

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**HECHOS DEMOGRÁFICOS Y LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN EL  
CANTÓN DE CORREDORES.  
DESDE 1974 AL DECRETO PRESIDENCIAL 29713-S.**

**Trabajo final de graduación sometido a la consideración de la Comisión de Estudios de  
Pos grado en Salud Pública para optar por el grado de Magíster en Salud Pública**

**JULIA RODRÍGUEZ JOVANÉ**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica**

**2006**

## Dedicatoria

A Dios por su infinita misericordia.

A mi amiga Migdalia Robles, lucecita de mi oscuridad, quien fuera mi gran consejera, y también una madre, hermana, hija, amiga, esposa y ciudadana ejemplar, pero sobre todo una gran mujer.

Siempre estarás en mi corazón, Julia



Migdalia Robles Morales  
31 oct. 1946 - 28 agosto 2005

## Agradecimientos

A la Fundación Compton, quienes a través del Centro Centroamericano de Población y del señor Juan Carlos Vargas, M.Sc. hicieron posible el financiamiento de esta investigación y su participación en el Compton Foundation Gatherine, que se llevó a cabo en Minnowan Camp, Shelby, Michigan, en setiembre de 2005,

Al personal del servicio de Bioestadística y REDES del Hospital Ciudad Neily, quienes brindaron generosamente la información para la elaboración de esa investigación,

A Mayra Cartín, M.Sc. profesora y guía de este proyecto, quien desempeño este papel a cabalidad y cuyo esfuerzo y aporte es invaluable,

A Natalia Carrillo Padilla, Ph.D. quien desinteresadamente me instruyo en la investigación cualitativa y dio también un aporte generoso a mi crecimiento personal y a este trabajo de investigación,

A Emília, Azucena, María Elizabeth, Yamileth, Lilliam, María Luisa, Nieves, Maritza, Aralys, Ailyn, Damaris, Deyanira, la otra Deyanira, Roxana, Jenny, Aracelly, Rebeca, Juanita, Janet, María Esther, Flor y Violeta; a "mis mujeres" por ser auténticas y abrir su corazón y ofrecer tanta sabiduría de mujeres,

A Dunia Masís, que en la Escuela de Salud Pública se desempeño consistentemente en sus funciones y que sobretodo es un gran apoyo y una gran amiga en la institución,

A mi amiga Doris Díaz Ramírez, por su apoyo incondicional y generoso, durante tantos años,

A todos los profesores de la maestría, que con su apoyo, sus buenas intenciones y deseos hicieron posible que culminara este recorrido lectivo y de investigación,

A todos ustedes, más allá de las gracias.

**Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Postrando en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado de Magíster en Salud Pública.**

---

M.Sc. Mayra Cartín Brenes  
Directora de Tesis

---

M.Sc. Alcira Castillo Martínez  
Asesora de Tesis

---

Dra. Ileana Vargas Umaña  
Directora de Maestría en Salud Pública

---

Julia Rodríguez Jované  
Estudiante

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN.....</b>	<b>viii</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Justificación del tema de investigación.....	4
1.2. Formulación del tema de investigación.....	6
1.3. Formulación de la hipótesis.....	6
1.3.1. Hipótesis general.....	6
1.4. Objetivo general.....	8
1.4.1. Objetivos específicos.....	8
<b>CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>9</b>
Elementos metodológicos.....	10
2.1. Metodología cualitativa.....	10
2.1.1. Técnicas de recolección de datos.....	11
2.1.1.1. Grupos focales.....	11
2.1.1.2. Encuesta socioeconómica.....	12
2.1.2. Procesos de recolección de información cualitativa.....	12
2.1.3. Temas de grupos focales.....	13
2.1.4. Corriente epistemológica. ....	14
2.1.5. Enfoque de la investigación cualitativa.....	15
2.1.6. Tipo de estudio.....	15
2.1.7. Unidad de análisis cualitativa.....	15
2.1.8. Eje del análisis cualitativo.....	15
2.1.9. Etapas del análisis cualitativo.....	16
2.1.9.1. Categorías principales de la investigación.....	16
2.1.9.2. Subcategorías de la información.....	16
2.2. Metodología cuantitativa.....	18
2.2.1. Tipo de estudio.....	18
2.2.2. Población de estudio.....	18
2.2.2.1. Población del cantón de Corredores.....	18
2.2.2.2. Población de esterilizaciones quirúrgicas del cantón de Corredores.....	19
2.2.3. Características del estudio cualitativo.....	20
2.2.4. Unidad de análisis cuantitativo.....	20
2.2.5. Sujetos y fuentes de información cuantitativa.....	20
2.2.6. Herramientas de análisis de información.....	21
2.3. Limitaciones y supuestos.....	21
<b>CAPITULO III: MARCO CONTEXTUAL Y CONCEPTUAL.....</b>	<b>23</b>
3. Marco contextual. Introducción a la salud sexual y los derechos reproductivos.....	24
3.1. Los Derechos Sexuales y Reproductivos internacionales. Convenios y tratados internacionales con respecto a la salud sexual y reproductiva.....	25

3.1.1. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos.....	26
3.2. La anticoncepción y los derechos a la salud sexual y reproductiva en Costa Rica.....	31
3.2.1. Análisis sobre el número de esterilizaciones voluntarias realizadas en los hospitales del país.....	33
3.3. Las esterilizaciones quirúrgicas voluntarias en el cantón de Corredores.....	38
3.4. Caracterización del cantón de Corredores, aspectos humanos.....	39
3.5. Marco conceptual. Conceptos acerca de la esterilización quirúrgica.....	42
3.5.1. Métodos de control de la natalidad.....	42
3.5.2. Clasificación del los métodos de control de la natalidad.....	42
3.5.3. Esterilización quirúrgica femenina o salpingectomía.....	42
3.5.4. Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía.....	43
3.5.5. Realizarse una salpingectomía o una vasectomía.....	43
3.6. Conceptos acerca del género y la salud sexual y reproductiva.....	44
3.6.1. Sexo, género y relaciones de género.....	44
3.6.1.1. El machismo.....	46
3.6.1.2. El machismo, una forma de relacionarse.....	48
3.6.2. El género y la salud.....	48
3.6.2.1. El abordaje de la salud desde la perspectiva de género.....	49
3.6.3. La salud sexual y reproductiva.....	51
3.6.3.1. La salud sexual y reproductiva como derechos humanos.....	51
3.6.2. Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer.....	53
3.6.4. Índice de desarrollo humano.....	53
3.6.4.1. Índice de desarrollo humano en Costa Rica.....	54
3.6.4.2. Índice de desarrollo humano en unidades administrativas menores.....	55
3.6.4.3. La salud como parte del desarrollo humano.....	56
3.6.4.4. El género y el trabajo.....	58
3.6.5. La esterilización quirúrgica y la religión católica.....	59
3.7. Decreto Presidencial 27913-S.....	60
3.8. Consejería en salud sexual y reproductiva.....	62
3.9. Fundamentos de bioética.....	63
3.10. El consentimiento informado. La autorización para un procedimiento quirúrgico. Definición.....	65
3.10.1. El consentimiento informado e la esterilización quirúrgica voluntaria. Operacionalización del Decreto Presidencial 29713-S.....	67
3.11. Análisis del artículo 123 del Código Penal según la Defensoría de los Habitantes.....	68
3.12. Principales conceptos de demografía y población.....	69
3.12.1. Demografía.....	69
3.12.2. Población.....	69
3.12.3. Disciplinas de la demografía.....	69
3.12.4. Cálculos del análisis demográfico.....	70
<b>CAPITULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.</b>	<b>74</b>
4.1. Análisis resultados correspondientes al objetivo 1. Parte cualitativa.....	75
4.1.1. Circunstancias de asociadas al machismo.....	76
4.1.1.1. El machismo como forma de relacionarse hombres y mujeres.....	76
4.1.1.2. Abandono económico por parte del hombre.....	83

4.1.1.3. Abandono emocional por parte del hombre en la crianza.....	84
4.1.1.4. Abandono y añoranza del hombre en la crianza.....	90
4.1.2. Circunstancias sociales: la salud.....	93
4.1.3. Circunstancias económicas.....	97
4.1.4. Circunstancias culturales: la religión.....	103
4.2. Análisis de los resultados correspondientes al objetivo 2. Parte cuantitativa..	110
4.2.1. Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural del cantón de Corredores y tasa de crecimiento intercensal.....	111
4.2.2. Migración neta interna.....	113
4.2.3. Tasa global de fecundidad.....	114
4.2.4. Tasa de crecimiento total.....	116
4.2.5. Tasa de fecundidad trianual por grupo de edad.....	117
4.3. Análisis de los resultados correspondientes al objetivo 3. Parte cuantitativa	118
4.3.1. Salpingectomías en el cantón de Corredores.....	118
4.3.2. Relación salpingectomías y vasectomías.....	122
4.3.3. Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil del cantón de Corredores, 1999-2001-y 2002-2004.....	124
4.3.3.1. Tasas trianuales de salpingectomizadas en quinquenios de edad fértil, distrito Corredor. 1999-2001-y 2002-2004.....	125
4.3.3.2. Tasas trianuales de salpingectomizadas en quinquenios de edad fértil, distrito Paso Canoas. 1999-2001-y 2002-2004.....	126
4.3.3.3. Tasas trianuales de salpingectomizadas en quinquenios de edad fértil, distrito La Cuesta. 1999-2001-y 2002-2004.....	127
4.3.3.4. Tasas trianuales de salpingectomizadas en quinquenios de edad fértil, distrito Laurel. 1999-2001-y 2002-2004.....	128
<b>CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>129</b>
5.1. Conclusiones.....	130
5.2. Recomendaciones.....	138
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO 1. Decreto Presidencial 27913-S.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO 2. Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO 3. Análisis del artículo 123 del Código Procesal Penal según la Defensoría de los Habitantes.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO 4. Hoja de consentimiento informado, CCSS.....</b>	<b>157</b>

## **Resumen**

Esta investigación consta de una parte cuantitativa y una parte cualitativa de análisis en donde se estudió las características demográficas de la población del cantón de Corredores, el comportamiento de las salpingectomías en la población del cantón desde la publicación del Decreto Presidencial 27913-S y las razones por las cuales las mujeres del cantón toman la decisión de operarse a otros métodos de planificación que se ofrecen en los servicios públicos de salud del cantón.

El análisis de los hechos demográficos más relevantes que se han dado en el cantón de Corredores, Puntarenas en los últimos 30 años, desde su fundación, tiene por objetivo determinar cuales son los cambios que se han dado en la población con respecto a sus tasas de natalidad, mortalidad, crecimiento natural, fecundidad global, crecimiento intercensal, años de duplicación de la población, crecimiento total y se llegó a la conclusión de que el cantón de Corredores atraviesa por su tercera etapa de transición demográfica y está cobrando su bono demográfico.

La población del cantón de Corredores, por la disminución de su tasa bruta de natalidad y la constancia en la tasa de mortalidad ha producido una disminución en la tasa de crecimiento natural de la población que llega a tener un promedio de 26.3 años, con un 5.30% de personas mayores a 65 años, lo que la clasifica como una población madura. Aún para el año 2004, el cantón de Corredores es uno de los 10 cantones más pobres del país, con un índice de desarrollo social de 0.256, que en comparación con el índice de Costa Rica, de 0.834, es muy bajo, un desempleo del 9% y un alfabetismo del 70.8% (en Costa Rica es el 96%), producen aún una migración neta interna de 3.3 personas que se van del cantón por cada 100 habitantes por año, en vista que su población económicamente activa es 62.4% de la población, quienes buscan mejores oportunidades fuera del cantón.

En el análisis del comportamiento de las salpingectomías realizadas a 821 mujeres del cantón entre enero de 1999, en que se aprueba el Decreto Presidencial 27913-S, a diciembre de 2004, se da un crecimiento de la tasa de salpingectomizada por trienio en grupo de edad fértil en los grupos de edad principalmente de los 20 a los 40 años, en magnitudes que van desde 24



salpingectomías por mil mujeres en el grupo de 30-34 años en el distrito Corredor hasta 466 salpingectomías por mil mujeres en el grupo de 20-24 años en el distrito de Paso Canoas. De la misma manera se observa un crecimiento en número absolutos de salpingectomías. Las vasectomías, que también son ofrecidas por los servicios de salud pública disminuyeron de 56 salpingectomías por cada vasectomía en el 2000, a 7.1 salpingectomías por cada vasectomía, manteniéndose esta razón constante entre 2003 y 2004, dándose un acaparamiento de la esterilización quirúrgica de las mujeres del cantón.

En cuanto a la parte cualitativa de la investigación, que se basó en el testimonio en grupo focal, de 21 mujeres en edad fértil, que residieran en el cantón, que tuvieran al menos un hijo y que planificaran con algún método anticonceptivo, se llegó a la conclusión de que la razón por la que las mujeres toman este tipo de determinación definitiva se debe al abandono emocional, al abandono económico y al machismo por parte de sus parejas. De la misma manera le son irrelevantes los discursos esgrimidos por las iglesias católicas y protestante con respecto a la sanción moral que representa la esterilización quirúrgica, por lo que la religión, culturalmente no influye en la toma de esta decisión. La mala oferta de métodos anticonceptivos por la CCSS, la cual tiene un programa de anticoncepción centrado en las mujeres, producen efectos secundarios muy sintomáticos por lo que las mujeres optan por un método menos “dañino” y al cual no tengan que darle seguimiento, desentendiéndose de la posterior maternidad.

La mujer que trabaja dentro de su hogar y sobre todo la que también trabaja afuera de su casa ve la maternidad como una avalancha de responsabilidades, con una gran carga emocional, aparte de la difícil situación económica, donde se encuentran solas, aunque cuenten con un marido, por lo que limitar el número de hijos en la familia mejora las condiciones de los hijos que existen y limita la responsabilidad exclusiva de ellas e inherente a su condición de madre-esposa, y la ayuda a desempeñar mejor esta función.

### Lista de tablas

Tabla 1. Datos estadísticos poblacionales, cantón de Corredores. 2004.....	41
<b>Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la edad de las mujeres esterilizadas, según año. Cantón de Corredores 1999-2004.....</b>	<b>119</b>
<b>Tabla 3: Estadísticas descriptivas de la edad de las mujeres esterilizadas, según distrito de residencia. Cantón de Corredores, 1999-2004.....</b>	<b>122</b>
Tabla 4. Razón de salpingectomías / vasectomías en el cantón de Corredores. 1999-2004	123

### Lista de gráficos

Gráfico 1. Población por sexo y grupo de edad. Cantón de Corredores, proyección 2004...	111
Gráfico 2. Tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural por mil habitantes, cantón de Corredores, años, 1974 – 2004.....	112
Gráfico 3. Población cantón de Corredores. Censos de población, 1973, 1984 y 2000.....	113
Gráfico 4. Tasa de migración interna neta, promedio anual por 1000 habitantes. Cantón de Corredores. Quinquenios 1979-1984 y 1995-2000.....	114
Gráfico 5. Tasa global de fecundidad. Cantón de Corredores, 1974, 1989 y 2004.....	115
Gráfico 6: Tasa de crecimiento total promedio por 1000 habitantes. Cantón de Corredores. Quinquenios 1979-1984 y 1995-2000.....	116
Gráfico 7: Tasas de fecundidad por grupo de edad. Cantón de Corredores. Trienios 1999-2001 y 2002-2004.....	117
<b>Gráfico 8: Tendencia del número de casos de esterilización femenina por distrito. Cantón de Corredores.....</b>	
....	119
Gráfico 9: Medidas de posición y tendencia central de la edad de las mujeres esterilizadas en relación con el año de esterilización. Cantón de Corredores, 1999-2004.....	120
Gráfico 10: Medidas de posición y tendencia central de la edad de las mujeres esterilizadas según distrito de residencia. Cantón de Corredores. 1999- 2004.....	121
Gráfico 11: Salpingectomías y vasectomías realizadas en a pobladores del cantón de Corredores. 1999-2004.....	123
Gráfico 12. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.....	124
Gráfico 13. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito Corredor, 1999-2001 y 2002-2004.....	125
Gráfico 14. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito Paso Canoas. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.....	126
Gráfico 15. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito La Cuesta. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.....	127
Gráfico 16. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito Laurel. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.....	128

## INTRODUCCIÓN

Anteriormente, en Costa Rica, para que una mujer pudiera realizarse una esterilización quirúrgica tenía que, además de obtener el consentimiento de sus parejas, tener un número definido de hijos, una edad determinada, enfermedades de fondo, una situación socioeconómica baja, un médico con voluntad de operarla, entre otros requisitos. El 14 de mayo de 1999 se publicó el Decreto Presidencial 27913-S, en donde se creaba la Comisión Interinstitucional de Salud Sexual y Derechos Reproductivos, que en respeto a los convenios y tratados internacionales suscritos por el país, eliminaba todos los requisitos para que hombres y mujeres pudieran acceder a una esterilización quirúrgica en los hospitales públicos y privados, salvo tener 18 años y asistir a las consejerías grupales e individuales que de esta materia se darían en los hospitales que realizaran este tipo de intervención. A partir de este hecho, se realizaron desde 1999 hasta el 2004, 821 esterilizaciones quirúrgicas femeninas a las 8598 mujeres en edad fértil del cantón de Corredores y sólo 74 vasectomías.

Este trabajo de investigación consta de dos partes: la primera se basa en el análisis cualitativo de las circunstancias por las cuales las mujeres toman la decisión de esterilizarse, a partir del testimonio de 22 mujeres del cantón, con hijos y que planifican con algún método, en 6 sesiones de grupo focal, lo que arrojó información interesante, porque se interpreta el discurso de la mujeres acerca de la maternidad y el trabajo fuera de casa, la planificación familiar, la responsabilidad materna, la autonomía sobre su fertilidad, el machismo y las relaciones de pareja, la salud y la oferta de anticonceptivos, la religión y su influencia en la planificación familiar y el costo emocional y económico de criar hijos además cómo todo lo anterior influye a la hora de la toma de una decisión trascendental en la vida de las mujeres. Las mujeres consideran la maternidad como un costo emocional más allá de lo esperado y que la indiferencia de la pareja, producto del machismo, hace que se delimite las responsabilidades únicas de las mujeres en la crianza, al delimitar el número de hijos.

La segunda parte se basa en el análisis cuantitativo de los hechos demográficos más relevantes que han afectado la dinámica poblacional del cantón de Corredores desde 1974, año de su fundación con respecto a la natalidad, mortalidad, migración, crecimiento intercensal, tasa global de fecundidad, tasa de crecimiento total y fecundidad por grupos de edad de la población del cantón.

Demográficamente se demostró que el cantón de Corredores en este momento atraviesa su tercera etapa de transición demográfica, con una disminución constante en la natalidad y una tasa constante de mortalidad, con una población madura, que cobra su “bono demográfico” al tener una gran cantidad de su población en posición de generar riqueza, a sabiendas que dicho bono se cobra una vez en la vida de una población, pero con un desarrollo humano muy bajo con respecto a los demás cantones del país.

Se hace también una investigación de las 821 esterilizaciones quirúrgicas femeninas que se realizaron en el Hospital Ciudad Neily, del cantón de Corredores, desde 1999, con respecto a la estadística descriptiva de la edad de las mujeres que se esterilizaron en el cantón y por distrito, el número bruto de casos por distrito y las estadísticas descriptivas por distrito, la relación entre vasectomías y salpingectomías por año realizadas en el cantón y el análisis de las tasas trianuales por cantón y por distrito de las mujeres salpingectomizadas, por grupos de edad fértil.

También se demostró que las tasas trianuales de esterilizaciones quirúrgicas por grupos de edad fértil en mayor o menor grado se han incrementado en mujeres de 20 a 39 años desde 1999, en todo el cantón y considerablemente en el distrito de Paso Canoas, cuando se eliminaron a través de la aprobación del mencionado decreto presidencial.

Este es un trabajo de investigación importante para apoyar la labor de fortalecimiento y promoción de la salud sexual y los derechos reproductivos de los habitantes del cantón de Corredores y de Costa Rica. Tiene como fin dar a conocer que el Decreto Presidencial 29713-S, si bien es una herramienta legal que ampara estos derechos, es temporal y que el marco legal de la salud sexual y reproductiva en Costa Rica se encuentra dispersa en muy diversos documentos legales, por lo cual se debe procurar legislar con respecto a dicho tema de forma consolidada.

También busca el fortalecimiento de estos derechos con la divulgación de la situación particular del cantón, que pudiera estarse repitiendo en muchas localidades del país.

# **Capítulo I**

## **Justificación y planteamiento del tema de investigación**

## **1.1. Justificación del tema de investigación**

La esterilización femenina, es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo (1). Sin embargo, los trabajos realizados acerca de la esterilización quirúrgica femenina desde el punto de vista cualitativo son pocos, en comparación con la magnitud del fenómeno a partir de 1999 cuando se aprobó el Decreto Presidencial 27913-S. Entre el año 2001 y junio de 2004, 34895 mujeres se habían esterilizado en Costa Rica y 1760 hombres (2). Esta investigación se justifica por lo siguiente:

- No existe ningún estudio en el cantón de Corredores que aborde la toma de la decisión de realizarse una salpingectomía por parte de las mujeres, basándose en un estudio de las relaciones de género que la provocan.

Existe un apego al orden patriarcal, en una evidente relación de género, pues según los datos a nivel nacional de las esterilizaciones quirúrgicas por sexo: el 95% de las esterilizaciones quirúrgicas están recayendo en las mujeres.

- No hay ningún estudio que aborde el aspecto económico que valoran las mujeres para tomar la decisión de operarse.

También interfieren elementos de orden económico, pues el cantón de Corredores ocupa el puesto 73 de los 81 cantones en lo que se refiere al índice de desarrollo social, en donde el analfabetismo es aproximadamente 30% más alto que el nivel nacional y el desempleo es mucho mayor que el resto del país.

- No se ha realizado estudios para determinar si la religión católica o la protestante tienen argumentos lo suficientemente convincentes para hacer que las mujeres desistan de realizarse una esterilización quirúrgica temiendo una sanción moral por parte de la congregación a la que pertenece.

Siendo Costa Rica un país mayormente católico, y siendo la religión católica opuesta en su totalidad a la esterilización quirúrgica, la mujer o el hombre que decide operarse para limitar su fertilidad llevará consigo una sanción moral de por vida, puesto que riñe con los planes que Dios tiene para ella. Por lo tanto, la influencia religiosa es de suma

importancia estudiarse para determinar hasta que punto tiene algún efecto en la toma de decisión por parte de las mujeres.

- No hay estudios que determinen la opinión de la mujer con respecto a la oferta de anticonceptivos que existe en el mercado y lo que opinan de la oferta de anticonceptivos de la Caja Costarricense de Seguro Social, que son los más accesibles en la mayoría de los casos y como afectan éstos su salud.

El concepto de salud que tienen las mujeres, con respecto a uso de otros métodos anticonceptivos, también es importante analizar pues, la oferta de anticonceptivos por la Caja Costarricense de Seguro Social es poco variada, se limitan a los anticonceptivos orales, que son de alta dosis comparados con los del mercado, DIU y preservativos.

- No se han realizado estudios con respecto a datos demográficos referentes a la natalidad, mortalidad, migración ni el comportamiento de las salpingectomías en los grupos de edad fértil de la población femenina del cantón de Corredores.
- No existe ningún antecedente con respecto a las tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural de la población del cantón de Corredores. Tampoco se ha estudiado en que medida la población se está reemplazando así misma en el transcurso del tiempo, ni los cambios que se ha dado en la población entre los censos de 1974, 1986 y el 2000.
- Tampoco se ha estudiado el comportamiento de la fecundidad, ni el comportamiento de las esterilizaciones quirúrgicas en las mujeres de edad fértil a partir de la publicación del Decreto Ejecutivo 27913-S.

No existe duda que la esterilización, independientemente de donde se observe el fenómeno es polémico. El hecho de que una mujer en plena edad fértil decida poner un límite a su fertilidad definitivamente, independientemente del número de hijos que tenga, sus creencias religiosas, su estado civil, económico o educativo, es un fenómeno multifactorial, el cual pretende ser evaluado en este trabajo de investigación.



## 1.2. Formulación del tema de investigación

A partir de la justificación del tema de investigación, considerando las posibilidades de información, se escogió un tema de investigación que se juzgó viable para ser investigado y se propone a continuación:

*¿Cuáles son los hechos demográficos más relevantes en el cantón de Corredores y los determinantes de relaciones de género, sociales, culturales y económicos que han producido un incremento en las esterilizaciones quirúrgicas?*

## 1.3. Formulación de la hipótesis

### 1.3.1. Hipótesis general

La población del cantón de Corredores en los últimos 30 años ha disminuido su natalidad, ha mantenido constante su mortalidad. La población tiene una expectativa de vida muy larga, de la misma manera que el resto del país.

Es por esto que con respecto al análisis cuantitativo de la investigación se pueden formular las siguientes hipótesis con respecto al resultado del cálculo y análisis de los datos demográficos obtenidos:

**Tasa de natalidad, mortalidad y crecimiento natural:** Estos valores en los últimos 30 años ha ido en disminución constante, pasando a un proceso de tercera fase de transición demográfica.

**Tasa de crecimiento intercensal:** La población se duplicara más lentamente después del año 2000 en más años que lo que se calculó en los censos de 1973 y 1984.

**Tasa de migración neta interna:** Debido a la existencia de la compañía bananera en los años 1980 o antes, la población que existía en el cantón era de paso. Gran cantidad de población entraba y también salía del cantón con un saldo neto negativo. Una vez que la compañía bananera cerró, la emigración del cantón disminuyó, pero debido a la pobreza del cantón y la falta de oportunidades el saldo migratorio todavía es negativo.

**Tasa global de fecundidad:** En Costa Rica la tasa global de fecundidad es de 2.1. Apenas la fecundidad de reemplazo. La situación en el cantón de Corredores, si bien no tienen la fecundidad de reemplazo, está muy cercana a obtenerla.

**Tasa de crecimiento total:** La población se está reemplazando más lentamente que en años anteriores, lo que redonda en un crecimiento de la población más lento.

Relación salpingectomías/vasectomías por año: La relación de salpingectomías/vasectomías es mayor a 10, en los años que transcurren entre 1999-2004.

**Razón de salpingectomías y vasectomías:** Aunque se da un incremento de las vasectomías realizadas, el número de salpingectomías es mucho mayor y esta relación oscilará entre 7 y 10 salpingectomías por cada vasectomía.

**Tasa trianual de salpingectomizadas por grupo de edad fértil en el cantón y por distrito:** Al aprobarse el Decreto Ejecutivo 27913-S, las tasas por grupos de edad fértil de las mujeres que se han esterilizado ha aumentado considerablemente, analizando todos los casos del cantón y en los diferentes distritos, sobre todo en los grupos de 20 a 35 años.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General:**

Identificar los principales factores asociados a la realización de las esterilizaciones quirúrgicas femeninas a través un estudio cualitativo con un enfoque de género, y determinar cuantitativamente los hechos demográficos relevantes y el comportamiento de las esterilizaciones quirúrgicas en la población del cantón de Corredores.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Definir las circunstancias asociadas al machismo, circunstancias económicas, sociales y culturales relacionadas a las salpingectomías, a partir del testimonio de un grupo de mujeres del cantón de Corredores, para determinar explicaciones a la toma de esta decisión.
- ✓ Analizar los datos demográficos correspondientes a la natalidad, mortalidad, crecimiento, y migración de la población del cantón de Corredores para determinar el comportamiento en el tiempo de estos hechos poblacionales.
- ✓ Determinar el comportamiento de las esterilizaciones quirúrgicas femeninas y masculinas, de 1999 al 2004, después de la publicación del Decreto Presidencial 27913-S a través del análisis de los 895 casos de este periodo.

# **Capítulo II**

## **Marco metodológico**

## 2. Metodología de la investigación

### Elementos metodológicos

La investigación utilizó dos acercamientos metodológicos:

- **Un enfoque cualitativo:** basada en el método cualitativo de análisis de la información. La investigación cualitativa estudia, especialmente, los significados de las acciones humanas y la vida social. Utiliza la metodología interpretativa. Su interés se centra en el descubrimiento del conocimiento (3). Se utilizó la técnica de grupos focales. Para ello se ubicaron mujeres que participaron de la primera reunión de la Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos del Hospital Ciudad Neily, en febrero del 2005. Estas a su vez invitaron mujeres allegadas a su círculo social que planificaran con algún método, y que se hubieran operado o no lo tuvieran en sus planes. Participaron 22 mujeres en los 6 grupos focales que se llevaron a cabo, los cuales fueron gravados, transcritos, categorizados y analizados con el enfoque teórico mencionado.
- **Una aproximación cuantitativa,** basada fundamentalmente en los métodos descriptivos de análisis demográfico. Se utilizó la información de los últimos tres censos de población, 1973, 1984 y 2000, la cual fue obtenida en el Centro Centroamericano de Población por medio de la consulta a grandes bases de datos. De esta manera se pudo obtener la información segregada para la población en estudio. Se calcularon tasas, razones, porcentajes, que explican la situación demográfica del cantón de Corredores y su cambio en el tiempo, así como el comportamiento de la natalidad, moralidad y migración de la población. Conjuntamente se elaboraron tasas de mujeres salpingectomizadas por grupo de edad fértil en trienios de 1999-2001 y 2002-2004, para visualizar el cambio del comportamiento de la esterilización quirúrgica femenina en el tiempo. También se utilizó información, como textos, bases de datos en línea y artículos publicados sobre el tema.

### 2.1. Metodología cualitativa

La necesidad de realizar este estudio se dio a partir de la observación empírica de los trabajadores de Enfermería del Hospital Ciudad Neily, relacionados con la salud

reproductiva, como los enfermeros obstétricos, que manifestaban su inquietud con respecto a la cantidad de esterilizaciones quirúrgicas, sobre todo en mujeres, que se estaban realizando hasta el momento y su incremento en el tiempo. Así también llamaba la atención que el perfil de la mujer que se sometía a una salpingectomía, que anteriormente eran mujeres maduras, mayores de 35 años y múltiparas, estaba cambiando por mujeres de menor edad llegando incluso a menores de 20 años, con un hijo o sin hijos. De la misma manera también llamaba la atención que el número de nacimientos por año en el Hospital Ciudad Neily había disminuido considerablemente en los últimos años hasta llegar a tener que reducir el número de camas en el servicio de Maternidad del Hospital Ciudad Neily, pasando de 19 camas en 1990 a 15 en el 2005 (4).

El abordaje cualitativo de la investigación es producto del proceso de conocimiento, a partir de las propias mujeres, con hijos y que planifican con un método anticonceptivo, del cantón de Corredores, acerca de las razones sociales, culturales, religiosas y de relaciones de género en las cuales se ven involucradas y que las motiva a realizarse una esterilización quirúrgica definitiva. También es producto del interés de conocer su enfoque con respecto a otros eventos propios de las mujeres como son la planificación familiar, la maternidad, la familia y los hijos, entre otros temas. Esto con el fin de interpretar los significados estas relaciones de las mujeres con respecto al su entorno social, en el que se desenvuelven.

Es por esto que se caracterizó un grupo de mujeres que asistieron a la primera charla de la Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos del Hospital Ciudad Neily, en febrero de 2005, y estas a su vez invitaron a mujeres que planificaran con algún método anticonceptivo, operadas o no, a las reuniones de grupo focal que se realizaron posteriormente.

## **2.1.1. Técnicas de recolección de datos:**

### **2.1.1.1. Grupos focales.**

El motivo por el cual se decidió escoger la técnica de grupos focales es explicado de la mejor manera por Ospina y Gómez que lo define de la siguiente manera y determinan sus características:

“La técnica de grupos focales tiene una larga trayectoria en el campo de las investigaciones de mercado y crecientemente se ha convertido en una herramienta

fundamental en el área de investigación médica y social. Existen muchas definiciones en la literatura sobre lo que es un grupo focal y en general se identifica con atributos como discusión organizada, actividad colectiva, evento social e interacción.

Powell y Single definen un grupo focal como *un grupo de individuos seleccionados y ensamblado por los investigadores con el fin de discutir y comentar un asunto que es el objeto central de un estudio a partir de la experiencia individual de sus participantes*. Los grupos focales se fundamentan en la interacción que se produce dentro del grupo al discutir los temas proporcionados por el moderador. El objetivo principal de la investigación con grupos focales es obtener información acerca de las actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones de los participantes. Esta información no podría ser recolectada a partir de otros métodos como la observación, la entrevista individual o los cuestionarios. En comparación con otras técnicas de observación, un grupo focal permite al investigador recolectar una cantidad de información en un lapso de tiempo más corto, sin que sea necesario esperar a que las cosas sucedan, ya que el investigador sigue una guía de desarrollo del grupo focal (5).

Esta técnica fue el centro de la investigación cualitativa, porque aportó la mayor cantidad de información posible con la cual se pudo abarcar de forma precisa y concisa, el objetivo cualitativo específico de la investigación. Esta técnica se utilizó en seis ocasiones en grupos donde participaban mujeres en edad fértil que estaban en el proceso de realizarse una salpingectomía, así como otras mujeres ajenas al proceso.

#### **2.1.1.2. Encuesta socioeconómica.**

Se consideró importante realizar una encuesta socio económica a las mujeres que participaron en los seis grupos focales, como técnica cualitativa, para determinar las condiciones de educación, ingreso familiar, constitución de las familias, religión, estado civil, número de hijos entre otras características de las mujeres y con esto determinar el perfil de las mujeres como informantes. Esto permitió determinar aspectos relacionados a su ubicación dentro del entorno social y dar explicación a las expresiones e ideas de las mujeres en torno al enfoque de género del fenómeno social de la esterilización quirúrgica, las relaciones de género, la salud y la situación económica particular de las mismas.

#### **2.1.2. Proceso de recolección de información cualitativa.**

El proceso que abarcó la realización de los grupos focales son las siguientes:

- Se determinó el área de estudio: en este caso las salpingectomías en el cantón de Corredores.

- Se definió un tema de investigación: Las circunstancias asociadas al machismo, circunstancias sociales, culturales y económicas asociadas a la toma de la decisión de realizarse una salpingectomía.
- Se elaboró un protocolo de investigación y una encuesta de prueba.
- Se realizó una encuesta definitiva mejorada.
- Se definió el área de campo donde se iba a ejecutar la investigación: Las mujeres que asistían a las reuniones de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Ciudad Neily
- Se seleccionó las mujeres a participar en los grupos focales.

Los criterios de selección de las participantes son:

- ❖ Mujeres que tengan al menos un hijo.
  - ❖ Mujeres en edad fértil.
  - ❖ Mujeres que estén planificando con algún método anticonceptivo.
  - ❖ Mujeres que deseen participar de la investigación.
  - ❖ Mujeres residentes del cantón de Corredores.
- Se realizó una encuesta socio demográfica a las interesadas, para determinar su perfil.
  - Realización de seis grupos focales en un local comercial ajeno a las instalaciones del Hospital Ciudad Neily, en el centro de la localidad.
  - Se realizó la transcripción y el análisis de los resultados de los grupos focales y encuestas.
  - Se interpretaron los resultados

### **2.1.3. Temas de los grupos focales.**

Los temas centrales de los seis grupos focales alrededor de los cuales giraron las preguntas formuladas fueron los siguientes:

- El significado y la importancia de la planificación familiar, sus ventajas.
- La responsabilidad materna.
- El papel del hombre en la maternidad y el disfrute de la paternidad.
- Las principales razones por las que deciden operarse.
- Religión y planificación.
- Madre de familia y trabajo fuera de la casa.



- Costo económico y emocional de criar hijos.
- Desigualdad en la oferta de anticonceptivos femeninos.
- El machismo, las mujeres criando machistas.
- La maternidad, derecho, deber, esclavitud o libertad.
- La relación de pareja y la salpingectomía.

El área de campo fue el Hospital Ciudad Neily y las mujeres que se llegaron a las convocatorias de grupo focal fueron de 2 mujeres del distrito Corredor, 13 de Paso Canoas, 3 de La Cuesta y 1 de Laurel. 13 mujeres fueron contactadas en la primera reunión de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Ciudad Neily por su intención de realizarse una salpingectomía, y 11 fueron invitadas por éstas mujeres, ya fuera que se hubieran operado o que no lo tuvieran en sus planes a corto plazo.

Para la participación de las mujeres en el trabajo de investigación, se le informó lo siguiente:

- Se les informó verbalmente primero, acerca de los involucrados en la investigación, como son la Universidad de Costa Rica y el financiamiento del Centro Centroamericano de Población y con el aval de la Dirección General del Hospital Ciudad Neily.
- Se le informó que su participación era estrictamente confidencial, a tal punto de que sus nombres serían cambiados a su consideración.
- De la misma manera se les informó que los testimonios obtenidos en dichos grupos focales serían utilizados solamente en el contexto de la presente investigación.
- Posteriormente firmaron una autorización en donde ellas manifestaban su consentimiento de utilizar sus testimonios absolutamente con fines didácticos y su voluntad de retirarse del estudio en el momento que así lo creyeran conveniente. Esta autorización fue firmada las veces que participaron de los diferentes grupos focales y de la misma se dejaron copia cada vez que participaron.

#### **2.1.4. Corriente epistemológica.**

La esterilización como fenómeno social es posible que sea abarcada desde una teoría fenomenológica interpretativa. La conciencia (cualidad que pertenece a todos los individuos) es un principio de la acción del sujeto en el conocimiento y su relación con otras conciencias.

Tienen como objetivo el comprender e interpretar la realidad utilizando la lógica del análisis, el descubrimiento exploratorio, descriptivo e inductivo dando énfasis a los procesos para conocer la esencia del fenómeno social

“Esta corriente observa los fenómenos como un hecho vivido, intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando, donde el conocimiento es posible porque es el resultado de la postura que frente a la realidad asuma el sujeto en interacción con otros” (6).

#### **2.1.5. Enfoque de la investigación cualitativa.**

El enfoque de esta investigación cualitativa tiene un enfoque de género, para abordar el objeto de estudio que son las causas de las esterilizaciones femeninas. El enfoque debe ser de género porque debe abordar la dinámica de los hombres y las mujeres en un entorno social, comprender y explicar las desigualdades entre éstos y profundizar en las causas por las cuales la mujer acapara el asunto de la planificación y la crianza de los hijos como una obligación puramente femenina.

#### **2.1.6. Tipo de estudio.**

Este es un estudio que en esta parte, según su carácter de medida es:

- *Cualitativo*, porque estudia el significado de las acciones humanas.
- Por su profundidad es *exploratoria-explicativa*, pues se realiza para obtener un primer conocimiento de una situación para luego realizar una posterior más profunda, explica los fenómenos y el estudio de sus relaciones para conocer su estructura y los aspectos que intervienen en su dinámica.

**2.1.7. Unidad de análisis cualitativa:** La unidad de análisis son las mujeres que se realizan una esterilización quirúrgica en el cantón de Corredores.

**2.1.8. Eje del análisis cualitativo:** Opinión de las mujeres acerca de la toma de la decisión de realizarse una esterilización femenina voluntaria.

## **2.1.9. Etapas del análisis cualitativo.**

### **2.1.9.1. Categorías principales de la información**

Una vez transcritas todas las 6 reuniones de grupo focal, se realizó la primera etapa del análisis, que consiste en un análisis descriptivo a través de la codificación de los datos obtenidos. Esta codificación incluye todo el procedimiento a través del cual los datos o narraciones son fragmentadas, conceptualizadas y relacionadas analíticamente. Esta codificación es de carácter provisional, siendo una codificación abierta y su objetivo es abrir la indagación. El material al ser analizado, se fragmentó, a fin de examinarlo línea por línea. Cada unidad de sentido o idea expresa es conceptualizada y nominada. Se le adscribió una etiqueta verbal que interpreta el significado de la información recogida. Los conceptos luego se agrupan en categorías, las que se organizan jerárquicamente. El producto final de este proceso inductivo es un conjunto de conceptos relacionados entre sí, que permite dar respuesta a los objetivos de la investigación.

La categorización se fundamentó en los grupos, que son definidos como las circunstancias asociadas a la esterilización quirúrgica de las mujeres del cantón de Corredores, organizadas jerárquicamente. Esta información engloba en 4 grupos o categorías, toda la información expresada en las reuniones, por las mujeres y son las siguientes:

- ✓ Circunstancias asociadas al machismo: El machismo, abandono económico y emocional de la pareja en la crianza, importancia de la presencia paternal, recargo de funciones en la mujer.
- ✓ Circunstancias sociales: Salud.
- ✓ Circunstancias económicas: perspectiva de progreso, el cambio en las necesidades de los hijos a través del tiempo
- ✓ Circunstancias culturales: religión.

### **2.1.9.2. Sub categorías de la información:**

Dentro de la categoría de circunstancias asociadas al machismo, existen tendencias en las expresiones de las mujeres, a las cuales se les podría llamar subcategorías. Estas

representan dentro de éste grupo, los temas más relevantes que las mujeres abordaron y que pueden etiquetarse y agruparse. Estos son los siguientes:

- Irresponsabilidad del hombre
- La responsabilidad será siempre de la mujer
- Importancia del padre en la crianza
- Maternidad y trabajo fuera de la casa, doble jornada laboral
- Mujeres sin hijos
- Mujeres con hijos
- Machismo

También existe una quinta categoría que no es contemplada dentro del estudio, en la cual se agrupan todos los conceptos que no pueden ser abarcados por las categorías anteriores y que representan un mínimo de las expresiones emitidas por las mujeres, entre los cuales pueden mencionarse:

- El costo emocional de criar hijos
- Un espacio para hablar
- Tomar una buena decisión siempre
- Concepto de oportunidad
- Autonomía y autoimagen
- ¿Arrepentimiento?

La segunda parte del análisis tiene como objetivo establecer una interpretación o determinar las conexiones entre los diferentes contenidos o temas que proyectan los resultados descriptivos y devela las relaciones entre las categorías. Se construye un modelo comprensivo general, que relaciona los aspectos esenciales de los resultados en torno a un fenómeno central, que en este caso son las circunstancias asociadas a la esterilización quirúrgica. La identificación de éste fenómeno central constituye el eje central significativo de esta investigación cualitativa en particular.

## **2.2. Metodología cuantitativa.**

La investigación cuantitativa se fundamenta en los aspectos observables y susceptibles de cuantificar. Utiliza la metodología empírico-analítica y se sirve de la estadística para el análisis de los datos (7).

### **2.2.1. Tipo de estudio**

Esta investigación es:

- Cuantitativa: se fundamenta en aspectos observables y cuantificables.
- Longitudinal: estudia un problema en distintos momentos o edades.
- Descriptiva: busca la descripción de un fenómeno.
- De campo: se realiza en una situación natural, no experimental.
- Ideográfica: se basa en la singularidad de los fenómenos.
- Histórica: estudia fenómenos del pasado y se sirve de fuentes primarias y secundarias
- No inferencial: debido a que se estudió toda la población y no se tomaron muestras de las bases de datos.

### **2.2.2. Poblaciones en estudio**

En el estudio cuantitativo se utilizaron dos poblaciones, una es la población del cantón de Corredores con el fin de determinar el comportamiento demográfico en los últimos 30 años, de la población. La otra población son todos los casos de esterilización quirúrgica realizadas en el cantón de Corredores entre los años 1999 y 2004.

#### **2.2.2.1. Población del cantón de Corredores**

Utilizando las bases de datos del Centro Centroamericano de Población se obtuvieron los siguientes datos del cantón de Corredores:

- Población total, censos 1973, 1984, y 2000
- Población por edad y sexo, 2004
- Nacimientos en los años 1974-2004
- Muertes en los años 1974-2004
- Migración neta interna 1979-1974 y 1999-2004

Con estos datos se calculó:

- Tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural de 1974-2004
- Tasa global de fecundidad
- Tasa de crecimiento total en los quinquenios 1979-1984 y 1955-2000
- Tasa trianual de fecundidad por grupo de edad fértil

Esta tasa es trianual con el objeto de dar estabilidad a los datos de fecundidad y realizar una comparación en dos grupos de años significativa.

#### **2.2.2.2, Población de esterilizaciones quirúrgicas del cantón de Corredores**

No se realizó muestreo. Se tomaron todos los casos de esterilización quirúrgica que se realizaron en el Hospital Ciudad Neily, durante el periodo que transcurre desde enero de 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 hasta diciembre de 2004 de las esterilizaciones quirúrgicas realizadas en el cantón de Corredores, las cuales fueron divididas en dos grupos:

- Esterilizaciones quirúrgicas femeninas realizadas en el Hospital Ciudad Neily entre enero de 1999 y diciembre de 2004.
- Esterilizaciones quirúrgicas masculinas, realizadas en el Hospital Ciudad Neily entre enero de 1999 y diciembre de 2004.

Se realizó con estos datos:

- Razón de salpingectomías / vasectomías entre 1999 y 2004
- Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil, en los distritos Corredor, Paso Canoas, La Cuesta y Laurel.
- Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil, en el cantón de Corredores.

Estas tasas son trianual con el objeto de dar estabilidad a los datos de tasas de salpingectomías y realizar una comparación en dos grupos de años significativa.

Los casos de esterilizaciones quirúrgicas de pacientes provenientes de otros distritos diferentes a los del cantón de Corredores fueron excluidos.

El número total de casos de esterilizaciones femeninas son 821 y de esterilizaciones masculinas es de 74 casos para un total de 895 esterilizaciones quirúrgicas realizadas a pobladores del cantón de Corredores.

### 2.2.3. Características de estudio cuantitativo.

DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICA
Socio demográfica	Edad
	Distrito de residencia
	Sexo

### 2.2.4. Unidad de análisis cuantitativo.

La unidad de análisis es el registro de la realización de una cirugía con un diagnóstico de esterilización quirúrgica, realizadas en el Hospital Ciudad Neily entre enero de 1999 y diciembre de 2004.

### 2.2.5. Sujetos y fuentes de información cuantitativa.

#### Fuentes primarias de información:

- Encargado de Bioestadística y REDES del Hospital Ciudad Neily

En vista de que la esterilización quirúrgica es un proceso quirúrgico que tiene gran cantidad de información y datos demográficos de la persona a la que se le realiza, esta información es tabulada y almacenada en un paquete de cómputo en el Departamento de Bioestadística del Segundo Nivel de Atención en Salud (Hospital Ciudad Neily), como EPI Info).

- Bases de datos de esterilizaciones quirúrgicas de enero de 1999 hasta diciembre de 2004, Hospital Ciudad Neily, 1999-2004.

#### Fuentes secundarias de información:

- Base de datos del Centro Centroamericano de Población. Cantón de Corredores, proyecciones de población total, años 1999 – 2004.

- Base de datos del Centro Centroamericano de Población. Cantón de Corredores, población por sexo, años 1999 – 2004.
- Base de datos del Centro Centroamericano de Población. Cantón de Corredores, Nacimientos, 1974 – 2004.
- Base de datos del Centro Centroamericano de Población. Cantón de Corredores, Muertes, 1974 – 2004.
- Bases de datos del Centro Centroamericano de Población. Población total y por sexo, censos de población, 1973, 1984, 2000.
- Base de datos del Centro Centroamericano de Población. Migración neta interna. Cantón de Corredores. 1979-1984, 1995-2000.
- Informe Estado de la Nación. 2004.

#### **2.2.6. Herramientas de análisis de información**

Se utilizaron básicamente tres programas de cómputo para el análisis y graficación de la información:

- SPSS para Windows, 10.0
- STATA, version 7.0
- EXCEL XP para Windows

#### **2.3. Limitaciones y supuestos.**

Este estudio está delimitado a la investigación de las esterilizaciones quirúrgicas de personas residentes del cantón de Corredores, realizadas en el Hospital Ciudad Neily, en el período que transcurre entre enero de 1999 y diciembre de 2005. Cualquier otro dato está descartado.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas a personas residentes en el cantón, en centros privados dentro y fuera del cantón de Corredores quedan descartadas. No se toman en cuenta las esterilizaciones quirúrgicas realizadas antes de enero de 1999 y después de diciembre de 2004. No se toman en cuenta las esterilizaciones quirúrgicas realizadas a personas no residentes en el cantón de Corredores, aunque se hayan realizado en el Hospital Ciudad Neily.



Se supone que todos los datos de las fuentes primarias y secundarias de información, así como lo expresado en las encuestas y grupos focales son completamente válidos y ciertos y que son exhaustivos.

No se estima en este estudio ninguna característica de los intervenidos aparte de la edad, el sexo y el lugar de residencia. No se estudió otros diagnósticos anexos realizados en la misma operación aparte del propio de la esterilización quirúrgica femenina.

# **Capítulo III**

## **Marco contextual y conceptual**

## MARCO CONTEXTUAL

### **3. Introducción a la Salud Sexual y Derechos Reproductivos.**

El hecho de que las personas adultas en Costa Rica y en este caso las mujeres del cantón de Corredores puedan realizarse una esterilización quirúrgica es un derecho. Recibir información verás y sin prejuicios acerca de esta intervención y los demás métodos anticonceptivos también es un derecho a la salud y en especial a la salud sexual y reproductiva, ambos son respaldados por el derecho a la salud de los costarricenses, determinado en la Ley General de Salud.

En el año 1999 se publica el Decreto Presidencial 27913-S en donde se crea la Comisión Interinstitucional de Salud Sexual y Derechos Reproductivos y que hace honor a muchos acuerdos internacionales, ratificados por la Asamblea Legislativa de Costa Rica y que por ende los hacen estar jurídicamente en superioridad a las propias leyes, y que se crearon en respeto a las decisiones que las personas tomen con respecto a su salud sexual y reproductiva.

Uno de los aspectos importantes de este decreto es que todos los requisitos de las personas para acceder a una esterilización quirúrgica serían eliminados en Costa Rica y los servicios de salud pública están obligados a proveer atención en salud sexual y de derechos reproductivos a todos los costarricenses y residentes en Costa Rica. También provee acceso de tanto mujeres como hombres a una esterilización quirúrgica voluntaria en estos mismos servicios.

Este beneficio ha sido utilizado en la mayoría de los casos por mujeres en todo el país, siendo evidente su popularidad sobre todo en las féminas, aun con la existencia de otros métodos anticonceptivos provisto también por el sistema de salud, dando a la mujer en Costa Rica, igualdad de oportunidades al acceso a una esterilización quirúrgica que en anterioridad a este decreto presidencial, no tenían. La mujer para acceder a una esterilización quirúrgica tenía un innumerable número de requisitos; los maridos, los

médicos, los sacerdotes o pastores, los padres, los hijos y la sociedad entera decidían por ellas, antes que las propias mujeres.

Es por esto que el decreto 27913-S tiene un enfoque de equidad de género, pues al permitir el acceso a las mujeres a una esterilización quirúrgica, igualó las oportunidades a éstas, pues los hombres no tenían estos requisitos para acceder a esterilizarse. Aún así, los hombres antes del decreto 27913-S, prácticamente no se esterilizaban en los servicios de salud pública ni privados.

Este decreto también indirectamente tiene un enfoque socioeconómico, pues anteriormente al mismo, las mujeres que tenían capacidad económica para pagar una coima al ginecólogo de un determinado hospital público o pagar un hospital privado para realizarse una esterilización quirúrgica, obviaba todos los requisitos que se le imponían para realizar esa misma cirugía a mujeres sin esa capacidad económica.

El hecho de que en Costa Rica se haya legislado a favor de la promoción de igualdad de oportunidades sociales para las mujeres (Ley No. 7142) y acerca de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres no es aislado. Es producto de innumerables iniciativas internacionales que tuvieron el fin de declarar y reconocer derechos, de todo tipo, a las mujeres.

### **3.1. Los Derechos Sexuales y Reproductivos internacionales. Convenios y tratados internacionales con respecto a la salud sexual y reproductiva.**

Es una iniciativa que comienza, hace tanto tiempo, como en 1928, con la creación de la Comisión Interamericana de la Mujer, siguiendo en 1975 con la declaración por parte de las Naciones Unidas del Año Internacional de la Mujer, que se impulsa la empoderación de la mujer, con el propósito de hacer reales derechos, a la salud sexual y reproductiva, entre otros, hasta la Declaración de Beijing en 1995.

La explicación y origen de estos derechos tiene principalmente relación con la concepción de salud reproductiva expresada en La Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995:

*“Un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. Eso entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual*

*satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia (8).* Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información sobre métodos para regular la fecundidad de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos / as sanos / as (9).

### **3.1.1. Los derechos reproductivos y sexuales son derechos humanos**

La creación de la Comisión Interamericana de la Mujer (CIM) en 1928 fue el primer esfuerzo en la región de consolidar una institución oficial intergubernamental que velara expresamente por el reconocimiento de los derechos civiles y políticos de la mujer. Sin embargo, hasta la década de los noventa se adoptaron iniciativas concretas dentro del sistema interamericano para proteger y garantizar de manera más efectiva los derechos de las mujeres. Algunos de los instrumentos internacionales del sistema de Naciones Unidas y del sistema interamericano que son la base para la protección de estos derechos son: la Declaración Universal de Derechos Humanos (Declaración Universal), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de Derechos Civiles y Políticos), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de Derechos Económicos y Sociales), la Convención sobre los Derechos del Niño (Convención del Niño) y la Convención Americana de Derechos Humanos (Convención Americana). De manera particular, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convención de la Mujer) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), único instrumento internacional que trata expresamente el problema de la violencia a la mujer, han sido esenciales en la región latinoamericana (10).

Los derechos reproductivos y sexuales se vinculan directamente a los derechos humanos a partir de la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena, en 1993, la Conferencia

sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 y La Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing en 1995.

Estos son los tratados que principalmente involucraron los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en los cuales se basa la legislación costarricense al respecto (11).

**I. La Conferencia Mundial sobre el Año Internacional de la Mujer en 1975:**

Reconoció el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a la opción sexual y a los derechos reproductivos.

**II. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) ratificada en Ley 6968 de 1984:**

Constituye el primer tratado internacional que le asegura a la mujer la igualdad de acceso a los servicios de planificación familiar y a los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos. Ratificada en Costa Rica a través de la Ley No. 6968 del 2 de octubre de 1984.

**III. Conferencia DDHH -VIENA 1993:**

*“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”.*

**IV. Conferencia de Población, El Cairo 1995, párrafo 7.3:**

*“Los derechos reproductivos reposan en el reconocimiento básico del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el espaciamiento y oportunidad de tener hijos, y a tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el más elevado estándar de salud sexual y reproductiva libres de discriminación, coerción y violencia tal como lo expresan los instrumentos de derechos humanos, debe darse total atención a la promoción del respeto mutuo y relaciones de género equitativas”*

## **V. Declaración de Beijing –1995:**

*“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente sobre estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.*

**VI.** En 1992 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) [www.ippf.org](http://www.ippf.org), adopta su Plan Estratégico “Visión año 2000” en el que se decide que las asociaciones federadas no se limitarán a actividades y programas de planificación familiar, sino que ampliarán sus actividades en el marco de la salud sexual y reproductiva, impulsando las acciones de presión política y sensibilización.

Bajo el derecho internacional humanitario, el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma), aprobado en 1998, define y codifica por primera vez en el derecho internacional penal, la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, *la esterilización forzada* y otras formas de violencia sexual como crímenes contra la humanidad y como crímenes de guerra. El Estatuto de Roma determina que la violación y otros delitos reproductivos y sexuales están al mismo nivel de los crímenes internacionales más atroces, constitutivos en muchos casos de tortura y genocidio. Además, reconoce por primera vez que las violaciones a la autodeterminación reproductiva de las mujeres -tanto el embarazo forzado como la esterilización forzada- constituyen crímenes muy graves de acuerdo con el derecho internacional humanitario (12).

El camino hasta el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Costa Rica ha sido largo y posterior, como se ha visto, a un gran número de iniciativas internacionales de diversa índole, con respecto a este tema. La legislación en Costa Rica respecto a estos derechos permite iniciar el camino hacia la igualdad real de género.

Los gobiernos y los organismos de desarrollo idearon un programa para la acción futura, en el Decenio de las Naciones Unidas por la Mujer (1976-1985) (13), con el objetivo

común de “íntegras a las mujeres al proceso de desarrollo”. En este contexto se emitió la carta magna de los derechos de la mujer a través de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ratificada en Costa Rica en la Ley No.6968, del 2 de octubre de 2004, que delimita el ordenamiento jurídico que deberán adoptar los gobiernos de todos los países si se comprometen con la igualdad real y la incorporación de las mujeres en el desarrollo sostenible.

Siempre que se respete los derechos y promoción a la igualdad de oportunidades, las mujeres son también una parte importante del engranaje en la producción y el consumo, que garantizan las metas globales de desarrollo.

Este programa se enfocó en la promoción en la obtención de empleo remunerado para mujeres de bajos ingresos, desarrollo de iniciativa de proyectos productivos a pequeña escala en pequeña y micro empresa, alfabetización de mujeres de escasos recursos entre otras actividades. En el campo de la salud también fueron parte del integracionismo de las mujeres, teniendo presente la concepción de la salud íntegral y su contribución al desarrollo, establecido en los postulados de la atención primaria y la participación comunitaria para la consecución de las metas de Salud para Todos en el Año 2000 aprobadas en Alma Ata en 1977 (14).

Desde la perspectiva íntegral de desarrollo económico, la salud de las mujeres se planteo como una contribución a este desarrollo en dos formas: por una parte como un medio para garantizar la reproducción biológica a través de la disminución de la mortalidad materna e infantil y la supervivencia de los hijos mediante los cuidados y la alimentación materna y por la otra, como recurso que participa en el desarrollo de programas y servicios de salud que benefician a la población. La mujer es de hecho una multiplicadora de la información para la salud.

En ambas situaciones las mujeres son vistas como un insumo para la salud de la población y para el propio desarrollo del país; pero no hay ninguna consideración se manifiesta por los efectos del desarrollo sin enfoque de género, de la discriminación y desigualdad por sexo, sobre sus propias condiciones de salud. Este enfoque, inspirado en la concepción de la salud como parte de la formación del capital humano, visualiza la salud de la mujer como una inversión para el bienestar de la salud. Como puede



observarse, las resoluciones no solo reconocieron la importancia de la salud de la mujer para la reproducción y el mantenimiento de sus hijos sino que también visualizaron, bajo enfoques de la igualdad, la contribución de la salud para eliminar las barreras que obstaculizarían su integración al desarrollo, entendiendo por este último su integración al trabajo remunerado.

En 1986 los ministros de salud de las Américas reunidos en la XXII Conferencia Panamericana Sanitaria, aprobaron las estrategias regionales para el futuro sobre la mujer, la salud, y el desarrollo. En esa ocasión señalaron los aspectos relativos a la protección y prevención de daños a la salud de la mujer y a los servicios, mencionando específicamente: la reducción de las tasas inaceptables de mortalidad materna y a la reducción de la mortalidad por cáncer en la mujer; la reducción de los riesgos asociados con el trabajo (salud, ocupacional y salud mental), la garantía de la accesibilidad a los servicios a las mujeres y que los mismos se orienten a satisfacer las necesidades propias de su sexo.

Como dice Badilla y Aguilar:

*“Si se empodera a las mujeres, y si se satisfacen las necesidades de la salud sexual y de la salud reproductiva de todas las personas, será posible lograr la estabilización de las población por medio de opciones y oportunidades en vez del control o la coerción. El enfoque basado en los derechos, se construye a partir de acuerdos internacionales de derechos humanos ya existentes y reconoce la salud y los derechos sexuales y reproductivos como metas importantes en sí mismas. (Family Care International: 1999) (15)*

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, permitió establecer el tema de la salud sexual y de la salud reproductiva de las mujeres como un derecho humano. Por primera vez se logra debatir sobre el alcance del derecho de la salud desde la perspectiva de las mujeres.

El movimiento de la salud de las mujeres impulsa la incorporación de la perspectiva de derechos sexuales como un enfoque más inclusivo del derecho a la salud de las personas, desde inicios de los noventa (IIDH: 2000). Es así como en la Plataforma de Acción de Beijing en sus párrafos 94, 95 y 96, se hace una referencia directa, al afirmar: *“los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones*

*relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación o la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la personas, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.”* (16).

### **3.2. La anticoncepción y los derechos a la salud sexual y reproductiva en Costa Rica.**

La práctica anticonceptiva en Costa Rica ya era importante en la década de los setentas y se ha venido incrementando a través del tiempo. En 1976, la prevalencia global (porcentaje de mujeres en edad fértil que lo utilizan) fue de un 69% y alcanzó en 1993 un nivel de 76%. Esto indica que la difusión de anticonceptivos en el país no es reciente, ya que se venía presentando con una intensidad importante antes de 1976, y que posterior a ese año, el proceso de difusión se fortaleció, hasta lograr en 1993 un nivel de prevalencia similar a la de los países desarrollados. Dentro de este proceso, el uso de la esterilización femenina fluctuó en magnitudes modestas, sin un patrón definido. No obstante, en 1976 a 1986, fue el segundo anticonceptivo más usado por las mujeres en unión y para 1993 se convirtió en el método número uno (20.5%), superando por primera vez el uso de la píldora (17.7%). Los diferenciales muestran además que en las mujeres con 35 años o más y con 3 hijos nacidos vivos o más, la esterilización femenina ya era el método más usado desde 1976 (17).

En el mes de agosto de 2003, la Defensoría de los Habitantes inició una investigación acerca del acceso de la población a los métodos de control de la fertilidad, particularmente lo referente a las esterilizaciones quirúrgicas por parte de hombre y mujeres, las actuaciones de los hospitales con respecto al Decreto Presidencial 27913-S. Enviando cuestionarios a los directores y directoras de todos los hospitales del país, con el propósito de fundamentar su diagnóstico y políticas de los hospitales en relación con las esterilizaciones quirúrgicas, los problemas que enfrentan hombres y mujeres para tener acceso a esta intervención quirúrgica.

Los resultados fueron los siguientes, correspondientes a 23 de los 24 hospitales encuestados:

- El 58.32% señaló que sus políticas internas sobre esterilización se derivan de los contenidos del Decreto 27913-S;
- El 16.66% indicó que su política es realizar esterilizaciones tanto a hombres como mujeres;
- Un 8.33% no niega el servicios pero depende de la capacidad del centro;
- Un 8.33% respondió que se apega al completo respeto de los derechos fundamentales de los usuarios y usuarias, garantizando el derecho a adoptar decisiones relativas al goce de los derechos sexuales y de reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia,
- Un 4.16% indica que su política va dirigida a seguir directrices institucionales apoyadas en un pronunciamiento de la Defensoría de los Habitantes y la Sala Constitucional.
- El 95.83% de los hospitales respondieron que conocen la orientación que deben seguir en las consejerías.
- El 90.2% de las esterilizaciones realizadas en el país fueron en mujeres y, el restante 9.08% le fueron practicadas a hombres.

Estos datos confirman, una vez más, que la responsabilidad de controlar la fertilización sigue siendo un asunto de mujeres y particularmente, la decisión de la esterilización quirúrgica voluntaria.

- El 43% de los hospitales desconocían el voto 3721 del 23 de abril de 2002 de la Sala Constitucional, en donde se puntualizó que el derecho al acceso y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos debe ser en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres y por ende desconocían los alcances, las responsabilidades y consecuencias de continuar con concepciones y prácticas discriminatorias.
- El 4.16% de los hospitales no respondió la consulta.

En el Hospital Tony Facio de Limón, se atribuyen la prerrogativa de rechazar la intervenciones quirúrgicas cuando la persona es de “edad fértil joven”, atribución contemplada en el anterior Decreto Ejecutivo 18080 del 22 de marzo de 1985. Precisamente fueron estos aspectos los que llevaron a elaborar el presente decreto, dada la violación al derecho a la voluntad de una persona mayor de edad sobre el método de

control de la fertilidad por ella escogido, así como las denuncias continuas de las arbitrariedades de los médicos en sus decisiones.

De la información expuestas, resulta evidente el papel que cumplen las instituciones pública en la reproducción de los roles asignados, según el género de la persona, en la materia bajo análisis. A pesar de las mayores dificultades que entraña la esterilización en las mujeres es evidente que las instancias de salud las siguen considerando como las personas que han de someterse a esta forma de planificación familiar. La información que sobre el tema tienen las instancias de salud va dirigida a éstas, hay mayor disponibilidad de personal médico para hacer salpingectomías, así como espacios para realizarlas. Por otro lado, no existen campañas informativas o de sensibilización hacia los hombres que contribuya a que éstos asuman su cuota de responsabilidad en materia sexual y reproductiva, así como las implicaciones menos riesgosas, de menor costo y de consecuencias reversibles en muchos casos de la vasectomía.

Al contrario, la información que se brinda a los hombres depende de si éstos solicitan, pues desde la concepción médica y de la salud que impera no se visualiza al hombre como usuario de este método de control de la fertilidad, pese a que la edad fértil de éstos supera en muchos años a la de la mujer...de igual forma, la cultura falocéntrica propia del sistema patriarcal, le hace creer a los hombres que su capacidad reproductiva no enfrenta mayores riesgos, a diferencia de las (capacidades reproductivas) de las mujeres y, más bien, constituye una clara muestra de su mejor constitución física y garantía de masculinidad. Entre más hijos/as pueda ayudar a concebir, aunque no asuma las responsabilidades que ello demanda, más hombres se sienten (18).

### **3.2.1. Análisis sobre el número de las esterilizaciones voluntarias realizadas en los hospitales del país.**

Así, estas estadísticas demuestran que las mujeres siguen teniendo la responsabilidad sobre la concepción, siendo estas quienes demandan más el servicio de la esterilización:

- En el 2001 se realizan 242 vasectomías frente a 10444 salpingectomías.
- En el 2002 se esterilizaron 503 hombres frente a 10289 mujeres
- En el 2003, 605 hombres se hicieron la vasectomía frente a 9402 mujeres

➤ Para el primer semestre del año en curso, 2004, se han realizado 410 vasectomías y 4760 salpingectomías.

Aunque en los datos anteriores se puede notar un leve aumento en la realización de la esterilización por vasectomía, y su proporcional disminución en las salpingectomías, la diferencia sigue siendo de proporciones preocupantes (19). Según estos datos, el 95% de las esterilizaciones quirúrgicas están siendo efectuadas en mujeres y 5% en hombres, siendo la responsabilidad de la planificación familiar a través de la cirugía, una determinación tomada principalmente por las mujeres.

En 1983, Barguil y Retana (20), en su trabajo de investigación concluyeron que rechazan la esterilización con fines preventivos debido a que “su práctica se ha prestado para implantarla como un método antinatalista, argumentando la supuesta complicación de futuros embarazos, ignorando o descartando positivos avances médicos” Se manifiestan en contra de la Asociación Demográfica Costarricense que ha saturado a Costa Rica de “campañas que han calado hondo en la población, que ve con naturalidad la práctica de la esterilización voluntaria como un método anticonceptivo” hecho que debe ser visto con preocupación pues no es una política definida de acuerdo a “nuestra idiosincrasia”. Estas conclusiones son más bien personales que propias de la investigación que realizaron.

En 1995, Madrigal (21) encontró en su investigación que el impacto demográfico de la esterilización sobre la fecundidad es modesto. Los cálculos realizados muestran, asumiendo que las mujeres esterilizadas habrían tenido un patrón de fecundidad similar al de las no esterilizadas, que la operación habría evitado un promedio de 0.5 hijos por mujer desde 1971. “Esto se da porque la operación se practica principalmente a partir de los 35 años, cuando la duración de la unión es mayor a los 15 años, cuando el número de hijos nacidos vivos es de 3 o más y cuando la mujer posee al menos un hijo de cada sexo”. Cuando su paridad ya es satisfecha. A pesar de que la esterilización era para ese momento el método más usado en el país, superando incluso la píldora.

También en 1995, Madríz y Delgado (22), realizan 236 entrevistas estructuradas de mujeres que solicitaron esterilización quirúrgica en la Clínica Integrada Pro Salud de la Familia de Turrialba, llegando a las siguientes conclusiones: la mayoría era de raza blanca, católicas y casadas. La mayoría eran amas de casa, que guarda relación con el nivel educativo porque sólo el 39.6% tenían primaria completa y secundaria incompleta.

El 32.2% tenía entre 5 y 8 embarazos y el 86.6% tiene más de tres hijos vivos. La razón por la que desean operarse es “para no tener más hijos” buscando un método permanente. El 76.6% indicó que planifica con gestágenos orales. El 100% son procedentes de área rural, una condición socioeconómica baja dedicadas a actividades agrícolas en su mayoría. Las características culturales y religiosas no representaron obstáculo para optar por el método de esterilización. El 43.1% desconocía generalidades del procedimiento quirúrgico, pero aún así el 95.4% opinó que los servicios de esterilización quirúrgica son “buenos” y “excelentes”.

En el 2003, Chaves y Corrales (23), en 43 entrevistas estructuradas a hombres y mujeres que solicitaron ser esterilizados en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega, concluyeron que la edad (mayores de 30 años) y el nivel educativo (sexto grado o más) de las personas esterilizadas son factores sociales influyentes para que decidieran practicarse una cirugía libre y voluntaria, sobre todo en el caso de las mujeres, algunas mujeres se arrepienten de haberse operado, principalmente aquellas de bajo nivel educativo, con roles de madre y esposa muy arraigados y que lo hicieron por problemas de salud, en vista de los valores religiosos que les han sido inculcados. Los hombres alegaron que se esterilizaban por la mala situación económica y su papel de proveedores del hogar, que está muy ligado a su baja escolaridad. Las mujeres que dicen haberse esterilizado por carecer de recursos económicos, tienen una verdadera razón de hacerlo y es no querer tener más hijos. Ellas consideran que operarse es su manera de contribuir a la economía del hogar ya que no aportan dinero.

El Informe Sombra de CEDAW (Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer) de 2003, es muy vehemente y claro al destacar que las consejerías de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos ofrecidas por la Caja Costarricense de Seguro Social no están cumpliendo con las expectativas y lo establecido por el Decreto 27913-S:

*“La actitud del personal que brinda los servicios que el Decreto establece, interpone sus prejuicios y criterios morales en relación con el ejercicio de la voluntad informada. Eso hace que, en muchos casos, las usuarias desistan de exigir el respeto a las decisiones sobre el ejercicio de su sexualidad y capacidad reproductiva.*

*Las consejerías en salud sexual y reproductiva se efectúan de manera colectiva, y quienes eligen la esterilización, tienen una segunda sesión informativa sobre el método seleccionado, la cual suele finalizar con la firma del consentimiento informado. Sin embargo, algunas usuarias quedan con dudas que no pueden resolver ante el grupo, ya que este servicio se brinda también de forma colectiva; de esta manera no se ofrece la oportunidad de tener una consulta privada para quienes tengan dudas específicas. Otro de los vacíos de las consejerías es el referente a las enfermedades de transmisión sexual, ya que no se explica adecuadamente que la mayoría de los métodos anticonceptivos, mecánicos, químicos y quirúrgicos no previenen dichas enfermedades. Además, aspectos tales como la invitación, la metodología, contenido, las consejerías, están dirigidas casi exclusivamente a las mujeres, lo cual ha dado como resultado que durante el 2000 se realizaran 15178 esterilizaciones a mujeres y solo 105 a varones siendo éstas las más económicas para el sistema de la seguridad social y las que representan menores riesgos de salud” (24).*

En el 2004, Maroto, Morales y Sequeira (25), analizaron la situación de las mujeres que asistieron a la Consejería de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el Hospital San Juan de Dios, llegando a la conclusión de que el sistema médico impide el desarrollo de la autonomía de las mujeres, pues los médicos no están acostumbrados a ser cuestionados socialmente, y se da una relación de desigualdad de poderes entre la paciente y el médico, sobre todo en temas tan sensibles como la salud sexual y reproductiva. Los consejeros no son imparciales ni científicos pues arrastran prejuicios y estereotipos propios de los imaginarios sociales dominantes. Falta preparación, educación y consejería a los propios consejeros. Las consejerías grupales inhiben a algunas mujeres a hacer consultas embarazosas delante de otras mujeres y lo ideal sería realizarlas en grupos más pequeños.

El Decreto Ejecutivo 27913-S no es la panacea de las mujeres que quieren esterilizarse porque existen un innumerable número de obstáculos difícilmente evadibles. Entre ellos, las concepciones patriarcales, la falta de autonomía de las mujeres, falta de una toma de decisión sin presiones y sin miedos, aunque no necesiten la autorización de su compañero y falta de análisis y reflexión al tomar la decisión. Las mujeres que desean esterilizarse

deben pasar por diferentes interrogatorios y poderes: la familia, la institución médica, la religión, el patriarcado.

Dentro del análisis de las mujeres que entrevistaron, la principal causa de que las mujeres se esterilizaran son: problemas de salud, problemas económicos. Además están consientes que la operación no va a cambiar para bien o para mal las relaciones sexuales, están en desacuerdo que la planificación sea asunto sólo de ellas, la realización plena de ser mujer es ser madre, la religión no es un factor influyente al tomar la decisión de esterilizarse.

Según la Defensoría de los Habitantes, en su informe final de mayo de 2005, en una investigación iniciada en el 2003, acerca de aspectos relativos al derecho a la salud de las mujeres, concretamente sobre la salud y los derechos reproductivos, dice lo siguiente:

*Uno de los resultados más importante de este estudio ha sido la constatación de que una buena parte de los hospitales siguen infringiendo la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada por ley número 6968 del 2 de octubre de 1984, en su artículo 16, inciso e) que dispone que los Estados asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres “...los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos...” (26).*

También dice lo siguiente:

“Concluida la investigación se han constatado los siguientes hechos:

*Después de un análisis de los datos y de las circunstancias bajo las cuales se regula y practica las esterilizaciones en centros hospitalarios, se puede llegar a la conclusión de que no existen políticas públicas hospitalarias generalizadas para el tratamiento de las esterilizaciones tanto femeninas como masculinas.*

*La existencia de un decreto ejecutivo en materia de derechos sexuales y reproductivos que regula la responsabilidad estatal en materia de salud sexual y reproductiva, el derecho de cualquier persona mayor de edad de decidir sobre su fecundidad, el deber de la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales de dar apoyo al Ministerio de Salud en la definición, formulación, diseño y evaluación de las políticas orientadas a garantizar el cumplimiento de los derechos en salud sexual y*



*reproductiva de las personas que habitan el país; dado que este asesoramiento y establecimiento de lineamientos en cuanto a las políticas hospitalarias no parecen tener una continuidad y control por dicha Comisión en la práctica (...)*” (27).

Hay que agregar que la ausencia de personal calificado, como los urólogos para realizar vasectomías, no es impedimento para que otros profesionales en la salud puedan realizarlas, puesto que es un procedimiento que con la preparación adecuada, muchos profesionales pueden realizar.

Según lo descrito en el informe de la Defensoría de los Habitantes del 2005, con respecto al tema de las esterilizaciones quirúrgicas en los hospitales del país dice lo siguiente:

“La revista médica electrónica de la Escuela de Salud Pública de John Hopkins, en uno de sus artículos patrocinados por la Unidad de Planificación Familiar y Población de la Organización Mundial de la Salud, claramente indica la posibilidad de que las vasectomías sean realizadas por otro personal aparte del de urología, al afirmar:

*“La vasectomía puede efectuarse por cualquier profesional de salud capacitado apropiadamente para practicar vasectomías. Los médicos, oficiales médicos, enfermeras, obstetras y demás personal médico con experiencia quirúrgica que hayan sido capacitados apropiadamente pueden practicar vasectomías exitosamente”* (28).

Esto deja sin fundamento la excusa de ciertos hospitales cuando afirman que no realizan vasectomías por falta de personal especializado.

*“La respuesta de los directivos de los centros hospitalarios a la negativa del departamento de urología de realizar las vasectomías, debería ser entonces encargarle la realización de estos procedimientos a otros profesionales en salud en salvaguarda del respeto y la promoción de la salud reproductiva de los costarricenses”* (29).

### **3.3. Las esterilizaciones quirúrgicas voluntarias en el cantón de Corredores.**

Esta investigación se basa en el comportamiento de la realización de esterilizaciones quirúrgicas y en particular las esterilizaciones quirúrgicas femeninas a partir de la publicación del Decreto Presidencial 27913-S del 14 de mayo de 1999, en donde se crea la Comisión Interinstitucional de Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales a nivel nacional, la Consejería de Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, en todos los centros de salud donde se realicen esterilizaciones con el fin de garantizar el goce de los

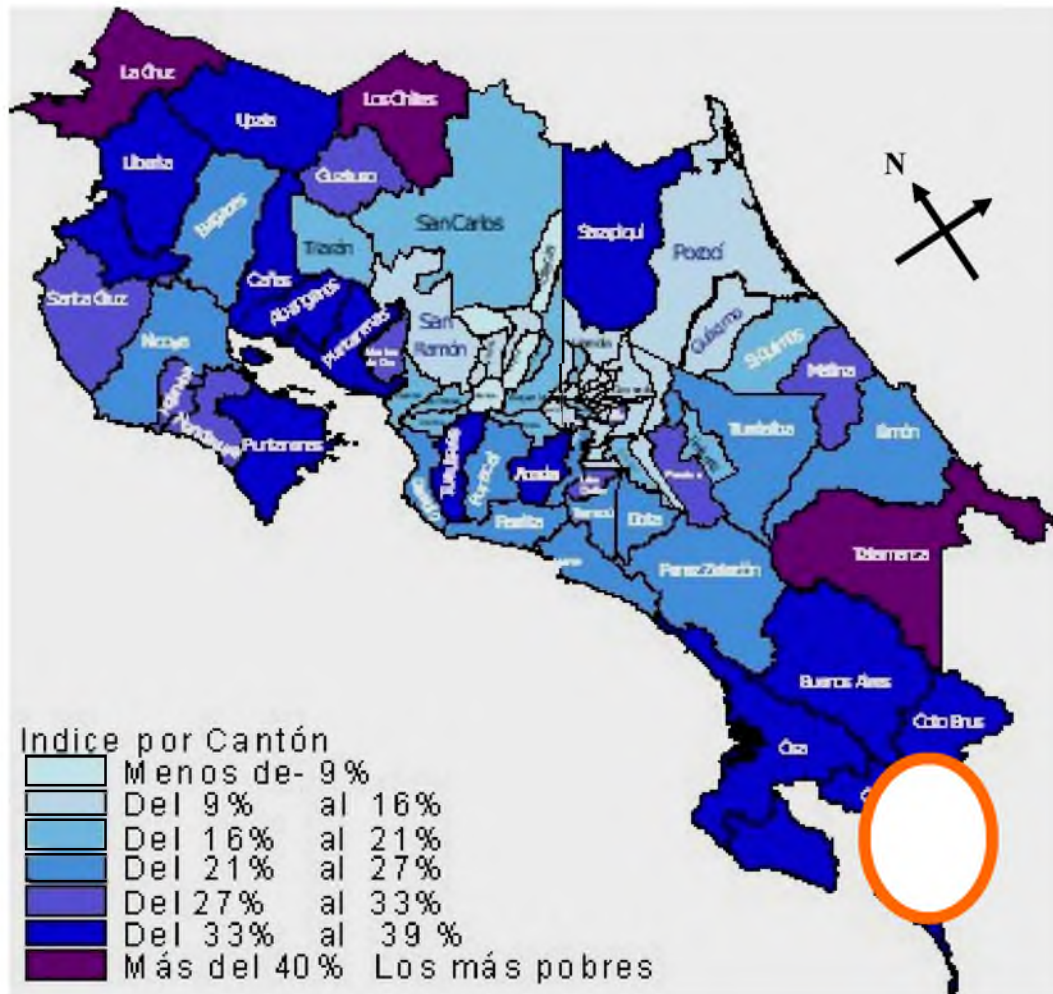
derechos reproductivos y sexuales de las personas usuarias y de la población en general, y se manifiesta el deber de comisiones y trabajadores de la salud relacionados con las esterilizaciones quirúrgicas de respetar la voluntad de los usuarios y usuarias a someterse a una cirugía de este tipo, basados en la figura del Consentimiento Informado.

No se han realizado en el cantón de Corredores, investigaciones sobre este tema, de las circunstancias que se relacionan con la toma de esta decisión por las mujeres, que son las que se someten en su gran mayoría a este tipo de intervención, ni las repercusiones en la población del cantón de Corredores, a mediano plazo, de mantenerse la demanda de esterilizaciones quirúrgicas que se ha dado hasta el momento, ni la repercusión en la estructura de la población, ni en datos demográficos, que manifiesten el cambio del crecimiento de la población del cantón de Corredores.

#### **3.4. Caracterización del cantón de Corredores. Aspectos humanos.**

El cantón de Corredores está compuesto por los distritos primero: Corredor, segundo: Paso Canoas, tercero: La Cuesta y cuarto: Laurel, correspondientes a la provincia de Puntarenas, zona sur de Costa Rica. Dista 333 km de San José y cuenta con 620.60 km<sup>2</sup>. Limita al norte con Coto Brus, al sur con Golfito y Panamá, al este con Panamá y al oeste con Golfito (Dibujo 1). La población del cantón de Corredores corresponde el 49% de población urbana y un 51% de población rural. Está dividido en dos niveles de atención en salud. El Primer Nivel de Atención en Salud, el cual está conformado por nueve EBAIS, los cuales son Corredor Centro, Corredor Norte, Corredor Sur, Las Fincas, Paso Canoas, La Cuesta, Bella Luz, Colorado y Laurel. El Hospital Ciudad Neily, nosocomio de 89 camas, periférico, el cual corresponde al Segundo Nivel de Atención en Salud del cantón de Corredores.

**Dibujo 1. Cantones de Costa Rica según porcentaje de población bajo la línea de pobreza, 2004.**



La población del cantón de Corredores, es principalmente agrícola. Entre sus principales productos se encuentra la palma africana, banano, y en menor escala el café.

La población del cantón de Corredores representa el 0.85% del total de la población del país, tiene uno de los índices de desarrollo humano más bajo del país, en comparación con los demás cantones. Un desempleo mucho mayor que el porcentaje promedio del país, una menor población económicamente activa y mayor analfabetismo (tabla 1).

**Tabla 1. Datos estadísticos poblacionales, cantón de Corredores. 2004**

<b>ASPECTO</b>	<b>CANTÓN DE CORREDORES</b>	<b>COSTA RICA</b>
<b>Población total</b>	36 347 habitantes	4 248 508 habitantes
<b>Población por sexo</b>	18 807 hombres (51.7%) 17 540 mujeres (48.3%)	2 160 670 hombres (50.9%) 2 087 838 mujeres (49.1%)
<b>Alfabetismo</b>	70.8.0%	96%
<b>Desocupación</b>	9.0%	6.5%
<b>Población económicamente activa</b>	62.4%	65.4%
<b>Índice de Desarrollo Humano</b>	0.256	0.834

Fuentes: Centro Centroamericano de Población, cantón de Corredores 2004.  
Informe Estado de la Nación. 2004

## MARCO CONCEPTUAL

### 3.5. CONCEPTOS EN TORNO A LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA.

#### 3.5.1. Métodos de control de la natalidad

Existen métodos de control de la natalidad, que tienen por objetivo evitar el embarazo. El control de la natalidad ha sido una de las preocupaciones de la humanidad desde hace miles de años; de hecho, la prueba médica más antigua conocida, que data del siglo XIX a.C., contiene información sobre anticonceptivos. Los primeros anticonceptivos eran simples barreras mecánicas colocadas en la vagina, que impedían que el espermatozoides depositado durante el coito fecundara el óvulo femenino. Entre los muchos compuestos que se han utilizado para impedir el embarazo están las esponjas marinas, las mezclas de excrementos de cocodrilo y miel, la quinina, la sal de roca y el alumbre.

#### 3.5.2. Clasificación de los métodos de control de la natalidad

Los métodos de control de la natalidad se clasifican según sean:

- naturales (ritmo, control de temperatura, método Billings),
- de barrera (preservativos, diafragma, preservativo femenino),
- químicos (anticonceptivos orales, geles espermicidas, anticonceptivos de emergencia, anticonceptivos intradérmicos, parches anticonceptivos),
- intrauterinos (DIU, T de cobre),
- quirúrgicos (salpingectomía, vasectomía) (31).

Este trabajo analizará la esterilización quirúrgica y por lo tanto se suscribirá a la esterilización por salpingectomía y vasectomía.

#### 3.5.3. Esterilización quirúrgica femenina o salpingectomía.

La salpingectomía es un procedimiento quirúrgico que permite limitar la fertilidad de la mujer a través del corte o ligadura quirúrgica de las Trompas de Falopio en el sistema reproductivo femenino que evita el paso de los óvulos al útero y a la vez el paso de los

espermatozoides a los óvulos en la Trompas de Falopio. Esta intervención carece de efectos secundarios y 99% efectiva. Como cirugía mayor que es, tiene los riesgos inherentes a la anestesia general, los riesgos propios de la cirugía (infección) y produce una incapacidad y convalecencia en la mujer no menor a los 15 días. Es un proceso quirúrgico mucho más costoso en relación a otras cirugías porque requiere de internamiento hospitalario no menor a los tres días de estancia y no protege contra enfermedades de transmisión sexual (32).

La salpingectomía es un procedimiento ideal para mujeres que estén seguras que no desean tener hijos nunca más, pues aunque algunos de sus métodos son reversibles, el porcentaje de mujeres que pueden volver a procrear hijos es muy bajo. A pesar de que hay procedimientos para revertir la esterilización femenina, la operación es compleja y costosa, y la tasa de éxito depende de varios factores. Además la CCSS tiene como política no realiza ni cubrir las operaciones quirúrgicas para revertir los efectos de una salpingectomía (33).

#### **3.5.4. Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía**

También conocida como ligadura de conductos deferentes, la vasectomía es un procedimiento de cirugía menor, que pone fin a la fertilidad masculina permanentemente pues interrumpe los conductos deferentes, con lo cual se impide que los espermatozoides lleguen al semen; por consiguiente, el semen eyacula sin espermatozoides.

Las desventajas son menores y temporales, dentro de las cuales se puede mencionar la probabilidad de arrepentimiento, efectos secundarios relacionados a cualquier procedimiento de cirugía menor, eficacia demorada y que no protege contra enfermedades de transmisión sexual (34).

#### **3.5.5. Realizarse una salpingectomía o una vasectomía.**

Las ventajas a nivel de pareja de la realización de una vasectomía sobre una salpingectomía son muchas.

- Las mujeres después de una esterilización deben guardar reposo, no menor de 15 días. La incapacidad en una vasectomía es la propia de una cirugía ambulatoria.
- Lleva mucho más tiempo de recuperación pos operatoria

- Consta de más riesgos quirúrgicos que la realización de una vasectomía
- Las infecciones pos operatorias de los procedimientos realizados a las mujeres es más alta, pues el despacho pos operatorio es casi inmediato.
- La economía hospitalaria de cada centro se vería más beneficiada; las salpingectomías tienen un costo mucho más elevado que las vasectomías (35).
- Es una cirugía que pueden realizar profesionales de la salud varios y no requiere conocimientos especialización médica para poder realizarlos (36).

Dentro de las ventajas que se encuentran en utilizar la vasectomía como método de planificación, se también pueden mencionar el hecho de que es sumamente eficaz, es permanente, no produce efectos secundarios sistémicos, no interfiere de ninguna manera con el acto sexual, y cuenta con un menor riesgo quirúrgico, así como menor costo económico que la esterilización femenina.

Es importante recalcar en este punto, pues los mitos alrededor de la vasectomía abundan, siendo la educación sexual de la población general exigua. Según lo manifestado por expertos de la Defensoría de los Habitantes en Costa Rica, en su informe sobre la investigación sobre salud sexual y derechos reproductivos, de mayo de 2005, “la esterilización masculina no es una castración; no afecta el aparato genital masculino. El método no interfiere con las relaciones sexuales, ni afecta la potencia sexual del hombre. No existe afección médica que restrinja el derecho del hombre a elegir este método. Tampoco existe ningún estudio que pruebe la relación directa entre la realización de la vasectomía y la incidencia de cáncer de próstata. La vasectomía es más segura y menos costosa que la esterilización femenina y además es una buena forma de que el hombre comparta responsabilidades en la planificación familiar” (37).

### **3.6. CONCEPTOS ACERCA DEL GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

#### **3.6.1. Sexo, género y relaciones de género.**

En los años setenta el feminismo académico anglosajón impulsó el uso de la categoría *gender* (género) con la pretensión de diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología. Además del objetivo científico de comprender mejor la realidad social, estas académicas tenían un objetivo político: distinguir que las características humanas

consideradas "femeninas" eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse "naturalmente" de su sexo. Suponían que con la distinción entre sexo y género se podía enfrentar mejor el determinismo biológico y se ampliaba la base teórica argumentativa a favor de la igualdad de las mujeres.

El termino sexo se deriva de las características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer, mientras que genero se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes sentimientos, valores y conductas que diferencian a los hombres de las mujeres. Esta construcción implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre.

La palabra sexo hace referencia a la descripción de la diferencia biológica entre hombres y mujeres y no determina necesariamente comportamientos.

Las relaciones de género designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos y se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer y hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder-subordinación en que estas relaciones se presentan (38).

El sistema sexo – género históricamente ha generado una situación de discriminación y marginal de las mujeres en aspectos económicos, políticos, sociales y culturales.

El análisis de género es utilizado para diferenciar:

**SEXO:**

- Características biológicas
- Dado por los genes
- No puede cambiarse

**GENERO:**

- Características sociales
- Aprendido
- Puede cambiarse.

En el ámbito de la salud pública y la epidemiología, la diferenciación entre sexo y género en muchas ocasiones es confusa. El término género debería ser utilizado para definir la



construcción social del sexo biológico, los comportamientos diferentes o desigualdades según el sexo.

Joan Scott plantea una ventaja de usar género para designar las relaciones sociales entre los sexos: mostrar que no hay un mundo de las mujeres aparte del mundo de los hombres, que la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres. Usar esta concepción de género lleva a rechazar la idea de las esferas separadas.

Lo que define al género es la acción simbólica colectiva. Mediante el proceso de constitución del orden simbólico en una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres. La cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.

El concepto de género, entonces, alude a las formas históricas y socioculturales en que hombres y mujeres interactúan y dividen sus funciones. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo. El género es una categoría que permite analizar papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades diferentes de varones y mujeres en diversos ámbitos tales como una unidad familiar, una institución, una comunidad, un país, una cultura. De esta forma, el concepto de género no hace referencia a las características derivadas de las realidades biológicas o naturales, sino a aquellas que varían de una cultura a otra, según su manera de organizar la acción y la experiencia individual y colectiva. Distingue entre lo biológico y lo social, a partir del reconocimiento de que las diferencias entre varones y mujeres son tanto biológicas como sociales (39).

#### **3.6.1.1. El machismo**

El machismo se puede definir como un conjunto de creencias, actitudes y conductas que descansan sobre dos ideas básicas: por un lado la polarización de los sexos, es decir, una contraposición de lo masculino y lo femenino según lo cual no sólo son diferentes, sino mutuamente excluyentes; por otro, la superioridad de lo masculino en las áreas consideradas importantes por los hombres. De aquí que el machismo involucra una serie de definiciones acerca de lo que significa ser hombre y ser mujer, así como toda una forma de vida basada en ello.

Solemos pensar que el machismo sólo se da entre hombres y mujeres, sobre todo en la relación de pareja. Pero es mucho más que eso: constituye toda una constelación de valores y patrones de conducta que afecta todas las relaciones interpersonales, el amor y el sexo, la amistad y el trabajo, el tiempo libre y la política. Este conjunto incluye la pretensión del dominio sobre los demás, especialmente las mujeres; la rivalidad entre los hombres; la búsqueda de conquistas sexuales múltiples; la necesidad constante de exhibir ciertos rasgos supuestamente viriles como el valor y la indiferencia al dolor, y un desprecio más o menos abiertos hacia los valores considerados femeninos (40).

La postura machista no sólo implica una supuesta superioridad masculina, en todas las áreas importantes para los hombres. Tampoco se limita a postular una serie de diferencias entre los sexos, cosa que sencillamente daría lugar a una visión complementaria de lo masculino y lo femenino. El machismo plantea una diferencia psicológica radical entre hombres y mujeres, a partir de la cual plantea roles exclusivos en todos los ámbitos. En este enfoque, las personas son aptas o no en ciertas áreas de estudio u ocupaciones, e incluso se permiten ciertas emociones y otras no, con base en su sexo y no en sus características individuales. Por ejemplo, según esta visión, los hombres no son capaces de cuidar a un bebé y las mujeres no pueden ser buenas ingenieras o directoras de orquesta.

Además, el machismo plantea una lucha de poder entre los sexos, en cuyos terrenos los hombres y mujeres, lejos de ayudarse, se estorban: no se permiten vivir en libertad, actuar en forma espontánea ni desarrollarse a plenitud, porque unos y otras tienen ideas y expectativas sumamente rígidas acerca de cómo debe ser su contraparte. Ellos intentan moldearlas a su gusto, y desconfían de ellas si no lo logran; ellas por su parte, los vigilan, los critican continuamente e intentan, a su vez, reformarlos. Cualquiera diría que los hombres y las mujeres no son aliados, sino rivales: viven tratando de enmendarse, limitarse y controlarse unos a otros. Más que diferentes, a menudo quedan atrapados en posiciones antagónicas. En esta dinámica, el machismo empobrece a unos y a otras por igual y se convierte en un juego interpersonal en el cual nadie gana y todos pierden (41).

### **3.6.1.2. El machismo, una forma de relacionarse**

Los individuos machistas no hacen una sociedad machista, sino que la sociedad machista crea individuos machistas. El machismo no es un atributo personal innato; antes bien, como toda relación de poder, crea *roles y personajes que parecen naturales*. Así como el sistema social y económico de la esclavitud crea amos y esclavos, el sistema del machismo crea hombres y mujeres machistas, que aprenden los roles necesarios para que éste funcione y se perpetúe. El padre autoritario, el patrón paternalista, el esposo mujeriego, el hermano prepotente, la esposa abnegada, la madre sacrificada... todos estos roles aprendidos desde la infancia muy temprana. En este sentido, también, el machismo no encarna un problema individual, sino social (42).

### **3.6.2. El género y la salud**

El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer, dirige la atención hacia la discusión de las relaciones entre la biología y el medio social. Es definitivo que las mujeres y los hombres tienen necesidades de salud, específicas y relacionadas a su sexo. La utilización de esta discusión como herramienta analítica (de que el sexo y a su vez el género tienen relación directa con la salud) refuerza la teoría en la que se basa la explicación del proceso salud – enfermedad.

El proceso de salud-enfermedad entre hombres y mujeres, presentan diferencias en los siguientes aspectos:

- a) Necesidades especiales de atención.
- B) Riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas.
- c) Percepciones de enfermedad.
- d) Conductas de búsqueda de atención.
- e) Grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud.
- f) A nivel macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud.

La definición de salud de la OMS, según la cual “es un estado completo de bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de enfermedades” (43), dirige la

atención no solo a los aspectos médicos de la atención a la salud si no también aspectos existenciales como son, la justicia y equidad social en la cual los sistemas de salud funcionan y con particular referencia al acceso y al control que ejercen diferentemente los sexos sobre los recursos a la salud y de los servicios y programas dirigidos a la salud de las personas.

En el estudio de las condiciones de salud de una población con un enfoque de género, comprobamos que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero esta sujeta a una mayor morbilidad que el varón, que se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad. La conjunción, para las mujeres, de un mayor número de afecciones no mortales y uno no menor de afecciones morales significa un total más grande de años de vida, y también de más años de enfermedad y de disfunción (44).

La noción de discriminación encierra pues, una dimensión grupal, donde se utilizan criterios irrelevantes con base a que pertenecen a programas especiales dirigidos a la mujer desde el sistema de salud o que buscan la mejor utilización de los presupuestos dirigidos al mantenimiento de la salud, como por ejemplo en Costa Rica, no dar anticonceptivos a mujeres sin seguro social o inmigrante indocumentada pero dar atención completa y gratuita a la mujer embarazada y al menor hasta los 18 años o 25 años si estudia, el incumplimiento de los protocolos de manejo de cáncer de cérvix o mama y la provisión de anticonceptivos orales de alta dosis o mala calidad reconocida, en vista de su bajo costo, no ofrecer anticoncepción de emergencia ni preservativos femeninos (45).

### **3.6.2.1. El abordaje salud desde la perspectiva de género**

El abordaje de la salud desde una perspectiva de género, incluye, y va más allá de una respuesta adecuada a las necesidades asociadas a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres. Exige además, el reconocimiento y respuesta a las necesidades e intereses de cada sexo, derivadas de las relaciones desiguales de poder, inequidades en las oportunidades y en la distribución de los recursos entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”.

Todo lo anterior justifica como pre-requisito del análisis de la salud sexual y de la salud reproductiva, un examen y una comprensión apropiadas de las formas en que las diferencias de género se manifiestan en el abordaje del tema, en la definición de programas, políticas y proyectos, en los perfiles del personal requerido, en los procesos de producción de la salud, en la priorización de los recursos y en las condiciones particulares de mujeres y hombres.

Con la afirmación de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, se logra trascender la idea de que la salud de las mujeres es atendida en función de sus capacidades de procreación y del ejercicio de la maternidad.

En cuanto al abordaje de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, es necesario señalar que:

- Todas las acciones que impulsen, garanticen y defiendan los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, deben hacerse de conformidad con los acuerdos de conferencias e instrumentos internacionales ratificados por los estados nacionales. De esta forma se configuran como instrumentos útiles para presionar a políticos y legisladores y para incrementar las reivindicaciones de las mujeres.
- La igualdad y la autonomía de las mujeres son condiciones indispensables para ejercer los derechos reproductivos.
- El consentimiento informado es una condición necesaria para el ejercicio de la libertad de opción. En este sentido, la información debe ser completa y que no minimice u oculte los riesgos e implicaciones para la salud de las mujeres.
- La información relacionada con los métodos utilizados en salud sexual y reproductiva, que se brinda a las mujeres o a las parejas, debe incluir los siguientes elementos: el propósito del método, la naturaleza de los procedimientos involucrados en el uso del método; los riesgos del uso del método, incluyendo las fallas; los beneficios, la disponibilidad de métodos alternativos y los costos.
- Deben hacerse evaluaciones de los riesgos y beneficios, para garantizar la seguridad y confiabilidad en las decisiones adoptadas por las mujeres.

Es necesario responder de modo inmediato a problemas particulares de las mujeres, por medio de la reglamentación de normas de procedimiento y de la formulación de una legislación adecuada (46).

### **3.6.3. La salud sexual y reproductiva**

Los derechos sexuales y reproductivos fueron primeramente definidos en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, como “*el desarrollo de los derechos humanos que inciden sobre la reproducción humana, así como aquellos que afectan el binomio población-desarrollo sostenible*” (47).

La definición de salud sexual y reproductiva que mejor abarca los conceptos en este sentido fue dada en Beijing en 1995 en La Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer.

*“Un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. Eso entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”* (48). Cabe destacar que la salud sexual y reproductiva como definición, aunque fue declarada en la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer, no es un derecho exclusivo de las mujeres, aunque los enfoques de género así lo hagan parecer, puesto que muchas directrices en este sentido están dirigidas a ellas. El hombre, como ser responsable de su sexualidad y su fecundidad también es objeto de derechos sexuales y reproductivos, esto es, los derechos sexuales y reproductivos no tienen distinción por sexo.

#### **3.6.3.1. La salud sexual y la salud reproductiva como derechos humanos**

Los derechos reproductivos y sexuales son aquellos que reconocen la facultad de las personas para tomar decisiones libres respecto a su capacidad reproductiva y su vida sexual. Todas las personas deben tener acceso igualitario, sin distinción de sexo, edad, condición cultural, socioeconómica, entre otros derechos a:

- ❖ La realización plena, segura y libre de la vida sexual
- ❖ La libre opción de la maternidad / paternidad
- ❖ La planificación familiar voluntaria y responsable
- ❖ Libertad de vivir una sexualidad plena, orientación sexual libre de coerción y violencia, acceso a la información sobre el cuerpo y la sexualidad.
- ❖ Derecho a no sufrir violencia, abuso o coerción sexual y corporal.

- ❖ *Información actualizada y veraz sobre sexualidad y salud reproductiva, sobre beneficios y riesgos de los medicamentos, tecnologías y tratamientos médicos.*
- ❖ *Anticoncepción segura y efectiva (inclusive la esterilización quirúrgica definitiva).*
- ❖ *Decidir tener o no tener hijos, el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos (49).*

Es dentro de estos tres últimos derechos a la salud sexual y reproductiva en los que están basados los principios del Decreto Presidencial 27913-S. Los derechos sexuales y reproductivos son universales pero sus aplicaciones son diferentes según el contexto social, económico y cultural, como en el caso de Costa Rica, en donde se hizo de la salpingectomía y vasectomía un derecho legal.

La salud integral es un derecho humano que incluye el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva plenas. El reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se relacionan directamente con la calidad y eficiencia de: los servicios, la atención, la comunicación de la información y el marco legal vigente.

La inclusión de los derechos humanos en la legislación, las políticas estatales e institucionales son cada vez más una exigencia y una prioridad, desde la sociedad civil, los grupos organizados y los mismos estados. Las actuales condiciones de cambio en el complejo entretejido social, las rupturas de los paradigmas convencionales, las tensiones provocadas por los extremos ideológicos, económicos y socioculturales, también modifican los énfasis de la orientación, contenidos, alcances y ejercicio de los derechos humanos; por ejemplo el derecho a decidir sobre el número de hijos e hijas.

Una de las reivindicaciones más importantes en torno a los derechos humanos de las mujeres, es la distinción que se ha establecido entre la sexualidad y la reproducción. Por mucho tiempo, públicamente la sexualidad de las mujeres se limitaba a su capacidad reproductiva, negándose su derecho a sentir placer y satisfacción sexual.

El respeto por los derechos sexuales como derechos humanos brinda la base para la eliminación de la violencia contra las mujeres, al promover el respeto mutuo en las relaciones interpersonales y asegura que, las personas sean capaces de disfrutar la sexualidad como una profunda intimidad entre los seres humanos, lo cual es esencial para el bienestar de las personas, las parejas, las familias y la sociedad en su conjunto. Es

decir, no se puede lograr la igualdad ni la equidad entre los géneros, sin respetar los alcances de los derechos sexuales y reproductivos.

### **3.6.3.2. Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer. Ley No. 7142.**

Esta ley fue puesta en vigencia el 8 de marzo de 1990, en la presidencia de Oscar Arias Sánchez y es determinante desde su primer artículo en donde se dice que “es obligación del Estado promover y garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en los campos políticos, económicos, social y cultural”.

Esta ley fue creada en dar una garantía legal a las mujeres, de que el Estado está obligado a velar para que la mujer no sufra discriminación por razón de género y que goce de igualdad de derechos que los hombres independientemente de su estado civil y en toda esfera social, política, económica y cultural en conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, ratificada en Costa Rica a través de la Ley No. 6968 del 2 de octubre de 2004.

Esta ley contempla derechos de las mujeres en el campo de los derechos políticos y los derechos a ejercer cargos públicos, de los derechos sociales, de la protección sexual y contra la violencia, de los derechos a la educación, la creación de la defensoría general de los derechos humanos, que su función primordial es defender los derechos humanos de las mujeres.

Es considerada una base legal que impulsó, entre otras cosas, el derecho a la mujer a decidir con respecto a su salud sexual y reproductiva, aunque en la ley no manifiesta ningún artículo específico con respecto a la salud propia de las mujeres. Si es enfática la ley en el cumplimiento de declaraciones y convenciones y de todas las leyes conexas, reglamentos y disposiciones administrativas respecto a derechos relativos a la mujer y procurar el mejoramiento de los servicios públicos y privados para la atención de la mujer. (Ver anexo 2).

### **3.6.4. Índice de desarrollo humano (IDH)**

Desde 1990, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) prepara y publica el índice de desarrollo humano (IDH), para valorar los avances logrados por los



países, mas allá del producto interno per cápita, que es la medida tradicional en esta materia.

El IDH da énfasis a dimensiones relacionadas con otros aspectos del bienestar de la población. Es una medida sintética que resume en conjunto de indicadores relativos a salud (esperanza de vida) y educación (alfabetismo y matrícula escolar), que complementan el indicador de ingreso (ingreso per cápita). Tanto la metodología como en el cálculo del índice, se hace una serie de supuestos referentes, por una parte, a la relación entre los distintos indicadores y, por otra, su idoneidad para medir las oportunidades que tiene la población de un país. El índice no ha estado exento de crítica y ha sido modificado en diversas oportunidades.

El IDH se sustenta en el concepto de desarrollo humano y, especialmente, en los postulados teóricos sobre los conceptos de capacidades y oportunidades del premio Nobel de Economía Amartya Sen. El desarrollo humano plantea que las personas son tanto el fin último del desarrollo como el medio para lograrlo. De acuerdo con esta visión, el desarrollo es el proceso de ampliación de las oportunidades y capacidades para vivir una vida plena. Por lo tanto, el propósito del IDH ha sido aportar información que permita examinar si los países ofrecen oportunidades e invierten en generar capacidades de sus habitantes. Cabe señalar que su estimación tiene un desfase de alrededor de dos años (por ejemplo, la estimación del índice publicada en el 2004 corresponde a la información del 2002 (50).

El desarrollo humano significa crear un entorno en el que las personas puedan hacer plenamente realidad su posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus necesidades e intereses. Los pueblos son la verdadera riqueza de las naciones y, por ende el desarrollo consiste en la ampliación de las opciones que ellos tienen para vivir de acuerdo con sus valores (51).

#### **3.6.4.1. Índice de desarrollo humano en Costa Rica.**

En el Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano que publica cada año el PNUD, Costa Rica siempre ha ocupado un lugar ventajoso en el ordenamiento de naciones clasificadas por su IDH. En la edición del 2004, Costa Rica tiene un índice de desarrollo

humano de 0.834, que la ubica en la posición 45 con respecto al total del países para los cuales se calculó el índice (177 países) y entre los países considerados como de desarrollo humano alto (55 naciones cuyo IDH es igual o superiora 0.800). De tener la posición 42 en el 2003, Costa Rica pasó a la 45, no obstante haber aumentado el valor del índice de 0.832 a 0.834. De acuerdo con las estimaciones del PNUD, los otros países de América Latina con un nivel alto de IDH son Argentina (34), Chile (43), Uruguay (46), Cuba (52), México (53), y Trinidad y Tobago (54) **(52)**.

#### **3.6.4.2. Índice de desarrollo humano en unidades administrativas menores**

La medición del desarrollo humano en unidades territoriales subnacionales, regiones y otras divisiones administrativas (por ejemplo cantones), permite aproximar el grado en que los logros de un país se distribuyen equitativamente. Sin embargo, a la hora de construir un IDH subnacional los problemas de idoneidad y disponibilidad de la información de calidad se multiplican.

En el país se dispone de información para unidades administrativas menores tanto el MIDEPLAN, como el INEC hay desarrollado indicadores para dar cuenta de las disparidades geográficas de la situación socioeconómica. Con el propósito de comparar estas mediciones con el IDH para cada uno de los cantones (53).

El índice de desarrollo humano para el cantón de Corredores en el año 2004 es 0.256. Muy inferior al IDH calculado por el PNUD para Costa Rica. En Costa Rica se da una diversidad en el desarrollo humano a lo largo y a lo ancho del país. Por ejemplo el cantón de Montes de Oca tiene el primer lugar con un índice de 0.826, Desamparados con un índice de 0.571, en la zona sur Pérez Zeledón con un índice de 0.422, Golfito con 0.297 y Talamanca con 0.022.

Los cantones con un alto desarrollo social son aquellos pequeños, densamente poblados, y donde los jefes de hogar tienen una escolaridad mayor a los 8 años, un porcentaje mayor al 83% cuenta con seguro social y poco menos de la mitad están empleados, una tasa de matrícula y alfabetismo en personas mayores de 15 años muy alta, un alto nivel económico. Tienden a ubicarse en el centro del país, especialmente en San José y Heredia (54).

### **3.6.4.3. La salud como parte del desarrollo humano**

Las desigualdades de acceso a las oportunidades y mejores condiciones de vida de las personas con ingresos económicos superiores a la línea de pobreza con respecto a los grupos poblacionales pobres y muy pobres, se han visto evidenciadas con la adopción de nuevos modelos económicos, en la virtualidad de las fronteras y la globalización de bienes y conocimientos. Con nuevos patrones de consumo, mercados globalizados, las diferencias entre las personas con ventajas sociales y económicas se han descubierto.

La base primordial en la relación entre el género y el desarrollo social y humano es una sociedad equitativa, que conlleva a una distribución justa de los beneficios, oportunidades y recursos del desarrollo en igualdad de condiciones tanto para hombres como para mujeres. La participación de las mujeres en la toma de decisiones con respecto a su bienestar, sobre todo en los sectores poblacionales femeninos más pobres es importante y necesaria para un verdadero desarrollo sostenible, enmarcado en el concepto de derechos humanos. Es necesario recalcar que las mujeres tienden a ser segregadas por su sexo, por su ubicación geográfica, por su posición social, por su posición económica y por su grupo étnico.

Según lo manifestado por Badilla y Aguilar, en “Actualización del marco legal en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica, 2003” manifiestan: *El Estado de Población Mundial 2002 asegura que “las menores tasas de fecundidad aumentan la participación de las mujeres en la fuerza laboral y contribuyen a mejorar la salud y la nutrición de la familia. Las familias más pequeñas, reducen la tasa de dependencia intrafamiliar y acrecientan los incentivos para obtener ingresos que no se limiten a las necesidades básicas de la vida.”* (55).

Según lo manifestado por el Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo, en su informe titulado “La promesa de igualdad, equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio” del 12 de octubre de 2005, en el cual se destaca el papel de la salud reproductiva en la lucha contra la pobreza.

Mercedes Borrero, especialista en programas para América Latina y el Caribe de la agencia de la ONU dice que el mensaje de este año es contundente:

*“Una de las contribuciones más importantes que nosotros hacemos para superar esas condiciones de pobreza es la inversión en la mujer, particularmente en su salud reproductiva y en todas las condiciones de desigualdad que se ejercen contra las mujeres. Además de la detección de las enfermedades de transmisión sexual, como parte de exámenes médicos de rutina a embarazadas, puede mejorar las posibilidades de supervivencia. Anualmente medio millón de mujeres mueren por causas evitables relativas al embarazo, hay 76 millones de embarazos no deseados y 19 millones de abortos se realizan en condiciones no seguras” (56).*

Las mujeres son las llamadas a ser las protagonistas de los procesos de desarrollo, sobretodo en aquellos procesos donde la salud integral es importante. La salud integral es una condición que merece y debe exigir el respeto, la protección durante todo su ciclo, y para los cuales se debe exigir, calidad en la atención, oportunidad en la atención, acceso real y efectivo, información oportuna, completa y verás.

Organismos como la CEPAL, afirman que las mujeres en la región, se encuentran en una situación de gran desventaja en cuanto al control de los recursos que necesitan para la protección de su salud, a la vez que tienen mayores dificultades de acceso a los servicios, debido a su particular forma de inserción en el mercado de trabajo. (IIDH: 2000) Esta crisis se expresa en una atención deficiente, discriminatoria y algunas veces de maltrato, que no toma en cuenta sus necesidades específicas y violenta sus derechos como personas.

La definición de inequidad ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a las desigualdades innecesarias, evitables e injustas (57).

En la práctica, la equidad en salud es la minimización de las desigualdades evitables en la salud y sus determinantes y no sólo limitándose a la provisión de atención de la salud, sino que esta atención debe darse a todos por igual y previendo mejor atención a los que más necesitan, entre estos los grupos menos privilegiados.

Desde la perspectiva de la OPS/OMS, la equidad en el estado de salud, se ve como el logro por parte de *todas las personas* del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.

La consideración de las necesidades particulares de los distintos grupos sociales en la gestión de políticas, así como la rendición de cuentas por parte de los entes ejecutores y

autoridades estatales e internacionales, no es posible sin la existencia de una cultura cívica que las demande. Dadas las necesidades, intereses, perspectivas y demandas particulares de las mujeres y la escasa representación en las etapas de formulación, diseño y aprobación de acciones, planes y políticas, el estímulo a la participación de las organizaciones de mujeres, se convierte en un requisito inherente al sistema democrático. Es también, un elemento indispensable para elevar la prioridad de la salud dentro de las agendas políticas y asegurar la sostenibilidad del desarrollo humano.

“La equidad, la igualdad real y plena entre hombres y mujeres son principios éticos de toda sociedad que se esfuerce por superar la subordinación femenina y que al mismo tiempo se plantee un desarrollo humano satisfactorio para todas las personas” (58).

#### **3.6.4.4. El género y el trabajo**

La dinámica de desarrollo no expresada mediante índices de crecimiento económico, como el Índice de Desarrollo Social y el Índice de Desarrollo Humano, delinearon el perfil que puso de manifiesto la creciente "exclusión" o marginalización" de ciertos grupos de población. En este contexto aparecieron las mujeres como grupo socialmente excluido de los beneficios del desarrollo" y como su no-participación o exclusión del mundo del trabajo remunerado y de las esferas de los puestos públicos. La definición de la condición de la posición tuvo como patrón de referencia el conjunto de actividades que realizaban los hombres en la esfera pública, y en esta esfera se esculcaron todos los lugares donde las mujeres habían sido excluidas, marginadas y sus presentadas.

Las mujeres constituyen una gran parte de los trabajadores en toda la región, y representan solo una minoría en términos de poder y de capacidad de decisión dentro del sistema laboral, las mujeres se encuentran concentradas en los tramos de más baja remuneración, aunque tienen un nivel más elevado que los hombres desde una mayor escolaridad promedio hasta una participación más alta en la matrícula universitaria. La tasa de desempleo en Costa Rica, de las mujeres pobres es del 22% en el 2003. El porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina pasó de 23.4% al 32.5% en el mismo periodo de 1994 al 2003 (59).

### 3.6.5. La esterilización quirúrgica y la religión católica.

La iglesia católica ha sido firme desde muchos años en su posición de oponerse a la esterilización quirúrgica femenina:

*“De acuerdo a la doctrina de la Iglesia católica, la esterilización que tiene como fin la contracepción está absolutamente prohibida, a pesar de la correcta intención subjetiva de las motivaciones (Congregación para la Doctrina de la Fe, AAS 68 (1976), pp. 738-740)” (60).*

Con respecto a la esterilización quirúrgica masculina la Iglesia católica dice lo siguiente:

*“La esterilización voluntaria no es aceptable desde el punto de vista de la moral católica, cuando no se realiza por razones terapéuticas, pues ella perjudica el principio de la no disponibilidad del cuerpo”. (Pablo VI, Humanae Vital, No. 17; Pío XII, ASS 50 (1958), pp. 734-735.) (61).*

Es por esto que el derecho de los costarricenses a realizarse una intervención quirúrgica para esterilizarse, ha sido cuestionado por la Iglesia Católica de país.

La Iglesia Católica le solicitó al Poder Ejecutivo en octubre del 2003 que elimine el decreto que le permite a cualquier persona mayor de edad optar por una cirugía de esterilización. Según Hugo Barrantes, arzobispo de San José, la Conferencia Episcopal, conformada por los obispos del país, tomo esta decisión desde agosto del 2003. Los obispos están consternados por el alto número de operaciones que se realizan en los hospitales, las cuales, para ellos “fomentan la cultura de la muerte” (62). Siendo el Estado costarricense reconocido en la Constitución Política como un Estado Católico, la Iglesia tiene gran peso en la toma de decisiones de orden ético y moral, según su concepción de estos términos. **Artículo 75.-** *“La Religión Católica, Apostólica, Romana, es la del Estado, el cual contribuye a su mantenimiento, sin impedir el libre ejercicio en la República de otros cultos que no se opongan a la moral universal ni a las buenas costumbres” (63).* Así las cosas, la propuesta de la Iglesia Católica tiene sus detractores. 13 de las 20 diputadas que tiene el Congreso anunciaron su oposición a anular el decreto y enviaron un documento a la Conferencia Episcopal. Calificaron de “retrógrada” la idea de los obispos. Ligia Martín, directora del área de la mujer de la Defensoría de los Habitantes, sostuvo que el decreto se debe respetar. “La petición de la Conferencia es un claro retroceso al avande de los derechos”, dijo Ricardo Toledo, Ministro de la

Presidencia. Mencionó que aún no se reúne para analizar la petitoria y recomendará que primero lo discutan los legisladores (64).

También existen escritores que se han manifestado vehementemente en contra de la posición de la iglesia católica, a través de los medios de comunicación:

*“considero que ésta iglesia (católica) puede pregonar desde sus púlpitos sus retrógadas ideas, pero no imponerlas a toda la población costarricense que forman las personas de varias denominaciones religiosas y también de nuevos no creyentes. Guárdese para sí, sus prejuicios, su obscurantismo, su horror a decir la verdad sobre el sexo y la reproducción, sus añoranzas de la Edad Media y los deseados tiempos de la Santa Inquisición y permita que las mujeres, que no son seres inferiores, decidan su destino” (65).*

Aunque es loable su posición a favor de la esterilización quirúrgica, sobre todo la esterilización quirúrgica femenina, pero también hay que recalcar que, ya sea por ignorancia del autor, o por la perpetuación de la feminización del control de la natalidad en general, el Decreto Ejecutivo 27913-S es enfático en recalcar que los derechos a la sexual y reproductiva, y entre estos derechos esterilización quirúrgica, es inherente al ser humano y no sólo un beneficio establecido para las mujeres.

### **3.7. El Decreto Presidencial 27913-S**

En Costa Rica se han dado a través de los últimos años varias iniciativas en función de la Salud Sexual y Reproductiva de la población a partir de iniciativas individuales y políticas internas de los organismos relacionados con la salud como el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

La acción más importante y de mayor relevancia y de origen político en nuestro país fue la publicación del Decreto Presidencial 27913-S del 14 de mayo de 1999 que reconoce el derecho de toda persona mayor de edad de decidir libre e informadamente sobre su salud sexual y reproductiva. Crea la Comisión Interinstitucional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual se basa en el artículo 140 de la Constitución Política (incisos 3 y 18), los cuales le dan al Poder Ejecutivo de sancionar y promulgar leyes, reglamentos y ordenanzas necesarias para la pronta ejecución de las leyes (66), y basado en la Ley General de Salud, la cual en su artículo 1 y 2, se refiere a que la salud de la población del país es un bien de interés público y tutelado por el Estado, además de que es su función primordial velar por la misma a través del Ministerio de Salud (67).

Uno de los preceptos básicos de este decreto consiste en determinar que “es responsabilidad indelegable del Estado Costarricense velar por la protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva de la población, así como respetar y cumplir los compromisos internacionales asumidos en esa materia, que reconocen el derecho de todas las personas a controlar todos los aspectos de su salud y, en particular, su propia capacidad reproductiva” (68).

Es por esto que se crea la Comisión Interinstitucional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual deberá estar compuesta por a) El Ministro de Salud o su representante, quien la coordina, b) La Ministra de la Condición de la Mujer o su representante, c) El Gerente Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, o su representante del área técnica correspondiente, d) Un delegado (a) del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, e) Un delegado (a) del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, f) Un delegado (a) del Colegio de Trabajadores Sociales, g) Dos representantes de Organismos No Gubernamentales que trabajan en el campo de la salud de las mujeres, h) Un representante de las instancias especializadas en estudios de género de las universidades públicas.

Las funciones de la Comisión son las siguientes: a) Dar apoyo técnico al Ministerio de Salud en la definición, formulación, diseño y evaluación de las políticas orientadas a garantizar el cumplimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva de las personas que habitan en el país, b) Dar lineamientos sobre contenidos y mecanismos de implementación de programas dirigidos a la atención, educación, capacitación, promoción y difusión de los derechos reproductivos y sexuales. c) Contribuir en la elaboración de instrumentos jurídicos en salud reproductiva y sexual. d) Fomentar la consolidación y funcionamiento de Consejerías en Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales en los diferentes establecimientos de atención en salud (69).

La creación de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Ciudad Neily está basado en el Artículo 4, del decreto y para este caso está conformado por un(a) médico(a) gineco-obstetra, un(a) enfermero(a) obstetra, un(a) trabajador(a) social, un(a) psicólogo(a).

**“Artículo 4°.** *Se ordena la creación, en todos los niveles de atención de las instituciones públicas y privadas que brinden servicios en salud reproductiva y sexual, una instancia*



*denominada “Consejería de Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales”, la cual estará constituida, en lo posible, por un equipo interdisciplinario de profesionales y de ambos sexos, capacitados o con experiencia en el tema. Este equipo tendrá la responsabilidad de diseñar y ejecutar las acciones que garanticen el goce de los derechos reproductivos y sexuales de las personas usuarias de sus servicios y de la población a su cargo”.*

En caso de que el método seleccionado por la persona usuaria sea la anticoncepción quirúrgica deberá suscribir un documento en el cual manifieste su consentimiento informado, en el que se debe consignarse al menos: 1- la voluntad de la persona a ser sometida a dicho procedimiento; 2- que aparte de la información facilitada por la Consejería conoce las consecuencias irreversibles en su capacidad reproductiva respetándose el derecho al consentimiento informado y 3- libera de toda responsabilidad al médico/a tratante y a la institución que la practique bajo el principio del apego a las leyes del buen arte médico. La Consejería debe garantizar que en todas las acciones que realice se reconozcan las necesidades específicas por género, grupo de edad., condición socioeconómica e identidad étnica dentro de las normas legales existentes, en forma particular a las personas menores de edad, indocumentadas y a la población no asegurada (70).

### **3.8. Consejería en salud sexual y reproductiva.**

Antes de la publicación de la Ley No.7142 en 1990 (71), y en especial del Decreto Ejecutivo 27913-S (72), el hecho de que una mujer pudiera acceder a una esterilización quirúrgica, dependía de la decisión médica y de ciertos factores como la edad (mujeres no menores a 35 años), número de hijos (no menos de 3 embarazos), número de cesáreas (no menos de tres cesáreas) y/o enfermedades de fondo (epilepsia de difícil manejo, diabetes de difícil manejo, HIV, hepatitis B, cáncer entre otras enfermedades), en las cuales un embarazo pudieran comprometer a vida de la madre.

Una vez puestas en vigencia la Ley 7142 y el Decreto 27913-S, la mujer puede acceder a una esterilización quirúrgica sólo con el hecho de solicitarla por escrito a la Dirección

General del Hospital Ciudad Neily (**HCN**)<sup>1</sup>, asistir a una charla colectiva que girará en torno de la salud sexual y reproductiva impartidas en el Hospital Ciudad Neily, por la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva (**CSSR-HCN**)<sup>2</sup> y una entrevista individual, además de firmar su consentimiento en una boleta que se le suministra donde la mujer libera de toda responsabilidad al personal médico tratante y a la Caja Costarricense de Seguro Social, bajo el entendido de que se practica con apego al buen ejercicio de la medicina.

La asistencia a dicha charla de información no tiene el fin de que la mujer o el hombre desista de su decisión de operarse, sino más bien ejercer su derecho a ser informado (a) acerca de la intervención a la que se va a someter. En esta charla, se hace una inducción a los clientes sobre el proceso de la esterilización quirúrgica, sus riesgos y sus ventajas, campañas de educación y divulgación sobre los derechos en salud sexual y reproductiva, métodos de control de la fertilidad y sobre la oferta de los servicios de atención al público en esta materia.

La esterilización quirúrgica es un procedimiento irreversible y traumático, con todos los riesgos que implica una cirugía. Es por esto, que las charlas de preparación a las involucrados(as) acerca de las repercusiones de dicho procedimiento, es obligatoria, para proceder a la cirugía, ya que le permite a la involucrado(a) informarse entre otras cosas, acerca de otros métodos de anticoncepción, diferentes al quirúrgico. Por esto son el único requisito indispensable para ser esterilizado(a) y la solicitud de este procedimiento debe ser resuelto en el transcurso de los próximos 90 días naturales una vez que se ha satisfecho dicho requisito.

### **3.9. Fundamentos de bioética**

La bioética es el estudio interdisciplinario de los problemas éticos que surgen en la aplicación de la ciencia y la técnica en los ámbitos de la salud, la procreación, la alimentación. La palabra bioética, de *bios* y *ethos*, es un neologismo introducido por el oncólogo Van Rensselaer Potter en su pionera obra de 1971, *Bioethics. Bridge to the*

- 
- <sup>1</sup>Se denominará H.C.N. al Hospital Ciudad Neily
  - <sup>2</sup> Se denominará CSSR-HCN a la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Ciudad Neily.

*future*, donde argumenta la necesidad de unir biólogos y especialistas en ética a la hora de prever y resolver problemas relacionados con la calidad de vida.

La bioética se apoya en cuatro principios básicos:

**Autonomía o respeto a las personas:** Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas;

- primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos;
- segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida. Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar acerca de sus metas y de actuar bajo la guía de tal deliberación. Respetar es dar peso a las opiniones y escogencia de las personas autónomas y refrenarse de obstaculizar sus acciones a menos que sean claramente perjudiciales para otras. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar sus juicios, negarle la libertad de actuar sobre la base de esos juicios o no darle información necesaria para hacer un juicio cuando no hay razones de peso para proceder.

**Beneficencia:** Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurarse su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de “beneficencia”; este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que se pueda.

**Justicia:** Es la equidad en la distribución de cargas y beneficios. Tratar a todos por igual, con equidad, sin discriminación. Casi todos los tratadistas conceden que las distinciones basadas en la experiencia, la edad, la carencia, la competencia, el mérito y la posición si constituyen algunas veces criterios que justifican el tratamiento diferencias para ciertos propósitos. Es entonces es necesario explicar en que aspecto la gente debe ser tratada igualmente. Hay varias formulaciones ampliamente aceptadas de formas justas para distribuir las cargas y los beneficios.

Cada formulación menciona alguna propiedad relevante sobre cuya base se debieran distribuir las cargas y los beneficios. Estas formulaciones son: 1) a cada persona una porción por igual; 2) a cada persona de acuerdo a su necesidad individual; 3) a cada persona de acuerdo a su esfuerzo individual; 4) a cada persona de acuerdo a su distribución a la sociedad; 5) a cada persona de acuerdo a su mérito.

**No maleficencia:** Precisa ser completada con una referencia a la fundamentación de esos principios. Referencia al bien de la persona, dignidad humana, derechos humanos, la persona como ser social. Tiene un carácter fundamental: Hay que respetar la vida física de la persona. Este principio está por encima de la autonomía de las personas (72). Una de las aplicaciones de la bioética de la investigación con seres humanos y la aplicación de tratamientos o terapias considera el consentimiento informado.

### **3.10. El consentimiento informado. La autorización para un procedimiento quirúrgico. Definición.**

Informed consent son las palabras anglosajonas que han dado origen al consentimiento informado. Evidentemente, para que un profano en medicina dé su consentimiento acerca de algo que afecte a su salud, precisa una información previa. El proceso de explicar el procedimiento, con sus ventajas e inconvenientes, para poder tomar luego una decisión, como una más de tantas otras decisiones que se toman en la vida, y recabarla fehacientemente por el profesional es lo que recibe el nombre de consentimiento informado (73). Éste radica en una relación confiada y pausada entre el profesional de la salud y el usuario, con una explicación adecuada, no exhaustiva, del proceso, procedimiento y alternativas, guiada por la verdad, hasta colmar el interés que el paciente solicite. Todos los recursos humanos legítimos para afianzar una confianza profesional entre iguales, sin búsqueda de sumisión o acatamiento ciego. “Un consentimiento informado inadecuado se considera como ausencia del mismo. La firma de un consentimiento informado no exime al profesional de la salud de responsabilidad por mala praxis; sin embargo la mala aplicación puede debilitar la defensa en una acusación sobre negligencia en un procedimiento, por los demás, defendible. El profesional de la salud que no informa será responsable de los daños debidos a los procedimientos, aunque no exista mala práctica profesional. El consentimiento informado puede perder su

función protectora en el ámbito médico-legal si no se realiza de forma adecuada” (74). El respeto por las personas exige que a los sujetos, hasta el grado que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que los ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfagan estándares adecuados de consentimiento informado.

No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado y el proceso de consentimiento tiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.

**Información:** El alcance y la naturaleza de la información debieran ser tales, que las personas, a sabiendas que el procedimiento implica o no cambios radicales para su organismo y su salud, y quizás, no está completamente entendido de los pormenores del mismo, puedan decidir realizárselo o no. Aún cuando se anticipe algún beneficio directo para ellos, los sujetos deberían entender claramente, el rango de riesgos y la naturaleza de los mismos, así como las consecuencias de sus decisiones.

**Comprensión:** La forma y el contexto en que se transmita la información son tan importantes como ésta. Dado que la capacidad para entender es función de la inteligencia, la racionalidad, la madurez, y el lenguaje, es necesario adaptar la presentación de la información a las capacidades del sujeto. Los encargados de dar esta información son responsables de averiguar si el sujeto ha captado la información. Siempre hay obligación de asegurarse de que la información que se da a los sujetos está completa y es comprendida adecuadamente; tal obligación aumenta cuando los riesgos son serios.

**Voluntariedad:** El consentimiento informado no es válido si no se ha dado voluntariamente. Este elemento requiere condiciones libres de coerción o influencia indebida. Ocurre coerción cuando una persona hace a otra, intencionalmente, para obtener el consentimiento, una amenaza abierta de daño; en contraste se figura la influencia indebida a través de la oferta de una recompensa, injustificada, inapropiada o incorrecta; también puede llegar a ser influencia indebida alguna forma de inducción, ordinariamente aceptable, que se haga a una persona especialmente vulnerable (75).

### **3.10.1. El consentimiento informado en la esterilización quirúrgica voluntaria. Operacionalización del Decreto 29713-S.**

En el marco de la esterilización voluntaria, ya sea salpingectomía o vasectomía, se puede definir el consentimiento informado de la siguiente manera: *“es la decisión voluntaria del cliente (paciente, usuario) de que se le realice un procedimiento de esterilización, con pleno conocimiento y comprensión de los datos permanentes”* (76). Para que el consentimiento informado sea eficaz en la esterilización quirúrgica debe tener las siguientes condiciones:

- a) el sujeto que lo presta debe ser capaz de comprender la situación en que presta el consentimiento,
- b) el consentimiento tiene que ser anterior a la acción.

El consentimiento informado no debe provenir de un error ni haber sido obtenido mediante engaño o amenaza.

Además, el consentimiento informado en este sentido consta de 6 elementos:

1. La disponibilidad de métodos anticonceptivos para que el o la paciente pueda escoger.
2. Asegurarse que el o la paciente comprenda que se le practicará un procedimiento quirúrgico.
3. Asegurarse que el o la paciente comprenda las molestias asociadas con la esterilización, los riesgos que entraña, la posibilidad de que haya efectos secundarios desagradables y los resultados positivos esperados.
4. Que el o la paciente comprenda que la operación tiene por objeto poner fin a su fecundidad de manera permanente.
5. Que el paciente entienda que el procedimiento que se le realizará es permanente.
6. El paciente debe tener la opción de desistir del procedimiento (77).

La firma del consentimiento informado en la CCSS, para realizarse una esterilización quirúrgica, tanto a hombres como a mujeres, es la operacionalización de la consejería en salud sexual y reproductiva, pues se convierte en la forma concreta y evidente que el interesado es conciente del procedimiento que se va a realizar y de sus consecuencias o resultados. Libera al personal en salud involucrado de responsabilidades morales y

legales en función de dicha intervención y es un requisito indispensable para acceder a una esterilización quirúrgica. (Ver anexo 4).

### **3.11. Análisis del artículo 123 del Código Penal según la Defensoría de los Habitantes.**

En el análisis realizado por la Defensoría de los Habitantes en el año 2005, sobre la salud sexual y los derechos reproductivos, se realiza un análisis jurídico con respecto al artículo 123 del Código Penal (ver anexo 3), en el cual se llegan a varias conclusiones:

- Según lo que se afirma en este artículo, puede ser penado con cárcel un profesional de la salud que entre otras cosas produzca “pérdida de la capacidad de engendrar o concebir”. A este concepto se le aplica las teorías de tipo penal y tipicidad, antijuricidad y de culpabilidad, en este análisis.
- Según la teoría de tipo penal y tipicidad, las salpingectomías y vasectomías constituye un delito de “lesiones gravísimas”, pues es una descripción contenida en la ley de una acción contraria a la norma. Según la teoría de antijuricidad, es antijurídica en el tanto y cuanto no sea autorizada por el afectado. La culpabilidad se da si el autor realiza una acción prohibida tipificada como la esterilización quirúrgica y no autorizada.
- Los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos, el derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre ellos son derechos disponibles, por lo que el consentimiento informado es una vía de justificación. Además según la Resolución No. 37891-2002, la Sala Constitucional ya ha manifestado que la libertad de elegir un método anticonceptivo en particular es un ejercicio legítimo de derecho a la salud reproductiva.
- En el artículo 129 del Código Penal, libera del delito de lesiones gravísimas al que realice una esterilización quirúrgica, al afirmar que las lesiones que se produzcan al lesionado con su consentimiento no son punibles, cuando la acción tiene por objeto beneficiar la salud de otros.

Por lo tanto el consentimiento informado, realizado de forma correcta y coherente, al nivel del conocimiento del interesado, y con evidencia del mismo, es requisito indispensable para eximir del delito de lesiones gravísimas a un cirujano o profesional de la salud, que realice una esterilización quirúrgica (78).

## **3.12. PRINCIPALES CONCEPTOS DE DEMOGRAFÍA Y DE POBLACIÓN.**

### **3.12.1. Demografía.**

El término demografía se deriva del griego: Demos = pueblos, graphie = estudio. Una definición simple, muy general, se origina en la etimología de la palabra, es decir, se puede interpretar la demografía como “el estudio de las poblaciones”.

Naciones Unidas en su Diccionario Demográfico Multilingüe dice: “la demografía es la ciencia que tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas, tratando, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, su evolución y sus características generales”. Se puede decir que se trata de una ciencia cuyo objeto es el hombre, considerando en la totalidad de los aspectos de su realidad: como miembro de una colectividad a la que ingresa cuando nace y por sólo el hecho de nacer y de la que se retira cuando muere (79).

### **3.12.2. Población.**

Población tiene dos significados: el más común referido a los habitantes de un país y segundo, al hecho de poblar o sea la población que ocupa un área física y se multiplica extendiendo su base geográfica: aspecto conocido como poblamiento. El término población encierra dos conceptos opuestos y complementarios: uno estático, cuantitativo (por ejemplo, el número de habitantes de un país dado por un censo) y el otro dinámico, con aspectos cualitativos, sociales e históricos (80).

### **3.12.3. Las disciplinas de la demografía.**

*Demografía descriptiva*, que trata del volumen de distribución geográfica, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas, y se apoya principalmente en las estadísticas demográficas.

*La demografía teórica* considera las poblaciones desde un punto de vista general y abstracto, estudiando las relaciones formales entre los distintos fenómenos demográficos. Pueden servir de apoyo a alguna política de población determinada. Una parte de la demografía teórica, aquella que utiliza métodos de análisis matemáticos se denomina *demografía matemática*. Aquella disciplina que hace uso de elementos de la demografía



teórica para estudiar los fenómenos demográficos, en poblaciones concretas, se denomina *análisis demográfico*.

El conjunto de estas disciplinas constituye la *demografía cuantitativa* o sea el aspecto numérico de los fenómenos.

El estudio de las relaciones que existen entre los fenómenos de la población y los fenómenos económicos y sociales da lugar a la *demografía económica* y una *demografía social* respectivamente y corresponde a la demografía cualitativa.

El estudio de las poblaciones de la era pre estadística o sea la historia del desarrollo de las poblaciones recibe el nombre de *demografía histórica*.

Los hechos demográficos hacen referencia a los componentes involucrados en el movimiento de la población, a saber: los nacimientos, las defunciones y las migraciones (81).

#### **3.12.4. Cálculos del análisis demográfico.**

**3.12.4.1. Tasa bruta de natalidad (TBN):** Se define como la relación entre los nacimientos registrados en un periodo de tiempo con respecto a la población a la mitad de ese periodo.

La tasa bruta de natalidad se expresa de la siguiente manera:

$$\text{TBN} = (\text{nacimientos} / \text{población}) \times K$$

En donde K es la constante que representa el número de habitantes que representa el evento.

**3.12.4.2. Tasa bruta de mortalidad (TBM):** Se define como la relación entre las muertes registradas en un periodo de tiempo con respecto a la población a la mitad de ese período.

La tasa bruta de mortalidad se expresa de la siguiente manera:

$$\text{TBM} = (\text{muertes} / \text{población al 1 de julio}) \times K$$

En donde K es la constante que representa el número de habitantes que representa el evento.

**3.12.4.3. Tasa de crecimiento natural (TCN):** Se define como la diferencia entre la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad en un determinado periodo de tiempo.

$$\text{TCN: tasa bruta de natalidad} - \text{tasa bruta de mortalidad}$$

**3.12.4.4. Tasas de neta de migración (TNM):** Se puede calcular cuando se conoce el otro componente que produce el crecimiento o decrecimiento de una población, o el saldo migratorio de un periodo, con respecto a la población a mitad de ese periodo.

$$\text{TNM} = (\text{inmigraciones} - \text{emigraciones}) / \text{población (1 de julio)} \times K$$

En donde K es la constante que representa el número de habitantes que representa el evento.

**3.12.4.5. Tasa de crecimiento total (TCT):** Se obtiene de la diferencia que se da entre la tasa bruta de natalidad, la tasa bruta de mortalidad y la tasa de migración.

$$\text{TCT: (Nacimientos} - \text{defunciones} \pm \text{migración neta)} / \text{población (1 de julio)} \times K$$

En donde K es la constante que representa el número de habitantes que representa el evento.

**3.12.4.6. Tasa de crecimiento intercensal (TCI):** Es el crecimiento porcentual por año de la población de un lugar determinado, entre un censo y otro, basándose en el hecho de que la población tiene un crecimiento exponencial constante.

$$\text{TCI} = 1/T \times \ln P_2 / P_1$$

en donde:

**T** es el intervalo de tiempo

**ln** es el logaritmo natural

**P<sub>1</sub>** es la población inicial

**P<sub>2</sub>** es la población final

**3.12.4.7. Tiempo de duplicación de la población (t):** Es el tiempo transcurrido entre una población inicial N(0) y otra posterior N(t), que es el doble. Es el tiempo necesario

para que la población de un lugar determinado se duplique, teniendo en cuenta de que se cumpla el supuesto implícito de que la tasa de crecimiento es constante.

$$t = 1/r \times \ln 2$$

en donde:

**t** es el tiempo de duplicación

**r** es la tasa de crecimiento de la población

**ln** es el logaritmo natural

**3.12.4.8. Tasa global de fecundidad:** El número medio de hijos por mujer, conforme a las tasas de fecundidad por edades de un momento y con el supuesto de ausencia de la mortalidad en el periodo reproductivo de la mujer.

$$\sum (\text{No. de nacimientos en R} / \text{población de mujeres de K}) \times \text{el No. de años de R.}$$

En donde R es grupo de edad fértil

**3.12.4.9. Tasa de fecundidad trianual por grupo de edad (TFE) en trienios:** Se refiere a los nacimientos por trienio.

$$\text{TFE} = \sum \text{nacimientos de T1 (trienio)} / \sum \text{población de mujeres T1}$$

En donde:

T1 es el grupo de edad fértil

Trienios son, en este estudio, los periodos de 1999-2001 y 2002-2004.

**3.12.4.10. Razón salpingectomías y vasectomías (SV):** Es la relación entre las cirugías de esterilización femenina con respecto a las cirugías realizadas en hombres.

$$\text{SV} = \text{No. salpingectomías} / \text{No. vasectomías}$$

**3.12.4.11. Tasa trianual de salpingectomías por grupo de mujeres en edad fértil (TS):** Se define como el número de cirugías de esterilización femenina realizadas en cada grupo de edad fértil en diferentes trienios.

$$\text{TS} = \Sigma \text{salpingectomías de T1 (trienio)} / \Sigma \text{población de mujeres T1 (trienio)}$$

En donde:

T1 es el grupo de edad fértil

Trienios son, en este estudio, los periodos de 1999-2001 y 2002-2004.

# **Capítulo IV**

## **Análisis e interpretación de los resultados**

## 4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Análisis de los resultados correspondientes al punto 1.5.1. Objetivo 1. Parte cualitativa del análisis de los resultados

*Definir las circunstancias asociadas al machismo, circunstancias, económicas, sociales y culturales relacionadas a las salpingectomías de un grupo de mujeres del cantón de Corredores para determinar explicaciones a la toma de esta decisión, a partir del testimonio de las mujeres.*

#### **¿Por qué me hago una salpingectomía?**

*...El alto costo de la vida,  
por el machismo de los esposos,  
por tener un mejor estatus de vida,  
porque donde hay menos personas  
hay más prosperidad,  
porque van a haber menos gastos,  
porque así la mujer va a  
tener dominio sobre ella,  
en donde ella decide el por qué  
y cuando ella quiere tener un hijo...  
Verónica, 16 de mayo de 2005.*

Las circunstancias relacionadas a la toma de la decisión de esterilizarse quirúrgicamente, que manifestaron el grupo de mujeres que participaron de esta investigación aluden principalmente a cuatro grandes grupos que son:

- Circunstancias asociadas al machismo.
- Circunstancias sociales: la salud
- Circunstancias culturales: la religión
- Circunstancias económicas.

Estas se desarrollan a continuación.

#### **4.1.1. CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS AL MACHISMO**

*...Al menos a mi me gustaría que la persona que viva conmigo me respete, porque es una falta de respeto que una persona le imponga a otra lo que ella tenga que ser y aunque ella no quiera. Es bonito sentirse bien, con una persona, pero bien, a plenitud... Emilia, 10 de junio de 2005.*

El concepto de género alude a las formas históricas y socioculturales en que hombres y mujeres interactúan y dividen sus funciones. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo. El género es una categoría que permite analizar papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades diferentes de varones y mujeres en diversos ámbitos tales como una unidad familiar, una institución, una comunidad, un país, una cultura. De esta forma, el concepto de género no hace referencia a las características derivadas de las realidades biológicas o naturales, sino a aquellas que varían de una cultura a otra, según su manera de organizar la acción y la experiencia individual y colectiva. Distingue entre lo biológico y lo social, a partir del reconocimiento de que las diferencias entre varones y mujeres son tanto biológicas como sociales

El significado del discurso que manifestaron las mujeres participantes, por las cuales justifican que se están haciendo salpingectomías en términos de machismo en el sur de Costa Rica se destacan principalmente las siguientes:

##### **4.1.1. El machismo como forma de relacionarse hombres y mujeres**

El machismo implica en primer término, que los rasgos descritos son “naturales” y por lo tanto, innatos, universales e irremediables. El conflicto entre hombres y mujeres, el dominio de éstas por aquellos, la división sexual del trabajo, etcétera, son considerados parte inherente de la condición humana, al igual que los rasgos biológicos como tener cinco dedos y una cabeza. Por otra parte implican, que todos ellos son atributos deseables porque constituyen un orden natural, una jerarquía de los sexos, cuya transgresión llevaría al caos y a la disolución de la sociedad. Además, al atribuirle características fijas a hombres y mujeres la visión esencialista aprisiona a ambos sexos en roles polarizados. Dentro de esta lógica, los hombres sensibles son “afeminados” y dejan

de ser verdaderos hombres y las mujeres asertivas son “masculinas” y dejan de ser auténticas mujeres. La única mujer genuina es la madre dedicada a los hijos; el único hombre de verdad es el varón emprendedor que rechaza toda debilidad humana en sí mismo y en los demás (82).

Las mujeres que participaron de la investigación manifestaron su disconformidad evidentemente ante el machismo de la sociedad, el machismo del hogar donde fueron criadas y el machismo de su propio hogar, con su compañero. La imposición de intereses propios sobre los de las mujeres es una constante. Las mujeres vienen acostumbradas a vivir desde su hogar un hombre machista que impone sus criterios. Y no han sido enseñadas, en este caso por la madre, a defenderse de la agresión. Esta actitud cancela toda posibilidad de negociación: si la opinión ajena es irrelevante, entonces el único propósito de todo diálogo es convencer al otro de la opinión propia. Es inútil discutir con una persona autoritaria, porque sus razonamientos “lógicos” se reducen a una mera reiteración de su punto de vista inicial. En este sentido, la falta de empatía impide la resolución de los conflictos interpersonales.

*...Porque un hogar machista es una dictadura, en hogar machista no hay otra voz que la del dictador que es el esposo, ahí no hay negociaciones, ahí no hay opiniones secundarias, ahí no hay nada... allí la mujer no puede opinar. Una muchacha de estas cae en manos de un machista sigue viviendo con Hitler porque así ella está acostumbrada a que no puede opinar, ella no sabe defenderse... el que dice “aquí se hace y se respeta lo que yo digo y punto”, no hay discusión...Azucena, 30 de abril de 2005.*

*...un hombre es machista como aquel que es “todo yo”. Yo mando, yo digo, yo deshago, usted no tiene opinión, es el hombre que no deja que la mujer se desarrolle, que es el hombre que dice “usted se pone esto, usted va a tener tal dinero, usted no puede salir, usted no puede estudiar, porque si estudia me la van a quitar, porque si usted estudia va a atenderme mal, porque si usted estudia no va a poder ver a los hijos”. ¡Mentiras! ¡Mentiras!.... Yo digo que el hombre machista es un hombre que vive acomplejado de ser inferior a la mujer que tiene a su lado...Gardenia, 16 de abril de 2005.*

Los machistas tienden a considerar el desacuerdo como una ofensa. Por ello, el machismo contribuye a una agresividad generalizada e innecesaria; innecesaria porque hay muchas maneras menos costosas de resolver las diferencias, incluyendo el simple respeto a la opinión ajena. Las mujeres consideran que esa falta de empatía y la



imposición de criterios es una conducta que hasta cierto punto, es permitida por las mujeres, a tal punto de anteponer las disposiciones de los hombres a sus propios criterios, en un intento de satisfacer, en su posición de madre-esposa, socialmente a las personas de su entorno y no sentirse juzgadas por doblegarse ante las imposiciones sociales.

*...Uno le da mucho lugar al hombre para que haga de uno un árbol caído, porque hay hombres que no sirven para que la mujer se supere, sino para que vaya cada vez descendiendo cada vez más...Y uno se lo permite, porque mis papás, porque la religión y porque el vecindario y porque...y por qué tengo que aguantar...Porque uno pone de primero a sus hijos, a su mamá, a su trabajo y a su esposo y de último se pone usted... Emilia, 10 de junio de 2005.*

*...¿Por qué ellos si pueden a salir a jugar futbol con sus amigos y uno no puede salir con las amigas? Y mucho menos de noche. “Ninguna mujer decente puede salir de noche, ninguna mujer decente puede sentarse en un bar a tomarse una cerveza, ni a compartir un fresco con nadie, porque esa es una vulgaridad y le estas faltando la moral a tu casa”.... Emilia, 10 de junio de 2005.*

El tiempo libre de las mujeres no es libre, sencillamente porque no les pertenece. Pero este hecho queda oculto, las reglas de juego en esta área, como en tantas otras, son invisibles dentro de la sociedad machista. En una sociedad machista, el tiempo auténticamente libre, del cual uno puede disponer a su antojo, es una prerrogativa masculina. Asimismo, el espacio personal es un derecho de los hombres y rara vez de las mujeres.

*...Hoy hay un partido, yo voy al partido, tu quédate en la casa, porque tu tienen que cuidar a los niños, no podés salir porque sos la esclava, pero yo si voy porque mis compañeros...mi jefe me invitó y no puedo dejar a mi jefe esperando. Hay una fiesta en tal parte, yo “tengo” que ir y voy a llegar tarde y entendeme que voy a llegar tarde y punto. Tal vez con unos tragos y jugando de machito porque llegó con unos tragos. Pero es fácil ser papá, muy fácil ser papá... Emilia, 10 de junio de 2005.*

Existe una conciencia colectiva, al respecto de que socialmente se hereda de madres a hijas, los beneplácitos hacia los hombres de la casa.

En una sociedad machista, el hijo varón ocupa un lugar privilegiado dentro de la familia.

Se le da más libertad para expresar sus deseos, para enojarse si nos e cumplen y se les

enseña a ser más exigentes e independientes, entendiéndose por independencia la no obligación de informar a ninguna mujer acerca de sus movimientos, aunque no sepa satisfacer sus necesidades básicas, como mantenerse ni proveer al recurso económico del hogar, e incluso esta prerrogativa es propia de los varones de la casa, aún siendo menores de edad. Las mujeres están concientes que desde su hogar se les enseñó a atender a los hombres, en una posición subordinada.

*... "Nosotras venimos criadas ya con un patrón de que las mujeres venimos a estar debajo del zapato, nunca la mujer se va a poner a decir, "no señor, aquí también se hace lo que yo digo, yo también mando y yo también tengo opiniones y usted va a tener que escucharlas". Dicen que cuando la mujer habla así es una malcriada. Si es cierto "mal-criada", porque no la criaron bien, domesticada, ¿Por qué es malcriada? Porque no se deja dominar, porque a la mujer la crían para se dominada. Se equivocaron, porque no la criaron como debe ser. Uno debe hacerles caso en todo, para que sea una "buena mujer"... Emilia, 10 de junio de 2005.*

*.. "yo digo que si lo educan a uno para ser mamá. ¿Qué es lo primero que le regalan a uno cuando es una niña? Una muñeca. No le regalan una máquina de escribir, no le regalan una máquina de coser, no le regalan un libro o un lápiz. Y le dicen a uno "mamita esta es su vida" Le regalan a uno una muñeca. ¿Qué es lo que hace una con una muñeca? Lo que mamá hace con uno"...Gardenia, 16 de abril de 2005.*

*... "¿Sabe que es lo que pasa? Que nuestras madres nos enseñaron a tenerlos como un dios, como ellos son hombres, ellos se creen que todo lo pueden, que ellos todo lo mandan, el machismo, ellos son unos grandes machistas, entonces ¿qué quieren?, que uno sea como una esclava de ellos. Ellos son todo "tráigame, déme y váyase si quiere"... Dalia, 12 de marzo de 2005.*

Tienen bien claro que el machismo no se limita a la negación de participar del quehacer doméstico, que el machismo es mucho más que no lavar la ropa o no cocinar, es una imposición necia de sus criterios en demérito de los criterios de la mujer. Muchos hombres dan por sentado que las mujeres deben pensar como ellos y seguir sus instrucciones como si fueran empleadas a su disposición. La que no lo haga, por las razones que fueran, o es tonta o está actuando de mala fe, pues no podría haber otra razón para no pensar y actuar igual que ellos.

*...”El hombre machista influye mucho es en las decisiones que el toma sobre la mujer...a el (mi esposo) le gusta barrer, limpiar, le gusta lavar, cocinar y todo eso. Pero el influye con sus decisiones mi vida porque el antes me decía “usted no estudia, usted no trabaja, usted no va a tal parte, usted no se pone esta ropa” y yo le contestaba “pero por qué, si yo tengo que tener decisión propia” y ahí fue donde surgieron los problemas...aunque el barra, trapeé, cocine y haga todos los oficios”.*  
Azucena, 30 de abril de 2005.

Las mujeres están concientes que el machismo es un patrón que se tiene que romper pues, así como el sistema feudal y la esclavitud, el machismo tiene que desaparecer por inoperante.

*..”yo a mis hijos siempre les he dicho, “ustedes por ser varones no quiere decir que valen más que las mujeres, ni usted por ser mujer vale más que los hombres, todos valemos por igual y todos somos lo mismo ante los ojos de Dios...ninguno de los dos tiene ventaja, ninguno de tiene más sabiduría, ninguno viene proyectado para ser más que el otro.”...Gardenia, 16 de abril de 2005.*

En la dinámica de pareja se dan los intercambios de varones y mujeres en relación con el uso de métodos anticonceptivos, se generan y se resuelven los conflictos a propósito de la toma de decisiones reproductivas. Si bien estas decisiones se realizan en el marco de la relación de pareja, es importante destacar la relación de poder. En este caso el machismo impone que la anticoncepción es cosa de mujeres, sobre todo que en las instituciones estatales la información esta dirigida a ellas. Entonces la elección del método de anticoncepción no se presenta realmente como una elección libre ni individual como se pretende presentarla.

*..”Pero que esperes que tu esposo te cuide eso es mentiras. O que el va a planificar, el se va a hacer el responsable de usar el condón y va a comprar cincuenta para que no le falte, ¡jamás! Y ni que decir de ir al seguro a que me den la cajita de condones, ¡que vergüenza que me vean a mi, yo consultando y para que me den los condones...! No, mejor vas vos para que te den las pastillas, las pastillas son más fáciles de echar al bolso, pero a mi no me pueden ver con los condones en la mano ¡que vergüenza!...No se le considera al hombre responsable de su sexualidad y su fecundidad. Cuando el hombre se casa dice “aquí mando yo y yo mando que te tomés las pastillas tu”...Emilia, 10 de junio de 2005.*

*...”Porque los que inventaron los anticonceptivos eran muy machistas. Pensaron sólo en las mujeres. Las mujeres son las que tienen*

*que llevar toda la carga pero los hombres no tienen que pensar en molestarse de que tienen que ser responsables también de cuidar a la persona que tienen al lado”... Emilia, 10 de junio de 2005.*

*...”El no puede planificar, ponerse un condón es una ofensa. Tiene que demostrar su hombría y tener relaciones sin nada que lo estorbe, que le moleste, no preocuparse de nada, a “culo pelao” y alistese porque aquí voy y punto”...Emilia, 10 de junio de 2005*

*...”Por lo menos mi marido dice que el no usa el preservativo porque le causa alergia. Entonces la responsabilidad es de nosotras...el no usa preservativo y el no se quiere operar porque dice que tiene miedo”...Margarita, 2 de abril de 2005.*

Aún así, el hombre machista insiste en la maternidad de su pareja, independientemente de su deseo de parir, de la situación emocional que presente, ni los proyectos personales que esté llevando a cabo en ese momento.

*...pero si quiere que tengas un hijo, y está insistiendo porque quiere que tengas un hijo. “Usted tiene que darme un hijo” porque es mi hombría de saber que yo puedo preñar una mujer, yo tengo la mujer preñada y va a tener un hijo mío, no importa si usted está estudiando o si usted está trabajando y después a todo el mundo le presume lo hijo, pero lo presume porque otra persona se lo está poniendo todo cómodo”... Emilia, 10 de junio de 2005.*

La mejor perspectiva de progreso principalmente de la mujer en el hogar se ve castrada en una relación con un hombre machista y de esto están concientes las mujeres del estudio. No están equivocadas. Un buen ejemplo de esto es un proyecto de investigación publicado en el 2001 por el Banco Mundial. Su reporte titulado *Gendered Development* (83) analiza con detalle los costos de la desigualdad entre hombres y mujeres, en términos de pobreza, desarrollo, productividad, salud y educación. Sus principales conclusiones son contundentes. Los países que promueven los derechos de las mujeres y facilitan su acceso a la educación y a la riqueza gozan de menos pobreza, menos corrupción, una productividad más alta, y un mejor crecimiento económico. Cuando se reducen las diferencias entre hombres y mujeres en áreas como la educación, el empleo y los derechos de propiedad, disminuyen las tasas de desnutrición infantil y mortalidad. La desigualdad entre hombres y mujeres no sólo afecta a ésta últimas, sino a toda la sociedad, idea feminista que ahora recibe el respaldo de economistas del desarrollo.

*...”La familia no progresa, porque el hombre no deja progresar a la mujer, al hombre machista no le gusta que la mujer salga, no le gusta que trabaje, no le gusta que estudie y él impone esa ley. Hasta que la mujer quiere salir de allí, puede superar eso”... Guaria, 30 de abril de 2005.*

*...”un hogar donde trabajan los dos es un hogar que prospera, es un hogar que refleja que hay más educación, hay mejores oportunidades para los hijos y para la pareja, porque siempre cuando un hombre es machista el creé que tiene al alcance todo, pero el está siendo el más imprudente, porque no tiene al alcance nada. Ni siquiera la mente desarrollada, para pensar que la mujer puede ayudar”... Azucena, 30 de abril de 2005.*

*...”Como mujer le duele a uno ver que el esposo uno le diga que le ofrecieron un trabajo y le diga “no, porque allí hay muchos varones” El te está menospreciando, porque no te siente capaz de trabajar entre un montón de varones. No. Ellos de una vez lo están desvalorizando y “no porque hay tantos hombres y no puede trabajar allí y después se prostituye” Como si lo andara uno pegado en la frente”... Emilia, 10 de junio de 2005.*

Y al final de todo, el machismo en el hogar redunda en una mala relación de pareja, una insatisfacción de las mujeres en cuanto a la supremacía en las necesidades, pensamientos y actitudes del hombre sobre ellas. La sub varolación del ámbito doméstico, con una falta de interés y desatención al quehacer del hogar y de los hijos.

El machismo como forma de relacionarse los hombres con las mujeres, en un contexto interpersonal, en el manejo del poder, refleja desigualdades reales en el ámbito social, económico y moral que las mujeres no de dejan de percibir y de soñar que cambiará.

*...”si interfiere (el machismo) en un cierto modo, porque a la mujer le da miedo y dicen “tengo dos hijos y mi esposo no me ayuda y otro hijo más y mi esposo borracho y mi esposo en la calle y en las madrugadas yo sola”. Entonces si interfiere, de allí de la decisión de que la esposa quiera operarse”.. Violeta, 16 de mayo de 2005.*

*...”hay momentos en que el esposo piensa que uno es una pertenencia, que lo tiene que tener ahí, cautiva, porque si abre la mano se le va. El acta de matrimonio es un título de propiedad. Ellos le ponen un sello a uno y esto mío y punto, sólo para mi, nada más que para mí y mío. Porque uno depende de ellos, porque si no trabajas dependes del esposo, y tenés que aguantártela”...Emilia, 10 de junio de 2005.*

Puede afirmarse a partir de las relaciones genéricas basadas en el machismo se dan otras relaciones como consecuencia de una relación machista. Dentro de esta forma específica

de machismo, las mujeres del cantón enfatizan en tres factores que las empujan a tomar la decisión:

#### **4.1.1.2. Abandono económico por parte del hombre.**

*... "lo principal es el marido, el no trabaja, o no les trae las cosas a la casa, que los hijos que no los alimentan bien, entonces ella dice "operándome me va mejor", que es lo que no falla"... Jazmín, 26 de febrero de 2005*

Las mujeres participantes de la investigación manifestaron reiteradamente que su compañero o esposo no participaba adecuadamente de las necesidades económicas de la familia, sobretodo de las necesidades económicas de los hijos. En última instancia las necesidades personales de ellas como mujer bien pueden ser sacrificadas en función de satisfacer las necesidades propias de los hijos. El aporte de los hombres, que hasta entonces era la base del desarrollo de la familia está siendo pasada por alto por ellos, e incluso es una obligación desaprobada entre los mismos hombres, como sacrificio en detrimento de su propia comodidad.

*...La mayoría de las madres son solteras y madres adolescentes, que creo que no están capacitadas para llenarse de hijos porque vienen hijos a sufrir y a pasar necesidades. La mayoría de los padres sólo saben dejarlas solas... Violeta, 26 de febrero de 2005.*

*...Yo pienso que la responsabilidad debiera ser pareja pero la mayoría de los casos la responsabilidad la lleva la mujer. Al menos en mi caso yo llevo la responsabilidad porque he sido padre y madre... Azalea, 2 de abril de 2005.*

*...Entonces la responsabilidad cae en las mujeres, en la parte económica como también en la parte de cuidado. En mi caso, si yo tengo plata, todo es para mi hijo, no pienso tanto en mi si no en ellos. Verónica, 12 de marzo de 2005.*

Los hombres se manifiestan ajenos a la escasez económica, no existe un detrimento de sus propias necesidades y su propio recreo, incluso llega a anteponer sus vicios a las necesidades económicas del hogar. Las necesidades propias del hombre son antepuestas a las necesidades del núcleo familiar y el aporte económico del hombre es visto como un sacrificio de su economía personal y como una carga. Las mujeres son concientes de esa

mezquindad y están concientes que los hombres no realizan un esfuerzo máximo para satisfacer las necesidades de sus hijos y no cumplen por lo tanto el papel de padre proveedor. Se les resiente principalmente el abandono de padre proveedor.

*... "La mayor responsabilidad ciento por ciento es de la mujer. El hombre se ha criado, algunos para llevar la comida a la casa, la ropita, algunos, de 100 son 5. Pero la responsabilidad siempre es de la mujer... la mujer se queda sin comer ella para alimentar a los hijos, el hombre no, el hombre si tiene vicios, no se acuerda de la comida, sólo el vicio y si la mujer le pide algo allí es de donde viene tanta agresión a la mujer hoy día"... Jazmín 2 de abril de 2005.*

La mejor definición que puede darse a este comportamiento es una indiferencia a la falta de dinero en la familia y no se demuestra ningún esfuerzo por parte del hombre para que la situación cambie. No se da un máximo esfuerzo por parte del hombre de satisfacer las necesidades económicas que hasta ahora no están satisfechas, realizando un trabajo adicional, o realizando alguna actividad económica que le participe de alguna ganancia adicional de dinero.

#### **4.1.1.3. Abandono emocional por parte del hombre en la crianza.**

*... "los hombre piensan que la maternidad es cosa solo de mujeres, ¡si nosotras no comenzamos la maternidad solas!, porque nosotras la mujeres quedamos embarazadas porque el hombre nos ayuda, porque todavía yo he visto a ninguna mujer que haya quedado embarazada sin la ayuda de un hombre"... Azucena, 30 de abril de 2005.*

Las mujeres dicen, que aunque exista un apoyo económico por parte del padre de sus hijos, si es que existe este apoyo económico, éstas se sienten desamparadas ante la avalancha de obligaciones que se les presenta en la crianza de los hijos y el mantenimiento del hogar. Estas obligaciones y esta presión se multiplica cuando, por necesidad económica, la mujer tiene que salir del hogar a trabajar fuera de la casa. La obligación del padre con respecto a la familia, si ésta se da, se limita al aporte de una suma definida de dinero y nada más. Es por esto que las mujeres justifican el hecho de operarse.

*... "Los hijos se enferman y estamos solas, aunque haya un hombre en la casa, que sólo aporta económicamente, pero en los problemas siempre estamos solas y también planificamos por eso"... Violeta, 26 de febrero*

*... "Y lo primordial (para tomar la decisión de operarse) es los padres, que los hombres son muy irresponsables"...Jazmín, 26 de febrero de 2005.*

Se consideran depositarias intrínsecas de la planificación de la familia, en vista de que la tarea de criar y hasta mantener los hijos es propia de las mujeres, no por su gusto, sino porque socialmente así ha sido impuesto. Por lo tanto embarazarse significa que las obligaciones dentro y fuera del hogar se van a multiplicar si se multiplican los hijos. El operarse es una forma de poner fin al volumen de obligaciones que socialmente se les ha sido impuesta.

*... "Ya cargar los hijos, mantenerlos, verlos y todo, entonces nosotras tenemos la responsabilidad más grande, la responsabilidad es de nosotras planificar y ellos son más egoístas, ellos no lo hacen porque el decir de ellos es "nosotros somos hombres, allá ustedes", entonces son más egoístas, entonces la responsabilidad más que todo es de nosotras. Por eso es que los hombres inventaron todas esas cosas (de planificación) para nosotras"...Guaria, 2 de abril 2005.*

*... "nosotras las mujeres somos las que tenemos que ponernos las pilas, porque si el hombre no usa nada, nosotros somos las que sufrimos, las que quedamos embarazadas, las que tenemos que ver que hacemos con esa criatura, ellos no, algunos son tan sin verguezas, que dicen "abórtelo" o "no es mío"...Jazmín, 2 de abril de 2005*

*...La responsabilidad no debe ser de ellos de planificar porque uno es la que va a quedar embarazada, uno es la que los pare y tiene la responsabilidad de criarlos, entonces, de una es la responsabilidad de planificar. Es una responsabilidad tan grande que ellos no deben participar... Margarita, 2 de abril de 2005.*

La mujer considera que ella como persona es apreciada, es importante y es querida por el padre de sus hijos en el tanto y en el cuanto el padre se involucre con los oficios domésticos y en la educación y crianza de los hijos, en una distribución equitativa, de forma espontánea y no como mera colaboración. Que tengan la capacidad de tomar decisiones para la resolución de problemas dentro del hogar y que hagan respetar su posición y autoridad de padre por su carisma con sus hijos y no por la imposición de argumentos. Desean un líder que, con autoridad, las ayude a llevar las riendas del hogar, que sea una mano derecha y un socio conyugal en la toma de decisiones



*...Hubiera sido muy lindo (si la situación hubiera sido diferente) porque el niño hubiera crecido sabiendo cual es el apoyo de su papá, que jugara con él, que lo abrazara, que lo ayudara, pero no, la que juega con él y la que le da el apoyo y la que tiene que ser madre y padre soy yo porque el es un irresponsable con el niño... Flor, 26 de febrero de 2005.*

Si el hombre cumpliera con el rol paterno que está dispuesto socialmente para él y que las mujeres tienen muy claro, éstas no se operarían. El no asumir la paternidad en el hogar está haciendo que las mujeres decidan operarse. Esto también desencadena en una mala relación de pareja y una inestabilidad dentro del hogar, que se convierte en crítica cuando el abandono económico y el abandono emocional se juntan, e incluso, puede esta presión por parte de la mujer hacia el hombre en que cumpla con estos roles, llegar a ser un desencadenante de la violencia intrafamiliar. Es por esto que las mujeres no están dispuestas a parir todos los hijos que puedan físicamente. Existe una interdependencia entre el número de hijos que se pueden parir, la situación económica de la familia y el compromiso del padre con el rol paterno.

*...pero la mayoría de los casos que uno ve en que la mujer quiera operarse es por la mala relación que tiene en el hogar con el marido...Primero no se operaría casi que ninguna, porque la mayoría le gustan los hijos, pero al ver el abandono que tiene de los maridos, ellas la mayoría tiene que pasarla solas... Jazmín, 16 de mayo de 2005.*

*...Por eso muchas mujeres si tuvieran a sus maridos allí, y sus maridos fueran comprensivos, yo digo que ninguna de ellas se opera, habiendo tantos métodos de planificar. Pero la mayoría de los casos es eso.... Jazmín, 16 de mayo de 2005*

*...La comunión en el hogar hace que la mujer decida por operarse o planificar, si tuviera un hogar feliz no lo haría (operarse). Jazmín, 16 de mayo de 2005*

*...En algunos casos si influye la relación de pareja para uno operarse y no tener más hijos. Como yo ahorita, lo estoy pensando operarme porque mi marido es un perfecto vago y no se puede legalmente y hay que decir la realidad, porque el es un machista, un egoísta y un vago y yo para salir a vender primero tengo que echarme un pleito, porque sino no tengo ni para mí ni para mis hijas...Iris, 16 de mayo de 2005.*

Muchas veces las mujeres manifiestan que además del abandono emocional de los hombres, éstos son una carga, pues no se valen ni siquiera para resolver sus propios

problemas, y recargan en la mujer el ya recargado oficio de madre, pues también se comportan como un hijo adicional.

*...el esposo que con una gripe ya esta tirado en un sillón, pidiendo medicina y pidiendo que lo atiendan y la mujer no se puede enfermar, porque enferma o no enferma tiene que hacer las cosas, enferma o no enferma tiene que hacer el desayuno, el almuerzo, lavar la ropa, y todo...Emilia, 10 de junio de 2005.*

Las mujeres no cuestionan su rol de madre-esposas, porque el hecho de operarse viene determinado por el machismo y la situación económica. El decreto presidencial 27913-S es un esfuerzo público que le da a la mujer un derecho sobre su cuerpo pero en ningún momento está quebrando el *status quo* de su rol social. La mujer se sigue pensando madre-esposa. A los grupos feministas se debe destacar que el decreto presidencial es una mejora dentro de los roles de la mujer en la sociedad, pero se no quiebre su papel social de madre – esposa.

Sin embargo las mujeres se saben perpetuadoras de comportamientos de “irresponsabilidad masculina en el hogar” por lo aprendido desde su hogar por sus madres de no negociar comportamientos machistas. También sigue perpetuándose en la mujer la culpabilidad. El hombre indiferente y no involucrado con las necesidades de dinero y de trabajo dentro del hogar es un hombre mal formado por una mujer. La mujer como única responsable de la educación de hijos e hijas es la responsable de la formación del hombre machista. No se considera al padre de familia responsable de la calidad de la educación de los hombres del hogar.

*...Yo digo que también las mujeres toman la decisión de operarse al ver la falta de responsabilidad del esposo, porque a nosotras los papás no educan no en la manera adecuada...sólo educan a las mujeres y los hombres siempre hacen lo que quieren, porque el hombre nació para ser libre y la mujer nació para ser esclava.. Azucena, 26 de febrero de 2005.*

*...La mujer no hace que el hombre sea responsable, muchas veces por miedo a que se vaya y la deje sola, que sea tan molesto lo que uno le diga que el diga “no, no es conmigo, yo voy jalando y quédese usted”, que se sienta presionado...entonces ellos buscan la manera de evadir, y uno les da la oportunidad, porque si uno fuera un poquito fuera más inteligente...de cómo involucrarlos en el asunto...fuera más fácil... Emilia, 10 de junio de 2005.*

*...Yo pienso que cuando el hombre no le ayuda a la esposa en el hogar está mal, porque está mal formado La madre forma bien a ese hijo para ayudarle a la mujer... Gardenia, 12 de marzo de 2005.*

*...Hay muchas mujeres que trabajan y la mayoría de su dinero no son ni ellas, sino que tiene que dejarlo en el hogar...Jazmín, 2 de abril de 2005.*

Las mujeres compensan la ausencia económica y emocional de los hombres con más trabajo de su parte, las típicas madres - padres. Los roles de género están establecidos para que las mujeres compensen el abandono económico y emocional de parte de los hombres con una doble o triple jornada. Reforzando su posición de madre-esposas viene el recargo doble o triple en la jornada laboral, porque aunado a las obligaciones propias del trabajo fuera de casa, que les permite traer los recursos económicos al hogar, se da otra jornada laboral donde se desempeñan de trabajadoras domésticas independientemente si existe apoyo económico por parte del padre de los hijos, a la que también puede adicionarse luego una jornada de trabajo correspondiente a la crianza de los hijos,. Un sincretismo entre la madre moderna, que abandona el papel tradicional de madre-esposa y la madre tradicional que se reafirma en su papel de madre-esposa. Tradicionales, modernas y partidas a la mitad. Esto redundante en recargo emocional, moral y físico de tener que velar por si misma, por su trabajo, por su casa y por sus hijos y dicho recargo se lo resienten a su compañero. Y el asunto se complica entre mayor sea el número de hijos, pues las mujeres reclaman directa o indirectamente a sus compañeros ese sacrificio de recargarse de trabajo, porque se da con el objetivo de mejorar las condiciones de la familia. Los compañeros son una obligación adicional, porque la mujer tiene el deber de “atenderlos”.

Las mujeres ante este panorama de sacrificio y trabajo molesto emocional y físico se sienten satisfechas, porque reafirman su posición de esposas y sobretodo de madres sacrificadas. No conciben el papel de madre sin el sacrificio intrínseco que este representa. No se visualiza la maternidad como un plano de satisfacción personal, realización y crecimiento personal, sino como el papel de madre super sacrificada por su hogar y sus hijos. Es una posición casi divina, en donde la madre deja de ser persona para ser madre e intrínsecamente con este papel va unido el sufrimiento. Pero el trabajo fuera de la casa les da independencia económica, les da poder decidir ganar dinero,

aunque el destino de ese dinero no sea delimitado por ellas mismas sino por sus hijos, por la escasez de dinero en el hogar, por el ausentismo económico del marido, por las necesidades ilimitadas. El hecho de sentirse útiles y necesitadas económicamente también llena a las mujeres, pues sientes un poco el poder que detenta su pareja, conferido por el dinero.

*...¿por qué yo solo tengo que planificar y solo yo tengo que ver la responsabilidad de la casa, de los hijos, del estudio, del trabajo?, porque todas tenemos que trabajar para ayudar al esposo, todas tenemos que estudiar si queremos que los hijos salgan adelante... entonces las mujeres, yo digo que es como una medida que encuentra protección, me voy a operar y ya, se termina el problema por acá de lo que es tener un hijo...* Azucena, 26 de febrero de 2005

*...Porque a uno no le interesa sólo el trabajo que uno está desarrollando, sino que las labores de la casa, que los hijos, aparte que el esposo y uno no tiene tiempo para uno, pero uno se siente contento que está resolviendo los problemas que el esposo no puede alcanzar a resolver. Está asumiendo responsabilidades económicas y que toma decisiones. La capacidad económica te da capacidad de decidir...*Emilia, 10 de junio de 2005

*...Si tiene más trabajo, porque la mujer que trabaja fuera de la casa se levanta más temprano y se acuesta más tarde porque ella tiene que llegar a limpiar, doblar ropa, a planchar, a preparar lo que va a llevar de merienda el otro día los chiquitos, lo que su esposo lleva de almuerzo, lo que sus hijos llevan... Es una persona que trabaja más, que se va a desgastar más...Es una mujer que piensa más, yo siempre he considerado que es una mujer que piensa más, es más tenso...* Emilia, 10 de junio de 2005.

*...usted sale a las 3 de la tarde, pero vuelve a entrar a otro trabajo que es el de su casa. Puede estar sentada media hora, pero esa media hora no la disfruta, está pensando que tengo que planchar, la muchacha que estaba aquí no le hizo tal cosa a fulanito, que tengo que ir a la escuela a hablar con la maestra, uno no descansa, cuando uno trabaja fuera de la casa no descansa, pero uno hace de trabajar fuera de la casa, para que los hijos vivan un poquito mejor...*Emilia, 10 de junio de 2005.

Todo esto se ejemplifica con un pasaje escrito por Marcela Lagarde:

*“Somos convocadas a movernos por amor, a mover montañas por amor, pero para que nuestros esfuerzos beneficien a otras personas. Nuestra prioridad debe ser siempre el beneficio de los demás. En sí mismo, este mandato es una limitación a la creatividad*

*amorosa de las mujeres. Porque en el ejercicio amoroso las mujeres estamos siempre calibrando y balanceando qué tanto beneficiamos a los otros y qué tanto nos beneficia a nosotras y aún más, si es legítimo que nos beneficie. La posibilidad creativa del amor tiene para nosotras una doble medida” (84).*

El Decreto Presidencial 29713-S les da poder porque deciden a través de su cuerpo. Las circunstancias asociadas al machismo, están basadas en un principio de dominio desde cosas tan triviales como qué ponerse o dónde ir hasta quién le corresponde esterilizarse y en ese sentido el decreto le da poder a las mujeres para tomar una decisión por ellas mismas y quizás una de las pocas decisiones autónomas. El espacio de libertad que aporta esta directriz gubernamental es muy circunscrito, solamente delimitado a su cuerpo.

*...uno es un poquito más responsable, porque uno está muy al tanto de lo que necesitan los hijos, de lo que falta en la casa, en cambio los varones no están al tanto de lo que pasa en la casa, ellos trabajan, llegan se comió lo que se comió, se acuestan, se levantan el otro día y esa es la vida. No es como uno que vive pensando que fulanito quiere estudiar tal cosa... que la escuela y que el colegio y que la casa necesita tal cosa, y uno como mujer trabajadora lleva una triple vida...Emilia, 10 de junio de 2005.*

#### **4.1.1.4. Abandono y añoranza del padre en la crianza**

*...los hijos no son para que nos esclavicemos, porque los hijos también tienen un papá y el papá tiene la misma responsabilidad que tenemos las mujeres...Azucena, 30 de abril de 2005.*

Aún con todo lo antes expuesto, las mujeres siguen añorando la presencia del padre de sus hijos en la crianza. Están concientes que la situación sería diferente si tuvieran un compañero en lugar de un marido ausente. Y guardan resentimiento en contra de ellos por no percatarse que son necesitados, pero tampoco se logra un proceso de negociación entre hombres y mujeres en cuanto a la necesidad en el hogar, de que el hombre participe de la paternidad y también de la maternidad. No se manifiesta en ninguna parte de la investigación que exista alguna acción por parte de las mujeres en intentar negociar su presencia dentro de estas situaciones. Las mujeres se resignan a que las cosas son de esa manera y lo más que pueden hacer es renegar en presencia de otras mujeres del comportamiento masculino. Ninguna mujer manifiesta personalmente acerca de conversaciones o acciones que hayan realizado para hacer, del involucramiento de sus

compañeros, algo real. Independientemente de la evolución de la sociedad, el comportamiento del padre de familia siempre será importante e insustituible y las mujeres siempre añorarán la presencia real y concreta, económica y emocional del padre de sus hijos.

*...Que uno siente que tiene un apoyo allí, que hay apoyo, con quien contar... para mi ha sido duro porque yo me siento completamente desamparada. Yo no le veo ninguna ilusión, no oigo nada, para él este bebé es como que no existiera o no fuera a existir... Carolina. 26 de febrero de 2005*

*...Si el esposo asume la responsabilidad de que los hijos son también de él, que él también él puede cambiar un pañal, que puede hacer un chupón, de que puede levantarse en la mañana a hacer un desayuno... que él puede llevar un hijo al doctor, de que puede llevar un hijo a tener control de niño sano... todas esas labores son las que hace una mamá, exclusivas para ella,...el disfrutaría de su paternidad, estaría enterado de cómo está su hijo, de cómo va creciendo, y está bien cuidado, y hasta sería un niño más feliz, porque cuenta por completo con su padre...Emilia, 10 de junio de 2005.*

También están concientes que la presencia del hombre en los quehaceres del hogar y en la crianza romperá con la perpetuidad que existe en el comportamiento actual, en la ausencia emocional y económica de los hombres. Es importante que el hombre se involucre en los procesos hasta ahora ideados para las mujeres como la planificación y si bien el no planifica por lo menos involucrarse emocionalmente en el proceso que la mujer lleva a cabo, porque al fin es un proceso que le corresponde como pareja, aunque las acciones sean individuales. Como se mencionó antes, la mujer se siente que ella y sus hijos son importantes para el hombre, proporcionalmente al trabajo doméstico que el hombre desempeña y el sacrificio que demuestre que haga en satisfacer las necesidades económicas de la familia.

*...Para el niño es muy importante que él vea que el papá está ayudando a la mamá con la crianza de los hermanos, porque aquí se va a criar un patrón, de que "así tengo que ser con mi esposa, o así tengo que ser yo con mi esposo" cuando crecen, por eso yo creo que es muy importante... Azucena, 26 de febrero de 2005.*

*...Es muy importante que cuando nosotros planificamos los hijos también planifica el esposo, porque de hecho, porque cuando uno tiene un hijo deseado se está incorporando la vida en pareja para recibir ese hijo,*

*porque no sólo es la pareja para hacer ese hijo, sino la pareja para que ese hijo nazca bajo la protección de los dos...* Azucena, 26 de febrero de 2005.

Sin embargo tienen presente el concepto de ayuda del padre. Las pocas mujeres que mencionaron algún aspecto con respecto de la inclusión y relación del hombre en el hogar mencionaron la palabra “ayuda”. La obligación sigue siendo de ellas como madres y el compañero “ayuda, colabora, coopera...”. Esta ayuda es cuando el hombre pueda ofrecerla, sin involucrarse, como un favor. De todas maneras el hombre permanece afuera, ajeno al hogar. Este es un sitio que no le pertenece y se observa la “ayuda” con un sentimiento de agradecimiento, como cuando se le agradece la ayuda a un extraño.

*...Pero veo que si es importante que el padre se incorpore con la madre para llevar eso, porque uno es la noche está cansado y uno aprovecha esos ratitos que él le ayuda con un pañal, con un chupón, que son ratitos que uno los aprovecha...* Azucena, 26 de febrero de 2005

*...En el caso mío, no me pasa eso porque cuando está mi esposo y tengo la bebé llorando y tengo al otra pequeñita que quiere algo el me ayuda y si yo estoy muy tensa y si tengo que barrer y tengo que limpiar, tengo el almuerzo y tengo que alistar a las niñas, si el me puede ayudar en algo, el me ayuda, el no me deja sola.* Margarita, 12 de marzo de 2005.

De la misma forma las mujeres añoran la presencia del hombre en el transcurso del embarazo, como compañero, como amigo, como apoyo moral, y como padre y participe de ese embarazo, que al fin y al cabo el llevó a su existencia.

*...sería muy lindo que un esposo asuma la responsabilidad del hijo desde el embarazo, que él esté embarazado con la esposa, porque el hecho de que la esposa está embarazada, él también, porque la esposa tendrá muchas molestias y si el las asume también aprende una responsabilidad con su hijo, porque ahí el va demostrando que si la quiere, que si le importa...* Emilia, 10 de junio de 2005.

#### 4.1.2. CIRCUNSTANCIAS SOCIALES: LA SALUD

*...todos los métodos me hicieron daño y los partos eran riesgosos, entonces yo pienso que por eso tomé la decisión de operarme... Violeta, 26 de febrero de 2005.*

No existe el anticonceptivo ideal, o sea aquel de máxima eficacia para evitar un embarazo indeseado, sin efectos colaterales, totalmente reversible según el deseo de la usuaria o del usuario y que también posea beneficios no anticonceptivos, como por ejemplo protección contra enfermedades de transmisión sexual. Las participantes del estudio manifiestan que los métodos anticonceptivos son dañinos, que afectan la salud, ya sea porque producen várices en sus piernas, descontrol menstrual, sangrados y hasta padecimientos de la vejiga. La oferta de métodos anticonceptivos que da la CCSS es de muy mala calidad, pues los anticonceptivos químicos, como las pastillas, producen efectos colaterales sintomáticos al ser de alta dosis. No se ofrecen anticonceptivos en micro dosis. Incluso se menciona la alergia al látex del preservativo, por lo que se presume que la preferencia a la salpingectomía se debe más bien por ser un método práctico.

*... si yo tomaba pastillas me afectaba el organismo, me molestaba y comenzaba a padecer de otras cosas y usé el DIU, también tuve problemas de sangrado y me descontroló mucho. Luego me la quitaron y hubo un tiempo que estuve descontrolada en el periodo... la inyección, también la probé porque no quería operarme...también me afectó, no la podía usar, lo más 3 meses que no veía el periodo, un descontrol nuevamente, tanto que ahora yo padezco mucho por ese proceso; que las pastillas, que la T, que la inyección, todas las probé, llegó un momento determinado que yo me operé... Violeta, 26 de febrero de 2005.*

*...entonces si me opero es porque uno se cansa de tanto método, las pastillas le dañan las piernas, lo daña a uno... Rosa, 26 de febrero de 2005.*

*...Yo con el último embarazo me ví demasiado mal y el doctor me dijo que era preferible que me operara porque quizás en el otro parto iba a ser más difícil y por eso me operé. Camelia, 26 febrero 2005 (participante sorda).*

Incluso algunas mujeres llegan a operarse porque otras mujeres les han manifestado que la planificación hormonal afecta la salud. No son los profesionales, ni los trabajadores de la salud los que evacuan las dudas acerca de los métodos anticonceptivos, ni brindan



información a las mujeres acerca de la oferta de métodos anticonceptivos. Aunque las campañas de planificación familiar van dirigidas únicamente a las mujeres y éstas tienen acceso a la información en los servicios de salud. La información global que tienen las mujeres acerca de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos es informal. Es lo que se aprende de boca en boca, entre las propias mujeres. Entre ellas se aconsejan optar por la operación de esterilización para evitar de antemano los “daños” que pueden producir los métodos hormonales o porque estos son inseguros en cuanto a evitar un embarazo. La idea que la planificación de cualquier tipo produce daños a la salud es realmente generalizada.

*...He conversado con varias mujeres, y ellas lo que me dicen a mi es que por usar tantos métodos, algunos le dañan la salud, otros, que si no tomo la pastilla un día o dos quedan embarazadas, otros que el preservativo les molesta, entonces lo mejor es operarme porque así no más... Jazmín, 26 de febrero de 2005.*

*...yo he escuchado a otras señoras que toman pastillas que le dan varices, que le dan mareos, que le dan vómitos y un montón de cosas, entonces uno opta por la operación que se supone que es lo mejor y es lo más seguro...Gardenia, 26 de febrero de 2005.*

También existe en el ideario de las mujeres que la mujer que pare y planifica demasiado se arruina, entendiéndose esta ruina como un deterioro generalizado de la salud, la cual debe conservarse íntegra, porque una mujer debe estar sana para poder criar sus hijos. Además existe la limitante de dinero para poder acceder a métodos anticonceptivos que se ofrecen en el mercado y no por el Estado, que no producen los efectos colaterales que presenta los anticonceptivos que ofrece la CCSS. Si esta limitante económica no existiera las mujeres preferirían comprar sus anticonceptivos.

*...Entonces tomé la decisión de que aunque hayan muchos métodos, la mujer se va deteriorando porque le afectan las várices, y económicamente no puede comprar las pastillas que no afectan las várices, que no le afecten el organismo, tiene que tomar lo que el seguro le da y llega el momento que deja de padecer una cosa para padecer otra. Por eso tomé la decisión, a los tres años de haber nacido mi segunda hija, que era hora de operarme porque eran partos con riesgo... Violeta, 26 de febrero de 2005.*

*...Todos los métodos no me servían. No por el hecho de que yo no quiera tener más hijos, porque en realidad son riesgosos los partos... Flor, 02 de abril de 2005.*

Es curioso que en la oferta de anticonceptivos que existe en el mercado, se haya inventado para las mujeres, las jaleas, los diafragmas, el condón femenino, las inyecciones, las pastilla, el parche anticonceptivo, anticonceptivos intradérmicos, todos de muy diversas marcas y dosis, además de la salpingectomía, pero en cambio para el hombre, que como dijo una participante “ha enviado hombres a la luna” no hayan inventado nada más que el preservativo y la vasectomía. Es obvio que existe un desequilibrio en la oferta de anticonceptivos y hay una discriminación de género en las investigaciones de futuros anticonceptivos y en la oferta actual.

*...Porque eso (la planificación) lo inventaron los hombres. La ciencia es manejada por hombres. Son muy egoístas, ¿por qué sólo nosotras? ¿Por qué no buscan métodos para ellos? Simplemente sólo el preservativo ¿Y por qué? Porque saben que ellos no lo usan. ¿Por qué si mandaron hombres a la luna y no han inventado métodos para ellos? Guaria, 2 de abril de 2005.*

Y aunque sean sólo dos métodos en este estudio se demuestra que aunque la vasectomía esté a la disposición en la CCSS, los hombres que optan por esta medida son muy pocos. Las mujeres manifiestan que el preservativo tampoco es de su agrado, porque la alergia al látex pretende convertirse en un problema de salud pública. Dado lo manifestado por las mujeres, las alergia al látex, curiosamente es más común de lo que se cree.

*...Por lo menos mi marido dice que el no usa el preservativo porque le causa alergia... y el no se quiere operar porque dice que tiene miedo...Margarita, 2 de abril de 2005.*

*...Él no usa el preservativo porque le causa alergia...Yo no puedo usar la pastilla porque me da hemorragia. Me puse la inyección y tengo más de 8 días de andar con hemorragia. Entonces ¿qué me queda a mí? Usar el DIU, o la T que es lo único que he puesto ya. Esa es la única opción, que me queda porque el no usa preservativo...Azalea, 2 de abril de 2005.*

Las mujeres llevan la carga de planificar con el objeto de satisfacer sexualmente a sus maridos, seres sexuales por excelencia y la mujer complaciente como su rol social así se establece, y aunque sea una carga y aunque la mujer no le guste planificar tiene que hacerlo porque es un mandato de ellos y de la sociedad. Y aunque se manifiesten en contra no existe ninguna iniciativa de involucrar al esposo en la planificación.

*...Y uno si, póngase la T y vaya donde el doctor y nada de vergüenza, sea guapo el doctor o sea feo, igual hay que hacerlo para que satisfaga a su*

*esposo, y evite así de tener un hijo que usted no quiere, entonces el que inventó los métodos tiene que ser un machista bien bravo...Emilia, 10 de junio de 2005.*

De hecho las mujeres consideran que no hay salida. O se planifica o se pare. Si no se está embarazada o en pos parto hay que planificar. No tiene principio ni fin el asunto. Sólo la salpingectomía o la menopausia evitara los métodos hormonales o el DIU, que son los que se ofrecen en la CCSS. Los hombres encadenan la vida de las mujeres en función de la sexualidad de ellos y su obligación de satisfacer de ellas.

*...Es demasiada responsabilidad que las mujeres asumimos. Desde el momento en que tuvimos la primera relación sexual, nos encadenan a una vida que es un círculo: anticonceptivos o hijos, usted decide. No hay mucho, estamos contra el paredón, no nos dan opción. O tenés hijos o usas anticonceptivos. Emilia, 10 de junio de 2005.*

Una vez más, la mujer es depositaria de la responsabilidad de la planificación familiar. Aunque los hombres tienen la capacidad de planificar, las mujeres no involucran al hombre en su planificación, ni negocian con su pareja el hecho de que sean ellos, aunque por una temporada, los que planifique. Tampoco se presenta ningún indicio de negociación con la pareja para que sea él el que se realice la vasectomía, siendo esta un proceso ambulatorio, con anestesia local, con poca incapacidad y de menos riesgo quirúrgico.

La mujer pasa por todo el calvario de planificar con uno y otro método, hasta que sucumbe a la presión por realizarse una salpingectomía, sobretodo porque tienen mayor acceso a la información y a los servicios de salud, que tienen dirigidas sus campañas de planificación familiar dirigidas a las mujeres y sin tomar en cuenta los hombre.

La lógica indicaría que si la mujer considera que su salud se puede afectar, o que realmente se afecta con los anticonceptivos hormonales, que el DIU también le afecta, que la salpingectomía es un cirugía mayor, con todos los riesgos que una cirugía de este tipo conlleva, que va a estar incapacitada varias semanas, pudiera negociar con su pareja que el planifique con un método que es de barrera, que no le afecta su salud, que la CCSS lo provee, que está a la mano en el mercado, que es barato y en dado caso que la pareja tenga un paridad satisfecha, realizarse la vasectomía, que también es un procedimiento “más liviano” que la salpingectomía y que dicho sea de paso más barato para el sistema

de salud, éste, con la sabiduría que le confiere el ser un humano aceptara estos argumentos. Pero no es así.

#### **4.1.3. CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS**

*...Pero eso de que los hijos, donde come uno comen dos y comen tres eso es mentira. Come la mitad de lo que se iba a comer el primero y sólo arroz y frijoles. Emilia, 10 de junio de 2005.*

Las mujeres que participaron de la investigación fueron 22, las cuales se distribuyeron en 13 residentes en Paso Canoas, 3 residentes en La Cuesta, 2 residentes en Corredores y una residente en Laurel. 10 de las mujeres fueron contactadas en la primera charla de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Ciudad Neily en febrero de 2005. Las demás fueron acompañantes o familiares de las mujeres, interesadas en participar de los grupos focales.

Las características socioeconómicas de estas mujeres son las siguientes:

- Las mujeres que participaron de los grupos focales tienen un ámbito de edad que oscila entre los 19 y 48 años. El promedio de edad es de 31 años. La moda es 24 años en cinco mujeres.
- Todas tienen hijos. 3.2 hijos en promedio por mujer. El máximo de hijos son 9, el mínimo es 1. La moda de hijos son 3 hijos en 10 de las 22 mujeres. De las participantes 5 estaban embarazadas.
- La escolaridad varía desde una mujer analfabeta hasta una universitaria. El resto son 6 mujeres con primaria incompleta, 11 mujeres con sólo sexto grado y 3 mujeres con secundaria incompleta. No había en el estudio ninguna mujer bachiller, ni ninguna graduada de colegio vocacional.
- 18 mujeres se declaran desconocedoras de algún oficio. De las que tienen oficio hay una costurera, una vendedora ambulante, una instructora, 1 operaria de fábrica. De las mujeres, 15 no tienen trabajo fuera de la casa y se dedican al trabajo del hogar. Las que si tienen trabajo 3 declaran ser empleadas domésticas, 1 es operaria de una fábrica, 1 es instructora de modistería en el INA.

- 3 mujeres son solteras, 5 mujeres son casadas, 1 mujer es viuda y sin pareja, 2 son divorciadas, 11 conviven en unión libre.
- Los grupos familiares varían de 3 personas hasta 9 personas. La moda es 5 personas en 10 de los casos.
- El ingreso familiar de estas mujeres varía de “nada”, refiriéndose a que el jefe o la jefa de hogar tiene trabajos eventuales de peón o de oficios domésticos. No pueden referir un monto fijo, hasta un hogar donde se gana 250 mil colones. El promedio de ingreso familiar entre las 18 mujeres que si pudieron dar un monto fijo es de 69 mil colones por mes.
- De las 22 mujeres, 8 reportaron que no tienen ningún ingreso propio, ni manejan dinero. 7 manejan dinero porque trabajan. 1 considera que su aporte al hogar se debe al monto de la pensión alimenticia de un hijo. 4 manifiestan que manejan el dinero que sus esposos, hijos o parientes “les regalan”. 2 no explicaron de donde obtienen el dinero que manejan. De estas mujeres, 7 son el sustento de su hogar. De estas 7, 1 es casada, 1 viuda, 2 divorciadas, 3 en unión libre.
- De los 71 hijos de todas las mujeres, sólo 5 reciben pensión alimenticia.

Como puede observarse, las mujeres que participaron de la investigación son en su mayoría de poca escolaridad, sin oficio conocido aparte del propio de ama de casa, de escasos ingresos económicos, en unión libre en gran parte, sin ingreso propio, ni trabajo fuera de la casa. Son, en su mayoría, la típica mujer de campo, que conforma un hogar con hijos y donde el hombre que es su pareja es el jefe de hogar, aún en los casos en donde ellas aportan el 100% de los ingresos monetarios y el 100% del trabajo doméstico. Es por esto que para las mujeres que participaron de este trabajo de investigación, es de suma importancia, antes de tener hijos, tener también la conciencia de las necesidades económicas demandará el niño o niña, el espacio que va a ocupar dentro del hogar y hasta pueden considerar que el dinero para mantener a un hijo puede ser más determinante y más importante que la capacidad de quererlo. El amor de madre y el deseo de tener hijos no es el único requisito para tenerlos. Uno de los más importantes que deben tener en cuenta las mujeres es si va a existir el dinero para poderlos mantener decorosamente.

*...porque antes de traer hijos al mundo tenemos que saber que ese niño va a necesitar, material, amor, que siempre va a haber, pero lo más importante es el espacio donde el va a crecer y con los recursos económicos, con lo material y lo espiritual con que uno lo va a rodear, entonces es muy importante que antes de que uno valla a tener un bebé, planificarlo...*  
Azucena, 26 de febrero 2005.

Las mujeres manifiestan que sienten una gran angustia al no poder abastecer a sus hijos de las necesidades básicas y otras no tan básicas, incluidas la recreación y los gustos personales. La angustia aumenta si tienen un patrón de comparación con otros niños que sus padres si les dan “todo lo que el niño necesita”. Es por esto que al limitar su natalidad, también limitan los gastos, pudiendo ofrecer a los hijos actuales lo mejor que pueden con sus recursos actuales. El hecho de que el hijo “desea algo” y no se le satisfagan sus deseos, aparte de la frustración del infante, también es la frustración de la madre.

*La situación económica es lo primordial que a ellas las frena en decir “no tengo más”. Cuando ven que un niño tiene de todo, y que el de ellas no pueden darle, que llega su hijo y le pide... Jazmín, 26 de febrero de 2005.*

*Si ellos piden algo y quizás uno no tiene la plata en el momento, en que ellos quieren algo a uno le duele, porque ellos desean y tal vez otro niño lo tiene y ellos no lo tienen ...y ellos están pequeños para entender eso, para decirles “papi, no hay plata” y ellos no lo entienden.. Si no hay comida como le va a decir “papi, no hay comida”, tampoco, entonces es uno la que tiene que ver cómo hace... Verónica, 2 de abril de 2005.*

El pasar necesidades por los niños es un sufrimiento tanto para ellos como para sus madres. El hambre, la falta de ropa, de comida, de comodidades en el hogar es un suplicio, tanto así que entre las mujeres se aconsejan para “no tener tantos hijos o no llenarse de hijos”. Nuevamente existe la concepción de que la única que se llena de hijos es la madre. El padre no se llena de hijos.

*...Ese es el consejo que le doy a las madres adolescentes y que las madres que están más jóvenes que yo, que mediten bien y que los hijos que vienen al mundo que sea para que vivan tranquilos, que tengan el cariño de todos , no para que sufran y pasen necesidades... Violeta, 26 de febrero*

*...¿para que traer tantos niños al mundo a sufrir? Porque tal vez, en mi caso somos personas muy pobres, humildes y tal vez traer más de 3 ó 4*

*niños al mundo ya no vamos a poder verlos bien y darles lo que ellos necesitan... Violeta, 26 de febrero.*

*...porque también no es correcto llenarse de hijos, traerlos al mundo a pasar necesidad y sufrir... Violeta, 26 febrero.*

El hecho de “llenarse de hijos” viene con el agravante de que ocasiona sufrimiento, propio y de los hijos, porque el dinero no va a alcanzar para todos.

La solución al dilema de las madres que no pueden satisfacer las necesidades de los hijos es sencilla: hay que operarse. Los otros métodos de control de la natalidad no son seguros.

*...Una de las razones que para mi es muy fuerte es la situación económica, es algo muy difícil en Costa Rica y en el país se está viendo un problema económico muy grande. La inflación va subiendo y las personas no tienen trabajo. Hay una opción: tener un número de hijos, que sean pocos...hay un montón de cosas que los niños se merecen y que a veces nosotros como padres, sabemos que ellos se merecen y no se lo podemos dar, entonces yo pienso que esa es la mejor opción, tener poquitos hijos y para más seguridad operarse y que los métodos a veces, no a todas las personas le quedan bien... Gardenia, 26 de febrero de 2005.*

Antes la situación no era tan difícil. Los gastos actuales de los hijos han ido en aumento, y ahora es más complicado criar los hijos, pues las demandas sociales y de los propios hijos son mayores, así como solucionarles los problemas. El desempleo y la inflación son los causantes de que ahora sea más difícil económicamente mantener los hijos.

*...Antes se ganaba muy poco, pero siempre se mantenían, porque yo veo que mis hijos se mantenían de lo más bien. Yo no halle muy costoso todo, yo lo hallé fácil. Ahora está todo más caro y ahora subió el arroz y los frijoles, la vida está más dura ahora porque no se consigue ni trabajo, porque ahora no hay trabajo...Iris, 2 de abril de 2005.*

Las mujeres tienen buenos recuerdos de una infancia sin complicaciones, en donde, la mayor obligación era ir a la escuela. En un mundo sin maldad las mujeres añoran sus años de infancia y hacen comparaciones de la diferencia que existe en el modo que crecen los hijos ahora y en sus tiempos.

*...El tiempo de antes era tan lindo... la diversión de uno era ir a coger terneros, a ordeñar, a criar los cerdos, las gallinas... También antes iba uno*

*a la escuela con el vestido que le hacía la mamá a uno, con sacos de manta... Ahora le exigen al niño 9 cuadernos, y hasta más, uniforme de educación física. En cambio en el tiempo de antes uno estudiaba y salía inteligente, nada más con unos cuadernitos y unos lápices...* Jazmín, 2 de abril de 2005.

Sin embargo existen opiniones más realistas acerca de la infancia. La situación era tan o más difícil de lo que puede ser ahora. Los padres no eran consentidores de sus hijos, mas bien de una forma dura los criaban para una vida que iba a ser quizás más dura que la propia. Los hijos tenían que ser fuertes para resistir lo difícil que iba a ser la vida y no existía la concepción de facilitarle a los hijos las cosas, había que ganárselas. También existía muy poca concepción de las necesidades de los menores que existe en este momento.

*...Porque antes uno iba a pie a la escuela, iba descalzo, iba con una bolsita de plástico donde llevaba sus cuadernos, ojalá de arroz Elefante para ver el elefantito, si llovía te mojabas, no había un papá que te fuera a buscar a la escuela...Antes lo mandaban como un animalito, “vaya y juéguesela”, camine 25 minutos y ese sol y el peligro por todo lado. ¿Era menos peligroso? No. Era igual de peligroso...los papás eran más drásticos. Y como que lo tiraban a uno a la vida “juéguesela, la vida no es fácil, no viene envuelta en un pañuelito” como me decía mi mamá. “La vida se aprende” siempre me decía ella...* Emilia, 10 de junio de 2005.

*...No era más fácil, las necesidades existían pero no eran satisfechas. Las necesidades se veían pero no se cumplían, a nadie le interesaba, podía haber igual dinero, que no se satisfacían. Lo más era que se comía mejor, pero igual se iba a la escuela descalzo, era lo mismo. No le van a mandar a otra escuela, no había otra escuela, aunque hubiera plata se asumía que la vida era dura, “póngase el vestido si le gusta y si no también se lo pone porque no hay otro” y los zapatos si le chiman y si no le chiman mejor...* Emilia, 10 de junio de 2005.

La situación ha ido cambiando. Con la llegada de los medios de comunicación los niños de hoy están al tanto de los cambios tecnológicos, no dependen tanto de la información que le dan los padres sino dependen de lo que oyen fuera de su casa e incluso son exigentes de lo que ellos consideran sus necesidades y sus gustos. Los hijos son considerados “difíciles”, pues no se conforman como se conformaban sus padres.

*...Yo recuerdo que mi papá y mi mamá nos entretenían agarrando a unos terneros, íbamos a cuidar gallinas, íbamos a cuidar chanchos, íbamos a jugar con mecatas, con palos. Ahora el niño quiere jugar con cosas*



*modernas que él ve en la televisión, entonces todo ha ido cambiando con el avance de la tecnología, ha ido cambiando la niñez, también para bien y para mal...Gardenia, 2 de abril de 2005.*

*...Cuando yo era niña me crié demasiado sencilla, yo iba a la escuela descalza, a veces no iba ni con uniforme ni nada, nada más con un cuaderno y un lápiz...Ahora no, mi hija de 13 años no le gusta ponerse cualquier zapato, no le gusta ponerse cualquier enagueta, ni nada para ir a la escuela, no quiere cualquier cuaderno, quiere lapiceros de marca, es un problema muy grande...Carolina, 2 de abril de 2005*

*...ella hay veces que me dice, no “mami yo quiero...” sino “mami tiene que...”, entonces yo le digo a ella “cómo que tengo, dónde está viendo usted la plata, mamita, no esta usted viendo toda la miseria”... Los güilas de estos tiempos están más exigentes que en la niñez de nosotros...Carolina, 2 de abril de 2005.*

Y las exigencias no sólo vienen de parte de los menores, también en medio donde se desenvuelven es exigente tanto en la escuela como en la sociedad.

*...Ahora me están mandando a exigir que tengo que comprarle un uniforme de educación física, y tiene que ser el uniforme que están llevando a vender en la misma escuela, que me sale por ¢3000 y son dos y yo le digo “Tita, pero de donde voy a sacar yo”... Carolina, 2 de abril de 2005.*

Y las mujeres se visualizan en un futuro mejor, en la medida que la preocupación del dinero sea parte de pasado, cuando los hijos crecen. Su estabilidad emocional y su felicidad dependerá de que tan bien se encuentren sus hijos en el futuro.

*...Yo me imagino que de aquí a 20 años yo creo que estaré feliz pensando que ya no tengo mis hijos pequeños, que tengo que trabajar, que no les tengo para la leche, la leche ya se les está terminando y que la ropa... Me parece que ya voy a estar descansando por ese lado, al menos pienso yo... Carolina, 16 de abril de 2004.*

El hecho de que las mujeres decidan operarse para no tener mas descendencia, en conclusión es para distribuir los pocos recursos económicos entre los pocos hijos que se tengan y con esto garantizar una mejor calidad de vida, y a la vez alivianarse la carga emocional que conlleva el criar hijos y además criarlos solas y con poco dinero. Sin embargo la concepción de preparar los hijos para el futuro, es diferente al concepto que tenían los padres de éstas. En la actualidad se prepara a los hijos para el futuro a través de una mejor educación académica y una mejor educación emocional. Las mujeres tienen

el concepto de facilitarles el camino a sus hijos y que sean personas con expectativas en el futuro venidero.

*...Ahora no, porque uno no quiere que sus hijos vivan la vida que uno vivió. Entonces por eso es que uno ahora piensa que se necesita más para tener un hijo, para tenerlo bien, porque antes no vivían los hijos bien. No vivían bien, porque donde hay doce hijos no se vive bien...Que ellos tengan mejores metas para alcanzar, que estén mejor preparados, para enfrentar la vida, porque si a uno lo hubieran preparado mejor no fuera tan dura, facilitarles un poco el camino. Ahora uno les exige que estudien, antes no...*  
Emilia, 10 de junio de 2005.

#### **4.1.4. CIRCUNSTANCIAS CULTURALES: LA RELIGIÓN**

*Si nosotros le obedeciéramos a Dios a como le obedecemos a los maridos estaríamos ya casi en el cielo, seríamos parte del cielo, pero muchas veces les tenemos más temor al marido que a Dios... Si nosotras como obedecemos al marido obedeciéramos a Dios, siempre estaríamos super bien....*Jazmín, 30 de abril de 2005.

***De las 22 mujeres que participaron del estudio, 8 son católicas, 11 son evangélicas y 3 no practican ninguna religión.***

La religión católica tiene una posición muy dogmática con respecto al uso de los anticonceptivos: solo están autorizados los “anticonceptivos naturales”, por otra parte las iglesias evangélicas no tienen una posición bien definida al respecto. Sólo se limitan a dejar a discreción de la mujer la decisión de planificar o no planificar y si planifican, cuál método utilizar, sin ninguna intervención moral y sin ninguna base espiritual que apoye a la mujer en esta decisión.

Sin embargo las mujeres están haciendo caso omiso a lo que los sacerdotes y pastores opinen al respecto y toman una decisión en particular, motivadas por circunstancias personales, que si bien no consideran es la más apegada a la moral, es un pecado “liviano” y lo negocian directamente con Dios, sin intermediarios de sacerdotes o pastores, porque Dios “entiende” la decisión que toman. La religión no está ejerciendo ningún peso a favor o en contra de la toma de la decisión de las mujeres de operarse. Sencillamente las mujeres están obviando las cuestiones morales y religiosas al tomar esta decisión.

La religión evangélica se convierte, según las informantes, en una instancia que les permite tomar una decisión de libre albedrío. No interfieren a favor ni en contra de que la mujer planifique con el método que ella considere conveniente. Incluso que se opere es una decisión muy personal, en la cual los pastores religiosos no intervienen ni tratan de disuadir a las mujeres que no lo hagan.

*...Yo asisto a la iglesia cristiana. En la iglesia cristiana nos dejan decisiones propias, cada una hace lo que le conviene. Yo creo que uno tiene el número de hijos que uno puede mantener....dice la Biblia, que hay que llenar la aljaba...de hijos, y si llenamos la aljaba de hijos, ¡imagínese!, podemos tener hasta 15 ó 30 hijos, pero yo pienso que eso era para otros tiempos antiguos... la mujer que no tenía hijos era como maldita, en el tiempo de antes...Gardenia, 12 de marzo de 2005.*

Esta situación en las iglesias evangélicas es reciente, porque anteriormente el parecer era diferente, antes el mandato era “crecer y multiplicarse” como se dice bíblicamente, puesto que Dios le mandaría a la mujer los hijos que el quisiera que tuviera y nada más. La natalidad era asunto sólo de Dios y la mujer no debía interferir con lo que Dios tuviera destinado para ellas.

*...Cuando yo fui a la religión evangélica, Asambleas de Dios, ellos le decían a uno que debe tener los hijos que Dios le manda, entonces yo le decía al pastor, que para que va a tener tantos hijos si no los va a poder asistir, cual es la gracia de ver a un hijo pasando necesidades, que ande descalzo, aguantando hambre, entonces me decía entonces “que yo iba en contra de la voluntad de Dios”, yo le dije a él “la voluntad de Dios es que uno viva bien”, no que uno vaya a vivir mal , entonces yo a veces considero que no tienen que intrometerse porque ellos no saben en realidad como van a vivir los chiquitos, si tienen que comer o no... Emilia, 10 de junio de 2005.*

El hecho de que las iglesias evangélicas hayan cambiado de posición se debe a que se están modernizando, ya no es realista tener todos los hijos “que Dios quiera”, es por esto que ahora les es permitido a las mujeres sin ningún tipo de coacción, tomar la decisión que le sea conveniente a ella y a su familia.

*...Ya ellos (los pastores evangélicos) ahora están más actualizados, ellos se tienen que ir adaptando a la realidad y ellos van viendo que hay mucha población, que nacen niños a cada momento, entonces ya ellos en este tiempo ellos tienen que estar viendo que no es bueno que estén naciendo niños por puro gusto...Emilia, 10 de junio de 2005.*

*...ellos (los líderes religiosos) le decían de que Dios está en contra de que uno se opere, le dicen a uno que si Dios hubiera querido que tuviéramos dos hijos, sólo dos teníamos y ya, que por qué teníamos que cortar con lo que Dios tenía para nosotros...” Emilia, 10 de junio de 2005.*

Por el contrario, la iglesia católica si impone su criterio a no planificar con ningún método que no sea “natural”. Esto es el método Billings, el ritmo y la temperatura corporal, que son los únicos autorizados eclesiásticamente. Incluso la mujer que planifica, no es apta de recibir la comunión, pues está pecando. Y aunque los métodos autorizados tienen un amplio margen de error, son los autorizados. No se toma en cuenta que la relación sexual no es algo negociado cuando una mujer está en unión de un hombre machista, la relación sexual se da y punto. Y si la relación de pareja tiene un componente de agresión, con mucha más razón, pues el hombre utiliza la sexualidad como arma para agredir, física y moralmente a la mujer. El hombre machista no participará de un método, en donde la mujer no puede tener relaciones sexuales porque está en “sus días fértiles”. No compartirá esa opinión porque el control de la natalidad es asunto de las mujeres y el no se involucra en “asuntos de mujeres”. En una sociedad machista y falocéntrica, donde la relación sexual se limita a la penetración masculina y donde se supone que el hombre tiene una sexualidad más ávida que las mujeres, y donde el hombre tiene que demostrar su poder; donde la mujer siempre debe ser complaciente, puesto que una mujer que no lo es, es de dudosa reputación porque ser complaciente es un mandato; donde la mujer tienen poder de negociación en muy pocos aspectos de su vida y la sexualidad no es uno de ellos, la utilización de métodos anticonceptivos “naturales” es incompatible.

*...vine a una charla en la iglesia católica, yo estaba yendo a la iglesia católica y el sacerdote que estaba allí, nos dijo que si se podía planificar el número de hijos, pero no con pastillas, ni con inyecciones, son malas y nos dijeron un nombre de planificación natural (método Billings), pero diay, eso así no sirve así... Carolina, 12 de marzo de 2005.*

*...mi hijo es bautizado en la iglesia católica, yo asistí a charlas del bautizo... Si, allí le prohíben a uno la planificación, las operaciones... pero que va, si se pone uno a hacer caso a esa religión se llena uno de hijos y la verdad que no lo van a ayudar a mantener a uno con el montón de hijos, pero si en la iglesia católica, no acepta... La persona que planifica o que se ha operado no puede comulgar. No puede comulgar porque para ellos es un*

*pecado, para la iglesia católica no está aceptable eso de planificar...* Flor,  
12 de marzo de 2005.

Independientemente de la religión que practique la mujer, si tienen como columna vertebral de su fe, la Biblia y se basan en pasajes bíblicos para justificar el mandato de la maternidad. La maternidad es una forma de dar amor, porque hay amor en abundancia dentro de las mujeres y la expresión máxima del amor es el tener hijos. Son un poco la extensión de Dios a través del amor a sus hijos, son un instrumento que Dios usa para dirigir su amor inmenso a la humanidad, sin embargo, no se menciona que el hombre es también de traspasar ese amor de Dios a sus hijos. Sólo ellas, que los paren, pueden sentir ese tipo de amor. El amor de la mujer por su hijo tiene un componente de divinidad.

*...hay un pasaje en la Biblia donde Dios le dijo a la mujer “con dolores parirás tus hijos”, entonces quiere decir que somos preparadas para eso, para tener hijos, que tal vez no hay madres, mujeres que tienen ese don de ser madres, pero que desde un principio la Biblia habla que íbamos a tener hijos las mujeres..* Rosa, 16 de abril de 2005

*En la Biblia no dice que una mujeres si y otras no, entonces por eso es que todas las mujeres nacimos para tener hijos, todas traemos eso, de tener hijos, nada más que como ya les dije, unas lo desarrollan y otras no. Unas desean esos hijos y otras no. Primero desean su superación antes que el resto...* Guaria, 16 de abril de 2005.

*Si nosotras no pudiéramos desarrollarnos como madres nosotras no sabríamos que es recibir ese amor tan especial que recibimos de los hijos, porque sea como sea, una madre va a estar para ellos y siempre vamos a tener ese amor especial...* Violeta, 16 de mayo de 2005.

Las mujeres si consideran que el planificar, en cualquier posición religiosa que esté la mujer, es un pecado. Se está haciendo algo malo. Algo anda mal y es algo en contra de Dios. Pero lo más importante es que existe una justificación para el pecado, “Dios es fiel” y que no se puede tener todos los hijos que “El quiera”. No se puede. No es justo traer hijos al mundo a pasar necesidades y como no es justo pasar necesidades con los hijos, Dios que es amor, comprenderá que hay que planificar. La sanción moral por hacer algo en contra de Dios queda entre lo terrenal (ellas) y lo divino (Dios). Las mujeres negocian con Dios el planificar sus hijos, no lo negocian con sus parejas, ni con sus pastores o sacerdotes, ni con su familia. Entre ellas y Dios. Nada más.

*...sinceramente planificar es malo, pero también se le pide perdón Dios, si lo que está haciendo uno es malo, porque uno ve que no puede tener hijos tan seguidos... Jazmín, 12 de marzo de 2005.*

*...Si nosotros nos sentimos un poquito motivadas por lo que es la Biblia y sabemos que tal vez no es correcto, pero tampoco es correcto que muchos hijos vengan al mundo a pasar necesidades... Violeta, 26 de febrero*

*...Siempre me ha gustado pedirle la voluntad a Dios, porque cuando uno va hacer algo en contra de la voluntad de Dios... La vida de uno sólo Dios sabe, cómo le va a ir a uno. Que sea la voluntad de Dios... Camelia 26 de febrero de 2005*

*...Si tenía un poquito de temor, porque creía que estaba haciendo mal (al planificar)... Violeta, 12 de marzo de 2005.*

*Creo cien por ciento en Dios, y no es la religión en sí la que dice que uno debe tener todos los hijos que Dios diga, es que si uno quiere obedecer La Palabra, pues en si se sabe que es malo planificar, pero también es malo no mantener a los hijos como hay que mantenerlos... Jazmín, 12 de marzo de 2005.*

Sea cual sea el argumento social, la realidad es que ninguna religión le va a venir a solucionar problemas concretos con sus hijos: la falta de comida, de vestido, de espacio, de medicinas ninguna religión lo va a abastecer. Es por esto que las mujeres obvian lo que dicen los pastores religiosos y los sacerdotes católicos, que aunque sean enviados e iluminados por Dios para guiar a la humanidad no les va a facilitar dinero, que es lo que ocasiona el cien por ciento de los problemas en el hogar. Entonces las mujeres se dirigen a Dios directamente y negocian con El la planificación. Y que los pastores y los sacerdotes sigan con sus argumentos poco realistas. De todas maneras las que van a parir y criar son las mujeres y ningún sacerdote o pastor va a facilitar el proceso y discrepan abiertamente y vehementemente ante este discurso.

*...A mi no me parece que la religión le diga a uno que debe tener los hijos que Dios mande, porque la religión no se los va a mantener a uno. Y no está uno económicamente estable como para que cada año, un bebé, o cada cuarentena un bebé, ¡jamás!, con costo uno o dos y las ve uno como agarrándolas del pelo, no me parece... la religión nunca me ha dicho nada porque yo no asisto a ninguna iglesia... Lila, 12 de marzo de 2005.*

*...cada quien sabe cuantos hijos va a tener, si quiere tener o no quiere tener, la verdad, es cierto, Dios nos da los hijos, pero aquí en la tierra nadie nos va a ayudar a mantenerlos, el nos ayuda a darles salud y darles vida, a*

*darnos tranquilidad, pero aquí en la tierra nosotros tenemos que ver como hacemos para mantenerlos...y ahora los que no pudimos estudiar, no tenemos un buen trabajo, no podemos darles lo que ellos necesitan, así que no estoy de acuerdo en que los pastores, sacerdotes o quien sea nos digan que tenemos que tener los hijos que Dios nos mande... Dalia, 12 de marzo de 2005*

*Las mujeres se están operando incluso en contra de los pastores y de la religión porque no hay una religión que le vaya a llegar con un saco de comedera o con un saco de ropa, no. Entonces ahora uno lo que va viendo es el porvenir de la familia...Emilia, 10 de junio de 2005.*

No existe una guía espiritual de los pastores evangélicos ante la disyuntiva moral de las mujeres ante la operación. Cuando una mujer se dirige al pastor para preguntar acerca del tema, buscando una base espiritual para tomar una decisión que no la indisponga ante Dios, los pastores solamente se limitan a dejar la mujer sola, en esa negociación con Dios. No existen bases bíblicas ni morales, en donde el pastor, ejerciendo su posición de guía de un rebaño de hombres y mujeres, pueda esgrimir argumentos que le den una base emocional a la mujer para tomar la decisión que crea más conveniente tanto económica como moral, en el mejor equilibrio. La mujer se queda sola con la decisión y con las consecuencias y la carga religiosa de tomarla sola. La decisión queda a su conciencia y que haga con su conciencia, después lo que quiera. Allá ella y su conciencia. La solución está dentro de “ellas mismas” pero no hay guía espiritual para encontrar en qué lugar de ellas mismas se encuentra la respuesta correcta.

*...yo creo en Dios, soy Evangélica y siempre les decimos a las personas que nosotros respetamos ese punto...entonces nosotros le decimos a las mujeres que la conciencia de ellas le pide, si es planificar, planifican y si es tener hijos que tenga...la conciencia de ellas es la que decide, si se operan o planifican o como se sientan ellas y Dios, sólo Dios y la persona, ahí no se mete nadie porque allí es sólo ellos los que pueden decidir...Jazmín, 12 de marzo de 2005.*

*Yo pertenezco a la Iglesia Asambleas de Dios y lo que mi pastor me ha dicho a mi es que no nos prohíbe a nosotras planificar, sino es que dentro de nosotras mismas, nosotras somos los que llevamos la decisión de si podemos cuidarlos. Margarita, 12 de marzo de 2005.*

Y de nuevo sale a relucir una relación de género que vincula a la religión. Los pastores, que son la grandísima mayoría, porque no se menciona la existencia de mujeres pastoras en esta investigación, no involucran al hombre en la planificación de sus familias. Se

perpetúa el concepto machista de que la planificación es asunto de mujeres. El pastor, que también es hombre, le deja esa responsabilidad a la mujer y antepone su posición de hombre a su posición de pastor. Como hombre-pastor, no rompe con la exclusividad de la planificación de las mujeres, involucrando al hombre, también en la decisión y no mencionan el hecho de que el hombre también puede planificar.

*...Nunca se le habla al hombre sobre métodos anticonceptivos (en la iglesia evangélica), la mujer viene para procrear, ese es sello que trae la mujer, vaya y multiplíquese y ya. No es una responsabilidad de pareja. No es pecado que nazcan ese montón de chiquitos que llegaron y punto... Emilia, 10 de junio de 2005*

*...Si, es incorrecto que ellos (los líderes religiosos) se opongan a que uno no se opere, debieran ellos más bien, fomentar en los hombres en que el hombre puede operarse, de que el hombre puede cuidar a la mujer, en que pueden ayudar en las labores de la casa, pero es que los pastores no dejan de ser hombres, aunque sean pastores y puedan estudiar la Biblia, pero el machismo lo llevan por dentro y entonces hay muchas cosas que dicen “vea que en la Biblia dice que la mujer nació para vivir en la casas, la mujer nació para criar los hijos, la mujer nació para cuidarlos a usted” y el hombre para que nació...Emilia, 10 de junio de 2005*



#### **4.2. Análisis de los resultados correspondientes al punto 1.5.2. Objetivo 2. Parte cuantitativa del análisis de los resultados.**

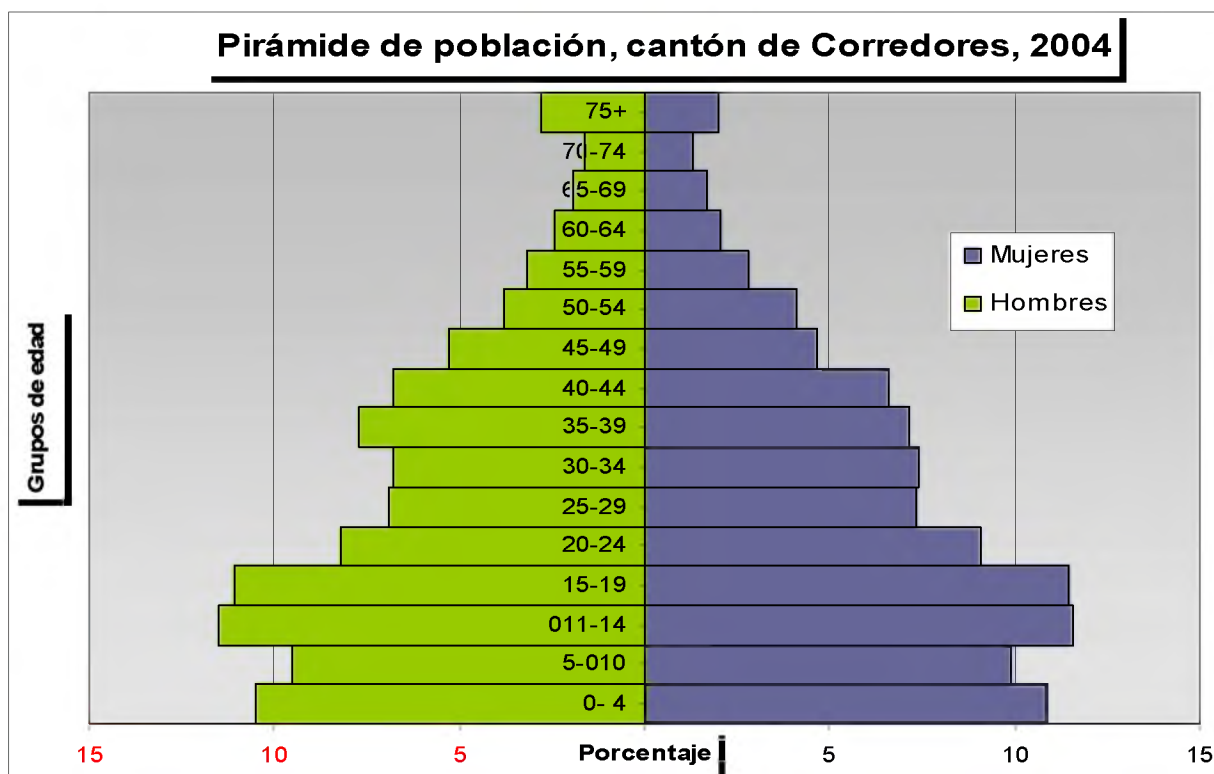
*Analizar datos demográficos del cantón de Corredores para conocer el comportamiento de la natalidad, mortalidad, crecimiento, migración y salpingectomías de la población, para determinar el comportamiento en el tiempo de estos hechos poblacionales.*

##### **Datos poblacionales del cantón de Corredores.**

El 5.30 % de la población del cantón de Corredores es mayor de 65 años, por lo cual se clasifica la población para el año 2004 como **una población madura**, dado por una natalidad en descenso, con una reducción evidente en la base de la pirámide poblacional y un ensanchamiento en los grupos de edad de 11-19 años (gráfico 1). La edad promedio de la población del cantón de Corredores es de 26.3 años, siendo la edad promedio de la mujeres 25.6 años y para los hombres 27.0 años.

La relación de dependencia en el cantón de Corredores para el año 2004 es de 1.4. Esto es, que por cada persona menor de 14 años o mayor de 65 existe 1.4 personas económicamente activas o productivas para mantenerlos, conocido como Bono Demográfico. La relación de masculinidad es de 1.4 para en mayores de 65 años, esto es, existen 14 hombres por cada 10 mujeres en el cantón de Corredores. A diferencia del nivel nacional en la proyección del 2004, en donde la relación de masculinidad es de 0.9, es decir hay 10 mujeres por cada 9 hombres, en ciudadanos mayores de 65 años (30).

**Gráfico 1. Población por sexo y grupo de edad. Cantón de Corredores, proyección 2004.**

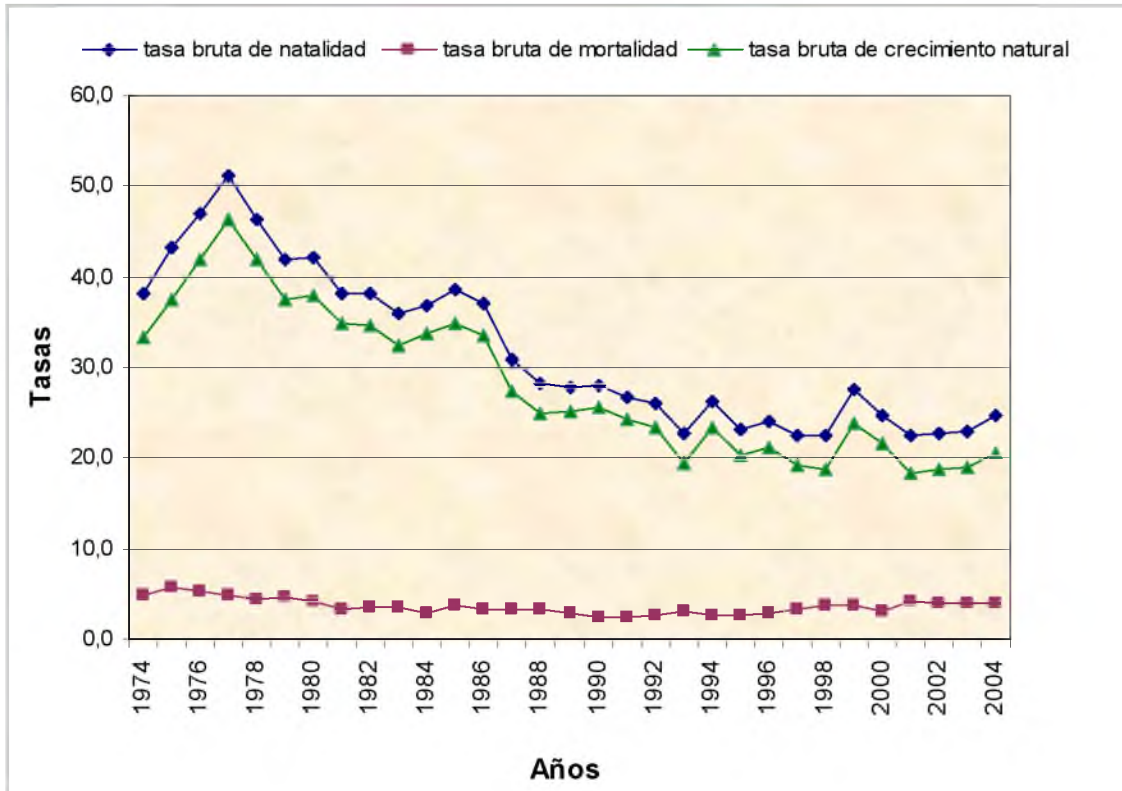


Fuente: Centro Centroamericano de Población, cantón de Corredores, 2004.

#### **4.2.1. Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural del cantón de Corredores, de 1974 al 2004, tasa de crecimiento intercensal.**

Las tasas brutas de natalidad y de crecimiento natural del cantón de Corredores presentan un aumento paulatino entre los años 1974 y 1978, a partir de las cuales ambas empiezan a decrecer, hasta mantenerse prácticamente constantes a partir del 2001. La tasa bruta de mortalidad permanece constante entre los 2.9 y 5.6 muertes por mil habitantes de 1974 al 2004. Se presenta un fenómeno de transición demográfica en donde se pasa de tasas elevadas de natalidad a tasas más bajas hasta llegar a una natalidad constante, con una tasa de mortalidad que permaneció prácticamente constante en los 21 años, con una tendencia al equilibrio (gráfico 2).

**Gráfico 2. Tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural por mil habitantes, cantón de Corredores, años, 1974 – 2004.**



Fuente: Centro Centroamericano de Población, cantón de Corredores, 2004.

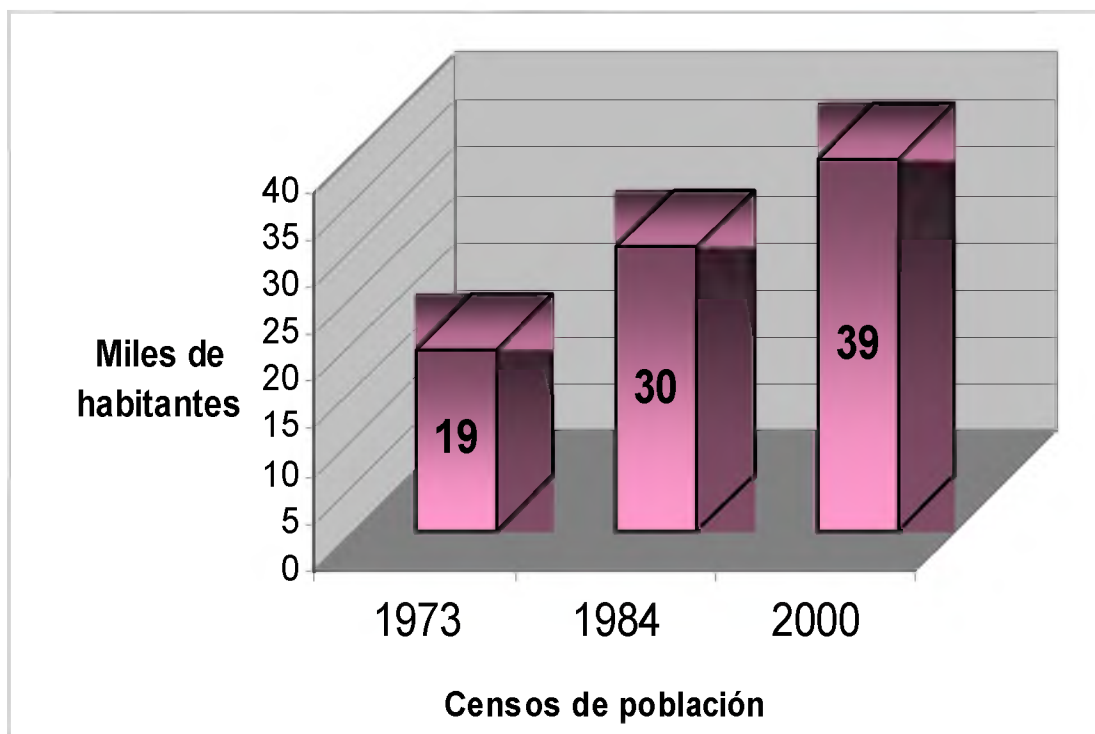
Puede afirmarse que el cantón de Corredores presenta en la actualidad un comportamiento poblacional semejante a la tercera etapa de los países que han concluido la transición demográfica, puesto que se da un descenso de la fecundidad, con una mortalidad prácticamente constante, lo que se traduce en un descenso de la tasa de crecimiento natural en las últimas dos décadas. Se ha concluido entonces, la transición de la mortalidad y está en proceso la transición de la natalidad y subsecuentemente la tasa de crecimiento natural.

Aun así se da un crecimiento en la población del cantón lo que se puede demostrar en los tres últimos censos de población (gráfico 3), puesto que los pobladores de cantón pasaron de 19 mil habitantes en 1973 a 39 mil habitantes aproximadamente en el censo del año 2000. Esto puede ser producto de la explotación del banano en la zona sur que atrajo a

esa zona trabajadores de todas partes del país para satisfacer la demanda de mano de obra en las plantaciones.

Aún así la tasa de crecimiento intercensal en los censos de población de 1973 a 1984 es de 4.41%. En este periodo la población crecía a razón de algo más de 4 habitantes anuales por cada cien. Si la tasa de crecimiento intercensal de este periodo se mantenía constante, la población del cantón de Corredores se hubiera duplicado en 15.7, como fue en efecto. Sin embargo la tasa de crecimiento intercensal en el periodo de 1984 al 2000 disminuyó a 1.52%. En este periodo la población creció a una razón de 3 personas cada dos años. A este ritmo, si la tasa de crecimiento intercensal se mantiene constante la población se duplicará en 45.6 años.

**Gráfico 3. Población cantón de Corredores. Censos de población, 1973, 1984 y 2000.**



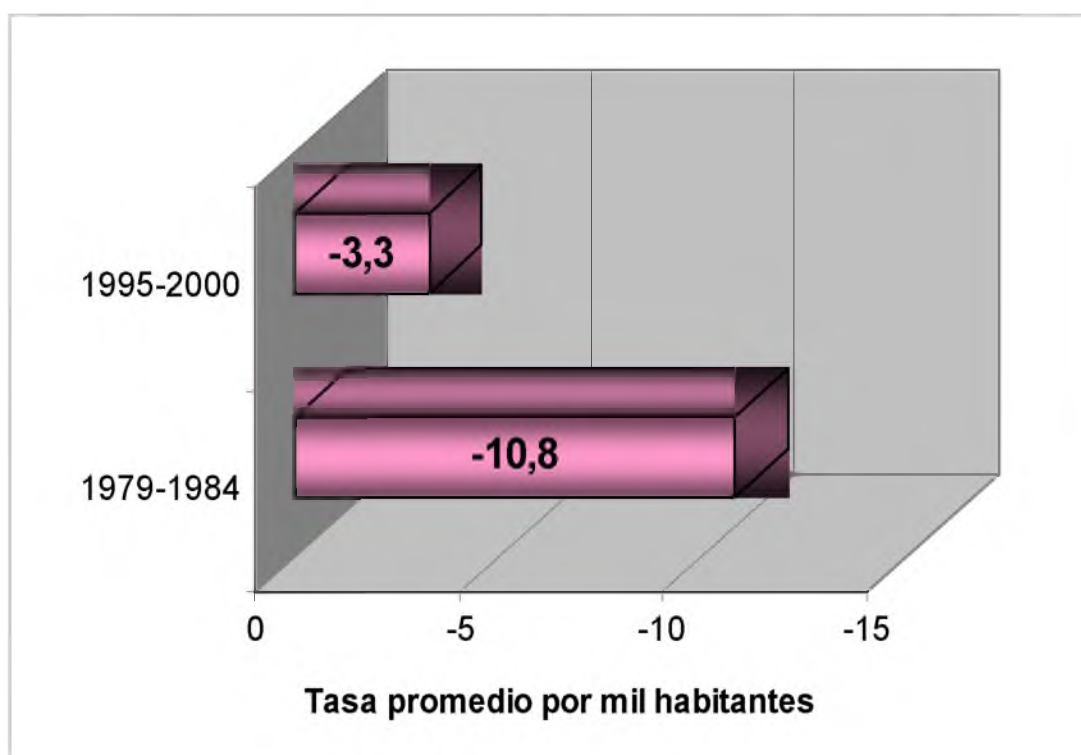
Fuente: Centro Centroamericano de Población, cantón de Corredores, 2004.

#### **4.2.2. Migración neta interna.**

La migración neta interna es el resultado de las migraciones y emigraciones dentro del cantón. Es positiva cuando al sumar las inmigraciones y restar las emigraciones el saldo resulta en que son más las personas que inmigran que emigran y es negativa cuando el resultado de la operación indica que las emigraciones son mayores que las inmigraciones.

Aún así, la migración neta de la población del cantón de Corredores en los años 1979-1984 redonda en un promedio anual de -10.8 personas por 1000 habitantes en comparación con -3.3 pobladores promedio de saldo neto en la migración en el quinquenio de 1995-2000 (gráfico 4). Esto es, que aunque la salida neta de pobladores del cantón se disminuyó desde la época de la “compañía bananera” a la fecha, todavía es más la gente que emigra del cantón que la que se queda residiendo en el cantón y es por esto que ambos datos son negativos.

**Gráfico 4. Tasa de migración interna neta, promedio anual por 1000 habitantes. Cantón de Corredores. Quinquenios 1979-1984 y 1995-2000.**



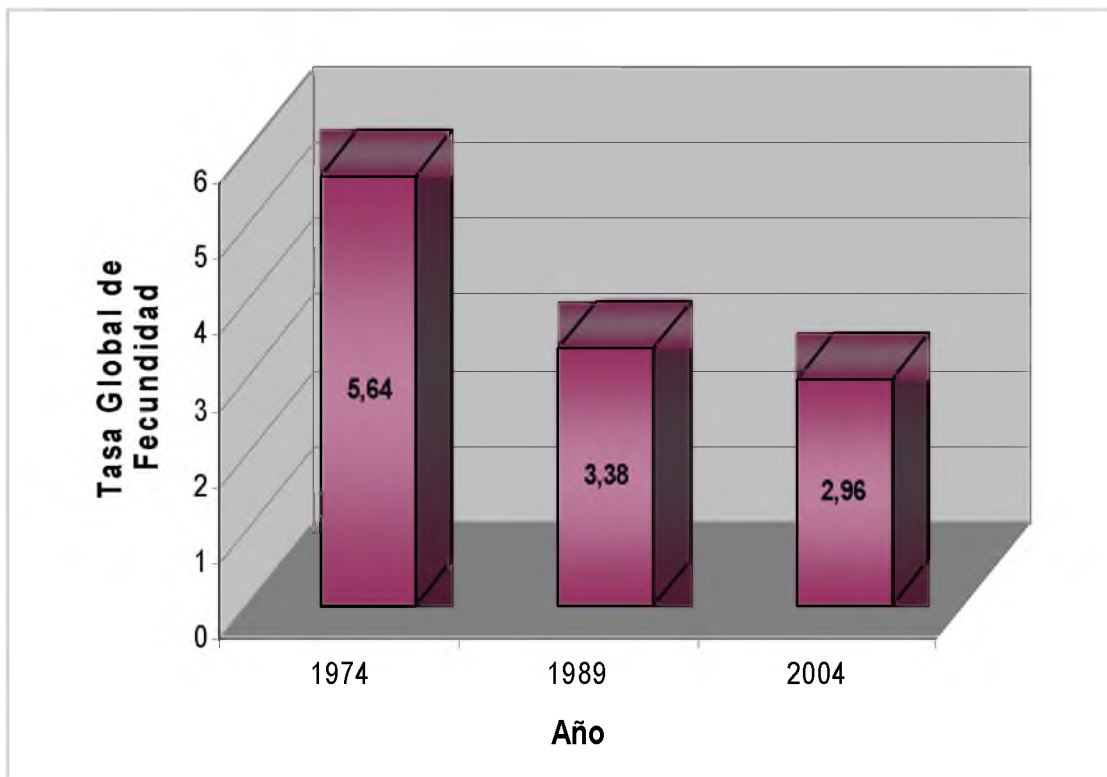
Fuente: Centro Centroamericano de Población. Cantón de Corredores, 2004.

#### 4.2.3. Tasa global de fecundidad

Como medida precisa de la fecundidad se hace uso de la tasa global de fecundidad (gráfico 5), que representa el número medio de hijos por mujer, conforme a las tasas de fecundidad por edades de un momento y con el supuesto de ausencia de la mortalidad en el periodo reproductivo de la mujer (85). En el cantón de Corredores a partir del año 1974, la tasa global de fecundidad ha disminuido de 5.64 hijos, hasta 2.96 hijos promedio

por mujer en edad fértil en el 2004. Esto es que la diferencia porcentual de la tasa global de fecundidad entre los años 1974 y 1989 es de un descenso del 40%, que asciende a 47.5% en el año 2004. Es importante indicar que aquellos países o regiones que muestran valores de la tasa global de fecundidad cercanos y menores a 2, no garantizan el reemplazo de su población y tendrán a largo plazo tasas de crecimiento natural negativas. Se trata de poblaciones que si aún no lo son, serán decrecientes en el mediano o largo plazo y con más razón en el caso de tasa globales de fecundidad menores a dos. En esto hay que denotar que al llegar a 2.1 hijos por mujer en edad fértil, logró alcanzar la fecundidad de reemplazo (86).

**Gráfico 5. Tasa global de fecundidad. Cantón de Corredores, 1974, 1989 y 2004.**

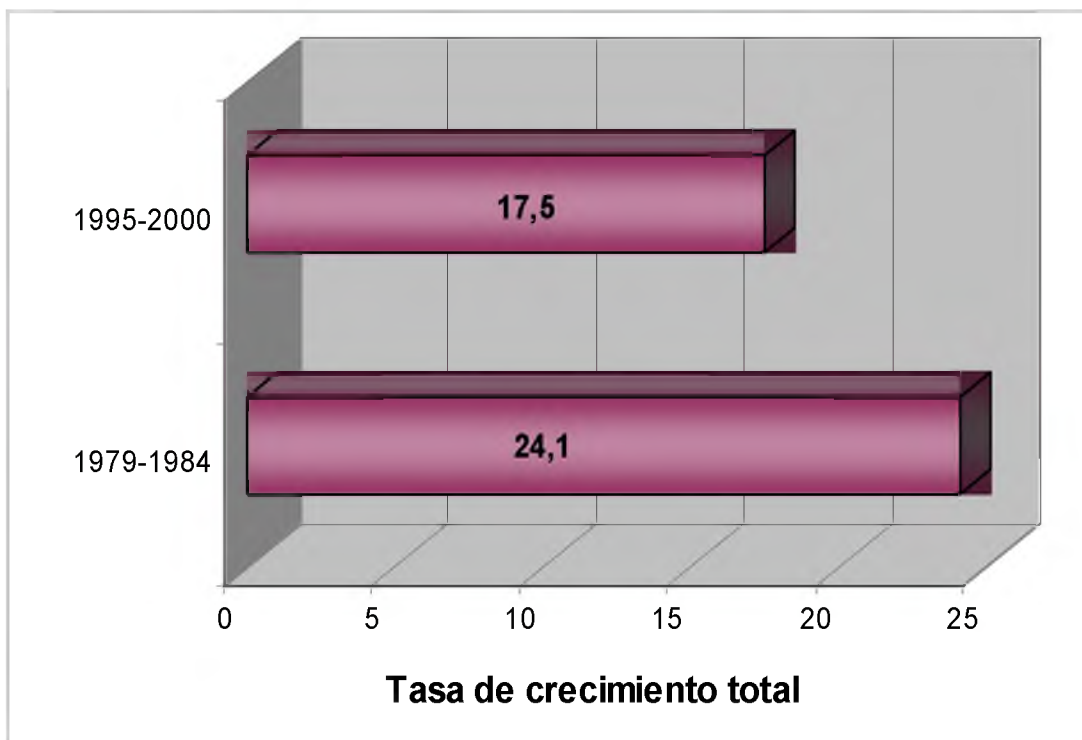


Fuente: Centro Centroamericano de población. Cantón de Corredores, 2004.

#### 4.2.4. Tasa de crecimiento total.

Desde el quinquenio de 1979-1984 al quinquenio de 1995-2000, la tasa de crecimiento total para el cantón de Corredores disminuyó un 27.4%. Es decir, la capacidad de la población de agregar habitantes a su población disminuyó en ese porcentaje, la población aunque sigue creciendo, este crecimiento no es al mismo ritmo, sino 27.4% más lento. Esto ocurre porque dicha tasa pasó de 24.1 personas por mil habitantes que se agregaban a la población en promedio por año en el quinquenio de 1979 a 1984, a 17.5 personas que se agregaban a la población en promedio por año en el quinquenio de 1995-2000 (gráfico 6).

**Gráfico 6: Tasa de crecimiento total promedio por 1000 habitantes. Cantón de Corredores. Quinquenios 1979-1984 y 1995-2000.**

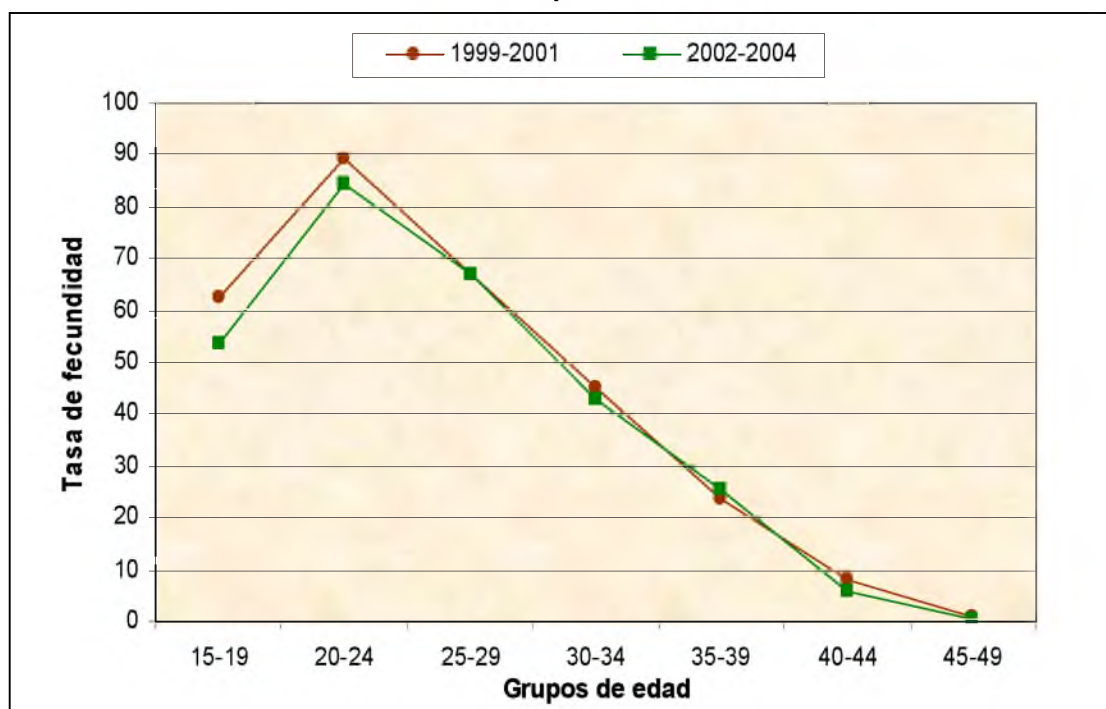


Fuente: Centro Centroamericano de Población, cantón de Corredores, 2004.

#### 4.2.5. Tasa de fecundidad trianual por grupo de edad.

Las tasas de fecundidad por grupos de edad en los trienios de 1999-2001 y 2002-2004, son prácticamente similares. En los grupos de edad de 15-19 años se da un decrecimiento de la tasa de fecundidad del 13% y en el grupo de 20-24 se da un decrecimiento en la tasa de fecundidad de 6%. Para los demás grupos de edad no hay cambios, comparando la tasa de fecundidad en los dos trienios. (Gráfico 7).

**Gráfico 7: Tasas de fecundidad por grupo de edad. Cantón de Corredores. Trienios 1999-2001 y 2002-2004.**



Fuente: Centro Centroamericano de Población, cantón de Corredores, 2004.



### **4.3. Análisis de los resultados correspondientes al punto 1.5.3. Objetivo 3. Parte cuantitativa del análisis de los resultados**

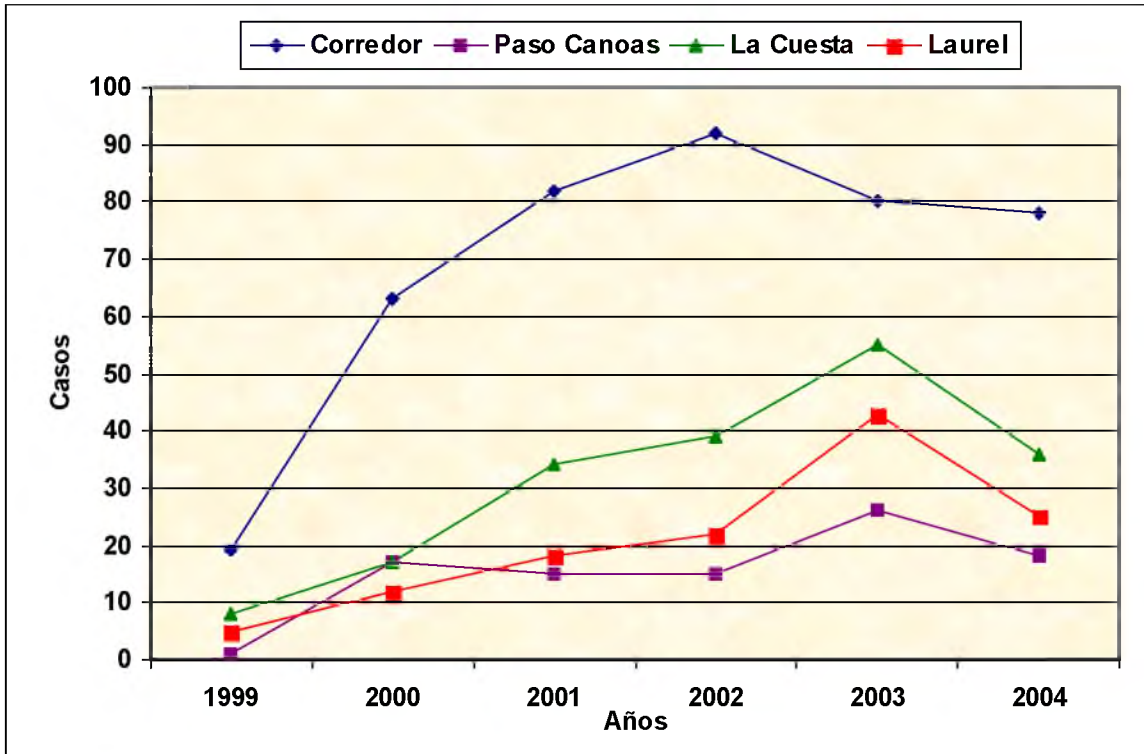
Determinar el comportamiento de las esterilizaciones quirúrgicas femeninas y masculinas, de 1999 al 2004, después de la publicación del Decreto Presidencial 27913-S.

#### **4.3.1. Salpingectomías en el cantón de Corredores.**

Entre los años 1999 y 2004, en el Hospital Ciudad Neily se realizaron 821 esterilizaciones quirúrgicas a mujeres residentes en el cantón. Estos datos fueron analizados para obtener información acerca de las variables que conforman el total de casos.

La tendencia del número de casos de esterilización en los distritos Paso Canoas, La Cuesta y Laurel es creciente hasta el año 2003, y luego empiezan a decrecer. En el distrito Corredor el número de casos es creciente hasta el año 2002 y a partir del cual decrecen. El número de casos es mayor para todos los años en el distrito Corredor (Gráfico 8).

**Gráfico 8: Tendencia del número de casos de esterilización femenina por distrito.  
Cantón de Corredores, 1999-2004.**



Fuente: Biostatística y REDES, Hospital Ciudad Neily, 2005.

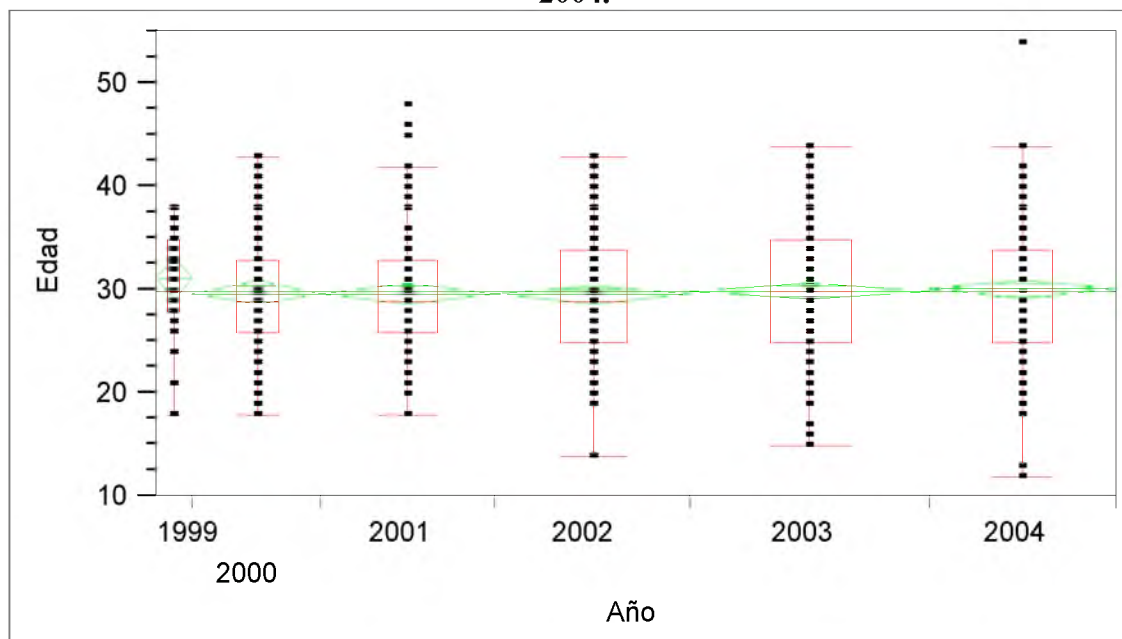
**Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la edad de las mujeres esterilizadas, según año.  
Cantón de Corredores 1999-2004.**

Año	Casos	Media	Desviación Estándar	Mínima	Máxima	Coefficiente de variación
1999	33	31.2	4.7	18	38	15.1
2000	109	29.7	5.5	18	43	18.5
2001	149	29.7	5.6	18	48	18.5
2002	168	29.6	5.9	14	43	19.6
2003	205	29.8	6.3	15	44	21.1
2004	157	30.0	6.3	12	54	21.0

Fuente: Biostatística y REDES, Hospital Ciudad Nelly, 2005

Entre los años 1999 y 2004, el promedio de edad de las mujeres que se esterilizan tiene poca diferencia, aunque se de un aumento considerable de los casos. Sin embargo la desviación estándar y el coeficiente de variación demuestran que el ámbito de edad de las mujeres que se operan tiende a ser mayor y en aumento, dándose una diferencia entre la edad máxima y la mínima de 42 años, en el 2004. Esto se observa con mayor claridad en el gráfico 9, en donde la tendencia central de todos los grupos de casos por año es similar, pero la diferencia entre la línea que marca el percentil 10 (primera línea de abajo hacia arriba) y el percentil 90 (última línea del gráfico) es más amplia según avanzan los años.

**Gráfico 9: Medidas de posición y tendencia central de la edad de las mujeres esterilizadas en relación con el año de esterilización. Cantón de Corredores, 1999-2004.**

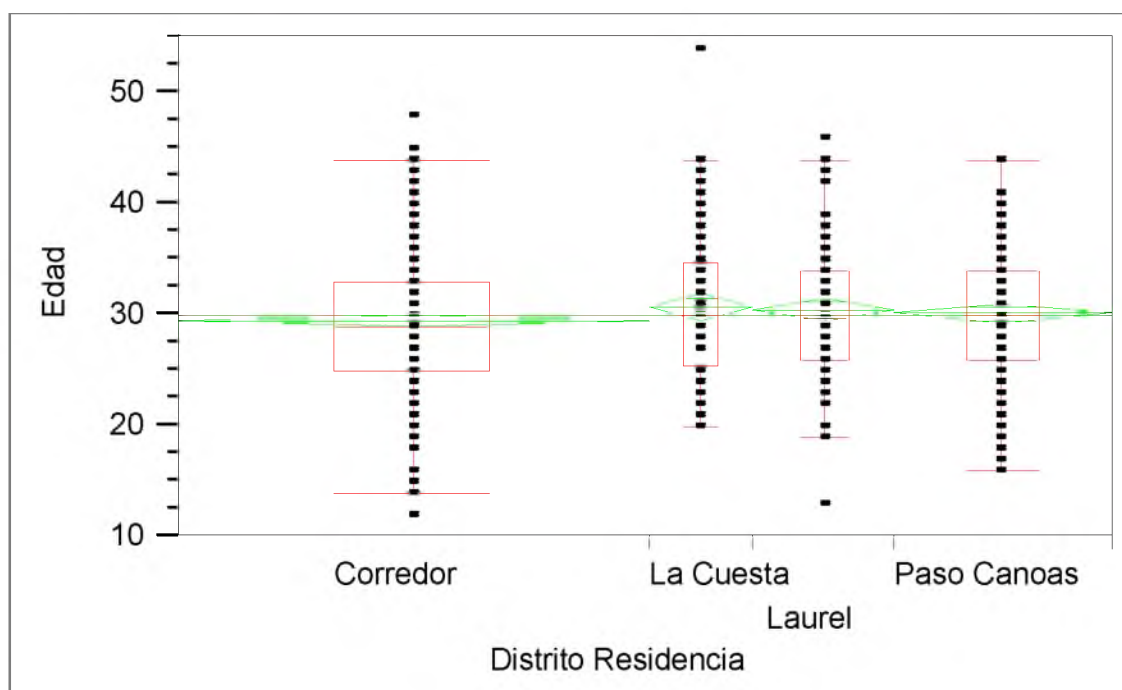


Fuente: Bioestadística y REDES, Hospital Ciudad Neily, 2005

El mínimo número de casos se da en el distrito La Cuesta, los valores de desviación estándar y coeficiente de variación son los mayores. El promedio de edad en los diferentes distritos es similar.

Según los datos anteriores por distrito del cantón de Corredores, el mayor número de casos de esterilización quirúrgica femenina se observa en el distrito Corredor, y en estos datos el 50% de los casos se encuentran entre los 22 y 34 años (gráfico 10).

**Gráfico 10: Medidas de posición y tendencia central de la edad de las mujeres esterilizadas según distrito de residencia. Cantón de Corredores. 1999- 2004.**



Fuente: Bioestadística y REDES, Hospital Ciudad Nelly, 2005.

Los valores correspondientes a desviación estándar y el coeficiente de variación de la edad de las mujeres que se esterilizaron en el distrito Corredor tienen el segundo lugar, con respecto a los demás distritos. El hecho de que el mayor número de esterilizaciones se dé en este distrito es debido al mayor acceso a los servicios de salud, puesto que es considerada una población rural concentrada. Cuenta con mejor distribución de la información, mejores vías de acceso y más cercanía al Hospital Ciudad Neily y cuatro de

los nueve EBAIS que lo atienden (EBAIS Corredor Centro, Norte, Sur y Las Fincas) que casualmente ocupan las instalaciones del Hospital (tabla 3).

**Tabla 3: Estadísticas descriptivas de la edad de las mujeres esterilizadas, según distrito de residencia. Cantón de Corredores, 1999-2004.**

<b>Distrito de residencia</b>	<b>Casos</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Coefficiente de variación</b>
<b>Corredor</b>	415	29.4	6.0	12	48	20.4
<b>La Cuesta</b>	92	30.6	6.3	20	54	24.5
<b>Paso Canoas</b>	189	30.0	5.8	13	46	19.1
<b>Laurel</b>	125	30.4	5.7	16	44	18.8

Fuente: Biostatística y REDES, Hospital Ciudad Neily, 2005.

#### **4.3.2. Relación salpingectomías y vasectomías.**

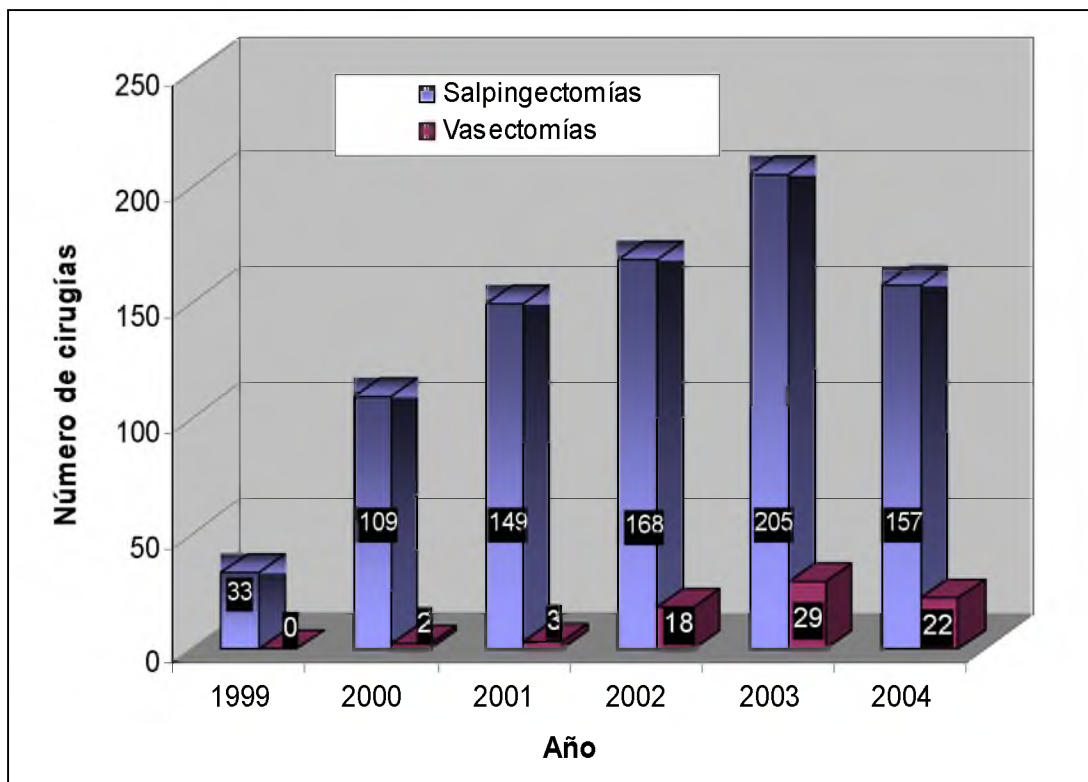
Entre los años 1999 y 2004 en el cantón de Corredores se han realizado 821 esterilizaciones quirúrgicas en mujeres y 74 en hombres. Las esterilizaciones en hombres representan el 9% de todas las esterilizaciones. Aunque la esterilización femenina, desde el punto de vista técnico es más complicada y es más costosa económicamente, además produce más complicaciones e incapacidad en la que se la practica, la responsabilidad de la planificación familiar a través de la esterilización quirúrgica esta recayendo en las mujeres del cantón de Corredores. Cabe destacar que a nivel nacional esta representación es del 5%, por lo que en el cantón de Corredores se está realizando casi el doble de esterilizaciones proporcionalmente, que en el resto del país. (Gráfico 11).

La razón de salpingectomías / vasectomías, aunque ha disminuido en los últimos años, sigue siendo proporcionalmente muy grande. (Tabla 4).

**Tabla 4. Razón de salpingectomías / vasectomías en el cantón de Corredores. 1999-2004.**

Año	Salpingectomías	Vasectomías	Razón salpingectomías/vasectomías
1999	33	0	No hay datos
2000	109	2	54.5
2001	149	3	49.7
2002	168	18	9.3
2003	205	29	7.1
2004	157	22	7.1

**Gráfico 11: Salpingectomías y vasectomías realizadas en a pobladores del cantón de Corredores. Años 1999-2004.**



Fuente: Bioestadística y REDES. Hospital Ciudad Neily, 2005.

#### 4.3.3. Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil del cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.

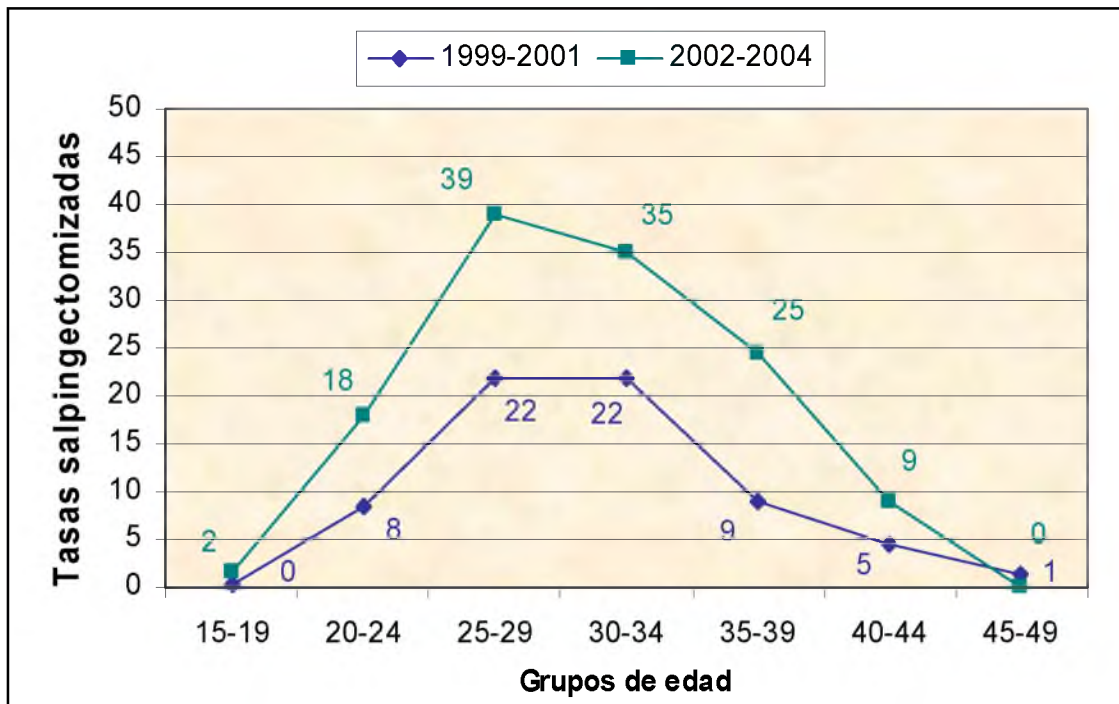
Se realizaron tasas de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil comparando dichas tasas trianuales, en los grupos de años de 1999-2001 y 2002-2004.

En el gráfico 12, al hacer la comparación de ambos grupos de años se observa que las diferencias importantes se encuentran en los grupos de los 20 a los 39 años. Las salpingectomías de las mujeres menores de 19 años y mayores de 40 años prácticamente permanecieron constantes.

Los grupos de edad que denotan más crecimiento en la tasa de salpingectomizadas son los grupos de 20-24 años con un 125% y el grupo de 35-39 años creció 178%. Los grupos de 25-29 años la tasa creció un 77% y el grupo de 30-34 años en donde la tasa creció un 59%.

El pico más alto de tasas de salpingectomías por grupo de edad en todos los casos se da en el grupo de los 35-39 años. Los cambios más significativos se dan en todos los distritos entre los 20 y 35 años.

**Gráfico 12. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.**

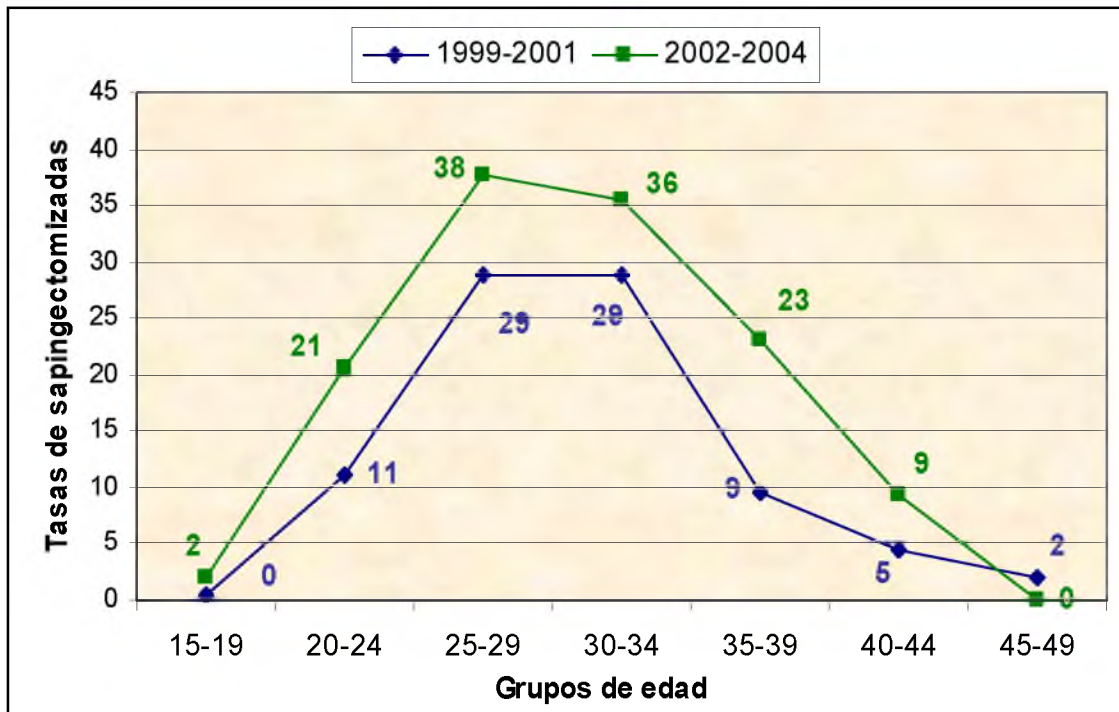


Fuente: Biostatística y REDES. Centro Centroamericano de Población. 2004.

#### 4.3.3.1. Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil, distrito Corredor.

Haciendo la comparación en el mismo periodo, pero desglosando los datos por distrito puede observarse que en el distrito Corredor, aunque hubo crecimiento en las tasas de salpingectomizadas, este crecimiento es más discreto comparado con los cambios radicales en los demás distritos. El grupo de 35-39 años creció un 155% pero el grupo de 25-29 años creció un 31%. El grupo de 20 a 24 años creció 90.9% (Gráfico 13). Esto puede explicarse a que para la población femenina del distrito Corredor tiene más facilidades de acceso a la información y a los servicios de salud tanto del Primer Nivel de Atención como para el Segundo Nivel de Atención en Salud. Las salpingectomías son más constantes a través del tiempo por el acceso a la información ofrecida en los servicios de salud.

**Gráfico 13. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito Corredor, 1999-2001 y 2002-2004.**



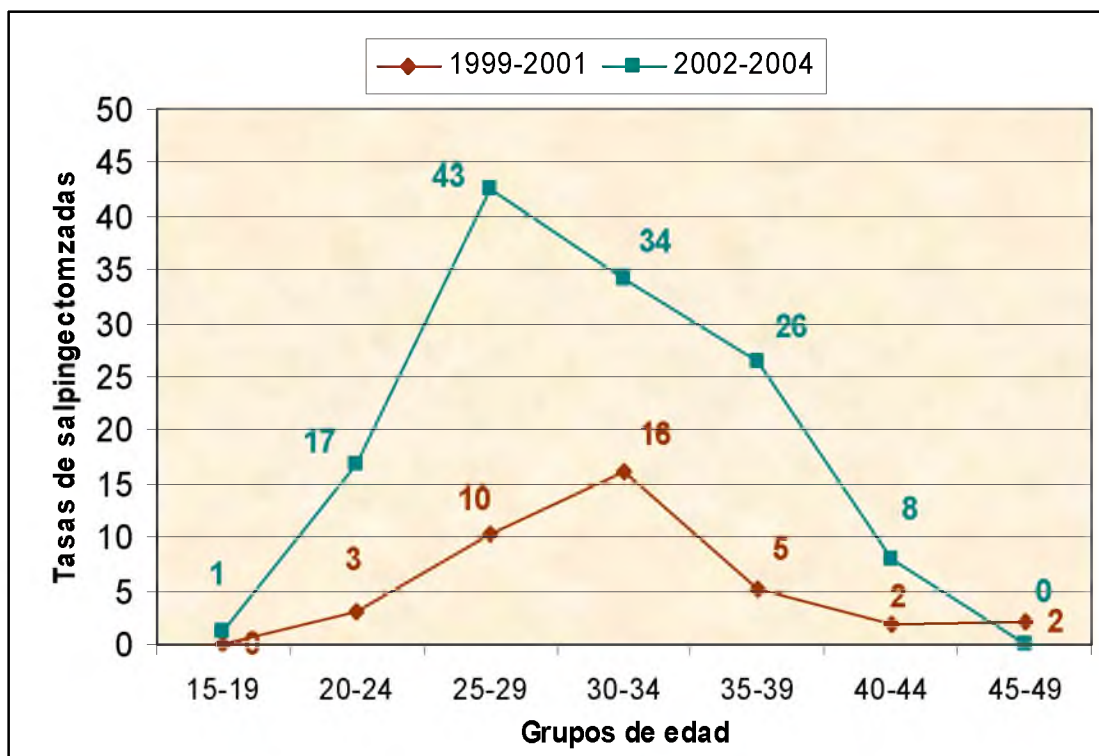
Fuente: Biostatística y REDES. Centro Centroamericano de Población. 2004.



#### 4.3.3.2. Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil, distrito Paso Canoa, 1999-2001 y 2002-2004.

El crecimiento más impresionante en lo que se refiere a tasas de salpingectomizadas por mil mujeres en edad fértil se observa en el grupo de 20-24 años del distrito Paso Canoa, el cual tuvo un crecimiento del 466%, seguido del grupo de 35-39 años con un crecimiento de 420%. También el grupo de 25-29 años creció un 330% y el grupo de 30-34 años creció un 112% (gráfico 14).

Gráfico 14. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito Paso Canoa. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.

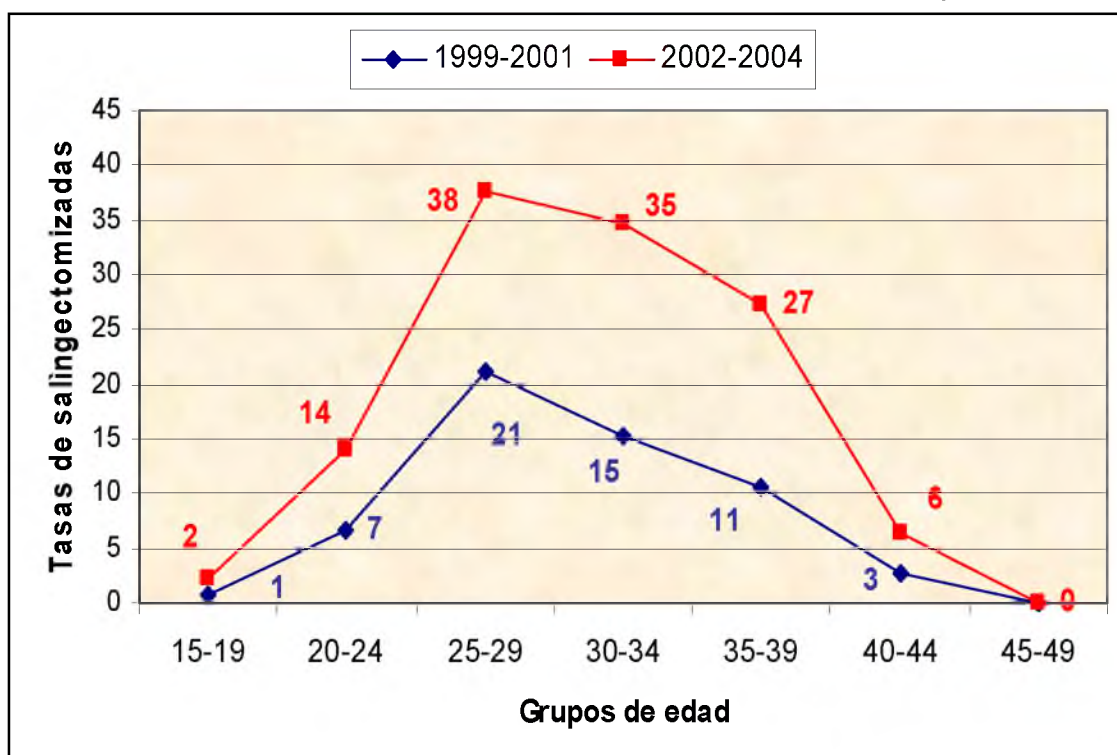


Fuente: Biostatística y REDES. Centro Centroamericano de Población. 2004.

#### 4.3.3.3. Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil, distrito La Cuesta, 1999-2001 y 2002-2004.

Para el distrito La Cuesta los grupos más influidos en su tasa de salpingetomizadas es el grupo de 35-39 años con un 145% de crecimiento, seguido por el grupo de 30-34 años con un crecimiento de 133%. Incluso los grupos de 20-24 y 40-44 años crecieron un 100%. Todos los grupos de edad fértil del distrito La Cuesta presentan un crecimiento considerable de salpingectomizadas comparando los dos trienios. (Gráfico 15).

Gráfico 15. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito La Cuesta. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.

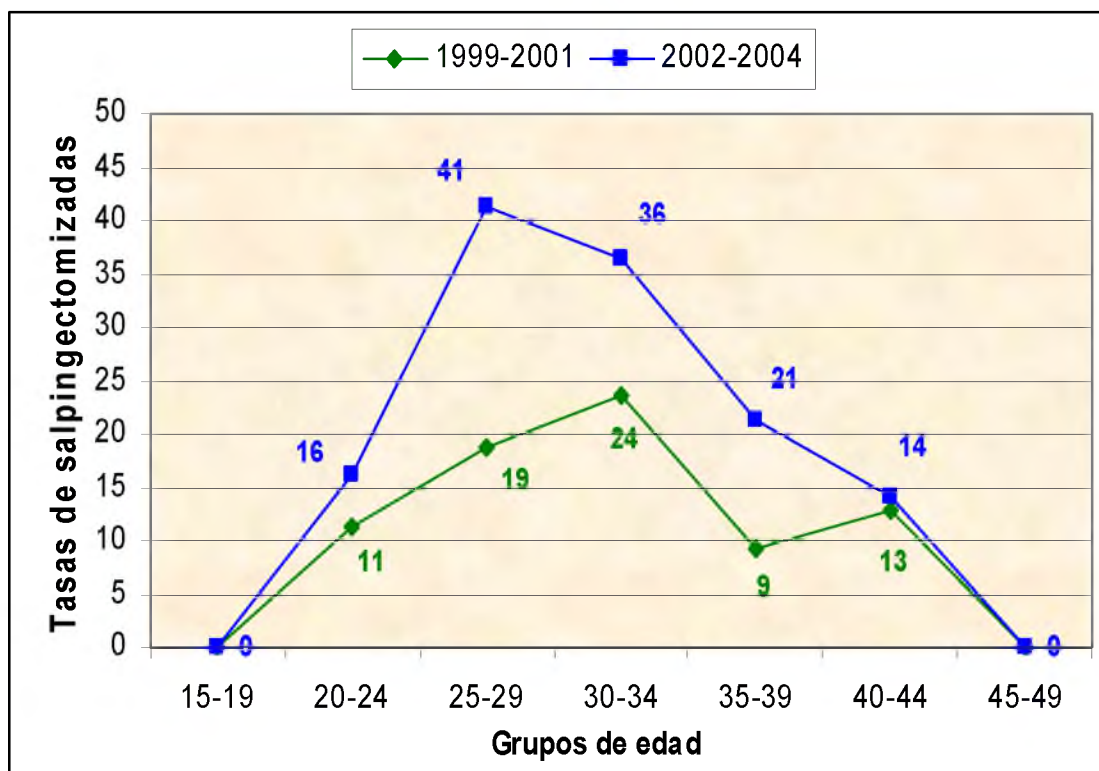


Fuente: Biostatística y REDES. Centro Centroamericano de Población. 2004.

#### 4.3.3.4. Tasas trianuales de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil, distrito Laurel, 1999-2001 y 2002-2004.

En el distrito Laurel, aunque si hubo crecimiento en las tasas de salpingectomizadas en los diferentes grupos de edad fértil, el cambio radical se observó en el grupo de 35-39 años con un crecimiento de 133% seguido del grupo de 25-29 años con un crecimiento de 115% (gráfico 16).

Gráfico 16. Tasa trianual de salpingectomizadas por mil mujeres en quinquenios de edad fértil. Distrito Laurel. Cantón de Corredores, 1999-2001 y 2002-2004.



Fuente: Biostatística y REDES. Centro Centroamericano de Población. 2004

# **Capítulo 5**

## **Conclusiones y recomendaciones**

## 5.1. Conclusiones

### Conclusiones de la parte cualitativa.

- La principal razón por la cual las mujeres manifestaron que ellas y otras mujeres optan por realizarse una esterilización quirúrgica, es el machismo. La sociedad machista impone a las mujeres el cumplimiento tradicional de madre – esposa, que socialmente es indelegable e insustituible y la mujer está en obligación de cumplir o de lo contrario es catalogada como transgresora o lo que es peor, de “mala mujer”. Los hombres que conforman las parejas de estas mujeres no están en posición de perder ni compartir su cuota de poder, ni a renunciar a la sumisión y el servilismo de “las mujeres de la casa”. Por otra parte las mujeres también tienen la obligación de cumplir con el papel de trabajadora y aportadora de recursos económicos, rol exclusivo en otros tiempos de los hombres. Es decir, los hombres están en capacidad de percibir los beneficios del modernismo como la cooperación económica de las mujeres al hogar y la delegación de responsabilidades antes inherentes al género masculino, pero no comparten las responsabilidades, como son los trabajos del hogar, y la crianza de los hijos, por ejemplo.
- Las mujeres resienten esta desigualdad social y delimitan su maternidad por el recargo emocional que representa ser madre-esposas-trabajadoras y solas. El triple recargo de funciones, madre- esposa y trabajadora, hace que las mujeres delimiten el número de sus hijos, para así delimitar la avalancha de responsabilidades que conlleva criar los hijos, el oficio doméstico, y el trabajo fuera del hogar, aparte de que el hombre exige “ser atendido” personal y exclusivamente por las mujeres.
- Existe un factor común de machismo en las circunstancias relacionadas al mismo como con respecto a las demás circunstancias. Se presenta el machismo en las circunstancias sociales como la salud, pues los métodos anticonceptivos no son vistos como productos farmacéuticos de suma importancia, los cuales deben ser de la mejor calidad para que las mujeres pueden optar por métodos anticonceptivos no tan definitivos como la esterilización quirúrgica, que no produzca tantos efectos secundarios, en vista que la

oferta es prácticamente dirigidas a ellas y que la oferta del mercado es de muy amplia variedad y calidad. Los programas dentro de los hospitales de la seguridad social proyectan sus campañas de planificación familiar a sólo las mujeres y los hombres son excluidos de la planificación, como una obligación puramente femenina. Si los programas son dirigidos a las mujeres por lo menos se debiera ofrecer productos inocuos para que ellas puedan planificar con métodos químicos o de barrera sin tantas consecuencias somáticas antes de optar por una esterilización quirúrgica. En la religión el machismo se evidencia en un discurso dirigido a las mujeres. Los hombres-pastores-machistas, nuevamente excluyen a los demás hombres del tema de la planificación, reforzando el hecho que es una obligación puramente femenina, pues de todas formas la mujer es la que va a parir. De la misma forma, en las circunstancias económicas es conocido que existe una discriminación de género con respecto a los ingresos monetarios de las mujeres. Las mujeres que participaron de la investigación son reflejo de la realidad económica de las mujeres en el cantón de Corredores: baja escolaridad, sin oficio definido, sin trabajo permanente, dedicadas al trabajo de la casa, dependientes económicas de un marido, y muy bajos ingresos familiares, por lo que su porvenir financiero no es promisorio.

- Si bien la mujer no puede delimitar el oficio doméstico, ni el trabajo fuera del hogar por la necesidad económica y no puede dejar “de atender” a sus parejas, porque esta atención es exigida por los hombres, si puede delimitar el número de sus hijos y con esto delimitar en cierta forma sus obligaciones diarias, por esto elige la esterilización por ser el método de planificación más práctico y que no requiere ningún mantenimiento ni cuidado posterior. Se hace la salpingectomía y al menos, en el aspecto de parir, es asunto resuelto.
- De esta situación social se derivan otros comportamientos sociales secundarios. El abandono económico por parte de los hombres, a las necesidades del grupo familiar es visualizada por las mujeres como un abandono amoroso tanto para ellas, como para sus hijos. Es una falta de consideración y de respeto hacia ellas, su trabajo y su aporte en la comodidad del hogar. Los hombres son considerados verdaderos padres y esposos en la medida que realicen su máximo esfuerzo para satisfacer las necesidades económicas de los miembros de la familia, cumpliendo con su papel social de padre-proveedor

cabalmente. No es aceptable recibir limosnas ni dádivas. Es común entre hombres machistas, satisfacer sus necesidades personales y recreativas principalmente. Luego las necesidades de los demás miembros de la familia. Si el ingreso económico permite satisfacer las necesidades personales, no hay que hacer un mayor esfuerzo para satisfacer las de las demás personas.

- El abandono emocional por parte de sus parejas también es resentido por las mujeres. Las mujeres se sienten solas ante la agobiante responsabilidad de criar los hijos. Aunque haya un aporte económico por parte de sus parejas, si es que este aporte existe, en las demás obligaciones de la crianza las mujeres se sienten solas debido a la indiferencia de los hombres ante estas necesidades afectivas, como el apoyo, la solidaridad, la empatía y la responsabilidad. Para los hombres machistas la planificación familiar, la crianza de los hijos y los oficios domésticos son “asuntos de mujeres” y de asumir estas actividades se corre el riesgo de ser considerado afeminado, sensible o “mamita”, cosa que es en extremo vergonzosa, principalmente ante los demás hombres. Para las mujeres no es tanto el costo económico de los hijos porque “Dios proveerá...”, sino el costo emocional de criar solas sus hijos. Las mujeres perciben que son amadas ellas y sus hijos, en la medida que el hombre se involucre, en la práctica, en los quehaceres del hogar y en las responsabilidades de la crianza y educación de los hijos.
- De todas maneras las mujeres añoran la presencia del hombre en el hogar. Consideran que ésta es insustituible. La imagen paterna es de mucha importancia para el buen desenvolvimiento del hogar y el hombre debe trascender su papel de colaborador para asumir una posición de liderazgo, con la capacidad de generar ideas y como mano derecha de la mujer en la guarda y crianza de los hijos. El hombre – hijo dependiente y engendrador de bebés es desaprobado por las mujeres. La imposición de criterios también es desaprobado, pues son concientes de que deben ser convencidas con argumentos válidos. La agresión de los hombres hacia las mujeres no es vista como parte del calvario del matrimonio, las mujeres conciben a su compañero ideal como una persona inteligente emocionalmente, compenetrado con las necesidades afectivas de ellas como pareja y de sus hijos, involucrado con los asuntos de pareja y un buen conversador. Buscan aparte una persona que contribuya emocional, económicamente,

así como en los oficios domésticos, con las necesidades de la familia. Los hijos no son solo de las mujeres, no tienen exclusividad por haberlos parido. Los hijos también son de los hombres que los engendran y ser padre no es contribuir con dinero. Es mucho más que eso y los hombres tienen obligaciones económicas, emocionales y en la crianza con los hijos y con sus parejas.

- El Decreto Presidencial 27913-S es una herramienta legal para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de los y las costarricenses y no tiene una implicación en la transformación de las relaciones de género entre las personas ni le atribuye ningún poder a las mujeres y hombres, aparte de decidir cuantos hijos quieran tener en definitiva. Los espacios y la negociación en las relaciones de género entre los miembros de la familia y de la pareja son situaciones que deben aprender a afrontar las mujeres y hombres de forma acertiva. El hecho de poder decidir cuando y cuantos hijos tener, mejora la posición de las mujeres en la sociedad por darle autonomía en su fertilidad, y la negociación de espacios es una situación independiente a la autonomía en la fertilidad.
- Las mujeres son conscientes que el comportamiento de los hombres machistas en el seno del hogar es producto de la enseñanza desde su propio hogar, por la perpetuación de las conductas machistas de su padre, de su madre y de la sociedad. También se consideran responsables de la repetición de estas conductas en su propio hogar porque ellas fueron educadas a la vez por mujeres machistas, en donde la negociación en estos términos es inconcebible, la mujer debe ser sumisa y servil, porque puede ser catalogada por “mal criada” por su pareja y los demás miembros de la familia.
- En definitiva, una mejor relación con sus parejas, una vida de pareja más plena y un esposo más involucrado con ellas y con sus hijos haría a muchas mujeres a optar por métodos anticonceptivos menos definitivos.
- La oferta de anticonceptivos que da la CCSS no llena las expectativas de las mujeres, pues sólo ofrecen el DIU, pastillas de alta dosis, preservativos y las esterilizaciones quirúrgicas masculinas y femeninas. Las pastillas y el DIU no son del agrado de las mujeres, pues producen diversos síntomas. Los preservativos no son utilizados por los hombres, pues les limita su satisfacción personal, la anticoncepción masculina no es una opción del agrado de los hombres tampoco porque conciben la planificación



familiar como una responsabilidad de las mujeres, así que como única alternativa queda la esterilización quirúrgica femenina por ser práctica. No necesita de ningún otro procedimiento de mantenimiento, no necesita de ninguna autorización, no requiere de un cuidado especial después del periodo de recuperación, no tiene requisitos. Y lo que es más importante, le da autonomía a las mujeres sobre su propio cuerpo, aunque esto no minimice su rol social de madre – esposa. Es el método a escoger por excelencia para mujeres con paridad satisfecha por su practicidad y sobre todo las mujeres que no tienen recursos económicos para optar por otros métodos que existen en el mercado. Si existieran mejores métodos anticonceptivos en la oferta de la CCSS, muchas mujeres postergaran la decisión de operarse.

- Desde el punto de vista económico, el no satisfacer a sus hijos en sus necesidades de sus hijos es una fuente de sufrimiento para las mujeres y no tanto para los hombres. Las mujeres se sienten solas en el sufrimiento de los hijos, pues los hombres son indiferentes ante esto. Están concientes de que en una situación de pobreza como la que viven la mayoría de las mujeres del cantón de Corredores, el número de hijos es importante en el progreso de toda la familia. Se manifiesta abiertas a no parir todos los hijos que Dios mande, aunque tuvieran una situación económica más holgada, pues el cuidado y la responsabilidad por parte de ellas, que demandan los hijos ahora es diferente al que demandaban los niños en tiempos anteriores. La carga emocional de criar hijos es muy grande. Antes las necesidades eran vistas y no satisfechas y no era una preocupación para los padres. Las madres ahora están concientes de que sin su apoyo y el del padre la situación de los hijos en el futuro es incierta y ellas esperan que el futuro de sus hijos sea mejor que el propio.
- En el plano religioso las mujeres negocian directamente con Dios su pecado de esterilizarse quirúrgicamente. No existe interferencia del discurso de los pastores o sacerdotes a la hora de tomar la decisión porque los estos no mantienen a sus hijos. Se sienten abandonadas espiritualmente por los pastores porque no les facilitan una base moral desde el punto de vista religioso para tomar la decisión de esterilizarse, aunque no interfieren con su decisión, no les brindan ningún apoyo. La posición de los sacerdotes católicos es calificada de anticuada. El discurso de los “métodos naturales” son hechos para sociedades donde se pueda negociar las relaciones sexuales. Entre las

mujeres de este estudio las relaciones sexuales se dan y ya. No son objeto de discusión y estos métodos no sirven en esta situación. La religión católica condena a las mujeres a parir aún en contra de su voluntad porque estos métodos tienen gran margen de error. Los pastores no instan a los hombres de las congregaciones a planificar la familia en conjunto con las mujeres y no hay un enfoque de género en las iglesias evangélicas a las que pertenecen las mujeres del estudio.

- El discurso religioso, el discurso de los esposos, de los padres, de los hijos y de la sociedad no influye ante la decisión de las mujeres que buscan un camino práctico a la avalancha de responsabilidades y el costo emocional a la crianza de sus hijos. Sin embargo la posición madre-esposa no es cuestionada por ellas, como una condición *si ne cuanon* de la mujer dentro de la sociedad.

#### **Conclusiones de la parte cuantitativa.**

- En la parte cuantitativa, la población del cantón de Corredores es adulta joven y se encuentra en la tercera etapa de transición demográfica. Aunque ha aumentado en los últimos tres censos de población, la agregación de población está disminuyendo. Hay una disminución de la tasa de crecimiento intercensal considerable que de mantenerse duplicará la población del cantón en más de 45 años. Aunque en menor cuantía la migración neta sigue siendo negativa, más gente se va del cantón que la que inmigra, la tasa de fecundidad global disminuyó de 5.64 a 2.96 en treinta años y tiende a ser la tasa de fecundidad de reemplazo. La tasa de crecimiento total a disminuido 27.4% desde 1979 y la tasa de fecundidad por grupos de edad fértil, prácticamente se ha mantenido constante en los últimos treinta años. Ante todo esto se puede decir que la población del cantón de Corredores presenta un desaceleramiento considerable en su crecimiento, producto de una disminución de la natalidad, una mortalidad constante y una emigración neta principalmente.
- Las salpingectomías después de la publicación del Decreto Presidencial 29713-S, ha tenido un incremento de consideración. El número de esterilizaciones ha aumentado y ha aumentado el ámbito de las edades de las mujeres que se esterilizan, realizándose el procedimiento desde edades muy tempranas. El coeficiente de variación de las edades en los diferentes distritos del cantón ha aumentado, aun así la edad promedio se ha

mantenido constante, en el tiempo. El número de vasectomías con respecto a las salpingectomías, aunque ha disminuido todavía es muy alto. Son 7.1 salpingectomías por cada vasectomía, por lo que el asunto de la planificación familiar por vía quirúrgica tiene un enfoque de género, pues se reitera que las mujeres están asumiendo esta responsabilidad, a diferencia de los hombres.

- En el cantón de Corredores la tasa de salpingectomías en los trienios de 1999-2001 y 2002-2004 hay aumentado hasta en un 177% en el grupo de mujeres de 35-39 años y en un 125% las mujeres de 20-24 años. En el distrito Corredor, estas tasas si han tenido un crecimiento, pero más discreto que los demás distritos por el acceso de las mujeres a la información y a los servicios de salud, sobre todo tomando en cuenta que la información sobre planificación familiar está dirigida a las mujeres y éstas están en contacto directo con los servicios de salud. El crecimiento en los diferentes distritos ha sido radical como por ejemplo Paso Canoas en donde la tasa de esterilizadas en los dos trienios ha cambiado 466% en el grupo de 20-24 años y 420% en el grupo de los 35-39 años. Este mismo grupo en La Cuesta aumentó un 145% y en Laurel un 133%. En todos los distritos se ha observado un incremento muy considerable de las tasas de salpingectomizadas en todos los grupos de edad que van desde el 24% hasta un crecimiento del 466%.

El Decreto Presidencial 29713-S no es la pomada canaria para la solución de los problemas de relaciones machistas entre hombres y mujeres, que producen que éstas últimas estén esterilizándose. Las concepciones patriarcales que existen en los imaginarios de las personas son enormes obstáculos para mejorar y dar el servicio adecuado a cada mujer que decida operarse, sin importar su edad, estado físico, número de hijos, credo religioso o situación económica o de salud.

La autonomía femenina sigue siendo en pleno siglo XXI una quimera, pues aunque ha tenido avances muy grandes en materia específica de salud sexual y derechos reproductivos, está lejos de la realidad en la mayoría de las mujeres. La autonomía femenina va mucho más allá de poder delimitar la maternidad, aunque esto ya es un buen comienzo. Autonomía no es solo el hecho de poder decidir cuantos hijos tener y cuando. El hecho de que las mujeres tengan acceso a esterilizarse sin pedir un permiso a sus compañeros, y sin requisitos, aunque es un logro muy

importante, no implica que las mujeres hayan tomado esta decisión sin presiones, o miedos y que además esta opción haya sido reflexionada y analizada críticamente, pues este hecho tomado por sí solo, llevaría a pensar que las mujeres de los países pobres tiene una mayor autonomía que en los países ricos, solo por el hecho de que en éstos se realizan más esterilizaciones quirúrgicas femeninas.

## 5.2. Recomendaciones

### **A los Directivos de la Caja Costarricense de Seguro Social:**

- En cumplimiento del Decreto 27913-S, debe establecer y ejecutar las acciones que garanticen el acceso al servicio y el goce de los derechos de salud sexual y reproductiva a las personas usuarias. Se deben diseñar y realizar campañas de educación y divulgación sobre salud sexual y derechos reproductivos, los métodos anticonceptivos, y sobre la oferta de servicios de atención en esta materia a todos los pobladores del país con equidad, llevándolos incluso a las poblaciones que no tienen acceso directo a los servicios de salud, como son las poblaciones de menos recursos e indígenas.
- Garantizar a los hombres el derecho a la vasectomía, tal como lo establece el decreto antes mencionado y el voto No. 2002-3791, emitido por la Sala Constitucional el 20 de diciembre de 2001.
- Además es necesario que se asignen recursos de capacitación y formación permanente del personal de salud en temas de salud sexual y derechos reproductivos, incluyendo VIH-SIDA, con enfoque de género, a lo largo de la vida y en reconocimiento a las diversidades de los y las habitantes del país.
- Incluir en las consejerías un enfoque de género, promover la igualdad entre los hombres y mujeres mediante el impulso y la promoción de la participación activa de los hombres en materia de paternidad y responsabilidad masculina en la sexualidad tanto de ellos como de su pareja. Promover que los hombres asistan a las consejerías con sus parejas.
- Establecer como una necesidad la consulta psicológica para mujeres y hombres que son víctimas del abuso y del machismo, así como la terapia grupal y los grupos de apoyo para con esto reducir la policonsulta por enfermedades de origen psicosomático. Está comprobado que en el cantón de Corredores, las mujeres trabajadoras menores de 44 años presentan mayor número de días de incapacidad por depresión, por desordenes de origen psicosomático y por el recargo físico de la doble o triple jornada laboral.

**A la Comisión Interinstitucional de Salud Sexual y Derechos Reproductivos y al Ministerio de Salud:**

- Establecer mecanismos de supervisión y vigilancia del cumplimiento del Decreto 27913-S, que aseguren el respeto a la voluntad de las personas usuarias e impidan la imposición de criterios subjetivos y morales del personal médico y paramédico a cargo de los servicios de salud sexual y derechos reproductivos.
- El cumplimiento de Decreto 27913-S, también indica que las consejerías son de Salud Sexual y Derechos Reproductivos, por lo tanto temas como las enfermedades de transmisión sexual, la violencia doméstica, el derecho a no sufrir violencia, abuso o coerción sexual y corporal, el acceso a la salud con enfoque de género, información sobre el cuerpo y la sexualidad también está incluido entre los derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto, la que ahora son consejerías sobre la utilización de métodos anticonceptivos con todos los defectos de coerción e inclusión de estereotipos y presiones sociales para las mujeres, deben ser correctamente direccionadas para cumplir los objetivos de información para las que fueron creadas.

**Al Instituto Nacional de las Mujeres, a la Defensoría de la Mujer, los grupos feministas, y demás organizaciones involucradas.**

- Los decretos presidenciales son herramientas gubernamentales para regular aspectos de interés actual y son transitorios. Solo basta un nuevo decreto que anule el anterior para que pierda su validez. Por lo tanto se deben fortalecer directrices para que este decreto quede redactado en una ley de la república y así constar con un instrumento, parte del cuerpo legal del país para que perdure en el tiempo y sus efectos en función del respeto de los derechos sexuales y la salud reproductiva de los habitantes de Costa Rica. El Decreto Presidencial 27913-S está siendo objeto de muchas presiones de grupos sociales y religiosos conservadores para su eliminación y este gran logro puede ceder ante estas presiones, lo que plantea un gran riesgo para su derogación por no constar con un estatus legislativo.
- Apoyar y dirigir estrategias para la consolidación en un único instrumento legal como sería una Ley de la República todo lo referente a la salud sexual y derechos reproductivos pues en el marco legal del país existen 28 leyes y decretos presidenciales que hacen

alusión directa o indirectamente a la salud sexual y los derechos reproductivos de los habitantes de Costa Rica, siendo cada uno poco contundente con respecto a su propósito particular.

**Al Instituto Nacional de las Mujeres, la Defensoría de la Mujer, la Caja Costarricense de Seguro Social, grupos sociales y grupos feministas.**

- Establecer espacios de discusión de estos temas entre las mujeres y también entre los hombres. Nuestra sociedad se caracteriza por la mudez y los tabúes al respecto de temas de sexualidad machismo y feminismo, aunque la discriminación por género, los abusos y la desinformación sexual, la violencia doméstica, existen en nuestra sociedad y muchas mujeres están muriendo por estos motivos. El que las personas no discutan al respecto de estos temas no significa que estén deseosas de comunicarse entre ellos y salir del oscurantismo de estos temas. Por lo tanto se deben crear espacios de discusión, grupos de apoyo, consejerías psicológicas, para que los miembros de nuestra sociedad que así lo deseen puedan informarse y expresar lo que sienten con respecto a estos temas y por que no, también recibir información para eliminar los estereotipos sociales que afectan los miembros de nuestra sociedad.

Julia Rodríguez Jované

- Microbióloga química clínica, Universidad de Costa Rica
- Estudiante de la Maestría en Salud Pública, Universidad de Costa Rica
- Direcciones electrónicas:

[rodriguezjulia@hotmail.com](mailto:rodriguezjulia@hotmail.com)

[rojojuis@racsa.co.cr](mailto:rojojuis@racsa.co.cr)

[juliarodr@gmail.com](mailto:juliarodr@gmail.com)

## Bibliografía

1. Chen, Mario. et. al. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica, 1999-2000: Resultado en una encuesta social de salud reproductiva. San José. Copieco de San Pedro, 2001. pág. 20.
2. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 8.
3. Barrantes, Rodrigo. Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. 1 ed. EUNED. San José 1999, pág 64.
4. Rodríguez M., Katherine. Directora de Enfermería. Hospital Ciudad Neily. CCSS. Febrero 2005.
5. Ruiz, Álvaro; Morillo, Luis. Epidemiología Clínica. Investigación clínica aplicada. Editorial Médica Internacional. Bogotá, Colombia, 2004. Pág. 221-222.
6. Chaves, Jessica; Corrales, Jency. Factores sociales y económicos que influyen para que los hombres y mujeres opten por la esterilización en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega. Tesis Licenciatura Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. 2003.
7. Barrantes, Rodrigo. Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. 1 ed. EUNED. San José 1999, pág 63.
8. Declaración sobre Esterilización Voluntaria Quirúrgica. 1999. Federación Internacional de Planificación Familiar. Inglaterra. [www.ippf.org](http://www.ippf.org) Accedido en abril del 2003.
9. Ibidem.
10. Augsburger, S. Asamblea Legislativa. Proyecto de Ley Nacional sobre la Despenalización del Aborto. Rosario, Argentina. 2002.
11. Gobierno de Costa Rica. 2003. Instituto Nacional de las Mujeres. [www.inamu.go.cr](http://www.inamu.go.cr) Accesado en abril del 2003.
12. Obando. E. Derechos Sexuales y Reproductivos. Whoman's Human Rights. 2003. [www.whrnet.org](http://www.whrnet.org) (accesado abril 2003)
13. [www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer/2011.htm](http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer/2011.htm) accedido octubre de 2005



14. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 set. 1978. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Nueva York. 1978.
15. Badilla, Ana; Aguilar, Vera. Actualización del marco legal en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Fondo de población de Naciones Unidas. 2003, pág. 20.
16. [www.onu.org/documentos/confmujer.htm](http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm) accedido octubre de 2005.
17. Madrigal, Johnny. Esterilización femenina en Costa Rica: Evolución, impacto y determinantes. Tesis de maestría. Escuela de estadística. UCR. 1995. pág. 149.
18. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 3-6.
19. Ibid. Pág. 8.
20. Barguil, Zaida; Retana, Luz. La esterilización femenina. Sus aspectos jurídicos, médicos, demográficos y sociopolíticos en Costa Rica. Facultad de derecho. Tesis de licenciatura. UCR. 1983.
21. Madrigal, Johnny. Esterilización femenina en Costa Rica: Evolución, impacto y determinantes. Tesis de maestría. Escuela de estadística. UCR. 1995.
22. Madriz, Ana; Delgado, Maria. Características personales, ginecoobstétricas, culturales y socioeconómicas de las mujeres que solicitan esterilización quirúrgica. Propuesta de una modalidad de atención integral a la población usuaria. Clínica integrada pro salud de la familia. Turrialba, enero-junio 1993. Tesis de licenciatura. Escuela de Enfermería. UCR. 1995.
23. Chaves, Jessica; Corrales, Jency. Factores sociales y económicos que influyen para que hombres y mujeres opten por la esterilización en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega. Tesis de licenciatura. Carrera de Trabajo Social. UCR. Sede Occidente. 2003.
24. CEDAW. Informe Sombra, Costa Rica, 2003. Convención para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer. Costa Rica, 2004. [www.nacionesunidas.or.cr](http://www.nacionesunidas.or.cr), accedido enero 2005.
25. Maroto, Laura; Morales Rosalía; Sequeira, Paula. Influencia de la cultura, la religión y la institución médica en la decisión de las mujeres a la hora de realizarse una esterilización femenina. Un estudio en el caso del Hospital San Juan de Dios. Tesis de licenciatura en sociología. Facultad Ciencias Sociales. UCR. 2004.
26. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 6.
27. Ibidem, pág. 12.

28. [www.infoforhealth.org/pr/prs/sj44/sj44chap8.shtml#top](http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj44/sj44chap8.shtml#top)
29. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 26.
30. UCR-Centro Centroamericano de Población. Población por Edad y Sexo. Distritos de Costa Rica. 1970-2015. San José. 2004.
31. ¿Qué son los métodos anticonceptivos? [www.adolescentexlvida.com.ar/sx4.htm](http://www.adolescentexlvida.com.ar/sx4.htm). Accedido febrero de 2004.
32. Ibidem.
33. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 24.
34. Ibidem.
35. ¿Qué son los métodos anticonceptivos? [www.adolescentexlvida.com.ar/sx4.htm](http://www.adolescentexlvida.com.ar/sx4.htm). Accesado 16 de febrero de 2004.
36. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 12.
37. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 25.
38. Batthyany, Karina. Taller Género y Desarrollo. Oficina Regional de América Latina y el Caribe. CIID/IDRC. Montevideo. Setiembre 1999. [www.idrc.ca.es.ev](http://www.idrc.ca.es.ev) accedido en agosto de 2005.
39. Scott, Joan. “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En: Amelan y Nash, Historia y Género: las mujeres en la historia moderna y contemporánea. Alfons El Magnanim, Valencia, 1990.
40. Castañeda, Marina. El machismo invisible. Editorial Grijalbo. México. 2002. Pág. 20.
41. Ibidem pág. 22.
42. Ibidem pág. 23-24.
43. [www.who.org](http://www.who.org), accedido en agosto de 2005.
44. Ibidem.

45. Rodríguez M., Katherine. Directora Enfermería. Hospital Ciudad Neily. CCSS. Entrevista personal. Enero, 2005.
46. Badilla, Ana; Aguilar, Vera. Actualización del marco legal en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Fondo de población de Naciones Unidas. 2003, pág. 32.
47. Facio, Alda. Asegurando el Futuro. Las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos y los Derechos Reproductivos. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Costa Rica. Pág. 14.
48. Declaración sobre Esterilización Voluntaria Quirúrgica. 1999. Federación Internacional de Planificación Familiar. Inglaterra. [www.ippf.org](http://www.ippf.org) Accesado en abril del 2003.
49. Gabarra, Mabel. Seminario “Genero y Salud”. Secretaría de Cultura. Instituto de Estudios Sociales. México, 2001.
50. Resumen Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: décimo informe 2004, San José, C.R.: Programa Estado de la Nación. 2004, pág. 32.
51. Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Conozcamos más de Centroamérica: Versión para sociedad civil del Segundo Informe. Programa Estado de la Nación, 2004. pág. 19.
52. Resumen Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: décimo informe 2004, San José, C.R.: Programa Estado de la Nación. 2004, pág. 32.
53. Resumen Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: décimo informe 2004, San José, C.R.: Programa Estado de la Nación. 2004, pág. 33.
54. Ibidem.
55. Badilla, Ana; Aguilar, Vera. Actualización del marco legal en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Fondo de población de Naciones Unidas. Pág. 8. 2003.
56. [www.radio.un.es](http://www.radio.un.es) accesado 25 octubre de 2005.
57. [www.who.org](http://www.who.org) accedido en octubre de 2005.
58. Badilla, Ana; Aguilar, Vera. Actualización del marco legal en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Costa Rica. Fondo de población de Naciones Unidas, pág. 12. 2003.
59. Resumen Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: décimo informe 2004, San José, C.R.: Programa Estado de la Nación. 2004, pág. 23-24.

60. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos. Aspectos éticos y morales. Washington D.C. 1999, pág. 120
61. Ibidem pág. 125.
62. Golcher, Raquel. Iglesia Católica reclama restringir esterilizaciones. La Nación. 18 de octubre de 2003.
63. Asamblea Legislativa. Artículo 75. Constitución Política de Costa Rica. 1949. Reformas hasta 25 mayo 2003.
64. Golcher, Raquel. Iglesia Católica reclama restringir esterilizaciones. La Nación. 18 de octubre de 2003.
65. Madrigal, Mario. Pagina quince. La Nación, 11 de noviembre de 2003.
66. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Constitución Política de la República de Costa Rica. Artículo 140, incisos 3, 18. Año 1949.
67. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 5395 del 30 de octubre de 1973. Ley General de Salud. Artículos 1, 2. 1973.
68. Decreto Ejecutivo 27913-S, del 2 de mayo de 1999: Creación de la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales.
69. Ibidem
70. Asamblea Legislativa. Ley 7142 del 2 de marzo de 1990. Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer.
71. Decreto Ejecutivo 27913-S, del 2 de mayo de 1999: Creación de la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales.
72. Elósegui, María. Fundamentos de bioética y necesidades actuales. Facultad de Derecho. Universidad de Zaragoza. [www.uninet.edu/bioetica/elosegui.pdf](http://www.uninet.edu/bioetica/elosegui.pdf) accedido agosto 2005.
73. Collazo, Eliseo. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cir Esp 2002; 71(6): 319-324.
74. Ibidem.
75. [www.bioetica.bioetica.org/doct21.htm](http://www.bioetica.bioetica.org/doct21.htm)
76. Butta, Phyllis. Consentimiento informado y esterilización voluntaria. guía práctica para administradores de programas. Asociación par la anticoncepción quirúrgica voluntaria. [www.avsc.org](http://www.avsc.org), accedido agosto de 2005.

77. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 28.
78. Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 26.
79. Primarte, Domingo. Situación demográfica mundial. Apuntes de clase. Centro Centroamericano de demografía (CELADE-SUBSEDE). San Jose, 1991. pág. 2.
80. Ibidem. pág. 3.
81. Ibidem. pág. 4.
82. Castañeda, Marina. El machismo invisible. Editorial Grijalbo. México. 2002. Pág. 55-56.
83. [www.worldbank.org/gender/prr/](http://www.worldbank.org/gender/prr/). Accedido agosto 2005.
84. Lagarde, Marcela. Claves feministas para la negociación en el amor. Nicaragua. Puntos de Encuentro. 2001, pág. 28.
85. Primarte, Domingo. Situación Demográfica Mundial. Apuntes de clase. San José, CELADE, 1996, pág. 20.
86. [www.estadonacion.or.cr/info2004/paginas/demografia01.html](http://www.estadonacion.or.cr/info2004/paginas/demografia01.html), accedido mayo 2005.

**Anexo 1**  
**Decreto Presidencial 27913-S**

Centro de Estudios Superiores de Derecho PúblicoCosta Rica  
Normativa de la Administración Pública

27913-S

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA  
Y LA MINISTRA DE SALUD,

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política y de conformidad con los artículos 1º y 2º de la Ley General de Salud.

Considerando:

1º—Que es función del Estado velar por la salud de la población.

2º—Que la salud de la población es un producto social y como tal se construye a partir de las condiciones de vida particulares de los (las) individuos (as), grupos sociales y comunidades.

3º—Que estas concepciones de salud se sustentan en las concepciones de Derechos Humanos políticos, sociales y ambientales y en el desarrollo de la ética en la atención de la salud.

4º—Que nuestro sistema democrático se basa en la libertad individual y en el respeto a los Derechos Humanos y que una sociedad democrática sólo puede crecer y desarrollarse si cada uno de los (las) individuos (as) tienen esa posibilidad en todos los campos de su vida.

5º—Que es responsabilidad indelegable del Estado Costarricense velar por la protección de los derechos a la salud sexual y reproductiva de la población, así como respetar y cumplir los compromisos internacionales asumidos en esa materia, que reconocen el derecho de todas las personas a controlar todos los aspectos de su salud y, en particular, su propia capacidad reproductiva.

6º—Que es obligación del Estado Costarricense respetar el principio de autonomía de voluntad de hombres y mujeres mayores de edad.

7º—Que en la atención de la salud o de la enfermedad se genera la obligación de fortalecer la autonomía y respetar la integridad de las personas para tomar decisiones relativas a su salud.

8°—Que el respeto a la autonomía y a la integridad exigen en los servicios de salud, el intercambio horizontal y respetuoso de conocimientos y saberes, por medio de una verdadera educación y participación social en salud, que hacen posible una construcción solidaria y humana del derecho a la salud. Por tanto, Decretan:

Artículo 1°—Créase la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, en adelante denominada "la Comisión", la cual estará conformada así:

- a) El Ministro de Salud o su representante, quien la coordina.
- b) La Ministra de la Condición de la Mujer o su representante.
- c) El Gerente Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, o su representante del área técnica correspondiente.
- d) Un delegado (a) del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- e) Un delegado (a) del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- f) Un delegado (a) del Colegio de Trabajadores Sociales.
- g) Dos representantes de Organismos No Gubernamentales que trabajan en el campo de la salud de las mujeres.
- h) Un representante de las instancias especializadas en estudios de género de las universidades públicas.

Artículo 2°—Las funciones de la Comisión son las siguientes:

- a) Dar apoyo técnico al Ministerio de Salud en la definición, formulación, diseño y evaluación de las políticas orientadas a garantizar el cumplimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva de las personas que habitan en el país.
- b) Dar lineamientos sobre contenidos y mecanismos de implementación de programas dirigidos a la atención, educación, capacitación, promoción y difusión de los derechos reproductivos y sexuales.
- c) Contribuir en la elaboración de instrumentos jurídicos en salud reproductiva y sexual.
- d) Fomentar la consolidación y funcionamiento de Consejerías en Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales en los diferentes establecimientos de atención en salud.



Artículo 3º—Para lograr una eficiente y adecuada gestión de su parte, la Comisión podrá hacerse asesorar técnicamente por otras instituciones, organismos o personas con experiencia en el tema, tales como la Defensoría de los Habitantes de la República, otros colegios profesionales, universidades, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud u otras instancias necesarias.

Artículo 4º—Se ordena la creación, en todos los niveles de atención de las instituciones públicas y privadas que brinden servicios en salud reproductiva y sexual, una instancia denominada "Consejería en Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales", la cual estará constituida, en lo posible, por un equipo interdisciplinario de profesionales y de ambos sexos capacitados o con experiencia en el tema. Este equipo tendrá la responsabilidad de diseñar y ejecutar las acciones que garanticen el goce de los derechos reproductivos y sexuales de las personas usuarias de sus servicios y de la población a su cargo.

Artículo 5º—La consejería tendrá las siguientes funciones:

- a) Diseñar y ejecutar campañas de educación y divulgación sobre los derechos en salud reproductiva y sexual, métodos de control de la fertilidad y sobre la oferta de servicios de atención al público en esta materia.
- b) Organizar y ejecutar procesos de actualización y capacitación al personal de salud sobre salud y derechos reproductivos y sexuales.
- c) Ofrecer información y atención individual y grupal a las personas usuarias de los servicios de la institución sobre las ventajas, limitaciones y contraindicaciones de los diferentes métodos de control de la fertilidad (temporales y permanentes), y apoyar la selección del método más conveniente en cada caso; reconociendo, valorando y respetando los valores del (la) usuario/a.
- d) En caso de que el método seleccionado por la persona usuaria sea la anticoncepción quirúrgica deberá suscribir un documento en el cual manifieste su consentimiento informado, en el que se debe consignarse al menos: 1- la voluntad de la persona a ser sometida a dicho procedimiento; 2- que aparte de la información facilitada por la Consejería conoce las consecuencias

irreversibles en su capacidad reproductiva respetándose el derecho al consentimiento informado y 3- libera de toda responsabilidad al médico/a tratante y a la institución que la practique bajo el principio del apego a las leyes del buen arte médico.

Artículo 6º—La Consejería debe garantizar que en todas las acciones que realice se reconozcan las necesidades específicas por género, grupo étnico, condición socioeconómica e identidad étnica dentro de las normas legales existentes, en forma particular a las personas menores de edad, indocumentadas y a la población no asegurada.

Artículo 7º—El presente decreto ejecutivo es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud, tanto de los servicios públicos como privados donde se ejecuten programas y servicios de atención sobre salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres.

Artículo 8º—Se deroga el decreto ejecutivo N° 18080-S del 22 de marzo de 1988, publicado en "La Gaceta" N° 95 de 18 de mayo de 1988.

Artículo 9º—Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.—San José, a los catorce días del mes de mayo de mil novecientos noventa y nueve.

MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ ECHEVERRIA.—La Ministra de Salud a. i., Dra. Xinia Carvajal Salazar.—1 vez.—(Solicitud N° 20046).—C-8400.—(34958).

**Anexo 2**  
**Ley de Promoción de la Igualdad  
Social de la Mujer**

**Anexo 3**  
**Análisis del artículo 123 del Código**  
**Procesal Penal según la Defensoría**  
**de los Habitantes**

### ANEXO 3

A continuación se transcribe el análisis de la Defensoría de los Habitantes con respecto al artículo 123 del Código Penal . (Informe final con recomendaciones. Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 26).

“Una de las razones más difundidas que se han utilizado para no practicar las vasectomías en algunos hospitales como el San Juan de Dios, es la posibilidad de que al realizar una vasectomía, podrían ser acusados (los profesionales en salud) por el delito de lesiones gravísimas del artículo 123 del Código Penal.

El artículo dicta lo siguiente:

*-Se impondrá prisión de tres a diez años a quien produzca una lesión que cause una disfunción intelectual, sensorial o física o un trastorno emocional severo que produzca incapacidad permanente para el trabajo, pérdida del sentido, de un órgano, de un miembro, imposibilidad de usar un órgano o un miembro, pérdida de la palabra o pérdida de la capacidad de engendrar o concebir-*

El supuesto de los médicos urólogos es equívoco y resuelto perfecta y claramente por la teoría del delito. A continuación se realizará un análisis de la figura de las lesiones gravísimas.

Para saber si una acción constituye delito, se debe realizar tres preguntas:

1. ¿Es el hecho cometido el prohibido por la norma?
2. Si es el prohibido por la norma, ¿Estaba en las circunstancias en que se realizó autorizado?
3. ¿Es el responsable el autor del hecho prohibido y no autorizado?

En la primera pregunta se refiere a la **teoría del tipo penal y la tipicidad**. *El tipo penal es una descripción contenida en la ley de una acción contraria a una norma y la tipicidad es la característica de una acción efectivamente realizada de subsumirse bajo el tipo penal*. En otras palabras, el tipo penal es la descripción de la acción en que se encuentra la norma.

En cuanto a la segunda pregunta, es la **teoría de la antijuricidad** la que debe aplicarse. Esta trata de establecer en qué casos una acción típica (contraria a una norma) está justificada (autorizada) y si la acción concreta que se juzga pertenece a estos supuestos.

La última responde mediante **la teoría de la culpabilidad**, que determina bajo qué condiciones el autor de una acción prohibida (típica) y no autorizada (antijurídica) es responsable. De este análisis se puede concluir entonces que un delito es una acción típica, antijurídica y culpable.

Es importante por lo tanto, analizar si la realización de una salpingectomía o vasectomía constituye el delito de lesiones gravísimas. Ambas operaciones quirúrgicas tienen como resultado la pérdida de la capacidad de engendrar o concebir; por lo tanto, cumplen con el requisito de tipicidad, ya explicado anteriormente.

Sin embargo, el punto más relevante se encuentra al analizar la antijuricidad de la acción. Muchos autores han llamado recientemente antijuricidad, como *justificación*, refiriéndose a la situación que se da cuando alguien ha obrado lesionando una norma, pero no el orden jurídico, es decir, que ha realizado una acción típica, pero adecuada a derecho o justificada. Todos estos supuestos de justificación, son llamados causas de justificación y tienen ciertas características, entre las que se encuentra el hecho de que contienen una autorización o permiso para la realización de la acción típica. Específicamente en este caso, la causa de justificación se aplica para eliminar o descartar la antijuricidad, es el consentimiento informado.

El consentimiento sólo tiene relevancia allí donde la lesión recae sobre un bien jurídico sobre el cual el sujeto pasivo tiene derecho a disposición. Los derechos sexuales y reproductivos como el derecho a decidir el número de hijos y e intervalo entre ellos son derechos disponibles; por lo que en este caso, el consentimiento constituye una causal de justificación.

Como es claro, tanto la realización de una vasectomía como de una salpingectomía tienen como resultado una conducta que encaja en el tipo penal de lesiones gravísimas, pero no constituye delito mientras se realice de acuerdo con el ordenamiento jurídico; en el sentido de que debe haber un consentimiento previo a la operación de quien se va a someter a la misma, convirtiéndose esta autorización en la justificación de la acción típica e impidiendo de esta manera, que ésta constituya un delito.

La Sala Constitucional ha externado esta misma opinión, al afirmar que el someterse a la cirugía no consiste en daño físico, sino en el ejercicio legítimo del derecho a la salud reproductiva, que implica la libertad de elegir un método permanente de anticoncepción,

consagrado en los instrumentos internacionales ya mencionados y suscritos por el gobierno costarricense (Resolución No. 37891-2002, Sala Constitucional, Corte Suprema de Justicia).

Además, y para dejar aún más claro el hecho de que una operación quirúrgica realizada después de un consentimiento informado no constituye el delito de lesiones gravísimas, se encuentra el artículo 129 del Código Penal.

*No son punibles las lesiones que produzcan, al lesionado con su consentimiento, cuando la acción tiene por fin beneficiar la salud de otros.*

No se puede sancionar al médico por la realización de una vasectomía o salpingectomía, pues la figura de consentimiento informado actúa como causal de justificación en la aplicación de la figura de lesiones gravísimas y además, existe un artículo específicamente salvando las lesiones consentidas por motivos de salud.

Por lo anterior, el temor de ser acusados penalmente en virtud del artículo 123 del Código Penal, no es una razón fundante para que los especialistas en urología no realicen vasectomías. Resulta interesante que el gremio de ginecología ni siquiera se lo cuestiona, tal y como demuestra en la estadísticas antes expuestas”. (Informe final con recomendaciones.

### **Bibliografía.**

Investigación sobre la salud sexual y los derechos reproductivos. Defensoría de los Habitantes, mayo de 2005, Costa Rica. Pág. 27-29.

**Anexo 4**  
**Hoja de consentimiento informado**  
**CCSS**