

Recopilación de Datos Nacionales

Elaborado por la Oficina del Fondo de Población de las Naciones (UNFPA), Costa Rica

De cara a la realización de la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo, que tendrá lugar en Montevideo del 12 al 15 de agosto del 2013.

El país ha progresado significativamente en la implementación de compromisos internacionales, especialmente en el ámbito formal. En la respuesta oficial que el país envió al Cuestionario de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su seguimiento después de 2014, realizada en el año 2012, destacó como logros más relevantes de los últimos 20 años desde la CIPD (1994) la aprobación de leyes y políticas orientadas a garantizar los derechos de las personas con una clara orientación a los principios contenidos en la CIPD y su Plan de Acción.

Brechas de inequidad

El país enfrenta importantes desafíos para la implementación de estos avances formales y para generar transformaciones que permitan combatir la desigualdad y la discriminación. A pesar de que los indicadores sociales nacionales son muy positivos y de que el país tiene una legislación amplia e importantes políticas sociales aprobadas, se evidencian brechas de desigualdad relevantes que han ido aumentando en las últimas dos décadas (esto se expresa mediante el Índice de Gini, el cual a pesar del cambio metodológico implementado por el INEC para su cálculo ha mostrado una tendencia clara en su aumento llegando a ser en el 2012 de 0,513 por hogar y 0,518 por persona). La brecha entre ricos y pobres ha tendido a aumentar en las últimas décadas. Para el 2012, el promedio del ingreso del 20% más rico fue 18,10 veces mayor al ingreso del 20% más pobre.

El Índice de Desarrollo Humano Cantonal (2011) indica que 47,2% de la población costarricense vive en cantones que se encuentran en las categorías de Media Baja y Baja. Además 24,2% de la población y 21,3% de los hogares se encontraban viviendo bajo la línea de pobreza y 6,0% en extrema pobreza en el 2010.

Existen significativas brechas de equidad por razones de género, edad, etnicidad y estatus migratorio, orientación sexual e identidad de género, entre otras, lo que determina la existencia de poblaciones vulnerables y expuestas, en mayor medida, a situaciones de violencia, desastres naturales, desempleo y discriminación, así como limitado acceso a la educación y a los servicios de salud sexual y salud reproductiva y a dificultades para una adecuada representación política y participación en espacios de toma de decisiones.

La mortalidad materna en el país, aunque reducida en números, constituye un significativo trazador de inequidades que permite visibilizar la intersección de diferentes sistemas de opresión y las dramáticas implicaciones que tienen en la vida y la salud de las personas, familias y comunidades. Existen factores socioeconómicos asociados al riesgo de una muerte materna e incluso brechas geográficas (por ejemplo la tasa de mortalidad materna es más alta en las provincias de Limón y Puntarenas, con tasas de 52 y 41 muertes maternas

por 100.000 nacidos vivos respectivamente, y en Limón representó 3,6 veces el promedio nacional). Las demoras en la institución para tratamiento apropiado y traslado oportuno, una vez que la mujer ha acudido a los servicios, constituyen factores determinantes de estas muertes, las cuales por tanto reflejan problemas de calidad en la atención del embarazo, el parto y el puerperio. A su vez, se calcula que por cada mujer que muere debido al embarazo y al parto, hay entre 20 y 30 que sobreviven con secuelas graves que tienen un impacto personal, familiar y social significativo. Desde una visión más amplia, estas muertes maternas y lesiones prevenibles, podrían considerarse una expresión de las desigualdades de género y de la violencia estructural e institucional contra las mujeres que es necesario enfrentar.

Costa Rica, un país en transición demográfica

Según estimaciones del Censo de Población del 2011, la población de Costa Rica para el año 2011 era de 4.3 millones. De estas personas 49,1% correspondían a hombres y 50,9% a mujeres. Según estimaciones del INEC con base este Censo aproximadamente el 36% de la población nacional se encuentra entre los 15 y 34 años y poco más del 29% es menor de edad. Estos datos que corrigen las estimaciones del Censo del 2000 dejan en evidencia que la transición demográfica y el proceso de envejecimiento del país avanza más aceleradamente de lo que se esperaba.

Por su parte, en el contexto de las dificultades que ha enfrentado el Estado para lograr disminuir la proporción de personas pobres, que se mantiene alrededor del 20% y que en el 2011 afectó al 21,6% de los hogares costarricenses, un aspecto alarmante, es que casi la mitad de las personas pobres (45%) corresponden a niños, niñas y adolescentes. Asimismo, datos de la ENAHO 2011 y 2012, muestran que la mayor parte de los hogares en pobreza y pobreza extrema están a cargo de una mujer.

Por su parte, según la Evaluación de Políticas Nacionales de Juventud en Costa Rica (OIJ-VMJ-MCJ; 2006) si bien el gasto público real en colones por joven aumentó entre 1996 y el 2006 casi al doble (pasando de 215,4 colones a 427,4 colones constantes) cuando se aplican los efectos internacionales como es la tarifa cambiaria, los resultados señalan que hay un descenso del gasto público real por joven en este período. De tal manera, mientras que en 1996 el sector público gastaba \$0,98 dólares por joven en términos reales, en el año 2006 disminuye a \$0,86 dólares.

Algunos datos y evidencias sobre Salud Sexual y Reproductiva

La ENSSR (2010), demostró que más del 93% de la población está de acuerdo con que los centros educativos impartan educación para la sexualidad y la forma correcta de usar métodos anticonceptivos. A pesar de esto, según el Informe Nacional de Seguimiento de la Declaración de Compromisos sobre el VIH y sida (2010), en Costa Rica solo 17% de los centros de educación secundaria impartió educación sobre el VIH basada en las actitudes para la vida durante el último curso académico y no es sino hasta el 2012 que el Consejo Superior de Educación aprobó una propuesta de programas sobre Sexualidad y Afectividad para iniciar su implementación en el curso lectivo del 2013.

En relación con la salud sexual y reproductiva, la tasa global de fecundidad paso de 2,0 a 1,8 hijos por mujer en 2005 y 2010 respectivamente y si bien la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010), mostró una alta prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (82,2 %), el 11,6% de las mujeres no tiene satisfechas sus necesidades de planificación familiar y el 47% de las mujeres reportaron como no deseado su último embarazo, siendo este reporte más alto entre adolescentes (70%).

En los últimos diez años, la incidencia y la prevalencia del VIH en Costa Rica ha experimentado una tendencia general ascendente, aunque con algunas variaciones interanuales; y aunque la prevalencia en personas jóvenes entre 15 y 24 años se estima en 0.05% (Ministerio de Salud, 2010) la epidemia se ha concentrado y ha afectado principalmente a hombres que tienen sexo con otros hombres, con una prevalencia de 10.9 por ciento.

Igualmente preocupante es la incidencia y prevalencia de otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Así por ejemplo la tasa de incidencia de sífilis en el país alcanzó 19,25 por cada 100,000 habitantes en el 2010 y la prevalencia de sífilis activa para HSH y trabajadoras sexuales fue para el 2009 de 13,7% y 12,9% respectivamente. Por su parte, la tasa de sífilis congénita se ha incrementado alarmantemente de 0,7 por mil nacimientos en 1994 a 0,97 en el 2010 siendo los factores de riesgo asociados el tener más de un compañero sexual, la condición de no aseguramiento y la mala calidad del control prenatal.

Estos datos sugieren la necesidad de mejorar el manejo de información y el desarrollo de conductas protectoras por parte de la población. Mientras que de los casos registrados de VIH en el 2005, el 43,3 por ciento eran personas entre los 15 y 24 años de edad, solo 14.4% de las personas entre 15 y 17 años maneja la información básica sobre el VIH para protegerse (vías de transmisión y formas de prevención) y solo 31,1% de las personas jóvenes identifican correctamente las formas de prevención del VIH. La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, a pesar de ello la evidencia muestra que aún persiste una limitada percepción del riesgo en cuanto a las relaciones sexuales genitales no protegidas. De hecho, según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010 (ENSSR 2010), las personas adolescentes perciben menor el riesgo frente al VIH (21,9%) que las personas en edad reproductiva, de 15 a 49 años (33,64%).

A pesar del amplio reconocimiento del condón como método de protección frente al VIH y otras ITS, el reporte de uso del condón entre 1999 y 2010 se redujo en 1,9%. De la población encuestada en la ENSSR 2010, solo 18,4% reportó usar el condón en todas las relaciones sexuales (usando como referencia la penetración vaginal por ser la práctica más común entre la población) y solo 25,9% reportó haberlo usado en su última relación sexual.

El uso del condón es bajo en todos los grupos de edad sin llegar a superar el 40% en ningún caso para el uso sistemático (en el 100% de las veces) y siendo las mujeres las que menos reportan su uso, lo cual evidencia las dificultades de control sobre el método que tienen las mujeres y la exposición diferencial por género. Menos de la mitad de las y los adolescentes reportaron haber usado el condón en todas las relaciones sexuales sostenidas durante el último año y una cantidad importante reportó no haber usado condón en ninguna de éstas (Ministerio de Salud, 2010).

Todos estos datos evidencian, la necesidad de programas amplios, integrales en educación de la sexualidad, prevención de las ITS, incluido el VIH y de servicios de calidad y amigables en salud sexual y reproductiva para las poblaciones adolescentes y jóvenes, que aseguren además el acceso ágil a métodos de protección, y que se ajusten a sus necesidades y características. De igual manera, desde un enfoque de diversidad, los servicios además deberían considerar las necesidades específicas de poblaciones sexualmente diversas.

Algunos datos y evidencias sobre acceso y disponibilidad de anticonceptivos

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del 2010, publicada por el Ministerio de Salud indica que el 80% de los hombres y el 66% de las mujeres habían iniciado las relaciones sexuales antes de cumplir los 19 años y según esa misma encuesta de la totalidad de personas jóvenes que iniciaron sus relaciones sexuales, únicamente un 59.6% refiere uso regular de métodos anticonceptivos.

Además, la oferta anticonceptiva en Costa Rica es limitada particularmente en cuanto a píldoras (anticonceptivos de segunda generación). En la Caja solo existen dos tipos de píldoras anticonceptivas, las cuales contienen altas dosis de hormonas (como estrógenos), lo cual genera más efectos secundarios (dolores de cabeza, aumento de peso, vómitos y náuseas) y aumenta las probabilidades de abandono del método con los riesgos asociados.

Por su parte, tal como lo ha señalado el Servicio de Ginecología y la Clínica de Adolescentes del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia en relación con las mujeres adolescentes, dentro de las causas de no uso o mal uso de anticoncepción se reporta la dificultad para tomar los medicamentos, olvidos en la hora y el día de toma además del miedo a los efectos secundarios que se asocian al uso de acetato de medroxiprogesterona (DPP) de la CCSS (aumento de hasta 25% sobre el peso base de la persona, disminución en densidad mineral ósea, dificultad para el retorno a la fertilidad, etc.). Por estas razones no se recomienda como primera opción anticonceptiva para adolescentes.

Se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación, por lo cual el uso de métodos que no requieran un régimen diario puede ser más apropiado. (Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, OMS; 2005).

De igual modo, de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los Criterios Médicos de Elegibilidad de los Métodos Anticonceptivos vigentes hasta el 2012, no se recomienda, como primera opción para personas adolescentes, el uso de inyectables solo de progestágeno (categoría 2 en los criterios médicos de elegibilidad).

Además, en Julio de 2011, el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su periodo de sesiones 49 de sesiones de julio le expresa al estado Costarricense su preocupación por las dificultades de las mujeres para acceder a los métodos anticonceptivos más seguros y tecnológicamente más avanzados y por la disponibilidad de esos métodos. Y a su vez le recomienda “e) adopte medidas para

facilitar el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos de tecnología avanzada y fomentar su disponibilidad”.

De igual forma en su 57th periodo de sesiones del 30 de mayo al 17 de junio de 2011, el Comité de los Derechos del Niño, evidencia su preocupación ante Costa Rica por, a) la elevada tasa de embarazos precoces (uno de cada cinco partos de madres menores de 19 años); e) el bajísimo índice de uso del preservativo, la falta de programas de educación sexual, y el limitado acceso de los adolescentes a la información y a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Este Comité, tomando como base la Recomendación General N°14 relativa a la salud y el desarrollo de los adolescentes, recomienda al país, “b) Elabore y ponga en práctica una política pública intersectorial relativa a la salud y los derechos sexuales y reproductivos que esté dirigida a los adolescentes dentro y fuera del sistema educativo, y tenga en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, la sexualidad sana, la prevención de embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y la accesibilidad y el uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos”.

Algunos datos y evidencias sobre atención integral en salud para adolescentes

La cobertura de la población adolescente en los servicios de salud de la C.C.S.S., al año 2009 alcanzó solamente un 40% en promedio a nivel nacional (Compromisos de Gestión, CCSS, 2009).

La estructura institucional de la CCSS no está diseñada para la atención diferenciada de la población adolescente, ya que los y las adolescentes en etapa temprana son atendidos(as) en servicios de pediatría, y en etapas media y tardía se les atienden en el resto de los servicios de la C.C.S.S., los cuales no son amigables para la atención de adolescentes porque su diseño, funcionalidad y personal a cargo tienen como objetivo a la población adulta.

Tradicionalmente, la CCSS ha cubierto las necesidades de salud de la población del país en tres grandes bloques etarios: la niñez (desde el nacimiento hasta los 13 años de edad, con el Hospital Nacional de Niños como eje central y los servicios de pediatría a lo largo de todo el territorio nacional), la población adulta (contándose con todos los servicios institucionales diseñados en general para personas mayores de 18 años de edad); y finalmente, la atención de la persona adulta mayor a partir de los 65 años de edad (con el Hospital Blanco Cervantes como eje central y los servicios de geriatría ubicados en una buena parte de los centros de atención en el país).

Luego de la reforma al sector salud y el proceso de modernización institucional de 1998 la prestación de los servicios de atención en salud involucran el abordaje integral de la salud de las personas, incluyendo a los y las adolescentes, bajo las modalidades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud distribuidos en tres niveles de atención según la complejidad del problema de salud. En esta fase se estableció la sectorización por Áreas de Salud y se crearon los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) como un primer nivel de atención que constituye la puerta de entrada de la población a los

servicios de la CCSS. Para junio del 2013 en el país existen ya 1005 EBAIS contando, cada uno de ellos, con un médico(a) general encargado(a) de la atención de la población general de un área geográfica particular, de la cual se calcula que aproximadamente un 20% son adolescentes.

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) como una instancia técnica adscrita a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia Médica, que incluye a la Comisión Técnica de representantes de clínicas metropolitanas, hospitales nacionales y regiones, elaboró normativas generales y estrategias técnicas para mejorar la atención de las personas adolescentes en los servicios de la CCSS.

Sin embargo, una restructuración posterior de la Gerencia Médica en el año 2007 eliminó los programas en el nivel central en función de la propuesta de atención integral en el nivel local, aunque desde ese año al momento presente no se generaron lineamientos ni normas particulares para el abordaje de la población por grupos etáreos.

En el momento actual, la Junta Directiva de la CCSS está revisando los resultados generales de la restructuración anterior y se ha iniciado un reajuste de funciones, entre estos ajustes se revocó la eliminación de los programas y oficialmente ya restauraron los mismos al Nivel Central, entre estos el de Atención Integral a la Adolescencia.

Esta situación conlleva la tarea que desde el nivel central se emitan normativas actualizadas y se brinde acompañamiento técnico para el abordaje de la población en los tres niveles de servicios de salud, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención con el ofrecimiento de servicios que llenen las necesidades en salud particulares de la población adolescente, cumpliendo con criterios de calidad y amigabilidad.

En el caso de la población adolescente se requiere no solo la actualización de guías de atención y normativa específica, sino de la elaboración de estrategias novedosas para el abordaje de las personas adolescentes en los servicios de salud. Esto implica procesos de revisión de mecanismos de intervención innovadores, preferiblemente basados en evidencia, y que se ajusten a las necesidades exclusivas de esta población según sus propios criterios y por las prioridades específicas determinadas por los diagnósticos de salud locales y nacionales, así como las particularidades de los adolescentes según su proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto familiar, comunitario y socioeconómico específico.

Es bajo este contexto que se propone una actualización del Modelo de Atención de la Población Adolescente en la CCSS, que entre otros aspectos defina la calidad y la amigabilidad de los servicios para esta población de acuerdo a la evidencia y experiencia internacionales, y que se incluyan en el nuevo modelo las estrategias requeridas para la implementación exitosa de estas propuestas.

La revisión del Modelo de Atención busca la incorporación de nuevas estrategias de atención y guías de manejo que partan de medicina basada en la evidencia y paradigmas modernos que incluyan la consulta y participación de las personas adolescentes en todo el proceso de construcción de la salud, desde la planificación hasta la prestación de los servicios. Además, se busca que las intervenciones no se circunscriban a acciones

meramente biomédicas centradas alrededor de la curación de la enfermedad, sino que cumplan con los principios de la seguridad social costarricense, los principios de la salud integral y nuevos paradigmas no médico-centristas ni adulto-centristas, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y situaciones de riesgo. Se espera entonces que el trabajo por realizarse incluya además de la revisión de documentos y consulta a expertos, la consulta y participación activa de población adolescente de al menos áreas urbanas y rurales del país.

Algunos datos y evidencias sobre embarazo en adolescentes

Si bien las tasas específicas de fecundidad de todos los grupos de edad han bajado, la tasa específica que menos ha experimentado descenso es la del grupo de mujeres adolescentes y jóvenes entre 15-19 años que según el INEC / Centro Centroamericano de Población – CCP-, fue de 64 por cada 1000 para el 2010 y los nacimientos en mujeres adolescentes representaron el 18.7% del total de nacimientos del país, por lo cual el embarazo en la adolescencia continua siendo un tema prioritario.

El embarazo de niñas y adolescentes representa el origen y el resultado de múltiples violaciones de derechos, una amenaza para su desarrollo, así como una expresión clara de la violencia sexual contra las mujeres, ejercida desde muy temprana edad y tolerada culturalmente. Según el INAMU (2011), entre el 2002 y el 2008 se reportaron 10.674 embarazos de niñas entre 10 a 14 años.

En la mayor parte de estos nacimientos, los padres fueron hombres adultos. Según datos del INEC, en el 2011, el 85.2% de los nacimientos de madres entre 10 y 14 años fueron de padres mayores de 18 años. Esta situación, que según la legislación vigente constituye delito, generalmente no se traduce en denuncias. Asimismo, el número de nacimientos en el grupo de adolescentes entre 10 y 14 años que reporta estar en una relación de convivencia, ha ido creciendo pasando de 112 casos en el 2002 a 232 en el 2009.

Algunos datos y evidencias sobre violencia de género

La discriminación que enfrentan las mujeres tiene como su expresión más dramática la violencia, que es experimentada en diversas áreas de la vida social, económica, política y cultural, y que afecta de manera particular algunos grupos, por razones de etnia, edad, status migratorio, condición socioeconómica, orientación sexual, identidad de género, entre otros. Entre las distintas formas de violencia, la violencia sexual, experimentada tanto dentro como fuera de contextos familiares, es una realidad particularmente preocupante, por su fuerte arraigo cultural y por las deficiencias en la respuesta institucional.

Los datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, realizada en el año 2003, indican que el 57,7% de las mujeres reportó haber experimentado violencia física y sexual en algún momento de sus vidas, 21% reportó haber sido víctima de abuso sexual antes de los 15 años y a un 26% las han tratado de forzar a tener relaciones sexuales o las han violado. Casi la mitad (49.6%) de las encuestadas reportaron sufrir o haber sufrido violencia psicológica por parte de sus parejas. Según datos del Poder Judicial, para el año 2011 de un total de 62 mujeres asesinadas 40 fueron femicidios es decir, asociados a la

condición de ser mujeres o por el hecho de serlo. 12 de los mismos fueron cometidos por esposos o compañeros (había medidas de protección en casi la mitad de estos casos) y 28 por ex-parejas, otros miembros de la familia, o donde medió la violencia sexual por conocidos o desconocidos.

En el año 2011 se recibieron 6503 denuncias por delitos sexuales, siendo el 88.8% de delitos sexuales cometidos contra mujeres y el 60% de las violaciones hacia personas menores de edad.

El acceso a la justicia sigue continúa siendo un desafío significativo. Un estudio realizado por el INAMU, a partir de las denuncias concluidas en el año 2011 en el marco de la Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres, determinó que la razón principal por la que fenecen es por desestimación, aglutinando el 79,7% del total concluido.

Asimismo persisten importantes obstáculos y desafíos para el acceso de las mujeres víctimas de violencia sexual a la justicia y a una atención integral, presentándose revictimización en los servicios de salud, seguridad y justicia,

Cabe destacar la permanencia de aspectos culturales que perpetúan la violencia hacia las mujeres y dificultan el acceso a la justicia, afectando la credibilidad de las víctimas y propiciando la revictimización de las mismas en el proceso judicial. Asimismo se enfrentan desafíos por la falta de una adecuada representación legal de las víctimas, como ha sido señalado por la Secretaría Técnica de Género del Poder Judicial.

Es importante destacar como una expresión de la violencia de género, la discriminación que sufren personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (población LGTBI), que al desafiar los roles de género tradicionalmente masculinos y femeninos, se convierten también en víctimas de violencia física, sexual y psicológica que es invisibilizada socialmente. Sin embargo, la violencia contra estas poblaciones no está suficientemente reconocida y documentada.

Algunos datos y evidencias sobre derechos reproductivos

Si bien el número de muertes maternas es reducido, no podemos afirmar que es un problema resuelto para Costa Rica; dicho indicador ha mantenido un estancamiento histórico e incluso la tendencia de los últimos veinte años muestra alta variabilidad, con altibajos constantes. Además, los datos resultan alarmantes considerando que el 85% de las muertes de madres son prevenibles (Ministerio de Salud, 2005).

Según reportes del Ministerio de Salud, el cáncer de mama, que afecta principalmente a las mujeres, ocupa el primer lugar tanto en mortalidad como en morbilidad y ha venido en ascenso. El cáncer de cérvix ha venido disminuyendo. El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más diagnosticado en hombres y constituye la segunda causa de muerte más relevante en esta población.

La realización del derecho a decidir de forma libre, informada y sin coacción sobre la propia fecundidad, continúa siendo un importante desafío. Un dato relevante es que el

embarazo no deseado pasó de un 42% en 1999 a 47% en 2010. En el caso de adolescentes, el porcentaje en el 2010 llega a un 70%. El país no ha logrado disminuir significativamente los embarazos en mujeres adolescentes.

Como se señaló anteriormente existe un déficit en el acceso a métodos seguros y avanzados de anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia, existiendo mitos y desinformación en proveedores de servicios y población en general.

Existe legislación y mandatos internacionales sobre derechos reproductivos que no se implementan adecuadamente en el país, debido a que no hay reglamentos y protocolos institucionales, así como a persistencia de mitos y creencias personales que obstaculizan su puesta en práctica. Tal es el caso del aborto terapéutico y de la Fertilización In Vitro. En el primer caso, se hace necesario revisar el concepto restringido de salud que suele aplicarse en la práctica.

Con relación a la violencia sexual, es necesario mejorar la atención integral a víctimas de violencia sexual, incluyendo la atención psicosocial y la prevención de VIH, ITS y embarazos no deseados productos de violaciones. Existen algunos avances en la elaboración de protocolos, que requieren ser reforzados para garantizar su plena implementación.

Persisten estereotipos de género y patrones culturales que dificultan el acceso a la justicia y la prestación de servicios en SS/SR sensibles al género y basados en un enfoque de derechos humanos. Entre estas, prevalecen concepciones que reducen el valor de las mujeres a su capacidad reproductiva y de cuidado (visión instrumental), negando su valor como seres integrales y con derechos.

Algunos datos y evidencias sobre derechos económicos, trabajos, cuidados y participación

Por otra parte, persisten importantes desigualdades de género en el acceso a los recursos y derechos económicos, siendo las mujeres las más afectadas por la pobreza, las que suelen tener la mayor carga de trabajo y menos oportunidades y reconocimiento de derechos laborales.

Según un estudio liderado por el INAMU sobre brechas de género, para el año 2009 41.5% de las mujeres no disponían de ingresos propios versus un 16,8 de los hombres. Datos de la ENAHO 2011 y 2012, muestran que la mayor parte de los hogares en pobreza y pobreza extrema están a cargo de una mujer. Y entre más pobres son los hogares más reportan tener una mujer como “jefe de hogar”. En el año 2012 del total de la muestra de hogares 34.6% reportaron tener jefatura femenina. En el caso de los hogares pobres este porcentaje asciende a un 38,9%, y para aquellos en pobreza extrema es del 41,4%.

La misma encuesta muestra que existen significativas brechas de género en relación con la participación en el mercado laboral y el desempleo, que ubican a las mujeres en condición de desventaja. Mientras los hombres tuvieron una tasa neta de participación de 76,0%, las mujeres tuvieron un 45,2%. La tasa de desempleo de los hombres fue menor que la de las mujeres, ellos obtuvieron 6,2% y ellas un 10,2%. Por otra parte, las mujeres siguen siendo

las más afectadas por el subempleo (insuficiencia de horas), con un 17,6% contrapuesto a 11,4% de los hombres. Al estar muchas de las mujeres en jornadas parciales y en trabajos informales y de menos calidad, enfrentan mayores dificultades para el disfrute de garantías laborales y seguridad social.

La brecha salarial que ubica a las mujeres en desventaja respecto a los hombres se mantiene en todos los niveles educativos, profundizándose en los niveles educativos más bajos. Para el 2009 las mujeres con educación primaria incompleta recibieron salarios 31% menores que los hombres de su mismo nivel. La diferencia salarial, en hombres y mujeres con grado universitario fue de 20%.

Por otra parte, la carga global de trabajo de las mujeres es mayor que la de los hombres, y son ellas quienes llevan la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, limitando su realización y ejercicio de derechos en otras áreas. Según la Encuesta de Uso del Tiempo realizada en la GAM (2011), la carga global de las mujeres fue de 72:56 horas semanales versus 65:47 horas semanales de los hombres. En cuanto al trabajo doméstico no remunerado fue de 37:29 horas para las mujeres y de 15:43 horas para los hombres.

Asimismo las mujeres siguen enfrentando mayores dificultades para acceder a puestos de poder y decisión tanto en espacios laborales, como en espacios de organizaciones y participación política. Con relación a la participación política, gracias a los esfuerzos de las últimas décadas, una mayor cantidad de mujeres han logrado llegar a puestos de representación, sin embargo, aún no se logra una verdadera paridad – lo cual es evidente en el análisis de los primeros puestos de las papeletas y en los puestos de elección unipersonales como las alcaldías y vicealcaldías, estando estas últimas ocupadas principalmente por mujeres - y ellas suelen enfrentar situaciones de discriminación y acoso político por su condición de género. Asimismo un desafío importante es que la presencia de las mujeres no representa necesariamente un avance en la agenda de derechos y empoderamiento de las mujeres. Un dato revelador es que en la década de los noventa se aprobó más legislación favorable a estos derechos que en la década del dos mil, en la que hubo más representación de mujeres en la Asamblea Legislativa.