

## A N E X O

Principales hallazgos del tercer informe del estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en costa rica

# Inversión social en niñez y adolescencia

En el año 2002 la Universidad de Costa Rica, con el apoyo técnico y financiero de UNICEF, presentó al país el Tercer Informe del Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica: inversión social en niñez y adolescencia, cuyo objetivo general fue relacionar los derechos sociales de las personas menores de edad y su vinculación con la inversión pública, como instrumento fundamental de la política social y para hacer cumplir la obligación del Estado de velar por los derechos de este grupo. Por considerarlo un tema de amplio interés público, que además está entrañablemente ligado a los objetivos del desarrollo humano, el Consejo Consultivo del Proyecto Estado de la Nación consideró oportuno presentar la siguiente síntesis de los principales hallazgos de ese Informe<sup>1</sup>.

## Introducción

En los últimos años, gracias a la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por las Naciones Unidas en 1989, se ha dejado de concebir a los niños, niñas y adolescentes sólo como objetos de protección y se les ha reconocido como ciudadanos en el marco de su propio desarrollo socio-biológico y afectivo, es decir, se han convertido en actores y sujetos sociales y, por consiguiente, en personas participativas, concientes de sus derechos y activas en exigirlos. La perspectiva incorporada en este tratado internacional da lugar a lo que se denomina el enfoque de los derechos de la niñez y de la adolescencia,

el cual constituye el marco de referencia de los informes Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (EDNA).

La Convención sobre los Derechos del Niño y el Código de la Niñez y de la Adolescencia, que constituyen el marco jurídico nacional aprobado en 1998, establecen, entre otros, los derechos de las personas menores de edad a: beneficiarse de un nivel adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; disfrutar del más alto nivel de salud y tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación; a la seguridad social; a una educación que les permita desarrollar su personalidad, sus aptitudes y habilidades mentales y físicas hasta el máximo de sus capacidades, a fin de prepararlos para una vida adulta activa y responsable; al esparcimiento, el juego y actividades culturales. El Estado debe garantizar el cumplimiento de todos estos derechos. Este es un compromiso asumido por Costa Rica a nivel internacional, en virtud de la ratificación de la Convención en 1990, el cual le impone obligaciones éticas y responsabilidades jurídicas amparadas en el derecho internacional.

El enfoque de derechos, utilizado en el análisis del EDNA 2002, implica observar las violaciones a los derechos como una *exclusión social*. En este sentido se adopta lo que algunos autores han denominado el enfoque de la exclusión social, para analizar con mayor amplitud el tema de la pobreza y puntualizar políticas más precisas, al examinar los obstáculos particulares en cada uno de los derechos señalados. La

incongruencia entre los compromisos jurídicos y las posibilidades económicas plantea también una contradicción entre las prioridades sociales y económicas según el enfoque conceptual empleado. Se pueden distinguir dos enfoques opuestos: el *enfoque neoliberal*, que se basa en la estabilidad económica como prioridad y el mercado como el regulador de la asignación de recursos, para el cual el bienestar social es resultado de la acción del mercado, principalmente por el “efecto cascada”, y un *enfoque alternativo* de “desarrollo con rostro humano”, el cual plantea un crecimiento económico dirigido a lograr prioritariamente objetivos sociales como una mejor distribución del ingreso y la riqueza, así como la disminución de la pobreza mediante políticas fiscales y de empleo fomentadas por la intervención estatal.

La articulación de la política económica y social, por lo tanto, es diferente según el enfoque adoptado y según las prioridades que se definan. Si las prioridades son los objetivos sociales, la política económica debe servir de instrumento para lograrlos; si las prioridades son la estabilidad económica y el crecimiento, la política social queda relegada a un carácter asistencialista. No obstante, la capacidad de la inversión social, como instrumento fundamental de la política pública para cerrar las brechas sociales y hacer cumplir los derechos de la niñez y la adolescencia, requiere que el Estado cuente con la capacidad institucional y los recursos necesarios para intervenir eficientemente.

El déficit del sector público y el endeudamiento que éste provoca plantean una seria limitación, no sólo para aumentar los niveles de inversión social, sino para mantener los niveles actuales. Menos aún si se considera un espectro más amplio de variables para analizar las necesidades de inversión en los servicios sociales básicos, tomando en cuenta también la calidad, eficiencia, capacidad institucional, distribución y acceso a esos servicios. El problema fiscal ha llevado a una disyuntiva de la política social a través de la inversión, entre aumentar las capacidades del Estado para intervenir, o disminuir su participación, dejando que el mercado asigne con base en la rentabilidad los recursos para el bienestar social de la niñez y la juventud.

Por lo tanto, las posibilidades de cubrir las necesidades sociales con inversión pública pasan por la reestructuración de las finanzas públicas y una mayor eficiencia de sus instituciones. La inversión social en Costa Rica ha sido relativamente alta para los estándares latinoamericanos, al lograr un 17,39% del PIB en el año 2000 .

El Tercer Informe Estado de los Derechos de la Niñez y Adolescencia arroja como resultado que la sociedad costarricense tiene un nivel de pobreza mucho menor que en otros países latinoamericanos. Sin embargo, aún mantiene un 21% de hogares y un 30% de la población de menores de edad bajo la línea de pobreza. El 50% de la población pobre son niños y adolescentes y un 59% de ellos tiene alguna necesidad básica insatisfecha (NBI). La premisa detrás de estos datos es que la población infantil y juvenil es de las más vulnerables y ningún país podrá salir del subdesarrollo si no rompe el ciclo de la pobreza resolviendo las necesidades básicas de esta población.

### La inversión social en niñez y adolescencia

La política social en Costa Rica ha tenido avances y retrocesos según el sector y el tipo de indicadores que se examinen. El EDNA 2002, dentro de las limitaciones estadísticas existentes, utilizó una combinación de indicadores para evaluar las políticas del Estado costarricense en materia de inversión social durante la década de los noventa. La información obtenida en ese proceso de análisis se presenta, de modo resumido, en el cuadro 2.15

Otro aporte del Informe es el intento de estimar la inversión social que se destina a la atención de la niñez y la adolescencia, como porcentaje tanto del gasto social como del PIB. En este sentido la estimación encontró dos tipos de problemas: la imposibilidad en muchos programas sociales de desagregar el gasto dirigido a esta población y las distintas fuentes utilizadas por diversas entidades con metodologías diferentes .

A pesar de las limitaciones y problemas existentes, una evaluación de los alcances de la inversión social en niñez y adolescencia requería una cuantificación de los recursos públicos destinados a ese fin. Para tal efecto se tomó el año 1999 para hacer la estimación, utilizando un número reducido de instituciones públicas y programas; no fue posible hacer una estimación para el período analizado (1990-2000). Quizá el aporte principal de este esfuerzo es dejar al descubierto los problemas estadísticos y presupuestarios identificados, que deberán retomarse en otras iniciativas de investigación.

Para el año 1999 la inversión social en niñez y adolescencia se estima en alrededor de 269.000 millones de colones, lo que representa un 37,4% de la inversión social del sector público consolidado. Este monto significa un 5,97% del PIB de 1999, porcentaje que equivale a lo que por mandato constitucional se debería dedicar, como mínimo, a la educación (incluyendo el financiamiento de la educación superior).

## CUADRO 2.15

### Principales hallazgos del Tercer Informe sobre el Estado de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica

#### Derecho a una educación oportuna y de calidad

##### Cobertura del sistema educativo

Hubo una mejora relativa en la década de los noventa. La tasa bruta de escolaridad en preescolar aumentó de 61,7 a 81,3 entre 1990 y el 2000; para primaria pasó de 102 a 107,8 y para secundaria de 50,5 a 64,7, en el mismo lapso. Sigue siendo crítica la situación de cobertura en secundaria.

La educación pública mantiene su preponderancia en el ámbito de la educación en general. El 80,2% en preescolar, el 92,9% en primaria y el 86,6% en secundaria corresponden a la matrícula pública dentro del total de los estudiantes matriculados en el país para el año 2000.

##### Calidad de la educación

El Ministerio de Educación no cuenta con instrumentos para valorar la calidad de los servicios educativos. Se han realizado esfuerzos para mejorar la calidad de la educación, como la adecuación curricular, la capacitación y titulación de docentes, la ampliación del ciclo lectivo y la implementación de los programas de Informática Educativa y de Segunda Lengua.

Suponiendo que la aspiración es la aprobación del 100% de los estudiantes, se puede usar las tasas de rendimiento como parámetro de calidad. Las tasas de rendimiento escolar en primaria y secundaria muestran leves mejoras, al pasar de 87,3 a 90,6 y de 80,5 y 82,7, respectivamente, de 1990 al 2000.

Donde existe una situación difícil que tiende agudizarse es en el rendimiento de las pruebas de bachillerato entre colegios públicos y privados. En el caso de los colegios públicos, el porcentaje de aprobación fue de 48,2%, 60,7% y 52,9% para los años 1997, 1998 y 1999, respectivamente, mientras que en los colegios privados fue de 83,4%, 78% y 83,4% para los mismos años.

##### Eficiencia del sistema educativo

Para analizar la eficiencia en este sector se utilizaron como parámetros el desgranamiento del sistema educativo, las tasas de deserción escolar y las de repitencia.

Las tasas de repitencia mejoraron durante la década de los noventa, al pasar de 11,6 a 8,2 en primaria entre 1990 y 2000, y de 13 a 8,8 en secundaria durante el mismo período.

En el caso de la deserción escolar, la tasa en primaria se ha mantenido relativamente estable alrededor de un 4,5, mientras que en secundaria la tasa de deserción mejoró de 14,4 a 11,9 entre 1990 y el 2000.

La situación más crítica se presenta en el análisis del desgranamiento, donde de cada 10 niños o niñas que inician en el mismo año la primaria, sólo 3 logran terminar la secundaria en el plazo previsto, indicador que no mejoró significativamente durante la década de los noventa.

##### Capacidad institucional

Casi la totalidad del gasto en educación es gasto corriente: 99% en 1990, 98,5% en 1995 y 96,5% en el 2000. Esto deja un porcentaje marginalmente pequeño para realizar gastos de capital, como infraestructura, libros y equipo.

Un aspecto positivo es la disminución en el promedio de estudiantes por docente, que presentó descensos importantes en preescolar y primaria y un descenso marginal en secundaria entre 1990 y 2000.

#### Derecho a una vida saludable

##### Cobertura del nuevo modelo

El nuevo modelo de atención de la salud se articula alrededor de seis programas básicos: atención integral del niño, atención integral del adolescente, salud de las mujeres, atención integral del adulto, atención integral de la tercera edad y atención del medio ambiente. La principal herramienta de este nuevo modelo son los EBAIS, los cuales atendieron en el 2000 al 71,6% de la población, en contraste con un 25,7% en 1995.

La inmunización en la población infantil se mantuvo en niveles superiores al 85% en promedio entre 1992 y el 2000. Sin embargo, han existido vaivenes que se podrían corregir, como la caída en la inmunización contra tuberculosis.

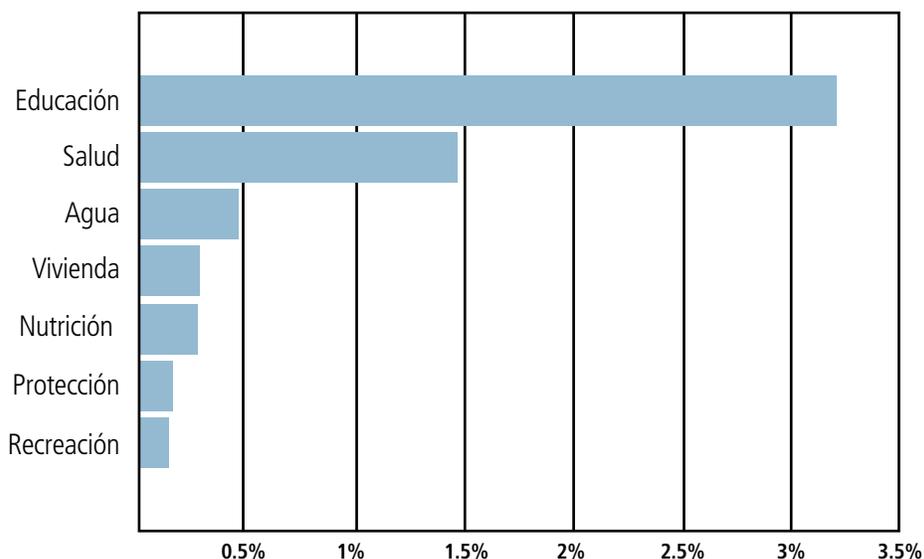
Los nacimientos con asistencia médica aumentaron de 94,7% en 1990 a 98,3% en el 2000 .

## CUADRO 2.15

|  |  |
|--|--|
| Calidad de la salud  | <p>La mortalidad infantil disminuyó entre 1990 y el 2000 en todas sus variables, como la mortalidad neonatal, la postnatal y la de menores de 5 años.</p> <p>El porcentaje de niños con bajo peso al nacer sufrió un leve deterioro entre 1990 y 1994, al pasar de 6,4% a 7%, pero ha mejorado hasta llegar a un 6,5% en el 2000.</p>  |
| Capacidad institucional  | <p>En el caso de la salud, el gasto corriente consume el 95% del gasto total, lo que no permite realizar inversiones importantes para aumentar la capacidad de atención. Así por ejemplo, la disponibilidad de camas por cada mil habitantes se redujo de 2,2 en 1990 a 1,5 en el 2000.</p> <p>En la década de los noventa se crearon 5.237 nuevos puestos de trabajo en el sector salud. Esto llevó a mejorar la relación entre el recurso humano empleado directamente en el área de salud y el empleado en las áreas administrativa y operacional del sector, de 49,8% en 1990 a 56,6% en 1999.</p>   |
| <b>Derecho a la nutrición: base de una vida saludable</b>        |  |
| Cobertura de los principales programas                           | <p>En el programa de comidas servidas, financiado con recursos asignados al CEN-CINAI, el promedio diario de niñez atendida aumentó de 24.000 en 1990 a 26.800 en 1999. Por su parte, el programa de leche íntegra ha tenido fluctuaciones importantes en cuanto a población atendida: pasó de 44.900 en 1990 a 33.000 en 1991, luego a 78.000 en 1995, 43.200 en 1998 y 75.100 en 1999.</p>   |
| Calidad de los servicios   | <p>Los programas nutricionales no han provocado mejoras significativas en el estado nutricional de la niñez atendida, aunque es destacable el bajo porcentaje ( 0,2%) de la población atendida, con desnutrición severa en 1999.</p> <p>El indicador de bajo peso al nacer permaneció prácticamente sin cambios entre 1996 y 1999, con 6,3% al igual que el porcentaje con peso insuficiente (21.9%).</p>  |
| <b>Protección de la población menor de edad en riesgo social</b> |  |
| Cobertura de los programas                                       | <p>Las instancias involucradas en este aspecto son el PANI y el IMAS. En el caso del PANI, la principal dificultad es la restricción generada por la negativa del Ministerio de Hacienda a girar todos los recursos asignados por ley. Esta entidad atiende cada año una cantidad considerable de personas menores de edad, aunque no es posible verificar el impacto de esta atención y no existe una estimación precisa de la cobertura de sus programas. El esfuerzo que debe realizar el país tiene que orientarse a reducir al mínimo la institucionalización de los niños, niñas y adolescentes, de modo que las alternativas de protección especial deben dirigirse a reforzar la prevención y fortalecer el tejido social. Para ello es necesario que el PANI cumpla con su papel como instituto de promoción y protección de los derechos de este grupo. Pese a lo anterior, la reforma del PANI ha sido lenta y no ha contado con la decisión política y el apoyo social y financiero suficientes. El PANI está en deuda con el enfoque de protección y promoción de los derechos que le imponen el Código de la Niñez y de la Adolescencia y su Ley Orgánica.</p> |
| Calidad de los programas   | <p>La cantidad de población menor de 17 años no asegurada, se mantuvo prácticamente invariable a lo largo de la década de los noventa. En el caso de la población menor de 19 años que trabaja, el total aumentó levemente entre 1990 y el 2000, al pasar de 129.720 a 136.670. En el mismo período, disminuyó el número de menores de 12 a 14 años que trabajan y aumentó la población laboral entre los 15 y los 19 años.</p> <p>Una situación preocupante es la de los niños nacidos de madres adolescentes, que aumentaron de 12.938 en 1990 a 16.610 en el 2000. Los nacimientos de padre no declarado pasaron de 17.293 a 24.342.</p> <p>Los programas de mitigación del riesgo social se tienen que enfrentar al hecho de que el 30% de los niños y niñas vive en condiciones de pobreza. Las personas menores de edad en condición de pobreza en términos absolutos han pasado de 340.358 en 1990 a 352.882 en el 2000.</p>  |

Fuente: EDNA, 2002.

GRAFICO 2.9

**Gasto social en niñez y adolescencia como porcentaje del PIB. 1999**

Fuente: EDNA, 2002.

Con respecto a lo que se podría denominar inversión social directa en niñez y adolescencia, ésta es de 230.000 millones de colones, que representan un 35,6% de la inversión social consolidada y un 5,1% del PIB. La inversión en educación para este grupo, por su parte, representa el 77,8% de la inversión social en educación y un 3,2% del PIB. En materia de salud la inversión social en niñez y adolescencia es un 30,9% del total del área de salud y un 1,5% del PIB. Para nutrición es un 0,3% del PIB. En el área de protección la inversión social en la población menor de edad es de apenas un 0,2% del PIB.

#### Equidad y pobreza en la población infantil

El EDNA analizó la situación de la población infantil desde dos vertientes: la pobreza infantil y la equidad social, y el acceso a los programas sociales. Para ello se estudió la distribución de la pobreza según edad, situación geográfica (por zonas y por regiones) y la evolución de la pobreza en la década de los noventa. El Informe presenta datos del acceso de la población infantil a los programas sociales según edad y nivel de ingreso.

El análisis de la pobreza en la población infantil se deriva de la medición de la pobreza por hogar. Los hogares pobres tienden a ser más numerosos debido a una mayor presencia de menores de edad. Por tanto la pobreza, vista en términos de personas en vez de familias, es mayor, situación que se magnifica en el caso de las y los jóvenes y niños. En el año 2000 un 21% de los hogares era pobre, lo que significaba que un 24% de la población estaba en condiciones de pobreza. Sin embargo, en el caso de los menores de edad, el 30% estaba en condiciones de pobreza. Visto por separado, en el caso de los niños entre 0 y 11 años de edad, un 31% era pobre, mientras que para los menores de edad entre los 12 y los 17 años de edad esta proporción era de un 27%.

Tomando en cuenta la distribución entre la población pobre, del total de personas pobres la mitad tiene menos de 18 años. Con respecto a las zonas de procedencia, el 27% de los menores de edad es pobre en las zonas urbanas, mientras que el 32% de los mismos es pobre en las zonas rurales. En cuanto a la distribución regional de la pobreza infantil, las regiones

Chorotega y Brunca son las que presentan la mayor incidencia: en ambos casos el 47% de los menores de 18 años es pobre.

La evolución de la pobreza fue dispar a lo largo de la década de los noventa: se redujo en la primera mitad, luego tendió a estancarse y finalmente aumentó un 1% al acercarse el año 2000. Esta situación afectó tanto a la población en general como a la población menor de edad. Para el año 1989 el 39% de la población menor de 18 años era pobre, en 1994 ese porcentaje fue de 29% y en el 2000 era de un 30%. A pesar del estancamiento y del leve aumento a finales de la década, la incidencia de la pobreza era menor al terminar los noventa que diez años antes.

En términos de pobreza ampliada, ésta la sufre el 44% de las familias y el 49% de las personas. En el caso de los niños, niñas y adolescentes, la incidencia se eleva al 59%, es decir, 3 de cada 5 menores de 18 años sufre de pobreza ampliada. En la distribución por zonas, un 48% de los niños y adolescentes de las zonas urbanas vive este problema, frente al 66% en las zonas rurales. Regionalmente, la mitad de los menores en la Región Central sufre de pobreza ampliada, un 68% en las regiones Chorotega y Atlántica, y un 76% en la Región Brunca. La evolución de este indicador ampliado tuvo un comportamiento similar al de la pobreza tradicional.

La otra parte del análisis de la equidad en la población infantil es el estudio del acceso a los servicios sociales, como la educación, los servicios de prevención y atención de enfermedades, los programas de alimentación complementaria, el agua potable y una vivienda adecuada. Con esto se puede verificar limitaciones y brechas en el disfrute de los derechos de la niñez y la adolescencia.

En materia de educación, el 81% de los menores de edad (y mayores de 5 años) asiste a la educación regular, como también lo hace el 96,4% de los niños entre 6 y 11 años. Con respecto a la población adolescente, un 29,3% no asiste a la educación regular. Por estratos de ingreso, el 94,2% de los niños entre los 6 y los 11 años del estrato más pobre asiste a la educación regular, en contraste con un 97,7% del estrato más rico. Para los menores entre 12 y 14 años, el 78% del estrato más pobre asiste a la educación regular, mientras que en el estrato más rico ese porcentaje es de 95,1%. Por último, en los menores entre 15 y 17 años, el 46% del estrato más pobre asiste a la educación regular, frente al 80,6% del estrato más rico.

En lo que concierne a los servicios de prevención y atención de enfermedades, el 86,9% de

los menores de 18 años tiene acceso al seguro de salud. Con respecto a la distribución por estratos, el 83,8% de las y los niños del estrato más bajo tiene seguro de salud, indicador que asciende al 96% en el estrato más rico. En cuanto a los adolescentes, el 80,5% del estrato más pobre y el 94% del estrato más rico tienen acceso al seguro de salud.

Tanto para niños como para adolescentes predomina la prestación de servicios de salud por parte del Estado. Un 96,3% del estrato más pobre accede a consulta médica pública. En el caso de la hospitalización en este mismo estrato, el 94,7% recurre a la hospitalización pública. En el estrato más rico el 50,8% recurre a la consulta médica pública y el 90,7% utiliza la hospitalización pública.

Los programas de alimentación complementaria son un apoyo importante de los derechos a la educación y a la salud, y constituyen un pilar de relevancia en los esfuerzos por lograr una correcta nutrición en el caso de familias de escasos recursos. A estos programas asiste el 29,9% de los niños y adolescentes, y son los primeros los que predominan, pues de la población que asiste 4 de cada 5 son niños y niñas. Esto se debe a que los programas de mayor peso son los de comedores escolares y los CEN-CINAI. Estos últimos están dirigidos a la población infantil en riesgo nutricional, mientras que los comedores escolares son universales.

El 40,3% del estrato más pobre de los menores de 18 años asiste a programas de alimentación complementaria, un 7,5% a los CEN-CINAI y un 32,7% a los comedores escolares. En el estrato más rico un 13,9% asiste a programas de alimentación complementaria, un 0,6% a los CEN-CINAI y un 13,3% a los comedores escolares.

El acceso al agua potable es muy generalizado y bastante bien distribuido. Sólo un 2,8% de los menores de 18 años no tiene acceso al agua; el 93,7% del estrato más bajo y el 99,8% del estrato más rico tienen acceso a este recurso. Con respecto a los sistemas de saneamiento, el 10,2% de los menores de 18 años cuenta con pozo negro o letrina para la eliminación de excretas, mientras que el 1% no tiene ningún sistema; el resto cuenta con tanque séptico o algún sistema de alcantarillado sanitario. El porcentaje de la población que no tiene sistemas de tratamiento adecuados se concentra en su gran mayoría en los estratos más bajos.

En relación con el acceso a una vivienda adecuada, el 81,5% de los niños y adolescentes cuenta con esa posibilidad. El 18,5% restante

no tiene vivienda con condiciones adecuadas, ya sea por problemas de calidad, hacinamiento o electricidad. Los mayores problemas se concentran en la población menor más pobre: el 68% del estrato más bajo cuenta con una vivienda adecuada, frente al 96,8% en el caso del estrato más rico.

### El índice de desarrollo infantil

Dados los cuadros de pobreza que continúan afectando a la población infantil y la fuerte inversión que realiza el país, suministrando un conjunto de bienes, servicios y transferencias que buscan facilitar el cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia, resulta necesario avanzar hacia un indicador sintético que resuma los logros alcanzados en este sentido. Este indicador permitiría darle un seguimiento a la situación de la infancia y, en esta medida, apoyar la evaluación de las políticas públicas sobre el desarrollo de la población infantil.

Un índice de este tipo debe tener características deseables: que muestre logros o resultados, es decir, que se construya a partir de indicadores de resultado; que sea fácil de calcular y reproducir;

que se pueda estimar anualmente; que tenga límites claramente definidos y que permita comparaciones con índices de otros dominios y con él mismo a través del tiempo.

El EDNA 2002 propone un índice de desarrollo infantil (IDI) para definir un indicador que sea semejante, y entonces consistente, con el índice de desarrollo humano. Partiendo de las tres dimensiones básicas del desarrollo humano (longevidad, conocimiento y nivel de vida decente), el IDI contendrá los siguientes indicadores: supervivencia infantil, educación esperada y nivel de vida decente.

En términos de longevidad de la población menor de edad, lo importante es que ésta sobreviva adecuadamente su período infantil. Por ello se ha puesto atención especial a la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), la cual tiene una serie de ventajas: en primer lugar, mide los resultados finales del proceso de desarrollo y no los insumos intermedios; en segundo lugar, es el resultado de una amplia variedad de factores y tercero, está menos expuesta que el PIB per cápita a la falacia del promedio estadístico. El cuadro 2.16 resume algunos indicadores de supervivencia infantil.

CUADRO 2.16

### Indicadores de supervivencia infantil

|                                  | 1990  | 1995  | 2000  |
|----------------------------------|-------|-------|-------|
| TMM5 del país*                   | 17,73 | 15,58 | 12,05 |
| TMM5 por zonas*                  |       |       |       |
| Urbana                           | 16,28 | 14,42 | 11,74 |
| Rural                            | 21,12 | 18,07 | 13,82 |
| Índice de supervivencia infantil | 0,972 | 0,977 | 0,984 |

\*Por mil nacidos vivos.

Fuente: EDNA, 2002.

El acceso al conocimiento es la segunda dimensión del desarrollo infantil. Operativamente, el indicador de educación esperada se estima como la suma de la tasa de escolarización por edad de enseñanza primaria, secundaria y superior. Corresponde a una estimación del número de años que se espera que va a pasar un alumno o alumna

en la educación regular, comprendidos los años de repetición. Como mide los años que se espera que una persona permanezca en el sistema educativo, muestra entonces los resultados del acceso y de la retención dentro del sistema educativo regular.

CUADRO 2.17

**Indicadores de educación esperada**

|                              | 1990  | 1995   | 2000  |
|------------------------------|-------|--------|-------|
| Años de educación esperada   | 7,714 | 8,631  | 8,616 |
| Educación esperada por zonas |       |        |       |
| Urbana                       | 9,439 | 10,052 | 9,823 |
| Rural                        | 6,248 | 7,357  | 7,405 |
| Índice de educación esperada | 0,514 | 0,575  | 0,609 |

Fuente: EDNA, 2002.

El tercer indicador alude al nivel de vida decoroso. La mejor forma de aproximar la población infantil que goza de un nivel de vida decente, es considerar si logra o no superar los umbrales de

pobreza material o de ingresos. Por lo tanto, el indicador incorpora el nivel absoluto medio del ingreso del país o área geográfica y la desigualdad en su distribución.

CUADRO 2.18

**Indicadores de vida decente**

|  | 1990  | 1995  | 2000  |
|--|-------|-------|-------|
| Tasa de pobreza infantil               | 36,9  | 29,8  | 29,8  |
| Pobreza infantil por zonas             |       |       |       |
| Urbana                                 | 33,3  | 26,0  | 26,5  |
| Rural                                  | 36,8  | 32,3  | 32,2  |
| Porcentaje de menores con vida decente | 63,1  | 70,2  | 70,2  |
| Porcentaje con vida decente por zonas  |       |       |       |
| Urbana                                 | 66,7  | 74,0  | 73,5  |
| Rural                                  | 60,6  | 67,7  | 67,8  |
| Índice de vida decente                 | 0,631 | 0,702 | 0,702 |

Fuente: EDNA, 2002.

Una vez formulados los indicadores, quedaba por establecer un criterio de agregación. Para este caso se definieron tres formas: el promedio simple de los índices, la media de orden tres, que mantiene las ponderaciones unitarias, y una media geométrica con ponderación unitaria; esta última es la preferida,

por las ventajas que ofrece. El IDI mejoró sensiblemente durante la primera mitad de la década de los noventa y luego prácticamente se estancó (como ha sucedido con otros indicadores sociales), tal como se observa en el cuadro 2.19.

CUADRO 2.19

**Índice de desarrollo infantil**

|                         | 1990  | 1995  | 2000  |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| IDI promedio simple     | 0,706 | 0,751 | 0,753 |
| IDI media de orden tres | 0,758 | 0,788 | 0,792 |
| IDI media geométrica    | 0,681 | 0,733 | 0,735 |

Fuente: EDNA, 2002.

La ventaja de este índice es que se puede replicar en el tiempo y para otros países. En Costa Rica es posible calcularlo desde 1987, a partir de las Encuestas de Hogares, lo que permitiría trazar una mejor trayectoria de su evolución, además de evaluar mejor las políticas aplicadas que se espera tengan un impacto en la situación de la niñez y la adolescencia.

**Desafíos**

Para cumplir a cabalidad con las declaraciones internacionales y el Código de la Niñez y la Adolescencia, el país debe aspirar a cubrir en un 100% las necesidades sociales básicas de esta población. El problema de la exclusión social amplía el análisis de la pobreza, no sólo desde la perspectiva del nivel de ingreso, sino de la relacionada con el acceso a los servicios sociales básicos. Los enfoques convencionales o basados en una política social asistencialista, no toman en cuenta la exclusión social como un incumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia. Se ve la pobreza como un mal "natural", casi como una enfermedad que es tratada con compasión y caridad. No existe una articulación entre las necesidades sociales y la estructura económica, jurídica y política de la sociedad como parte de un sistema de derechos.

Recientemente se ha dado un paso importante, al aceptar el enfoque de derechos como una exigencia jurídica internacional. Sin embargo, los derechos de las y los niños y adolescentes son vistos predominantemente desde una perspectiva ética normativa, pero no han sido incorporados en políticas económicas específicas para su consecución y vigilancia de acuerdo con metas preestablecidas. El enfoque de los derechos y la visión más amplia de la pobreza, al incluir las necesidades básicas insatisfechas por falta de acceso, brindan una perspectiva más integral del problema, que requiere políticas sociales de inclusión colectiva.

Una estrategia para desarrollar una sociedad incluyente, que entienda la exclusión social como un problema más amplio e interrelacionado con la estructura política, social y económica, debería tomar en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones:

- a) **La exclusión social debe atacarse prioritariamente en la población menor de edad**, dado que es en esta etapa del ciclo de vida donde se origina la desigualdad. Esta puede acentuarse o mejorarse a lo largo de la vida, según las políticas sociales y económicas, pero es en la infancia donde se determinan las condiciones biológicas y emocionales que marcan el camino de la exclusión (o inclusión) social que implica en muchos casos la imposibilidad de romper el "circulo vicioso de la pobreza generacional". Existen diversos estudios sobre desarrollo cerebral que señalan la importancia de los primeros años, en los cuales se adquieren las habilidades indispensables para la vida adulta. Por otro lado, varios trabajos han demostrado la efectividad de la inversión temprana en la infancia, pues han encontrado que la misma tiene una muy alta tasa de retorno en términos de las posibilidades de ingresos económicos en la vida adulta.
- b) **Es necesaria una articulación coherente entre la política económica y la política social**, para desarrollar una sociedad democrática e incluyente. Se ha mostrado que el crecimiento económico no produce automáticamente un "efecto cascada" que lleve a un bienestar generalizado; para esto podría ser más efectiva una política fiscal redistributiva enfocada en los sectores más vulnerables de la población. Ello requeriría un saneamiento de las finanzas públicas y una reforma del sector público que impida que el déficit fiscal sea recurrente.
- c) **Se requiere mayor eficiencia de la inversión social pública**, a fin de lograr la prestación universal

de los servicios con base en metas y estándares mínimos. Los logros en los distintos sectores sociales no sólo deben medirse por los índices de cobertura, sino también por la calidad, la eficiencia de la inversión y la capacidad institucional de las organizaciones responsables. Para esto es necesaria una reforma institucional que replantee las reglas

del juego para las organizaciones responsables de atender a la población infantil y juvenil. Otro aspecto que podría hacer más eficiente la inversión social es una mayor participación de las comunidades en la administración y decisión del destino de esta inversión, sobre todo en regiones deprimidas.

## Notas

1 Esta síntesis fue preparada especialmente por Claudio Ansorena Montero, Coordinador de Investigación del Tercer Informe del Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica, 2002, con la asistencia de Fernando Rodríguez.

2 Este dato es un recálculo elaborado especialmente para el Informe Estado de la Niñez con base en datos de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria, Ministerio de Hacienda.

3 Se refiere a nacimientos atendidos por un médico obstetra o enfermera, cifras obtenidas de MIDEPLAN, SIDES.

4 Para un mayor detalle sobre este punto, consúltese EDNA, 2002, capítulo III.

5 Por atención directa de la niñez y adolescencia se entiende las áreas de educación, salud, nutrición y protección, ya que vivienda, agua y saneamiento afectan a toda la familia.

6 Esta cifra no considera los factores de expansión ajustados según datos del Censo 2000.

7 El concepto de pobreza ampliada incorpora además de la visión de privación material, medida según nivel de ingresos, la imposibilidad de acceder o aprovechar un conjunto de bienes y servicios que otorga el Estado en forma gratuita o subvencionada (carencias críticas), tales como una vivienda mínimamente adecuada, aprovisionamiento de agua potable, servicios de salud y educación.

8 Los datos son del año 2000 en los casos de educación, agua potable, sistemas de saneamiento y vivienda; de 1998 en el caso de salud y de 1999 en el caso de la alimentación complementaria.

9 La distribución es por quintiles, o sea, al referirse al estrato más pobre se está hablando del 20% más pobre; al referirse al estrato más rico se está hablando del 20% más rico.

10 El dato del promedio se ve afectado por factores extremos que alteran el resultado final.

