque explica una tendencia de la tasa mayoritaria de mortalidad materna en aquellas que se dedican como administradoras del hogar, condiciones que no son por decisiones personales aisladas, sino más bien como menciona la teoría de la interseccionalidad, además de lo situacional e individual,

es construido y atravesado por diferentes estructuras de poder. (Viveros, 2023). Y, como se analiza en el apartado anterior y tomando en cuenta la maternidad, en las relaciones de poder las mujeres son desfavorecidas según el contexto que se vive por la pérdida de autonomía, pérdida de una maternidad segura, desigualdad a la presión social que les limita el momento de tomar decisiones sobre su cuerpo. También resulta significativo según la discusión expuesta en este apartado, la ocupación laboral como administradoras del hogar.

Relación de la Mortalidad Materna con el Índice de Desarrollo Cantonal

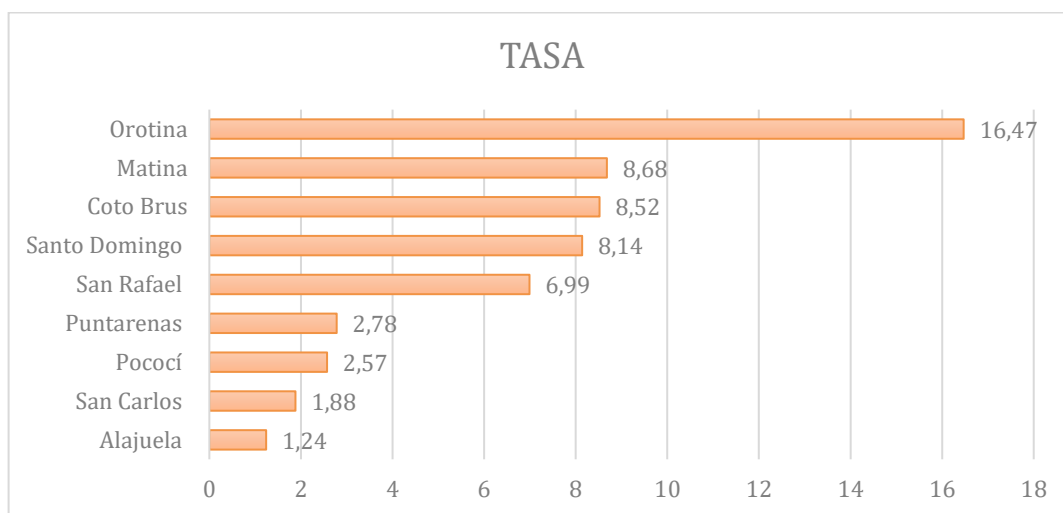
La mortalidad materna está asociada también por el entorno en el que se reside, pues tiene influencia el desarrollo del cantón para realizarse como mujer, y, por ende, como madre. Por ello, el riesgo de la mortalidad materna se ve aumentada por diversos condicionantes como la ocupación laboral y el cantón de residencia, por esto resulta importante hacer un análisis junto con los datos del índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDHc) según los años que se encuentren disponibles para el análisis, en este caso del 2018 al 2020.

Estos datos permiten precisar los condicionantes y características de la población que se ve afectada por el riesgo de la mortalidad materna, pues el IDHc analiza tres dimensiones, el Índice de esperanza de vida, Índice de conocimiento o escolaridad e índice de bienestar material según el ingreso per cápita del hogar, siendo “1” el desarrollo más alto y el “0” el desarrollo más bajo (2022). De esta forma, permitirá ver las características más precisas de la población según su ubicación geográfica. El análisis cantonal se realiza con la población de las mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años en el cantón que se reporta la muerte, según el año y cantón correspondiente a analizar.

Según el análisis segregando por cantones la mortalidad materna en el 2018, se encuentra lo siguiente:

Figura 4.8

Tasa de muertes maternas según cantón, año 2018



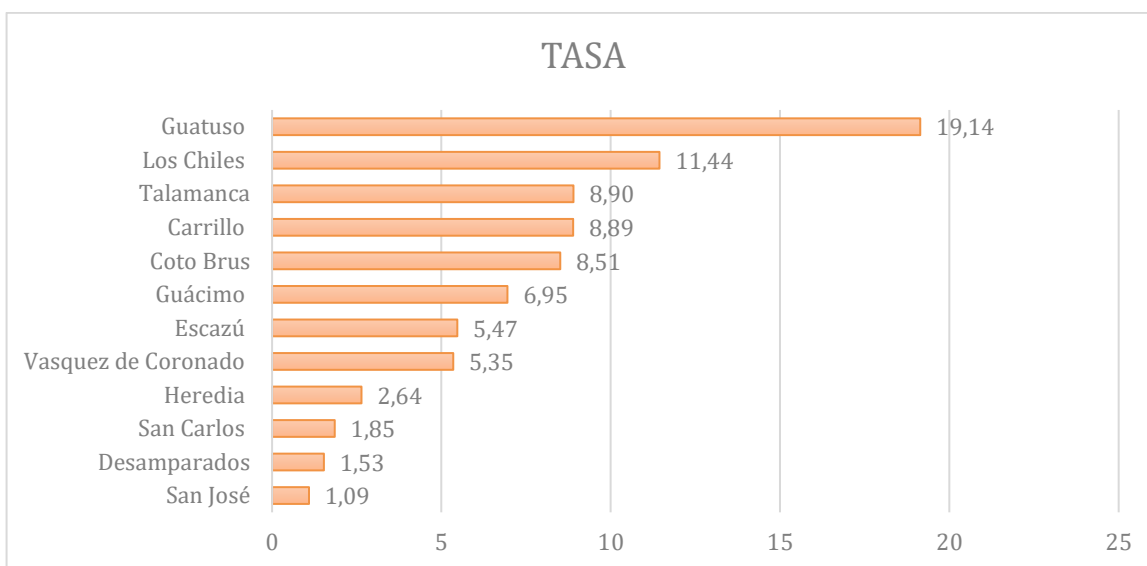
Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

En el 2018, se destaca la mayor parte de muertes en el cantón de Orotina, con un IDH de 0,754, correspondiendo a un índice alto. No obstante, se revisa el Índice de Desarrollo de Género con un 0,904, significando un índice medio bajo. Este índice es analizado según los logros de las tres dimensiones básicas del desarrollo, que es la salud según la esperanza de vida, el conocimiento, que son los años de escolaridad de niñas y niños y años promedio de escolaridad entre hombre y mujeres, y por último el dominio sobre los recursos económicos. En el caso del 2018, en Orotina se destaca un bienestar material en mujeres de \$265.317, en comparación del bienestar material de hombres de \$448.402, con una diferencia de \$183.085. Además, con una tasa de participación en la fuerza de trabajo de 37,4 % en comparación de la fuerza de trabajo de hombres de 67,5 %.

Para el 2019, se presenta lo siguiente según el análisis de datos:

Figura 4.9

Tasa de muertes maternas según cantón, año 2019.



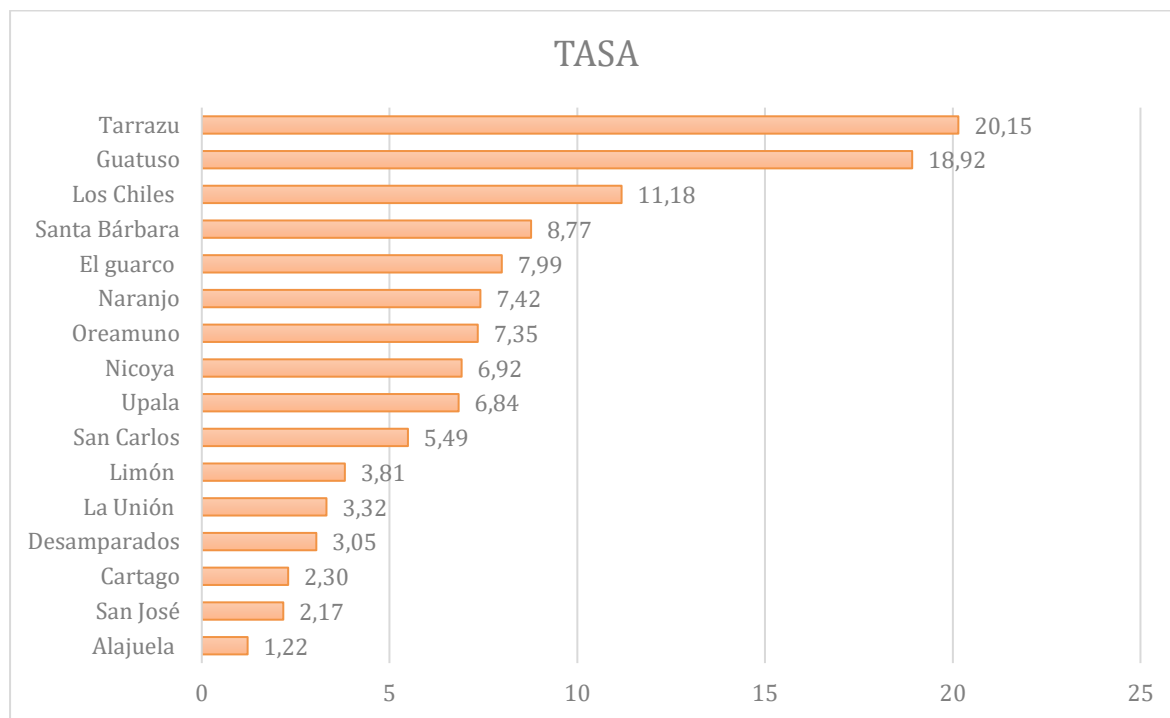
Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Según los resultados, en el 2019, se muestra Guatuso con una tasa de mortalidad de 19,14. El cantón de Guatuso según el Índice de Desarrollo Humano, se presenta con un 0.698, que significa un índice medio. Con respecto al índice de Desarrollo de Género es bajo, con 0,890, el más bajo del 2019, con un bienestar material de ₡185.894, en comparación con los hombres con un bienestar material de ₡285.991, con una diferencia de ₡100,097. La tasa de participación de la fuerza laboral en mujeres es de 43,2 %, en comparación de la tasa de participación en la fuerza de trabajo de los hombres con un 79,2 %.

En el 2020, según cantón se presentan los siguientes datos:

Figura 4.10

Muertes maternas según cantón, año 2020.



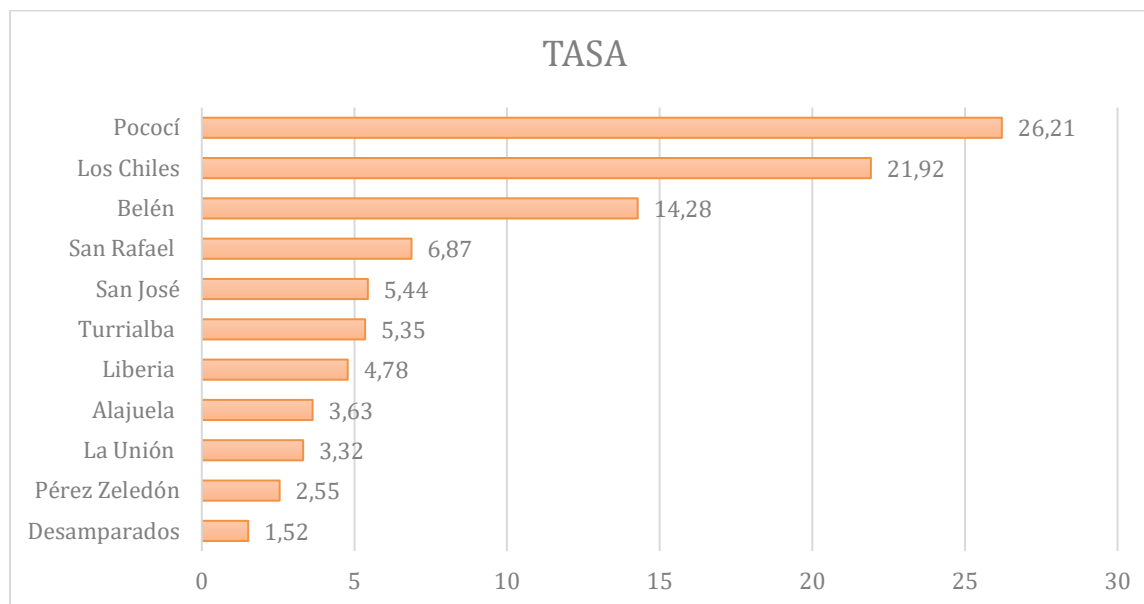
Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

El resultado del análisis indica que Tarrazú tiene la tasa de mortalidad más alta con un 20,15. El Índice de Desarrollo Humano de Tarrazú corresponde a un Índice medio con un 0,557. Con un bienestar material de ₡233.534 y los hombres con un bienestar material similar de ₡236.983. No obstante, en el análisis de desigualdad de género, se encuentra con media desigualdad de 0,469, con una tasa de participación en la fuerza de trabajo de 55,6 % en comparación con la fuerza laboral de los hombres con un 77,4 %. Además, el índice de pobreza multidimensional es de 0,081 significando un índice de pobreza media.

Y con los datos analizados en el 2021, se tienen los siguientes datos de las muertes maternas según cantón:

Figura 4.11

Muertes maternas según cantón, año 2021.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024.

Se determina la mayor tasa de mortalidad materna en Pococí con un 26,21. Cabe resaltar que, respecto a los datos del 2021, no se tienen en el Atlas del IDH, pero sí se existe la publicación del 2022, donde se hace una mención general del 2021, e indica que el índice de Pobreza Multidimensional es medio.

El hecho de que la mayor mortalidad proviene específicamente de cuatro cantones: Guatuso, Pococí, Orotina y Tarrazú indica que las mujeres son provenientes de zonas rurales de Costa Rica, y relacionado a lo que se plantea respecto a la ocupación laboral con las mujeres administradoras del hogar, repercute la zona geográfica directamente en las oportunidades laborales y su inserción en el mercado laboral.

Figura 4.12

Cantones de Costa Rica que presentan mayor tasa de mortalidad del 2018-2021



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Respecto a la inserción laboral y empleo, según un estudio realizado por Rojas y García (2023), hay un aumento del detrimento en el empleo rural del 2019 al 2021 en la tasa de participación de mujeres en el empleo remunerado, con poca presencia de mujeres en la zona rural. La mayoría de las empresas ticas tienen planillas donde predomina la presencia de colaboradores hombres y no mujeres, con un 54 % de las empresas conformados los puestos por hombres, agudizándose en los altos cargos. Esta situación no solo afecta a las mujeres y a sus familias, sino que también “llevan al país a desaprovechar el potencial de la mitad de su población” (p. 88). Según lo que menciona Viveros (2023), ser mujer y provenir de una zona rural son condicionantes que se entrecruzan entre sí y resultan importantes para analizar las características de las mujeres con mayor tasa de mortalidad.

Del 2018 al 2020, se visualiza un importante número en cuanto a la participación la fuerza laboral, enfrentando retos las mujeres para incorporarse en la fuerza laboral de Costa Rica. Incluso

la Organización Internacional del trabajo (2018), el día 8 de marzo día de la mujer, publicó las diferencias de participación entre hombres y mujeres en el mercado, “no solo tienen menos probabilidades de participar en el mercado de trabajo que los hombres, sino que las que sí participan tienen menos probabilidades de encontrar empleo” (p. 8).

Según el interseccionalismo desde Cabnal (2010), la dominación que se presenta en el patriarcado es un sistema que establece diferentes posiciones de desigualdad, incluida la dominación sobre las mujeres y la explotación, lo cual define una situación que viven las mujeres en el ámbito laboral. El hecho de tener menos probabilidades de encontrar empleo es una de las manifestaciones de la violencia patriarcal, pues se bloquea un derecho fundamental en las mujeres.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se indica en el artículo 23, que “Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y la protección contra el desempleo” (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, p. 7). Y esto trae a discusión lo expuesto en el 2018 y 2019 en los cantones con mayores tasas de mortalidad Orotina y Guatuso respectivamente, pues se evidencia una brecha salarial para las mujeres que sí están incorporadas en el mercado laboral remunerado. La discriminación salarial llega a ser un condicionante en algunas mujeres para trabajar en justas y equitativas condiciones.

En el último informe mundial sobre salarios de la OIT (2022), se indica que las diferencias salariales entre mujeres y hombres siguen siendo elevadas en todas las regiones y todos los países por lo tanto “es necesario redoblar los esfuerzos para hacer frente a las desigualdades de género en el mercado de trabajo” (p.6). Si se analiza desde la interseccionalidad, la posición actual de la mujer según esas diferencias salariales que no cambian de manera favorable para las mujeres, se constata una discriminación salarial y laboral, no obstante, como menciona Viveros (2023) “la forma en que se sufre la opresión es cualitativamente diferente, según los cuerpos que la viven y según el contexto en que se produce (p. 77), no se pueden generalizar todos los casos

en cada número de muerte materna, pero sí revela una gran parte de la realidad social que viven muchas mujeres y que se ven expuestas a estas discriminaciones y desigualdades.

También, respecto a la ruralidad complejiza más el análisis del Índice del Desarrollo Cantonal respecto a la mortalidad, pues en las comunidades rurales “la susceptibilidad a verse afectados por conflictos sociopolíticos, económicos y culturales es mucho mayor” y, por ende, el hecho de acceder a la educación es por un tema no solo del territorio cantonal, aspectos de pobreza, entre otros, sino a otras razones (Solís y Rodríguez, p. 13).

Ruralidad y Educación en Costa Rica

Las mujeres que residen en áreas rurales se encuentran en una desventaja respecto a otros hogares en el país. Si las madres gestantes deben estar luchando normalmente por una inclusión social, validación de su autonomía, y contra la inequidad social, en especial sucede esto en territorios rurales, encontrándose los principales rezagos en lo referente a “salud, saneamiento, educación, vivienda e infraestructura y acceso a los servicios públicos básicos” (Mora, J. 2013, p.58). Por lo tanto, visualizar en Índice de Desarrollo Cantonal con respecto a la mortalidad materna, se podría limitar si solo se analizan los aspectos mencionados en los resultados del 2018 al 2021.

Respaldando la complejidad de la mortalidad materna según la zona rural, se encuentra el otro factor determinante que también es reflejado en los datos que es el Índice de Desarrollo de Género, que está compuesto por la escolaridad también. Y según lo expuesto por Mora (2013) una de las características principales de la población rural es la baja escolaridad por la falta de cobertura educativa, y más allá de esto, el problema es que el ciclo educativo se desarrolla en colegios y escuelas públicas, lo cual es una educación de menor calidad.

También, sucede que la educación no necesariamente se ajusta “a las características de lo rural relacionales, por ejemplo, con la diversidad cultural, étnica y lingüística de muchos de estos pueblos que habitan en las zonas rurales” (Salas, 2018, p.5). Esa desigualdad de los datos

expuestos según el Índice de Desarrollo de Género, donde se hace el análisis del conocimiento y años de escolaridad, indica una desconexión de las mujeres en ruralidad y la educación.

Salas (2018) menciona que el problema es que, en las políticas educativas en el contexto de Costa Rica, es que tiende a imponerse un “currículo escolar homogenizante que se proyecta desde el centro del país hacia las periferias, excluyendo las diferencias culturales y territoriales de las poblaciones rurales” (p.7). Todo esto de una educación no inclusiva, conlleva un contexto más complejo aún donde se van desarrollando y creciendo las madres, sin tener un acceso satisfactorio equivalente a su forma de vida, cultura y la realidad social. Y como menciona Hill Collins y Sirma Bilge (2016), si desde la interseccionalidad, se intenta abordar un tema como si la gente constituyera una masa homogénea e indiferenciada no llegará a explicar tanta complejidad donde sitúa a las mujeres de manera distinta, y en este caso, mujeres gestantes que no tienen las mismas condiciones o ventajas en la sociedad.

Los hallazgos acerca de la ocupación de las mujeres como Administradoras de Hogar, toma con más fuerza la importancia de la posición de la mujer en espacios donde se permita cumplir con sus derechos, deseos y uso del tiempo, además como bien se desarrolló, la zona geográfica como condicionante de la zona rural y lo que implica la ruralidad para las mujeres en cuanto a la educación y la susceptibilidad a diferentes conflictos en la sociedad, pues sus diferentes responsabilidades en un papel que se asume de una forma estructural de dominación como madre y mujer no permiten un ingreso a una educación que se adapte a sus necesidades, una ruralidad que limita y un acceso a una vida laboral de manera que cubra tanto en tiempo como dinero, el trabajo realizado en la esfera doméstica.

En esta realidad compleja y multidimensional, se observan todas aquellas desigualdades que conforman el ámbito de las mujeres en condición de maternidad. Hay un componente común en los apartados y es la constante invisibilización de la mujer y sus condiciones en el momento que explora la inequidad en la atención a la salud y la discriminación, poniendo en peligro la salud y las somete a relaciones de poder donde siempre se encuentran en desventaja.

Conciliación de Roles Maternales, Laborales, Profesionales, Estado Civil y Desarrollo Personal

En el desarrollo de la maternidad y el trabajo, las mujeres construyen su identidad, la mayoría de las mujeres aspiran a la conciliación de las dos esferas, mientras que otras pocas excluyen alguna para dedicarse exclusivamente como madre o profesionales. (Arteaga Aguirre et al., 2021, p. 159). También en el análisis que se realiza según las muertes por la ubicación geográfica, aporta datos importantes, pues tienen un IDH medio o medio bajo principalmente en zonas rurales, afirmando una tendencia a una desigualdad también de género que propicia ese escenario de riesgo para la maternidad de las mujeres costarricenses.

Por consiguiente, al entender los roles como una identidad, la búsqueda de un equilibrio entre el trabajo y el desarrollo personal se expone según los datos del presente documento la imposibilidad de las mujeres para encontrar trabajo, al mismo tiempo la culpa que genera al encontrarlo, pues deben dejar a sus hijos y la sobrecarga del mismo, y por último el uso del tiempo relacionado al estado civil.

No obstante, estas decisiones pueden estar relacionadas al estatus económico de cada una de ellas, por la imposibilidad de encontrar trabajo en Costa Rica para las madres, según la encuesta de Empleo del INEC (2021) explica que la tasa de desempleo es mayor en las mujeres que tienen al menos un hijo (63,4 %), indicando la dificultad para ingresar a un trabajo,

en comparación con las mujeres jóvenes que no tienen hijos (56 %). Y también, en muchas ocasiones tienen la opción del trabajo, no obstante, por tener tantas responsabilidades de cuidado y trabajo no remunerado dentro de la familia, el trabajo significa “agotamiento, cansancio y desgaste físico y emocional, sobre todo en aquellas de más edad” (p. 165).

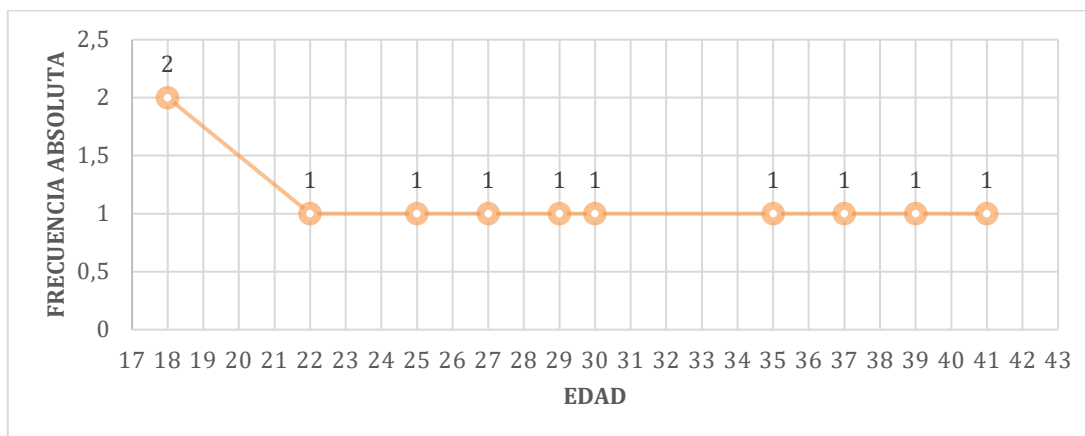
En este punto, hay una culpa que también invade a las mujeres, pues muchas deben salir a trabajar por necesidades económicas, y la culpa surge “por salir a trabajar y dejar a los hijos” (Arteaga Aguirre y Abarca Ferrando, 2018, p.18). Algunas mujeres prefieren seguir en un ámbito laboral “incluso sin condiciones percibidas como justas, pero en el cual es posible compatibilizar

la maternidad con el trabajo remunerado” (p. 22). Es decir, llegan a estar dispuestas a negociar injusticias laborales, con el único objetivo de continuar en el ámbito laboral que se adecue mejor a su forma de vida como madre.

Por consiguiente, algunos estudios realizados acerca de las edades de riesgo de mujeres embarazadas, se determina que las mujeres postergan su embarazo, siendo una diferencia que se llega a percibir más en países desarrollados; las razones son los deseos de tener un estudio o carrera universitaria antes de formar una familia y también la incorporación de las mujeres al trabajo (Chamy et al., 2009).

Figura 4.13

Distribución de frecuencia de mortalidad según edad, año 2018.

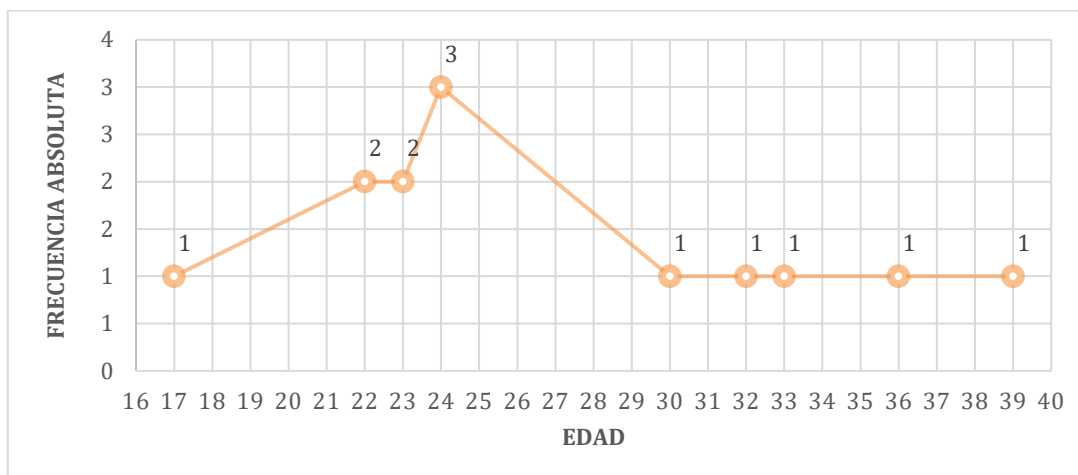


Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

En el 2018 la frecuencia con 2 muertes es una edad temprana de 18 años y a partir de los 22 años la frecuencia se llega a mantener de 1 caso por edad. Estos datos indican que no hubo un patrón de concentración fuerte en un rango etario en la mortalidad materna para el año 2018.

Figura 4.14

Distribución de frecuencia de mortalidad según edad, año 2019.

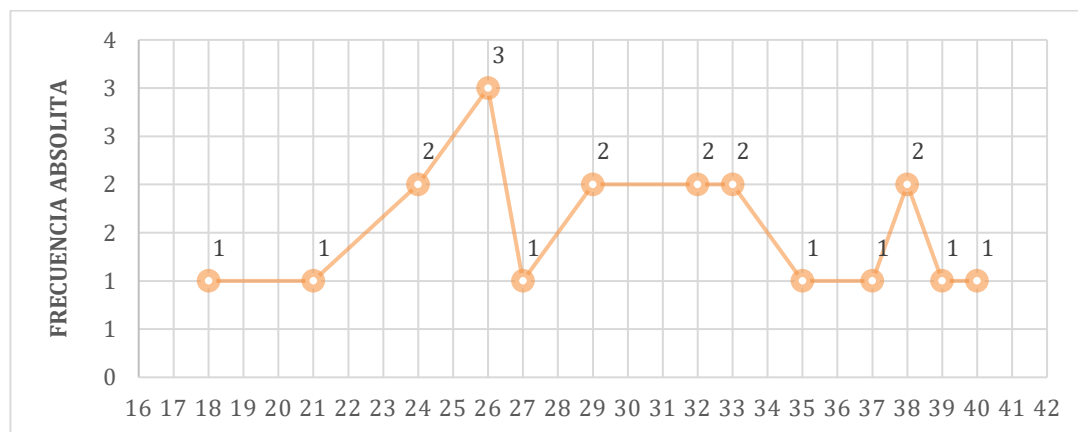


Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

En el año 2019 se observa la concentración de las muertes con edad de 24 años con 3 casos. También con las edades 22 y 23 años hubo 2 muertes en cada rango etario, descendiendo posteriormente a 1 caso por las edades mayores a los 30 años.

Figura 4.15

Distribución de frecuencia de mortalidad según edad, año 2020.

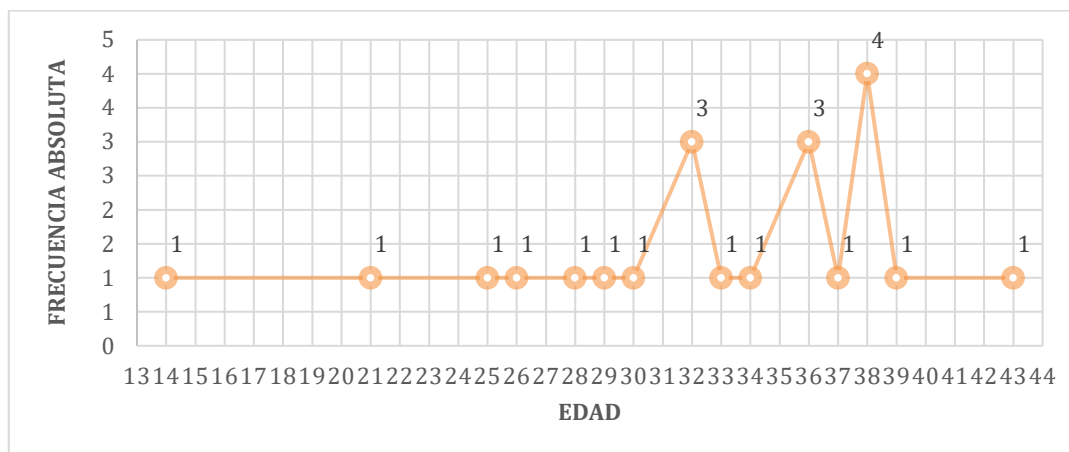


Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

En el 2020, la frecuencia con 3 muertes es una edad de 26 años. También se observan frecuencias de 2 casos en las edades 24, 29, 32, 33 y 38 años. En este caso a diferencia del año 2018 y 2019, sí hay una concentración en las edades de 24 años.

Figura 4.16

Distribución de frecuencia de mortalidad según edad, año 2021.



Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Y en el año 2021, se observa el valor máximo de 4 casos en la edad de 38 años. Hay unos picos de 3 muertes maternas en la edad de 32 años y 36 años. Y una mayor dispersión etaria teniendo una mayor intensidad después de los 32 años.

Algunos estudios en Latinoamérica hablan de la decisión entre trabajar y ser madres, y la sobrecarga para continuar en el mercado laboral, encontrándose un impacto negativo en las mujeres, dificultando la conciliación entre los roles maternos y profesionales, afectadas también por actitudes y prejuicios hacia las mujeres embarazadas. “En el ámbito laboral se presentan con frecuencia desigualdades de género, siendo el embarazo un aspecto central de la discriminación que pesa sobre las mujeres” (Antolinez Ruiz y Lafaurie Villamil, 2017, p. 86).

Dicho esto, adicional al análisis realizado, resulta interesante tomar en cuenta el estado civil de las mujeres, pues hay una tendencia en los números que teóricamente se puede explicar:

Figura 4.17

Muertes maternas en Costa Rica según estado civil de las mujeres.

	SOLTERA	CASADA	UNIÓN LIBRE	IGNORADO	MENOR	DIVORCIADA
2018	0,07	0,19	0,15			
2019	0,28	0,04	0,16	0,04		
2020	0,22	0,18	0,30	0,04		
2021	0,26	0,22	0,15	0,07	0,04	0,07

Nota: Elaboración propia según datos estadísticos de defunciones del INEC, 2024

Si bien es cierto que, aunque actualmente no se encuentran en los estudios más detalles del estado conyugal y la muerte materna, en esta investigación sí hay tasas más altas de mortalidad en las mujeres que tienen unión libre o están solteras.

Anteriormente, se analizó que para las mujeres es difícil encontrar un trabajo donde pueda equilibrar su vida de desarrollo personal y atención de sus necesidades, con su vida como madre. En un estudio reciente sobre el uso del tiempo y las desigualdades en hogares liderados por mujeres y por hombres, realizado por Bordón (2021) se analiza la diferencia de los hogares a nivel económico con quienes lo lideran según jefas y jefes de hogar, dando indicios de cuál puede ser la situación actual nacional con las mujeres costarricenses y su estado civil.

La posición actual de las mujeres en el sistema laboral les impide alcanzar una igualdad en la fuerza laboral, puestos trabajos, pensiones, salarios entre otros, “con sus consecuencias en términos de mayor riesgo de pobreza y, en lo personal y emocional, tener menos tiempo para su desarrollo personal, como resultado de una mayor dedicación de horas al trabajo remunerado y no remunerado” (p. 6). Ese riesgo de pobreza también puede limitar el hecho del cuidado de su salud en el estado de maternidad, pues posiblemente no es una prioridad por su situación económica que se debe atender en el momento. Siendo los hogares liderados por las mujeres quienes se encuentran en una mayor vulnerabilidad con una pobreza de un 44,8 % donde las jefaturas son mujeres (Borbón Ojeda, 2021).

Es necesario incluir los aspectos del desarrollo personal, profesional y lo que esto implica porque se puede visualizar la complejidad de la mujer en el momento que entra en la maternidad. Mantener o dejar un trabajo no es una decisión simplemente económica, más bien abarca diferentes áreas que también llegan a ser condicionantes en la mortalidad de esta, pues las no oportunidades exigen más física y emocionalmente a las gestantes. Adicional a esto, quienes mantienen una jefatura femenina en el hogar y la vulnerabilidad de esa situación por la desigualdad de las condiciones, da un acercamiento a la realidad social vivida por las mujeres que se encuentran solas liderando la manutención del hogar con menores posibilidades de obtener una estabilidad económica, menores ingresos o sin tener un trabajo remunerado, así como el acceso limitado a la actividad económica formal y la permanencia en los ámbitos laborales socialmente reconocidos.

Violencia Obstétrica y la Violencia Intrafamiliar Como Deterioro en la Atención de la Salud de las Mujeres

El ejemplo de Angie Herrera, como es mencionado al inicio del texto, fue un caso importante en el país para abrir la discusión acerca de la atención recibida en los centros médicos públicos de Costa Rica, tanto jefarcas como responsables de la administración se preocuparon por este caso y quisieron llevarlo más allá, para determinar qué estaba sucediendo con respecto a la atención de las madres en los hospitales o centros de salud. Y esto puntualiza un antes y un después en cuanto al día contra la violencia obstétrica en Costa Rica, es decir, diferentes sectores se vieron identificados, ofendidos y con una necesidad de marcar esa fecha con algún distintivo para poner en discusión de manera formal y amplia la atención adecuada a las mujeres y el acceso digno a la salud pública.

La Violencia Obstétrica o Intrafamiliar

La violencia obstétrica Al Adib et al. (marzo del 2017) definen la violencia obstétrica como la violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la

mujer (p. 3). Y además señalan que se expresa en el trato contrario a las normas éticas y legales, en esa tendencia de tomar como patológicos los procesos que son reproductivos naturales. Además, Cecilia Santiago et al (2015) mencionan que la violencia obstétrica se llega a materializar en conductas como burlas, ironías, regaños, insultos, humillaciones, amenazas, negaciones de tratamientos, aplazar atención urgente, falta de asistencia oportuna e indiferencia con las solicitudes o reclamos. Y también mencionan que la violencia se ve cuando no consultan o informan a las mujeres las decisiones que toman en el parto o al tratarlas sin respecto a su dignidad humana.

Según la OMS, se define la violencia hacia la mujer como una violencia de género que pueda tener como resultado un daño sexual, físico o psicológico, "inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (OMS, 2021).

Ahora bien, la violencia intrafamiliar según Patró Hernández y Limiñana Gras (junio del 2005) hace referencia a cualquier abuso psicológico, físico o sexual en la relación que se tiene en un círculo familiar. Y como todo abuso, debe de tener un desequilibrio de poder, donde el más fuerte tiene el fin de ejercer control sobre la persona más débil. También Gallardo Echenique et al (2015) mencionan que el abuso no sucede de manera continua, sino que, en ciclos, determinando así 3 ciclos en la violencia intrafamiliar, fase de tensión, fase de crisis y fase de arrepentimiento. Y Edda Quirós (2003) menciona que la violencia obstétrica tiene consecuencias directas para su bienestar e incluso para el de sus familias y comunidades. Además de las consecuencias que puede producir tanto físicamente como mentalmente.

Ahora bien, al ser la mayor parte de la mortalidad materna muertes que son evitables, lleva a este apartado a crear una discusión de la atención recibida en los centros de salud de Costa Rica.

La violencia hacia la mujer sigue manteniendo números alarmantes, de acuerdo con criterios de la OMS y la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), "la violencia durante

el embarazo o postparto se considera una causa relacionada con la muerte materna, pero indirecta” (González Pacheco et al., 2010, p.61). Esto quiere decir que la violencia en las mujeres podría dar origen a la mortalidad materna. También cabe destacar el papel fundamental que toma su círculo cercano de la familia, pues la violencia intrafamiliar puede ser grave sobre la salud de las mujeres.

La mayor parte de esas agresiones tiene una afectación directa en la salud mental y física, dañando por consecuente al feto. Desde el enfoque de interseccionalidad y el aporte de Cabnal (2018) en la “defensa del cuerpo” (p.103) tomando en cuenta la complejidad de la sexualidad de la mujer y su construcción histórica-social en un espacio público y político, y según lo mencionado por González Pacheco et al. (2010) de la importancia de “contar con una definición más inclusiva de mortalidad materna” donde se “considere la violencia intrafamiliar como una causa de muerte materna” (p.63), se aporta que desde la interseccionalidad, la inclusión de otros factores de riesgo en las muertes maternas podría esclarecer y visibilizar las correlaciones propiamente con la violencia tanto como la psicológica, económica, sexual y física.

En el caso de Angie Herrera, según lo expuesto por la OMS y con lo denunciado por ella en redes sociales, ella quedaría con la afectación psicológica por el episodio que tuvo que sobrellevar al sentir la frustración del fallecimiento de su hija. De esta manera, es importante recalcar las formas y el abordaje que se le da a las problemáticas que enfrentan las mujeres en su proceso de gestación, así como sus hijas e hijos, en este caso.

Costa Rica sí tiene sentencias con antecedentes acerca del tema de la violencia obstétrica. Por ejemplo, en el 2015, en un estudio realizado por la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica, por unas anomalías en el Hospital de las Mujeres, en Liberia y Limón, también fue convocada Costa Rica por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) a una audiencia sobre la violencia obstétrica, lastimosamente “escaló al estrado internacional, tanto por el nivel de gravedad de la situación, como por la no respuesta y omisión de las instituciones nacionales” (De La Garza Jiménez, 2023, p. 249).

También, según este estudio realizado por la UNED, se exponen casos recientes de violencia obstétrica donde las mujeres relatan su experiencia con la atención recibida en los centros de salud convirtiendo ese maltrato en detrimento físico y mental de la mujer, ellas expusieron “violencia física y psicológica, así como omisiones de comunicación sobre el tratamiento aplicado” (p. 251), también “humillación, ironía, manipulación” (p. 252) entre otras situaciones descritas.

Además, según lo mencionado por La Organización Panamericana de la Salud (2005) a pesar de que la violencia intrafamiliar en muertes maternas no ha sido aun ampliamente estudiado, se afirma que un ambiente donde la mujer mantiene estrés y temor, es un desencadenante para resultados obstétricos adversos, que puede provocar el autor de la violencia al ser comprometidas, por ejemplo, al estar “sometidas a encierros bajo llaves, prohibiciones a salir, restricciones económicas” ellas no pueden buscar la ayuda fácilmente para resolver las complicaciones que se van presentando en su maternidad. No obstante, la definición que se mantiene hasta la actualidad de la muerte materna, “no permite calcular y determinar con certeza la contribución de la violencia intrafamiliar a la mortalidad materna” (p. 2). Esta violencia contra las mujeres en el marco de la vivencia de su maternidad con su círculo inmediato puede significar una doble victimización de la mujer y una alta incapacidad de afrontar los diferentes escenarios que se van presentando, hay estudios en América Latina que mencionan la falta de especialización de los profesionales como obstáculo para dar una “adecuada atención a mujeres que padecen violencia” (Colombo et al., 2006, p.74)

Ahora bien, la violencia obstétrica en los centros de salud desde la interseccionalidad se podría definir como una forma de opresión y discriminación a las mujeres, una opresión ejercida desde la estructura de salud, así como los espacios más personales, tanto familiar como laboral, en los que se desarrolla la maternidad de las mujeres. Si bien, no se destaca la violencia obstétrica como una de las causas directas de la mortalidad materna, sí puede dar origen o propiciar un

escenario fatídico para la mujer, lo cual es necesario profundizar en el país la relación de la violencia intrafamiliar y obstétrica.

La existencia de un sistema de salud es una estructura de dominación que determina cómo llevar la maternidad, cómo tener un parto y ejerce también una importante doble victimización, pues algunas mujeres pueden estar pasando por diferentes contextos problemáticos en su vida personal y laboral, que se le suma una opresión adicional con los sistemas de salud que dicta la maternidad según su visión de tecnicismos. Cabnal (2022) indica que el cuerpo de la mujer es un territorio propio e irrepetible, por lo tanto, cuando se ejerce violencia en ellos es la transgresión de un territorio ajeno a los otros, que no deben tener ese acceso, pero todas esas expresiones de patriarcado y opresión creen poder acceder y decidir antes de consultar lo que las mujeres desean en su vivencia maternal.

Complementando esta perspectiva, Hill Collins y Bilge (2016) señalan que existen cuatro ámbitos de poder en los que se manifiestan las formas de opresión: el estructural, el disciplinario, el hegemónico y el interpersonal. El primero se refiere a las instituciones y leyes; el segundo, a las administraciones y la gestión pública; el tercero abarca la cultura y la ideología; y el cuarto comprende las interacciones entre las personas.

En el caso de la mortalidad materna, se observa que esta atraviesa los distintos ámbitos de poder. Desde el plano estructural y disciplinario, las instituciones públicas establecen políticas y procedimientos sobre la maternidad sin realizar una consulta consciente con las mujeres, lo que limita su participación y obstaculiza su acceso al sistema público de salud.

En el ámbito hegemónico, se interiorizan discursos sobre lo que una mujer “debe ser” dentro de la sociedad, asignándole valor según las actividades que desempeña. De esta forma, se mantiene una exigencia constante que la expone al juicio social, sin importar las decisiones que tome, reforzando ideologías naturalizadas en la cultura.

Finalmente, en el ámbito interpersonal, las mujeres enfrentan dinámicas cotidianas en las que sus entornos más cercanos —familiares, afectivos o laborales— pueden inducir sentimientos

de culpa por no cumplir con las expectativas impuestas sobre su desempeño como madres, parejas o trabajadoras, perpetuando así los mandatos de género.

Por último, analizando lo sucedido con Angie Herrera, es un ejemplo de lo que menciona Viveros Vigoya (2006) en esas luchas de las mujeres, se transfiere la discusión al espacio público, dejando de ser una situación privada experimentada por muchas mujeres, a lo mejor quedando las historias escondidas o en última instancia olvidadas, sin trascender al espacio público para debatir sobre la realidad que están sobrellevando desde su vivencia de la maternidad.

Vigoya (2006) indica que el sexismo y el racismo percibe a los otros y a las mujeres como grupos naturales, que son predispuestos a la sumisión. Al estar en esa posición se tiene una inclinación a aceptar las opresiones y las desigualdades sociales que viven como mujeres, incluso se naturaliza el trato del sistema de salud pública, que como se vio en esta investigación, tiene grandes vacíos al abordar la maternidad y no solo la salud pública, sino en general como un tema país, que ha faltado un abordaje más integral y no tanto patógeno o biológico, pues excluye aspectos importantes a ser tomados en cuenta para la atención oportuna y holística de las realidades sociales que conforman las vidas de las madres costarricenses.

Conclusiones

Conforme a los resultados expuestos del INEC, se abre la discusión de la tendencia que se mantiene en las muertes maternas, con las mujeres que no pueden acceder a una atención oportuna y adecuada. Desde la teoría de la interseccionalidad, se pueden destacar varias características que llevan a la opresión e invisibilización en su desarrollo de la salud en cuanto a su vida en la maternidad. Dentro de esas características o condicionantes, se encuentra la ocupación ejercida como administradoras del hogar en el momento de su muerte, siendo las más afectadas. Además, al estudiar el cantón de residencia, se destaca un bajo desarrollo social, económico y sobre todo de género en donde ellas habitaban. Adicionalmente, se incorpora la posibilidad que el estatus de la mujer como soltera o en unión libre, tienen una mayor incidencia a la pobreza en su estado de maternidad, por el doble esfuerzo que requiere la maternidad,

labores domésticas y el trabajo remunerado. Y, por último, es crítico pensar que muchas de esas mujeres también sufren violencia tanto institucional como intrafamiliar, lo cual limita su capacidad de respuesta y atención de su proceso de maternidad, por el daño que implica estar en una situación de violencia.

Por consiguiente, esta investigación destaca un dato relevante desde la perspectiva interseccional: las tasas más altas de mortalidad materna se registran entre las mujeres cuya ocupación se clasifica como “administradoras del hogar”. Este hecho remite, de manera indiscutible, a la situación de desprotección e inequidad que muchas mujeres enfrentan, así como al papel de las estructuras de dominación que perpetúan la falta de atención a sus necesidades.

Al interpretar la realidad social de la mortalidad materna, también se evidencia, como señala Viveros Vigoya (2009), una naturalización de las experiencias corporales que atraviesan las mujeres durante el embarazo. Desde esta línea teórica, se comprende que las situaciones críticas de salud se entrecruzan con factores biológicos y sociales que, en muchos casos, son minimizados o ignorados. Esto puede derivar en un seguimiento inadecuado por parte de los centros de salud, asociado al riesgo inherente de la gestación y, en última instancia, del parto.

El hecho de que las muertes de las mujeres que se dedican como administradoras del hogar y la posición que se supone que debe tener las mujeres en la sociedad en una “esfera del hogar” o espacio privado, que refuerza la vulnerabilidad y el silencio de todas las muertes que viven en ese proceso de maternidad. La no atención no solo en el aspecto de salud, sino más bien, el silencio en general de las investigaciones de estos casos, el de las familias y todos aquellos que se vinculan con las madres que pierden la vida. Al igual que sufren la invisibilización de su trabajo como administradoras del hogar, lo sufren como víctimas de las muertes, dejándolas con mayor vulnerabilidad ante un sistema patriarcal que toma decisiones por ellas forzándolas a ciertas circunstancias.

El control de la sexualidad y las diferentes manifestaciones de la violencia hacia la mujer se percibe desde el hecho que algunas mujeres tienen una situación socioeconómica

privilegiada, que no las exime de la imposición de un sistema patriarcal, pero sí está en contraposición de las mujeres que viven con recursos limitados y ocupaciones que no satisfacen económicamente al menos sus necesidades personales inmediatas o de salud. Y según lo expuesto de las estructuras de dominación y disciplinarios, se ven implicados tanto el sistema público de salud costarricense para brindar la atención, como el inconveniente de un fácil acceso a la salud pública. Destacándose el poder hegemónico donde interioriza ese discurso naturalizado de la mujer en su posición de la esfera doméstica con actitudes y características que se espera que cumplan, y por último el interpersonal, donde en su cotidianidad y quehaceres las hace culpabilizarse por no rendir lo suficiente ni como madres, trabajadoras y/o esposas/novias.

Según lo que se menciona desde el interseccionalismo, el hecho de que las mujeres que deseen trabajar tengan menos probabilidades de encontrar trabajo es un reflejo de una violencia patriarcal, bloqueándole un derecho fundamental. No obstante, para las que están integradas en ámbito laboral y las condiciones de estas, como el salario e incluso el tipo de trabajo, las coloca nuevamente en un estado de desventaja en la sociedad, para la toma de decisiones o deseos en su vida personal. En consecuencia, la educación tiende a homogenizar el currículo escolar como si la caracterización de las mujeres según diferencias culturales y territoriales fuesen las mismas para todas, dificultando un acceso satisfactorio equivalente a su forma de vida, cultura y su realidad social.

Teniendo claro ese panorama con las diversas condicionantes vinculadas en la experiencia de las mujeres y según lo expuesto por la teoría de la interseccionalidad, se observa una estructura de dominación que genera una violencia y discriminación a las mujeres que se encuentran en condición de maternidad, entrecruzándose variables donde aumenta la vulnerabilidad, siendo el factor socioeconómico muy relevante.

Por lo tanto, según los últimos datos expuestos por el INEC, se puede deducir la violencia hacia las mujeres, donde es su cuerpo el lugar donde se ejerce la violencia y opresión. Estas

mujeres habitan cuerpos que son violentados por falta de atención, indiferencia en sus necesidades, estructuras socioeconómicas que las sitúa en situaciones de vulnerabilidad al punto de causar la muerte, convergiendo factores económicos, educativos, culturales y sociales en la obtención de un buen servicio de salud e importancia de su posición como mujer ante una sociedad que ha sido permeada por la discriminación y la desigualdad social.

Referencias

- Al Adib et al. (marzo del 2017). La violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Vol.34. Costa Rica.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-104.pdf>
- Antolinez Ruiz, P y Lafaurie Villamil, M (2017). Estrés y sobrecarga laboral durante el embarazo: experiencias médicas del sector asistencial en Bogotá.
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n1/v22n1a07.pdf>
- Arteaga Aguirre, C. et al. (2021). Identidad, maternidad y trabajo. Un estudio entre clases sociales en Chile. Revista de Ciencias Sociales, 34(48), 155-173.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/racs/v34n48/1688-4981-racs-34-48-155.pdf>
- Arteaga Aguirre, C. y Abarca Ferrando, M (2018). Tensiones limitantes y estrategias de género en mujeres trabajadoras de grupos medios, obreros y populares en Chile. Estudios de Género de El Colegio de México. <https://www.scielo.org.mx/pdf/riegcm/v4/2395-9185-riegcm-4-e288.pdf>
- Barrantes Valverde, K y Cubero Cubero, K. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. Revista Wmblu, p. 12-49.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942668.pdf>
- Blanco, C. (2024, 11 de enero). Caja Costarricense del Seguro Social.
<https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=211011120409>
- Borbón Ojeda, M. (2021). Hogares liderados por mujeres y por hombres: el uso del tiempo y las desigualdades. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/eys/v26n59/2215-3403-ey-26-59-48.pdf>

- Cabnal, L. (2010). Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. En *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*, España: ACSUR-Las Segovias.
- Cabnal, L. (2018). Tzk'at, Red de Sanadoras Ancestrales del Feminismo Comunitario desde Iximulew-Guatemala. <https://www.ecologiapolitica.info/tzkat-red-de-sanadoras-ancestrales-del-feminismo-comunitario-desde-iximulew-guatemala/>
- Canevari, C. y Priscila B. (2019). Los laberintos de la violencia patriarcal. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fhcsys-unse/20210806113111/Los-laberintos-violencia.pdf>
- Cecilia Santiago, L. et al (2015). Violencia obstétrica y perspectiva de género: la recomendación 3/2015 de la CDHDF. Revista electrónica de investigación aplicada en derechos humanos de la CDHDF. México.
- <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revista-metodhos/article/download/31195/28163>
- Centro Centroamericano de Población. (s.f). Mortalidad Materna. Demografía Centro Centroamericano de Población. https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia_03/materia/6_mortalidad.htm
- Chamy, V., Crdemil, F., Betancour, P., Matías, R. y Leighton, L. (2009). Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n6/art03.pdf>
- Colombo, C., Ynoub, R., Veneranda, A., Iglesias, C. y Viglizzo, M. (2006). Violencia familiar contra la mujer, en las etapas del embarazo, parto y puerperio: La mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. *Revista Argentina de Sociología*, 4(7), 73–99. Universidad de Buenos Aires. <https://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v4n7/v4n7a04.pdf>
- Collins Hill y Sirma Bilge. (2016). *Interseccionalidad*. Ediciones Morata S.L. España
- <https://es.scribd.com/document/687738658/Interseccionalidad-Hill-Collins-y-Bilge#page=13>

- Dahuabe Osorio, A. (2020). Impacto de la maternidad sobre la fuerza laboral femenina en Chile. [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/183239/Tesis%20-%20Dahuabe%20Osorio%20Antonia.pdf>
- Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948. Asamblea General en su resolución 217 A (III). https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- De La Garza Jiménez, A. (Enero-Junio, 2023). Hallazgos de violencia obstétrica en los centros de salud de Costa Rica: Investigación basada en un análisis de percepciones de mujeres usuarias de la CCSS. Revistas UNED, Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/re/v22n45/2215-454X-re-22-45-241.pdf>
- Flórez Estrada, M. (2000). Desempleo es de 63,4% en las mujeres que tienen al menos un hijo. Resultados de la encuesta continua de Empleo. Semanario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/pais/desempleo-es-de-634-en-las-mujeres-que-tienen-al-menos-un-hijo/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). Cero Muertes Maternas: Evitar lo evitable. <https://lac.unfpa.org/es/cero-muertes-maternas-evitar-lo-evitable-0>
- Gallardo Echenique, E. et al. (2015). Violencia intrafamiliar. Guía de detección de violencia intrafamiliar. Acacia. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a17.pdf/1000>
- González Pacheco et al. (2010). Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. 4(1), 60-66. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101h.pdf>
- Gutiérrez, M. (2007). Género, Familias y Trabajo: Rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política. CLASCO. [http://www.cedoh.org/Biblioteca_CEDOH/archivos/00877%20GENERO%20FAMILIAS%](http://www.cedoh.org/Biblioteca_CEDOH/archivos/00877%20GENERO%20FAMILIAS%20)

20Y%20TRABAJO%20RUPTURAS%20Y%20CONTINUIDADES%20DESAFIOS%20PARA%20LA%20ONVESTIGACION%20POLITICA.pdf

Hernández Garre, J. y Echeverría Pérez, P. (2016). Sociología del Parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”. *Revista Internacional de Sociología*. 74. <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/639/720>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). Mortalidad materna y su evolución reciente 2021. Noviembre 2022, San José. https://admin.inec.cr/sites/default/files/2023-01/replacdefEV_2021A_mortalidad%20materna%20y%20su%20evolución%20reciente.pdf

Lagarde, M. (2005). Los cautiverios de las mujeres: madres esposas, monjas, putas, presas y locas, coordinación general de estudios de Postgrado/facultad de Filosofía, UNAM, México.

https://documentcloud.adobe.com/gsuiteintegration/index.html?state=%7B%22ids%22%3A%5B%220B0eSNzKvGUMNRDNxVmxvRFJ5enM%22%5D%2C%22action%22%3A%22open%22%2C%22userId%22%3A%22112589653896922327107%22%2C%22resourceKeys%22%3A%7B%220B0eSNzKvGUMNRDNxVmxvRFJ5enM%22%3A%220-qUIIAxEHfZxu8_HaUQ469A%22%7D%7D

Núñez Chacón, M. (2023, 16 de agosto). 43,7% de las madres costarricense son jefas del hogar. *El Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/437-de-las-madres-costarricenses-son-jefas-de-hogar/>

Organización Mundial de la Salud. (22 de febrero 2023). Mortalidad materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Internacional de Trabajo. (2022). Informe Mundial sobre Salarios 2022-2023. El impacto de la inflación y de la COVID -19 en los salarios y el poder adquisitivo. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@public/documents/publication/wcms_862574.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2028). Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo:

Avance global sobre las tendencias del empleo femenino 2018. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. <https://www.ilo.org/es/publications/perspectivas-sociales-y-del-empleo-en-el-mundo-avance-global-sobre-las>

Organización Panamericana de la Salud (2023). Cero muertes maternas. Evitar lo evitable.

<https://www.paho.org/es/campanas/cero-muertes-maternas-evitar-lo-evitable>

Organización Panamericana de la Salud (8 marzo 2023). OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe.

<https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>

Organización Mundial de la Salud (23 de febrero 2023). Nuevos datos muestran importantes retrocesos para la salud materna en muchas partes del mundo y subrayan enormes

disparidades en el acceso a la atención de salud. <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>

Organización Mundial de la Salud (marzo, 2021). Violencia contra la mujer.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Panamericana de la Salud (2005). Muertes Maternas y violencia intrafamiliar contra las mujeres: repasando la salud materna en los objetivos de Desarrollo del Milenio. Unidad de Género, Etnia y Salud.

<https://www3.paho.org/Spanish/AD/GE/MM-violencia-MDGs.pdf>

Patró Hernández y Limiñana Gras (junio del 2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltradas. Vol. 21. España.

https://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf

Quirós Rodríguez, E. (2003). El impacto de la violencia intrafamiliar: transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de Costa Rica, C.R.

<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a17.pdf/1000>

Rivera Conde, G. (2017). Políticas de salud materna en México y Chile: Desarrollo de la partería profesional para la mejora de la atención obstétrica. FLACSO México. https://flacso.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1026/330/1/Rivera_G.pdf

Rojas, M. y García C. (marzo, 2023). Igualdad de género y empoderamiento de la mujer en Costa Rica: avance y desafíos. FLACSO, Políticas Públicas de igualdad de género en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI, 81-110.

<https://www.flacso.org/sites/default/files/2023-03/Libro-FLACSO-III-informe-DIGITAL.pdf>

Sandoval Carvajal, I. y Cordero Cordero, S. (24 de noviembre 2022). Opiniones y percepciones de las mujeres amas de casa. Revista Estudios. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjG8p_vvLqDAXZkyYFHTmLBFwQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.ucr.ac.cr%2Findex.php%2Festudios%2Farticle%2Fdownload%2F53326%2F53725%2F229321&usg=AOvVaw2bYuile3Nnnz2G3x6o7xL6&opi=89978449

Solé y Parella (2004). “Nuevas “expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales “exitosas.” Revista Española de Sociología, (4), 63–81. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64943/39353>

Vega Montiel, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. Política y cultura, (28), 181-200. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018877422007000200008&lng=es&tlng=es

Viveros Vigoya, M. (2023). Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario. CLACSO. Biblioteca Masa Crítica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248817/1/Interseccionalidad.pdf>

Viveros Vigoya, M. (2009). La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual en Vergara, F. (1a ed.) Descolonizando mundos. Aportes

intelectuales negras y negros al pensamiento social colombiano. (2017). pp. 569-590.

<https://biblioteca->

[repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/16572/1/Descolonizando_mundos.pdf](https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/16572/1/Descolonizando_mundos.pdf)

Rodríguez, G. (8 de marzo 2023). Campaña llama a la acción para reducir la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA Costa Rica. [https://costarica.unfpa.org/es/news/campaña-llama-la-acción-para-reducir-la-mortalidad-materna-en-américa-latina-y-el-caribe](https://costarica.unfpa.org/es/news/campa%C3%B1a-llama-la-acci%C3%B3n-para-reducir-la-mortalidad-materna-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe)

Conclusiones Generales

Se reconoce el esfuerzo en general de las instituciones públicas en la recolección de datos sobre salud, derechos sexuales y reproductivos para el acceso público, sin embargo, se señala lo siguiente:

1. Se evidencia un desconocimiento del manejo de los datos por parte de las instituciones públicas encargadas de recopilar los registros de salud (MINSA y CCSS), pues no tienen la información disponible para la consulta pública. Además, no hay claridad con relación a la información que debe brindar cada institución y existe una desvinculación entre estas.
2. No hay una actualización constante de los datos por parte de las entidades de salud; el tiempo de respuesta de las personas encargadas es muy extenso o nulo, puede tardar hasta dos meses. No todo el personal responsable está capacitado para atender a las personas usuarias, lo cual obstaculiza las investigaciones, la generación de políticas y la toma de decisiones acertadas.
3. Se identifica que las bases de datos disponibles en las instituciones estatales carecen de variables que complejicen y contribuyan a las investigaciones cuantitativas desde una perspectiva sociológica y feminista interseccional, por ejemplo, no se considera raza, etnia, identidad de género, población intersexual como variables para la generación y el análisis de datos.
4. Se evidencia una prevalencia histórica de exclusión en el acceso a la salud pública, la cual se refleja en este estudio (2000-2023), permitiendo reconocer esta discriminación institucionalizada en las mujeres, y se observa específicamente en relación con las zonas geográficas, nivel de instrucción, por accesibilidad de recursos, entre otros.
5. Con respecto al cáncer de mama, este se ha mantenido desde el 2005 hasta la actualidad, siendo el cáncer más mortal para las mujeres a nivel nacional. Las medidas que se están tomando desde la gestión de salud pública no son suficientes para la detección temprana y la disminución de la mortalidad. Es necesario estudiar el cáncer de mama desde un

análisis de la salud más complejo, que involucre determinantes como el género, la clase social, las condiciones económicas de las mujeres en diferentes partes del territorio nacional, para comprender y abordar las desigualdades que vivencian las mujeres desde esta enfermedad.

6. En lo que respecta al cáncer de cérvix, se destaca que las desigualdades regionales, si existen, el cáncer de cérvix no puede verse únicamente desde el sexo de nacimiento, es integral, se vivencia de diferente manera según la región en la que se reside, Chorotega, Huetar Norte o Región Central. Se observa que son menos los diagnósticos y tratamientos menos invasivos, o incluso la oportunidad de seguir con vida.
7. Se identifica que la pandemia por COVID-19 si tuvo un impacto importante en la detección temprana y el tratamiento por cáncer de cérvix. Los datos permiten identificar que las restricciones de movilidad, el miedo al contagio y la saturación del sistema de salud fueron de obstáculo en el acceso a servicios de salud preventivos como el Papanicolau y la atención médica preventiva.
8. Por último, la edad es vital y la educación temprana en salud sexual salva vidas. Las mujeres mayores de 40 años son las más afectadas por esta enfermedad, el acceso a métodos anticonceptivos y la realización periódica de pruebas de detección como el Papanicolaou a lo largo de toda la vida no solo prevendría el cáncer de cérvix, la información es un derecho y una responsabilidad brinda el acceso a este servicio como oportuno para todas las personas.
9. Los derechos sexuales y reproductivos en la salud pública exponen la discriminación histórica sobre la salud pública, pues a pesar de los grandes avances sobre información de enfermedades y métodos de prevención de estas, aún es indispensable que las instituciones estatales encargadas de velar por el bienestar humano desarrollen métodos más efectivos para cubrir a la mayor parte de la población y en especial a la población

más vulnerable, en situaciones de riesgo. Los derechos sexuales y reproductivos tienen que ser universales y proteger a todas las personas por igual sin excepción.

10. Con relación a la mortalidad materna, las mujeres viven una situación de discriminación, opresión y falta de atención ante las necesidades de llevar una maternidad segura, que disminuya el riesgo de la mortalidad, según los factores de riesgo expuestos que tienen en común como la ocupación, el cantón de residencia y el IDH y Género. Cabe destacar que uno de los hallazgos más importantes en cuanto a la mortalidad materna es que las cifras más altas corresponden a las mujeres con ocupación de Administradoras del Hogar, bajo un escenario de desprotección e inequidad de la sociedad para atender las situaciones que ellas afrontan.

Limitaciones de la Investigación

1. Contar con las bases necesarias en conocimientos estadísticos y de aplicaciones para el análisis de datos, lo que dificulta la interpretación y manejo de información cuantitativa, herramientas cada vez más necesarias en contextos profesionales e investigativos como lo fue en este caso; requiriendo una curva de aprendizaje en el proceso de la realización de esta investigación.
2. Limitaciones en el área de investigación cuantitativa desde la malla curricular de sociología. La Escuela de Sociología de la Universidad Nacional no cuenta con cursos dedicados a la aplicación de bases de datos cuantitativas, como SPSS, PSPP, Excel, y otros. Además, no hay incorporación de diferentes herramientas actualizadas como Power BI, Python, programas de datos georreferenciados.
3. La poca accesibilidad a la información actualizada de fuentes principales, así como el tiempo de respuesta de las instituciones, por ejemplo, con MINSA y la CCSS, dónde sus respuestas requerían de semanas o incluso un mes para ser respondidas, las respuestas en ocasiones no estaban relacionadas a la consulta, escalaban a otras personas funcionarias, significando el mismo procedimiento, o hasta eran negativas, y también en

ocasiones no hubo respuestas. Lo que limitó el alcance de la investigación debido al período que está determinado para la elaboración de la etapa de diseño, revisión y ejecución del Trabajo Final de Graduación (TFG).

4. Limitaciones de recursos económicos para el asesoramiento con profesionales en estadística de salud, compra y capacitación para aplicaciones tecnológicas y datos que requieren de una inversión económica importante.
5. Limitación de tiempo del equipo de investigadoras para la realización del TFG a causa de las jornadas laborales demandantes y la diversidad de horarios de trabajo por parte de cada una, lo que dificultaba espacios de reunión grupal y avances del trabajo de investigación.
6. Limitación en el análisis de la investigación, pues las variables presentadas por las instituciones no permiten una construcción de indicadores interseccionales, por la falta de estas categorías en las bases de datos. El REDATAM del INEC limita el cruce a tres variables y un espacio para filtro, además, se utilizan diferentes degradaciones (regiones de planificación, provincias, cantones) dependiendo de la institución a la cual se consulta, lo que imposibilita la comparativa de datos entre las instituciones.

Recomendaciones

1. Que las instituciones encargadas de salud como el MINSA, la CCSS y el INEC den un valor agregado a la recopilación de datos, permitiendo que la construcción contemple variables desde la interseccionalidad para su complejización, respondiendo y reflejando la realidad social.
2. Que el MINSA, la CCSS y el INEC dispongan siempre con estadísticas actualizadas para la consulta pública, que las plataformas sean de fácil acceso y de consulta rápida, transparente y agradable para las personas usuarias. Además de sostener una comunicación y articulación de datos entre ellas, en los sitios de internet oficiales y respetando la política de datos abiertos.

3. Los poderes del Estado costarricense, Legislativo, Ejecutivo y Judicial deben considerar la información de salud actualizada para la generación de políticas públicas asertivas y su ejecución a nivel operativo.
4. El Estado debe garantizar y exigir el derecho a la información para todas las personas, y las entidades garantes de salud y educación deben ser una fuente de confianza y seguridad para la población.
5. En la misma línea del derecho a la información, se requiere invertir en investigación dentro de las instituciones de salud, como reinstaurar la ENSSR.
6. Ofrecer herramientas estadísticas actualizadas, así como profundizar en la aplicación de los contenidos de los cursos de investigación cuantitativa que imparte la carrera de sociología de la Universidad Nacional de Costa Rica. Asimismo, ofrecer cursos de actualización profesional en metodologías cuantitativas a las personas egresadas de la carrera.

Referencias

- Alvarado Arce, E., Granados Granados, W. y Velázquez Rojas, L. (2021). Las Unidades Sanitarias: un modelo ejemplar en la evolución histórica de la salud pública en Costa Rica. *Revista Médica. Universidad de Costa Rica*, 15(2), 36-60. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/48823/48520>
- Barquero Melchor, H. y Delgado Rodríguez, M.J. (2017). Cáncer de mama en Costa Rica: Investigaciones publicadas en los últimos 60 años. *Revista Crónicas Científicas*. 5(5), 6-9. <https://www.cronicascientificas.com/images/ediciones/edicion5/05-02cancermama.pdf>
- Barraza, D., Robles, A., Ulloa, E., Sánchez, N., Silva-Peñaherrera, M., Benavides, FG. et al. (2020). Perfil nacional de condiciones de empleo, trabajo y salud de las personas trabajadoras. Costa Rica (2015-2019). IRET-UNA http://www.saltra.una.ac.cr/images/SALTRA/Documentacion/SerieSaludTrabajo/Documentos/saludAmbienteyTrabajo_39.pdf
- Bolaños Villalobos, A.M. (2022). *Madres por decreto: gestar, parir y criar. Un análisis de roles y discursos presentes en la vida cotidiana de las mujeres en torno a la maternidad, con perspectiva de género en el año 2021*. Universidad Nacional.
- Briceño León, R. (2008). Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina. *Revista Española de Sociología*, (3), 69-85. <http://www.fodonto.uncuyo.edu.ar/upload/briceno-sociologia-de-la-salud-en-a-l2.pdf>
- Cabnal, L. (2010). *Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala*. En *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*, España: ACSUR-Las Segovias.
- Cabnal, L. (2018). Tzk'at, Red de Sanadoras Ancestrales del Feminismo Comunitario desde Iximulew-Guatemala. <https://www.ecologiapolitica.info/tzkat-red-de-sanadoras-ancestrales-del-feminismo-comunitario-desde-iximulew-guatemala/>

- Casallas Murillo, A.L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario*, 15(3), 397-408.
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- CEPAL. (2023). ¿Qué es Redatam? REDATAM.
- Chávez Díaz, A., Gómez González, MP. y Torres López, T. (2020). Representaciones sociales del cáncer de mama: una comparación de mujeres con diagnóstico reciente y mujeres sanas. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 51-67.
<https://www.redalyc.org/journal/1332/133263700004/html/>
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2022). Jornada del Día Mundial Contra el Cáncer de Mama. <https://medicos.cr/web2/especialistas-senalan-urgencia-de-actualizar-estadisticas-en-cancer-de-mama/>
- Consejo de la Persona de la Política Pública de la Persona Joven. (2018). *Tercera Encuesta Nacional de Juventudes: informe de principales resultados*. Primera edición.
<https://cpj.go.cr/tercera-encuesta-nacional-de-juventudes-2018/>
- Contraloría General de la República. (2023). *Encuesta Nacional de percepción de los servicios públicos, con énfasis en la educación salud y ciudades 2023*. Costa Rica 2024.
<https://sites.google.com/cgr.go.cr/finanzasintegradas/rendicion-de-cuentas/encuesta-nacional-2023>
- Espinosa Miñoso, Y. (2012). ¿Por qué es necesario un feminismo descolonial? Diferenciación, dominación co-constitutiva y fin de la política de identidad”. Texto sin publicar presentado en la conferencia del mismo nombre en la Universidad Nacional de Colombia.
<https://www.redalyc.org/pdf/325/32530724004.pdf>
- Espinosa Miñoso, Y., Gómez Correal, D. y Muñoz Ochoa, K. (Eds.). (2014). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Universidad del Cauca.

- Espinosa Miñoso, Y. (2020). La interseccionalidad de Crenshaw: entre sus contribuciones críticas, el compromiso con las mujeres negras y su pragmática liberal. *Feminismos jurídicos, interpelaciones y debates*.
- Flansburg, S. (2000). *Los derechos sexuales y derechos reproductivos, concepciones de algunas mujeres costarricenses*. Universidad Nacional de Costa Rica.
- Franco Marina, F., López-Carrillo, L., Keating, N. L., Arreola-Ornelas, H. y Knaul, F. M. (2015). Breast cancer age at diagnosis patterns in four Latin American Populations: A comparison with North American countries. *Cancer epidemiology*, 39(6), 831-837. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26651442/>
- Frenk Mora, J. (2016). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica. Primera edición electrónica. <https://play.google.com/books/reader?id=IV-DAAAQBAJ&pg=GBS.PT8&hl=es>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, G. y Baptista Lucio, MP. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Sexta Edición. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, I. (2014). *Violencia de género. Una mirada desde la sociología*. Editorial Científico-Técnica. <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000059.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). Instructivo personal entrevistador. Encuesta Nacional de Hogares. <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-nacional-hogares?filtertext=INSTRUCTIVO#:~:text=ENAHO%202019.-,Instructivo%20personal%20entrevistador.%20Encuesta%20Nacional%20de%20Hogares,-.> <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-mujeres-ninez-adolescencia-2018?page=2>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (Noviembre de 2022). *Mortalidad materna y su evolución reciente 2021*. Costa Rica. <https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022->

[11/repoblacdefEV_2021A_mortalidad%20materna%20y%20su%20evolución%20reciente_0.pdf](#)

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). Encuesta Nacional de Hogares. <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/encuestas/encuesta-nacional-hogares>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2023). Infografía. Día mundial contra el cáncer. 2023. <https://inec.cr/busqueda?searchtext=mortalidad%2520por%2520cancer&page=2>

Madrigal Ureña, A., Mora Rosenkranz, B. (2018). Generalidades de cáncer de mama para médico general. *Medicina Legal de Costa Rica*, 35(1). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100044

Mena, M. (28 de octubre de 2022). 606 pacientes de la CCSS están en lista de espera por una biopsia para detectar cáncer de mama. *El Observador*. <https://observador.cr/606-pacientes-de-la-ccss-estan-en-lista-de-espera-por-una-biopsia-para-detectar-cancer-de-mama/>

Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Salud de las mujeres en Costa Rica. Un análisis desde la perspectiva de género*. <https://www.binasss.sa.cr/genero1.pdf>

Ministerio de Salud. (2011). Análisis de situación: propósito, enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de sexualidad. https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/salud_mujeres.pdf

Ministerio de Salud et al. (2012). *Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas*. Un análisis a partir de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Costa Rica 2010. https://censos.ccp.ucr.ac.cr/documentos/cr/VSRSP-AENSSSR_CR10.pdf

Ministerio de Salud. (2021). 427 mujeres fallecieron en el 2020 producto del cáncer de mama. Dirección de Vigilancia de la Salud.

- <https://www.ministeriodesalud.go.cr/ministeriodesaludbk/index.php/noticias/noticias-2017/1132-costa-rica-no-bajara-la-guardia-contra-el-zika>
- Muñoz Solano, D. (18 de Agosto de 2021). Un millón de trabajadores carecen de seguro de riesgos del trabajo y 800.00 están sin seguro de salud. *Semanario Universidad*, Universidad de Costa Rica. <https://semanariouniversidad.com/ideasdebates/>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Salud Sexual: Definiciones. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Perfiles del cáncer cervicouterino en los países: En Costa Rica*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-cri-2021-country-profile-es.pdf?sfvrsn=1957bf53_21&download=true
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (Febrero de 2017). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. Evaluación y recomendaciones. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud-Costa-Rica-Evaluación-y-Recomendaciones.pdf>
- Picado Herrera, L. I. y Fonseca Hernández, R. G. (Ed.). (2020). Marco conceptual y enfoques en la promoción de la salud en Costa Rica. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 30(2) <http://www.revistas.una.ac.cr/derechoshumanos>
- Quirós Rojas, I. (2015). El programa de prevención de cáncer de cérvix en Costa Rica. <https://ecancer.org/en/journal/article/578-the-cervical-cancer-prevention-programme-in-costa-rica/pdf/es>
- Real-Infante, A., Thureauux-Vives, L. y López-Cardero, L. (2011). Una reflexión epistemológica en torno a la sociología de la salud. *Santiago*, (124), 230+.

<https://link.gale.com/apps/doc/A308294278/IFME?u=anon~795fda34&sid=googleScholar&xid=d43f8663>

Reforma de Ley General de Salud de 1973, para proteger a la mujer embarazada, antes, durante y después del parto. Artículo 12.

https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=90748&nValor3=119665&strTipM=TC

Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. (3 de diciembre de 1996). *Reglamento del Seguro de Salud*. Sistema costarricense de Información Jurídica. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&strTipM=TC

Rivera-Chavarría, A. y Calderón-Céspedes, A. (2022). Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa. *Población y Salud en Mesoamérica*, 20(1). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v20n1/1659-0201-psm-20-01-353.pdf>

Rosero, L. (1984). *Las políticas socioeconómicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense. Asociación Demográfica Costarricense, Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica*. (pp. 37-59). San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense. https://roserobixby.com/RoseroBixby/Publicaciones_files/122.pdf

Rovira, P. S. (2009). *Más allá de la enfermedad: Problematizando los significados alrededor del cáncer de cérvix*. Universidad Nacional de Costa Rica.

Sáenz Madrigal, MR., Ortiz Barboza, A., Gutiérrez Miranda, M., Bermúdez Madriz, JL. y Monge Hernández, C. (2011). *Perspectiva epidemiológica y socio institucional del cáncer de mama en Costa Rica*. Centro de Estudios Generales, Universidad Nacional (UNA). <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Perspectiva%20epidemiol%C3%B3gica%20y%20socio%20institucional%20del%20c%C3%A1ncer%20de%20mama%20en%20Costa%20Rica.pdf>

- Salas Méndez, M. y Ramírez Calderón, M.F. (2020). *Características Biológicas, Sociales, Educativas y de la Atención Obstétrica de las mujeres que presentaron muerte materna: Un análisis desde el enfoque de las tres demoras, Costa Rica*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/82825/Tesis.%20Mortalidad%20materna.%20Ma%20Fernanda%20Ram%c3%adrez-%20Marilyn%20Salas.%20KERWA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sandoval Carvajal, I., Pernudi Chavarría, V., Solórzano Alfaro, N., Hartley Ballesteros, M., Bustos Vásquez, A. L. y Padilla Vargas, R. (2013). *Salud: Retos presentes para un futuro posible*.
<https://repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/7238/8-Salud%20retos%20presentes%20para%20un%20futuro%20posible.pdf?sequence=1>
- Santamaría Ulloa, C., Montero López M., Quesada Leitón, H. y Quirós Rojas, I. (2022). Inequidades en la detección temprana del cáncer de cérvix: una realidad en la población. *Población y Salud en Mesoamérica. Centro Centroamericano de Población*. 19 (2).
<https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2023/psmv19n02art00598-1.pdf>
- Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Editorial Traficantes de sueños.
- Universidad de Costa Rica. (2018). *Hablemos de sexualidad: Informe de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*.
<https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2018/informe-2daencuesta-2015.pdf>
- Viveros Vigoya, M. (2006). *Saberes, Culturas y Derechos Sexuales en Colombia*. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, CLAM. Centro de Estudios Sociales, CES. Primera Edición.
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/3119/01PREL01.pdf?sequence=15&isAllowed=y>
- Viveros Vigoya, M. (2009). *La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual* en Vergara, F. (1a ed.) *Descolonizando mundos. Aportes*

intelectuales negras y negros al pensamiento social colombiano. (2017). pp. 569-590.

<https://biblioteca->

[repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/16572/1/Descolonizando_mundos.pdf](https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/16572/1/Descolonizando_mundos.pdf)

Viveros Vigoya, M. (2023). *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. CLACSO. Biblioteca

Masa Crítica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://biblioteca->

[repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248817/1/Interseccionalidad.pdf](https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/248817/1/Interseccionalidad.pdf)

Zapata Boluda, R.M. y Gutiérrez Izquierdo, M. I. (2016). *Salud sexual y reproductiva* (Vol. 50).

Universidad

Almería.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zq2SCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=sal>

[ud+sexual+y+reproductiva&ots=X6G3ca7_7F&sig=IjpXrDJ23PZmW9eKX86liOeHlg#v=](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zq2SCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=salud+sexual+y+reproductiva&ots=X6G3ca7_7F&sig=IjpXrDJ23PZmW9eKX86liOeHlg#v=onepage&q=salud%20sexual%20y%20reproductiva&f=false)

[onepage&q=salud%20sexual%20y%20reproductiva&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zq2SCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=salud+sexual+y+reproductiva&ots=X6G3ca7_7F&sig=IjpXrDJ23PZmW9eKX86liOeHlg#v=onepage&q=salud%20sexual%20y%20reproductiva&f=false)

Anexos

Operacionalización de Objetivos

Objetivo general: Analizar desde un enfoque de género los principales indicadores sobre acceso a la salud sexual, salud reproductiva y salud mental presentes en estudios estadísticos en Costa Rica durante el período 2000-2023.					
Objetivo específico	Dimensión o constructo	Categoría o variable	Indicador	Técnica	Insumos para el instrumento
1.Examinar la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama de mujeres en Costa Rica, en relación con las variables de sexo, edad y cantón, de las bases de datos del INEC, del MINSA y de la CCSS, durante el período 2000-2023.	Mortalidad por cáncer de mama según: Incidencia Edad quinquenal Cantón Acceso que tienen las mujeres a mamografías en la CCSS.	Sexo Edad Mortalidad Incidencia Cantón Mamografías	Cantidad de casos de cáncer de mama detectados por año. Cantidad de casos de cáncer de mama detectados por edad quinquenal por año. Cantidad de casos de cáncer de mama detectados por año por cantón. Cantidad de muertes por cáncer de mama por año. Cantidad de muertes por cáncer de mama por edad quinquenal por año. Cantidad de muertes por cáncer de mama por cantón por año. Cantidad de mamografías realizadas por la CCSS.	Cruce de variables de bases de datos: INEC Ministerio de Salud Registro Nacional de Tumores Estadísticas de la CCSS Análisis de cruce de variables.	¿El aumento de la mortalidad por cáncer de mama en los últimos años está relacionado con el acceso insuficiente para la detección temprana que se realiza a nivel nacional? ¿Cómo se comporta la mortalidad en relación con la incidencia de casos de cáncer de mama en el país? ¿Cómo se comportan la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama por provincia y cantón?
2. Problematizar la incidencia en el diagnóstico y muerte por cáncer de cérvix durante el periodo 2017	Medidas cuantitativas de factores que influyen en el diagnóstico temprano de mujeres, como edad, región, ingreso de la	Número de tamizajes, número de papanicolau, número de muertes, edad de	Incidencia de diagnóstico por cáncer de cérvix. Acceso a diagnóstico temprano.	Revisión documental y de bases de datos.	¿La reducción en las tasas de incidencia por muerte de cáncer de cérvix están relacionadas con la

al 2023 en mujeres de Costa Rica, en relación con los grupos etarios y las regiones.	población y mortalidad.	las personas, ingreso, región de residencia.	Mortalidad por cáncer de cérvix. Índice de diagnóstico por región y edad.		ubicación geográfica?
3. Analizar el comportamiento e incidencia de los derechos sexuales y reproductivos en las adolescentes de 15 a 19 años, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSSR), Costa Rica, 2015.	El acceso a la información sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva que tienen las mujeres que influyen en la detección temprana de enfermedades, así como el derecho a una salud sexual y reproductiva sana	Uso de métodos conceptivos, estado civil, edad de las mujeres y su primera relación sexual, escolaridad, roles sexuales, lugar de residencia, uso del tiempo, servicios de salud, atención prenatal y violencia sexual.	Factores que inciden en las adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años en sus prácticas sexuales y reproductivas relacionadas al derecho a la salud y una sexualidad informada.	Análisis de datos de las encuestas nacionales sobre salud sexual y salud reproductiva 2010 y 2015, tercera encuesta nacional de juventudes 2018.	¿El derecho al acceso de información sobre sexualidad en las adolescentes y jóvenes de 15 a 19 incide en la decisión con respecto a la prevención de violencia sexual, enfermedades y roles sexuales? ¿De qué derechos a la salud gozan las mujeres de 15 a 19 años en Costa Rica?
4. Contrastar las relaciones estadísticas entre la ocupación, la zona de residencia y el Índice de Desarrollo Humano, respecto al crecimiento en la mortalidad materna en Costa Rica en el periodo del 2018 al 2021.	Factores como la ocupación, cantón de residencia y el IDH que se relacionan con la mortalidad materna	Cantón de residencia Ocupación IDH Violencia	Cantidad de muertes relacionadas con la edad y ocupación. Cantidad de muertes maternas según cantón Estudio del tema de la violencia obstétrica e intrafamiliar	Revisión de estadísticas nacionales. Revisión de estudios realizados anteriormente en Costa Rica sobre la mortalidad materna	¿Cuál fue su situación ocupacional y en las mujeres que presentaron muerte materna? ¿El cantón de residencia puede afectar tomando en cuenta el IDH? ¿La violencia obstétrica y familiar es considerada en los estudios de la muerte materna?