

MINISTERIO DE SALUD

POLITICA NACIONAL DE SEXUALIDAD

2010-2021

II PARTE

Análisis de Situación; Propósito,
Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de
Intervención de la Política de Sexualidad



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



306.7
C8375a

Costa Rica. Ministerio de Salud
Análisis de situación: propósito, enfoques, asuntos críticos y áreas de
intervención de la política de sexualidad. —
1ª. ed. — San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2011.

46 p.; 27x21 cm.

ISBN 978-9977-62-099-2

1. SEXUALIDAD. 2. POLITICAS DE SALUD. 3. COSTA RICA.
I. Título

MINISTERIO DE SALUD

POLITICA NACIONAL DE SEXUALIDAD

2010-2021

II PARTE

Análisis de Situación; Propósito,
Enfoques, Asuntos Críticos y Áreas de
Intervención de la Política de Sexualidad



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Créditos

María Luisa Ávila Agüero. Ministra de Salud.

Ana Cecilia Morice Trejos. Viceministra de Salud.

Rosanna García González. Directora General de Salud.

Andrea Garita. Directora Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las acciones en Salud.

Alejandra Mora. Defensoría de la Mujer de la Defensoría de los Habitantes.

Tatiana Cartin. Ministerio de Educación. Dirección de Promoción y Protección de Derechos.

Daria Suarez. Centro de Investigación y promoción para América Central de Derechos Humanos CIPAC.

Laura Sánchez. Fondo de Población de Naciones Unidas.

Oscar Valverde. Fondo de Población de Naciones Unidas.

Grupo Intersectorial de trabajo

Alejandra Acuña. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las acciones en Salud. Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud.

Edda Quirós. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las acciones en Salud. Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud.

Yadira Fernández. Ministerio de Salud. División Técnica de Rectoría de la Salud.

Aportes técnicos a la Política

Soledad Díaz.
Margarita Murillo.

San José, Costa Rica. Marzo 2011

Ilustración de portada: Ruth Angulo
Diagramación: Iván Pacheco H.
Impresión: Diseño y Artes Amón
Fotos: Archivo de UNFPA. Costa Rica. 2011

Índice

| | |
|--|----|
| I. Presentación | 1 |
| II. Introducción | 2 |
| III. Análisis de situación | 3 |
| Propósitos, Enfoques, Asuntos críticos y Áreas de intervención de la Política de Sexualidad | 16 |
| IV. ¿Cómo se construyó esta Política de Sexualidad? | 17 |
| V. Propósito de la Política de Sexualidad | 20 |
| VI. Enfoques que orientan esta Política | 21 |
| VII. Asuntos críticos frente a la garantía del derecho a vivir una sexualidad | 24 |
| VIII. Áreas de intervención de la Política | 29 |
| IX. Lineamientos de Política y sus Estrategias | 30 |
| Bibliografía | 41 |

I. Presentación

Reconocer que el ejercicio de una sexualidad segura, informada y en corresponsabilidad es un derecho fundamental en salud, es un imperativo público.

Si la salud es un bien de interés público, la vivencia de una sexualidad integral será también un bien esencial y por consiguiente deberá ser responsabilidad del Estado la formulación de políticas públicas que la promuevan y garanticen.

Respondiendo a esta responsabilidad como Ministerio de Salud estamos presentando esta Política de Sexualidad que esperamos facilite articular los esfuerzos de los diferentes actores sociales claves responsables de garantizar y respetar el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud.

Esta Política de Sexualidad se encuentra dividida en dos partes. El primer documento reúne el marco conceptual y normativo que orienta esta Política y este segundo documento contiene un análisis de situación relacionado con diferentes aspectos de la sexualidad, así como el propósito, enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política.

Sabemos que nos enfrentamos a un gran desafío: promover y garantizar el derecho a una sexualidad integral que abarque sus diferentes determinantes y que trascienda el paradigma de un abordaje biologista, basado en la atención del daño a la salud y centrado en la genitalidad, hacia un abordaje integral, basado en la promoción de la persona, que se enfoque en la búsqueda de relaciones de igualdad, respeto y cuidado mutuo.

Tenemos claro que enfrentar este desafío requiere de un cambio de enfoque de las organizaciones públicas y privadas y un abordaje intersectorial y para ello es necesario unir esfuerzos e identificar con claridad las responsabilidades.

Somos muchas las instituciones y organizaciones que queremos asumir este reto con la vida y para la vida y la construcción colectiva de esta Política de Sexualidad es a una prueba de ello.



Dra. María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud

II. Introducción

En los últimos 30 años se han generado importantes avances en el reconocimiento del derecho a vivir una sexualidad segura, placentera y corresponsable gracias a la voz que han levantado diferentes grupos en la defensa de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y a una importante indagación psicológica, sociológica y antropológica, a investigaciones biomédicas, a la vigilancia epidemiológica y al trabajo clínico.

Asimismo el surgimiento de la pandemia de VIH y un mayor reconocimiento respecto del impacto de otras Infecciones de transmisión sexual llevó a la humanidad entera a reconocer lo importante que era centrarse en facilitar las condiciones para la promoción de cambios de comportamiento que llevara a la vivencia de una sexualidad integral.

Es incuestionable que la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva es fundamental para la consecución de la salud y el bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible y, más específicamente, para la ejecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) por esta razón ha sido colocada en el marco internacional y en los países como de central atención para la garantía del derecho a vivir.

Es tarea del Estado intervenir en aquellas áreas que se consideran éticamente inaceptables y que ocasionan riesgos, enfermedad y muerte a grupos de población particulares, en este sentido sabemos que negar el derecho a una sexualidad integral puede convertirse en un grave obstáculo para el bienestar de las personas.

Adoptar estrategias que promuevan una sexualidad segura, informada y corresponsable no se relaciona sólo con brindar información, garantizar el acceso a los servicios de salud o la atención de infecciones de transmisión sexual. Tiene que ver con facilitar en las mujeres y en los hombres el fortalecimiento de su autonomía y de un sentido de solidaridad y cuidado mutuo.

Una Política de sexualidad debe promover el derecho de todas las personas a contar con información y servicios que les facilite la toma de decisiones.

Necesitamos procesos de reflexión y construcción de nuevas formas de vivir la sexualidad, donde la discriminación, la desigualdad y la violencia no tengan cabida. Necesitamos procesos de reflexión sobre la forma en que por acción o por omisión contribuimos a que se viole el derecho de las personas a recibir información adecuada que contribuya a que vivan con calidad.

Urge revisar nuestros propios prejuicios, estereotipos, temores y dudas e identificar estrategias de cambio que faciliten convertirnos en promotores/as y defensores/as del derecho a SER PERSONAS y vivir una sexualidad solidaria y desde el cuidado mutuo.

Esta Política de Sexualidad pretende contribuir desde un enfoque de derechos humanos, igualdad de género y diversidad, a que todas las personas sin discriminación tengan el derecho a una sexualidad que lleve a relaciones más justas, afectivas, equitativas, de respeto y de crecimiento mutuo.

III. Análisis de Situación



A continuación se señalan algunos aspectos de la situación del país en materia de sexualidad que sustentan la identificación de las prioridades a abordar.

Según el INEC, la población de Costa Rica para el año 2008 es de 4 451 205 habitantes, el 51 % hombres y el 49% mujeres un 26% de la población lo constituyen personas menores de 15 años y un 6,2% personas mayores de 64 años.

Los cambios en el comportamiento de la mortalidad, la fecundidad han impactado el crecimiento y la estructura poblacional del país. El aumento de la población sigue experimentando una tendencia hacia la desaceleración, esta conducta surge por el incremento en el número de personas adultas mayores que se dio en el siglo pasado, producto de la disminución en el número de nacimientos y de la mejora en la esperanza de vida, dando origen a un decrecimiento en las poblaciones jóvenes (INEC, 2008).

Esto hace que la razón de dependencia demográfica sea de 60 personas dependientes por cada 100 personas en edad productiva. Mientras que la tasa de discapacidad indica que 53 de cada mil habitantes del país posee alguna discapacidad permanente física, mental o sensorial.

Estos cambios en la estructura de edades afectan el perfil epidemiológico del país y por tanto la demanda de servicios de salud.

La población de las y los adultas(os) mayores y personas con discapacidad, es un grupo que no ha sido tomado en cuenta en las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva, desconociendo sus necesidades y derechos a la sexualidad y reproducción. Asimismo, los programas y servicios existentes no son accesibles, es decir, no pueden ser comprendidos, leídos o escuchados por todas las personas.

Sin embargo, una de las mayores novedades e innovaciones de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSR, 2010) la constituye la inclusión de las personas adultas mayores (hasta los 80 años) en la muestra. Así pues, por primera vez en Costa Rica se tienen datos respecto a la salud sexual y la salud reproductiva de las personas adultas mayores.

Con respecto a las relaciones sexuales con penetración vaginal, el 95,4% y el 94,2% de los hombres y mujeres respectivamente, entre los 61 y 80 años reportan haber tenido relaciones sexuales de este tipo alguna vez en la vida. En cuanto a la edad a la que se tuvo su primera relación sexual con penetración vaginal, para los hombres entre 61 y 80 años esta primera relación se dio a los 17,8 años, en promedio; mientras que para las mujeres en ese mismo rango de edad, el promedio de edad es de 20 años.

En cuanto a otras prácticas sexuales como la masturbación, ante la pregunta de si se ha masturbado alguna vez, un 80,1% de los

hombres entre 65 y 69 años respondió afirmativamente mientras que de las mujeres en el mismo rango de edad, sólo el 7,6% lo ha hecho. Lo mismo sucede para el rango de edad entre 70 y 74 años (hombres: 76,4%; mujeres: 5,1%) y el de 75 a 80 años (hombres: 59,5%; mujeres: 7,6%). Los datos demuestran como esta es una práctica sexual más común en hombres que en mujeres y cuya brecha entre géneros es mayor entre las personas adultas mayores pues el promedio general de la muestra de la Encuesta (entre 15 y 80 años) es de 84,7% para los hombres y 23,4% para las mujeres.

Siempre en el tema de la masturbación, cuando se consulta por la edad a la cual las personas se masturbaron por primera vez, los hombres entre los 61 y los 80 años lo hicieron en promedio a los 13,64 años y las mujeres a los 22,85 años.

Estos elementos demográficos, desde la perspectiva de la sexualidad, deben ser abordados tomando en cuenta la condición etárea y los diferentes aspectos culturales, de estigma o de prácticas culturales de acuerdo al género, que se traducirá en la posibilidad o no de vivir un bienestar sexual en cada grupo poblacional.

Fecundidad

En el 2008 se registraron 75.187 nacimientos en el país siendo la tasa bruta de natalidad 16,89 nacimientos por cada 1 000 habitantes.

La tasa global de fecundidad durante este período es de 1,95 por cada 100 personas manteniéndose la tendencia a la disminución, sin embargo en los últimos dos años, la tasa muestra un comportamiento más estable, cercano a dos hijas e hijos por mujer. Indicando esto que el país se encuentra en un nivel de fecundidad menor que la tasa de reemplazo que es de 2,1 hijos e hijas al final del período fértil (INEC, 2008).

La mayoría de los nacimientos son partos que se presentan en mujeres jóvenes entre 20 y 29 años y los datos reflejan una disminución significativa en la fecundidad según grupos de edad. Sin embargo, los embarazos durante la adolescencia (menores de 20 años) presentan menor disminución que otros grupos de edad.

Se tiene que el grupo de mujeres de 20 a 29 años aporta para el año el 55,47% del total de nacimientos, mientras que el grupo el de 15 a 19 años aumenta su aporte porcentual alcanzando un 20,18%.

Es importante destacar que 1633 nacimientos corresponden a madres menores de 15 años lo que representa el 2.2 % del total de nacimientos del país, que posiblemente está evidenciando está ocultando un grave problema de violencia sexual contra estas niñas (INEC, 2008).

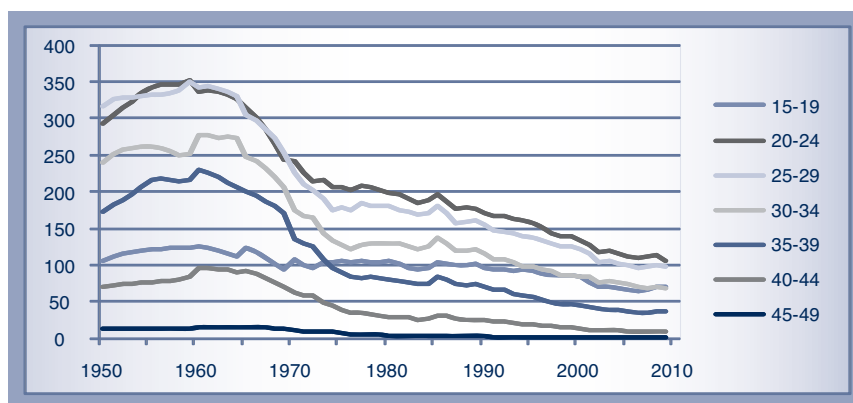
El 99% de los nacimientos del 2008 se dio en los centros hospitalarios del país, un 15,9% de estos nacimientos contaban con paternidad no reconocida (Ministerio de Salud, 2009).

De acuerdo con datos del Censo de Población del 2000, existen diferencias importantes en la fecundidad de las mujeres en edad fértil dependiendo de su grado de escolarización, su inserción al aparato productivo, si tienen acceso a los programas de salud reproductiva o materno-infantil y según otros aspectos relacionados con el nivel socioeconómico. Entre mayor sean las

brechas de inequidad que viven las mujeres más alta es su fecundidad

El cuadro 1 muestra las tendencias de las tasas específicas de fecundidad en el país de 1950-2009 y se puede ver el comportamiento que a lo largo de estos años ha tenido la fecundidad.

Cuadro 1
Tendencias de las tasas específicas de fecundidad.
Costa Rica, 1950-2009



Fuente: Estimación y ajuste de INEC y CCP/UCR

Tasa global fecundidad
(N° hijos por mujer)

1960= 7,1
1970= 4,8
1980= 3,6
1990= 3,2
2000= 2,4
2009= 1,9

Reducción 1960 al 2009:
- 5,2 hijos por mujer

Por otra parte Costa Rica observa una proporción de población indígena menor al 2%. Las mujeres indígenas de 12 años y más que declararon haber tenido hijos/as vivos/as tienen en promedio 5,84 hijos/as cuando no tienen ningún grado de instrucción, mientras que se acercan más al promedio nacional cuando hay mayor instrucción (2.42 cuando el nivel educativo es universitario o parauniversitario). Censo de Población (2000)

Esto también está relacionado con el lugar de residencia, ya que en las mujeres indígenas que viven en territorio indígena, este promedio es de 4.1 hijo/as por mujer, 3.5 si viven en la periferia indígena y 3.1 en el resto del territorio del país. Censo de Población (2000).

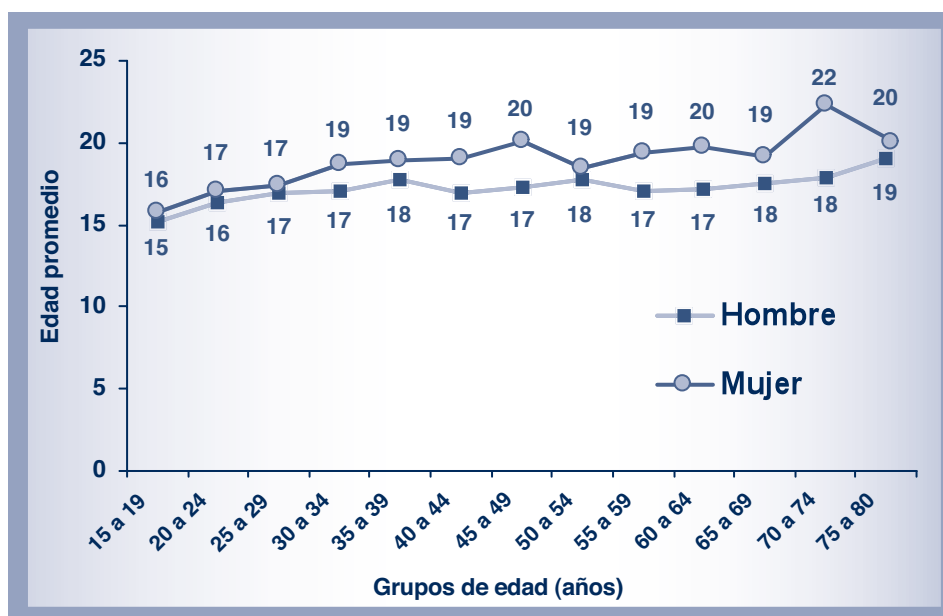
Es claro que el espacio geográfico define un espacio cultural y de condiciones de vida y acceso a servicios diferenciado.

Actualmente se observa un importante vacío de información que de cuenta de la situación de los hombres en el tema de sexualidad y reproducción en las estadísticas relacionadas con el tema, lo que refleja la tendencia tradicional de ver solamente en las mujeres relacionada con los aspectos reproductivos. Un ejemplo de esto es la ausencia de estadísticas sobre aspectos masculinos en el embarazo de adolescentes. Se debe ampliar esta perspectiva y evaluar estadísticamente la edad de los hombres, el tipo de relación que se establece y las situaciones de abuso de poder que podrían estar relacionados con el embarazo.

Según la más reciente Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSR, 2010), cuando se valora la relación

sexual con penetración vaginal, y tal como es de esperar, el porcentaje de personas que ha tenido este tipo de relación sexual aumenta con la edad, llegando al máximo punto en el grupo de 30 a 34 años para ambos sexos. Aunque la diferencia es de un porcentaje pequeño, el sexo con penetración vaginal es más frecuente en los hombres para la mayoría de los grupos de edad y para el total por sexo. Cabe destacar además que, en general, la primera de las relaciones sexuales con penetración vaginal ocurre, en el caso de los hombres, alrededor de un año antes en relación con las mujeres. (ver Cuadro 2).

Cuadro 2
Edad promedio de inicio de relaciones sexuales según grupo de edad y sexo. *

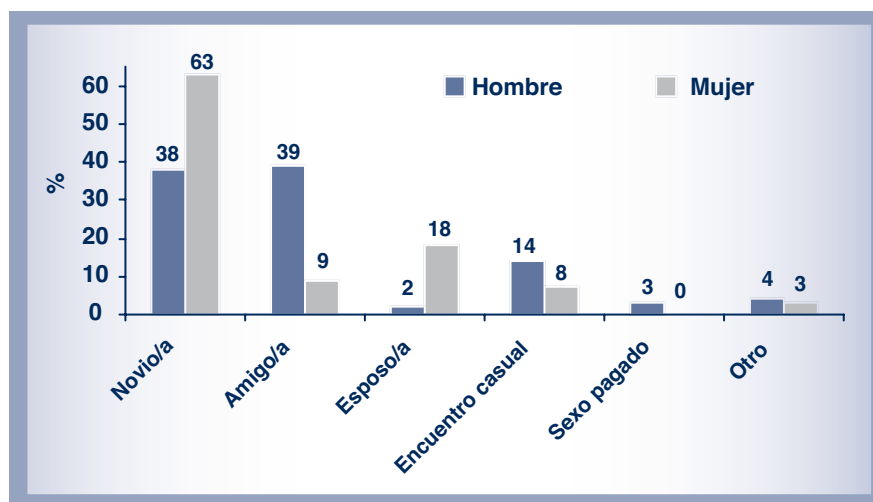


Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010

* Relación sexual con penetración vaginal

Además, la Encuesta muestra que tanto hombres como mujeres tienen su primera relación con penetración vaginal entre los 15 y los 16 años y con su novia/o y con algún amigo/a. Esto nos alerta y confirma la necesidad de contar con espacios de educación de la sexualidad para las diferentes etapas del ciclo de vida. (ver Cuadro 3).

Cuadro 3
Porcentaje de hombres y mujeres según relación con pareja con quien iniciaron relaciones sexuales*.



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

* Relación sexual con penetración vaginal

La encuesta también muestra que si bien ambos tienen su primera relación con penetración vaginal con una pareja de mayor edad, esta diferencia de edad es bastante mayor en el caso de las mujeres. Mientras los hombres estarían teniendo esta primera relación con una pareja en promedio 2,3 años mayor, en el caso de las mujeres la diferencia llega a ser de hasta 4,8 años. Además, mientras la diferencia de edad entre los hombres y su primera pareja tiende a disminuir, en el caso de las mujeres se mantiene e incluso aumenta levemente.

En lo referente a la masturbación, la ENSSR 2010 muestra que el 84,7% de los hombres sí se han masturbado alguna vez; mientras que sólo el 23,4% de las mujeres lo han hecho. Dichas diferencias se mantienen entre ambos sexos para todos los grupos de edad. Así mismo, cuando se consultó sobre la edad a la que se masturbó por primera vez, para todos los grupos de edad, la edad de los hombres es menor que la de las mujeres; aumentando la diferencia conforme aumenta la edad.

En cuanto a fecundidad, los resultados de la ENSSR 2010 muestran que tanto hombres como mujeres estarían teniendo un promedio de alrededor de 3 hijos(as). Sin embargo, tal como es de esperar, este promedio aumenta con la edad. Además, los hombres presentan un promedio de hijos tenidos levemente mayor al de las mujeres. La población migrante dentro de la población joven del país representa un 7.14%, es decir son 115 281 personas jóvenes entre 15 y 35 años. Las personas jóvenes migrantes son en su mayoría de nacionalidad nicaragüense, representan un 68,7% del total de jóvenes migrantes. Sobresale en más de un 10% la presencia de jóvenes de nacionalidad colombiana.

Es vital contar con políticas que garanticen el derecho al ejercicio de una sexualidad segura, informada y corresponsable para todas las personas migrantes sobre todo aquellas que se encuentran en situación irregular que los y las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad.

Uso de Métodos Anticonceptivos

En una sociedad igualitaria, en la que los hombres y las mujeres se relacionan sabiéndose uno y otro titulares de los mismos derechos y responsabilidades las acciones dirigidas a promover el uso de métodos anticonceptivos deben dirigirse a ambos con el fin de formar, educar y prevenir.

Las encuestas nacionales de fecundidad y salud reproductiva señalan que existe un alto porcentaje de conocimiento sobre anticoncepción en el país. La última Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

(2010) confirma lo anterior pero además innova pues al incluir a hombres en su muestra, nos permite tener información respecto a ese grupo poblacional, que las anteriores encuestas no permitían.

Según los resultados de esta última Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSR, 2010), el conocimiento respecto a los métodos de planificación familiar en Costa Rica tanto en hombres como en mujeres es universal. Desde 1966, el 100% de las mujeres entrevistadas, tanto unidas como no unidas, conocía al menos un método anticonceptivo. En el 2010, el 100% de los hombres unidos y no unidos indicó conocer al menos un método de planificación familiar.

Los anticonceptivos orales y los condones masculinos son los métodos anticonceptivos más conocidos, tantos por hombres como por mujeres, con valores cercanos al 100%; seguidos por los anticonceptivos inyectables y el DIU. Cabe destacar que tanto para las mujeres como para los hombres no unidos, el porcentaje de personas que conocen del DIU es significativamente mayor que las mujeres y hombres unidos. Además, es notable el aumento de conocimientos respecto a la Anticoncepción de Emergencia, en comparación con la Encuesta de 1999: en esta ocasión, es un 62% en promedio de los hombres y mujeres unidas.

En cuanto a la prevalencia en el uso actual de métodos anticonceptivos, la ENSSR 2010 muestra que en mujeres en unión fue de 82,1% y de 81,8% para hombres en unión. El porcentaje para el caso de las mujeres en unión es muy similar al mostrado en la Encuesta de 1999.

El método anticonceptivo de mayor uso, tanto para hombres como para mujeres en unión es la esterilización femenina (28,8% y 29,6% respectivamente), lo cual significa un aumento del 14,7% respecto a la reportada en 1999. En segundo lugar se muestran los anticonceptivos orales con un 21% en mujeres y un 18,1% para los hombres. El tercer método de mayor prevalencia es diferente para los hombres y para las mujeres; siendo los anticonceptivos inyectables para las mujeres con un 9,3% (lo cual significa un aumento del 3,4% con respecto a la Encuesta de 1999) y los condones masculinos para el caso de los hombres con un 11,8%.

Con respecto a la Encuesta de 1999, algunos métodos anticonceptivos muestran disminuciones significativas tales como el DIU que pasó de un 6,9% en 1999 a un 3,3% en el 2010. Por su parte, el condón masculino con 8,9% el cual presenta una disminución sistemática en el uso desde 1992, cuando presentaba una prevalencia del 15,7%. Finalmente, el uso de métodos naturales presenta una disminución importante para el caso del ritmo, que pasó de 6,0% en 1999 a menos de un 1% en el 2010.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud, 2007, el 76,1% de las personas jóvenes de Costa Rica, es decir 1 227 514 jóvenes han tenido relaciones sexuales y un 23,5% no han iniciado aún su vida sexual. Al explorar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 24 años, vemos que el 54,4% hacen uso del preservativo, un 32,8 % de las pastillas, los métodos naturales son usados en

un 1%, los métodos quirúrgicos en un 3% y otros métodos en un 14,2%.

Una situación similar a la de las mujeres se presenta con los métodos anticonceptivos más usados por los hombre en el grupo de 15 a 24 años, el 48,6% usa condones, el 39,1% pastillas, el 1,8% métodos quirúrgicos, un 0,7% de métodos naturales y un 13,5% otros métodos (Encuesta Nacional de Juventud, 2007).

Paradójicamente, se sabe que la mayor limitante en la responsabilidad reproductiva la presenta el varón al no usar el condón. Asimismo la mujer se ve limitada ante la presión que debe ejercer sobre su pareja para que utilice este método como protección para ella frente a ITS/VIH/sida. Aunado a esto, otros servicios de salud pública no ofrecen el condón femenino como una alternativa posible.

Entre otros aspectos, una educación integral de la sexualidad debe promover que se rompan los mitos relacionados con el uso del condón masculino y femenino, es necesario vincular el uso del condón no solo con la prevención de infecciones de transmisión sexual o prevención del embarazo, hay que vincularlo también con el derecho a la vida, la salud, el bienestar, el juego y el placer sexual.

Desde este punto de vista, interesa evaluar no sólo el aumento en el uso del método, sino también la educación que se posee o no hacia el placer sexual en hombres y mujeres, buscando que además de la anticoncepción, mejore la calidad del vínculo afectivo, así como la toma de decisiones de ambos, con respecto a la concepción o anticoncepción.

Morbilidad y Mortalidad asociada a la sexualidad y a la salud reproductiva

En los últimos años se ha desarrollado mucha evidencia desde las investigaciones, que reconocen que las probabilidades de tener conductas sexualmente riesgosas son mayores en los hombres que comparten las creencias tradicionales sobre la masculinidad, que los lleva a comportamientos no saludables para definir su virilidad, que en aquellos que han cuestionado esos roles tradicionales.

Este cuadro evidencia que estas infecciones de transmisión sexual tienen rostro

masculino, aunque podríamos preguntarnos ¿qué está pasando con las parejas de estos hombres? ¿Conocerán ellas o ellos de esta situación? ¿Contarán con recursos para prevenir que se infecten también?

También es necesario preguntarse por la situación de las mujeres que aquí aparecen infectadas. ¿Qué paso en sus vidas? ¿Cómo se infectaron? ¿Con qué recursos contaban para negociar el uso de un condón? ¿Será posible para muchas de ellas y ellos tener acceso y negociar el uso de un condón si estuvieran en medio de la coerción, manipulación y violencia?

Cuadro 4
Infecciones de Transmisión Sexual

| Infecciones | Casos | Mujeres | Incidencia (tasa por 100mil hab) | Hombres | Incidencia (tasa por 100mil hab) |
|--------------------|-------|---------|----------------------------------|---------|----------------------------------|
| Sífilis | 1495 | 734 | 33,5 | 761 | 33,7 |
| Gonorrea | 1260 | 202 | 9.2 | 1058 | 46.8 |
| VIH/SIDA | 263 | 60 | 2,7 | 203 | 9,0 |
| Hepatitis B | 166 | 53 | 2,42 | 113 | 5,00 |
| | | | | | |

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadística. 2008

No es posible centrarse sólo en las condiciones biológicas para explicar lo que facilita o no adquirir una infección de transmisión sexual, es urgente mirar el impacto que tiene la posición y situación que ocupan socialmente las mujeres y hombres y en el caso del VIH y sida el impacto del estigma y la discriminación frente a la diversidad sexual, como factores centrales en la extensión del riesgo de infección y la capacidad de protegerse a sí mismos/as eficazmente.

¿Cuántas barreras creadas por la condición de género y la forma de vivir la sexualidad están viviendo estos hombres y mujeres? ¿Cuántas barreras creadas frente al uso del condón, resultado de factores socio-culturales y religiosos estarán enfrentando? ¿Cuánto está la violencia intrafamiliar y sexual extrafamiliar impidiendo el ejercicio de una sexualidad segura y en corresponsabilidad? ¿Cuánto el consumo de alcohol y drogas facilita tener relaciones sexuales sin protección de un condón? ¿Cuánto del estigma y la

discriminación por orientación sexual y otras formas de expresión de la identidad sexual está convirtiéndose en un obstáculo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual?

VIH y sida

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

En el año 2008 se reportaron 263 casos de VIH. La principal vía de transmisión es la sexual (84.2%). Y según el “Estudio de seroprevalencia de VIH y sífilis en hombres que tienen sexo con hombres del Gran Área Metropolitana” (2009), el mayor número de los casos registrados pertenecen al sexo masculino (203 casos).

El comportamiento del VIH por edades muestra variaciones entre los grupos de edad: los(as) niños(as) de de 0 a 9 años son el grupo de menor riesgo, en este caso la incidencia depende de la transmisión madre-hijo; luego el grupo de 10 a 14 años en el que tampoco se reportaron casos. A partir de los 15 años la incidencia aumenta exponencialmente hasta el grupo de 20 a 34 años, donde se presenta la mayor cantidad de casos. A partir de los 35 años los casos tienden a descender.

Para el 2008, la relación hombre/mujer (H/M) fue de 4,5:1 lo que indica que por cada 4,5 casos de VIH en hombres hay una mujer con VIH.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida)

Tanto para el VIH como para el sida, las dos provincias que presentan las incidencias más altas fueron San José y Guanacaste.

El comportamiento del sida por edades muestra variaciones entre los grupos de edad: en primer lugar los(as) niños(as) de de 0 a 19 años es el grupo de menor riesgo, en el cual no se reportaron casos, a partir de los 20 años la incidencia presenta un incremento hasta el grupo de 45 a 49 años. El grupo de 40 a 44 fue en donde se presentaron la mayor cantidad de casos. A partir de los 50 años los casos tienden a descender.

El 81.82% de casos de sida registrados pertenecen al sexo masculino y la razón hombre/mujer fue de 4,50:1. El comportamiento por sexo es similar al del VIH, en donde el sexo masculino es el que aporta la mayor cantidad de casos.

Mortalidad por sida

Para el año 2008 se registraron 133 (2.99 /100.000 habitantes) muertes por sida. Las provincias que tienen las tasas más altas de mortalidad fueron: Puntarenas, Guanacaste, Cartago y San José.

El sexo más afectado fue el masculino: 76.7% la mortalidad en el sexo masculino se registra a partir del grupo de 20 años. Los grupos más afectados fueron los de 30 a 54 años.

En el sexo femenino la mortalidad se registra a partir del grupo de 15 años; el grupo de edad en donde se registra la mayor cantidad de muertes fue el de 40 a 44 años.

Los años de vida potencial perdida (AVVP) muestran el impacto de la mortalidad por sida, como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o fallecimientos prematuros. Para el año 2008 los AVVP para el sexo masculino fueron 3.957 años y para el sexo femenino 1.352 años. Este comportamiento muestra que el mayor número de personas que mueren en forma prematura a causa del sida son del sexo masculino (Ministerio de Salud, 2009).

Mortalidad materna

Por su evitabilidad la mortalidad materna ha sido catalogada como un condicionante que demuestra la inequidad social, así como la muestra más trágica de las desventajas que viven importantes sectores femeninos. Organismos de Naciones Unidas se refieren

a este grave problema de salud pública como un indicador de la baja prioridad social otorgada a un problema que afecta solo a las mujeres.

La mortalidad materna es un indicador de desarrollo social muy sensible, dado que una buena cantidad de las muertes por embarazo, parto y puerperio son prevenibles mediante el diagnóstico y tratamiento oportunos.

La razón de mortalidad del país para el 2008, fue de 3.33 mujeres fallecidas por cada diez mil nacidos vivos, que corresponde a 25 casos de muerte materna. Las provincias de San José, Limón y Cartago ostentan el mayor registro de casos, significando el 64,00% de las muertes maternas para ese año.

Para el año 2008, se tiene que las causas de muerte materna corresponden más a padecimientos crónicos de la madre y que se agravan con la condición de embarazo. Las primeras cuatro causas de muerte; a saber, las enfermedades del sistema circulatorio, otras enfermedades especificadas relacionadas con el embarazo, pre eclampsia severa y enfermedades del sistema digestivo, concentran el 56 por ciento de las muertes maternas registradas (INEC, 2008). También se debe tomar en cuenta que no ha habido variación significativa en la mortalidad materna, lo que implica una revisión profunda de esta situación y una comparación con países con esperanza de vida similar a la de Costa Rica.

Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es de 8,95 niños y niñas menores de un año fallecidos por cada mil nacimientos en el 2008. Esto significa que por cada mil nacimientos dejaron de morir aproximadamente 3 niños o niñas menores de un año.

En términos absolutos, ello significa que de enero a diciembre ocurrieron 75157 nacimientos y 673 muertes infantiles.

Del total de muertes de menores de un año, las de mayor relevancia son las defunciones neonatales, es decir, las ocurridas en los primeros 28 días de vida

La mortalidad infantil por causa señala que las afecciones originadas en el período perinatal (52,9%) y las malformaciones congénitas (31,80%) concentran el mayor porcentaje de defunciones, juntas aportan para el 2008 el 84,70% de las causas de mortalidad infantil, aumentando en un punto porcentual con respecto al año anterior. (INEC, 2008).

Hay tres provincias que registran una TMI mayor al indicador nacional, las cuales son: Limón (10,50) , Guanacaste (9,63) y Puntarenas (9,38) por cada mil nacimientos. Por otra parte, la provincia de Heredia (7,56) registra la menor tasa de mortalidad infantil comparada con la tasa nacional (8,95).

Se mantiene el comportamiento del pasado; es decir, una TMI a nivel nacional más alta en los niños (9,62), que en las niñas (8,24), patrón que se repite en las provincias, menos en San José, Cartago y Alajuela (INEC, 2008).

La mortalidad infantil ha disminuido significativamente en los últimos diez años. Dentro de la mortalidad infantil también se observa disminución en la mortalidad neonatal.

La violencia sexual

El Ministerio Público según título del Código Penal y leyes especiales indica haber recibido 5643 denuncias sexuales en el 2008 (MIDEPLAN, 2008).

A pesar de su relevancia, la información existente evidencia un gran subregistro por ser una situación que no siempre es denunciada o registrada, lo que impide conocer su verdadera magnitud e incidencia.

La tasa por delitos sexuales se incrementó en un 36.6% del año 1987 a 1999. En 1990 se reporta una tasa de 52.3 personas afectadas por delitos sexuales por 100,000 habitantes, lo que se incrementa a 111 por 100,000 habitantes en el 2001. Se pasó de 48,284 denuncias en 1991 a 112,829 en el 2001. En el 2005, dieciséis mujeres murieron por violencia intrafamiliar y cinco por violencia sexual.

En nuestro país, el Instituto Nacional de la Mujer aporta datos del año 2007 recogiendo 6.845 casos declarados de abusos, acosos y agresiones sexuales, de los cuales el 55,9% de ellos son agresiones con o sin penetración. En el mismo año se denunciaron 6.904 casos contra la libertad e identidad sexual, y por otra parte, la demarcación de la Guardia Civil ha declarado a 15.537 mujeres víctimas de prostitución en 2007, donde el 98.24% de ellas son extranjeras.

La violencia intrafamiliar y la violencia sexual extrafamiliar tienen rostro de mujer y es claro que se convierte en uno de los más graves obstáculos para su desarrollo integral y el ejercicio de una sexualidad integral, segura, placentera y amorosa. Es importante recordar que el costo económico, para la salud y la sociedad es enorme si no se interviene y acompaña a estas mujeres en la construcción de un nuevo proyecto de vida que les facilite asumir su derecho a una vida y una sexualidad integral.

El costo de la discriminación

El estudio sobre suicidio en población LGBT (lesbianas, Gay, bisexuales y población transexual) realizado Suarez y Madrigal (2000) evidencia el grave daño que genera en esta población la discriminación que reciben por su orientación sexual o por la expresión de su identidad sexual. Esta discriminación tiene graves consecuencias para su vida y su salud sobre todo si se ha generado tempranamente en el lugar del que se esperaba cuidado y protección: el hogar.

Según los resultados del estudio, un 42% de los hombres gays que llenaron la encuesta conocen a alguien que se ha intentado quitar la vida y un 29% conoció a alguien que logró hacerlo y las razones que los hicieron tomar esa decisión fueron: infección de VIH, infidelidad de la pareja y miedo al rechazo familiar y/o social, tanto en mujeres como hombres.

El 40% de los hombres de la encuesta refieren haber tenido alguna vez ideas suicidas, un 22% lo había intentado una vez y no habían recibido atención psicológica luego del intento. El 25% comentó estar dispuesto a volverlo a intentar en caso de repetir la situación que los motivó en ese primer intento.

En el caso de la población lésbica, la mayor dificultad manifestada fue el hecho de tener que vivir una doble vida (58%), es decir la tensión y problemas emocionales que les causa tener que ocultar ante sus familias, amigos/as y trabajo su orientación sexual. Otra dificultad que enfrenta la población lesbica es la falta de espacios de socialización (11%) y el no reconocimiento legal (6,7%). De las mujeres encuestadas 42% conocía a otra lesbiana que intentó cometer suicidio y un 13% conoció alguien que lo concretó. En el caso, más personal, un 18% de ellas había tenido pensamientos suicidas, un 11% había intentado suicidarse una vez, y un 60% de ellas lo había intentado en más de una ocasión.

La discriminación consolida la creencia de que se es “malo/a” y que eso hará que no merezca un buen futuro; no permite que tengan una noción de ser sujetos de derechos; crea un clima de miedo y pérdida de confianza en las capacidades de control sobre la vida y la salud; impide que se busque información por miedo a ser discriminados/as y puede generar que se asuman conductas de hostilidad y poca empatía hacia otros como reacción a la violencia recibida (Quirós, Suárez & Madrigal, 2002).

Propósito, Enfoques, Asuntos críticos y Áreas de intervención de la Política de Sexualidad



IV. ¿Cómo se construyó esta Política Nacional de Sexualidad 2010-2021?



Fotografía: Archivo de UNFPA, Costa Rica, 2011

El documento de la Política Nacional de Sexualidad, que aquí se presenta corresponde a un documento ampliamente consultado y consensado. El proceso participativo de construcción y validación de esta Política ha sido liderado por la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, del Ministerio de Salud, quien convocó a un Grupo de Trabajo Intersectorial e Interinstitucional conformado por la Defensoría de los Habitantes (Defensoría de la Mujer); el Ministerio de Educación Pública (MEP); el Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Para la construcción, consulta y validación de la Política Nacional de Sexualidad, se realizaron 2 talleres. En cada uno de los talleres participaron aproximadamente 50 personas representantes de 30 instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, entre las que se encuentran: Bitransg; Movimiento VIH y sida; Colectiva por el Derecho a Decidir; MULABI; Asociación Demográfica Costarricense; Centro de Investigación y promoción para América Central de Derechos Humanos/CIPAC; Paniamor; Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica; Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; Fundación PROCAL; Instituto Nacional de las Mujeres/NAMU; Direcciones y Unidades del

Nivel Central del Ministerio de Salud (Rectoría de la Salud, Planificación Estratégica, Mercadotecnia de la Salud, entre otras); Patronato Nacional de la Infancia, Consejo de la Persona Joven; Ministerio de Educación; Instituto Estudios de la Mujer/IEM de la Universidad Nacional; Agenda Política de Mujeres; Asociación de Mujeres en Salud/AMES; Defensoría de los Habitantes de la República; Caja Costarricense del Seguro Social; CEFEMINA; Instituto WEM de Masculinidad; Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH y sida/ICW; La Sala, MULABI, Alianza de Mujeres costarricenses; Alforja; CENDE-ROS; Iniciativas Juveniles, Fútbol por la Vida y Defensa Internacional de niños y niñas.

En el primer taller se identificaron desde la perspectiva de las diferentes organizaciones y grupos los asuntos críticos, problemas, situaciones prioritarias o aspectos relevantes sobre los que era necesario intervenir, prevenir o reducir con esta Política.

La identificación de esos asuntos críticos facilitó la definición de las grandes áreas sobre los que la Política iba a priorizar, para luego definir para cada una de ellas sus lineamientos de política y luego sus estrategias para el período comprendido 2010-2021.

También se realizaron consultas específicas facilitadas por la organización CIPAC y el Ministerio de Salud (del grupo intersectorial conductor del proceso) con la Red Deser (Red Nacional de defensa y Promoción de los derechos sexuales y reproductivos)¹, con representantes de grupos transexuales y representantes de mujeres trabajadoras sexuales del Proyecto La Sala.

La consulta a con la Red Deser se realizó para revisar los lineamientos de Política y las estrategias definidas en los 2 talleres anteriores y de los que se derivó un documento borrador de la Política. En esta consulta participaron algunas de las organizaciones que la conforman (PROCAL, ADC, AMES, ALFORJA, WEM y CIPAC). De igual forma varios/as representantes de la Red ya habían participado activamente en los dos talleres de elaboración y consulta organizado por el Ministerio de Salud.

También se realizaron consultas específicas con grupos vulnerabilizados. Por una parte, se trabajó con el Proyecto La Sala, que trabaja en el empoderamiento de trabajadoras sexuales, con el objetivo de revisar todo el documento aunque focalizando su análisis en el trabajo sexual remunerado de personas adultas. Otra consulta específica realizada se realizó con la población transexual por medio de las agrupaciones Transvida y MULABI.

Por último se realizó una consulta con la Red de ONG's que trabajan en Sida donde hubo representación de albergues para personas con VIH, organizaciones de jóvenes y organizaciones que trabajan con poblaciones vulnerabilizadas por su condición de ser personas con VIH y sida, o por su orientación o expresión de su identidad sexual.



Fotografía: Archivo de UNFPA, Costa Rica, 2011

¹ La Red Deser (Red Nacional de Defensa y Promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos) es una instancia de la sociedad civil costarricense dedicada a promover, defender y vigilar el cumplimiento y acceso de los derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Está integrada por 11 organizaciones civiles con experiencia en la temática y trabajo en diferentes poblaciones vulnerabilizadas por su condición de género, étnica, socioeconómica, por su condición de ser personas con VIH o Sida, o por su orientación o expresión de su identidad sexual entre otras.

V. Propósito de la Política de Sexualidad

Que el Estado costarricense garantice y respete el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud.

VI. Enfoques que orientan esta Política



El eje transversal de la Política es la doctrina de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género y el reconocimiento de las diversidades (etérea, étnica, sexual, condición de salud o discapacidad entre otras). Es por esto que los enfoques que orientan esta Política son:²

1- Enfoque de Derechos humanos

La vivencia de la Sexualidad desde un enfoque DDHH busca fortalecer la noción de ser sujeto de derechos y responsabilidades, reconociendo que vivir una sexualidad segura, informada y corresponsable es un derecho fundamental de todas las personas sin discriminación alguna y mucho menos por ser mujer u hombre o por tener una orientación sexual diferente a la heterosexual.

El enfoque de los DDHH procura acercarse a la sexualidad como una expresión más de la vida del ser humano, teniendo claro que no empieza ni termina con la genitalidad o las relaciones sexuales y reproducción ya que pone en el centro de la reflexión derechos fundamentales como:

- el derecho a la afectividad
- el derecho a mantener relaciones de justicia y respeto con otras personas y consigo misma/o

- el derecho a relaciones de equidad e igualdad entre las mujeres y hombres
- el derecho a información diversa, clara, veraz y oportuna que facilite la toma de decisiones
- el derecho a una vida y una sexualidad libre de toda forma de coerción, manipulación o chantaje. Es decir el derecho a vivir libre de la explotación sexual sobre todo para las niñas, niños y adolescentes.
- el derecho al placer



Fotografía: Archivo de UNFPA, Costa Rica. 2011

Negar el derecho a vivir una sexualidad informada, solidaria, segura y libre de coerción se convierte en una grave violación a los derechos humanos de cualquier persona y en especial de los niños, niñas, adolescentes y mujeres.

² Una adaptación de Quirós Edda. *Modulo para la promoción de una sexualidad segura, solidaria y desde el cuidado mutuo en la adolescencia*. Para facilitadoras/es docentes. Universidad Nacional. Instituto Estudios de la Mujer. 2007

2- Enfoque de Género

Pensar y sentir la sexualidad desde una perspectiva de género coloca en el centro de la reflexión y de la acción la necesidad de consolidar relaciones de justicia, equidad e igualdad entre mujeres y hombres como requisito fundamental para la vivencia de una sexualidad segura, placentera y solidaria.

Cuestionar los mandatos de género e identificar qué de esos mandatos daña la vida de las mujeres y los hombres es central en una política de sexualidad ya que tiene que ver con la posibilidad de crear condiciones que permitan a hombres y mujeres reconocerse y ser reconocidas/os como personas con derechos y responsabilidades en las vivencias relacionadas con la sexualidad.

La perspectiva de género busca construir una nueva ética sexual que parta de relaciones libres de discriminación entre mujeres y hombres donde sea posible reconocer y valorar sus diferencias y no tenga que colocarse a las mujeres o lo femenino en el lugar de lo inferior. Se pretende contribuir a construir una nueva ética de la equivalencia humana entre mujeres y hombres en la vivencia de la sexualidad, es decir ser capaces de mirarnos diferentes pero al mismo tiempo semejantes en nuestra condición como seres humanos.

La igualdad de género es una meta a la que llegar y se busca a través del reconocimiento de las diferencias entre mujeres y hombres y de la equidad y de la reducción en la vivencia de la sexualidad de toda brecha que genere discriminación y exclusión favoreciendo el desarrollo de una sexualidad segura, solidaria, placentera y libre de violencia.

Todas las personas somos maravillosamente diversas y estas diferencias se convierten en una fuente de riqueza.

3- Enfoque de las diversidades

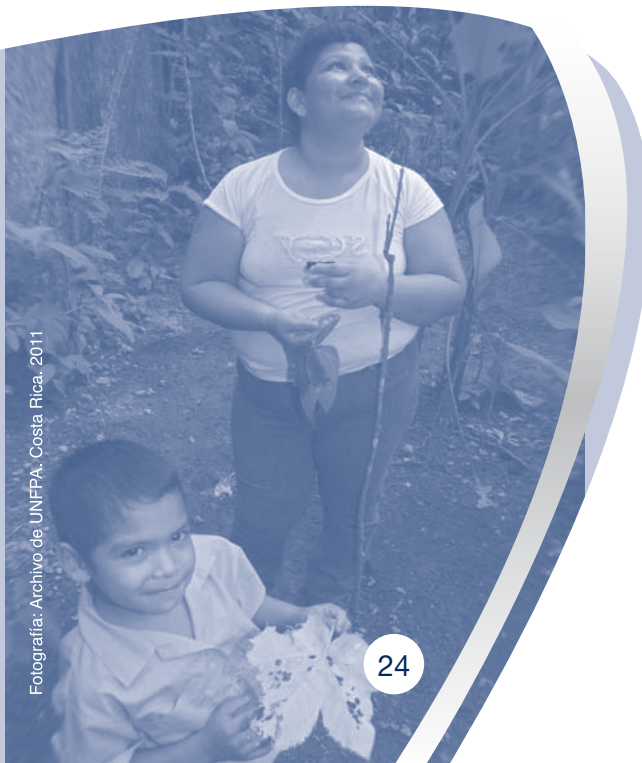
No es posible promover el ejercicio de una sexualidad integral que no parta del reconocimiento y respeto de las diferencias de género, étnicas, culturales, etáreas, religiosas, de condición de salud, habilidades físicas o mentales, de orientación o expresión sexual entre otras.

El enfoque de la diversidad en esta política pretende facilitar que se reconozca, respete y valore a mujeres y hombres que pertenecen a etnias diversas, que tengan diferentes edades, que tengan o no ciertas habilidades físicas o mentales, una orientación sexual heterosexual, homosexual, bisexual o lesbica o tener una expresión de su identidad sexual transgénero.

Es construir como se dijo antes, una nueva ética sexual que parta de relaciones libres de discriminación, que reconozca y valore las diferencias y no las coloque en el lugar de lo inferior y que promueva el valor de la equivalencia humana, es decir la promoción de la igualdad no sólo entre semejantes, sino entre diferentes para dejar de mirarnos como antagónicos, sino diversos y equiparables.

Integrar este enfoque de la diversidad tiene como tarea por un lado luchar contra toda forma de estigma y discriminación y por otro hacer explícito los graves daños que la discriminación produce al obstaculizar la vivencia de una sexualidad segura, placentera y solidaria

VII. Asuntos críticos frente a la garantía del derecho a vivir una sexualidad segura, informada y responsable



Fotografía: Archivo de UNFPA, Costa Rica, 2011

Es necesaria la identificación de problemas, situaciones prioritarias o aspectos relevantes sobre los que hay que intervenir, prevenir o reducir con lineamientos de política y estrategias en un período determinado. Es por esto que tomando en cuenta diferentes estadísticas vitales, estudios y la opinión de los diferentes grupos consultados se llegaron a identificar los siguientes asuntos críticos identificados como obstáculos en la garantía el derecho a una sexualidad integral.

1- Debilidades en la garantía de acceso a servicios de atención a la salud sexual

- Concepción de salud sexual restringida a lo reproductivo y a la enfermedad.
- Una atención a la SS que no contempla las especificidades de la población y que no cuenta con instrumentos diferenciados que den respuesta.
- Ausencia de un enfoque integral para la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida).
- Restringido acceso a información y tecnología de calidad para la promoción de la salud sexual (se parte que cuando se habla de calidad, esta debería garantizar el acceso a tecnología para la promoción y prevención de la salud sexual, actualizada, basada en la evidencia y segura).
- Inexistencia de tecnología y equipamiento adaptado para personas con discapacidad.
- Ausencia de una promoción al autocuidado de la salud que contribuya a la vivencia de una sexualidad saludable.
- Deficiente y escasa atención integral a disfunciones sexuales.
- Falta de claridad con relación a la oferta de servicios relacionados con la SS y escasa información a las personas usuarias.
- Falta de correspondencia entre la oferta de prevención y la capacidad resolutive.
- Inaccesibilidad de los servicios para las personas con discapacidad.
- Barreras ligadas a los valores y la moral del personal de salud.
- Consejerías (está incluido en algunas de las anteriores pero creo que debe identificarse como un problema en sí misma).

2- Debilidades en la garantía acceso a servicios de atención a la salud reproductiva.

- Una atención a la SR que no contempla las especificidades de la población y que no cuenta con instrumentos diferenciados que den respuesta.
- Mujeres como objetos pasivos de la atención de la SR en general y de la atención del parto en particular.
- Restringido acceso a información y tecnología de calidad para la anticoncepción de mujeres y hombres.
- Restringido acceso a información y tecnología de calidad para la fecundación asistida.
- Ausencia de promoción del derecho a un embarazo y maternidad libre, segura y voluntaria.
- Ausencia de corresponsabilidad en el proceso de gestación, parto paternidad y cuidado.
- Ausencia de un enfoque integral para la atención integral en salud reproductiva orientada a la atención prenatal, parto, postparto, postaborto, climaterio, menopausia y andropausia.
- A ausencia de un enfoque integral a la salud cérvico-uterino, de mama y próstata.
- Falta de claridad con relación a la oferta de servicios relacionados con la SR y escasa información a las personas usuarias.
- Falta de correspondencia entre la oferta de prevención y la capacidad resolutive.
- Falta de normativa institucional y procedimientos y protocolos que garanticen el ejercicio de la maternidad y paternidad a las personas con discapacidad.
- Falta de normativa institucional, procedimientos y protocolos para la toma de decisión de las personas con discapacidad en el tema de anticoncepción (quirúrgica, hormonal y otras)
- Existencia de mitos, estereotipos y prejuicios en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad que las invisibiliza como población objetivo de estos servicios.
- Barreras ligadas a los valores y la moral del personal de salud.
- Ausencia de espacios de Consejerías
- Muertes maternas prevenibles y que se dan en los hospitales.

- Falta de una Guía de Atención para la atención de la interrupción terapéutica del embarazo y no aplicación de otras existentes como la Guía de Atención Prenatal y la Posaborto.

3- Débiles mecanismos que promuevan la participación de las y los habitantes en la defensa de su derecho a una sexualidad integral

- Sin mecanismos claros que promuevan la participación/ incidencia y vigilancia del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en la ciudadanía.
- Estigma y discriminación frente a la edad, situación de salud, discapacidad, diversidad/ LGTBI y sexualidad en general entre otras.

4- Poca promoción de una cultura de cuidado individual y colectivo que promueva una sexualidad inclusiva e integral

- Débil desarrollo de estrategias para la promoción de una cultura de autocuidado y cuidado colectivo para una sexualidad saludable.
- Falta de participación masculina en la construcción de la salud SSR de sí mismo y la de sus parejas y escasa

regulación de la paternidad activa, comprometida e involucrada.

- Estigma y discriminación frente a la edad, situación de salud, discapacidad, diversidad/ LGTBI y sexualidad en general entre otras.
- Falta de regulación de los medios de comunicación / tipo de mensajes enviados, pornografía, Internet.
- Inaccesibilidad de las campañas y actividades de promoción a las personas con discapacidad cognitiva, auditiva y visual.
- Consejerías mal implementadas en los servicios de salud.
- Servicios no son amigables para personas jóvenes.

5- Ausencia de una estrategia integral e intersectorial de educación de la sexualidad

- En este momento la educación de la sexualidad es primariamente responsabilidad de los padres y madres de familia y no del Estado.
- Política Pública de educación de la sexualidad desactualizada , adultocéntrica, sexista, heterosexista y fundamentalista.

- Política pública de Educación de la Sexualidad en las diferentes instituciones responsables de dar esa educación sin mecanismos operativos para su ejecución.

6- Ausencia de respuestas integrales para el abordaje de la violencia sexual

- Desigualdad y Violencia contra las mujeres.
- Ausencia de una modelo de atención integral a la Violencia sexual de las mujeres, niñas, niños, adolescentes.
- Respuestas débiles y lentas para la atención a la violencia sexual que enfrentan niños, adolescentes y adultos hombre.
- No acceso a servicios públicos terapéuticos para el manejo de violencia de agresores.

7- Recurso Humano con escasa capacitación

- Ausencia de espacios de sensibilización y capacitación en la formación del recurso humano institucional/ educación, capacitación y apoyo.
- Falta de apoyo estatal a organizaciones sociales para promover y apoyar servicios y educación en la materia.
- Estigma y discriminación frente a la edad, situación de salud, discapacidad, diversidad/ LGTBI y sexualidad en general entre otras.

8- Inexistencia de un sistema de indicadores que faciliten monitorear, dar seguimiento y evalúe el impacto de las acciones realizadas para la garantía del derecho a vivir una sexualidad segura, saludable, placentera

- Existencia de pocos indicadores que faciliten monitorear, dar seguimiento y evalúe el impacto de las acciones realizadas para la garantía del derecho a vivir una sexualidad saludable.
- Poca investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual y reproductiva?, así como la difusión del conocimiento resultante.
- Poca producción y acceso con calidad y equidad al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico.

9- Debilidad en la coordinación y la articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil para una gestión integrada e integral de las diferentes acciones institucionales relacionadas con la garantía y respeto del derecho a una sexualidad saludable

- Trabajo de articulación débil
- Duplicación de acciones por falta de coordinación.
- Falta de mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de las diferentes instancias vinculadas con la política, con participación de la sociedad civil.

VIII. Áreas de intervención de la Política



IX. Lineamientos de Política y sus Estrategias



1-Área de intervención: Comunicación, capacitación, sensibilización, y divulgación

| Lineamiento de política | Estrategias |
|--|--|
| <p>1.1 Información, sensibilización, comunicación y divulgación para la promoción del derecho a una sexualidad segura, informada, y responsable, en el marco de los derechos humanos, género, y diversidad basada en la evidencia científica, actualizada, inclusiva, diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo</p> | <p>1.1.1 Desarrollo de un Plan integral e intersectorial (OGs, ONGs) de Información, Educación y Comunicación / IEC que contemple las especificidades étnicas, culturales, geográficas y de capacidades físicas – mentales, diversidades sexuales, condición social y de ciclo de vida</p> <p>1.1.2 Promoción de la igualdad y la no discriminación como elemento central para la construcción del bienestar de la población y el ejercicio de una sexualidad integral</p> <p>1.1.3 Desarrollo de competencias para la vida que promuevan el pensamiento crítico, aptitudes de comunicación y negociación, auto desarrollo, toma de decisiones/responsabilidad; sentido de sí mismo/a; confianza; asertividad, capacidad de formular preguntas y de buscar ayuda.</p> <p>1.3 Desarrollo de competencias que promuevan el ejercicio de una sexualidad segura, informada, y responsable</p> <p>1.4 Divulgar, informar y educar en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en las instituciones públicas, privadas y gobiernos locales del Estado, que promuevan su ejercicio y exigibilidad.</p> |

2- Área de intervención: **Ciudadanía sexual**

| Lineamiento de política | Estrategias |
|---|--|
| <p>2.1 Fortalecimiento del ejercicio individual y social para todas las personas que habitan el territorio del derecho a una sexualidad, segura, informada y responsable</p> | <p>2.1.1 Reconocimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como un derecho humano en salud de gran impacto en el desarrollo humano y social del país, que exige el desarrollo de estrategias para que estos derechos sean garantizados</p> <p>2.1.2 Desarrollo de un marco normativo y jurídico que explicita derechos y responsabilidades para el ejercicio de la sexualidad, segura, informada y responsable libre de toda forma de discriminación por edad, sexo, etnia, diversidad sexual, discapacidad entre otras</p> <p>2.1.3 Fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, mediante la exigibilidad del las leyes, normas y reglamentos y compromisos adquiridos por el país.</p> <p>2.1.4 Promoción de la participación activa de la población desde la corresponsabilidad, respeto e igualdad, en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.</p> <p>-----</p> <p>2.2.1 Desarrollo de mecanismos, procedimientos y estructuras para la consulta y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos.</p> <p>2.2.2 Involucrar a la ciudadanía en la toma de decisiones, la exigibilidad de sus derechos, la rendición de cuentas y auditoría social y su corresponsabilidad en la construcción de una sexualidad integral</p> <p>2.2.3 Fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud y derechos sexuales y reproductivos como espacio permanente de diálogo, toma de decisiones conjunta entre las instituciones del Estado y las ONG'S y de rendición de cuentas vinculadas con la defensa y garantía del derecho a una sexualidad segura, informada y responsable</p> <p>2.2.4 Promoción de la participación activa de las y los habitantes en la defensa y vigilancia de su derecho a contar con servicios de salud sexual y salud reproductiva integrales, integrales con calidad y calidez</p> |
| <p>2.2 Participación activa de las y los habitantes en la defensa y vigilancia del cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos</p> | |

3. Área de intervención: Educación integral de la sexualidad

| Lineamiento de política | Estrategias |
|--|---|
| <p>3.1 Garantía de acceso a una educación de la sexualidad para todas las personas que habitan el territorio en el marco de los derechos humanos y género, basada en la evidencia científica, actualizada, laica, inclusiva, diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo</p> | <p>3.1.1 Reconocimiento institucional de la educación integral de la sexualidad como un derecho humano en educación y en salud que exige el desarrollo de estrategias para que ésta sea incorporada en el sistema educativo formal y en todos los espacios donde se construye la salud</p> <p>3.1.2 Desarrollo y gestión de una Política Intersectorial de Educación Integral de la sexualidad que se fundamente en los compromisos nacionales e internacionales que el país ha ratificado</p> <p>3.1.3 Desarrollo de metodologías y espacios educativos en materia de educación integral de la sexualidad accesibles para toda la población según sus especificidades y desde un enfoque de equidad</p> <p>3.1.4 Incorporación en la currícula universitaria de las carreras del área de salud, social y educación de competencias y habilidades para la educación Integral de la sexualidad desde un enfoque de DDHH, género, diversidad y ciclo de vida.</p> |

4. Área de intervención: **Servicios integrados, integrales con calidad y calidez para la atención a la salud sexual y a la salud reproductiva**

| Lineamiento de política | Estrategias |
|---|--|
| <p>4.1 Garantía de acceso a servicios de salud sexual y a la salud reproductiva con equidad, calidad, seguridad, calidez y confidencialidad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social que responda a información actualizada, laica y científica</p> | <p>4.1.1 Reconocimiento institucional de la salud sexual y la salud reproductiva como un derecho humano en salud de gran impacto en el desarrollo humano y social del país, que exige el desarrollo de estrategias para que ésta sea incorporada en el Incorporación de la atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva como un eje central del modelo de atención en salud</p> <p>4.1.2 Fortalecimiento de la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud de atención a las personas, para una atención a la salud sexual y reproductiva oportuna con equidad, calidad, calidez, seguridad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social.</p> <p>4.1.3 Mejoramiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, para una atención a la salud sexual y reproductiva oportuna con equidad, calidad, calidez, seguridad, confidencialidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social</p> <p>4.1.4 Ampliación de la oferta de servicios integrales en todos los niveles de atención en salud que promuevan una sexualidad segura, informada y responsable, acorde con las necesidades y características propias de cada población usuaria</p> <p>4.1.5 Divulgación, de los mecanismos de denuncia de violaciones y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos a la población usuaria de los servicios de Salud</p> <p>4.1.6 Fortalecimiento de la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud sexual y reproductiva oportuna con equidad, calidad, calidez, seguridad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para todas aquellas personas institucionalizadas (privados de libertad, hospitales, hogares de personas adultas mayores, Albergues del PANI, residencias y hogares comunitarios de personas con discapacidad entre otros).</p> <p>4.1.7 Promoción de buenas prácticas en servicios de salud sexual y reproductiva y promoción de una sexualidad segura, informada y responsable</p> |

5. Área de intervención: **Violencia sexual**

| Lineamiento de política | Estrategias |
|--|---|
| <p>5.1 Prevención y atención integral, oportuna, integrada y con calidez y calidad de la violencia sexual</p> | <p>5.1.1 Articulación de los diferentes actores sociales para la prevención de la violencia sexual a nivel nacional en los espacios públicos y privados.</p> <p>5.1.3 Fortalecimiento de un mecanismo de respuesta inmediata y de un sistema de denuncia, protección y atención a víctimas de violencia sexual en los ámbitos judicial, policial, social y de salud, tomando en cuenta especificidades y necesidades de los grupos vulnerables por su género, edad, condición de salud o discapacidad, diversidad sexual, entre otras</p> <p>5.1.4 Desarrollo de un programa de prevención y atención integral a la violencia sexual centrada en la persona que garantice su dignidad y seguimiento y que considere sus especificidades según edad, discapacidad, orientación sexual, género, privación de libertad, condición migratoria, etnia entre otras.</p> <p>5.1.5 Divulgación de políticas, programas, protocolos y servicios de atención a la violencia sexual.</p> |

6. Área de intervención: **Actividad sexual remunerada de Personas adultas**

| Lineamiento de política | Estrategias |
|---|---|
| <p>6.1 Garantía de acceso a servicios de atención integral en el marco de los derechos humanos, género y diversidad con calidad, calidez y seguridad</p> | <p>6.1.1 Desarrollo de un análisis integral de la situación de las personas adultas en actividad sexual remunerada que visibilice sus condiciones, realidad socio-cultural y situaciones de exclusión.</p> <p>6.1.2 Desarrollo de un programa de atención integral en salud a las personas adultas en actividad sexual remunerada que garantice el respeto por sus derechos humanos con la participación de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema</p> <p>6.1.3 Fortalecimiento de un sistema de respuesta inmediata y de denuncia, protección y atención judicial y policial a las personas adultas en actividad sexual remunerada cuando sean víctimas de alguna forma de violación a sus derechos.</p> <p>6.1.4 Fortalecimiento de las capacidades y competencias para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en actividad sexual remunerada</p> |

7. Área de intervención: **Formación de capacidades y competencias institucionales**

| Lineamiento de política | Estrategias |
|--|--|
| <p>7.1 Gestión y desarrollo de capacidades y competencias institucionales para la promoción y atención de una sexualidad integral</p> | <p>7.1.1 Desarrollo de un proceso de formación continua de capacidades y competencias institucionales³ para la promoción y atención de una sexualidad integral desde un enfoque de DDHH, genero, diversidad y ciclo de vida.</p> <p>7.1.2 Sensibilización y capacitación a las/los funcionarios/as de los distintos instituciones relacionadas con el tema que contemple al menos los siguientes contenidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derechos humanos y diversidad 2. Igualdad y equidad de género 3. Autonomía, afectividad, autocuidado, corresponsabilidad 4. Construcción social de la sexualidad 5. La salud sexual y salud reproductiva como un derecho humano 6. Diversidades sexuales e identidades de género 7. Erotismo y placer 8. Violencia contra las mujeres, violencia sexual intrafamiliar, violación, acoso sexual, explotación sexual comercial y trata de personas 9. Bioética. <p>7.1.3 Formación de docentes universitarios con competencias y habilidades para la promoción de una sexualidad integral desde un enfoque de DDHH, genero, diversidad y ciclo de vida</p> |

³ Basado en el aprendizaje significativo y el desarrollo de herramientas metodológicas con técnicas innovadoras, creativas e información actualizada

8. Área de intervención: **Información, investigación, monitoreo y seguimiento**

| Lineamiento de política | Estrategias |
|--|--|
| <p>8.1 Generación de conocimiento, monitoreo y seguimiento orientado a una eficaz y oportuna conducción, dirección, análisis, ejecución y evaluación de las intervenciones en el campo de la sexualidad</p> | <p>8.1.1 Desarrollo de evidencia científico-tecnológica y sicosocial sobre la sexualidad salud sexual y la salud reproductiva, que fortalezcan la toma de decisiones para el desarrollo de políticas, planes, programas, proyectos y acciones para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.</p> <p>8.1.2 Garantizar el acceso al conocimiento científico que facilite la promoción del derecho a una sexualidad segura, informada, y corresponsable, en el marco de los derechos humanos, género, diversidad y ciclo de vida</p> <p>8.1.3 Desarrollo de un sistema intersectorial de vigilancia y evaluación de impacto de las políticas, planes, programas, proyectos y acciones relacionadas con la promoción de una sexualidad integral.</p> |

9. Área de intervención: **Coordinación y articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil**

| Lineamiento de política | Estrategias |
|--|---|
| <p>9.1 Garantizar una gestión de Estado integrada, integral y sostenible que asegure el acceso y ejercicio al derecho de una sexualidad segura, informada y responsable para todas las personas que habitan este país</p> | <p>9.1.1 Reactivación y fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud sexual y salud reproductiva que facilite la articulación, coordinación planificación y seguimiento de las políticas y acciones relacionadas con el derecho a una sexualidad integral</p> <p>9.1.2 Posicionamiento de esta Política Nacional de sexualidad como un asunto central del desarrollo nacional</p> <p>9.1.3 Desarrollo de mecanismos que garanticen la rendición de cuentas de las diferentes instancias vinculadas con la política, con participación de la sociedad civil.</p> <p>9.1.4 Descentralización de las acciones definidas en esta Política para su cumplimiento, con la participación activa de la sociedad civil</p> <p>9.1.5 Incorporación de la sociedad civil en la planificación y definición de Políticas, planes, programas, proyectos y acciones relacionadas con la promoción de una sexualidad integral. Así como el monitoreo de su cumplimiento.</p> <p>9.1.6 Desarrollo de una agenda nacional de cooperación internacional que contribuya a una gestión estatal integrada, integral y sostenible que asegure el acceso y ejercicio al derecho de una sexualidad segura, informada, responsable para todas las personas que habitan este país</p> |

Organizaciones que participaron en las consultas para la elaboración de la Política Nacional de sexualidad 2010-2021

Fondo de Población de Naciones Unidas.
UNFPA

Bitransg

Movimiento por el VIH y sida

Colectiva por el Derecho a Decidir

Alforja

CENDEROS

Defensa Internacional de niños y niñas

MULABI. Espacio Latinoamericano de sexualidades y derechos

Asociación Demográfica Costarricense

Centro de Investigación y promoción para América Central de Derechos Humanos/CIPAC

Paniamor

Patronato Nacional de la Infancia

Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica

Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

Fundación PROCAL

Instituto Nacional de las Mujeres/INAMU

Ministerio de Salud. Representantes de las Direcciones y Unidades del Nivel Central

Consejo de la Persona Joven

Ministerio de Educación

Instituto Estudios de la Mujer/ IEM de la Universidad Nacional

Agenda Política de Mujeres

Asociación de Mujeres en Salud/AMES

Defensoría de los Habitantes de la República

Caja Costarricense del Seguro Social

CEFEMINA

Instituto WEM de Masculinidad

Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH y sida/ICW

Proyecto La Sala

Alianza de Mujeres costarricenses

Iniciativas Juveniles, Futbol por la Vida

Red Nacional por la Defensa y Promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Transvida

Red de ONG's que trabajan en Sida

Bibliografía

Boletín Indicadores Demográficos Año 2009. INEC-Costa Rica Boletín Anual 1 Año 2. Instituto Nacional de Estadística y Censos

Boletín Mortalidad Infantil y Evolución Reciente Año 2009. INEC-Costa Rica Boletín Anual 10 Año 16 . Instituto Nacional de Estadística y Censos

Caja Costarricense del Seguro Social. (2008). Dirección de Proyectos de Servicios de Salud. Estadísticas sobre peso al nacer. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2008). Dirección Actuarial. Sistema de información cantonal. San José, Costa Rica.

Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos/CIPAC. Suarez D. y Madrigal F. Estudio sobre suicidio en población LGBT (lesbianas, Gay, bisexuales y población transexual) Costa Rica. 2000

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Cifras Básicas sobre pobreza e ingresos. Año 2009. Área censos y encuestas, unidad diseño, análisis y operaciones. Año 11

Instituto de Estadísticas y Censos. Censo de Población. Costa Rica. 2000

Instituto Nacional de la Mujer. Estadísticas sobre violencia contra las mujeres. Costa Rica. 2007

Ministerio de Salud. OPS. Indicadores Básicos 2009. Situación de la Salud en Costa Rica.

Ministerio de Salud. OPS. Indicadores Género y Salud 2008. San José. Costa Rica 2010

Ministerio de Salud. Informe Oficial Preliminar .Estudio de Seroprevalencia del VIH, sífilis y comportamiento en Hombres que tienen sexo con Hombres en la Gran Área Metropolitana de Costa Rica 2009

Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Costa Rica. 2010

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Análisis del Desarrollo. Costa Rica: Estadísticas regionales 2001-2008 / Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica -- San José, CR : MIDEPLAN, 2009.

Ministerio de Cultura y Juventud. Viceministerio de Juventud. Primera Encuesta Nacional de Juventud. Costa Rica 2008

Naciones Unidas. Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación. Julio 2010

OPS/OMS/WAS .Promoción de la Salud sexual. Recomendaciones para la Acción. Guatemala. 2000

Organización Mundial de la Salud. WHO (2002). World Report on Violence and Health. Ginebra

<http://www.cesdepu.com/dudh.htm>

Petchesky, R (2008). Políticas de derechos sexuales a través de países y culturas: marcos conceptuales y campos minados. <http://www.sxpolitics.org/frontlines/espanol/book/pdf/sxpolitics.pdf>

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, de El Cairo, 1994. http://149.120.32.2/spanish/icpd/icpd_poa.htm

Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Mujer, Pekin,1995. http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/politicadocs/Informe%20de%20la%20IV%20Conf_Beijing.pdf

Quirós Edda. Abriendo las alas para volar. Módulo para el fortalecimiento de la identidad de niñas y adolescentes embarazadas y madres. Instituto Nacional de las Mujeres. Junio 1999

Quirós Edda. Modulo para la promoción de una sexualidad segura, solidaria y desde el cuidado mutuo en la adolescencia. Para facilitadoras/es docentes. Universidad Nacional. Instituto Estudios de la Mujer. 2007

Quiros Edda. Suarez Daria., Madrigal Francisco. “A los buenos les va bien ...a los malos les va mal...” Mandatos Identitarios, estigma y discriminación en hombres que tiene sexo con hombres: su relación con la prevención del VIH/SIDA y otras ITS. CIPACDH. Informe de Investigación. Costa Rica. 2002

Rance, S (s/f) Ciudadanía Sexual www.ciudadaniasexual.org/boletin/b2/Articulo%20Susanna%20Rance.pdf

Recomendación General N° 24, Artículo 12 de la CEDAW. LA mujer y la salud. http://pensamientojuridicofeminista.org/Jurisprudencia/Internacional/recomendacion_general_n_24_cedaw.pdf

Tamayo, Giulia (2001). Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos. Centro de la Mujer Flora Tristán, Lima, Perú.

Weeks, J. (1998). Sexualidad. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, Ciudad Universitaria, México.