

CAPITULO 2 Equidad e integración social

Resumen de hechos y aspiraciones

HECHOS RELEVANTES DEL AÑO 2000

- Se registra un nuevo descenso en la mortalidad infantil, que representa el menor nivel alcanzado por el país; este indicador pasa de 12,6 a 10,2 muertes por mil nacidos vivos entre 1998 y el año 2000.
- Costa Rica ocupa el lugar número 36 entre 191 países en la primera evaluación del desempeño de los sistemas de salud realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el ámbito latinoamericano ostenta la tercera posición.
- Del 28 de junio al 1 de julio se realizó el IX Censo Nacional de Población y el V de Vivienda, con apoyo del Magisterio.
- El 16 de marzo se suscribe la Ley de Protección al Trabajador.
- Los resultados de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples muestran una disminución de la tasa de desempleo abierto, del 6% a 5.2% entre julio de 1999 y julio del 2000.
- De acuerdo con la misma encuesta, la pobreza total se ubica en 21,1%, medio punto porcentual por encima del nivel prevaleciente un año atrás. La pobreza extrema pasa de 6,7% en 1999 a 6,4% en el 2000.
- El 25 de mayo, la organización Casa Alianza presenta un recurso ante la Sala Constitucional, alegando que el Estado no asigna al PANI el 7% de lo recaudado por el impuesto sobre la renta, tal como su ley orgánica lo establece.
- Incendio en albergue de ancianos de Tilarán provoca la muerte de diecisiete personas.
- La elección de la entidad denominada Cáncer Care, de Toronto, como la encargada de diseñar, construir y equipar el primer hospital especializado en el tratamiento del cáncer en Costa Rica, da origen a un debate nacional sobre la pertinencia y legalidad de la iniciativa.
- Se otorgan mayores grados de autonomía a diez hospitales y cuatro áreas de salud en materia administrativa, presupuestaria y de contratación de personal y de servicios, a partir de la suscripción de Compromisos de Gestión que les confieren el rango de órganos de desconcentración máxima.
- A finales del año, doce universidades privadas son cuestionadas por falta de requisitos para operar, sedes no reconocidas, carreras no aprobadas e instalaciones no adecuadas.

- La Sala Cuarta declara sin lugar una acción de inconstitucionalidad presentada por la Defensoría de los Habitantes, en la cual se alegaba que en el 2001 el Gobierno no destinará el 6% del PIB para la educación pública, según lo establece la Constitución, pues la relación entre el presupuesto para educación y el PIB no consideró la actualización en la metodología de cálculo de este indicador realizada por el Banco Central.
- A partir del 1° de enero del 2000 las llamadas telefónicas a cualquier lugar de Costa Rica se consideran locales, lo que reduce en cinco sextos el costo de las llamadas desde Guanacaste o el Pacífico Sur al resto del país.

ASPIRACIONES

- Oportunidades ampliadas para el acceso de la población a servicios sociales de calidad, que mejoren las condiciones de vida, apoyen los procesos de movilidad y ascenso social hacia un mayor desarrollo humano y reduzcan las brechas entre los distintos sectores, áreas geográficas y grupos étnicos. .
- Inversión social dirigida a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, y a la potenciación de las capacidades productivas del país y su competitividad a escala internacional.
- Posibilidades reales de que los sectores inmersos en situaciones de pobreza, vulnerabilidad y exclusión social, las superen mediante el mejoramiento de las oportunidades de empleo, el disfrute de servicios sociales de calidad y el acceso a recursos productivos y a infraestructura.
- Servicios sociales de calidad, mediante la eficiente operación de redes institucionales que promuevan la participación de todos los sectores y actores sociales (organizaciones no gubernamentales, comunidades, sector privado, Estado).
- Nexos y prácticas solidarias que den cohesión al tejido social y favorezcan la convivencia democrática.
- Entorno de creciente equidad, caracterizado por una mejor distribución de la riqueza, el fortalecimiento continuo de la inversión social y el acceso generalizado a las oportunidades de desarrollo y movilidad social, de manera que todas las personas puedan potenciar sus capacidades, sin distinción de su etnia, edad, sexo, ideología o credo religioso.

CAPÍTULO 2

Equidad e integración social

Introducción

Congruente con los informes anteriores, este capítulo se inicia con una valoración global del desarrollo social del país durante el año 2000. Luego, bajo tres grandes bloques temáticos, se examinan las brechas de equidad, las fisuras en la integración social y los esfuerzos en estos campos. Como conclusión se identifican desafíos sociales para la agenda futura del desarrollo humano sostenible.

La valoración global del año en estudio sistematiza algunos de los principales hallazgos y los pone en perspectiva, a partir de la interrogante sobre los niveles de equidad e integración social que caracterizan el tejido social costarricense a fines del siglo XX e inicios del XXI. Se incluye un cuadro-resumen de indicadores, cuya innovación principal respecto a las ediciones anteriores radica en la presentación de brechas de equidad en términos de relaciones y distancias, abordaje más consistente con el enfoque teórico empleado. También se han revisado y ampliado los indicadores relativos a integración y oportunidades sociales.

A la luz de las tres dimensiones implicadas en la definición de desarrollo humano, el primer bloque temático examina las brechas de equidad relativos al logro de una vida larga y saludable, el acceso a educación y al conocimiento, así como a la generación de ingresos para llevar una vida digna. En el tema de salud, el análisis aprovecha el ejercicio de evaluación de los Compromisos de

Gestión realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social y lo complementa con los resultados de la *Memoria Anual* del Ministerio de Salud. Se presenta además un análisis sobre la formación de los recursos humanos en salud, y una actualización del estudio sobre las muertes violentas como problema de salud pública en Costa Rica, que se elaboró para el quinto informe, considerando en esta ocasión el trienio 1998-2000.

Por mandato del Consejo Consultivo del Proyecto Estado de la Nación, la evaluación en materia educativa asumió como prioridad una revisión del estado y perspectivas de la educación secundaria, en virtud de la problemática asociada a la capacidad de incorporación y retención de este ciclo, que se considera el principal problema del sistema y un freno a las aspiraciones de bienestar de un significativo contingente de costarricenses.

Los temas de pobreza, distribución del ingreso e inversión social, íntimamente relacionados entre sí, son claves para el estudio de la realidad nacional que realiza el Proyecto Estado de la Nación. Para este Informe, además del análisis de las variables e indicadores que ya se pueden considerar tradicionales en el tratamiento de los temas, se introducen nuevos elementos sobre la pobreza, definida como la insatisfacción de necesidades básicas materiales.

En el tema de la integración social se realiza un esfuerzo por presentar indicadores nuevos, se realiza un acercamiento al tema de la segregación socio-espacial, acceso a servicios básicos y

tecnologías de comunicación (teléfono, Internet, correo electrónico).

Finalmente, se aborda el tema de la inversión social y las políticas sociales, tanto universales (salud y educación) como selectivas (combate a la pobreza), orientadas a cerrar las brechas en desarrollo humano. En el campo sanitario se analizan tres grandes componentes de la política sectorial: la participación ciudadana en la producción social de la salud, la evaluación del primer nivel de atención y el tema de la rectoría. En este último ámbito, el estudio se sustenta en un modelo de evaluación de las once funciones esenciales de la salud pública, desarrollado por la Organización Panamericana para la Salud (OPS) para efectos de seguimiento y comparabilidad internacional. En el caso de las políticas educativas para la secundaria, se discute la vigencia del sistema de pruebas de bachillerato.

En el terreno de las políticas selectivas se destacan aspectos relevantes de los principales esfuerzos gubernamentales realizados en materia de combate a la pobreza, especialmente desde la gestión del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Triángulo de Solidaridad.

Un aspecto relevante en el año 2000 fue la realización del IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda, el cual, según las recomendaciones internacionales, debió ser realizado hacia 1994. De este modo, el nuevo Censo subsana un sensible vacío en el sistema estadístico nacional, pues permitirá conocer mejor las características de la población y la dinámica demográfica del país y brindará un parámetro de comparación estable para el conjunto de las estadísticas económicas y sociales provenientes de encuestas o de registros administrativos. En este capítulo se incorporan los resultados generales de las principales variables censales publicadas por el INEC en agosto del 2001.

Valoración general

Costa Rica es una sociedad que, al tiempo que exhibe logros importantes en su desarrollo humano -muchos de largo aliento-, enfrenta dificultades crecientes para sostener y profundizar su ritmo de progreso social, así como para hacer válida la aspiración de ser una sociedad inclusiva y equitativa.

En la valoración del desempeño social en el 2000 sobresalen los resultados obtenidos respecto a la tasa de mortalidad infantil, que registró su menor valor en la historia (10,2 por mil nacidos vivos), un logro nacional que pone en evidencia

los tesoreros esfuerzos desplegados por el sector salud durante los últimos años. De igual manera, el país registra la mayor esperanza de vida lograda hasta el momento (77,49 años para ambos sexos).

En el caso de la inversión social del sector público, las cifras reflejan un aumento real respecto al año anterior, de 6,8% en total y de 4,4% per cápita, de manera que la inversión social continúa creciendo, aunque a un ritmo menor que el de los años previos (1996-1998). Como porcentaje del PIB y del gasto consolidado del sector público, la inversión social aumentó respecto a 1999, alcanzando un 17,4% y un 40,8%, respectivamente. Por sectores, esas magnitudes relativas también aumentaron, con excepción de vivienda, que se estancó.

En el ámbito de la integración social, la evolución de los indicadores sobre telefonía, acceso a energía eléctrica y cobertura de la seguridad social -descontando el régimen de invalidez, vejez y muerte- apunta a resultados positivos que la favorecen en el plano material y del acceso a servicios (cuadro 2.1).

En relación con el tema de las oportunidades para la integración y la movilidad social, el panorama del 2000 permite resaltar varios aspectos: el repunte en la colocación de los bonos familiares de vivienda, tras la caída experimentada en 1999, la tendencia de incremento en la población escolar con acceso a informática educativa y el ensanchamiento en la cobertura de la población con acceso a los EBAS (cuadro 2.1).

Estas tendencias positivas contrastan notablemente con el comportamiento de algunos indicadores de ingreso y pobreza. Durante el año el país mostró una desaceleración en el ritmo de crecimiento (la tasa de variación del PIB pasó de 8,3% en 1999 a 1,7% en el 2000) y un leve decrecimiento en el PIB per cápita. En este contexto, también presentaron caídas el ingreso nacional disponible y el gasto de consumo final de las familias, ambos en términos per cápita, lo mismo que los ingresos familiares promedio y los salarios mínimos reales, a pesar de un pequeño aumento en el empleo y una reducción en la tasa de desempleo (de 6% a 5,2%).

En las últimas tres ediciones de este Informe se ha insistido en que la evolución reciente del nivel de pobreza en Costa Rica, no guarda una relación definida con el desempeño macroeconómico. Teóricamente, cabría esperar que cuando la economía crece, aumenten los ingresos y disminuya el desempleo, lo que en conjunto reduciría el nivel de pobreza; en la situación contraria, el resultado esperado sería

CUADRO 2.1

Resumen de indicadores de equidad e integración social

Indicador	1997	1998	1999	2000
Brechas de equidad				
Relación entre el ingreso promedio real de los patronos y de los asalariados ^{af}	1,5	1,6	1,5	1,5
Relación entre el ingreso promedio real de los patronos y de los trabajadores por cuenta propia ^{af}	1,8	2,1	2,0	1,9
Relación entre el ingreso familiar per cápita promedio del V quintil y el I quintil ^{af}	8,0	8,5	9,1	9,5
Relación en la tasa de subutilización más alta y la más baja según región ^{af}	1,6	1,7	1,4	1,7
Chorotega (valor más alto)	17,6	19,8	17,9	17,7
Central (valor más bajo)	11,3	11,4	12,5	10,6
Relación en la incidencia de la pobreza más alta y la más baja ^{af}				
Según región	2,34	2,27	2,28	2,30
Chorotega	36,0	34,1	35,5	36,3
Central	15,4	15,0	15,6	15,8
Según grupo de edad de la jefatura del hogar	2,4	1,5	2,5	1,8
De 60 años a más	27,6	26,3	27,1	27,5
De 15 a 24 años	11,7	17,1	10,9	15,7
Relación en la incidencia de la pobreza rural y urbana ^{af}	1,48	1,39	1,36	1,39
Porcentaje de deserción escolar				
I y II ciclo diurno	4,5	4,9	4,4	4,1
Relación en la deserción entre dependencia pública y privada ^{af}	2,4	3,9	3,1	3,9
Relación en la deserción entre zona rural y urbana ^{af}	1,2	1,1	1,2	1,1
III ciclo y educación diversificada diurna	13,7	13,7	11,3	11,9
Relación en la deserción entre dependencia pública y privada ^{af}	7,5	5,5	8,2	7,2
Relación en la deserción entre zona rural y urbana ^{af}	1,18	1,24	1,16	1,21
Relación en el porcentaje de promoción de bachillerato ^{af}				
Entre dependencia pública y privada	0,58	0,67	0,63	0,64
Entre zona rural y urbana	0,80	0,89	1,02	1,04
Integración social				
Tasas netas de escolaridad				
Preescolar (preparatoria)	75,2	79,3	82,1	80,6
I, II y III ciclo	81,5	81,1	81,2	82,0
Educación diversificada	32,9	32,4	33,0	33,0
Porcentaje de niñez que sólo estudia (6 a 17 años)	79,8	80,2	81,9	81,5
Diferencial por zona (urbana-rural)	12,1	11,5	9,1	10,0
Porcentaje de población cubierta por régimen de enfermedad y maternidad	88,5	89,4	89,2	87,6

CUADRO 2.1 (continuación)

Porcentaje de la PEA cubierta por régimen de invalidez, vejez y muerte	50,0	48,8	49,9	49,3
Porcentaje de población con acceso a energía eléctrica	93,3	93,2	94,4	94,5
Teléfonos por mil habitantes ^{b/}	195	208	224	235
Porcentaje de las viviendas con acceso a Internet ^{c/}				3,4
Tasa de homicidios por cien mil habitantes	5,7	5,9	6,5	6,0
Oportunidades para la integración y la movilidad social				
Variación anual del salario mínimo real ^{d/}	3,7	3,5	2,2	-0,6
Inversión social per cápita real ^{e/}	167.017	178.334	186.362	194.569
Porcentaje de matrícula en educación con acceso a informática educativa				
Preparatoria, I y II ciclo público y semipúblico, diurno	26,8	38,0	38,6	38,9
III ciclo público diurno y nocturno	23,3	56,8	57,9	58,9
Porcentaje de matrícula en primaria con acceso a segunda lengua	30,8	44,6	38,9	54,2
Número de becas otorgadas por FONABE				24.279
Primaria				7.290
Secundaria				9.276
Secundaria técnica				5.130
Enseñanza especial y talleres prevocacionales				2.083
Universitarias				500
Porcentaje de población cubierta por EBAIS	45,8	60,6	68,9	69,3
Bonos familiares de vivienda otorgados	20.195	10.652	6.602	19.733
Estrato 1	15162	7430	4229	14065
Estrato 2	4541	2883	1970	4709
Estrato 3	436	298	330	837
Estrato 4	56	41	73	122

a/ Se refiere a la razón entre el valor promedio de la variable en la primera categoría mencionada y la segunda multiplicada por cien.

b/ Total de líneas telefónicas en operación, dividido por total de población por mil.

c/ Dato de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.

d/ Cambio porcentual respecto al año anterior en el valor del índice del salario mínimo real promedio, año base 1984.

e/ Colones de 1999.

un aumento de la pobreza. Sin embargo, en este país la realidad no corresponde con esta presunción. Así, por segundo año consecutivo la pobreza, medida como insuficiencia de ingresos, se mostró prácticamente invariable en términos relativos (de 20,6% a 21,1% entre 1999 y 2000) y se registró un aumento cercano a 9.000 hogares en términos absolutos; este comportamiento está dissociado de las metas fijadas en el Plan Nacional de Solidaridad y no puede ser explicado por la inmigración nicaragüense, punto éste en el que el Informe disipa dudas e inquietudes.

Con una perspectiva de mediano plazo, puede afirmarse con propiedad que la incidencia de la pobreza se mantiene estancada desde 1994 en niveles cercanos al 20% de los hogares (23% de la población), a pesar de que en algunos años se ha dado un fuerte crecimiento económico. Este comportamiento sucede en forma paralela a una tenue pero persistente tendencia hacia el aumento en la desigualdad del ingreso que empezó a observarse en la década de los noventa, y que se relaciona con el tipo de crecimiento económico que experimenta el país, altamente concentrado en algunas actividades poco encadenadas con el resto de la economía. Esta persistencia sugiere la necesidad de profundizar en el análisis de indicadores estructurales que den cuenta de la distribución del ingreso, para lo cual, tal como se consignó en el VI Informe, es fundamental la realización de la Encuesta Nacional de Hogares de Ingresos y Gastos, programada para el 2002.

En este VII Informe se aborda también la pobreza en función del método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), el cual ofrece una perspectiva de corte más estructural respecto al tradicional análisis por criterios de ingreso. Su resultado: el porcentaje de hogares pobres por una NBI alcanza al 20,1% del total de hogares y los afectados por dos o más, representan el 10,1% para un total de 30,2% de hogares pobres, según este método a nivel nacional. La situación tiende a ser más grave en la zona rural, donde la pobreza afecta a un 37,1% de los hogares, mientras que en la zona urbana la incidencia es de 22,7%. Vivienda es el ámbito en el que se presentan los niveles de insatisfacción más críticos (15,2%), originados especialmente en problemas de mala calidad de las viviendas.

Al disponer de las estimaciones de pobreza por insuficiencia de ingresos y por NBI, fue posible realizar una estimación integrada (MIP). Según ésta, en el año 2000 un 10,7% de los hogares a nivel nacional eran pobres por ambos métodos, o sea, se encontraban en situación de

pobreza crónica; un 10,4% eran pobres sólo por insuficiencia de ingresos (pobres recientes o coyunturales), y un 17,5% eran pobres solamente por NBI. En total, un 38,7% de los hogares mostraba algún tipo de pobreza.

En materia de gasto social dos resultados merecen especial atención: en primer lugar, a pesar de un fuerte aumento (12,5%), el gasto en educación respecto al PIB sólo representa un 4,7%, cifra todavía inferior a la establecida constitucionalmente (6%); en segundo lugar, el sector vivienda creció apenas un 0,5% en términos reales, lo que se traduce en dificultades para enfrentar las necesidades de los sectores más pobres en este campo.

Si se pasa revista al cuadro-resumen 2.1, los ocho indicadores seleccionados para la medición de brechas de equidad con información para el año 2000 muestran comportamientos fluctuantes, cuya interpretación, consecuentemente, alude a su persistencia en el tiempo, y por ende, a las dificultades encontradas por la sociedad para abatir esas brechas. Entre otros aspectos, es apreciable allí el ensanchamiento de la brecha entre el quintil más rico y el quintil más pobre de la distribución del ingreso.

En el ámbito de la integración social sobresalen fenómenos como la expansión en la tasa de homicidios y el aumento en los delitos dolosos contra la vida, motivos de preocupación en tanto factores disruptores de las posibilidades de llevar una convivencia armoniosa centrada en el respeto a la vida.

El acceso al conocimiento y a una vida larga y sana son aspectos fundamentales del desarrollo humano. En el primer caso, la cobertura en secundaria, si bien aumentó respecto al año anterior y alcanzó una tasa bruta del 64,7% (la más alta de la década), sigue siendo restringida. Además es motivo de preocupación el hecho de que la universalización de la educación general básica (de I a III ciclo) que establece la Constitución, dista de ser una realidad. En el 2000, 1 de cada 5 jóvenes no tenía acceso a la educación general básica, situación que se agravó en la educación diversificada, donde 2 de cada 3 jóvenes estaban fuera del sistema. En una época en que el conocimiento es considerado una llave maestra para el desarrollo, esta escasa capacidad de retención de la población en la secundaria supone un cuello de botella.

Considerando la importancia del uso de las nuevas tecnologías para ampliar las oportunidades de desarrollo personal en los tiempos actuales, destaca como dato relevante que mientras el

14,1% de las viviendas tiene computadora según el Censo de Población, el acceso a Internet es apenas del 3,4%. Pese los desafíos que marca esta brecha, el último dato no deja de ser importante, porque representa un avance significativo del país respecto a otras naciones del continente, tal como lo destaca el último *Informe de Desarrollo Humano* del PNUD, y porque refleja los esfuerzos e innovaciones que se han venido realizado en materia de informática educativa.

En el campo de la salud, junto a los logros señalados y los avances en la senda trazada por el proceso de reforma sectorial, hay preocupaciones importantes respecto al ejercicio de la rectoría en salud, la formación de calidad de los recursos humanos en ciencias médicas y las diferencias que persisten entre la cantidad y la calidad de las coberturas en los diferentes programas que atienden a la población.

Complementariamente a esta valoración global, conviene tener en cuenta los aportes del Censo de Población. En primer lugar, los guarismos censales señalan a que en Costa Rica habitan 3.810.179 personas, con una distribución prácticamente paritaria entre mujeres y hombres y un cambio en la distribución espacial por zona, en la que el porcentaje de población urbana ya representa el 59,0%. El dato de población es ciertamente superior al proveniente de las encuestas de hogares, pero inferior a estimaciones elaboradas en esferas gubernamentales y académicas. En segundo lugar, la tasa promedio anual de crecimiento intercensal de población pasó de 2,3% en período 1973-1984 a 2,8% en el período 84-2000.

El Censo de Población registró un total de 226.374 personas nacidas en Nicaragua como residentes en Costa Rica. Esto representa un 5,9% de la población del país y un 76,3% del total de extranjeros residentes. La gran mayoría de los nicaragüenses vive en San José y Alajuela. En San José, Puntarenas y Limón hay diferencias en la composición por sexo. En la primera es mayor la proporción de mujeres, mientras que en Puntarenas y Limón es mayor la de hombres.

Una tercera consideración es que, a tono con el crecimiento de la población, se observa un incremento en el número de viviendas, que pasaron de 544.079 a 1.034.893 en el período intercensal 1984-2000, aunque con problemas de calidad que tendieron a acumularse en el período. Sin embargo, el promedio de ocupantes pasó de 4,8 a 4,1, tendencia ya observada en las encuestas de hogares. Sobresale el hecho de que la tasa de crecimiento de las viviendas y los hogares

supera la tasa de crecimiento de la población, probablemente como resultado del aumento poblacional que se registró hace dos décadas, y de cambios en la estructura de las familias. A esto se suman las diferencias que muestra el Censo en cuanto al crecimiento de la población por provincias, entre los que destaca el acelerado crecimiento de la población residente en Limón, del orden del 101,9%, fenómeno indisolublemente ligado a la expansión de nuevos polos de desarrollo en esa zona del país, como en el caso de Guápiles (véase capítulo 4).

A lo largo de este Informe se utiliza la información disponible del Censo 2000 y se hacen comparaciones con los datos del Censo de 1984. Esto facilita una visión de largo alcance, aunque el aprovechamiento de su potencial es apenas parcial a la fecha en que se escribe este informe (agosto de 2001). Una lectura, preliminar si se quiere, muestra una sociedad que ha cambiado sustancialmente sus patrones de asentamiento y que ha experimentado procesos migratorios internos y externos de mucha importancia; una Costa Rica mayoritariamente urbana, con más viviendas -aunque no en tan buenas condiciones-, con servicios y coberturas más amplios, con mayores niveles de consumo y con una población más instruida, que puede aspirar a una vida más larga.

La nueva información que se irá conociendo a partir del Censo, así como el reprocesamiento y la investigación detallada de muchos de sus extremos, proporcionará en el futuro una mejor comprensión y un balance estático-comparativo más preciso. Otros aspectos más allá de las variables básicas permitirán, año con año, identificar desafíos y sugerir estrategias de desarrollo. En las siguientes páginas se detallan las brechas de equidad y las fisuras de integración social detectadas con base en información censal y en otras fuentes. Ellas señalan, repitiendo lo dicho en otros informes, que Costa Rica tuvo logros impresionantes en la segunda mitad del siglo XX, pero también enfrenta desafíos elementales, algunos heredados, otros nuevos.

Brechas de equidad y fisuras en la integración social

Contrastes en el logro de una vida larga y sana

Durante el año 2000 el país registró un nuevo aumento en la esperanza de vida. Según datos del INEC, ésta alcanzó 77,49 años para ambos

sexos, 74,81 para los hombres y 80,29 para las mujeres. Si bien en los niveles actuales los aumentos en la esperanza de vida son cada vez más difíciles de lograr, el incremento obtenido durante la década de los noventa es exiguo si se compara con la década anterior. Durante los noventa se registraron incluso descensos, ocasionados por patologías a las que no se les había prestado la debida atención, como la diabetes y el cáncer de cuello de útero en las mujeres y los accidentes de tránsito en los hombres (Rosero, 2000).

El aumento de la esperanza de vida en el 2000 está asociado a una importante disminución de la mortalidad infantil. La tasa de ese año (10,2 por mil nacidos vivos) representa la reducción más importante de la última década. Parte de esa reducción se debe, de acuerdo con el análisis del Ministerio de Salud, a una disminución en la mortalidad por enfermedades infecciosas, particularmente por infecciones intestinales e infecciones respiratorias agudas. En términos de edad, la mayor disminución se produjo en la mortalidad neonatal precoz, es decir, las defunciones que se producen antes de los siete días posteriores al nacimiento (Ministerio de Salud, 2001b).

A pesar de su bajo nivel, hay indicios de que la mortalidad infantil aún acusa algunas diferencias entre sectores. Una de ellas es que un 20% de los nacimientos ocurre en cantones donde la tasa de mortalidad infantil es superior a la tasa registrada en 1995 (13,2 por mil) (Ministerio de Salud, DSS, 2001a).

También en el caso de la mortalidad infantil mantener la tasa o lograr que siga disminuyendo se vuelve cada vez más complejo. Para ello se requieren acciones que atañen tanto a la capacidad y eficiencia de los servicios, como a la prevención y detección temprana de los casos de alto

riesgo. El hecho de que en el 2000 se registraran cuatro muertes por sífilis congénita, tres más que el año anterior, así como el peso que tienen algunas causas relacionadas con el periodo de gestación, muestran que las actividades preventivas, como el adecuado control prenatal, aún pueden contribuir a mejorar los niveles de este indicador. De igual importancia es el análisis de las causas de muerte, para poder identificar las acciones necesarias. Bajo esta óptica, el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI), encargado del seguimiento y análisis de las muertes de menores de un año, juega un papel trascendental.

La Encuesta de Salud Reproductiva y Migración (ESRM-99), efectuada por el CCP y el INISA, da cuenta de una mejora en el perfil de la salud materno-infantil costarricense, en comparación con el que se tenía en 1992. Los resultados confirman el éxito del prolongado esfuerzo que se ha hecho en este ámbito durante las últimas décadas.

Hay notables aumentos en las actividades de salud preventivas, como la realización de pruebas de papanicolau, el autoexamen de mamas (aunque en menor grado), la cobertura de la vacuna contra el tétanos y la vacunación en los niños menores de cinco años. Elevados porcentajes de consulta médica en el último año (82%) y en los últimos cinco años (97%), evidencian el amplio acceso que tienen las y los costarricenses a la medicina moderna. El incremento en el uso de los servicios de salud del país se refleja en un importante aumento en el porcentaje de mujeres que tuvieron, para su último hijo nacido vivo, un control prenatal adecuado y un porcentaje alto (similar al de 1992) de atención profesional en el parto. Asimismo, y como resultado de las campañas desarrolladas en los últimos años, se ha registrado un aumento en el porcentaje de ma-

CUADRO 2.2

Principales causas de mortalidad general. 1999

(datos absolutos y tasa por diez mil habitantes)

Cinco principales grandes grupos de causas	Muertes	Tasa
Enfermedades del aparato circulatorio	4.578	12,8
Tumores	3.129	8,7
Clasificación suplementaria de causas externas	1.798	5,0
Enfermedades del aparato respiratorio	1.598	4,5
Enfermedades del aparato digestivo	1.016	2,8
Las demás causas	2.933	8,2

Fuente: Ministerio de Salud, 2001a.

dres que amamantaron a su último hijo nacido vivo por al menos tres meses y una reducción del tabaquismo entre las mujeres en edad fértil. Por su parte, permanecen casi sin variación el porcentaje de niños con bajo peso al nacer y el porcentaje de niños que reciben una atención médica adecuada para resolver sus problemas de salud, ya sea fiebre/tos, diarrea o ambas.

En cuanto al Programa Ampliado de Inmunizaciones, su cobertura promedio fue del orden del 86,5%. En la vacunación contra poliomielitis se registró una cobertura de 79,6%, en virtud de problemas de producción y abastecimiento internacional. En todo caso, conviene señalar que para erradicar el sarampión y consolidar la erradicación de la poliomielitis, se requieren coberturas sostenibles del 95% (CCSS, 2001d).

La mortalidad general no registra mayores cambios

El total de defunciones registradas en el año 2000 (15.052) equivalen a una tasa de 41,9 por cada 10.000 habitantes. Entre las cinco principales causas de muerte, las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores siguen figurando de manera prominente (cuadro 2.2). Esta es una característica propia de una sociedad con baja mortalidad, donde la mayoría de las muertes se produce a edades avanzadas.

Una mayor esperanza de vida significa mayor supervivencia en edades avanzadas

Los cambios en la esperanza de vida que el país ha experimentado en las últimas décadas tienen implicaciones importantes, entre ellas la mayor supervivencia de las personas en edades avanzadas. En la década de los ochenta, de cada 100 mujeres que cumplían 60 años, 55 sobrevivían hasta los 80, y de cada 100 hombres sobrevivían 43. De acuerdo con las estimaciones para el año 2000, en la actualidad de cada 100 mujeres que cumplen 60 años, 67 sobreviven hasta los 80 años y de cada 100 hombres sobreviven 54. Esto implica un crecimiento paulatino del número de personas entre los 60 y 80 años que requieren atención integral para asegurar su bienestar. También implica un mayor número de personas expuestas a los riesgos de contraer enfermedades del aparato circulatorio y tumores, así como una alta probabilidad de desarrollar problemas de discapacidad, como dificultades de movilidad, pérdida de la visión y otras limitaciones que demandan la adecuación de los servicios de salud.

La discapacidad afecta sobre todo a los adultos mayores

De acuerdo con los resultados del Censo de Población, en Costa Rica 1 de cada 20 personas sufre algún tipo de discapacidad. Esta prevalencia aumenta con la edad. Tanto entre los hombres como entre las mujeres mayores de 60 años, 1 de cada 5 reportó sufrir algún tipo de discapacidad. Entre los menores de 15 años, 1 de cada 44 sufre de algún tipo de discapacidad, lo mismo que 1 de cada 33 entre las personas de 15 a 29 años y 1 de cada 16 entre las personas de 30 a 59 años.

En todos los grupos de edad la discapacidad reportada con mayor frecuencia es la ceguera total o parcial. Con excepción del retardo mental, la prevalencia más alta de discapacidad se da entre los mayores de 60 años. La ceguera parcial o total fue reportada por un 8% de la población mayor de 60 años y la sordera parcial o total por un 4%. Es probable que tanto la ceguera como la sordera estén relacionadas con algunas otras patologías que afectan a la población de adultos mayores. Entre quienes reportan sufrir de parálisis, amputación o trastornos mentales una proporción importante tiene edades entre los 30 y los 59 años.

Infecciones de las vías respiratorias superiores: la principal causa de morbilidad

Los reportes sobre el cumplimiento de los Compromisos de Gestión en el sector salud indican que en las áreas de salud, las infecciones de vías respiratorias superiores (IVRS) constituyen la principal causa de quebranto de la salud y en todos los grupos de edad, con excepción de las personas adultas mayores; en estas últimas la hipertensión arterial ocupa el primer lugar como causa de consulta, situación que no ha variado en la última década¹. Esta patología está asociada a múltiples factores: estacionales, climáticos, contaminantes ambientales y nutricionales, entre otros. Por lo tanto, su abordaje y manejo tiene que considerar diversas estrategias y acciones que trascienden el sector salud, entre las cuales las educativas juegan un papel central.

La vigilancia epidemiológica es otro elemento esencial de las condiciones de salud de la población. A nivel nacional las diarreas y las infecciones respiratorias siguen ocupando los primeros lugares en cuanto a número de casos. El cuadro 2.3 resume la situación de algunas de las enfermedades de declaración obligatoria registradas por el Ministerio de Salud.

CUADRO 2.3

Presencia de enfermedades de declaración obligatoria en distintas regiones del país. 2000

Enfermedad	Casos	Cambio con respecto al año anterior	Región con mayor número de casos	Porcentaje de casos que ocurren en la región
Dengue	4.889	-19%	Pacífico Central	50%
Malaria	1.879	-53%	Huetar Atlántica	40%
Leptospirosis	192	-32%	Brunca	37%

Fuente: Ministerio de Salud, 2001a.

En los últimos dos años parece haber disminuido la incidencia de SIDA; la prevalencia continúa siendo más elevada entre los hombres de 20 a 45 años. Esto subraya la importancia de las actividades de educación e información sobre el tema. Otro aspecto relevante de la vigilancia epidemiológica es la inclusión de la violencia intrafamiliar (1.714 casos en el 2000)² en la declaración obligatoria. Esta causa de consulta registró un aumento considerable en el último año, lo cual puede deberse a un aumento de la incidencia, a un aumento de la propensión a consultar casos que antes quedaban sin conocerse, o precisamente a un mejor registro. Cualquiera de estas posibilidades impone una demanda importante a la capacidad de los equipos de salud de proporcionar una atención integral.

En lo que respecta a la mortalidad por enfermedades de declaración obligatoria, el SIDA, las diarreas y la tuberculosis constituyen el 70 % de las muertes. Un 90% de las muertes por SIDA ocurre entre personas de 25 a 54 años; un 68% de las muertes por tuberculosis ocurre en mayores de 55.

Los Compromisos de Gestión y la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención

Los Compromisos de Gestión suscritos entre la CCSS y los prestadores de servicios forman parte esencial del nuevo modelo de atención puesto en práctica desde 1997. Estos compromisos permiten establecer relaciones entre la asignación de recursos, los servicios brindados y los resultados obtenidos por las unidades de salud, así como medir el impacto en la salud de la población que habita en las distintas áreas. Durante el año 2000 tuvo lugar un crecimiento

considerable el número de compromisos suscritos. Las áreas de salud que trabajan bajo esta modalidad pasaron de 34 en 1999 a 89 en el 2000, y los hospitales de 21 a 29. Además, los compromisos incluyeron 6 áreas de salud administradas por 4 cooperativas y por la Universidad de Costa Rica.

Para evaluar el cumplimiento de los Compromisos de Gestión, la Unidad de Compra de Servicios de Salud recolectó información en las áreas de salud y hospitales y analizó una muestra de expedientes clínicos. A partir de esta información se obtuvieron varios indicadores, dos de ellos relacionados con la cobertura y la cobertura con calidad. El primero se obtiene por medio de una comparación de las consultas por primera vez y la población asignada. El segundo toma en cuenta el 100% del cumplimiento de las normas de atención. Los resultados de este último componente dependen también de que se cumpla adecuadamente con el registro de las actividades desarrolladas por los prestadores.

El cuadro 2.4 resume los resultados de la evaluación. Estos muestran claramente las implicaciones del cambio en el modelo de atención. Los niños menores de un año tienen la cobertura más alta registrada (93%) seguidos por la atención prenatal (89%). Esta situación refleja las características del modelo anterior, centrado en la atención de la población materno-infantil. Entre las coberturas menores se encuentran grupos poblacionales tradicionalmente difíciles de captar, como la población de 1 a 6 años de edad y los adolescentes, o grupos cuya importancia numérica y relativa ha aumentado en años recientes, como es el caso de los adultos mayores.

Los resultados también muestran que hay todavía una distancia considerable entre la co-

CUADRO 2.4

Estimación de la cobertura total y con calidad de los principales programas de atención de la salud, de conformidad con los Compromisos de Gestión. 2000

(porcentajes)

Programas de atención	Cobertura	
	Total	De calidad
Atención integral al niño		
Menor de un año	93	47
De 1 a 6 años	44	25
Atención integral del adolescente	29	14
Atención integral de la mujer		
En atención prenatal	89	42
Atención integral del adulto		
Atención de pacientes diabéticos	63	19
Atención de hipertensos	74	30
Atención del adulto mayor	44	33

Fuente: CCSS, 2001d.

bertura lograda y el cumplimiento de las normas de atención. Por otro lado, no hay una relación única entre cobertura y calidad. En otras palabras, el aumento de la cobertura no siempre va acompañado de un aumento de cobertura con calidad. En todos los programas, con excepción del adulto mayor, la cobertura con calidad es la mitad o menos de la cobertura total registrada. Esta diferencia no es tan pronunciada en las áreas de salud donde la prestación y gestión se realiza por compra externa: Curridabat, Barva, Santa Ana, Pavas, San Pablo y Tibás.

La evaluación en el primer nivel de gestión reveló un grado significativo de cumplimiento en los procesos de gerencia local, tales como el análisis de situación de salud (ASIS) y la planeación. Asimismo, en casi la totalidad de las áreas se desarrollan actividades de promoción de la salud.

En cuanto a la dotación de recursos, un análisis reciente sobre la distribución del gasto ejecutado por la CCSS en 1999, muestra que 60% de los gastos en las áreas de salud se realiza en 25 áreas que concentran a un 30% de la población. 15 de estas áreas tienen un índice de desarrollo social (IDS) que oscila entre 50 y 94,2 y las restantes un IDS inferior a 50. Por otro lado, el 40% de los gastos en las áreas de salud es recibido por el 70% restante de la población, ubicada en 53 áreas de salud que en promedio tienen índices de desarrollo social inferiores. De las 53 áreas, 24 tienen un IDS menor a 50, y 29 tienen un IDS

superior a 50, pero inferior a 74% (Allen, 2000). Dado que el IDS incluye indicadores directamente relacionados con las condiciones de salud de la población, como la mortalidad infantil, defunciones de menores de un año y retardo en talla de la población de primer grado, es probable que esta distribución desigual, que asigna más recursos a un porcentaje menor de la población, no esté estrictamente en función de atender necesidades mayores.

Una aproximación a las características de la población que demanda servicios en el primer nivel de atención la proporciona el análisis que se presenta en el recuadro 2.1.

La formación de recursos humanos para el sector salud sobrepasa la capacidad de absorción en los hospitales

Existe evidencia de que la falta de una adecuada planificación de las actividades de formación puede comprometer la calidad de los recursos profesionales en el área de salud. En la asignación de puestos para la realización del servicio social, efectuada mediante sorteo en diciembre del 2000, las plazas habilitadas fueron ocupadas por 200 nuevos profesionales en medicina. Otros 200 se quedaron sin la posibilidad de hacer esta práctica y fueron automáticamente incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos, ante la ausencia de oposi-

RECUADRO 2.1

Familias vulnerables en el primer nivel de atención de salud

Como parte de una tesis de maestría en salud pública, se diseñó el indicador **familias vulnerables en el primer nivel de atención de salud**, calculado con base en la información de todos los hogares investigados en las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples. En su construcción se utiliza la técnica de análisis de conglomerados, lo cual permite identificar cuatro grupos según la situación de vulnerabilidad de los hogares, esto es, el grado de exposición, fragilidad y deterioro de aspectos que pueden limitar el aprovechamiento de oportunidades para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro, en relación con las necesidades de atención integral de la salud y a partir de características relacionadas con el ciclo de vida familiar, la estabilidad del empleo, la estabilidad de la pareja conyugal y las necesidades de atención de salud. A continuación se presenta una breve descripción de cada grupo.

Situación de muy alta vulnerabilidad

Tienen una baja estabilidad en términos de ingreso, una alta dependencia en los hogares y una alta utilización de los servicios de salud de atención primaria. Este grupo incluye al 8,6% de los hogares, en los cuales se presen-

tan las siguientes características: el 35% de los jefes de hogar está desempleado; no hay cónyuge presente; el 98% de los jefes de hogar son mujeres; la edad promedio del jefe o jefa es de 48 años y en el 13% de los hogares un miembro ha requerido servicios de hospitalización.

Situación de alta vulnerabilidad

Tienen una relativa estabilidad de ingresos y una baja relación de dependencia, pero el factor edad (miembros de hogar mayores) determina una alta utilización de los servicios primarios de salud. Este grupo representa al 18,6% de los hogares, con las siguientes características: el 100% de los hogares son incompletos; la edad promedio de la jefatura es de 53 años; la principal fuente de ingresos es una pensión; un 67% de los jefes son mujeres; en el 2% de los hogares hay niños menores de un año, y en el 43% de los hogares vive al menos una persona de 60 años o más.

Situación de baja vulnerabilidad

Tienen una relativa estabilidad económica y una alta dependencia de personas menores de edad, con una alta necesidad de servicios de salud del primer nivel de atención, pero

con muy baja utilización de los servicios de hospitalización. Incluyen al 17,4% de los hogares, en los cuales los rasgos predominantes son: el 95% de los jefes de hogar tiene ingresos provenientes de un salario o de un negocio propio; el 100% está conformado por parejas (jefe y cónyuge); en el 72% de los hogares la cónyuge no se dedica a una actividad económica remunerada; el tamaño promedio del hogar es de 6,6 personas.

Situación de muy baja vulnerabilidad

Se caracteriza por una alta estabilidad del ingreso, una alta dependencia de personas menores de edad, con una necesidad mediana de servicios primarios de salud y muy bajo porcentaje de hospitalización. Dentro de este grupo se encuentra el 55,3% de los hogares, en los cuales el 98% de los jefes son hombres; el 40% de las cónyuges tiene ingresos estables; el tamaño del hogar es de 3,7 personas; en el 7% de los hogares viven niños menores de un año; la edad promedio del jefe es de 43 años, y de 39 años en el caso de la cónyuge.

Fuente: Castillo, 2001.

ciones. La proyección es que, en el sorteo de diciembre del 2001, de 250 a 300 médicos quedarán sin llenar ese requisito, pero habilitados plenamente para ejercer su profesión.

A finales del 2000, el Consejo Nacional de Rectores (CONARE) tenía registradas veinte universidades que forman recursos humanos para el sector salud. En los hospitales de la CCSS se adiestran 409 médicos internos y 325 residentes en diferentes especialidades clínicas, con plazas de presupuesto; durante el 2001 unos 25 lo hacen sin sueldo. En un estudio en curso al momento de redactarse este Informe, el CENDEISS, que es la unidad encargada de supervisar la docencia en la CCSS, levantó un inventario de 7.274 campos clínicos activos³ para el adiestramiento de estudiantes en las diversas disciplinas y 365 campos clínicos para las 8 tecnologías de soporte clínico. Empero, no se conoce con exactitud -por deficiencias en las estadísticas de la educación superior privada- el número total

de estudiantes matriculados en cursos de licenciatura o tecnologías para el sector salud y su correlación con la capacidad instalada -camas hospitalarias, por ejemplo- y la disponibilidad efectiva de campos clínicos en los centros hospitalarios (Miranda, 2001).

En la carrera de Medicina, la normativa original para utilizar los hospitales de la CCSS como centros de enseñanza ha sido ampliamente desbordada, dado que se promulgó en una época en que sólo la Universidad de Costa Rica impartía esta carrera. Por otro lado, la evaluación indica que no se han cumplido las disposiciones reglamentarias, ni se han suscrito los seguros de responsabilidad civil que debió haber firmado cada universidad; tampoco existe supervisión del uso que hacen las universidades de los campos clínicos. El ingreso percibido por la Caja por concepto de uso de los campos clínicos ascendió a 65 millones de colones en el primer semestre del 2001. No obstante, datos preliminares señalan que a la CCSS un campo clínico le cuesta tres veces más que la entrada que percibe.

La muerte violenta: un problema de salud pública que no cede

En el V Informe Estado de la Nación se presentó un resumen de los resultados de un estudio sobre el comportamiento de la muerte violenta en el país, que comprende los diagnósticos de homicidio, suicidio y todo tipo de accidentes⁴. Por la importancia de los hallazgos obtenidos, se decidió incluir en este Informe los datos del trienio 1998-2000, con el fin de actualizar el análisis de este problema nacional.

Los nuevos resultados pueden expresarse en una medida sintética y de rasgos dramáticos: por causa de muertes violentas, en Costa Rica se perdieron 178.194 años de vida en el trienio 1998-2000, lo que representa un 79,2% del total acumulado en los dos trienios analizados con anterioridad (1983-1985 y 1995-1997).

La característica más seria de las muertes violentas es su concentración en las edades jóvenes. Más de dos tercios de las muertes por accidentes, accidentes de transporte, homicidios y suicidios ocurren a personas menores de 40 años. Tanto

entre los hombres como entre las mujeres la ocurrencia más alta se da entre los 20 y los 40 años. Entre los hombres de 15 a 34 años estas cuatro causas representaron la mitad o más de las muertes en esas edades en 1999 (70% entre los hombres de 15 a 24 años). Aproximadamente una cuarta parte de los suicidios y de los homicidios suceden a hombres menores de 25 años. En el último trienio, el 72% de los muertos estuvo entre los 11 y los 45 años (incluyendo dos suicidios en niños menores de 9 años) y el 91% eran costarricenses.

El problema de la muerte violenta, en todas sus formas, sigue en aumento: mientras la población del trienio 1998-2000 aumentó un 7% comparada con la del trienio 1995-1997, el total de muertes violentas se incrementó en 21%, y llegó a una nueva tasa de 3,9 por diez mil habitantes entre 1998 y 2000. El número de casos y las tasas específicas según causa y género se encuentran sistematizadas en el cuadro 2.5.

Al comparar los valores absolutos se observa, según una pauta ya advertida, que el suicidio nuevamente produjo más víctimas que el homicidio; aun-

CUADRO 2.5

Muertes violentas y tasas por año, según causa y sexo. 1998-2000

(tasas por 10.000 habitantes)

Causa	1983-1985		1995-1997		1998-2000	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Muertes Violentas	2.097	2,7	3.764	3,5	4.550	3,9
Hombres	1.761	4,5	3.232	5,9	3.808	6,5
Mujeres	336	0,9	532	1,0	742	1,3
Homicidios	311	0,4	575	0,5	703	0,6
Hombres	261	0,7	515	0,9	606	1,0
Mujeres	50	0,1	60	0,1	97	0,2
Suicidios	318	0,4	591	0,5	730	0,6
Hombres	271	0,7	505	0,9	644	1,1
Mujeres	47	0,1	86	0,2	86	0,1
Accidentes de todo tipo	1.468	1,9	2.598	2,4	3.117	2,7
Hombres	1.229	3,2	2.212	4,1	2.558	4,4
Mujeres	239	0,6	386	0,7	559	1,0

Nota: Las tasas fueron calculadas con base en las estimaciones de población del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

Fuente: Del Valle y Miranda, 2001.

que con valores similares en las tasas respectivas. Este aumento fue de casi un 24% entre el trienio 1995-1997 y el trienio 1998-2000 y se dio una relación entre suicidas de 7,5 hombres por 1 mujer. El ahorcamiento y el envenenamiento fueron los métodos más frecuentes. Por su parte, el total de casos de homicidio aumentó un 22%, pero se mantuvo la relación de 6,2 varones por 1 mujer. El empleo de arma de fuego fue el procedimiento prevaleciente. El 65% de las víctimas estuvo entre los 16 y los 40 años y el 74% de los decesos correspondió a costarricenses.

El gran rubro de “toda clase de accidentes” tuvo un incremento del 20% entre los mismos trienios. En este grupo, los accidentes de tránsito representan la primera causa de muerte, con el 61% de todas las modalidades de muerte accidental. Por sexo, hay una relación de 4,3 varones por cada mujer. En alrededor del 30% de los fallecidos en accidentes de tránsito, fueran peatones, conductores o acompañantes, se encontraron altos niveles de alcohol en la autopsia. Además, el procedimiento de la autopsia médico-legal, tal como se practica desde hace tres años en el Organismo de Investigación Judicial, permitió determinar que en un 3% de las víctimas de muerte violenta hubo evidencia de cocaína y marihuana, solas o combinadas, con o sin presencia concomitante de alcohol. La asfixia por sumergimiento fue la segunda causa de muerte accidental, con un 14%.

Acceso a la educación y el conocimiento

El Censo revela mayores niveles educativos

El Censo de Población realizado en el 2000 arroja altas tasas de alfabetismo en todo el país.

El alfabetismo de la población mayor de 10 años oscila entre 99% en el cantón de Montes de Oca y 84,6% en el cantón de Talamanca. En ocho cantones (Turrubares, Los Chiles, Upala, Guatuso, Buenos Aires, La Cruz, Parrita y Talamanca) más del 10% de la población es analfabeta. Dado que no se tiene información sobre las edades, pueden suponerse varias razones para esta situación: la población de mayor edad no tuvo acceso a la educación, inmigración reciente de personas analfabetas, o falta de acceso a la educación. Se trata de cantones en su mayoría fronterizos donde hay una concentración importante de población indígena, por lo que es probable que las dos últimas razones tengan mayor peso.

También el nivel de instrucción es alto: el 89,6% de la población mayor de 5 años ha recibido algún tipo de educación primaria o superior, mientras que un 10,2% de la población tiene educación universitaria. Existe una diferencia entre área urbana y rural, que se manifiesta particularmente en la falta de instrucción y en la educación secundaria. En el área rural más de un 10,7% de la población mayor de 5 años no ha recibido ningún tipo de instrucción, en contraste con un 4,7% en el área urbana. En lo que se refiere a secundaria, mientras en el área urbana un 47,0% de la población mayor de 5 años tiene algún nivel de instrucción superior a primaria, en el área rural este porcentaje es tan solo de un 21,6%. Si la comparación se hace tomando en cuenta a quienes tienen por lo menos algún grado de educación primaria la diferencia es menor, 91,9% en el área urbana y 86,1% en la rural. Es evidente que esto se debe, en buena medida, a que el grado de instrucción alcanzado no es in-

CUADRO 2.6

Distribución relativa de la población de 5 años y más por provincia, según nivel de instrucción. 2000

Nivel de instrucción	Limón	Puntarenas	Guanacaste	Alajuela	Cartago	Heredia	San José	Costa Rica
Ningún grado	10,7	10,4	8,8	8,5	6,5	5,3	5,1	7,1
Preparatoria o kinder	3,7	2,9	3,3	3,2	3,4	3,3	3,2	3,2
Primaria	60,8	60,0	56,2	57,1	56,7	46,2	46,7	52,8
Secundaria académica	16,5	18,0	19,9	19,5	20,9	25,6	27,0	22,5
Secundaria técnica	3,8	3,4	3,7	2,4	2,1	2,4	2,1	2,6
Parauniversitaria	0,6	0,8	1,1	1,3	1,4	2,1	1,9	1,5
Universitaria	3,9	4,6	7,0	7,9	9,1	15,1	14,1	10,2
Población mayor de 5 años	298.238	317.652	237.862	644.019	390.387	321.777	1.223.660	3.433.595

Fuente: Censo de Población 2000, INEC.

dependiente de la localización residencial. Más de tres cuartas partes de quienes tienen un nivel de educación mayor a primaria viven en el área urbana. Esta diferencia se amplía para la población con educación universitaria; el 84% de ella vive en el área urbana.

Entre provincias se aprecia una situación similar. En Limón y Puntarenas más de un 10% de los mayores de 5 años no tiene instrucción y alrededor de una cuarta parte tiene educación mayor a la primaria; en contraste, en Heredia y San José un 5% no ha recibido ningún tipo de instrucción y un 45% ha recibido instrucción más allá de la primaria.

Persisten inequidades por zona en la asistencia escolar

De acuerdo con los resultados del Censo de Población, en la asistencia escolar existen diferencias entre las zonas urbana y rural, las mayores de ellas en las edades de 5 a 6 años y de 13 a 19 años. En este último grupo de edad, que comprende a la mayoría de los estudiantes de secundaria, más de dos tercios de las personas de la zona urbana asisten a un centro educativo, mientras que en la zona rural lo hace sólo la mitad. La información proporcionada por el Censo pareciera apuntar a un problema tanto de permanencia en la secundaria como de cobertura.

La naturaleza del problema puede examinarse con los datos de la Encuesta de Hogares, que incluye una pregunta sobre las razones para no asistir a la escuela. Los asuntos de índole económica se han incrementado como motivos para justificar la no asistencia a la escuela de la población entre 5 y 17 años de edad. En el 2000, un

39,9% de los encuestados señaló tener que trabajar, ayudar en los oficios domésticos o no poder pagar los estudios; en 1998 ese porcentaje fue cercano al 31,8%. Por otra parte, disminuyeron los problemas de acceso al sistema, al pasar de un 7,7% a un 6,8% entre 1998 y 2000, aspecto positivo a la luz de los esfuerzos gubernamentales para aumentar la infraestructura educativa y, con ello, la capacidad de absorción de la población escolar.

Un 41% de las personas entre 5 y 17 años argumentó que no asiste al sistema educativo porque tiene problemas en el estudio o porque no le interesa el aprendizaje. Estas razones tienden a provenir con más frecuencia de quienes viven en hogares clasificados como no pobres (aproximadamente la mitad de los que no asisten por razones diferentes a no tener la edad necesaria) que de aquellos que viven en hogares categorizados como pobres. En investigaciones futuras será importante profundizar en este aspecto, procurando determinar si entre aquellos que dicen no tener interés en el aprendizaje pesa más una valoración de las posibilidades de empleo futuro, o una valoración sobre los contenidos de la enseñanza, o ambas.

Tal como se indicó al principio del capítulo, este Informe concentra su atención en la educación secundaria, con el objetivo de aclarar algunas interrogantes sobre la fractura que ésta representa en el sistema educativo nacional. No obstante, a manera de panorámica general de la cobertura de los otros ciclos, deben destacarse los esfuerzos que ha realizado el país para ampliar la cobertura de la educación básica y preescolar. En este último nivel las tasas netas de cobertura muestran valores ascendentes en los últimos tres años,

CUADRO 2.7

Porcentaje de asistencia escolar de la población mayor de 5 años, por zona y sexo, según grupos de edad. 2000

Grupos de edad	Total	Costa Rica		Zona urbana		Zona rural	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
5 a 6 años	64,6	64,4	64,8	72,1	72,3	55,4	56,0
7 a 12 años	95,7	95,5	95,9	97,3	97,5	93,3	93,8
13 a 19 años	61,3	59,9	62,7	69,0	71,3	47,7	50,4
20 a 29 años	22,8	21,9	23,7	28,2	29,6	12,5	14,4
30 años y más	4,6	4,4	4,9	5,8	5,9	2,5	3,0

Fuente: Censo de Población 2000, INEC.

CUADRO 2.8

**Población de 5 a 17 años que no asiste a la educación,
según motivo de no asistencia. 1998-2000**

Motivo	1998		1999		2000	
	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos
Tiene que trabajar	14.961	12,0	14.134	12,6	18.951	14,1
Tiene que ayudar en oficios domésticos	3.686	2,9	6.801	6,1	6.231	4,6
No puede pagar estudios	21.161	16,9	20.158	18,0	28.464	21,2
Problemas de acceso al sistema	9.619	7,7	8.567	7,7	9.182	6,8
Embarazo o matrimonio	2.318	1,9	2.575	2,3	2.499	1,9
Enfermedad o discapacidad	5.098	4,1	7.136	6,4	7.480	5,6
Le cuesta el estudio	21.234	17,0	16.951	15,1	14.874	11,1
No le interesa el aprendizaje	36.352	29,0	26.948	24,1	39.966	29,8
Otro	10.737	8,6	8.637	7,7	6.664	5,0
Total	125.166	100,0	111.907	100,0	134.311	100,0

Nota: No incluye las categorías "no tiene edad" e "ignorados".

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

hasta alcanzar al 80,6% de la población en edad preescolar, aunque todavía no se cumple la meta de cobertura total. De igual modo, la universalización de la educación general básica (de I a III ciclo), establecida en la Constitución, dista de ser una realidad. En el año 2000, 1 de cada 5 jóvenes no tenía acceso a la educación general básica, y la situación era más grave en la educación diversificada, donde 2 de cada 3 jóvenes estaban fuera del sistema. Si esta información se contrasta con las tasas brutas (véase Compendio Estadístico) se evidencian además problemas de repitencia y rezagos importantes que aluden a una deficiente calidad de la enseñanza.

La educación secundaria marca una brecha en el sistema educativo costarricense

A pesar del crecimiento sostenido que en los últimos años ha experimentado la matrícula de la educación secundaria, sus niveles de cobertura y calidad están muy lejos del óptimo.

De acuerdo con las estadísticas oficiales, en el año 2000 la cobertura para los ciclos tercero y cuarto alcanzó tasas del orden del 64,7% (tasa bruta, afectada por el factor extraedad) y un 52,4% (tasa neta, es decir, cuando se relaciona la matrícula con la población de referencia del nivel educativo, que abarca de los 12 a los 17

años). La tasa neta se eleva a 58,7% si se toma en cuenta el número de jóvenes en esas edades que están incorporados al sistema educativo, pero en otras modalidades no convencionales, como los talleres prevocacionales (2.474), CINDEA e IPEC (1.876), el programa "Nuevas Oportunidades" (10.414) y Aprendizaje-INA (9.780).

Adicionalmente, 4.014 personas estaban inscritas en la modalidad abierta en el 2000, a efecto de presentar pruebas del tercer y cuarto ciclos por suficiencia o a distancia; en su mayoría eran desertores del sistema regular y con edad para estar incorporados en él. La incidencia de esta modalidad abierta agregaría un 1,1% a la tasa neta de cobertura, que de este modo alcanzaría un 59,8%, es decir, 3 de cada 5 personas de la edad de referencia.

Cifras complementarias basadas en la Encuesta de Hogares y obtenidas por reprocesamiento señalan que la asistencia escolar en diversas modalidades (regular y abierta), para adolescentes de 13 a 17 años, varía entre el 60% para el I y II quintil de ingreso familiar, y el 84% para el último quintil, con un promedio general de asistencia del 65% (CAP, 2001).

Por su parte, las tasas de escolaridad por edades simples muestran que el principal problema de abandono o no incorporación se concentra a partir de los 15 años, edad en la cual 1 de cada

2 adolescentes no asiste a las aulas de los liceos y colegios del país (cuadro 2.9).

En el período 1990-2000, el porcentaje de deserción en la educación secundaria diurna no cambia. En efecto, los valores para los años extremos son de 10,3 % y 10,2%, respectivamente, pero existen importantes diferencias en el desempeño de los sectores público y privado, con tasas de deserción para el tercer ciclo de 13,3% en dependencias públicas y de 1,8% en las privadas, y para la educación diversificada de 7,2% y 1,5% respectivamente. Una clave de explicación para este hecho parece residir en el mayor nivel de expectativa -y la consiguiente exigencia- alrededor de la educación como inversión a futuro, que tienen las familias cuyos hijos e hijas asisten a entidades privadas.

En cuanto a los niveles de reprobación, repitencia y rendimiento, el panorama de la educación secundaria diurna se sintetiza del siguiente modo:

- 31.795 personas reprobaron durante el año 1999. Sin embargo, el número de repitentes en el 2000 fue de 20.271, para un porcentaje de 8,8% de la matrícula inicial. Esta diferencia, de 11.524 personas, alimenta la situación de desgranamiento, que se consolida a lo largo del tiempo por la salida de personas desalentadas ante el fracaso escolar.
- En los índices de reprobación también se presentan brechas significativas entre el sector privado y el público : el porcentaje de reprobados tanto del tercer ciclo como de la educación diversificada de

colegios públicos diurnos es 2,6 veces mayor que el de los reprobados de colegios privados.

- Finalmente, de 1995 en adelante se observa un notable repunte en los niveles de aprobación: de un 75,4% en 1995 se pasó a un 82,7% en el año 2000.

Pruebas nacionales bachillerato

La promoción en bachillerato se redujo durante el trienio 1998-2000 y tuvo un descenso importante en los dos últimos años. Parte de esto probablemente se explica por el cambio en la nota final para aprobar el bachillerato por asignatura, de 65 a 70. Por otro lado, esta disminución en el porcentaje de aprobados coincide con un aumento considerable en el número de colegios y en el número de estudiantes que toman las pruebas de bachillerato.

La aprobación del bachillerato en establecimientos públicos y privados pone de manifiesto una persistente brecha de equidad en el sistema educativo costarricense. La promoción en los centros públicos es de apenas el 67%, frente al 86,8% de los privados y el 92,6% de los subvencionados (colegios privados a los cuales el MEP les financia el pago de personal). Una promoción aún más baja tiene lugar en los colegios nocturnos; en el año 2000, de 2.575 estudiantes de estos colegios que presentaron los exámenes, sólo el 35,2% aprobó el bachillerato.

Los resultados de la Olimpiada Matemática Costarricense para la Educación Primaria (OMCEP) es otro ejemplo en el que se puede observar asuntos referidos a la calidad de la educación y diferencias económicas y sociales. Una evaluación sobre esta actividad³ arroja las siguientes conclusiones:

- La formación matemática de los alumnos del segundo ciclo de la educación general básica padece serias deficiencias en temas fundamentales, como resolución de problemas no rutinarios o “problemas proceso”, uso del lenguaje matemático, fracciones y números racionales, decimales, tanto por ciento, potencias, geometría de perímetros y áreas, teoría de números (divisibilidad, números primos y números compuestos, construcción de la criba de Eratóstenes, factorización, múltiplos y submúltiplos), entre otros. Algunas preguntas sugieren que los maestros tampoco dominan ciertos temas fundamentales.
- Los niños y niñas procedentes de las escuelas privadas logran, en general, puntajes superiores a los alcanzados por las y los estudiantes de las escuelas públicas, aun cuando algunos alumnos de estas últimas obtienen medallas.

CUADRO 2.9

Tasas netas de escolaridad en secundaria por edades simples. 2000

Edad	Población	Matrícula	Tasa neta * escolaridad (%)
12	81.941	72.133	88,0
13	80.681	68.001	84,3
14	79.057	59.007	74,6
15	77.402	47.175	60,9
16	75.618	36.989	48,9
17	73.999	24.610	33,3

(*) Relaciona el total de estudiantes matriculados en un nivel educativo específico (sin tomar en cuenta la extraedad) y el total de población correspondiente a ese nivel.

Fuente: Departamento de Estadística, MEP; CELADE 1997.
El dato de población corresponde a CELADE.

CUADRO 2.10

Promoción en el bachillerato a nivel nacional. 1998-2000

Año	Colegios	Estudiantes	Aprobados (%)	Reprobados (%)	Promedio		
					Nota	Examen	Bachillerato
1998	355	17.214	79,3	20,7	79,2	74,2	78,8
1999	385	18.564	69,8	30,2	69,8	77,4	80,8
2000	416	25.159	61,6	38,4	61,5	76,9	78,3

Fuente: Informes nacionales de resultados de las pruebas nacionales de la educación formal, MEP.

RECUADRO 2.2

Algunas tesis sobre los problemas en la educación secundaria

Existe consenso en que los problemas de la educación secundaria costarricense van más allá de lo puramente económico. Un inventario parcial de ideas vertidas al respecto en distintos documentos y entrevistas se resume a continuación.

Una de las principales deficiencias de la educación secundaria es su dificultad para preparar a los individuos a pensar, razonar y ser críticos (Solís y Rodríguez, 1994).

El sistema educativo nacional se encuentra desvinculado del sector productivo y no prepara adecuadamente en temas como calidad total, procesos de certificación de calidad, empresarialismo, servicio al cliente, gestión de tecnología y producción, entre otros (INCAE, 1998).

Según los empresarios, el dominio de aspectos como creatividad, base de conocimientos en su área de acción y capacidad de toma de decisiones, que exhibe el personal con formación secundaria contratado por sus firmas, es apenas aceptable (INCAE, 1998).

El "choque" del paso de la primaria a la secundaria constituye un factor expulsor, en virtud de las marcadas diferencias en la forma en que se administra el currículum, las metodologías y las prácticas docentes que se dan entre uno y otro ciclo (Córdoba, 2001).

La oferta educativa está desactualizada en relación con las transformaciones en curso en las estructuras económicas, sociales y culturales (Guadamuz, L, 2001. Comunicación personal).

La metodología utilizada limita la posibilidad de desarrollar la creatividad, el pensamiento crítico, la resolución de conflictos, la disposición para el trabajo en equipo y la integración de los conceptos a la realidad (González, 2001).

No hay una adecuada interacción profesor-alumno y no se cuenta con recursos didácticos apropiados para incorporar innovaciones educativas (Pérez R y Villalobos, E, 2001. Comunicación personal).

La formación de base es insuficiente y no hay procesos de actualización en el sector (González, 2001).

El estudiante se desanima ante programas de estudios recargados de contenidos repetitivos y distantes de sus necesidades y expectativas (Solís y Rodríguez, 1994).

Las pruebas nacionales han devenido en un fin en sí mismo (Villalobos, E, 2001. Comunicación personal).

Fuente: González, 2001.

■ Es mucho más fácil conseguir que las escuelas privadas participen en la Olimpiada. A pesar del apoyo decidido de los Ministros de Educación, quienes en su oportunidad enviaron circulares invitando a las escuelas públicas a tomar parte en la OMCEP, el porcentaje de escuelas oficiales participantes es bajo.

Problemas en la generación de ingreso para una vida digna**La pobreza no disminuye**

En el 2000 la incidencia de la pobreza en los hogares costarricenses, entendida como el porcentaje de hogares con ingresos insuficientes para

satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, mostró por segundo año consecutivo un pequeño aumento (0,5 puntos porcentuales, véase cuadro 2.11). Si bien esta variación se ubica dentro del margen de error de la estimación, el hecho de que el resultado se repita por dos años consecutivos permite afirmar que las dinámicas macroeconómica y sociodemográfica no están contribuyendo a mejorar la situación de las y los costarricenses de menores ingresos.

El diagnóstico es más contundente si se asume una perspectiva de mediano plazo, pues desde 1994 no se ha avanzado en la reducción de la pobreza, de modo tal que los niveles de incidencia se mantienen en valores cercanos al 20% de los hogares (23% de la población, véase cuadro 2.11), indicio suficiente para afirmar que el tipo de crecimiento económico prevaleciente no es el más adecuado para lograr reducciones significativas en la pobreza. Más adelante se profundiza en la relación entre los principales resultados económicos y la pobreza y la distribución del ingreso, prosiguiendo aquí con el análisis de la incidencia de la pobreza.

El porcentaje de hogares pobres a nivel nacional aumentó de 20,6% en 1999 a 21,1% en el

2000 (había sido 19,7% en 1998); mientras que en términos de población el porcentaje de personas pobres casi no varió (23,7% en 1999 y 23,6% en el 2000), aunque siguió siendo superior al de 1998 (22,1%).

No obstante ese aumento en la incidencia de la pobreza total, se redujo ligeramente la incidencia de la pobreza extrema o indigencia, o sea, el número de hogares pobres cuyo ingreso per cápita no fue suficiente para satisfacer las necesidades básicas de alimentación de todos y cada uno de sus miembros. La reducción fue del 6,7% de los hogares (7,5% de las personas) a 6,4% (7,4%).

Por zonas, en el 2000 tanto en la urbana como en la rural se dieron aumentos en la pobreza total y reducciones en la pobreza extrema o indigencia (cuadro 2.11), pero la incidencia de este fenómeno sigue siendo mayor en la zona rural. Así, en ese mismo año, por cada hogar pobre en zona urbana había 1,6 hogares pobres en zona rural (2,3 en pobreza extrema).

Por regiones, respecto al año anterior, en el 2000 la incidencia de la pobreza total aumentó en todas ellas, con excepción de la Pacífico Central, donde se dio una fuerte reducción, de 2,3

CUADRO 2.11

Evolución de la indigencia y la pobreza total, a nivel nacional y por zonas. 1990-2000

(porcentaje de hogares y de población bajo la línea de pobreza respectiva ^{a/})

	Total del país		Hogares				Total del país		Personas			
	Indigentes Pobres ^{b/}		Zona urbana		Zona rural		Indigentes Pobres ^{b/}		Zona urbana		Zona rural	
	Indigentes	Pobres ^{b/}	Indigentes	Pobres ^{b/}	Indigentes	Pobres ^{b/}	Indigentes	Pobres ^{b/}	Indigentes	Pobres ^{b/}	Indigentes	Pobres ^{b/}
1990	9,1	27,1	5,4	23,6	12,4	30,1	9,9	30,7	5,4	27,1	13,4	33,5
1991	11,7	31,9	7,9	28,8	14,7	34,4	12,4	35,4	8,3	31,6	15,5	38,2
1992	9,3	29,4	6,3	27,3	11,9	31,1	10,1	33,1	6,8	31,3	12,6	34,6
1993	6,9	23,2	4,0	19,8	9,2	25,9	7,7	26,4	4,3	22,4	10,3	29,3
1994	5,8	20,0	3,1	15,5	8,0	23,7	6,8	22,9	3,6	18,3	9,1	26,4
1995	6,2	20,4	3,7	16,1	8,3	23,9	7,5	23,5	4,3	19,2	9,8	26,8
1996	6,9	21,6	4,2	17,1	9,0	25,2	7,6	24,6	4,0	19,2	10,3	28,5
1997	5,7	20,7	3,2	16,3	7,6	24,1	6,6	23,9	3,9	19,4	8,6	27,1
1998	5,3	19,7	2,9	16,1	7,1	22,4	5,9	22,1	3,2	18,8	7,7	24,4
1999	6,7	20,6	4,5	17,3	8,5	23,5	7,5	23,7	4,9	20,6	9,6	26,3
2000	6,4	21,1	4,2	17,5	8,3	24,3	7,4	23,6	4,9	19,7	9,5	26,8

a/ Excluyendo hogares y personas en hogares con ingreso cero o ignorado.

b/ Incluye a los indigentes.

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

RECUADRO 2.3

La estimación del número de hogares y personas pobres imputando ingreso

Para el cálculo de la pobreza vista como insuficiencia de ingresos se excluyen aquellos hogares que durante el proceso de la encuesta: a) no suministraron información de ingresos ("ingreso ignorado"), o b) se declararon sin ingresos ("ingreso cero"), aduciendo situaciones coyunturales (cambio de trabajo, espera el inicio del pago de pensión, etc.). El porcentaje de hogares en esta situación es variable, con un promedio de 17,7% para 1990-2000, y valores máximos y mínimos de 23,7% en 1991 y 12,8% en 2000, respectivamente. Una de las implicaciones de la existencia de esos hogares es la imposibilidad de conocer con precisión el número de hogares en situación de pobreza y de las personas que en ellos habitan (lógicamente el término "precisión" aquí utilizado deja de lado los problemas de definición y estimación propios de la materia de la pobreza).

Para solucionar este problema, es necesario hacer alguna imputación de ingresos a los hogares con ingreso cero o ignorado, de manera que la estimación de pobreza se realice sobre el total de hogares. Sauma (2001a) realizó un ejercicio de ese tipo, imputando ingresos según las características personales y ocupacionales, en el caso de los ingresos laborales, y según las características personales en el caso de otros ingresos. El resultado de la imputación fue que, como promedio para 1987-1998, solamente un 18,8% de los hogares con ingreso cero o ignorado eran pobres (un 17,9% de las personas que en ellos residían).

Aplicando estos resultados a las cifras publicadas por el INEC para 1998-2000, el total de hogares y personas pobres sería el siguiente:

CUADRO 2.12

Hogares y personas pobres según ingreso. 1998-2000

Año	Total	Sólo con ingreso conocido		Con ingreso cero/ignorado		Total pobres
		Total	Pobres	Total	Pobres (estimado)	
Hogares						
1998	824.155	700.181	138.030	123.974	23.307	161.337
1999	835.848	713.875	147.351	121.973	22.931	170.282
2000	849.032	740.595	156.418	108.437	20.386	176.804
Personas						
1998	3.340.909	2.801.730	619.200	539.179	96.513	715.713
1999	3.412.613	2.892.696	686.400	519.917	93.065	779.465
2000	3.486.048	3.021.324	712.447	464.724	83.186	795.633

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

No obstante estos ajustes, y obviando nuevamente los problemas de definición y medición de la pobreza, estas cifras absolutas no reflejan la magnitud real del problema, por dos motivos. En primer lugar, porque las encuestas de hogares solamente captan información de la población en hogares individuales, dejando por fuera a una parte de la población en que la incidencia de la pobreza es muy elevada, y que habita en viviendas colectivas (hoteles y otras), o simplemente no tiene vivienda (literalmente vive "en la calle"). En segundo lugar, porque la encuesta subestima la población total del país, como se desprende de la comparación de las estimaciones del Censo de Población y las de la encuesta para el año 2000: mientras esta última estima la población nacional en 3.486.048 personas, el Censo señala 3.810.179 habitantes.

Fuente: Sauma, 2001a.

puntos porcentuales (cuadro 2.13). En los casos de aumento, el mismo fue menor en la región Central, intermedio en la Chorotega, la Huetar Atlántica y la Brunca, y bastante mayor en la Huetar Norte. En la indigencia el resultado a nivel regional es variado, con aumentos en la incidencia en la Chorotega, en la Pacífico Central y, especialmente, en la Huetar Norte, y reducciones en las demás regiones (cuadro 2.13). Como en años previos, la incidencia de la pobreza (total y extrema) fue mayor en las regiones Chorotega y Brunca.

En la región Central reside casi la mitad de los pobres, como resultado de los patrones globales de asentamiento de la población; no obstante, el porcentaje se redujo a lo largo de la década, reflejando las mayores reducciones en la pobreza urbana que en la rural. En el transcurso de la década, la región Brunca fue la segunda en importancia en cuanto a población pobre.

El leve aumento en la pobreza total a nivel nacional y el fuerte incremento en la pobreza total y extrema en la región Huetar Norte en el año

2000 sugieren un posible impacto de la inmigración nicaragüense. Sin embargo, como se demuestra en el recuadro 2.4, esa inmigración no explica, al menos de manera directa, el aumento en la pobreza en esa región, ni a nivel nacional.

El ligero aumento en la incidencia de la pobreza durante el 2000 estuvo acompañado de pequeñas reducciones, tanto en la intensidad de la pobreza (los pobres en ese año fueron menos pobres que el año anterior, pues su ingreso promedio estuvo menos alejado de la línea de pobreza), como en su severidad (además se redujo la pobreza de los más pobres entre los pobres; cuadro 2.14)⁶.

Por zonas, mientras en la urbana se repitió la situación de la totalidad del país, es decir, aumento en la incidencia de la pobreza y reducciones en su intensidad o brecha y en su severidad, en la zona rural aumentaron la incidencia y la intensidad o brecha, y no hubo cambios en la severidad.

En lo que respecta a la “vulnerabilidad a la pobreza de los no pobres”, los hogares vulnerables fueron definidos como aquellos cuyo

CUADRO 2.13

Evolución de la indigencia y la pobreza total por año, según regiones. 1990-2000

(Porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza respectiva ^{a)})

Pobreza/región	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Indigencia											
Total país	9,1	11,7	9,3	6,9	5,8	6,2	6,9	5,7	5,3	6,7	6,4
Central	5,7	8,7	6,6	4,6	3,1	4,1	4,4	3,5	3,3	4,4	3,9
Chorotega	22,7	23,4	19,1	13,8	14,7	13,6	13,2	12,3	11,5	13,2	13,9
Pacífico Central	12,9	14,7	11,7	9,0	6,5	5,5	6,6	6,9	5,7	8,2	8,4
Brunca	20,9	19,5	18,2	15,2	14,1	14,4	14,8	10,7	11,7	14,8	13,5
Huetar Atlántica	6,8	9,3	7,2	5,7	6,2	5,1	8,6	6,8	5,3	6,9	6,4
Huetar Norte	14,0	12,9	12,8	7,0	9,4	10,0	11,2	9,5	7,6	8,5	10,3
Pobreza total ^{b)}											
Total país	27,1	31,9	29,4	23,2	20,0	20,4	21,6	20,7	19,7	20,6	21,1
Central	22,0	27,2	25,5	18,5	14,9	16,0	16,5	15,4	15,0	15,6	15,8
Chorotega	45,4	51,7	46,8	38,4	37,5	35,2	34,5	36,0	34,1	35,5	36,3
Pacífico Central	33,7	35,4	33,3	26,1	21,9	22,8	22,9	24,8	20,8	28,7	26,4
Brunca	45,0	45,1	43,6	39,9	35,8	36,9	37,0	32,3	34,1	34,1	35,3
Huetar Atlántica	21,7	26,2	20,6	20,4	19,7	17,1	25,4	25,7	20,7	21,5	22,6
Huetar Norte	38,8	34,6	34,4	24,6	26,1	27,6	27,7	27,2	26,4	26,3	30,1

a/ Excluyendo hogares con ingreso cero o ignorado.

b/ Incluye indigentes.

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

RECUADRO 2.4

Inmigración nicaragüense y pobreza

Las encuestas de hogares de (julio de) 1999 y 2000 captaron la presencia en el país de 133.548 y 135.579 inmigrantes nicaragüenses no naturalizados, respectivamente. Esas cifras son inferiores a las que arrojan diferentes estimaciones sobre la inmigración nicaragüense hacia Costa Rica, por diversos motivos; entre ellos destaca el hecho de que la Encuesta de Hogares no capta información sobre los residentes en hogares colectivos, ni sobre la inmigración temporal, situación en la que se encuentran muchos de los nicaragüenses que ingresan al país. Sin embargo, esa subestimación no constituye una limitación para el análisis que aquí se realiza, pues se trata de la consistencia interna de la Encuesta de Hogares.

Según la Encuesta de Hogares de 2000, prácticamente 3 de cada 5 inmigrantes nicaragüenses (59,2%) residían en la región Central, a la cual seguía en importancia la región Huetar Atlántica (14,6%), aunque cerca de una quinta parte de los inmigrantes (19,1%) vivía en las regiones Huetar Norte (12,1%) y Chorotega (7,0%), fronteras con Nicaragua.

Esa misma encuesta refleja que en 49.488 de los 849.032 hogares identificados residía al menos un nicaragüense no nacionalizado (5,8% del total de hogares), y en 44.555 de ellos al menos el jefe o la jefa y su cónyuge (si lo había) eran nicaragüenses. De estos últimos, un 25% estaban constituidos exclusivamente por nicaragüenses (11.133), mientras que los restantes (75%) tenían tanto miembros nicaragüenses como no nicaragüenses.

A nivel nacional, la incidencia de la pobreza definida como

insuficiencia de ingresos era bastante mayor para los hogares en los que al menos el jefe o su cónyuge era nicaragüense (24,9% de los hogares y 31,1% de las personas), que para los demás hogares (20,9% de los hogares y 23,1% de las personas). Empero, en los hogares conformados exclusivamente por nicaragüenses la incidencia de la pobreza era bastante menor (pues se trata de hogares cuyos miembros son mayoritariamente adultos económicamente activos).

No obstante esa mayor incidencia de la pobreza en los hogares con al menos el jefe o su cónyuge (si lo hay) nicaragüense, los aumentos en la pobreza a nivel nacional y en la región Huetar Norte en el año 2000 respecto a 1999 no pueden achacarse a ellos. A pesar de que el número de hogares de inmigrantes captados por la Encuesta de Hogares (tal como han sido definidos) aumentó entre esos dos años a nivel nacional (de 42.792 en 1999 a 44.555 en el 2000), la incidencia de la pobreza en ellos más bien se redujo, al pasar de 27,9% en 1999 a 24,9% en el 2000. En cambio, para los demás hogares la pobreza aumentó, de 20,2% en 1999 a 20,9% en el 2000.

En el caso específico de la región Huetar Norte, la pobreza aumentó tanto para los hogares de inmigrantes como para los demás, aunque el aumento fue menor para los primeros (de 35,7% en 1999 a 37,2% en el 2000) que para el resto de los hogares (24,6% y 29,1% respectivamente).

Fuente: OIM, 2001 y estimaciones de Sauma, 2001b.

ingreso familiar per cápita supera la línea de pobreza, pero es inferior a 1,4 veces la misma⁷.

En el año 2000 el porcentaje de hogares vulnerables fue de 13,3% a nivel nacional, menor que el del año anterior, pero todavía superior al de 1998 (cuadro 2.15).

Esta reducción significa que, en caso de que el país entre en una situación recesiva como la de 1991, el porcentaje de hogares que podrían caer en situación de pobreza es menor respecto al año anterior. Además, debe tomarse en cuenta que el descenso en el porcentaje de hogares vulnerables fue superior al aumento en el porcentaje de hogares pobres, lo que da como resultado una reducción en el porcentaje que hogares que se encuentran en alguna de las dos situaciones respecto a 1999, lo que disminuiría aún más el impacto de una eventual recesión.

La escasa reducción en el porcentaje de hogares vulnerables y en el indicador de vulnerabilidad, sería producto del aumento en la concentración en la distribución del ingreso, pues el incremento en el ingreso nacional no estaría

llegando a los hogares vulnerables y, consecuentemente, alejándolos de la línea de pobreza (indicador de vulnerabilidad) para, finalmente, sacarlos de esa situación.

Comportamiento de los indicadores de distribución del ingreso

Desde una perspectiva de largo plazo, en el 2000 se mantuvo la tenue pero persistente tendencia —ya señalada en el VI Informe Estado de la Nación— hacia la concentración en la distribución del ingreso que se observó durante la década de los noventa, aunque los cambios no fueron de gran magnitud. El comportamiento de los indicadores en el año en estudio confirma esta tendencia⁸, tanto en el coeficiente de Gini, como en la razón entre el ingreso familiar promedio de los hogares del último y el primer quintil (cuadro 2.16). Esto llama la atención si se toma en cuenta que los valores que esos dos indicadores asumen para el año 2000 son los más altos de la década, superando inclusive los de 1991 y 1996, años en

CUADRO 2.14

**Incidencia, intensidad y severidad
de la pobreza en los hogares, a nivel nacional y por zonas. 1990-2000**
(porcentajes)

	Total país			Zona urbana			Zona rural		
	Incidencia	Brecha	Severidad	Incidencia	Brecha	Severidad	Incidencia	Brecha	Severidad
1990	27,1	10,7	6,0	23,6	8,2	4,4	30,1	12,8	7,4
1991	31,9	13,0	7,3	28,8	10,8	5,9	34,4	14,8	8,5
1992	29,4	11,4	6,3	27,3	9,6	4,8	31,1	12,9	7,5
1993	23,2	8,7	4,7	19,8	6,6	3,2	25,9	10,5	6,0
1994	20,0	7,4	3,9	15,5	5,1	2,5	23,7	9,2	5,1
1995	20,4	7,5	4,0	16,1	5,3	2,6	23,9	9,4	5,2
1996	21,5	8,4	4,6	17,0	6,1	3,1	25,1	10,2	5,7
1997	20,7	7,4	3,8	16,3	5,6	2,8	24,1	8,7	4,6
1998	19,7	6,8	3,5	16,1	4,9	2,3	22,4	8,3	4,3
1999	20,6	8,0	4,3	17,3	6,4	3,4	23,5	9,3	5,0
2000	21,1	7,8	4,1	17,5	5,9	3,0	24,3	9,4	5,0

Fuente: Estimación propia con datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

CUADRO 2.15

Vulnerabilidad de los no pobres ^{a/}. 1990-2000.

Año	Porcentaje de hogares pobres y vulnerables ^{a/}			Indicador de vulnerabilidad ^{b/}
	Ambos	Pobres	Vulnerables ^{a/}	
1990	42,8	27,1	15,7	0,796
1991	46,8	31,9	14,9	0,814
1992	44,8	29,4	15,4	0,803
1993	38,6	23,2	15,4	0,798
1994	34,2	20,0	14,2	0,806
1995	33,8	20,4	13,4	0,795
1996	36,1	21,6	14,5	0,807
1997	34,6	20,7	13,9	0,796
1998	32,4	19,7	12,7	0,800
1999	34,9	20,6	14,3	0,812
2000	34,4	21,1	13,3	0,806

a/ Hogares cuyo ingreso supera la línea de pobreza, pero es inferior a 1,4 veces la misma.

b/ El indicador asume valores entre 0 y 1, y aumentos en él reflejan aumentos en la vulnerabilidad a la pobreza de los hogares de referencia.

Fuente: Estimación propia con datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

que, por las características recesivas de la economía, estos indicadores tendieron a aumentar.

Al comparar la evolución de la incidencia de la pobreza con la del coeficiente de Gini se obtiene que, hasta 1998, el coeficiente de Gini osciló entre 0,374 y 0,393, y la incidencia de la pobreza mostró una tendencia a disminuir. Al comparar los años 1999 y 2000, se presentan valores del coeficiente de Gini cercanos a 0,400, en tanto que la pobreza aumenta medio punto porcentual; es decir, se observa una situación de ligero aumento en la desigualdad de la distribución del ingreso, con un estancamiento de la pobreza. Esto se relaciona estrechamente con el tipo de crecimiento económico que experimenta el país, muy concentrado en algunas actividades que no se encadenan de manera adecuada con el resto de la economía (ver capítulo 3).

Estancamiento macroeconómico afecta los ingresos

En el 2000 el PIB total creció respecto al año anterior, pero el aumento no fue suficiente para compensar el incremento en la población, dando como resultado que el PIB per cápita se redujera (cuadro 2.17). Por su parte, el ingreso nacional disponible per cápita mostró una reducción bastante mayor, de 2,3%. Además se registró una caída (1%) en el gasto de consumo final de los hogares, expresado en términos per cápita.

La disminución en el ingreso nacional per cápita es consistente con la reducción en el ingreso familiar promedio captado por la Encuesta de Hogares (0,7%). Los salarios mínimos promedio también cayeron, afectando los ingresos familiares, especialmente los de las familias más pobres.

Si bien es cierto la tasa de desempleo abierto se redujo, el cambio no parece haber sido suficiente para contrarrestar la caída en los ingresos, en particular porque la tasa de ocupación también disminuyó, por segundo año consecutivo.

Se puede concluir, entonces, que el ligero aumento en la pobreza familiar en el 2000 es consistente con el desempeño macroeconómico alcanzado ese año.

Pobreza según el método de las necesidades básicas insatisfechas

Dos son los principales métodos utilizados para medir la pobreza: el de las líneas de pobreza, tradicionalmente usado en este Informe, y el conocido como método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI). Este último enfatiza en el consumo efectivo de ciertos bienes y servicios

CUADRO 2.16

Medidas de desigualdad de la distribución del ingreso familiar per cápita^{a/}. 1990-2000

	X/I decil ^{b/}	V/I quintil ^{c/}	Coefficiente de Gini ^{d/}
1990	17,4	8,2	0,374
1991	19,9	9,1	0,391
1992	17,0	8,1	0,378
1993	16,4	7,8	0,378
1994	17,0	8,5	0,387
1995	16,1	7,9	0,377
1996	18,6	8,8	0,393
1997	15,5	8,0	0,380
1998	16,5	8,5	0,389
1999	19,5	9,1	0,400
2000	18,2	9,5	0,403

a/ Excluyendo los hogares con ingreso igual a cero o ignorado.

b/ Relación entre el ingreso promedio de los hogares del décimo decil y el primero.

c/ Relación entre el ingreso promedio de los hogares del quinto quintil y el primero.

d/ Coeficiente de Gini de la distribución respectiva, calculado por deciles.

Fuente: Estimación propia con datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

considerados básicos por las familias y sus miembros (recuadro 2.5).

En cuanto a fuentes de información, las más importantes son los censos nacionales de población y vivienda. Dado que la Encuesta de Hogares del año 2000 incluyó un módulo de vivienda, en este Informe se consideró conveniente avanzar algunos resultados a partir de ella. Lógicamente, las definiciones y estimaciones que se presentan en este ejercicio no son definitivas; más bien pretenden servir de base para formulaciones alternativas que enriquezcan la discusión sobre el tema.

Concretamente, se juzgó pertinente considerar las necesidades de vivienda, servicios básicos, educación y salud, así como un indicador indirecto de la capacidad económica de los hogares para realizar un consumo básico. Entonces, una familia se considera pobre si tiene al menos una necesidad insatisfecha. Seguidamente se incluyen las dimensiones de cada una de las necesidades consideradas, así como los criterios de insatisfacción.

El cuadro 2.18 resume los resultados obtenidos, considerando o no la capacidad de consumo,

CUADRO 2.17

Principales variables económicas asociadas con la pobreza. 1999-2000

Variable	1999	2000	Variación (%)
PIB real			
Total (millones de colones de 1991)	1.400.538,0	1.423.834,1	1,7
Per cápita (colones de 1991)	363.192,1	361.085,6	-0,6
Ingreso nacional disponible			
Per cápita (colones de 1991)	337.722,6	330.046,3	-2,3
Gasto consumo final hogares			
Per cápita (colones de 1991)	252.808,0	250.392,9	-1,0
Ingreso familiar promedio (colones 1991)	52.909,1	52.876,9	-0,7
Índice de salario mínimo real (1991=100%)	119,1	118,4	-0,6
Empleo (ocupados)	1.300.146	1.318.625	1,4
Tasa de desempleo abierto	6,0	5,2	-0,8
Coefficiente de Gini	0,400	0,403	0,003

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC y BCCR.

RECUADRO 2.5

Criterios de insatisfacción de las necesidades básicas

Los necesidades básicas se consideran insatisfechas cuando se presentan las siguientes condiciones:

1. Vivienda

1.1. Calidad de la vivienda: si el tipo de la vivienda corresponde a "tugurio" o si al menos dos de las siguientes partes de la vivienda: el piso, las paredes o el techo, están contruidos con material de desecho o su estado aparente es "malo".

1.2. Hacinamiento: si el número de personas en la vivienda por cada dormitorio es mayor a 3.

2. Servicios básicos

2.1. Agua potable: si el agua proviene de río, quebrada o naciente, de la lluvia o de otra fuente. En el caso de la zona urbana se añade la obtenida de pozo.

2.2. Disposición de excretas: si no tiene o si el sistema es diferente a alcantarillado o cloaca, tanque séptico, pozo negro o letrina.

2.3. Alumbrado: si no es eléctrico en zona urbana y si no es eléctrico o con canfn en zona rural.

3. Educación: si hay en el hogar niños y jóvenes de 7 a 15 años que no asisten a algún centro educativo en zona urbana, y de 7 a 12 años en zona rural.

4. Salud: si el jefe del hogar no tiene seguro y el ingreso per cápita del hogar es inferior al ingreso per cápita promedio.

5. Capacidad de consumo: si la razón de dependencia económica del hogar (miembros del hogar entre ocupados) es mayor a 3 y si el jefe del hogar tiene menos de sexto grado en zona urbana, o tercer grado o menos en zona rural.

Fuente: Sauma, 2001b.

a partir de los cuales se puede valorar la afectación según la necesidad específica. Así, cuando se consideran todas las variables el porcentaje de hogares pobres a nivel nacional alcanza un 30,2%; un 20,1% con solamente una NBI y el 10,1% restante con 2 o más NBI. Por zonas, la situación es más grave en la rural, donde la pobreza afecta a un 37,1% de los hogares, mientras que en la zona urbana la incidencia es de 22,7%.

Medición integrada de la pobreza

La medición integrada de la pobreza (MIP) combina el método de las líneas de pobreza con el de las necesidades básicas insatisfechas. Según esta aproximación, son pobres aquellos indivi-

duos u hogares que muestren ingresos insuficientes, consumos insuficientes de ciertos bienes y servicios, o ambos a la vez. En el último caso se estaría en situación de pobreza crónica, en el primero (sólo insuficiencia de ingresos) en condiciones de pobreza reciente o coyuntural, y en el segundo (sólo insuficiencia de consumo) ante una pobreza más estructural o de más larga data.

En este ejercicio se combinan las estimaciones de pobreza como insuficiencia de ingresos mostradas al inicio del capítulo, con las de NBI de la sección anterior, pero excluyendo la variable capacidad de consumo, pues la misma se obtiene directamente con los ingresos familiares. Los resultados se pueden apreciar en el cuadro 2.19.

La medición integrada de la pobreza muestra que, además del mercado de trabajo y la asistencia

CUADRO 2.18

Pobreza según el método de las necesidades básicas insatisfechas. 2000

	Total	Urbana	Rural
Incluyendo capacidad de consumo			
Porcentaje de hogares pobres	30,2	22,7	37,1
Con 1 NBI	20,1	16,4	23,5
Con 2 o más NBI	10,1	6,3	13,5
Excluyendo capacidad de consumo			
Porcentaje de hogares pobres	27,5	20,4	34,1
Con 1 NBI	19,3	15,2	22,9
Con 2 o más NBI	8,3	5,1	11,1
Porcentaje de insatisfacción por necesidad			
Vivienda	15,2	11,8	18,3
Calidad de la vivienda	10,9	8,1	13,5
Hacinamiento	6,9	5,6	8,1
Servicios básicos	7,8	2,5	12,6
Agua potable	6,1	1,8	10,0
Evacuación excretas	1,0	0,7	1,4
Alumbrado	1,8	0,5	2,9
Educación	2,9	4,1	1,9
Salud	9,1	6,5	11,5
Capacidad de consumo	5,8	4,4	7,1

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

social, principales vías para reducir (en el corto plazo) la pobreza como insuficiencia de ingresos, se requieren fuertes inversiones sociales del sector público y, complementariamente, una mejor acción del mercado de capitales (especialmente en el caso de vivienda), pues esta es la única vía posible para solucionar el problema de la pobreza por NBI (excluyendo capacidad de consumo).

Vivienda: aumento significativo del acceso, pero con problemas de calidad

La vivienda ha sido considerada como un elemento necesario para el logro de una alta calidad de vida y una sólida base para generar oportunidades para el desarrollo humano. Los resultados del Censo del 2000 y algunos indicadores basados en la Encuesta de Hogares permiten obtener conclusiones importantes sobre el acceso de la población costarricense a este bien.

En materia de vivienda, Costa Rica es un país de propietarios. Además, en los últimos veinte años se ha ampliado notablemente el acceso a servicios y equipamiento en el hogar. No obstante, en cuanto a la calidad y estado físico de los inmuebles construidos hay evidencias de un deterioro significativo que tiende a acumularse entre 1984 y el año 2000.

El Censo registró una casi duplicación de viviendas, que pasaron de 544.079 en 1984 a 1.034.893 en el 2000, con un grado de desocupación del 9,5%. El total de ocupantes por vivienda

disminuyó de 4,8 a 4,1. Este crecimiento, comparado con la tasa de aumento del número de hogares, produce, en general, una valoración positiva del desempeño. Si a esto se agrega la cobertura de los servicios eléctricos (96,7%), de los sanitarios conectados a una alcantarilla pública o tanque séptico (89,5%) y del agua entubada (97%), los resultados expresan avances de mucha importancia. Adicionalmente, el incremento de los porcentajes de población que accede a viviendas, bienes duraderos y servicios telefónicos son un claro reflejo de cambios de gran relevancia en el consumo durante el período intercensal. Así, la tenencia de televisor a color (de 19,1% a 84,9%), de refrigeradora (de 53,7% a 84,3%) y de lavadora (35,1% a 80,8%), indica que todos estos bienes han dejado de ser de acceso discriminado. También se ha ampliado la tenencia de otros bienes, como el teléfono (de 26,0% a 54,3%) y el nuevo aparato registrado en el Censo del 2000, el horno de microondas (31,9%). Sólo unos cuantos artefactos se mantienen como de acceso restringido: el vehículo no de trabajo (26,%), la microcomputadora (14,%) y el tanque para agua caliente (4,%).

Una perspectiva adicional sobre el tema la da el estado de las viviendas. Los módulos de vivienda de la Encuesta de Hogares de los años 1994, 1997 y 2000 aportan los datos más actualizados sobre el estado físico de la vivienda en el país, ya que esta información no fue publicada en el primer avance del Censo de Población.

CUADRO 2.19

Pobreza según la medición integrada de pobreza. 2000

	Total	Urbano	Rural
Total hogares	100,0	100,0	100,0
Pobres por ambos métodos	10,7	8,3	12,8
Pobres por insuficiencia de ingresos	10,4	9,2	11,5
Pobres por NBI	17,5	12,6	21,8
No pobres	61,3	69,9	53,9
Total hogares	100,0	46,4	53,6
Pobres por ambos métodos	100,0	35,9	64,1
Pobres por insuficiencia de ingresos	100,0	41,0	59,0
Pobres por NBI	100,0	33,3	66,7
No pobres	100,0	52,9	47,1

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

CUADRO 2.20

Total de viviendas ocupadas según estado físico. 1994, 1997, 2000

(Valores absolutos y porcentajes)

Estado físico viviendas	Absolutos			Porcentajes		
	1994	1997	2000	1994	1997	2000
Buenas	463.922	420.720	493.545	65,2	53,7	59,0
Regulares	154.595	247.268	228.900	21,7	31,5	27,3
Malas	89.050	116.140	108.800	12,5	14,8	13,0
Ignorado	3.960		5.815	0,6	0,0	0,7
Total	711.527	784.128	837.060	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.

De esta fuente se desprende que la vivienda en Costa Rica sigue siendo un activo en manos de un porcentaje muy significativo de la población. Aproximadamente un 77% de las viviendas son propias, ya pagadas (65%) o en proceso de pago (11,9%). Otro 9,1% corresponde a viviendas cedidas o prestadas y sólo un 11,8% a alquiladas. En condición de precario se encuentra el 1,5% de las viviendas (12,362).

El cuadro 2.20 presenta las viviendas según estado físico, de acuerdo con la Encuesta de Hogares. Estos resultados señalan, en primer lugar, una reducción de la importancia relativa de las viviendas con un estado físico “bueno” en el 2000 respecto a 1994, aunque en recuperación respecto a 1997, punto más bajo de las tres mediciones de la década. En términos absolutos, desde 1994 el número de viviendas en buen estado se incrementó en poco menos de 30.000 unidades, en un marco de crecimiento del número total de viviendas de cerca de 120.000. Por su parte, las viviendas en estado “regular” aumentaron en términos relativos. Porcentualmente, las viviendas “malas” han tenido oscilaciones; en términos absolutos fueron 108.800 en el año 2000, con un crecimiento de poco menos de 20.000 en seis años. Conviene recordar que la definición de “mala” se refiere a que la vivienda no puede repararse.

Lo anterior significa que a lo largo de la década de los noventa, y especialmente en el primer quinquenio, se produjo en el país un incremento del déficit como faltante absoluto y como deterioro de las viviendas ya existentes. La producción de viviendas, vista desde la perspectiva

de los permisos, se reseña en el recuadro 2.6.

Si se trata de establecer alguna cifra que determine los requerimientos de vivienda (FUPROVI, 2001a) es necesario considerar al menos dos categorías adicionales a las originadas en el estado físico, esto es, las viviendas con hacinamiento, alrededor de 60.000, y las viviendas en precario, algo más de 12.000. Estas cifras no pueden sumarse para obtener un dato del déficit absoluto, pues hay repeticiones de importancia entre ciertas categorías. No obstante, pueden dar una idea general, aunque imprecisa, de los requerimientos de nuevas viviendas. Además, faltaría calcular el déficit cualitativo de viviendas para lo cual habría que agregar aquellas en estado regular.

Integración social

La integración social ha sido definida en este Informe como “el grado de cohesión de un grupo o una sociedad. Hay cohesión cuando las personas o grupos tienen muchas y variadas actividades, valores o creencias comunes, lo que permite desarrollar relaciones de cooperación. Una sociedad integrada es, pues, una sociedad con una alta cohesión social”. (Proyecto Estado de la Nación, 1999).

Para medir el desempeño del país en materia de integración social, un grupo de especialistas convocados por el Proyecto Estado de la Nación recomendó algunas líneas de análisis, tales como las siguientes:

RECUADRO 2.6

Construcción de viviendas al margen de los procedimientos y la normativa vigente, sus implicaciones sociales y ambientales

La Fundación Promotora de Vivienda (FUPROVI) está desarrollando una base de datos sustentada en fuentes primarias de organismos rectores en materia estadística, que le permite realizar análisis periódicos sobre diferentes aspectos de la situación del país en materia de vivienda y asentamientos humanos. Uno de los temas en los que se tiene una aproximación preliminar es el estado de los permisos de construcción, sobre el cual seguidamente se hacen algunas consideraciones.

Históricamente se ha observado que la evasión de los permisos de construcción, estimada en un 20% en los últimos tres años, forma parte de la cultura del costarricense. Estos permisos son competencia del Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos (CFIA) y de las municipalidades.

En 1998 y 1999 la mayor evasión en el pago de permisos se registró en las provincias de Puntarenas, con 800 viviendas construidas sin permiso en 1998 y 1.145 en 1999. Le siguió Guanacaste, donde en el mismo año no se tramitaron permisos para 315 viviendas y en 1999 se observó un incremento superior al 100% (652 viviendas sin permisos). No obstante, los datos del 2000 demuestran que las provincias con menor control en los permisos son San José, Alajuela y Guanacaste. Esta última ha experimentado una leve baja, pero sigue en los primeros lugares en las zonas de evasión de permisos.

Si se analiza la relación entre la evasión de permisos y área de construcción, se encuentra que en el año 2000:

- Se otorgaron 1.213 permisos, frente a 1.460 viviendas construidas (diferencia de 247).

- Las construcciones con mayor evasión están entre 40 y 70 m² y 70 y 100 m².

- De 13.924 viviendas construidas (40 y 100 m²), 3.571 no contaron con permisos, lo que representa un 26%.

Otro elemento por considerar es el impacto económico de esta práctica. Por ejemplo, para el 2000, 4.358 obras no pagaron los respectivos permisos municipales. Si se convierte estas obras a metros cuadrados, se obtiene un total de 251.369,44 m² (considerando cada obra con un promedio de 57,68 m² a un costo promedio de 93.915,94 colones). Dado que el impuesto municipal representa un 1% del valor de la obra, el resultado es que las obras que no contaron con permisos municipales evadieron un total de 23.607,6 millones de colones.

Estos datos evidencian una práctica que puede traerle al país diferentes tipos de implicaciones, a saber:

Económicas: captación limitada de ingresos por parte de los gobiernos locales y las instituciones relacionadas con la materia. En el caso del municipio, esto limita la realización de actividades de mejoramiento local.

Ambientales: podría estarse construyendo en zonas de alta peligrosidad que tengan propensión a desbordamientos de ríos, deslizamientos y otros, así como en áreas protegidas o de reserva; en este último caso se podría causar deterioro a los mantos acuíferos, las zonas de recarga y los ecosistemas.

Sociales: las construcciones podrían tener problemas de calidad técnica que impedirían el cumplimiento de los parámetros mínimos de ventilación, iluminación, aguas servidas y vida útil y resistencia a desastres naturales.

Fuente: FUPROVI, 2001b.

- Distribución y calidad de la infraestructura de transporte y comunicaciones en el territorio y su comparación con la densidad poblacional, para identificar zonas más o menos conectadas.
- Distribución territorial de las zonas de residencia de grupos sociales (cuánta segregación espacial existe).
- Encadenamientos productivos y territoriales entre las diversas actividades económicas.
- Tipos y formas de violencia social, en tanto factores que obstaculizan la convivencia.
- Tipos, formas y niveles de discriminación por razones étnicas, de género, edad o preferencia sexual (Proyecto Estado de la Nación, 2000).

Con el fin de avanzar en el análisis, en este Informe se han explorado, además, los temas de segregación socio-espacial, acceso a infraestructura y nuevas tecnologías de comunicación y relaciones de cooperación vía extensión de beneficios sociales.

Segregación socio-espacial

Un elemento importante de la integración social es la convivencia de distintos grupos sociales en un mismo territorio. Esto cobra particular relevancia en el área urbana, donde, además de la interacción diaria de distintos sectores de la población, se comparte una infraestructura básica común, aunque se tenga acceso diferenciado a ella.

La segregación territorial puede adquirir diversas formas, entre ellas las siguientes:

- Diferenciales en el acceso a puestos de trabajo, oportunidades educativas y recreación, debido a la mala calidad del transporte público o al aislamiento de la zona en que viven las personas.
- Diferenciales en la calidad de los servicios públicos brindados a los ciudadanos en diferentes zonas del país. Algunos de los más importantes son salud, educación, suministro de agua, líneas telefónicas y energía eléctrica
- Segregación espacial en barrios, distritos o zonas completas de la ciudad (Pujol, 2001).

Las cifras del último Censo de Población ponen de relieve algunos cambios que, a su vez, subrayan la necesidad de analizar elementos de la integración social asociados a los patrones de asentamiento.

El primero de esos cambios se refiere a la población que habita en las áreas urbanas, cuya proporción pasó de 50% en 1984 a 59% en el 2000. En San José, Heredia y Cartago más de dos tercios de la población vive en áreas urbanas. Como es de esperar, un proceso paralelo es el aumento en la densidad de población. Casi todos los cantones ubicados en el área metropolitana tienen una densidad de población que supera los 1.400 habitantes por kilómetro cuadrado.

En el período intercensal se registraron algunos incrementos importantes, como en el caso del cantón de Alajuelita, cuya densidad aumentó de 1.483 a 3.321 habitantes por kilómetro cuadrado, o Curridabat, cuya densidad pasó de 2.003 a 3.817 habitantes por kilómetro cuadrado. Asimismo, parece haber ocurrido una relocalización residencial que amerita mayor atención. Algunos distritos del área metropolitana han tenido aumentos considerables de población y otros se han mantenido notablemente estables o han sufrido reducciones en el número de sus habitantes. Pavas, el distrito más poblado del país, registró en el 2000 una población 2,4 veces mayor que en 1984; la población de Hatillo en el 2000 era apenas 1,04 veces la contabilizada en el censo anterior, en el cual figuraba como el distrito más poblado; en el mismo período, Desamparados disminuyó su población en casi un 16%.

Los cambios en la densidad y en la localización residencial de la población implican un cambio en la demanda de servicios. Como estos últimos son el resultado de la inversión a lo largo del tiempo y, con excepción del transporte, no pueden trasladarse fácilmente, es probable que surjan disparidades importantes, incluso dentro de los mismos distritos. Este fenómeno podrá analizarse con más detalle en próximos informes, utilizando los datos del Censo de Población del 2000.

Relaciones de cooperación

De acuerdo con la definición señalada anteriormente, puede decirse que el análisis de la integración social debería considerar también:

- La realización común de diversas actividades, que puede extenderse a la participación o disfrute común de procesos y beneficios sociales.
- Los valores o creencias comunes que conllevan, al menos en sus expresiones más formales, al respeto y acatamiento de la ley y de los espacios o mecanismos de expresión y participación socialmente legitimados.

■ Las relaciones de cooperación que se desarrollan para ampliar la participación o extender los beneficios sociales, tanto a través de formas institucionales (socialmente respaldadas) como de expresiones espontáneas o no institucionalizadas. Sobresalen aquí, por ejemplo, los esfuerzos que la sociedad costarricense ha realizado para incluir a toda la población en los beneficios del desarrollo social (cobertura del seguro de enfermedad y maternidad y del seguro de invalidez, vejez y muerte, en el caso de la PEA; acceso de la población escolar al sistema educativo que le permita obtener la educación general básica), el acceso a viviendas de calidad y sin hacinamiento, el disfrute de los servicios básicos de agua potable, alumbrado y servicio sanitario, la participación en el mercado de trabajo en condiciones favorables para el aprovechamiento de las capacidades de las personas y el acceso a las telecomunicaciones.

El acceso de la población costarricense a un conjunto de beneficios sociales ha permitido construir una sociedad con importantes grados de integración, aunque todavía persisten desafíos en esta materia, tal como se deduce de la revisión de los siguientes indicadores básicos.

En primer lugar, la cobertura del seguro de enfermedad y maternidad alcanza al 87,6% de la población y, aunque normativamente se establece que la seguridad social es universal, en la práctica el no estar inscrito en este régimen limita las posibilidades de acceder a los servicios públicos de salud.

En cuanto al acceso a la educación, si bien el crecimiento de la tasa bruta de escolaridad en el tercer ciclo es muy notable y desde hace algunos años alcanzó el máximo histórico (68,5%) conseguido en 1980, esto no se ha logrado en la educación diversificada, en la cual se tiene una tasa de escolaridad de 46,2%, frente al 49,3% alcanzado en 1980.

Para analizar la integración desde el punto de vista del mercado laboral, se utiliza el porcentaje de fuerza de trabajo que no está afectada por subutilización total, y este resulta ser uno de los aspectos en que Costa Rica muestra mayores dificultades, dado que sólo el 67,7% de ella puede considerarse con “pleno empleo”. Asimismo, la PEA enfrenta limitaciones para integrarse al régimen de invalidez, vejez y muerte, pues sólo la mitad de ella está cubierta por este seguro. Esto compromete las posibilidades futuras de una vida digna para un significativo grupo de la fuerza de trabajo y sus dependientes.

Otro aspecto crucial en los procesos de integración y para la convivencia armoniosa de la población es el respeto a las normas y costum-

bres sociales. Es difícil, con la información disponible, aproximar cuánto se respetan las personas entre sí o qué tan armoniosamente conviven, pero en sentido inverso puede decirse que la tasa de delitos, es decir, la frecuencia con que se cometen hechos que atentan contra la seguridad de otras personas, o contra la sociedad en su conjunto, constituye un factor disruptor de la integración social. En el capítulo 5 de este Informe se proporciona información sobre las tasas de delitos en el país, entre las cuales destaca la tasa de delitos dolosos contra la vida, que fue de 188 por cien mil habitantes en el año 2000, lo que representa el 7,9% del total de delitos. Este indicador llama la atención respecto a las formas de relacionamiento que podrían estar afectando la integración de la sociedad costarricense de finales de siglo.

Nuevas tecnologías y políticas tarifarias del sistema telefónico: su impacto en la integración social

El sistema de telecomunicaciones es un elemento de integración social, porque facilita las interacciones entre los diferentes grupos sociales. En Costa Rica la evolución de este sistema ha pasado por varias etapas. Hasta hace muy poco, fuera del área central del país, sólo los distritos primeros de los cantones tenían servicio telefónico regular. Un programa especial desarrollado durante los años ochenta permitió llevar teléfonos administrados a comunidades y unidades de producción rurales, que le brindaban servicio a muchos costarricenses que no podían optar por un teléfono domiciliario. El final de esa década fue el período de crecimiento más lento para el sistema telefónico nacional. En el año 2000, según el Instituto Costarricense de Electricidad, la densidad telefónica era de 23,5 líneas telefónicas activas por cada 100 habitantes. El país cuenta además con casi un millón de líneas instaladas en telefonía fija, lo cual significa un porcentaje de cobertura del 24,37% lo cual es muy alto en comparación con otros países de América Latina (Barahona, Angulo y López, 2001).

El establecimiento de la “tarifa local uniforme” para toda Costa Rica, a partir del 1 de enero del 2000, representa un enorme logro, pues elimina discriminaciones en las tarifas telefónicas vigentes hasta esa fecha para muchos lugares; los abonados de Guanacaste y la Zona Sur, por ejemplo, pagaban 6 veces más por llamar a San José que a un teléfono local. Esta política es resultado de cambios en las estructuras de costos, que no

habían sido implementados en parte por la resistencia política a aumentar la tarifa básica (Pujol, 1992 y 1993). El sistema nacional tiene tarifas muy bajas, por debajo de un centavo de dólar por minuto, y una tarifa mínima de aproximadamente 5 dólares.

La telefonía móvil ha tenido un rápido crecimiento, con tasas superiores al 50% por varios años y que probablemente se acelerarán en los próximos. Sin embargo, este incremento es insuficiente para satisfacer un crecimiento explosivo de la demanda, fomentado en parte por la fuerte baja en las tarifas impuesta por la ARESEP al ICE a principios del 2000. Eventualmente el sistema celular podría reducir la dificultad de acceso a líneas telefónicas en zonas rurales aisladas, pero eso también requerirá la construcción de muchas más antenas que permitan ampliar la cobertura en áreas alejadas. El sistema de *beepers* es una clara competencia a los celulares, que sobrevive por los problemas de Ictel para aumentar rápidamente la disponibilidad de estos últimos. La densidad celular en el país era aproximadamente de 3,53 % en 1999, la cual podría aumentar a 5.7% en el 2001 si se atiende la lista de espera, que en el 2000 era cercana a los 250.000 teléfonos.

El sistema celular de Ictel, con sus altas ganancias, permite mantener tarifas locales más bajas vía subsidio. Así por ejemplo, en el país la tarifa de Internet es barata según estándares internacionales; la tarifa de 50 dólares por banda ancha de Internet a través del sistema de televisión por cable es similar a la que se cobra en Estados Unidos. El precio ofrecido por Ictel para el uso de banda ancha con las líneas telefónicas de cobre también es muy parecido al que rige en otras naciones.

La extensión del acceso de banda ancha a través de la televisión por cable aumenta claramente la segregación social del acceso al mundo virtual de Internet, puesto que la lógica de expansión de la televisión por cable es en Costa Rica, como en la mayoría de los países del mundo, de “monopolio local privado”, el cual otorga prioridad a la obtención de ganancias.

Acceso a Internet

La tercera Encuesta de Opinión Nacional, realizada por UNIMER entre el 27 de octubre y el 7 de noviembre del 2000 con una muestra de 1.210 personas, entre otros temas indaga sobre el uso de Internet y el perfil de usuarios de este servicio. De acuerdo con este estudio, la mayoría de los costarricenses afirma estar informado de

lo que es Internet (65,7%) pero cuando se les pregunta si lo han empleado, el 80,8% contesta negativamente. El 20,9% de los entrevistados dice tener computadora en su casa y, entre ellos, el 37,5% tiene Internet, lo que representa el 7,9% de la población. El mayor uso del servicio se da en los comercios privados que alquilan computadoras (51%). En cuanto a las características de los usuarios, la mayoría son: hombres, personas entre 18 y 29 años, de mayor nivel educativo y socioeconómico, y residentes de la Gran Área Metropolitana urbana. Entre los que han utilizado o utilizan el servicio, los usos más frecuentes son: mantener la comunicación con familiares o amigos (34,1%), buscar información sobre temas de actualidad (30,6%), para tareas escolares (30,2%), solicitar información o programas de universidades (20,3%) y entretenimiento (19,4%) (UNIMER, La Nación, 2000).

De acuerdo con la Encuesta de Hogares, sólo el 3,4 de las viviendas accede al servicio de Internet. El establecimiento de un servicio de correo electrónico gratuito para todo costarricense que lo solicite, impulsado por el programa “Comunicación sin Fronteras” (con dos servicios: “costarricense.com” e “intermedia.com”), es un paso sin precedentes para ampliar el acceso de los habitantes a este importante servicio. Este programa¹⁰ tiene como objetivo promover la creación de una cultura nacional y el uso universal de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), garantizando el acceso equitativo a la Internet, independientemente de la condición social o la ubicación geográfica de las personas. Se busca no sólo disminuir la brecha digital a lo interno del país, sino también con respecto a las naciones más desarrolladas. La Fundación Omar Dengo elabora el material didáctico y el esquema de capacitación para colaborar en la creación de una cultura nacional en el uso de las TIC y “Comunicación sin Fronteras” impulsa iniciativas y coadyuva con las propuestas de otros sectores. La primera fase de esta labor consiste en la instalación de computadoras conectadas a Internet de uso libre en el mayor número posible de lugares, como gobiernos locales, oficinas de correos, casas de la cultura, salones comunales, escuelas, bibliotecas, centros de trabajo o cabinas especialmente diseñadas para tal fin. En el año 2000 se coordinó con las 81 municipalidades del país el establecimiento, a través de Racsca, de 100 puntos de acceso o “telecentros”. En el 2001, de los 81 gobiernos locales 54 cuentan con equipo instalado. Por otro lado, Correos de Costa Rica, mediante el proyecto “Punto.com”, ofrece el uso de

correo electrónico y acceso a Internet gratis durante quince minutos; en el primer trimestre del 2001 la cobertura de este servicio fue del 18,0% (23 de las 125 sucursales).

Esfuerzos para promover la equidad y las oportunidades sociales

La inversión social

Bajo el paradigma del desarrollo humano sostenible, el gasto social, es decir, el gasto en servicios sociales, público y privado, se considera una inversión, pues favorece las oportunidades para el desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

La inversión o gasto social incluye tanto la realizada por el sector público, como la inversión directa del sector privado, aunque este último sector también participa indirectamente, financiando mediante el pago de impuestos los programas sociales a cargo del sector público.

En el presente Informe se analiza solamente la inversión pública, con base en la información de la clasificación funcional del gasto público de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda (STAP), que tie-

ne como ventaja el desarrollo de una serie homogénea a partir de 1987. Los datos de la STAP muestran un incremento de la inversión social pública real, en el año 2000 respecto al año anterior, de 6,8% en total y de 4,4% per cápita (gráfico 2.1). Estas magnitudes son similares a las del año previo, pero inferiores a las de 1996-1998, que superaron el 8%.

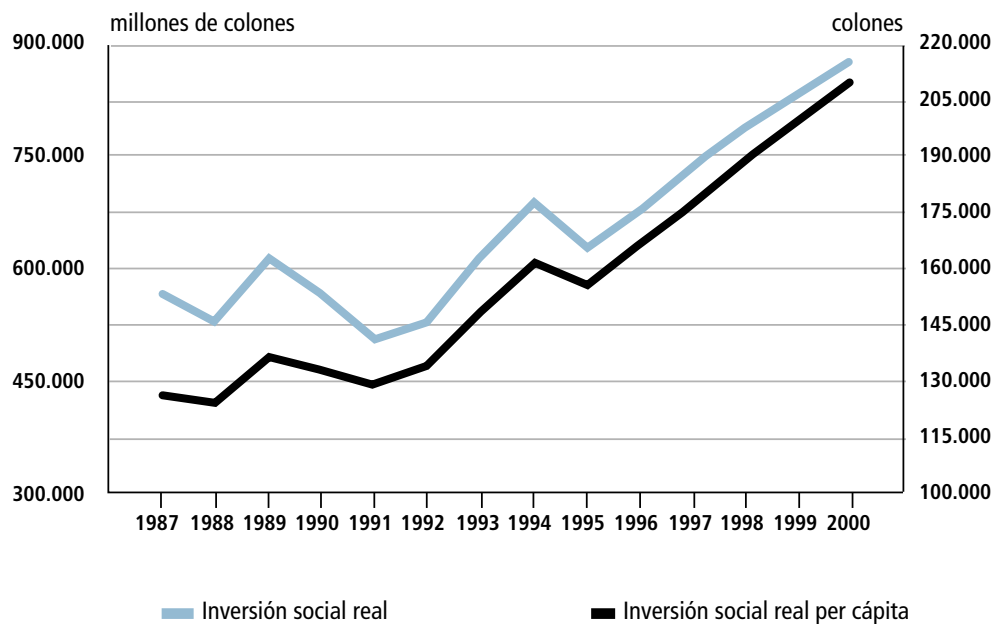
Por sectores hay diferencias importantes en los niveles de crecimiento, pues mientras educación tuvo un crecimiento muy elevado (12,5%), los demás sectores crecieron poco, desde 6,4% en seguridad y asistencia social, hasta 0,5% en vivienda.

Como porcentaje del PIB y del gasto consolidado del sector público, la inversión social aumentó respecto al año anterior, al alcanzar un 17,4% y un 40,8%, en cada caso. Vale destacar que las cifras respecto al PIB difieren significativamente de las incluidas en anteriores Informes, por la nueva estimación del PIB efectuada por el Banco Central. Esa estimación arrojó un PIB mayor que el anterior, por lo que, consecuentemente, el esfuerzo realizado por el país en materia de inversión social en contraste con esa variable resultó proporcionalmente menor.

Por sectores, las magnitudes respecto al PIB y al gasto consolidado del sector público aumenta-

GRAFICO 2.1

Costa Rica: inversión social pública real^{a/} total y per cápita. 1987-2000



a/ Deflatada con el IPC (promedio 2000=100%).

Fuente: STAP y estimación propia.

ron, con excepción de vivienda, que continuó su proceso de decrecimiento y mostró en este año los valores más bajos desde 1990.

En el caso de la educación, el gasto respecto al PIB aumentó de 4,1% en 1999 a 4,7% en el 2000, magnitud bastante lejana de la fijada constitucionalmente, que establece un 6% del PIB para ese sector.

En cuanto a la composición de la inversión, como resultado del escaso crecimiento en vivienda, este sector pasó de representar un 9,1% de la inversión social total en 1999, a un 8,6% en el año 2000. Salud y seguridad y asistencia social tuvieron ligeras reducciones en su participación, efecto de su pequeño incremento en términos reales. Educación, en cambio, aumentó su participación relativa: recibió 27,2 colones de cada 100 invertidos en el 2000 (Sauma, 2001b).

Ahora bien, como se señaló, mejoras en las condiciones de vida de la población se logran tanto por aumentos en la inversión social, como por aumentos en su eficiencia y eficacia. En este sentido, cabe destacar el valioso esfuerzo del IMAS por aumentar la eficiencia de la inversión que realiza, mediante el Sistema de Información de la Población Objetivo (SIPO).

La reforma del sector salud: un proceso aún en curso

La reforma del sector salud abarca un vasto territorio. Seguidamente se concentra la atención en tres aspectos centrales de ese proceso: el desempeño del primer nivel de atención (los EBAIS) la participación ciudadana en la producción social de la salud y la rectoría del sector.

Desempeño de los EBAIS apenas aceptable

A marzo del 2001, información de la Gerencia de Modernización de la CCSS reporta una población de 2.872.158 habitantes cubierta por el modelo readecuado (76% de la población total) en 89 áreas de salud, 15 de las cuales operan parcialmente. El número de Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) varía en cada área y a nivel nacional se identifican 706.

En el 2000 fueron evaluados 303 EBAIS, que representan el 45,2% del total existente ese año. La nota promedio alcanzada es de 73. Haciendo un símil con las calificaciones escolares, esta nota apenas significa poco más del mínimo para lograr la aprobación, y alcanza puntuaciones extremas en disponibilidad de recursos materiales (87) y promoción y participación (57). La evaluación se resume en el gráfico 2.2.

La participación social en salud es limitada

Como parte del nuevo modelo de atención médica promovido por la reforma del sector, se ha estimulado la creación de Juntas de Salud, cuyo propósito es fortalecer la participación ciudadana mediante el involucramiento directo en la construcción, fiscalización y definición de las prioridades de la CCSS. En el año 2000 existían 107 Juntas, 2 más que en 1999.

La evaluación de los procesos de participación social en las áreas de salud muestra que existe participación en la identificación de la problemática sanitaria de las comunidades, que cristaliza en el Análisis de Situación de Salud (ASIS), en la formulación del plan estratégico y en la elaboración de planes de promoción de estilos de vida en adolescentes y adultos mayores. La participación es menor en la ejecución, seguimiento y evaluación de los procesos.

Al valorar el estado actual de su funcionamiento, la Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS) de la Caja Costarricense de Seguro Social concluye de manera general que las Juntas de Salud, desde su creación, vienen funcionando con aceptable regularidad. Sin embargo, la mayoría de ellas no ha participado en el proceso de formulación, seguimiento y control de presupuesto, a pesar de que esta función está incluida en el Reglamento de su creación.

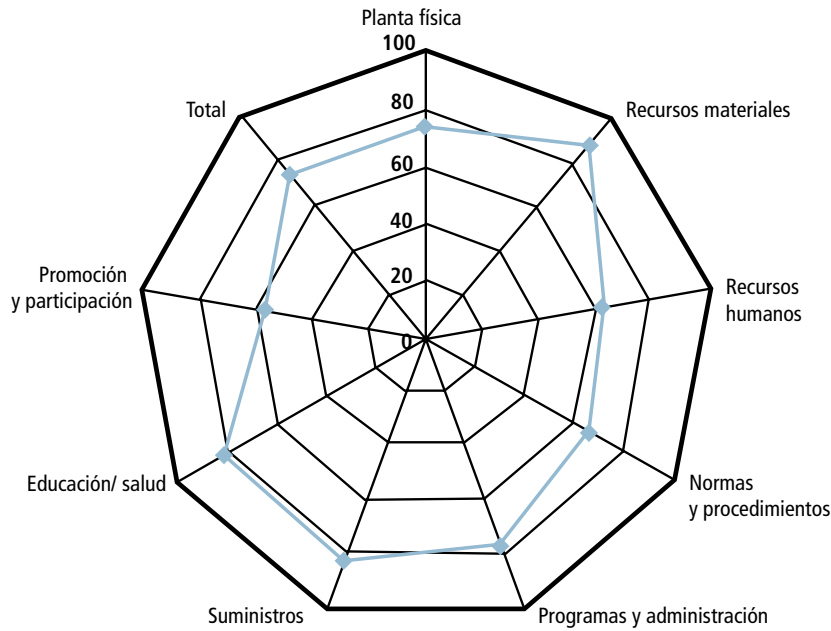
Otros problemas señalados por las Juntas son la poca o ninguna participación en actividades de prevención y promoción de la salud (60%), en el proceso de análisis y toma de decisiones del establecimiento (75%) y en actividades para mejorar la calidad en la prestación de servicios (50%). Como aspectos positivos se menciona el recibo oportuno de la información que se solicita a las autoridades de los centros de atención (73%), la colaboración con la comunidad en el mejoramiento de la salud y la relación con otras instituciones de la comunidad (69%). Asimismo, prácticamente todas las Juntas consideran que lo más relevante es el esfuerzo de posicionamiento, consolidación y participación de estos organismos como entes auxiliares en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Los obstáculos identificados por las Juntas se refieren a la coordinación. En cuanto a la aceptación por parte del personal encargado de administrar los establecimientos, acusan falta de apoyo, desmotivación y ausencias en las sesiones; en el 50% de los casos ha sido necesario sustituir miembros por ausencias. También se reconoce falta de capacitación relacionada con el manejo

GRAFICO 2.2

Costa Rica: resultados de la evaluación de los EBAIS. 2000

(promedios nacionales)



Fuente: Ministerio de Salud, 2001c.

de presupuestos, contratación administrativa, marco legal y otras atribuciones de las Juntas (SUGESS, CCSS,2001).

La rectoría del Ministerio de Salud

De acuerdo con la definición adoptada en Costa Rica, la rectoría en el campo de la salud consiste en la capacidad política, técnica, administrativa y legal del Ministerio de Salud, para dirigir, conducir, regular y controlar los diferentes procesos relacionados con la producción social de la salud.

En abril del 2001, con el apoyo de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud organizó y desarrolló un ejercicio para la medición del desempeño cualitativo de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en Costa Rica, a fin de posibilitar un análisis del estado de la salud y utilizar los resultados de esa medición para mejorar la práctica de la salud pública, desarrollar la infraestructura sanitaria y fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado. Para realizar este ejercicio convocó a funcionarios representantes de todas las instituciones del sector salud, el sector académico público y privado y centros de investigación.

Las FESP son condiciones cuyo cumplimiento permite una mejor práctica de la salud pública.

Por medio de un conjunto de indicadores se mide la estructura, el proceso y los resultados. Cada indicador tiene: a) un estándar que describe el óptimo aceptable de cumplimiento para el mismo, b) un conjunto de mediciones que sirven de verificadores del desempeño de cada indicador, el que se expresa en un porcentaje de cumplimiento que es función de la respuesta a, y c) un conjunto de submediciones que admiten respuestas dicotómicas (sí o no) (OPS/OMS-/CLAISS, 2000).

Tal como se aprecia en el cuadro 2.21, en Costa Rica ninguna de las funciones esenciales de la salud pública puede considerarse óptima.

La función 7 (evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios) tiene los resultados más altos, respecto a las demás funciones; no obstante, todavía no puede calificarse como óptima. Lo anterior puede interpretarse como consecuencia de la organización de un sistema único de aseguramiento y prestación de servicios de salud y del esfuerzo sostenido por mejorar el acceso a la salud. Le sigue con la segunda mejor calificación la función 11 (reducción del impacto de emergencias y desastres en salud), que da cuenta de la existencia de planes específicos y de preparación del personal del nivel local para actuar frente a estas situaciones, aspecto en que el país tiene una fortaleza institucional significativa.

RECUADRO 2.7

La reforma del sector salud: preocupaciones de grupos sindicales acerca del proceso y sus resultados futuros

La reforma del sector salud propone mantener y fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad, así como la creación de un nuevo modelo de organización, basado en acuerdos contractuales entre entidades, centrales y desconcentradas, públicas y privadas. Aunque no existe hasta ahora una evaluación oficial acerca de los avances de este proceso, algunas organizaciones sociales como la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP), la Asociación Nacional de Profesionales de Enfermería (ANPE) y la Federación Nacionales de Trabajadores de los Servicios Públicos (FENTRASEP), han exteriorizado algunas preocupaciones sobre las herramientas propuestas en el modelo y los posibles “portillos” que podrían abrirse, tanto para la privatización de los servicios, como para la fragmentación del sistema único de salud de la CCSS.

Las principales inquietudes apuntan a aspectos como: “soltar amarras” sin planificación; compra de servicios privados sin que exista acuerdo de las autoridades respecto a su temporalidad; escasez de recursos económicos; ausencia de una efectiva rectoría del sector salud, y falta de interlocución ciudadana acerca de la reforma. Para atender estas preocupaciones, estos grupos han venido insistiendo en la necesidad de una mayor discusión nacional acerca de los tópicos señalados y proponiendo, a la vez, medidas específicas en materia de gestión, compra de servicios privados, financiamiento e inversión, participación ciudadana y rectoría. Entre esas medidas sobresalen las siguientes:

- Sistemas de información para monitorear mejor las necesidades de la población atendida, los resultados alcanzados por los proveedores y la calidad y oportunidad de los servicios brindados.
- Mayor análisis y seguimiento de los procesos de compra de bienes y servicios al sector privado.
- Ampliación de mecanismos de participación ciudadana a nivel central, que permitan a distintos sectores de la sociedad civil conocer y dar seguimiento al rumbo estratégico de la reforma.
- Revisión de algunos aspectos financieros, tales como medidas contra la evasión, subdeclaración y morosidad pública y privada ante la CCSS, y límites de inversión impuestos a esta institución por la Autoridad Presupuestaria.
- Concertación de acuerdos políticos e institucionales que fortalezcan el Ministerio de Salud en su papel rector, en particular para la definición de lineamientos y el control del desempeño de los proveedores de salud, públicos y privados, en materia de costos y calidad de los servicios.

Fuente: ANEP, ANPE y FENTRASEP, 2001.

Al otro lado del espectro, llama la atención el desempeño mínimo en la función 10 (investigación esencial para el desarrollo e implantación de soluciones innovadoras en salud pública), resultado influido por la ausencia de una agenda nacional de investigación en salud pública y la falta de integración y coordinación entre las universidades y la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), en la priorización de áreas de investigación.

La función 8 (desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública), también obtiene una medición insuficiente. En esta materia destacan la ausencia de una política de desarrollo del personal y la falta de un sistema de evaluación del desempeño, así como de un programa de incentivos.

La baja calificación asignada a las funciones 10 y 8 puede reflejar un cierto abandono de los esfuerzos de inversión en el capital humano y el

bagaje científico que han sustentado el desarrollo de la salud pública en el país. El análisis detallado de esta hipótesis resulta necesario, a la luz de las implicaciones que tiene, a mediano y largo plazo, la presencia o no de tales esfuerzos de inversión, en el contexto de un proceso de fortalecimiento de la salud pública. En la dinámica de la discusión generada en el ejercicio de evaluación de las FESP, hubo coincidencia en cuanto a la necesidad de avanzar formalmente en la coordinación entre la ASN y las universidades para estos fines.

Se concluye, entonces, que existen dos áreas prioritarias que deben fortalecerse para mantener y mejorar el desempeño de las FESP: por una parte, desarrollo de competencias, instrumentos y aplicación sistemática de procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las funciones esenciales; en el área de recursos humanos,

CUADRO 2.21

Resultados de la medición de las funciones esenciales de salud pública

Funciones esenciales		Puntaje
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	0,75
FESP 11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	0,72
FESP 2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	0,64
FESP 1	Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	0,59
FESP 4	Participación de los ciudadanos en salud	0,52
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	0,44
FESP 3	Promoción de la salud	0,39
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública	0,39
FESP 9	Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos	0,37
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	0,36
FESP 10	Investigación en salud pública	0,26

Escala de desempeño: óptimo (0,76 a 1), medio superior (0,51 a 0,75), medio inferior (0,26 a 0,50), mínimo (0 a 0,25).

Fuente: Ministerio de Salud-OPS/OMS, 2001.

desarrollo e implementación de un sistema de evaluación del desempeño y de incentivos al personal, que reconozca y estimule la creatividad, la calidad y los resultados de su trabajo.

Esta experiencia permite obtener una visión general e integrada del desempeño nacional de las FESP, a partir de la reflexión de un grupo heterogéneo y representativo de personas involucradas en el quehacer en salud pública del país. Genera una línea basal, susceptible de ser complementada con la visión de los niveles regionales y locales, y útil para orientar las futuras acciones de desarrollo en salud pública. Se espera que, al término de dos años, la repetición de esta medición dé cuenta de los avances logrados en beneficio de la población del país y de la efectividad de la reforma del sector salud.

Los costos crecientes de atender la salud

El aumento en la esperanza de vida, la disminución de las enfermedades infecciosas y el incremento de la población mayor de 60 años, unidos a otros factores de riesgo, han llevado a que las enfermedades neoplásicas constituyan un 20,3% de las muertes registradas en el país. Entre éstas, la mortalidad por cáncer de estómago es la más alta, tanto para hombres como para mujeres, y tiene una de las tasas más elevadas del mundo. En los hombres otros cánceres de importancia son los de próstata, pulmón, hígado,

leucemia y colon. En las mujeres, al cáncer de estómago siguen el de mama, cuello del útero, colon, pulmón, hígado y leucemia (CCSS, 2001c). En cuanto a incidencia, los tumores más frecuentes, tanto en hombres como mujeres, son los de piel, que han ido en aumento en los últimos años.

Las actividades que se requiere para disminuir la incidencia y la mortalidad por enfermedades neoplásicas son, además de complejas, altamente costosas. Como parte de la respuesta a estas necesidades de atención, la CCSS creó a fines del 2000 la Dirección Nacional de Cáncer, con el propósito de impulsar estrategias que contribuyan a la investigación, promoción, educación, prevención, detección y desarrollo de acciones para disminuir la incidencia y la mortalidad. Debido a los costos, tanto de la detección temprana como del tratamiento, la atención de las enfermedades neoplásicas impone un reto importante en lo que se refiere a sustentabilidad. La atención de los pacientes requiere equipos costosos y una infraestructura que demanda erogaciones cuantiosas, aún cuando se realiza detección temprana. No obstante, los resultados de la detección temprana pueden ser muy satisfactorios; un ejemplo de ello es la experiencia desarrollada en el Hospital Max Peralta, de Cartago. A través del programa de cáncer gástrico aplicado en Paraíso y Cartago se detectó, en un año, cinco veces más casos de los esperados, lo

cual aumenta las probabilidades de supervivencia de los afectados (JICA-UCR-CCSS, 1999).

De acuerdo con la información de la Dirección Nacional de Cáncer el programa de cáncer gástrico recibió entre los años 1996 y 2000 una donación de 3.315 millones de colones. En lo que se refiere a egresos, de acuerdo con informes de la citada Dirección, los costos de diagnóstico y tratamiento por paciente son de 1.219.805 colones.

En los próximos años, a medida que envejezca la población y aumente la detección temprana, es probable que se incrementen los casos que deben ser atendidos. En los últimos tres años (1998 a 2000), el monto destinado a la compra de medicamentos antineoplásicos se ha más que duplicado (CCSS, 2001). En el mismo período, el costo promedio por consulta aumentó en términos reales en un 3,6% y el costo promedio por estancia en un 16,7% (CCSS, Dirección Actuarial, varios años).

El panorama de aumento creciente de los recursos necesarios para atender a la población afectada por ciertas enfermedades, en que el costo por paciente es elevado, no es privativo de las enfermedades neoplásicas. Esto pone de relieve, por un lado, la importancia de fortalecer las acciones dirigidas a disminuir la incidencia de ciertas enfermedades y, por otro, la importancia de aumentar la eficiencia en la prestación de servicios.

Las políticas educativas: esfuerzo por ampliar la cobertura de la educación secundaria

En las últimas dos administraciones gubernamentales, Costa Rica ha concedido prioridad a la creación de nuevas instituciones de educación secundaria y nuevas formas de acceso a este nivel, principalmente en el área rural. Así, en los últimos seis años se han creado más de 120 colegios, para un crecimiento del 50% en el número de instituciones entre 1995 y 2000, además de 50 telesecundarias, la fuerte inversión que se ha hecho a partir de 1998 en infraestructura y mobiliario, y el fuerte impulso que se ha dado a los institutos profesionales de educación comunitaria y los centros integrales de educación de adultos.

De manera complementaria, se realizan esfuerzos por apoyar a los estudiantes de escasos recursos económicos, a través de becas escolares y pago del transporte. En el año 2000, el 70% de los beneficiarios de becas fueron estudiantes de secundaria, y la ayuda monetaria para cubrir costos de transporte, exclusiva para adolescentes, ascendió en un 15% entre 1999 y 2000 (en colones corrientes).

También destaca la creación, a mediados del 2000, del programa “Nuevas Oportunidades,” dirigido a personas con edades entre los 15 y los 18 años, que desertaron o que nunca se incorporaron al sistema educativo regular y que cumplen con requisitos preestablecidos” (Díaz y Arce, 2001). Este programa inició con una matrícula de 10.200 estudiantes -incluyendo 2.200 madres adolescentes- distribuidos en 76 sedes y se desarrolla con las seis asignaturas básicas, a saber: español, matemática, ciencias, educación cívica, estudios sociales e idioma extranjero, bajo una estrategia didáctica mixta, que combina lecciones presenciales y educación a distancia, todo ello en un marco de horarios flexibles.

Valoración de la calidad de la educación secundaria: los cambios en las pruebas de bachillerato

Además del cambio en la calificación para aprobar el bachillerato, para el curso lectivo del 2000 el Consejo Superior de Educación decidió modificar el peso de los componentes de la nota final del bachillerato. De esta manera, se otorgó a la nota de presentación correspondiente al promedio de calificaciones de las materias básicas un peso de 40% del total de la calificación final de la asignatura, y a la calificación obtenida en la respectiva prueba de bachillerato, un valor de 60% del total de la calificación final de la asignatura. Esta medida tuvo una incidencia “macro” desfavorable en la nota promedio de la población de referencia, respecto al modelo anterior.

En lo que concierne a la vigencia y significado de las pruebas de bachillerato, y al sistema general de pruebas nacionales -que se extienden tanto a las de sexto grado en la educación primaria, como a las de noveno y bachillerato en la enseñanza media- se impone la necesidad de una discusión nacional. Diversos especialistas consultados sostienen criterios similares a los planteados en 1974, cuando se eliminó el bachillerato, en el sentido de que la prueba ha tendido a convertirse en un fin y no en un medio para valorar de modo integral la formación impartida y la calidad de los procesos educativos. Empero, la supresión de las pruebas como tales no se estima como una salida válida, pero sí su revisión integral (González, 2001).

Los programas selectivos de combate a la pobreza

La persistencia de la pobreza en niveles similares a lo largo de los últimos años pone en

evidencia limitaciones nacionales para hacer frente al problema, así como la necesidad de poner mayor atención al diseño mismo de los programas sociales (relaciones asistencia-promoción social, selección de personas beneficiarias, etc.) y a la efectividad de las acciones realizadas (vía mecanismos de seguimiento y evaluación, esencialmente).

En materia de combate a la pobreza, en el año 2000 las principales acciones gubernamentales fueron desplegadas por el IMAS y el Triángulo de Solidaridad. En el primer caso, en su *Memoria Anual* del 2000, la Contraloría General de la República destaca que “la formulación tradicional del presupuesto del IMAS no obedece a un diagnóstico previo sobre la pobreza, con base en el cual se puedan establecer claramente las prioridades de ese Instituto para la distribución de los recursos, con la correspondiente definición de objetivos y metas” (CGR, 2000). No obstante lo anterior, en el mismo documento se reconoce que durante el año 2000 esta institución se dedicó a elaborar el “Sistema de Información de la Población Objetivo” (SIPO), orientado a solventar esas limitaciones. En el 2000, el Sistema Nacional de Evaluación, adscrito al Poder Ejecutivo, otorgó al IMAS una alta calificación por cumplir los compromisos de gestión asumidos en el marco de este sistema, con rangos superiores a la meta programada (recuadro 2.8).

En relación con el Triángulo de Solidaridad, mecanismo diseñado en el marco del Plan de Solidaridad para promover acciones en el plano local, cabe señalar que éste se ha extendido a 43 cantones y 175 distritos del país, de los cuales 20 cantones y 73 distritos se incorporaron en el año

2000 (MIDEPLAN, 2001). Un recuento de los compromisos cumplidos por este programa a marzo del 2001 indica que estos abarcan problemas comunales en materia de salud, educación, vivienda, proyectos productivos e infraestructura, siendo esta última área la que registra el mayor número de iniciativas desarrolladas (TS, 2001).

Desafíos: la agenda social a futuro

A futuro, en la agenda social del país el tema de la pobreza ocupa indiscutiblemente un lugar central. Esta relevancia viene dada por la persistencia de este fenómeno, a pesar de que Costa Rica destina significativos esfuerzos a la inversión social.

Asimismo, la tenaz persistencia de la pobreza en la agenda social conduce a precisar mejor el desafío. En esta materia pareciera llegado el momento de transitar de políticas de gobierno a políticas de Estado que apunten de manera consistente, más allá de las no menos importantes labores de estructuración de una red de solidaridad y protección social, a la generación de empleos de calidad y al logro de apropiadas condiciones de salud y oportunidades educativas para la población, de modo que el compromiso con el alivio y erradicación de la pobreza sea irreductible.

Por el momento conviene retener otros desafíos, ya enunciados en Informes anteriores, que se refieren concretamente a: a) completar la reforma del sector salud a la luz de los principios que la guiaron, b) desarrollar un enfoque integral sobre la migración internacional, particularmente en lo que concierne a la integración social de

RECUADRO 2.8

El Sistema de Información de la Población Objetivo (SIPO)

El Sistema de Información de la Población Objetivo (SIPO) es un registro de la población usuaria y beneficiaria de programas y proyectos sociales, mediante el cual es posible su ubicación, identificación y caracterización, así como su calificación por niveles de pobreza.

Con el sistema se pretende: a) disponer de información socioeconómica, demográfica y geográfica de la población demandante; b) apoyar los programas y proyectos sociales; y c) contribuir a la generación de conocimientos sobre temas relacionados con la pobreza.

El sistema cuenta con un instrumento estandarizado de recolección de información (la Ficha de Información Social, FIS), y además se dispone de la información debidamente automatizada.

El SIPO permite una adecuada focalización o selección de beneficiarios para diferentes programas de superación de la pobreza, aumentando la eficiencia y eficacia de las inversiones realizadas.

Fuente: Víquez y Guadamúz, 2001.

las y los inmigrantes nicaragüenses, y c) desarrollar instrumentos de evaluación de desempeño y rendición de cuentas del conjunto de las entidades del área social del Estado.

Para enfrentar la grieta que se presenta en el sistema educativo a nivel de la secundaria y delinear un nuevo programa, es necesario profundizar el análisis con métodos cuantitativos y cualitativos, en los que se involucre a todos los actores internos y externos del subsistema de educación secundaria, a fin de detectar las razones profundas de las dificultades para incorporar y retener a la población en edad de referencia para este ciclo.

En términos de aspiraciones, una conclusión se impone. Costa Rica debe redoblar esfuerzos para dar cumplimiento pleno al principio de educación gratuita y obligatoria hasta el tercer año de la educación general básica, diseñando

para ello una estrategia realista, que aborde simultáneamente aspectos como la posible “distritalización” de la oferta de liceos y colegios; desarrollo curricular; capacitación docente; uso extendido de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones; sistemas de apoyo al estudiante y sus familias (seguridad social, transporte estudiantil, programas de becas comedores escolares, etc.). También debe trabajarse en el ámbito de las expectativas de la población, para ampliar el horizonte cultural y desterrar ideas aún muy arraigadas en ciertos sectores sociales, en el sentido de que “el sexto grado es suficiente”.

Atender el problema de la baja cobertura de la educación secundaria es, sin lugar a dudas, una forma de atender en el largo plazo un problema estructural que explica, entre otros, la persistencia de la pobreza en el país.

Notas

1 Para el año 2000 se incluyeron un total de 95 áreas de salud y 29 hospitales. En las áreas de salud la evaluación se realiza con evidencia documentada y con una muestra de expedientes clínicos en cada subprograma, mientras que en los hospitales, se basa en el cumplimiento de la producción pactada de Unidades de Producción Hospitalaria así como en evidencia documentada.

2 Conforme se define en la X Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, utilizada en Costa Rica desde 1997.

3 Se denomina "campo clínico" al espacio de tiempo, presencia y tiempo del profesor, recursos materiales aportados por el hospital y condiciones de acceso a los pacientes para enseñanza. Un campo clínico no se correlaciona estrictamente con un estudiante.

4 El resultado completo del estudio se publicó en la serie "Aportes para el Análisis del Desarrollo Humano Sostenible", del Proyecto Estado de la Nación, con el número 6.

5 Ficha técnica preparada especialmente para el Proyecto Estado de la Nación por el Licenciado Víctor Buján.

6 En el V Informe se incorporó la estimación de la intensidad y severidad de la pobreza, y tanto en ese Informe como en el siguiente se incluyen las definiciones y aspectos metodológicos relativos a esa estimación.

7 Este límite superior (1,4) se definió tomando en cuenta el impacto sobre la pobreza del episodio recesivo más grave que se dio en los años noventa, el de 1991. Para un mayor detalle puede consultarse el VI Informe.

8 La tendencia se considera válida dado que entre 1990 y 1998, aun cuando se presentan oscilaciones, se observa un leve pero paulatino aumento en el valor del Coeficiente de Gini. Además, pese a las restricciones que impone un cambio metodológico en la Encuesta de Hogares, como el ocurrido en 1999, la tendencia puede considerarse válida, pues a partir de dicho cambio se deduce una mejor captación de hogares con menores ingresos, aunque la subdeclaración de los ingresos altos y el significativo porcentaje de hogares con ingreso ignorado persisten, lo que implicaría que, de obtenerse mejores estimaciones de los ingresos altos, las brechas podrían ser mayores.

9 Se entiende por pleno empleo aquellas personas que trabajan jornadas inferiores a 47 horas semanales (en todos sus empleos) sin que deseen aumentarla o las que trabajan más de 47 horas semanales y perciben un ingreso por trabajo igual o superior al salario *mínimo minimorum*. No se contemplan en esta condición personas con horas o ingresos ignorados.

10 La información que presenta se extrae de una ficha técnica preparada especialmente por el programa "Comunicación sin Fronteras" para el Proyecto Estado de la Nación.