



CONSEJO NACIONAL
DE RECTORES



DECIMOSÉPTIMO INFORME ESTADO DE LA NACIÓN (2010)

TENDENCIAS EN EL SECTOR SALUD Y PERFIL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Informe final

Investigador:

José Francisco Pacheco Jiménez

Agosto, 2011

Nota: Las cifras de las ponencias pueden no coincidir con las consignadas por el Decimoséptimo Informe Estado de la Nación (2010) en el tema respectivo, debido a revisiones posteriores. En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

Descriptores	1
Resumen Ejecutivo	1
Introducción	1
1. Las mediciones internacionales sobre desarrollo general y en áreas específicas	¡Error! Marcador no definido.
2. El Índice de Desarrollo Humano (IDH)	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Evolución del IDH 1975-2005 (quinquenal) y 2007 según metodología anterior	¡Error! Marcador no definido.
2.2. El IDH según el informe 2010	¡Error! Marcador no definido.
3. Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
Referencias bibliográficas	¡Error! Marcador no definido.

Descriptores

Índice de Desarrollo Humano, mediciones internacionales, género, pobreza, PNUD.

Resumen Ejecutivo

Los procesos de desarrollo requieren tiempo para lograr dar sus frutos, por lo que es necesario que los indicadores brinden visiones de mediano y largo plazo sobre los países, para determinar sus mayores o menores avances. Es práctica común, al menos en los países latinoamericanos, que los avances o retrocesos en los indicadores anuales se achaquen a lo exitosos o no que son los gobiernos de turno, dando énfasis al corto plazo, y dejando de lado los procesos relevantes para el desarrollo que generalmente requieren de plazos mayores para rendir sus frutos. La presente ponencia estudia a profundidad el IDH, con la finalidad de hallar los principales determinantes del retroceso de Costa Rica en el IDH estimado por el PNUD. Asimismo, analiza las mediciones que se hacen para obtener el IDH.

Introducción

La seguridad social costarricense (incluyendo seguro de salud y pensiones) ha sido pilar fundamental del desarrollo económico y humano del país en las últimas siete décadas. Los avances mostrados en esperanza de vida y mortalidad infantil, por ejemplo, posicionan a Costa Rica dentro de los primeros lugares del componente de salud del Índice de Desarrollo Humano y juegan un rol fundamental en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en general.

Por su papel estratégico tanto a nivel económico como social, resulta necesario analizar el desempeño general del sector con el fin de discutir de manera amplia y responsable las soluciones a aquellas amenazas que ponen en peligro la buena marcha del seguro de salud y las pensiones. Esta revisión cobra particular importancia en un año donde

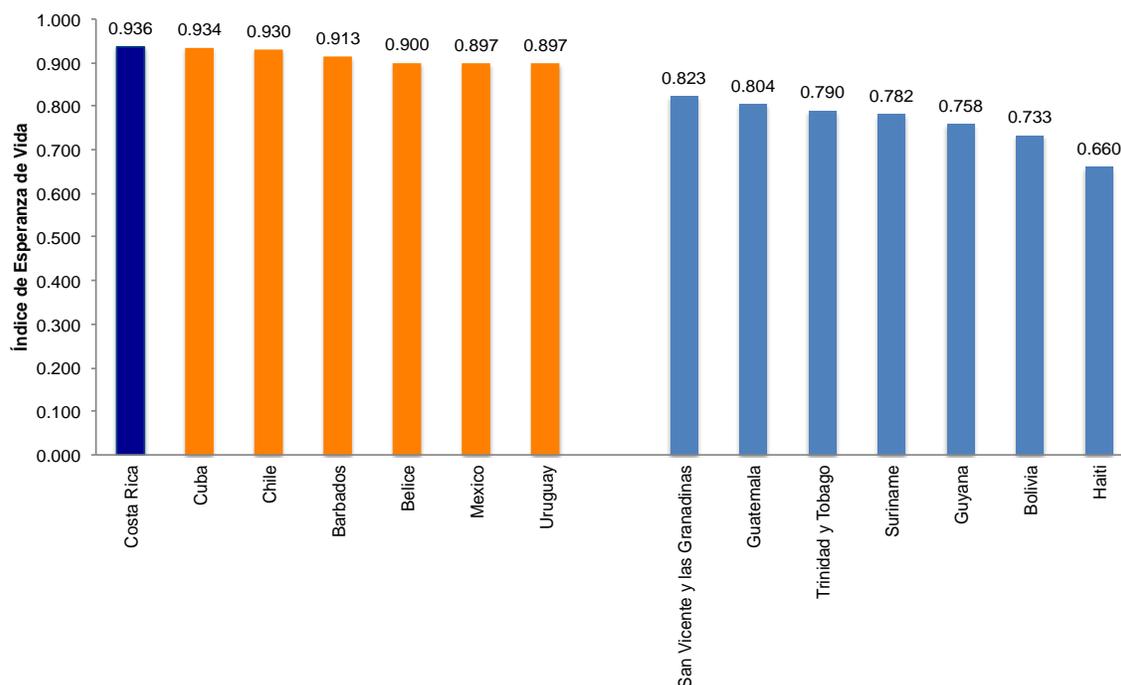
existen fuertes cuestionamientos tanto a la eficiencia del sector como a su sostenibilidad financiera.

El principal objetivo del documento es, pues, revisar un conjunto de indicadores variados sobre cobertura, eficiencia, calidad y resultados del sector durante el 2010, así como analizar las tendencias de corto y mediano plazo presentes durante la primera década del siglo XXI.

Contexto inicial: Salud en el Índice de Desarrollo Humano

Según el Informe de Desarrollo Humano 2010, el Índice de Esperanza de Vida de Costa Rica alcanzó 0.936 puntos, mismo que lo posiciona en el lugar 30 a nivel mundial y en el primer lugar latinoamericano y del Caribe por encima de Cuba (0.934), Chile (0.930) y Barbados (0.913).

Gráfico 1. Índice de Salud 2010 por país latinoamericano y del Caribe^{a/}

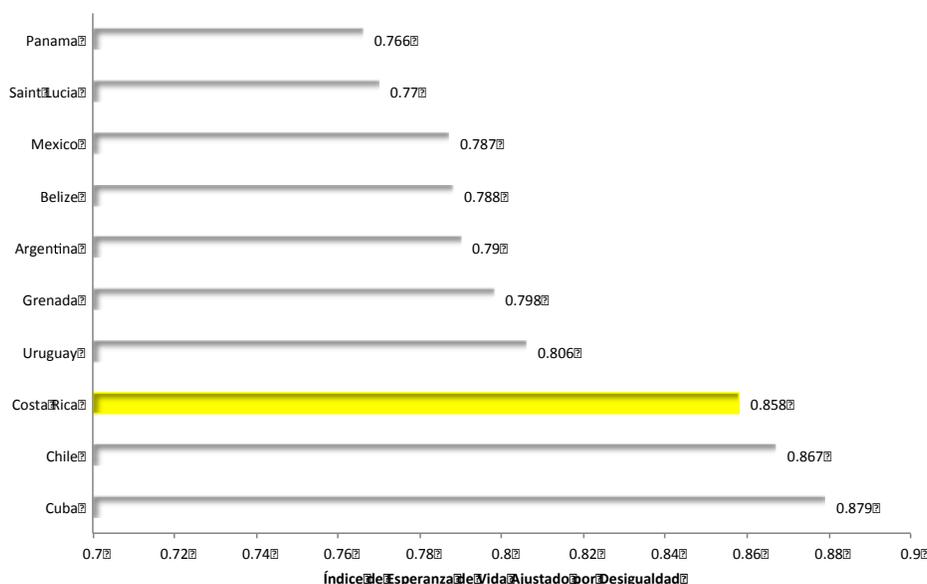


a/ El gráfico comprende los 7 países con mayor y menor índice de salud en América Latina y el Caribe. Fuente: UNDP (2010).

Una de las novedades introducidas en el Reporte de Desarrollo Humano 2010 fue el Índice de Desarrollo Ajustado por Desigualdad. Este nuevo indicador considera la desigualdad en la distribución de los resultados por entre los distintos grupos sociales, aplicándose un factor de ajuste a salud, educación e ingreso, según corresponda. En cada caso, la existencia de desigualdad en los resultados (por ejemplo, en la Esperanza de Vida) hará que el índice correspondiente baje.

En el caso del Índice de Esperanza de Vida ajustado por Desigualdad, la situación de Costa Rica varía de manera importante respecto a lo comentado anteriormente. Los datos muestran que el índice cae a 0.858, es decir, una disminución del 8.3 por ciento respecto al Índice de Esperanza de Vida tradicional. Con este resultado, Costa Rica baja al tercer lugar a nivel de América Latina y el Caribe siendo superada por Chile y Cuba.

Gráfico 2. Índice de Esperanza de Vida Ajustado por Desigualdad, 10 primeros países de la región

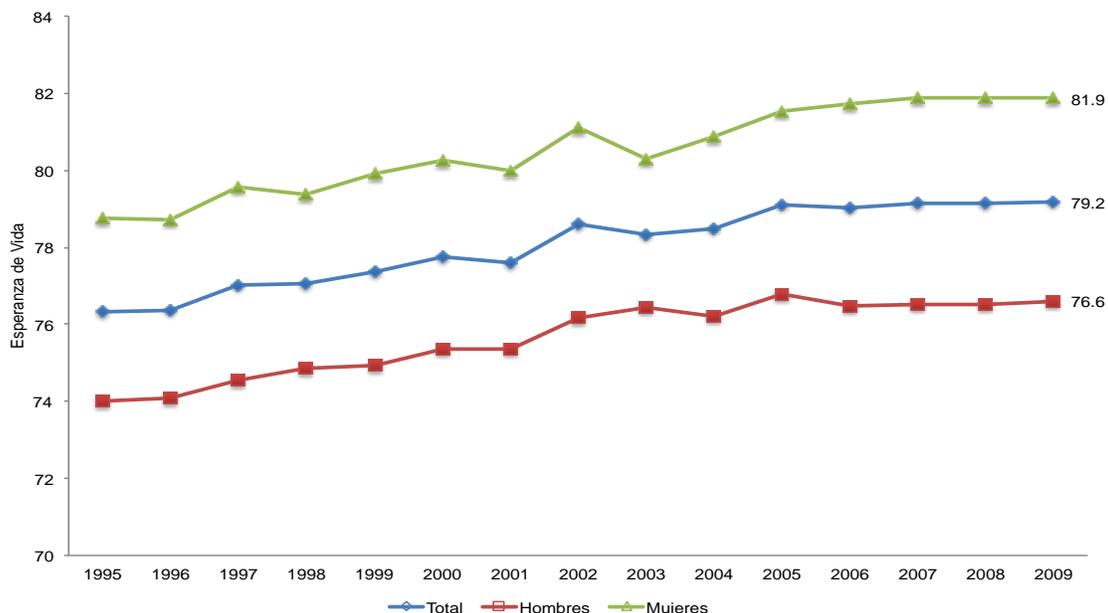


Fuente: UNDP (2010).

Esperanza de Vida

Entre el 2000 y el 2009, la esperanza de vida al nacer creció en 1.43 años situándose, al final de este periodo, en los 79.2 años. Si bien este valor es el mayor de la década, el crecimiento marginal en los últimos años ha sido más bien con tendencia al estancamiento. Así, mientras en el 2008 la esperanza de vida se mantuvo prácticamente inalterada respecto al 2007, en el 2009 el crecimiento fue de tan sólo 0.04 años respecto al año previo.

Por género, los datos anteriores permiten observar ciertos detalles. Primero, la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres llegó, respectivamente, a 76.6 y 81.9 años. Segundo, entre el 2000 y el 2009, la esperanza de vida en las mujeres creció de forma más acelerada que la de los hombres no obstante la esperanza de vida de las primeras ya era 5 años superior en aquel año. Para el 2009, el indicador de las mujeres había crecido en 1.6 años en contraste a 1.27 años en los hombres. En consecuencia, la brecha entre géneros se ensanchó de 4.9 a 5.3 años. Tercero, la esperanza de vida en hombres muestra un límite superior (76.8 años) que no pudo ser superado a lo largo de la década. Inclusive, para el 2009, el indicador no había logrado recuperar los niveles experimentados en el 2005.

Gráfico 3. Evolución de la Esperanza de Vida en Costa Rica, 1995-2010

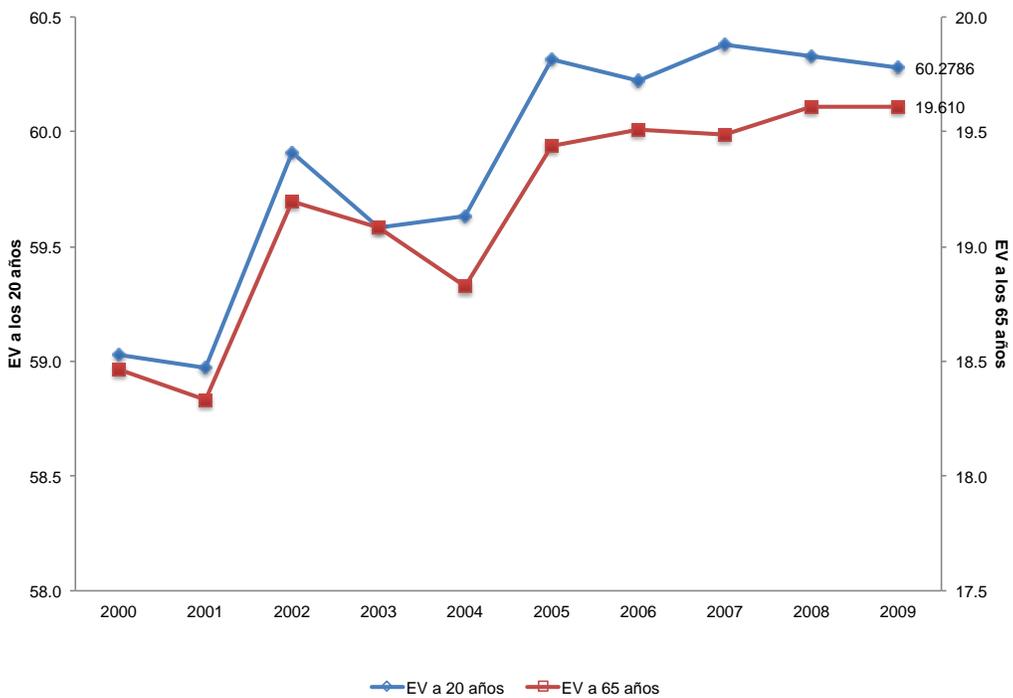
Fuente: INEC (2010) y CCP (2010)

Los indicadores de esperanza de vida para los 20 y los 65 años mostraron, respectivamente, un retroceso y un estancamiento en relación a la dinámica de los años previos. La esperanza de vida a los 20 años cayó en el 2009 por segundo año consecutivo mientras que para los 65 años la misma se mantuvo prácticamente igual. El saldo neto de la década, no obstante, muestra un crecimiento importante en ambos indicadores en el orden de 1.1-1.2 años. La esperanza de vida en mujeres, de nuevo, creció a mayor ritmo que en hombres: 1.25 años para la esperanza de vida a los 20 años y 1.3 años para la esperanza de vida a los 65 años.

Un ajuste habitualmente calculado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la Esperanza de Vida Saludable al Nacer (EVSAN) que se define como la cantidad de años que una persona promedio en determinado país podría vivir con plena salud.

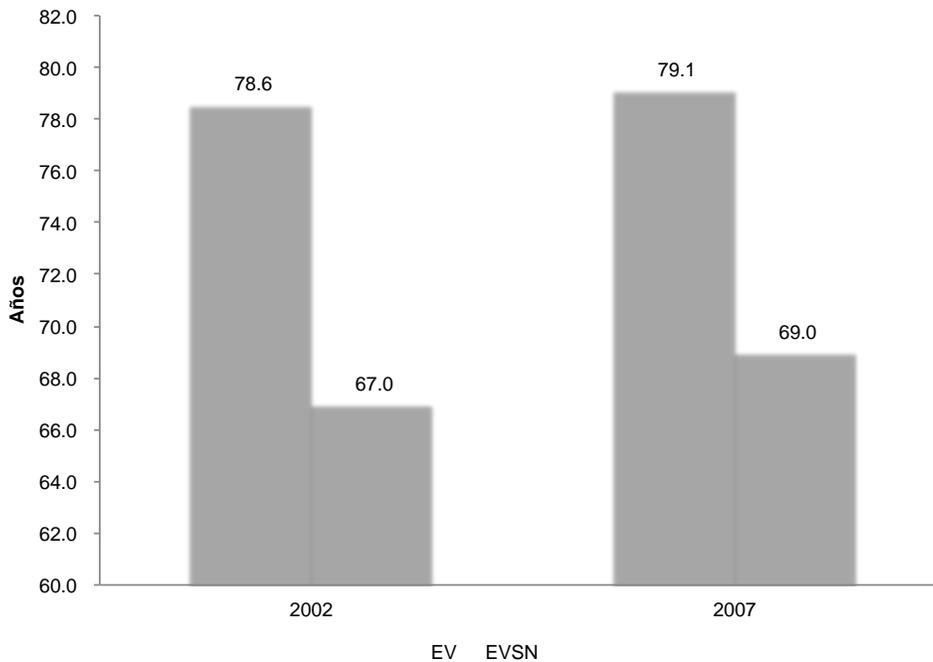
Los datos de la organización dan muestra que, para el 2007 (último año en que se calculó el indicador), la EVSAN fue de 69 años (68-71 en hombres y mujeres), lo cual implica que un costarricense promedio que haya nacido en el 2007 pasaría aproximadamente 10.1 años enfermo (12.8% de su vida). Este dato sugiere una mejora importante en la calidad de vida de los ciudadanos durante la década anterior si consideramos que para el 2002 la EVSAN se estimó en 67 años, implicando una pérdida de vida sana equivalente a 11.6 años (14.7% de la esperanza de vida).

Gráfico 4. Esperanza de Vida a los 20 y a los 65 años, 2000-2009



Fuente: INEC (2010) y CCP (2010)

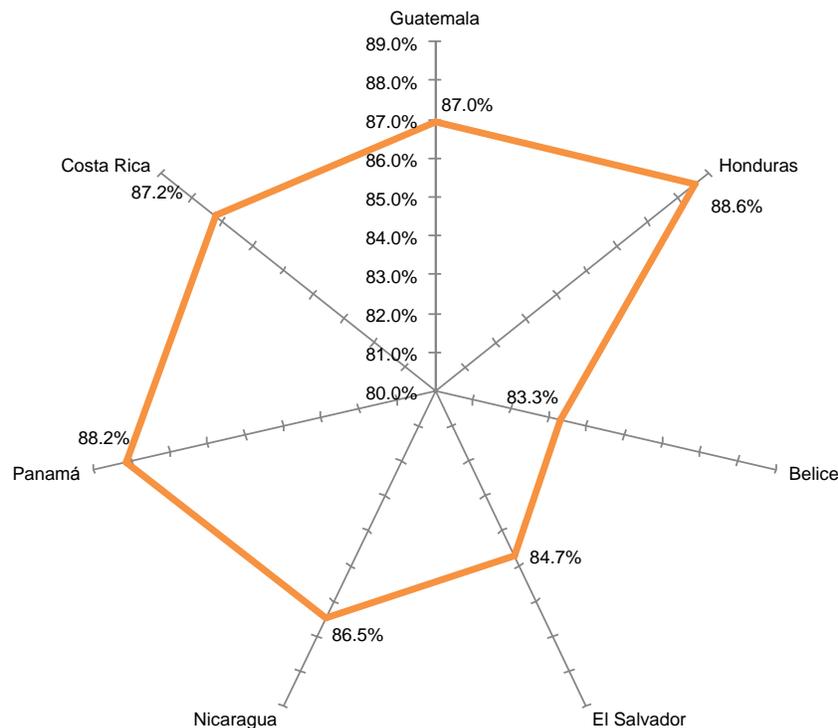
Gráfico 5. Esperanza de Vida y EVSN en Costa Rica, 2002 y 2007



Fuente: OMS (2005) y OMS (2010)

En perspectiva regional, la EVSN de Costa Rica es dos años mayor al promedio del continente americano y casi 7 por encima del nivel en Centro América. No obstante, el porcentaje que se vive libre de enfermedades ubica a nuestro país en una posición intermedia dentro de la región superado por Honduras y Panamá, naciones donde la EVSN representa más del 88 por ciento de la esperanza de vida regular. Estas diferencias, sin embargo, podrían explicarse parcialmente por el elevado porcentaje de enfermos crónicos que tiene el país y que claramente incide en la cantidad de años en los cuales parte de la población está enferma.

Gráfico 6. Centroamérica: Porcentaje de la EV que se vive libre de enfermedades

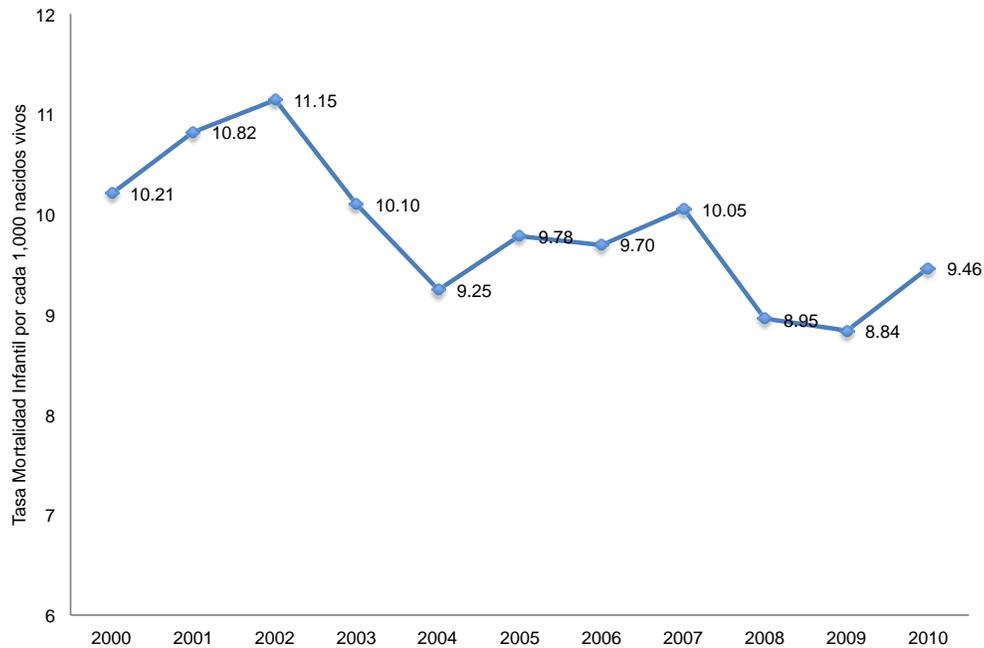


Fuente: OMS (2005) y OMS (2010)

Tendencias en Mortalidad ***Mortalidad Infantil***

La mortalidad infantil ascendió a 9.46 muertes por mil nacidos vivos (671 muertes) durante el 2010 luego de dos años en los cuales el país redujo la mortalidad por debajo de 8 defunciones por cada mil nacidos vivos. Con este resultado, el país volvió a los niveles observados en el 2004-2005 si bien aún mantiene una tendencia ligeramente negativa respecto a la tasa del 2000. El incremento de la tasa es, de hecho, el resultado de un incremento de 8 muertes infantiles y una reducción en el número de nacimientos (4,078 menos nacimientos respecto al 2009).

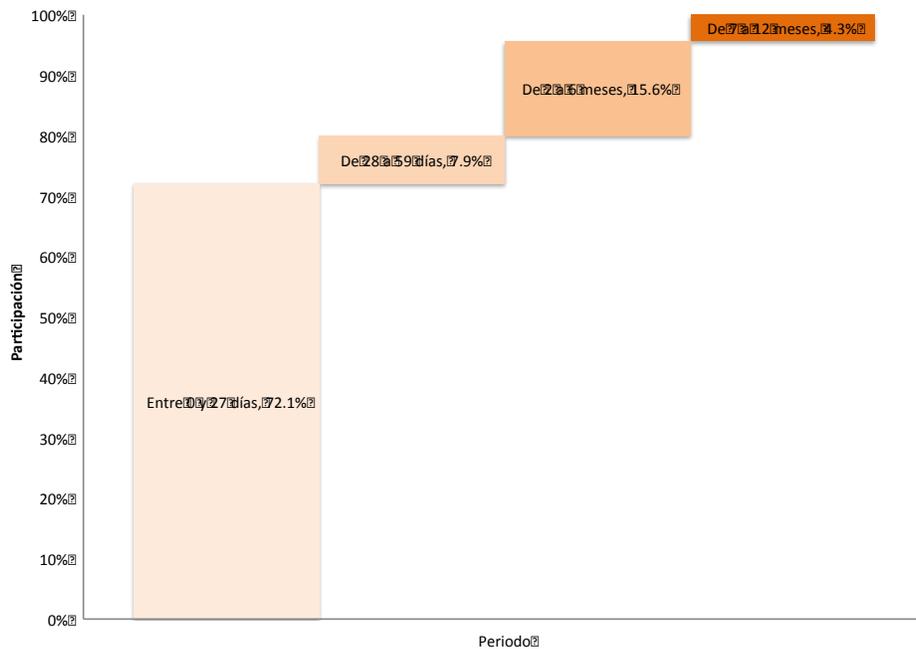
Gráfico 7. Tasa de Mortalidad Infantil Interanual, 2002-2010



Fuente: INEC (2011)

En total, un 56.7 por ciento de las muertes infantiles se dio en hombres y ocho de cada diez casos se produjo antes de los 2 meses desde el nacimiento. Un mayor porcentaje de niños, en contraposición a las niñas, muere antes de ese periodo (81.4% versus 78.2%) mientras que una cuarta parte de las muertes ocurre el mismo día del parto.

Gráfico 8. Distribución de las muertes infantiles por momento del deceso, 2010



Fuente: INEC (2011)

Por su lado, un 30 por ciento de las defunciones infantiles son causadas por 5 causas específicas de las 152 que contemplan todo el espectro de causas. Uno de cada diez fallecidos muere a causa de inmadurez extrema, es decir, recién nacidos con una gestación de menos de 28 semanas completas. También sobresalen las causas asociadas con problemas en el aparato respiratorio, las cuales concentran 3 de las 5 primeras causas.

Cuadro 1. Principales Causas de Muerte en Niños Menores de 1 Año

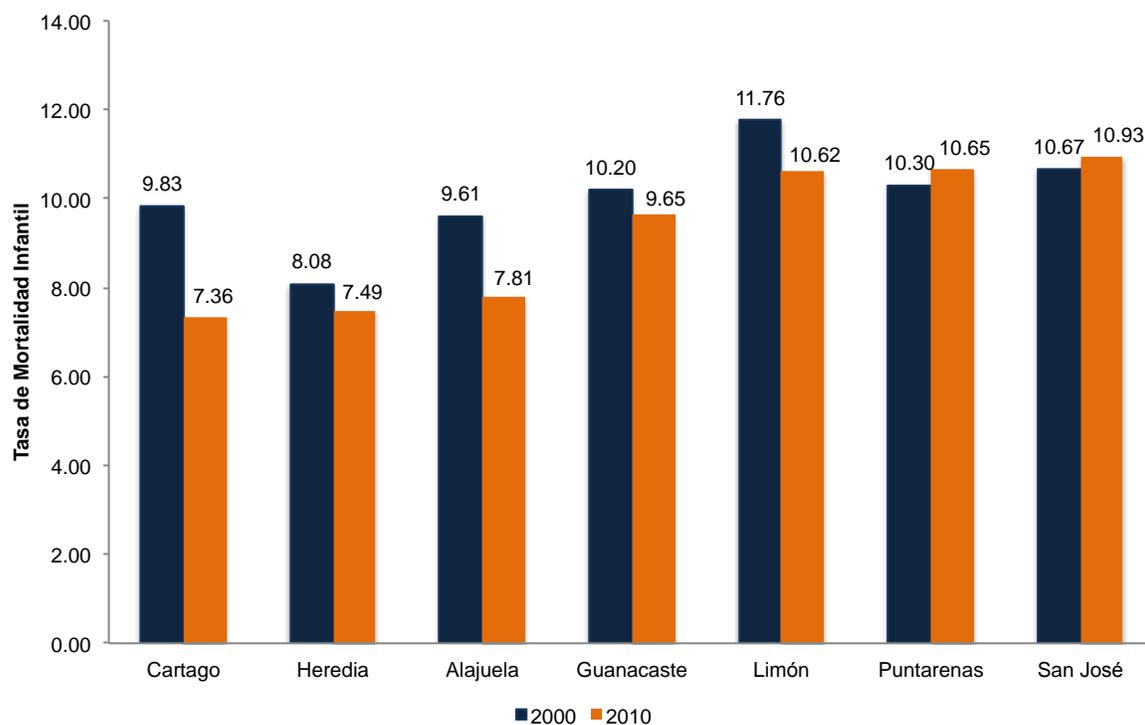
Causa de Muerte	Participación %
Inmadurez extrema	10.1%
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	6.1%
Hipoplasia y displasia pulmonar	4.9%
Otras afecciones especificadas originadas en el período perinatal	4.8%
Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal	4.0%
Total	30.0%

Fuente: INEC (2011)

En relación al 2009, la mortalidad infantil provincial mostró tendencias opuestas. En total, la mortalidad aumentó en San José, Heredia, Guanacaste y Limón mientras que en las restantes tres provincias la misma disminuyó entre un 2.3 y un 31.3 por ciento, siendo Cartago la provincia con la mayor caída.

En un contexto de más largo plazo (2000-2010), el gráfico a continuación nos permite observar lo siguiente:

- a. En dos provincias (Puntarenas y San José) la mortalidad infantil fue mayor al terminar la década
- b. San José desplazó a Limón como la provincia con la mayor tasa de mortalidad infantil mientras que Cartago desplaza a Heredia como la provincia con la menor tasa. Precisamente en Cartago, la mortalidad infantil tuvo la mayor caída de la década (25.2%)
- c. En tres provincias la mortalidad infantil tiene dos cifras. En el 2008, sólo una provincia compartía esta características y en el 2009 fueron dos de ellas.

Gráfico 9. Mortalidad Infantil por Provincia, 2000 y 2010

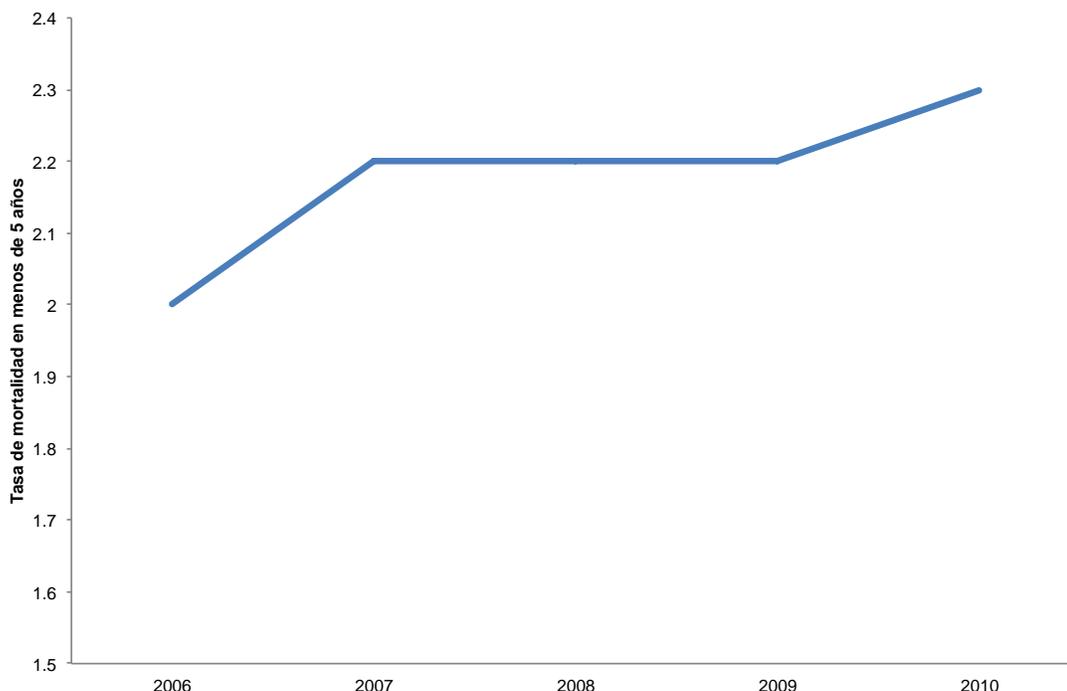
Fuente: INEC (2011) Para el 2010, las cifras son preliminares

Al hacer el análisis por cantón, los datos revelan la existencia de 30 lugares donde la mortalidad infantil se concentra en decesos antes los 28 días. En todos estos cantones (ver Anexo 1), más del 75 por ciento de las muertes infantiles se produjo en ese rango temporal. Por su lado, en 15 cantones, las muertes de infantes a menos de 28 días de nacido representó menos del 50 por ciento.

En cuanto a mortalidad en niños menores de 5 años, desde el 2006 la tasa se ha mantenido en el rango 2.0-2.3 muertes por cada mil habitantes. Existe una leve tendencia al alza en ese mismo lapso, habiendo crecido la tasa de mortalidad en un 15 por ciento.

Por causa de muerte, un 74 por ciento de las causas se concentra en las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas. Por lugar de residencia, dos hechos caracterizan la mortalidad entre niños menores de 5 años. Primero, Guanacaste y Puntarenas persistentemente tienen tasas de mortalidad mucho mayores que el resto del país (en ambos casos por encima de los 3 decesos por 1,000 hab). Por su lado, Heredia, Alajuela y Cartago muestran tasas por debajo de las 2 muertes. Las diferencias entre estas provincias y las costeras son significativas: en las segundas, la mortalidad es un 84 por ciento mayor que en las primeras.

Gráfico 10. Mortalidad en Niños Menores de 5 años, por 1,000 hab (2006-2010)

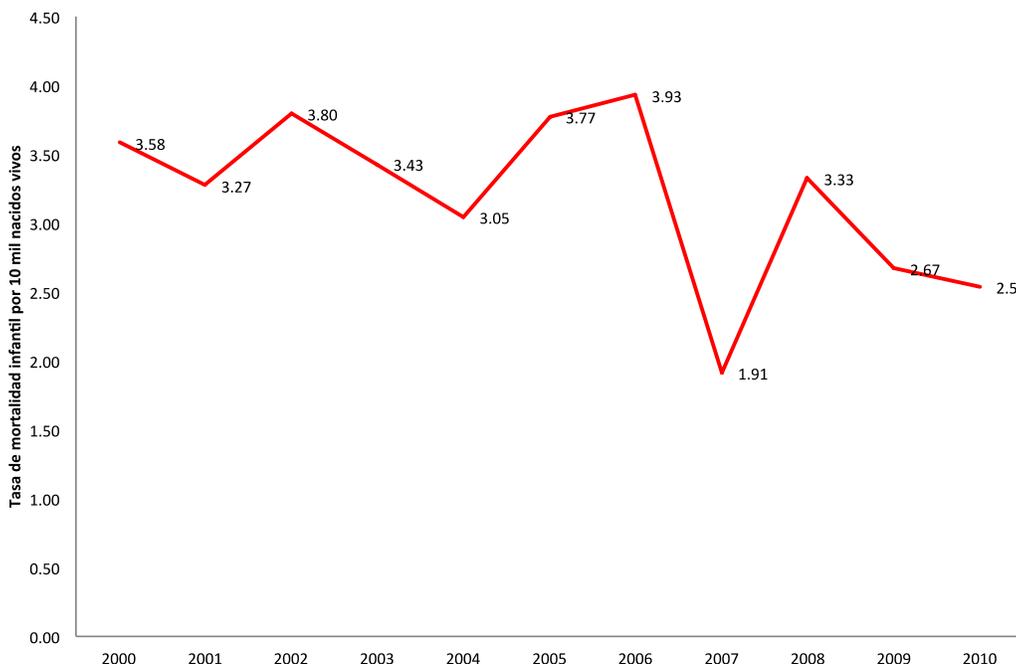


Mortalidad Materna

La tasa de mortalidad materna (por cada 10,000 nacidos vivos) fue de 2.54 casos en el 2010, cayendo por segundo año consecutivo. A lo largo de la década, el indicador mostró tendencia negativa si bien el ritmo de descenso se vio constante afectado por un patrón de sube y baja, habiendo alcanzado el mínimo en el 2007. El nivel alcanzado en el 2010 fue el segundo menor del periodo 2000-2010.

Las estimaciones del 2010 muestran a dos provincias, Heredia y Guanacaste, sin mortalidad materna en ese año mientras que en Limón (9.18 muertes por cada 10,000 nacidos vivos) representó 3.6 veces el promedio nacional. El saldo 2000-2010 muestra tres provincias (San José, Cartago y Limón) cuyas tasas de mortalidad materna fueron superiores al final del periodo.

Estas conclusiones, sin embargo, deben analizarse con cautela. Las tasas de mortalidad materna presentan patrones de comportamiento altamente irregulares con cambios fuertemente significativos entre un año y otro, tal y como se muestra en el siguiente cuadro. Por ejemplo, en Limón, la mortalidad en madres fue 1.53 muertes entre 2003 y 2007, pero en el 2008 aumentó casi 5 veces para luego caer a la mitad y finalmente crecer casi 3 veces. La alta volatilidad de las tasas de mortalidad provinciales, pues, hace difícil establecer si los datos observados en el 2010 son parte de una tendencia o solo reflejan este año en particular.

Gráfico 11. Tasa de Mortalidad Materna por cada 10,000 nacidos vivos, 2000-2010

Fuente: INEC (2011)

Cuadro 2. Mortalidad Materna por Provincia, 2000-2010

Provincia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
San José	2.25	2.66	3.72	4.06	4.18	2.58	3.48	3.01	2.51	2.54	2.68
Alajuela	2.71	2.08	5.13	2.92	1.48	2.18	3.66	0.70	2.02	4.00	0.70
Cartago	0.00	3.72	1.38	2.62	2.68	4.13	2.68	0.00	5.36	1.34	1.39
Heredia	5.99	1.48	3.21	1.50	1.54	10.68	4.77	1.54	1.51	1.49	0.00
Guanacaste	3.78	1.91	3.94	7.72	5.81	9.21	5.38	4.93	3.21	3.23	0.00
Puntarenas	6.13	2.60	2.74	2.69	3.95	2.63	6.63	1.30	3.70	1.27	4.15
Limón	8.32	10.15	5.35	1.30	1.23	1.29	2.57	1.26	7.50	3.71	9.18

Fuente: Estimaciones del CCP (2011). Los datos del 2010 son preliminares

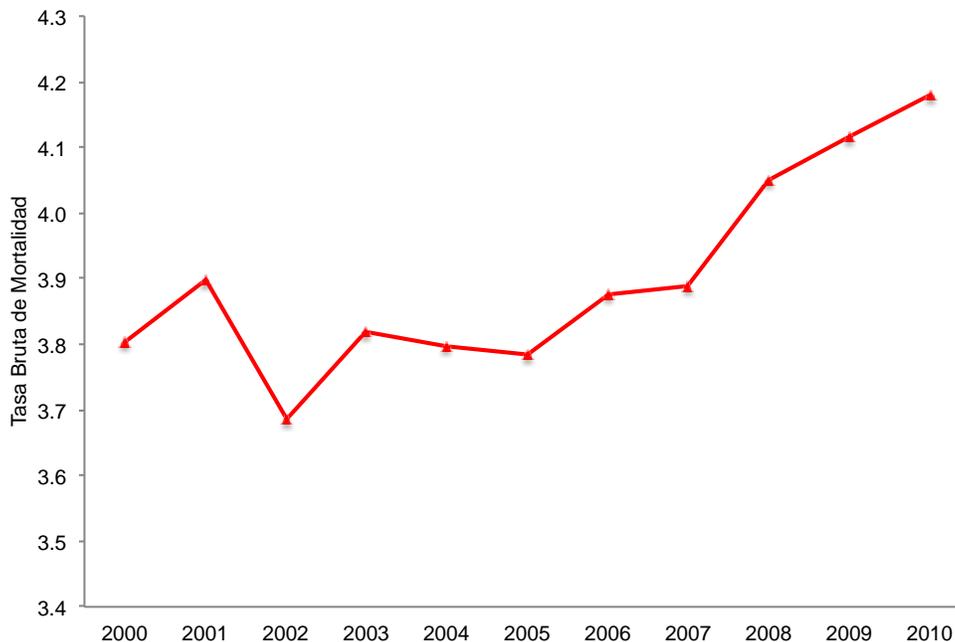
En cuanto a las causas de las defunciones maternas, tres causas generaron el 47 por ciento de las mismas. A nivel individual, las principales causas de muerte son la flebotrombosis profunda en el puerperio y las enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio, las cuales de manera conjunta concentraron el 26 por ciento de las muertes¹. Son los grupos etáreos de 20 a 34 años quienes muestran más vulnerabilidad. En el 2010, dos terceras partes de las muertes maternas ocurrieron en ese rango de edad debido a problemas del aparato circulatorio y a otras enfermedades que ponen en riesgo el embarazo.

¹ La mayor causa en realidad es *Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio* con un 20% de los fallecimientos maternos. No obstante, por ser una categoría que agrupa varias enfermedades, se prefirió analizar aquellas categorías individuales.

Mortalidad Bruta

En el 2010, la tasa bruta de mortalidad (por cada 1,000 habitantes) alcanzó las 4.18 muertes, siendo este el quinto año consecutivo en el cual dicho indicador crece respecto al año previo. Desde el 2002, año en que se alcanzó el mínimo de la década, la tasa bruta de mortalidad creció un 13.4 por ciento.

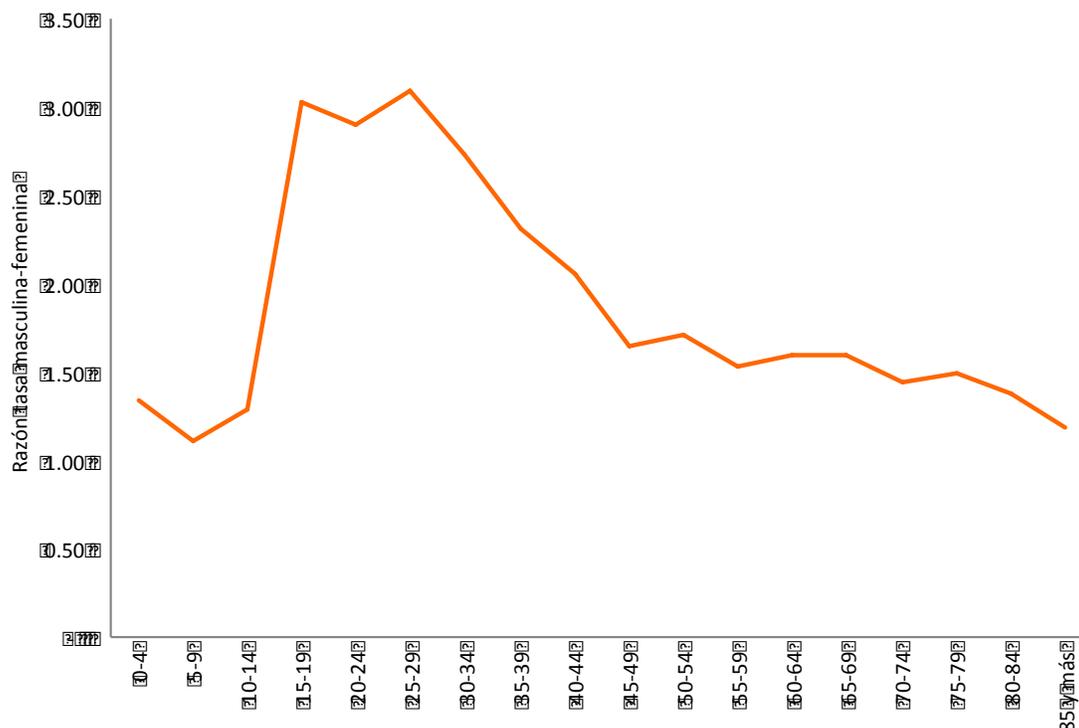
Gráfico 12. Tasa Bruta de Mortalidad en Costa Rica, 2000-2010



Fuente: Estimaciones del CCP (2011)

Por género, los hombres representaron un 57.2 por ciento del total de muertes registradas en el 2010. Esta tendencia es observada a lo largo de todos los grupos etáreos aunque las diferencias varían de manera importante entre las categorías. Tal y como lo refleja el siguiente gráfico, la tasa bruta de mortalidad masculina es entre 2.1 y 3.1 veces superior a la femenina entre los 15 y los 44 años de edad. A partir de los 45 años, las tasas tienden a converger pero nunca llegan a equipararse. Lo anterior implica que, entre los 15 y los 44 años, entre el 68 y el 76 por ciento de las muertes ocurren en varones.

La tendencia creciente en mortalidad general pareciera explicar parcialmente la dinámica descrita anteriormente en materia de esperanza de vida. Esto es cierto si se comprueba que aquellas causas de muerte que más afectan a los grupos jóvenes y adultos jóvenes (cuyas muertes presionarían la esperanza de vida hacia abajo) han venido en ascenso. La evidencia parece apuntar hacia esa hipótesis.

Gráfico 13. Razón de tasas de mortalidad masculina-femenina (veces), 2010

Fuente: Cálculos propios en base a INEC (2008) y CCP (2011)

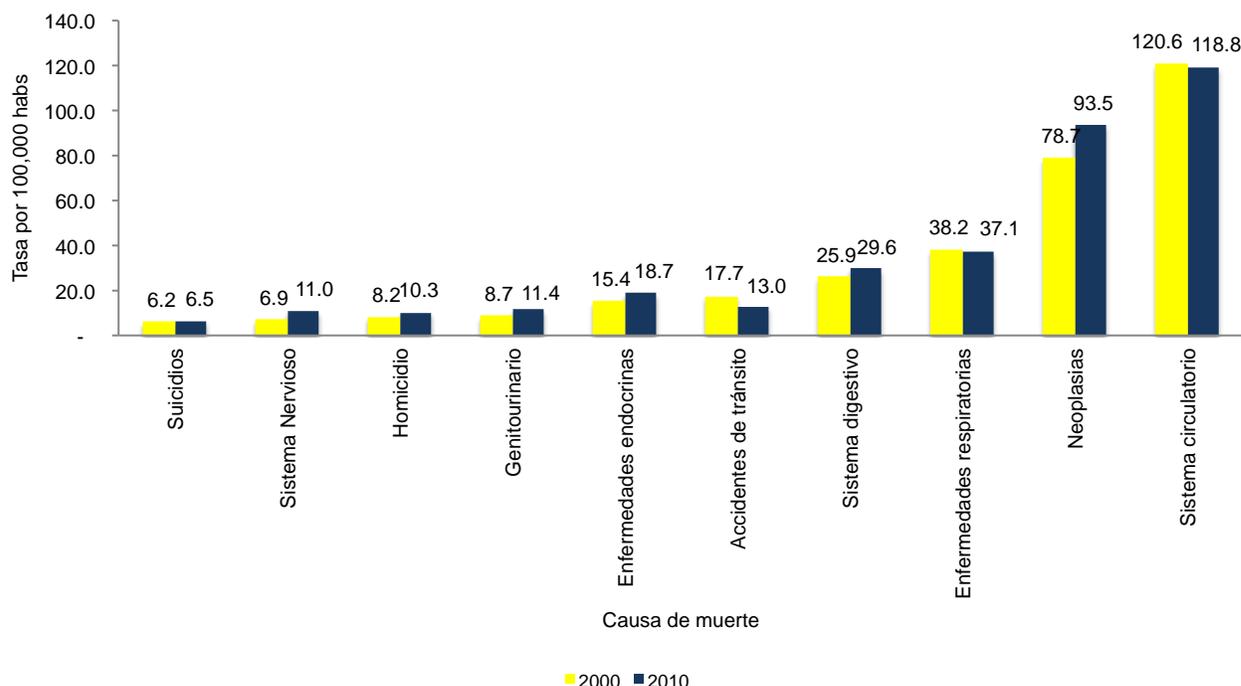
El gráfico a continuación muestra las tasas de mortalidad para 10 causas que, de manera conjunta, representan más del 85 por ciento de los decesos nacionales. La figura permite destacar:

1. *La existencia de causas que presionan la tasa de mortalidad a la baja.* Las muertes relacionadas con el aparato circulatorio son, por volumen, la primera causa de muerte en Costa Rica pero su incidencia mostró un declive durante la pasada década. Caso similar a los decesos por problemas respiratorios, cuya tasa cayó un 13 por ciento en ese mismo periodo.
2. *La existencia de causas que presionan la tasa de mortalidad al alza.* Las neoplasias juegan un rol importante en la comprensión del patrón de mortalidad previamente comentado. Primero, los tumores se ubican como la segunda causa de muerte en el país (22.4% del total). Segundo, dentro de las tres primeras causas con mayor volumen de muertes, la tasa por cáncer fue la única que aumentó entre el 2000 y el 2010 con un crecimiento del 18.8 por ciento. Finalmente, los tumores aparecen en dos de las primeras cinco causas de mortalidad del grupo 35-49 años, lo cual parece aplicar un freno importante al aumento en los niveles de esperanza de vida locales.
3. *La existencia de causas que tienen fuerte presencia en los grupos jóvenes.* La tasa de muertes por accidentes de tránsito cayó un 26.2 por ciento pero los jóvenes masculinos siguen siendo las mayores víctimas. Si bien esta causa generó el 3.1 por ciento de los fallecidos, la misma se ubica como la primer causa de muerte en los grupos de 1 a 49 años. Esta fuerte presencia en los

grupos jóvenes es, pues, razón para que la esperanza de vida, sobretodo en hombres, presente un límite superior (esto es, no supera los 77 años).

4. *La existencia de causas con poco aporte al volumen de muertes pero con un crecimiento elevado.* Dentro de esta categoría nos encontramos causas como los homicidios, los suicidios, las enfermedades del aparato genitourinario, las enfermedades endocrinas y las muertes por problemas del sistema nervioso cuyas tasas de mortalidad crecieron entre el 2000 y el 2010. En algunos casos, como los decesos por males genitourinarios y las enfermedades del aparato nervioso, su crecimiento excedió el 30 por ciento en ese periodo.

Gráfico 14. Tasas de mortalidad por 100,000 habitantes, por causa (2000 y 2010)



Fuentes: Estimaciones propias en base a INEC (2000) e INEC (2010)

Al cruzar la información previa con los datos del cuadro a continuación se permite corroborar muchas de las ideas planteadas previamente. Los accidentes de tránsito son particularmente importantes en los grupos de 1 a 49 años y en los hombres: un 72.7 por ciento de las víctimas de accidentes de tránsito se ubican en ese rango de edad y se estima que, del total de muertes, por cada mujer hay seis hombres que fallecen en accidentes de tránsito. Sin embargo, dado que la tasa de muertes por accidentes no ha variado en la última década, su papel no corresponde al de un elemento dinámico que hace subir o bajar la esperanza de vida sino al de un factor que contribuye en mantener baja la esperanza de vida masculina.

Las muertes por homicidio y suicidio también aportan elementos importantes al análisis de la esperanza de vida. Tal y como se comentó anteriormente, las tasas de mortalidad asociadas a esos factores crecieron a ritmos elevados en la última década y son las principales causas de muerte en el grupo de 20 a 34 años de edad, junto a accidentes.

En el caso de los homicidios, el coeficiente de víctimas masculinas a femeninas es de 7,9:1, según lo destaca el Poder Judicial (2010) mientras que en suicidios es de 6:1.

En el caso de los tumores, su contribución al débil progreso en la esperanza de vida viene dada, en primer lugar, por el volumen de muertes que ocasiona. La mortalidad por neoplasias, a diferencia de los infartos agudos y la enfermedad isquémica, ha experimentado un aumento sostenido en su incidencia a nivel nacional, estando presente con más fuerza a partir de los 35 años.

Cuadro 3. Principales cinco causas de muerte por grupo etáreo, 2010

Menos de 1	De 1 a 19	De 20 a 34	De 35 a 49	De 50 a 64	Más de 65
Inmadurez extrema	Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	Ahogamiento y sumersión no especificados, en otro lugar especificado	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en lugar no especificado	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	Tumor maligno del estómago, parte no especificada	Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada
Hipoplasia y displasia pulmonar	Leucemia linfoblástica aguda	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en calles y carreteras	Tumor maligno del estómago, parte no especificada	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
Otras afecciones especificadas originadas en el período perinatal	Parálisis cerebral sin otra especificación	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, en vivienda	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	Tumor maligno de sitios no especificados	Tumor maligno del estómago, parte no especificada
Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el período perinatal	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en lugar no especificado	Motociclista (cualquiera) lesionado en accidente de tránsito no especificado	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, en vivienda	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones renales	Tumor maligno de la próstata

En aquellas categorías donde el código *Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad* aparece dentro de las 5 principales, la misma se ha sustituido por la siguiente categoría que incluya un causa específica de mortalidad.

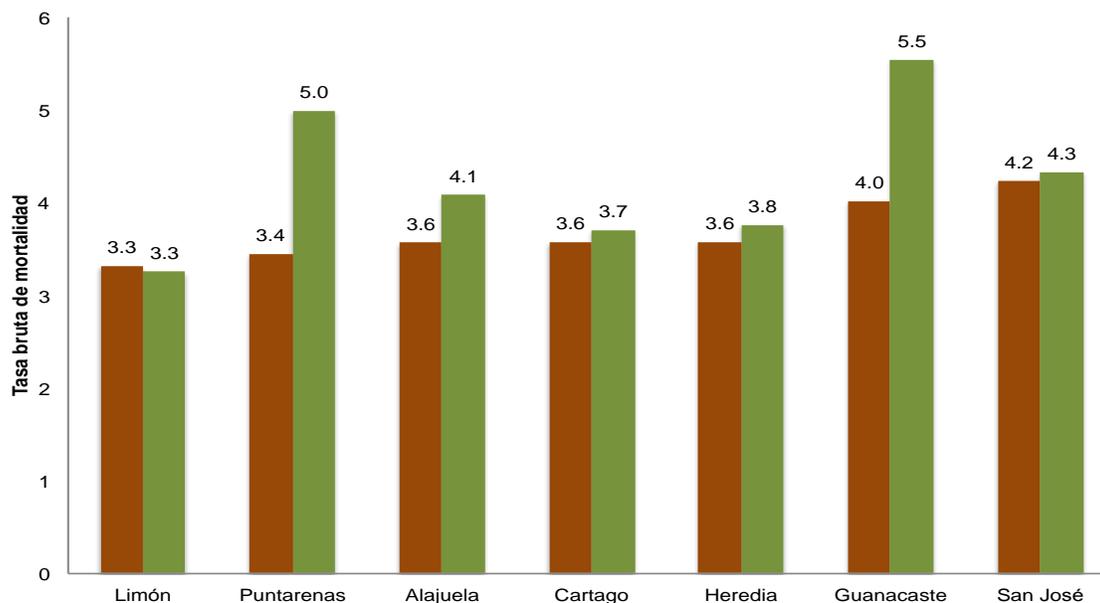
Fuente: INEC

A nivel provincial, Guanacaste, Puntarenas y San José se situaron, en ese orden, en los primeros tres lugares en materia de mortalidad bruta. Los datos reflejan cambio importantes en ese apartado respecto a la situación en el 2000. Para aquel año, San José se ubicaba en el primer lugar seguido de Guanacaste y Heredia. Diez años después, la tasa bruta de Guanacaste y Puntarenas había crecido, respectivamente, 37.9 y 44.8 por ciento. Esta situación se da a pesar que las mortalidad infantil y la mortalidad materna de esas dos provincias bajó o se mantuvo muy similar en ese lapso.

Caso contrario, Limón fue la única provincia donde el indicador se contrajo entre el 2000 y el 2010, si bien previo a este año la tendencia fue creciente. Limón se mantiene, de hecho, como la provincia con la menor tasa de mortalidad general.

En todo caso, la evidencia muestra un deterioro, al menos a nivel provincial, en la brecha de mortalidad bruta. Para el 2000, la diferencia entre las provincias con la mayor y la menor tasa fue 1.28 veces; para el 2010, la misma se expandió a 1.7 veces.

Gráfico 15. Tasa Bruta de Mortalidad por Provincia, 2000 y 2010



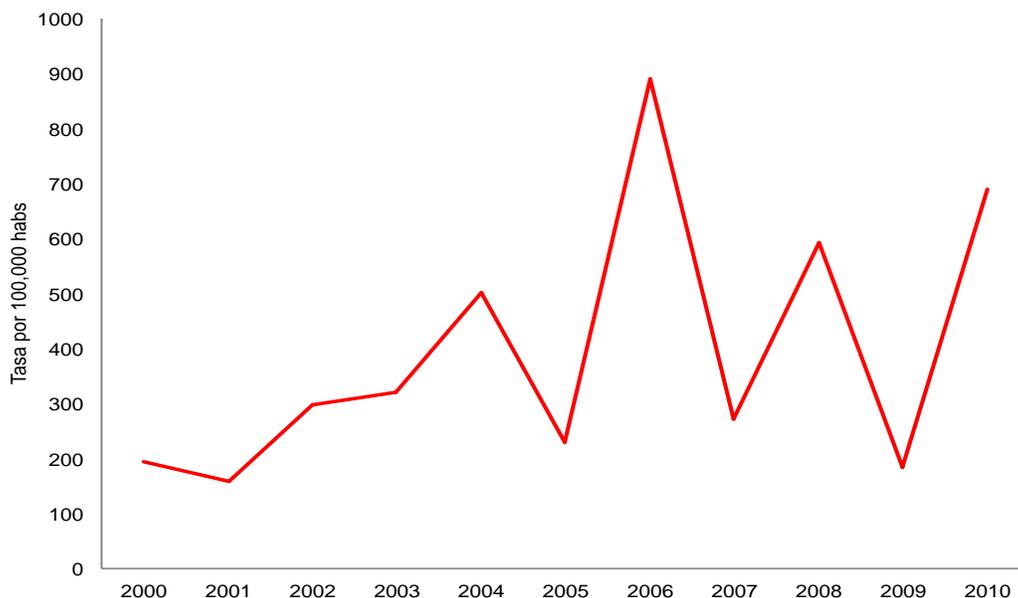
Fuente: Estimaciones del CCP (2011)

Tendencias en Morbilidad

Dengue

El número de episodios de dengue alcanzó los 31,484 casos resultando en una tasa de incidencia de 690 casos por cada 100,000 habitantes. Respecto al 2009, el número de episodios más que se triplicó y la tasa de incidencia fue la segunda más alta de la pasada década. Un 59 por ciento de los casos se concentró en las regiones Chorotega, Pacífico Central y Central Norte, particularmente. En total, el sistema de vigilancia epidemiológica había reportado 21 casos de dengue hemorrágico.

Gráfico 16. Tasa de Incidencia de Dengue por 100,000 hab, 2000-2010



Fuente: Ministerio de Salud (2011)

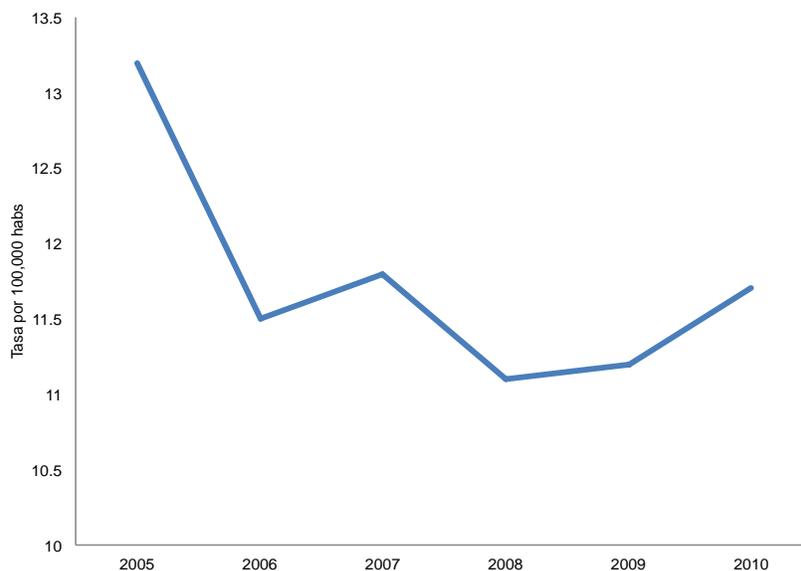
Malaria

En el 2010 se diagnosticaron 114 casos de malaria equivalente a 2.5 casos por 100,000 habitantes, la menor histórica en Costa Rica. Respecto al 2009, la caída en el número de casos fue del 56.5 por ciento. La principal característica de la malaria es su altísima concentración (96.5%) en la Región Huetar Atlántica, particularmente en Matina (aporta el 79.1% del total de la Región).

Tuberculosis

Si bien la incidencia de tuberculosis creció en el 2010 respecto al 2009 (de 11.2 a 11.7 casos por 100,000 habitantes), la tendencia decreciente aún se mantiene. No obstante, este es el segundo año consecutivo en que la tasa de incidencia crece, de forma tal que el Ministerio de Salud deberá reactivar las alertas respectivas para evitar que a futuro el número de casos siga en ascenso.

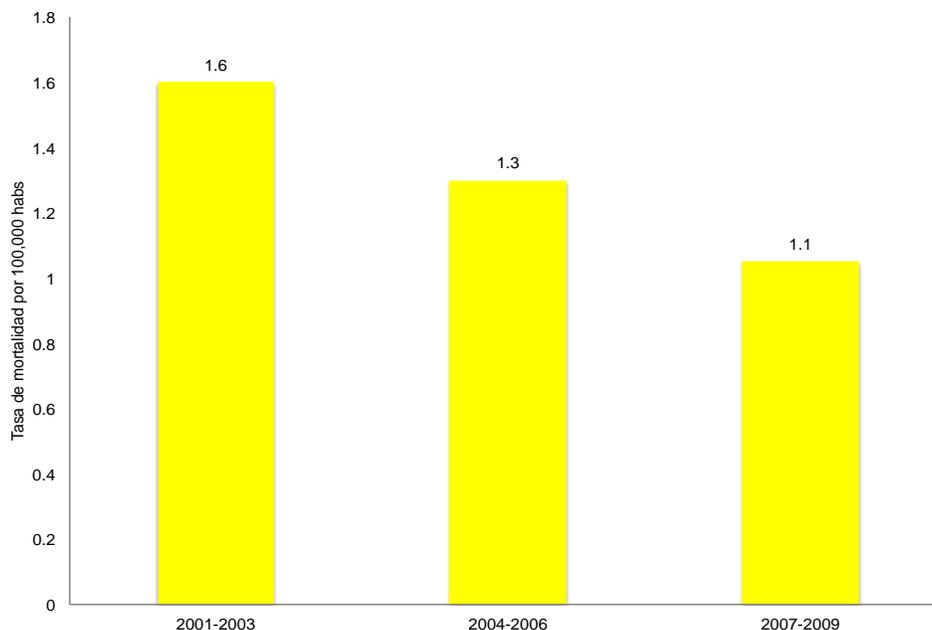
Gráfico 17. Tasa de incidencia de tuberculosis, 2005-2010



Fuente: Ministerio de Salud.

La tasa de mortalidad por tuberculosis, por su lado, presenta una tendencia decreciente en los últimos 10 años, habiendo caído en ese lapso en un 35 por ciento.

Gráfico 18. Tasa de mortalidad por tuberculosis, 2001-2009



Fuente: Ministerio de Salud Pública

Tendencias en Vacunación

Durante los últimos 5 años, las tasas de vacunación en niños menores a 1 año se mantuvieron en el orden del 75-90 por ciento, según la vacuna que se analice. Dado

que la sub-cobertura se mantiene al menos desde el 2005, el número de niños susceptibles de padecer alguna de las enfermedades prevenibles vía vacunación tiende al alza. Estos niveles de cobertura, sin embargo, podrían estar siendo subvalorados por problemas en el registro público de vacunas aplicadas, por la imposibilidad de revisar los carnés de monitoreo en zonas de clase alta y por la falta de reporte de establecimientos privados (Ministerio de Salud, 2011).

Las principales tendencias, por tipo de vacuna, reflejaron lo siguiente durante el 2010:

1. La cobertura con DPT, VOP, VHB y HIB en menores de 1 año fluctuó entre el 84 y el 90 por ciento. Estos porcentajes, según lo declara el propio Ministerio de Salud, son insuficientes para brindar una protección adecuada a la población, dado que para ello la cobertura debería ser superior al 95 por ciento.
2. En cuanto a la vacuna BCG, la cobertura en el 2010 fue del 75 por ciento, la menor de los últimos 5 años, y desde el 2008 viene decreciendo. Se establecen dos posibles causas a esta caída. Primero, el subregistro existente, ya comentado, y el hecho que algunos hospitales no vacunan al niño si la madre no tiene la prueba del VIH.
3. La cobertura con la vacuna contra la sarampión no varió respecto al 2009, pero se mantiene como la menor tasa del periodo 2005-2010 (81%). En regiones como la Central Sur la cobertura del 2010 fue poco más del 60 por ciento.

Recuadro 1

Principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

En marzo del 2011 se dieron a conocer algunos resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, realizada en el año 2010. La encuesta es el resultado de un trabajo conjunto a cargo de una comisión interinstitucional encabezada por el Ministerio de Salud².

El diseño de la muestra utilizó el Marco Muestral de Viviendas del 2000 (MMV-2000) construido por el INEC, a partir de la información del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000. En la recolección de la información se visitaron 70 cantones del país y se entrevistaron a 3.197 personas de ambos sexos, con edades entre los 15 y 80 años. El 59% de las personas entrevistadas residían en la zona urbana y el restante 41% en la rural. Por nivel de instrucción la distribución es la siguiente: 5% no había asistido a la escuela, 34% tenía primaria, 42% secundaria y 20% tenían educación universitaria.

Algunos resultados de esta encuesta se resumen a continuación:

- La prevalencia anticonceptiva en el 2010 se muestra similar a la encuesta de 1999: 82,1%. La esterilización femenina (29,6%), los anticonceptivos orales (21%) y los anticonceptivos

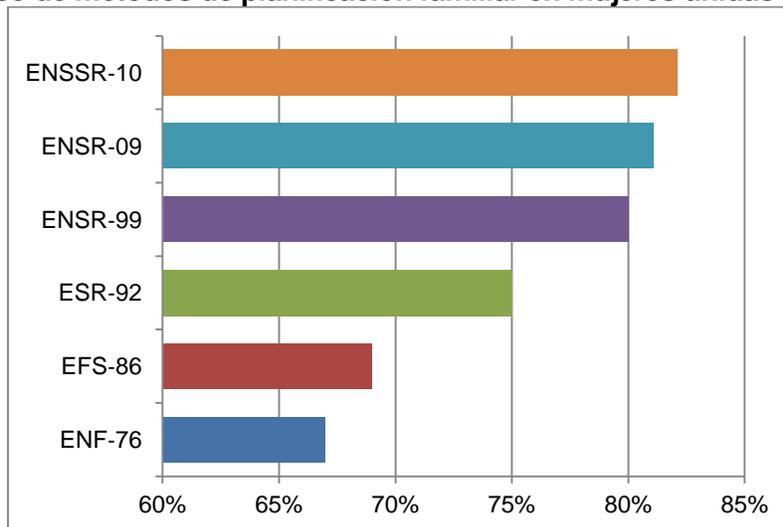
² La comisión interinstitucional está conformada por la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica (CCP), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y United States Agency for international Development (USAID/PASCA).

inyectables (9,3%) son los métodos más utilizados, mientras que la utilización del dispositivo intrauterino (3,3%), el ritmo (3,2%) y el condón masculino (8,3%) han disminuido con respecto a décadas anteriores (gráfico 1). Si se compararan estos resultados con la encuesta de 1999, se observa que el uso de los anticonceptivos orales muestran una disminución, al igual que los métodos naturales y el uso del condón masculino.

- Más del 93% de las personas encuestadas estaban de acuerdo con que los centros educativos impartieran educación para la sexualidad. No existen diferencias importantes según el sexo o la religión de las personas.
- Entre las personas de 15 a 44 años que declararon una edad de inicio de las relaciones sexuales, el 22% de los hombres y el 11,2 % de las mujeres había tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años. Un 67,9% de los hombres y un 51,4% de las mujeres había tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años. La primera relación sexual ocurrió, en casi toda la población, antes de los 24 años (96,3% de los hombres y 93,4% de las mujeres).
- El 45,7% de las mujeres no deseaba su último embarazo, cifra que tiende a mantenerse con los resultados de encuestas anteriores. Esta cifra es superior en las mujeres no unidas (54%).
- Aunque más del 90% de las personas sexualmente activas han usado condón alguna vez, solamente un 43,7% de las mujeres y un 66,1% de los hombres con edades entre los 15 y 19 años lo utilizaron en la última relación sexual.
- La encuesta también indaga sobre el tema de violencia sexual en el sentido de determinar la ocurrencia o no de estas situaciones en espacios públicos, y en los lugares de trabajo y estudio. El 15,1% de las mujeres reconocen haber aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas por miedo a represarías. Casi el 21% afirma haber recibido ofrecimientos a cambio de relaciones sexuales; 6,3% han recibido amenazas.

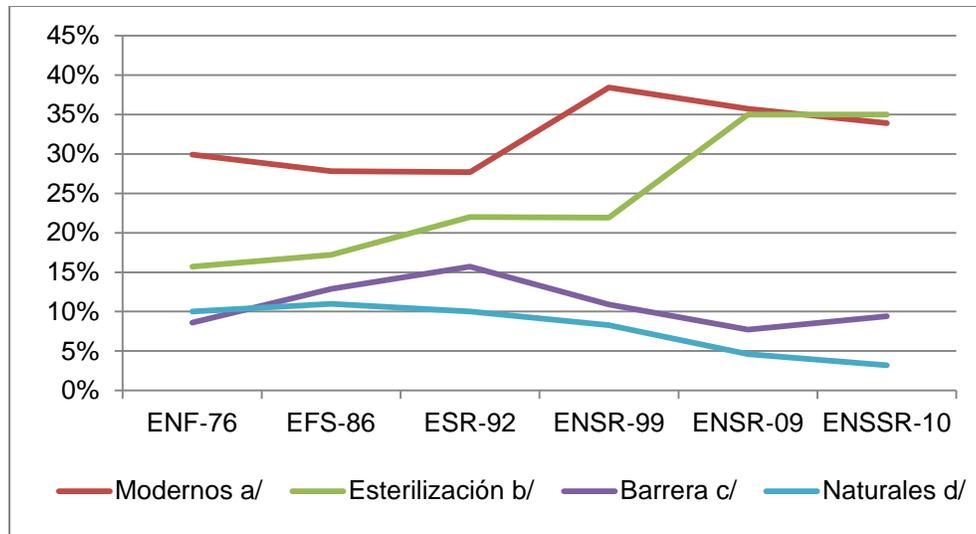
Fuente: Ministerio de Salud, Memoria Institucional 2010.

Gráfico 19. Uso de métodos de planificación familiar en mujeres unidas de 15 a 49 años



Fuente: Ministerio de Salud, 2010.

Gráfico 20. Uso de métodos de planificación familiar en mujeres unidas de 15 a 49 años, por tipo de método



a/ Incluye los métodos orales, DIU, inyectables y norplant.

b/ Esterilización femenina (un 30%) y masculina (un 6%).

c/ Condón masculino (9%) y femenino (1%).

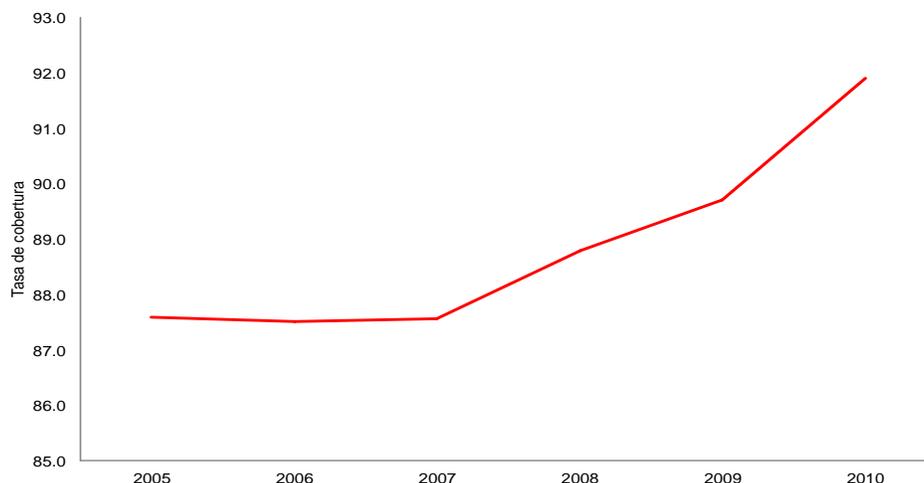
d/ Como el ritmo.

Fuente: Ministerio de Salud, 2010.

Tendencias en cobertura de seguro de salud

El 2010 representó un año de recuperación en materia de coberturas en la seguridad social. En el caso del seguro de salud, la CCSS reporta una tasa de cobertura contributiva del 91.9 por ciento, el mayor registro de la entidad, rompiendo de esa forma el tope histórico del 90 por ciento que prevaleció a lo largo de las últimas décadas.

Gráfico 21. Cobertura Contributiva del Seguro de Salud: 2005-2010

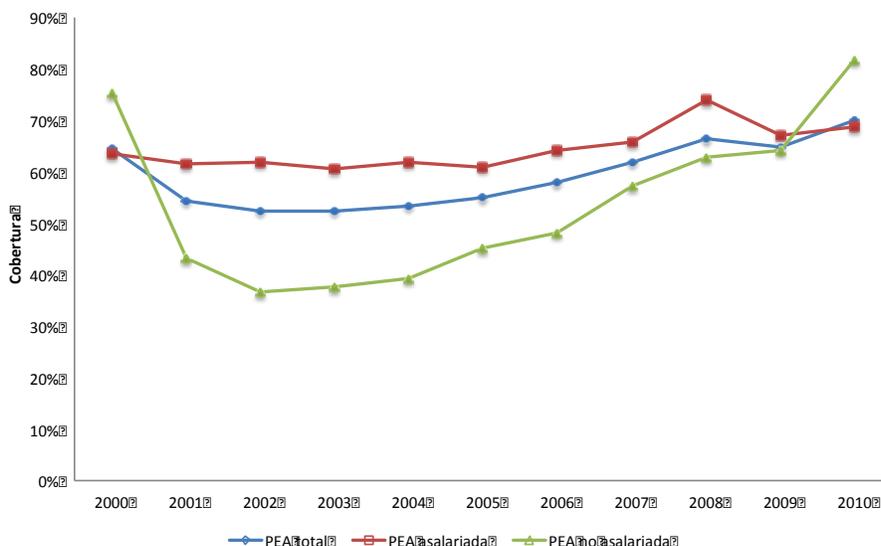


Fuente: CCSS (2011)

La recuperación en estas tasas de cobertura se debe, particularmente, a la dinámica de la Población Económicamente Activa (PEA) no asalariada cuya cobertura aumenta del 64 por ciento al 82 por ciento de la misma. La PEA asalariada, por su lado, aumentó

dos puntos su cobertura respecto al 2009, lo cual significó, a junio del 2010, la incorporación de 36,655 nuevos trabajadores (Solís, 2010³). En total, la cobertura de la PEA total se elevó cinco puntos respecto al 2009 para situarse en el 70 por ciento de la misma.

Gráfico 22. Tasas de cobertura de la PEA, 2000-2010

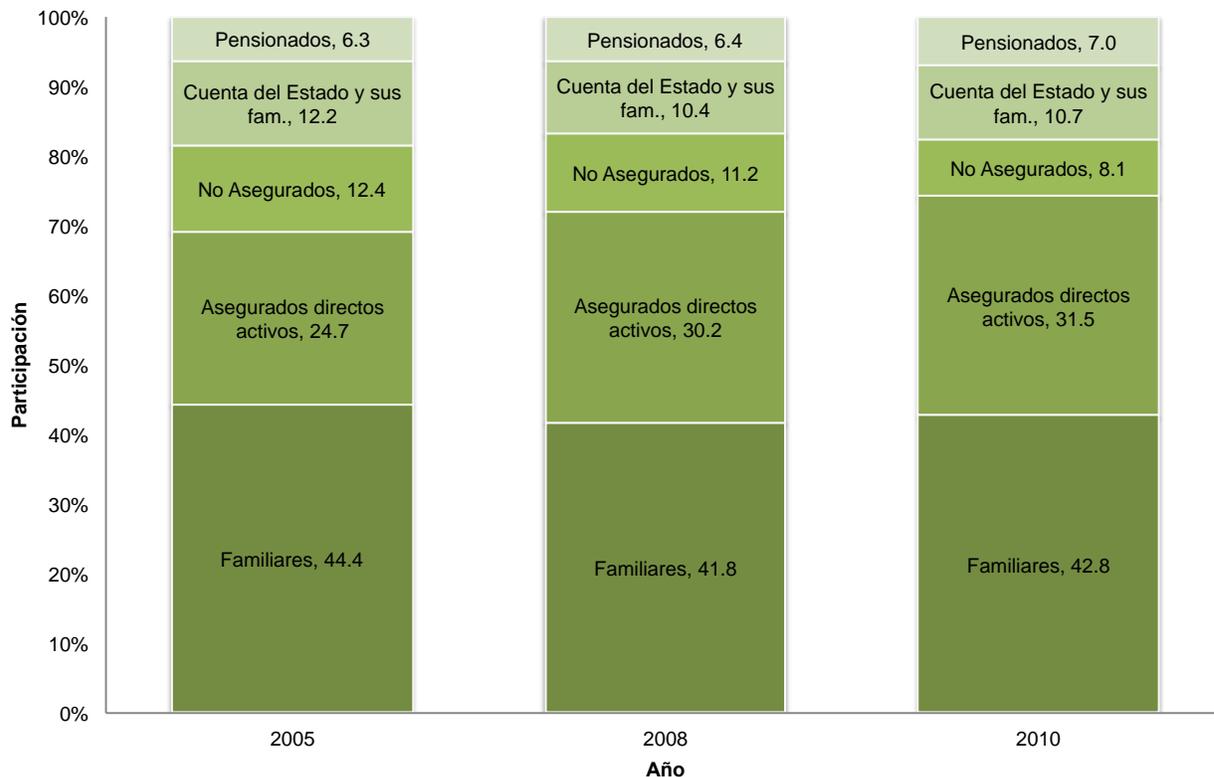


Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social

La afiliación por condición de aseguramiento muestra algunos cambios importantes en los últimos cinco años. Sobresale, en particular, el acelerado crecimiento de los Asegurados Directos Activos, grupo que incrementó siete puntos su participación en la estructura de afiliación. Adicionalmente, se observa un ligero incremento (pero persistente en el tiempo) de la proporción de pensionados y un declive en la participación de los asegurados por el Estado.

Gráfico 23. Composición de la población según condición de aseguramiento (2005- 2010)

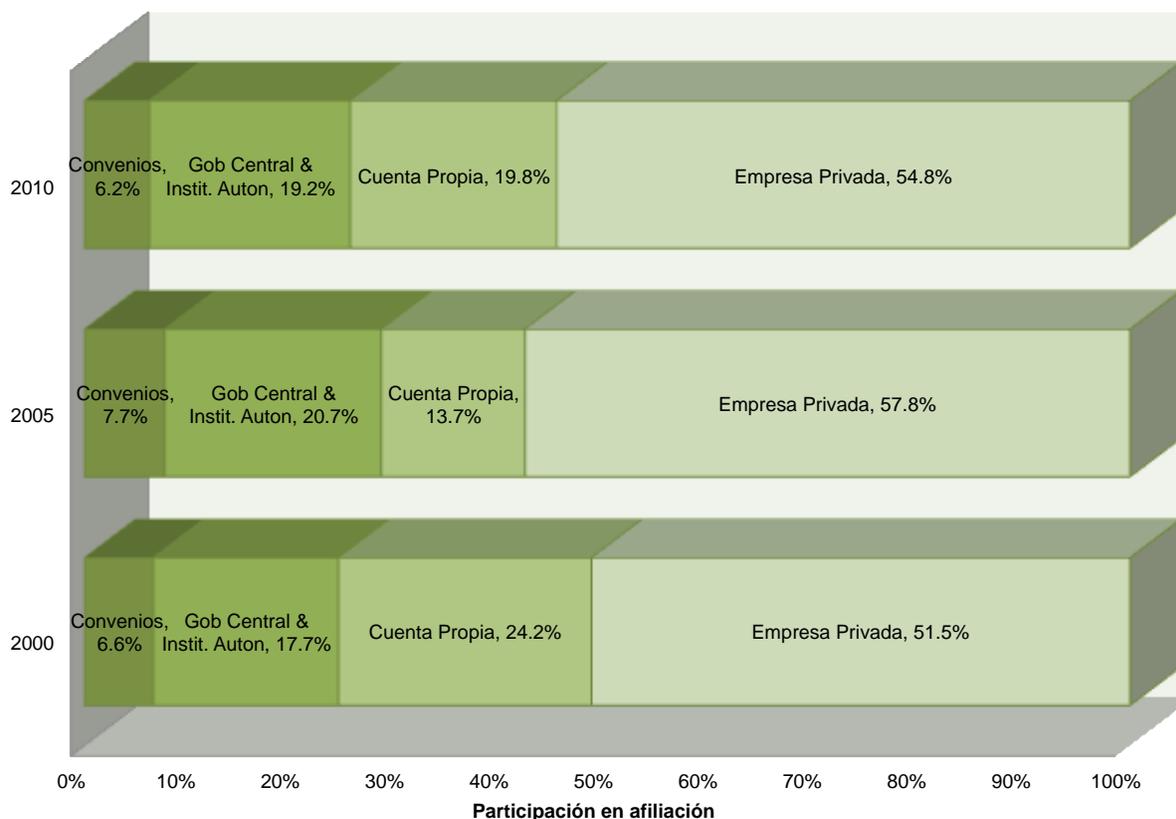
³Ver http://www.ccss.sa.cr/html/sitios/el_seguro/GreyBox_v5_53/Comunicados2010/Comunicado_13092010_Cobertura.html



Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social

Cuando el análisis de la afiliación se concentra por sector institucional, quizás el principal detalle es el acelerado crecimiento que experimentó el grupo “Por Cuenta Propia” entre 2005 y 2010. En efecto, el grupo en mención pasó de 1 de cada 7 afiliados en el 2005 a 1 de cada 5 en el 2010. Desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera de los seguros, parece importante monitorear si la categoría “Por cuenta propia” no está ofreciendo los incentivos necesarios para pasarse de régimen pagando una prima menor a lo que se pagaría en otros casos. Además, el aporte de los patronos desaparece, lo que compromete aún más la sostenibilidad del seguro.

Gráfico 24. Composición de la afiliación al seguro de salud por sector institucional, 2000-2010



Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social

Al analizar a las personas afiliadas *por cuenta propia*, se observa que, en relación al promedio nacional, su perfil indica lo siguiente⁴:

1. Son mayoritariamente hombres: 2 de cada 3 afiliados pertenecen a esta categoría
2. Su edad media es 44 años
3. Tienden a vivir más en zonas rurales (41.6% versus 38.4%)
4. Tienden a vivir más en condominios y casas independientes (65.3% versus 59.3%) y menos en tugurios (0.29% versus 0.53%)
5. Tienden a tener más bienes y servicios modernos tales como Internet (27.6% versus 24.7%), TV por cable (42% versus 39.4%), TV de plasma (15.1% versus 11.3%) y computadora (47.1% versus 43.6%)
6. Tienden a vivir en hogares con mayor ingresos (769,970.7 colones versus 754,941.9 colones⁵), lo que redonda en que su nivel de pobreza sea cuatro puntos menos que a nivel nacional
7. Tienen mayor nivel de escolaridad (8.5 versus 7.3 años de educación)
8. Suelen vivir con familia, sea casados o en unión libre (61.5% versus 46.1%)
9. Trabajan en establecimientos pequeños (60% en lugares de 1 o 2 personas)

⁴ Datos estimados en base a la ENAHO 2010

⁵ Significativo al 5%.

10. Un 29.6 por ciento de los asegurados bajo esa modalidad se clasifican como asalariados de sector público o privado, lo que contradice en principio la naturaleza del programa.
11. Aproximadamente el 45 por ciento trabajan en los sectores agrícola o comercial
12. Experimentan menor desempleo (4.9% versus 7.3%)

Tal y como lo muestra el perfil anterior, en general las personas que se afilian como asegurados Por Cuenta Propia tienen mejores condiciones socioeconómicas que el promedio nacional.

Geográficamente hablando, no existe un patrón que distinga a los cantones de elevada concentración de aquellos donde tales asegurados siguiente tabla muestra los cinco cantones con mayor.

Cuadro 4. Cinco cantones con mayor y menor proporción de asegurados por cuenta propia, 2010

Mayor participación		Menor participación	
Cantón	% Cuenta Propia	Cantón	% Cuenta Propia
Alajuelita	68.0%	Santa Ana	12.0%
Mora	54.7%	Siquirres	10.4%
Turubares	49.7%	Cantón Central SJ	9.2%
Coronado	44.2%	Montes de Oca	9.0%
Santa Bárbara	42.9%	Belén	6.5%

A manera de cierre, el salario independiente no agropecuario reportado por los encuestados de la ENAHO 2010 que son Asegurados por Cuenta Propia fue estimado en 443,050 colones; mientras el salario agropecuario se calculó en 298,628 colones. Es decir, en promedio, el salario de tales asegurados es 406,939.5 colones. Este valor es 2.6 veces mayor al que aparece en los registros de la CCSS como salario promedio de los asegurados por cuenta propia, estimado en 155,243 colones.

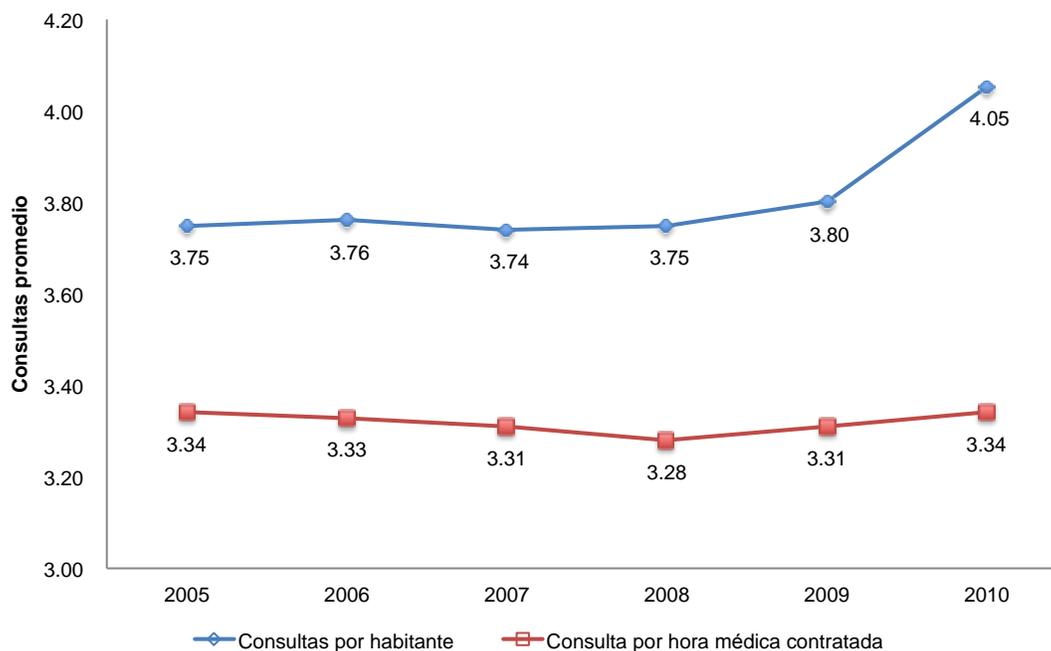
Tendencias en utilización y eficiencia de servicios

El 2010 fue un año donde la producción de servicios médicos creció a un ritmo muy por encima del observado desde el 2005. Así, el sistema de salud costarricense generó 18.5 millones de consultas que implicaron un crecimiento del 5.3 por ciento respecto al 2009. Esta cifra, la mayor desde el 2005, confirma la tendencia creciente observada en la última década y en donde la producción de consultas fue casi un 15 por ciento superior que en el 2005.

Como resultado, el coeficiente de consultas por persona creció de manera importante llegando a superar las 4 visitas por persona por año, su mayor nivel en la década. A nivel agregado, el número de consultas por hora médica contratada creció pero varió poco entre el 2009 y el 2010 al punto que, al concluir este último año, la productividad por hora era la misma que en el 2005. La existencia de protocolos de atención que

exigen determinado número de minutos por paciente establece límites superiores e inferiores estrechos en los cuales el médico puede trabajar.

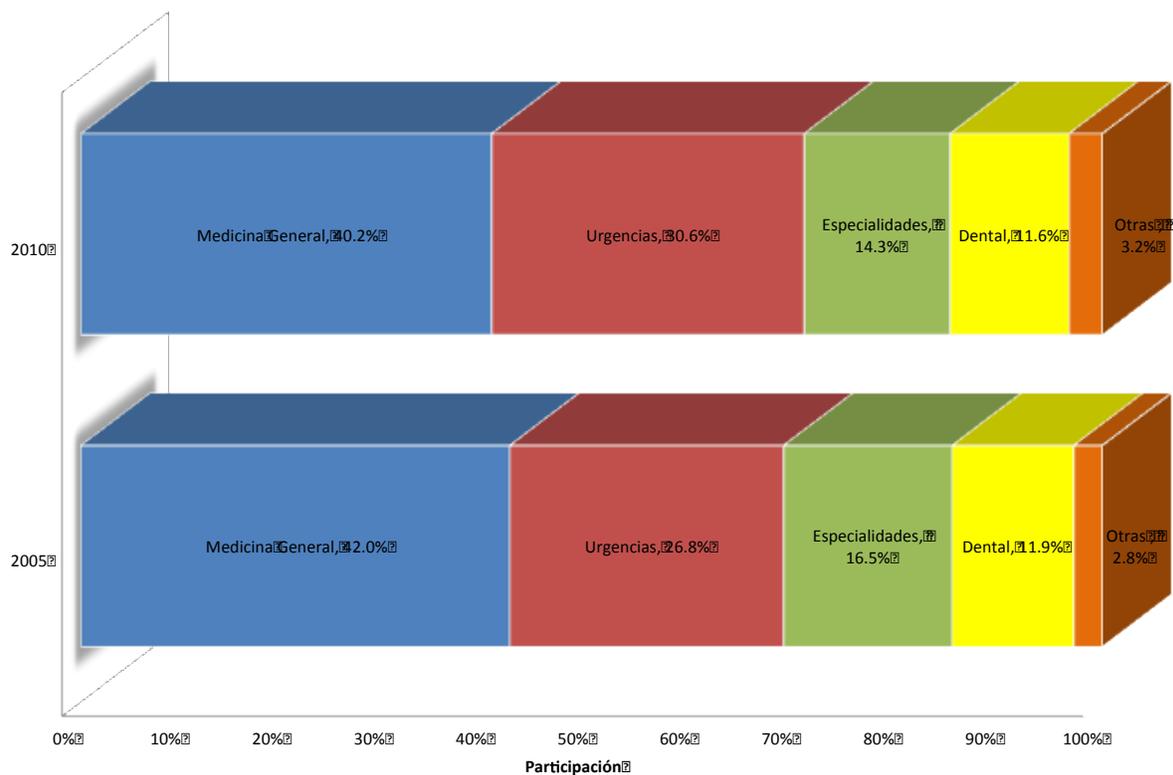
Gráfico 25. Consultas promedio por habitante y por hora contratada, 2005-2010



Fuente: CCSS (2011)

En materia de producción de consultas, la tendencia más significativa de los últimos cinco años es el incremento experimentado por *urgencias* las cuales incrementaron cuatro puntos su participación dentro de la estructura total. Entre el 2005 y el 2010, el sistema proveyó 1.3 millones adicionales de consultas de urgencias que equivale a un incremento anual promedio de 268,808 consultas. Ninguna otra categoría tuvo un aumento tan elevado como urgencias, y en el caso particular de *especialidades*, el total de consultas se redujo a razón de 2,869 citas por año. La tasa de especialidades cayó de 61.9 a 57.9 consultas por cada 100 habitantes.

Gráfico 26. Composición de la Producción por tipo de consulta, 2005 y 2010

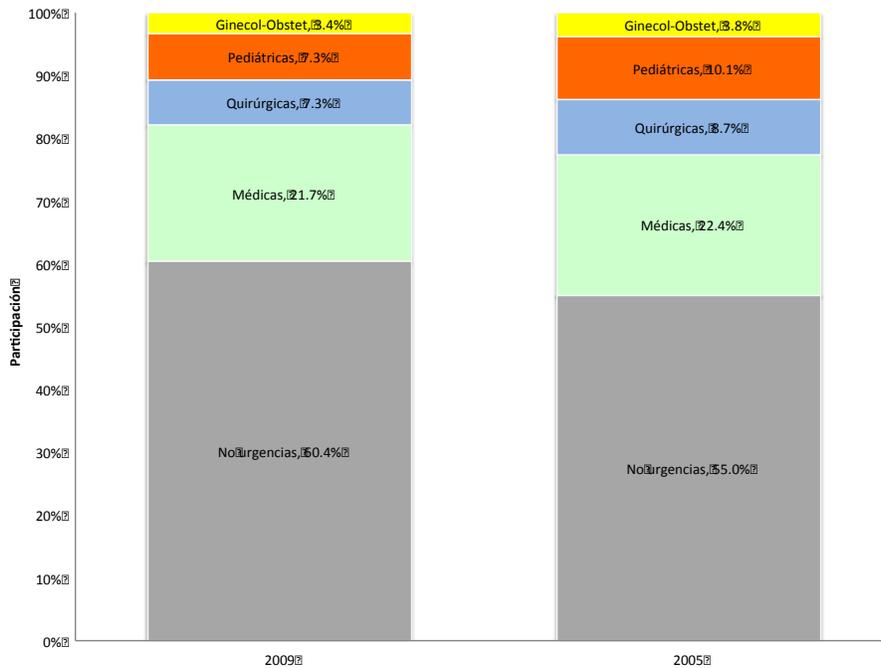


Fuente: CCSS (2011)

Aspectos por el lado de la demanda parecen explicar el incremento tan sustancial en urgencias. Los datos muestran que, por tipo de urgencia, las denominadas No Urgencias dominan la lista de consultas. Entre 2005 y 2010, las No Urgencias crecieron un 43.9 por ciento en contraste con un 27 por ciento de consultas de urgencia médicas y 30 por ciento de urgencias obstétricas. Las No Urgencias pasaron de representar el 55 por ciento del total de urgencias en el 2005 a 60 por ciento en el 2010.

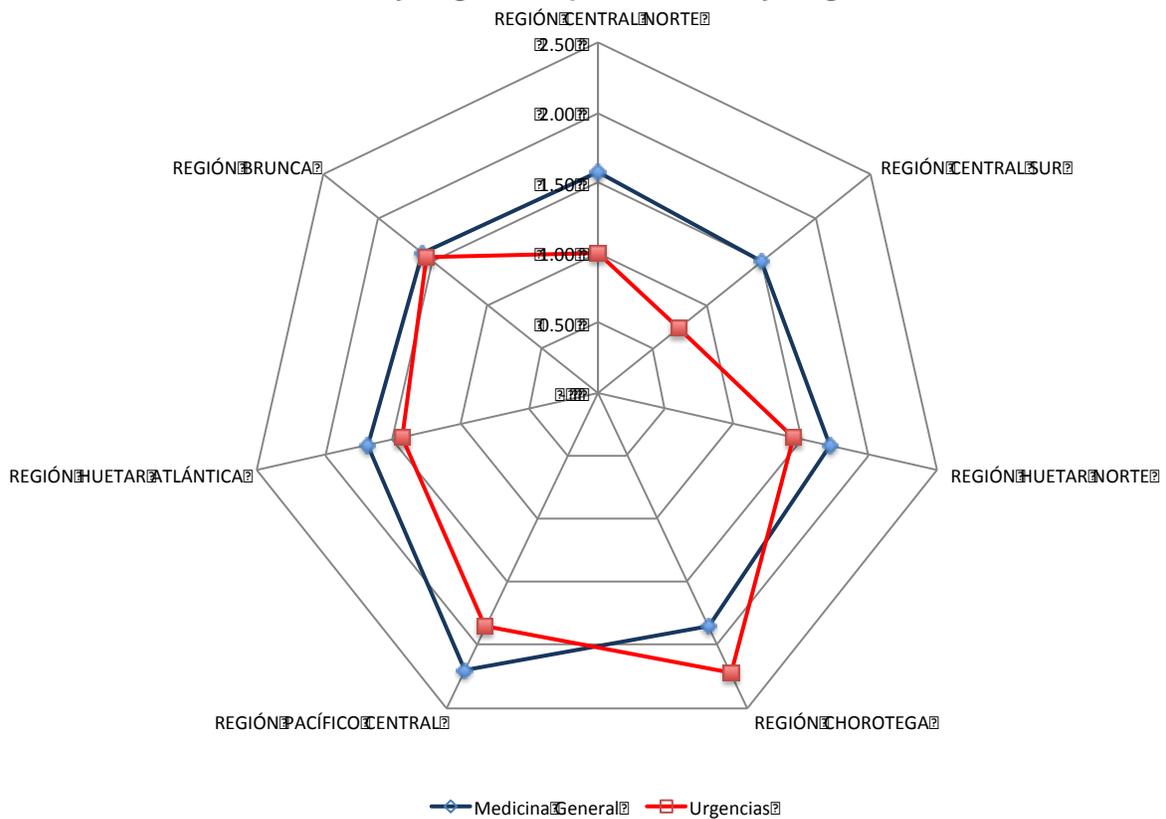
Los resultados muestran algunas brechas importantes en cuanto al uso de servicios médicos por región de planificación, según la CCSS. Tanto la región Pacífico Central como la Región Chorotega muestran las mayores tasas de consultas por habitante tanto para medicina general como para urgencias. En el caso de las consultas de medicina general, la tasa de utilización de medicina general de la región Pacífico Central es un 46.5% mayor a la tasa de la Región Central Sur. Por su lado, la tasa de urgencias en la región Chorotega es 3 veces la existente en la región Central Sur. De manera general, los coeficientes de uso de servicios médicos tienden a ser menores en las regiones Central Norte y Central Sur, precisamente las más populosas del país.

Gráfico 27. Composición de las consultas de urgencia, 2005 y 2010



Fuente: CCSS (2011)

Gráfico 28. Consultas Médicas y Urgencias por habitante y Región de Planificación, 2010

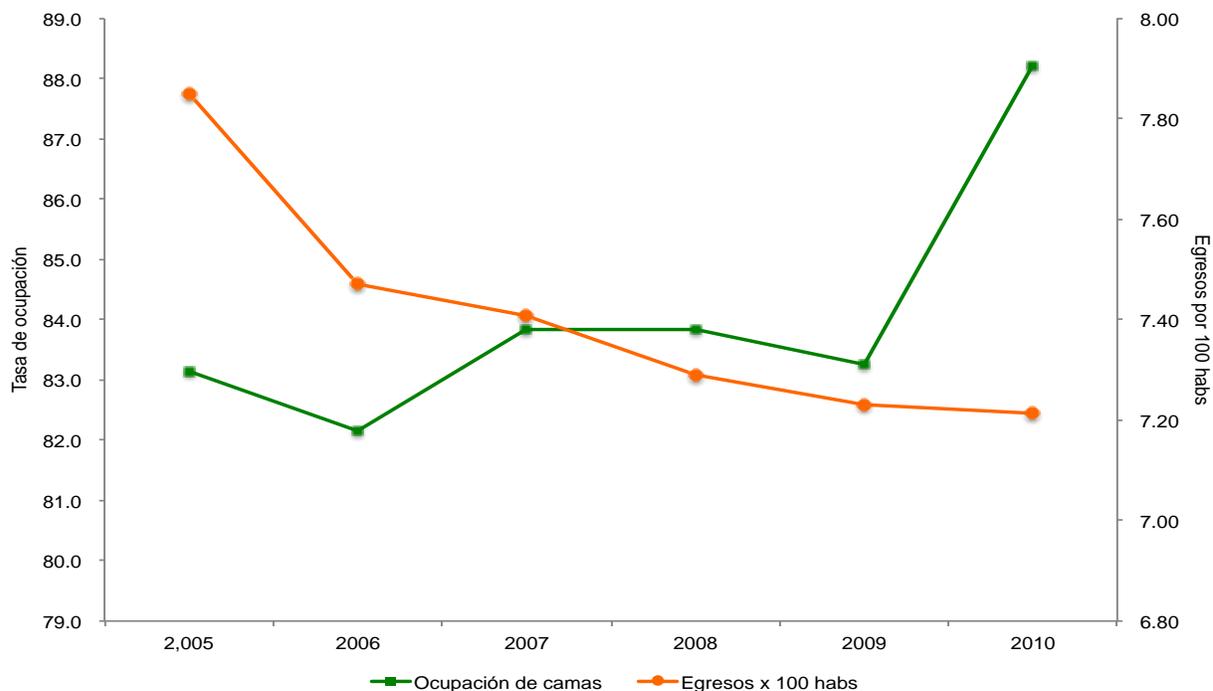


Fuente: CCSS (2011)

A nivel hospitalario, el sector muestra tres hechos relevantes en el 2010:

1. Una leve caída en la tasa de egresos por 100 habitantes, situación que refuerza la tendencia mostrada por el sector desde el 2005
2. Un ligero incremento de las camas disponibles por 100 habitantes luego de un periodo de declive, si bien el nivel del 2010 aún está por debajo del 2007
3. Un aumento importante en la tasa de ocupación de camas que pasó de un promedio del 83 por ciento en el 2009 al 88 por ciento en el 2010

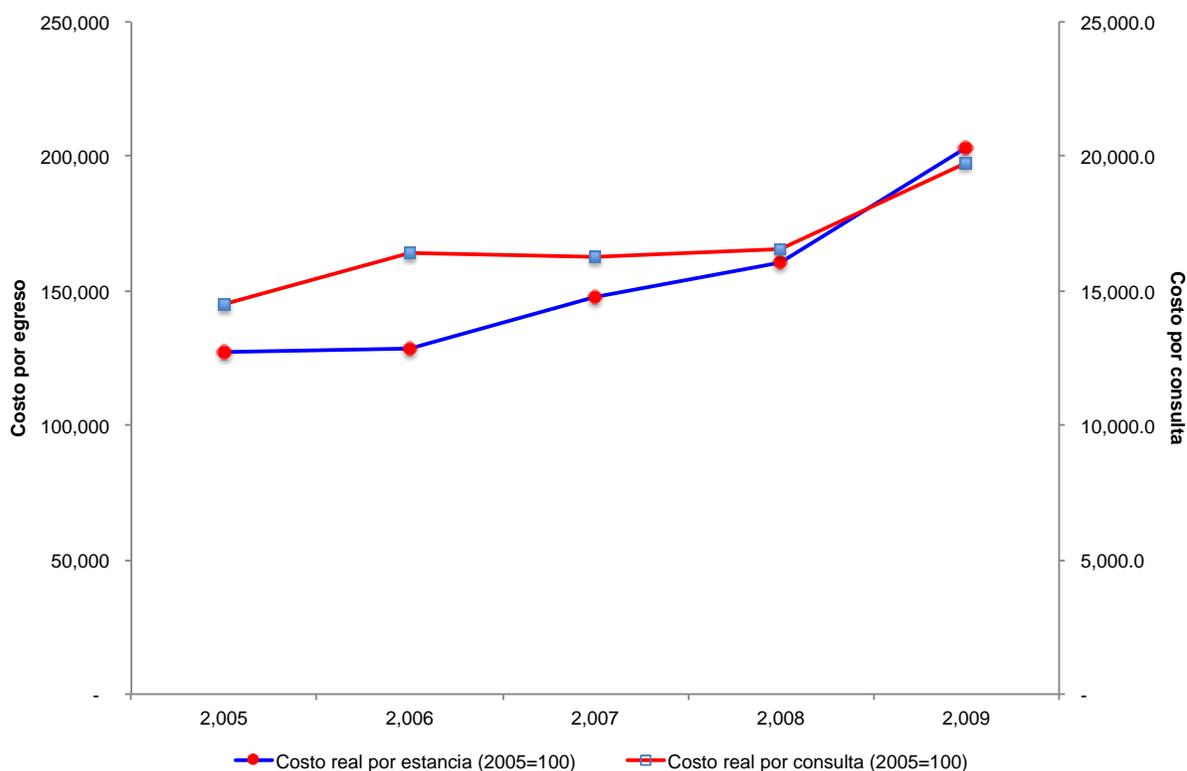
Gráfico 29. Tendencias en Indicadores Hospitalarios, 2005-2010



Fuente: CCSS (2011)

Costos y factores de presión sobre costos

Finalmente, un aspecto que llama la atención es la tendencia creciente en los costos por consultas y egresos, tanto en términos nominales como reales. Aún cuando los datos del 2010 no están disponibles, la tendencia entre 2005 y 2009 muestra crecimientos del 35.9 por ciento en consultas y 59.7 por ciento en egresos hospitalarios. Este fenómeno se explica, al menos parcialmente, como resultado de que los niveles de consultas por habitante crecieron sólo 1.3 por ciento mientras la tasa de egresos hospitalarios (por 100 hab) cayó un 8.9 por ciento.

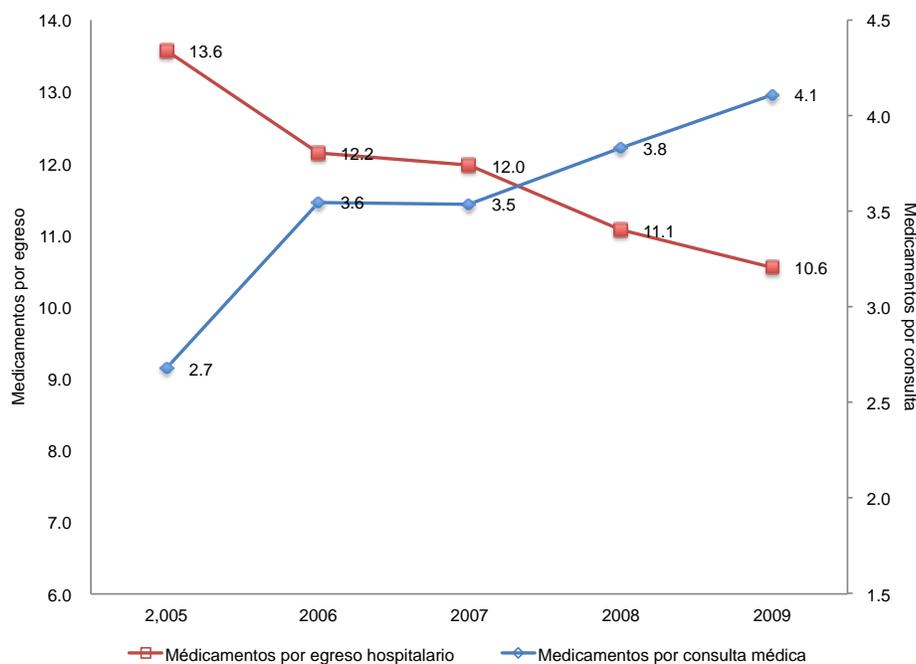
Gráfico 30. Costos reales por consulta y egreso, 2005-2009 (2005=100)

Fuente: CCSS (2011)

¿Cuáles podrían ser esos factores que están presionando el alza en los costos promedio de la CCSS? Los datos disponibles sugieren ponerle atención a los siguientes aspectos:

- Empleo y salarios.** Entre el 2005 y el 2009, la planilla de la CCSS creció un 28.1 por ciento, pasando de 35,911 a 46,019 empleados. No obstante, el factor de alerta pareciera ser el dinámico incremento en los salarios. Para el 2009, el salario promedio se estima en ₡ 890,543, un aumento del 90 por ciento respecto al 2005 (donde el salario promedio fue ₡ 468,159). En ese mismo lapso, el nivel de precios creció un 43.6 por ciento.
- Medicamentos.** Dos tendencias coexisten en cuanto al uso de medicamentos. Primero, el número de medicamentos por egreso hospitalario ha venido en descenso (con una caída del 22.3%) mientras que el total de medicamentos por consulta creció en un 53.3 por ciento. El total de medicamentos despachados creció un 19.6 por ciento lo que, en términos per cápita, significó pasar de 12.9 medicamentos por persona en 2005 a 14.3 medicamentos por persona en el 2009.

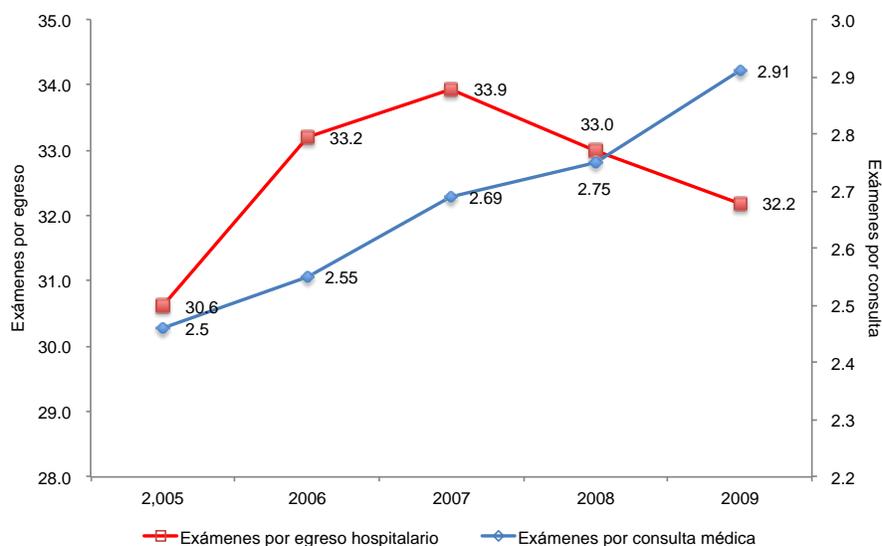
Gráfico 31. Tendencias en el uso de medicamentos, 2005-2009



Fuente: CCSS (2011)

c. *Servicios de apoyo.* Los exámenes de laboratorio, por consulta y por egreso, mostraron tendencias crecientes entre 2005 y 2009, esto si bien los exámenes por egreso hospitalario han experimentado una reversión hacia los niveles del 2005. En términos per cápita, los exámenes de laboratorio crecieron de 11.7 a 12.5 exámenes por persona.

Gráfico 32. Exámenes de laboratorio por consulta y egreso hospitalario, 2005-2009



Fuente: CCSS (2011)

- d. *Gastos administrativos.* Los gastos administrativos pasaron del 3.8 al 5 por ciento de los gastos totales entre 2005 y 2009. Este incremento podría trazarse, al menos parcialmente, en el incremento del personal administrativo, quien aumentó a un ritmo medio de 7.4 por ciento por año, siendo la segunda categoría de personal más dinámica después del personal de los servicios de salud.

Tendencia en calidad de servicios

Los datos del 2010 para calidad sanitaria aún no están disponibles, por lo que se utilizaron aquellos del 2009. El cuadro general muestra una mezcla de deterioro paulatino con progreso moderado pero sostenible en el tiempo. Dentro del primer grupo, la mortalidad hospitalaria, el índice de autopsias y la tasa de mortalidad post-operatoria cayeron entre el 2005 y el 2009. Por su parte, el número de consultas prenatales por parto y el porcentaje de cesáreas han visto mejorar su desempeño en ese mismo periodo.

Cuadro 5. Indicadores de Calidad, 2005-2009

Indicador	2005	2007	2009
Tasa de mortalidad hospitalaria por 100 egresos	1.98	2.02	2.17
Autopsias por 100 defunciones hospitalarias	14.08	15.14	13.43
Tasa de mortalidad post-operatorio por 100 cirugías	0.79	0.84	0.93
Consultas prenatales por parto	5.98	6.22	6.48
Cesáreas por cada 100 partos atendidos	21.6	21.4	20.5

Fuente: CCSS (2010).

Aporte especial: Perfil de la población con discapacidad en Costa Rica, de José Francisco Pacheco

Introducción

El Decimosexto Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano sostenible incluyó como una de sus ponencias especiales la situación de las personas que viven con algún discapacidad. No obstante, la carencia de información amplia y válida imposibilitó contar con un perfil más extenso sobre las condiciones de vidas de este grupo.

La Encuesta Nacional de Hogares 2010 incorporó una pregunta específica sobre la existencia de personas con discapacidad así como el tipo de condición con la que viven. De esta forma, la idea del informe anterior se pudo ver plasmada con datos cuantitativos más próximos sobre las características individuales y socioeconómicas en las que viven estas personas. Esta ponencia, pues, busca mostrar un breve perfil cuantitativo sobre la situación de las personas con discapacidad en comparación con las características de las personas que no viven con tal condición.

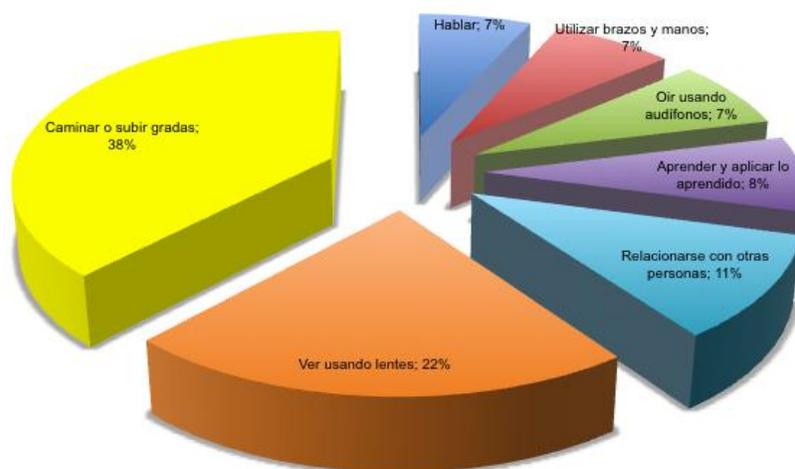
Los datos de la ENAHO 2010 resultan valiosos como una primera aproximación pero deberían tomarse, inicialmente, con cautela. La proporción de personas que declaran vivir con discapacidad alcanzó el 4.2 por ciento de la población nacional, cifra por debajo del 5.3 por ciento del Censo 2000 y del 5.1 por ciento en México (INEGI, 2010). Respecto a la situación en Europa, las cifras relevan tasas de personas que viven con discapacidad que van del 8 por ciento en Italia al 23 por ciento en Finlandia (EUROSTAT). Claro está, las distintas estructuras demográficas, con un elevado porcentaje de personas mayores a 65 años en el caso europeo, deben tomarse en cuenta antes de hacer una comparación simple entre países.

A lo largo del presente documento se analizarán las condiciones del grupo con discapacidad en una serie amplia de temas que incluye características personales e individuales, condiciones socioeconómicas, posesión de activos, situación educativa y laboral y acceso a programas sociales.

Características Individuales y del Hogar

Con base en la Encuesta Nacional de Hogares 2010, el número de personas con al menos una discapacidad asciende a 190,338 personas equivalente al 4.2 por ciento de la población nacional. De ese grupo, el 28 por ciento tiene una segunda discapacidad. Por tipo de discapacidad, dos limitaciones, caminar y subir gradas y ver usando lentes, contabilizan el 60 por ciento de los casos mientras que sólo un 7 por ciento de los casos reportados dice tener problemas de habla o para utilizar los brazos.

Gráfico 33. Estructura General de los Casos de Discapacidad, por Categoría



Fuente: Estimaciones en base a ENAHO 2010

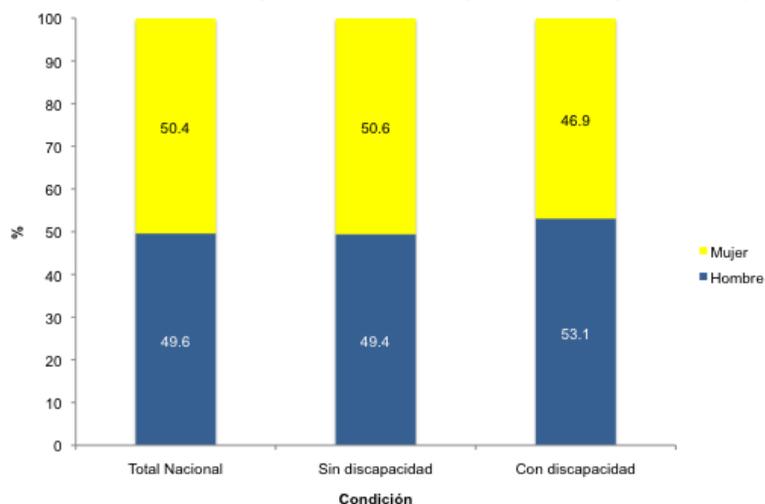
En el caso de los hogares que reportan **dos discapacidades**, tres combinaciones concentran el 40 por ciento de esos casos particulares:

- Caminar y utilizar brazos/piernas: 16.9%

- Relacionarse con otros y aprender: 14.2%
- Ver y caminar/subir gradas: 9.8%

Por género, la participación de los hombres en el total de personas con discapacidad es superior a su peso en el total nacional. De esta forma, un 53.1 por ciento de las personas con necesidades especiales son varones, contrario al 49.6 por ciento de representación masculina en la población costarricense.

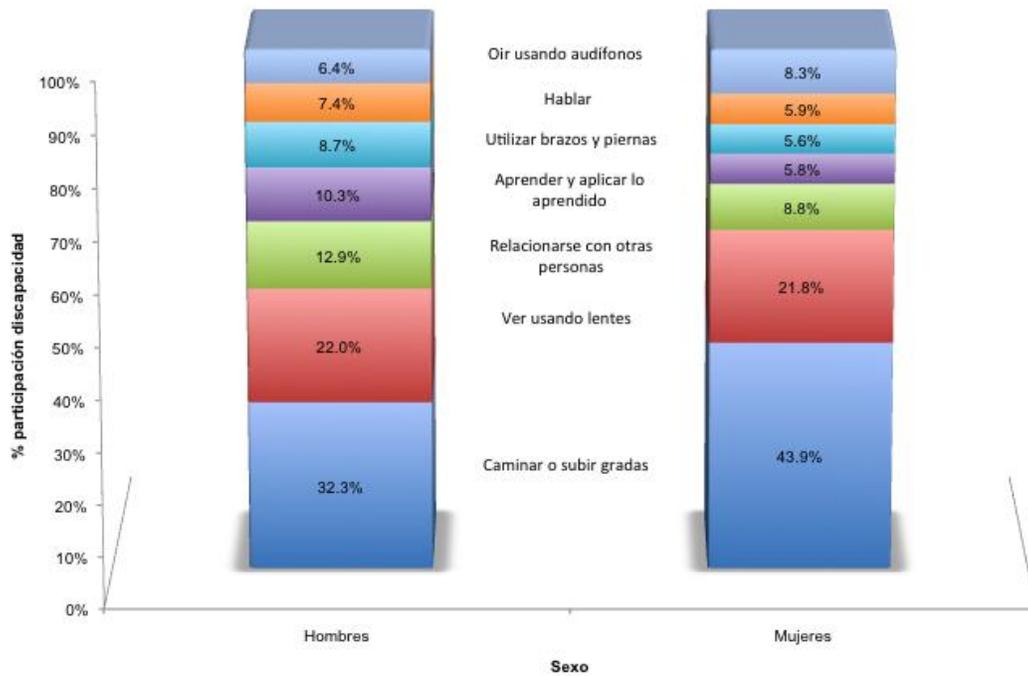
Gráfico 34. Estructura de la población con y sin discapacidad, por género



Fuente: Estimaciones en base a ENAHO 2010

Importantes divergencias se distinguen, sin embargo, en cuanto a la estructura de los tipos de discapacidad experimentados por cada género. Los hombres presentan más incidencia de problemas relacionados con hablar, utilizar brazos y piernas, aplicar lo aprendido y relacionarse con otras personas. Las mujeres, por su parte, tienden a presentar más problemas para caminar y oír aún con audífonos.

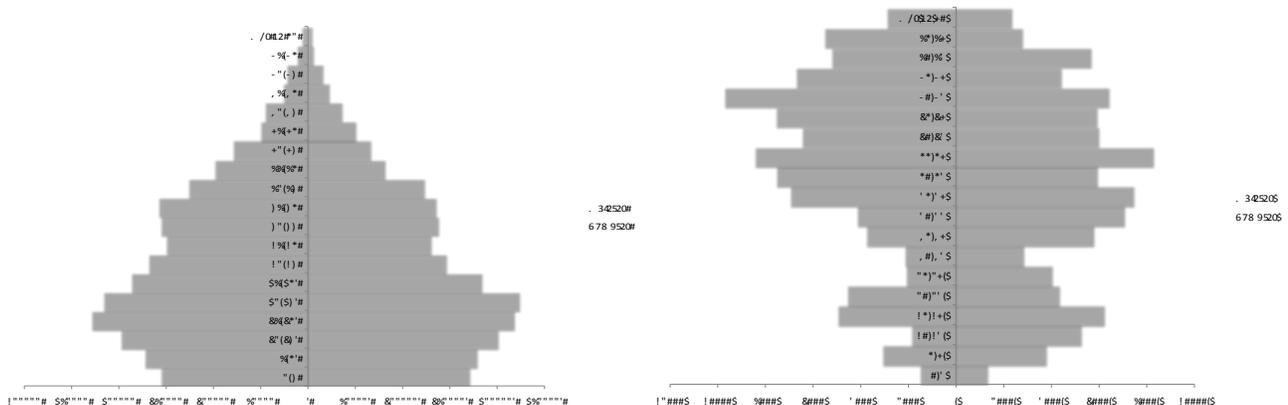
Gráfico 35. Estructura de la Incidencia de Discapacidades, por Género



Fuente: Estimaciones en base a ENAHO 2010

Por grupo etáreo, condiciones de discapacidad suelen presentarse con mayor frecuencia en las categorías de mayor edad, un hecho esperado dado el deterioro progresivo que los adultos mayores suelen experimentar en sus condiciones físicas o mentales. Las pirámides poblacionales a continuación muestran claramente esta distinción. Mientras el grupo sin discapacidad muestra una pirámide típica donde los grupos menores a 30 años representan un 53.3 por ciento de la población, el grupo con condiciones de discapacidad concentra un 22.5 por ciento de las personas en esa franja etárea. De manera similar, un 19.7 y un 56.5 por ciento de las personas sin y con discapacidad respectivamente, son mayores a 50 años.

Gráfico 36. Pirámides Poblacionales de grupos con y sin discapacidad

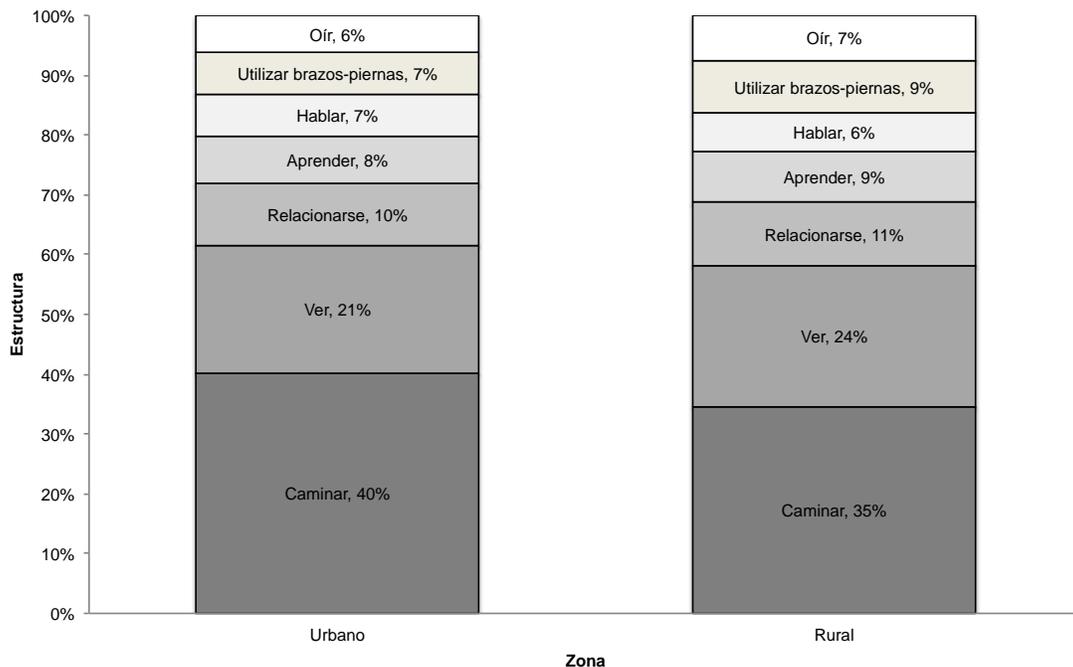


Fuente: Elaboración propia

En cuanto al porcentaje de personas con discapacidad por zona de residencia, existe una mayor tasa de incidencia en las zonas rurales que en las urbanas (4.3% y 4.1%, respectivamente). Si bien ambos lugares comparten la misma estructura, en las zonas urbanas los problemas para caminar y hablar son más representativos que en las zonas rurales.

Una de las características distintivas de las personas con discapacidad es su tendencia a vivir en hogares de menor tamaño. Mientras un 31 por ciento de las personas sin discapacidad viven en hogares de 1 a 3 miembros, en el caso de las personas con discapacidad ese porcentaje se eleva a 54 por ciento.

Gráfico 37. Distribución Porcentual de las Principales Causas de Discapacidad, por Zona



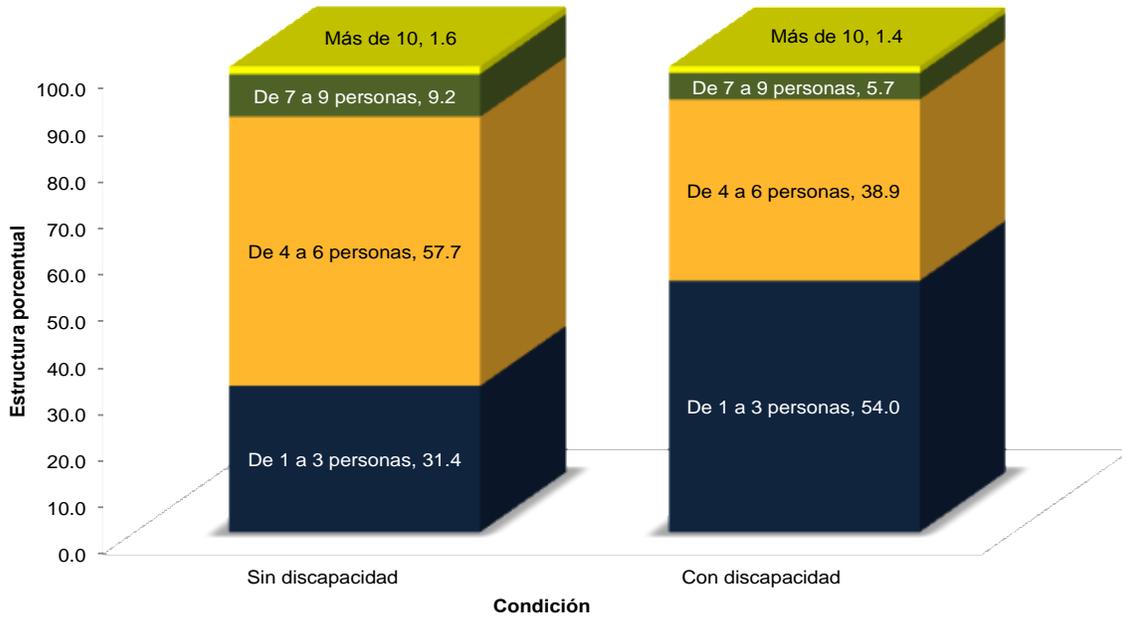
Fuente: Estimaciones en base a ENAHO 2010

Por grupo etáreo, sin embargo, no existen diferencias sustanciales entre el tamaño de hogar de las personas con y sin discapacidad para los grupos de 0-14 años y de más de 65 años. Las diferencias radican en que las personas del grupo de 15 a 64 años tienden a vivir, en un elevado porcentaje, solas o en hogares de 2 personas. Mientras un 13.2 por ciento de las personas sin discapacidad y entre 15 y 64 años viven en hogares de 1 o 2 miembros, casi uno de cada cuatro personas con discapacidad y en ese mismo grupo de edad viven en condiciones similares.

Por región de planificación, las regiones Pacífico Central y Huetar Norte muestran porcentajes de personas con discapacidad mucho menores a la media nacional, fluctuando entre un 20 y un 30 por ciento del promedio costarricense. Caso contrario, las regiones Central y Brunca presentan tasas mayores al promedio. Las menores tasas en las dos primeras regiones, zonas con alta prevalencia de población rural, podrían ser

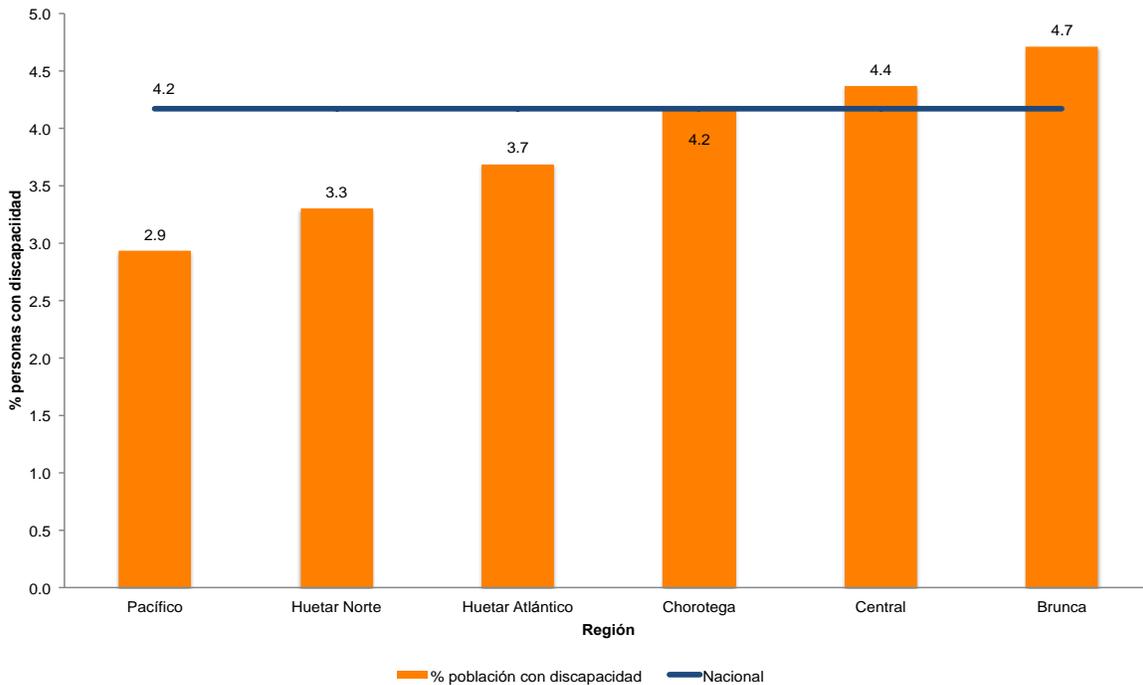
un indicativo de carencia de diagnósticos oportunos y limitantes al acceso de servicios básicos para la detección oportuna de estas condiciones.

Gráfico 38. Estructura del Tamaño de Hogar, por condición de la persona



Fuente: Elaboración con base en ENAHO 2010

Gráfico 39. Tasas de discapacidad^{a/} por Región de Planificación



a/ Se refiere al porcentaje de habitantes que reportaron al menos 1 discapacidad.

Fuente: Estimaciones en base a ENAHO 2010

Finalmente, resulta importante considerar que, a pesar de la baja incidencia de condiciones de discapacidad, la región Pacífico Central muestra el mayor porcentaje de hogares con dos discapacidades (27.8%), muy por encima del 18 por ciento en la región Huetar Atlántica.

Condiciones Socioeconómicas

Según datos de la ENAHO 2010, dos hechos estilizados caracterizan la condición socioeconómica de las personas y hogares con discapacidad. En primer lugar, los hogares con al menos una condición de discapacidad tienen mayores tasas de pobreza que los hogares sin condición alguna. En segundo lugar, existe una correlación positiva entre el número de discapacidades y los niveles de pobreza.

La tasa de pobreza absoluta en personas con al menos una discapacidad es de 31.5 por ciento de los cuales un 8.4 por ciento se ubica en pobreza extrema. Esta situación contrasta de manera importante con el 24 por ciento de las personas sin discapacidad (6.8% en pobreza extrema).

De forma similar, a mayor número de discapacidades, mayor es la incidencia de pobreza que experimenta la persona. Según se detalla en el cuadro a continuación, las personas con 2 discapacidades reportadas muestran un 66.1 y un 48.7 por ciento más nivel de pobreza extrema que los grupos sin capacidad y con una discapacidad, respectivamente. Similar tendencia se observa en el caso de pobreza absoluta, donde la tasa de incidencia de las personas con 2 discapacidades es un 55.6 por ciento mayor a las personas sin discapacidad.

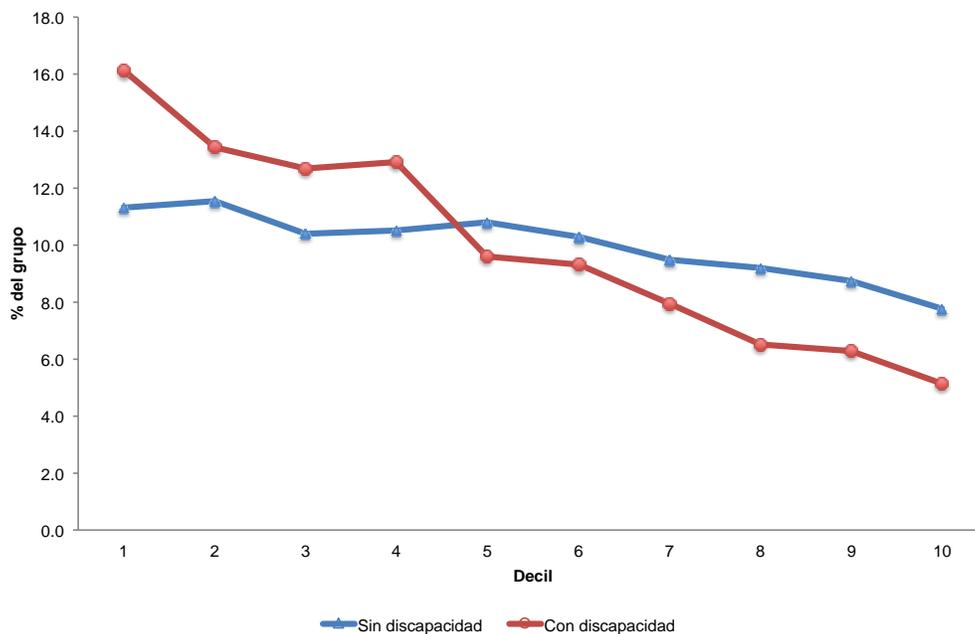
Cuadro 6. Tasas de Pobreza y Pobreza Extrema por Condición de Discapacidad

	Pobre extremo	Pobre	No Pobre
No discapacidad	6.8	17.2	76.1
Una discapacidad	7.6	22.1	70.3
Dos discapacidades	11.3	26.6	62.1

Fuente: Estimaciones en base a ENAHO 2010

No sólo experimentan mayores niveles de pobreza, las personas con discapacidad también suelen concentrarse en mayor proporción en los deciles bajos del ingreso. En total, un 42.5 por ciento de las personas con discapacidad se ubican en los tres primeros deciles de ingreso en contraste con 17.9 por ciento que pertenecen a los tres deciles más altos. Entre las personas sin discapacidad, esas mismas proporciones fueron 33.2 y 25.7 por ciento respectivamente.

Gráfico 40. Distribución de la Población por Decil de Ingreso, según condición



Fuente: Estimaciones en base a ENAHO 2010

Análisis de activos

Vivienda

El enfoque de activos físicos nos permite ampliar el análisis de las condiciones de vida de las personas con discapacidad al considerar la pobreza desde una perspectiva de más largo plazo. De esta forma, el enfoque por activos complementa el enfoque monetario, que es más de tipo coyuntural. Para tal efecto, se contemplan acá 2 categorías analíticas: condición y calidad de la vivienda y posesión y acceso a determinados bienes y servicios. Varias conclusiones iniciales dan luces importantes sobre las condiciones de vida de los hogares que poseen al menos una persona con discapacidad.

Una primera conclusión muestra que tanto las personas con y sin discapacidad comparten muchas similitudes en el tipo de vivienda en el que habitan. Tal y como lo reflejan los datos de la ENAHO 2010, poco más del 95 por ciento de las personas con y sin discapacidad viven en casas en fila o en casas independientes. No existe diferencias substanciales entre ambos grupos (95.8% y 95.4% respectivamente).

Cuadro 7. Estructura de Tipo de Vivienda en que se habita, por condición de la persona

	Sin discapacidad	Con discapacidad
Cuartería o Tugurio	0.8	1.0
En edificio	1.5	0.9
Condominio	2.3	2.3
Casa en fila	38.2	37.3
Casa independiente	57.2	58.5
Total	100	100

Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Una segunda conclusión establece que, si bien las brechas en cuanto a residencia por tipo de vivienda no son amplias entre un grupo y el otro (aunque en algunos casos sí son estadísticamente significativas), la calidad de la infraestructura donde se vive sí presenta diferencias importantes.

El cuadro a continuación tiene dos partes. La primera de ella se refiere a los materiales con los cuales se construyó la vivienda. La segunda parte valora el estado de la vivienda, general y por partes. Los resultados del mismo son mixtos. En cuanto a los materiales de construcción, cada grupo muestra mejores condiciones en algunos indicadores pero desventajas en otros. Por ejemplo, mientras un 76 por ciento de los hogares de personas sin discapacidad tienen paredes de block o madera, ese mismo coeficiente se eleva al 78 por ciento en hogares con miembros con discapacidad. Caso contrario, para los indicadores sobre presencia de mosaico/cemento en el piso y existencia de cielo raso, el grupo sin discapacidad tiene mejores resultados.

Donde se observan brechas importantes es en cuanto a la calidad de la infraestructura. En los cuatro criterios utilizados para tal efecto (porcentaje de paredes, piso y techo en buen estado y porcentaje general en buenas condiciones), los hogares sin miembros con discapacidad muestran fracciones mayores de viviendas en buen estado. Inclusive, en menos de la mitad de los hogares donde habitan personas con discapacidad las paredes y techos están en buen estado.

Cuadro 8. Calidad de la Construcción de Vivienda, por condición del grupo

Criterio	Sin discapacidad	Con discapacidad
Paredes con block o madera	76.0	78.2
Techo con zinc	98.2	98.6
Vivienda con cielo raso	68.1	65.6
Piso con mosaico o cemento	90.2	87.8
Porcentaje paredes en buen estado	57.1	46.6
Porcentaje techo en buen estado	58.7	49.6
Porcentaje piso en buen estado	63.0	55.1
Porcentaje del estado físico de la casa en buen estado	58.3	47.6

Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Activos del hogar

La tercera conclusión indica que, en cuanto a la posesión de activos (electrodomésticos, vehículos y servicios), existe una tendencia sistemática a que los hogares de personas con discapacidad posean menores niveles de activos respecto a la situación en los hogares de personas en tal condición.

Para tal efecto, la lista contemplada de activos y servicios del hogar se dividió en dos grupos denominados Tradicionales y No Convencionales. Los primeros corresponden a aquellos activos que han sido parte regular de los hogares costarricenses. Los segundos, por su parte, están asociados a avances tecnológicos recientes en el campo de las telecomunicaciones y el ocio y que poco a poco han sido incorporados en el modo de vida del costarricense.

Los resultados muestran que las diferencias de tenencia entre ambos grupos de hogares es menor en la categoría de activos tradicionales. En este segmento, los hogares con personas con discapacidad tienen una mayor cobertura de servicios telefónicos de línea fija mientras que la posesión de refrigeradora y televisión convencional es prácticamente la misma.

Por su lado, las brechas a nivel de activos no convencionales son mucho mayores a favor del grupo sin personas con discapacidad. En telefonía celular, 6 de cada 10 hogares con miembros con discapacidad tiene celular, situación que se eleva a casi 8 de cada 10 en las otras viviendas. En Internet, sólo un 13.1 por ciento de los hogares con miembros con discapacidad tiene el servicio, porcentaje que es aproximadamente la mitad de la proporción observada en los hogares sin personas con discapacidad. Otras brechas importantes se detallan en el grado de tenencia de computadora.

Cuadro 9. Tenencia de Activos dentro del Hogar, por Condición

	Sin discapacidad	Con discapacidad
Activos y servicios tradicionales		
Teléfono línea fija	63.2	70.5
Refrigeradora	93.2	92.2
TV convencional	94.8	94.5
Radio o equipo de sonido	78.5	71.2
Automóvil	34.3	24.1
Moto	10.4	8.0
Agua caliente	6.16	4.01
Tanque	11.7	10.8
Activos y servicios no convencionales		
Celular	77.9	60.5
Computadora	44.3	26.1
TV plasma o LCD	11.5	5.2
TV por cable	39.8	29.6
TV por satélite	2.3	1.8
Internet	25.2	13.1

Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Por último, en cuanto acceso a Bonos para la Vivienda, resulta importante observar que una mayor proporción de hogares donde vive una persona con discapacidad fue sujeta

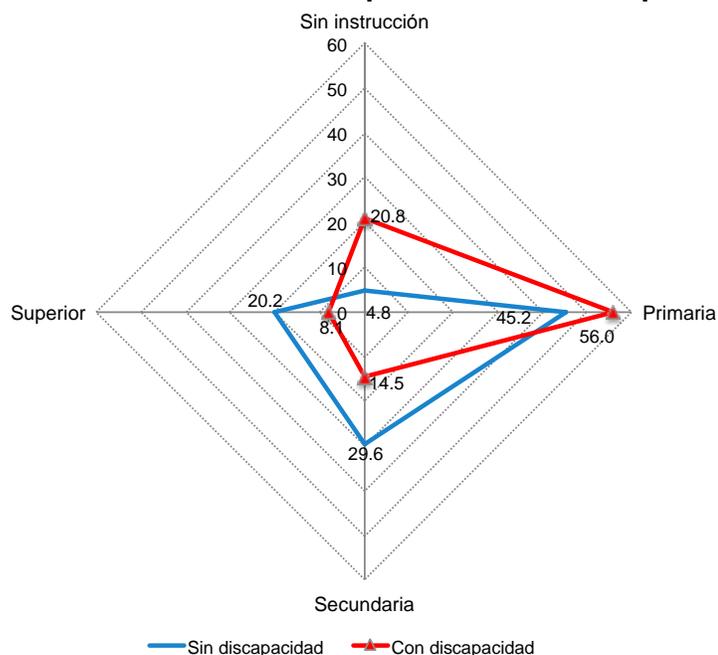
del beneficio. Sin importar el año de recepción del Bono, para el 2010 un 20 por ciento de los hogares de personas con discapacidad dicen haber tenido acceso al incentivo.

Condiciones Educativas

A nivel general, las personas con condición de discapacidad muestran indicadores educativos rezagados respecto a la situación de las personas sin discapacidad. Esto permite entender tanto la menor condición socioeconómica en la que viven así como las condiciones de inserción en el mercado laboral.

La escolaridad promedio de las personas con discapacidad es de 5.6 años, casi 3 años menos que en las personas sin discapacidad (8.6 años)⁶. Esta situación está ligada a los bajos niveles de educación que alcanzan las personas con necesidades especiales. Según se detalla a continuación, 1 de cada 5 personas con discapacidad no tiene instrucción formal y un 56 por ciento no pasó de educación primaria, sea de forma completa o incompleta. Las brechas en relación a las personas sin discapacidad son elevadas: la proporción de personas sin educación es 4.3 veces mayor entre ciudadanos con discapacidad pero el coeficiente de personas con universidad (completa o incompleta) es 2.5 veces entre personas sin discapacidad.

Gráfico 41. Nivel de instrucción por condición de la persona



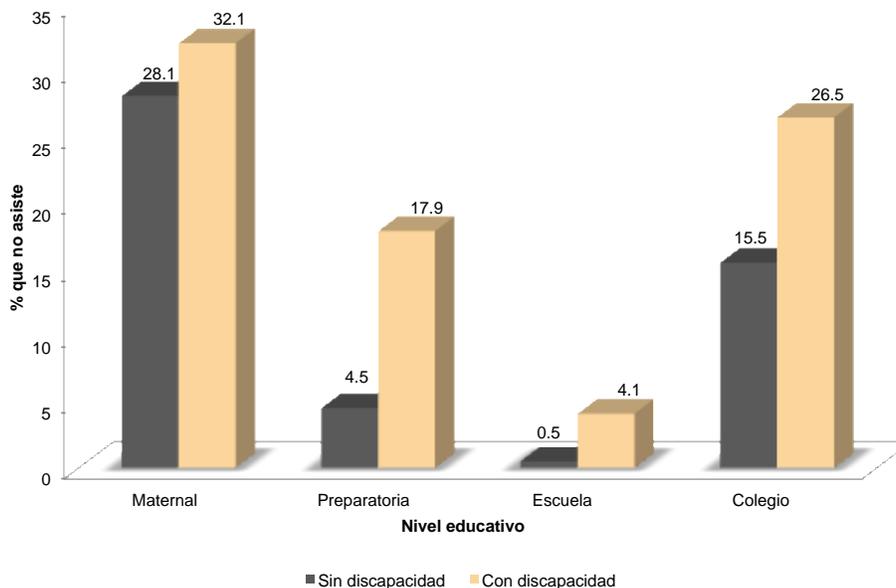
Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Las personas con discapacidad también muestran tasas mucho más elevadas de niños y jóvenes que no se encuentran insertos en el sistema educativo formal. Para todos los niveles contemplados en el siguiente cuadro, la tasa de deserción educativa es entre

⁶ Se considera para el cálculo la población con más de 25 años

1.1 (maternal) y 8.2 (escuela) veces mayores en las personas con necesidades especiales.

Gráfico 42. Porcentaje de Niños y Jóvenes que no asisten al sistema educativo, por nivel



Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Las motivaciones detrás de la no asistencia al sistema educativo tienden a divergir entre ambos grupos, hasta cierto punto. Dentro del grupo de personas sin discapacidad, un tercio argumenta no interesarse en el estudio formal como la principal razón para no estar matriculado. Esa misma razón es esbozada por sólo un 10 por ciento de las personas con discapacidad.

Por su lado, la discapacidad misma es la principal causa de deserción del sistema educativo entre los miembros de tal grupo, seguida por dificultades financieras para hacerle frente a los costos asociados a la educación.

Cuadro 10. Principales Tres Razones para No Asistir al Sistema Educativo, por Condición

Sin discapacidad		Con discapacidad	
Razón	Porcentaje	Razón	Porcentaje
No interesa estudio	33.4	Enfermedad o discapacidad	59.5
No puede pagar	15.5	No puede pagar	11.7
Le cuesta	11.2	No interesa el estudio	10.3

Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

En materia de rezago educativo, la mitad de los niños con discapacidad no se encuentra cursando el grado académico correspondiente a su edad. Este porcentaje difiere considerablemente del grupo sin discapacidad, donde sólo 1 de cada 4 alumnos

está rezagado. En el otro extremo, la proporción de estudiantes con discapacidad con más de 5 años de rezago es 6 veces mayor a la de su contraparte.

Cuadro 11. Años de Rezago Educativo, por Condición

Número de años	Sin Discapacidad (%)	Con Discapacidad (%)
Sin rezago	74.3	50.2
1 años	12.5	21.7
2 años	6.8	12.1
3 años	3.6	8.2
4 años	2.1	3.0
5 o más	0.8	4.9

Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Finalmente, en cuanto acceso a los Programas de Equidad del Ministerio de Educación (Comedores Estudiantiles, Becas del Fondo Nacional de Becas y Transporte Estudiantil) y a Avancemos, la situación de los estudiantes con necesidades especiales es un tanto mejor que en otros contextos. Para cada uno de los programas a continuación, se considera sólo la población beneficiaria potencial y si existe un condicionante especial (por ejemplo, hogares en pobreza), entonces el criterio fue incorporado.

En el caso de Comedores Estudiantiles, los estudiantes con discapacidad suelen asistir más frecuentemente a dichos centros. En el caso del Transporte Estudiantil, sin embargo, su acceso no sólo es un 24 por ciento menor al de estudiantes sin discapacidad sino que apenas 8 de cada 100 hogares con estudiantes en tal situación hacen uso del servicio.

En términos de becas, la comparación es más difícil por cuanto en secundaria programas como FONABE sólo focalizan sus recursos en grupos específicos. De tal manera, contrastar la situación de la población total sin discapacidad (que no es grupo meta) con las condiciones de la población con discapacidad no sería del todo conveniente. Por tal razón, una posible estrategia metodológica sería la de comparar el peso de la población beneficiaria con discapacidad en el total de beneficiarios con el peso de esa población en el total de estudiantes nacionales. Si el porcentaje de becas a personas con discapacidad es superior al peso relativo del grupo en la población estudiantil, se puede decir que los estudiantes con discapacidad estarían siendo positivamente beneficiados.

Según los datos de la ENAHO 2010, un 27.1 por ciento de los hogares de estudiantes de primaria con discapacidad ha recibido becas FONABE mientras que un 30 por ciento de ese mismo grupo pero en secundaria ha sido beneficiado con el programa. En primaria, ese porcentaje equivale al 2.9 por ciento de las becas otorgadas por FONABE mientras que los estudiantes con discapacidad representan el 1.9 por ciento de la población académica de primaria.

En secundaria, las becas FONABE otorgadas a estudiantes con discapacidad contabilizan el 6.3 por ciento del total de becas, las cuales se brindan a una población que en ese nivel totaliza el 1.6 por ciento de los educandos. En conclusión, tanto para primaria como para secundaria, los estudiantes con discapacidad reciben un número de becas por encima de su peso en la matrícula.

Por el lado de Avancemos, las becas a estudiantes con discapacidad comprenden el 1.8 por ciento del total de incentivos mientras que la población con discapacidad en secundaria contribuye con el 1.6 por ciento del total de estudiantes en ese nivel.

Cuadro 12. Porcentaje de Hogares Beneficiarios de Programas de Equidad y Avancemos

	Sin Discapacidad	Con Discapacidad
Asiste regularmente al Comedor Escolar	60.0	63.8
Transporte MEP	11.1	8.5

Seguridad Social

Contrario a las tendencias mostradas en los apartados anteriores, las personas con discapacidad muestran una mayor cobertura con seguro de salud que las personas sin discapacidad. Según los datos de la Encuesta, un 8.6 por ciento de las primeras se encuentra sin la cobertura respectiva, cifra que salta al 14.6 por ciento entre personas del segundo grupo. Estas diferencias de cobertura podrían ser el resultado de dos cosas: los tipos de programas que cubren a uno u a otro grupo y a la coyuntura macroeconómica bajo la que se recopiló esta información.

Dadas las condiciones que caracterizan a las personas con discapacidad, alrededor del 51 por ciento de las mismas cuentan con seguro de salud gracias a que son pensionados o familiares de pensionados (28.2%), pertenecen al régimen no contributivo (15.3%) o están asegurados por el Estado (8.2%). Esta condición los hace menos vulnerables a las fluctuaciones en las condiciones macroeconómicas que caracterizan al grupo de personas sin discapacidad, más dependientes del mercado laboral para mantener su cobertura. Aproximadamente dos tercios de las personas sin discapacidad (63.3%) cuentan con seguro de salud por ser asalariados o familiares directos de asalariados y un 7.5 por ciento adicional es asegurado por cuenta propia.

Cuadro 13. Estructura de Aseguramiento, por Condición de la Persona

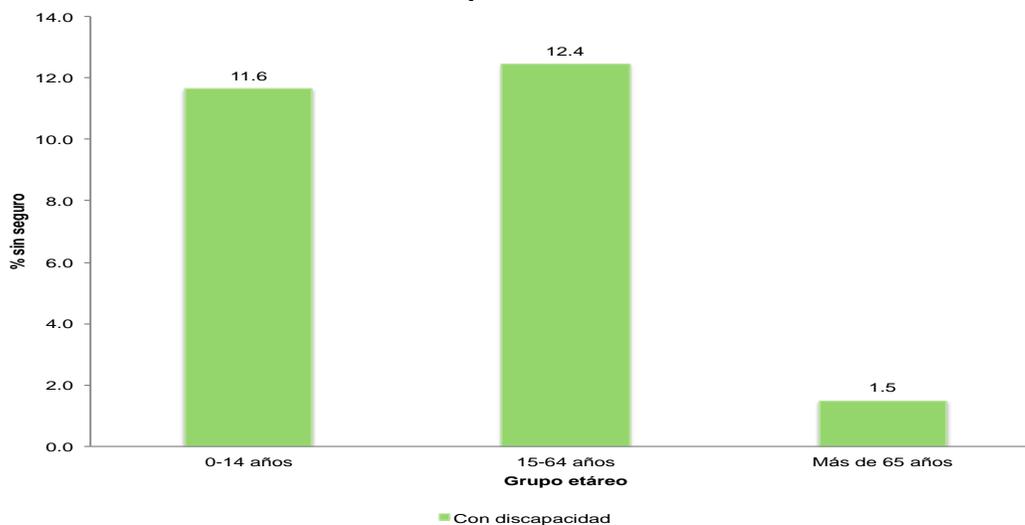
Tipo de Cobertura	Sin discapacidad	Con discapacidad
-------------------	------------------	------------------

Familiar asegurado directo	39.2	24.3
Asalariado	24.1	7.6
Cuenta propia	7.5	6.3
Por el Estado	5.0	8.2
Pensionado IVM	3.7	19.5
Familiar de pensionado	2.4	5.8
Régimen no contributivo	1.3	15.3
Pensionado otro régimen	1.0	2.6
Otros	0.6	0.2
Mediante convenio	0.5	0.4
Seguro Privado	0.2	0.9
Pensionado de Guerra	0.0	0.2

Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Por grupo etáreo, las personas entre 15 y 64 años muestran las mayores tasas de vulnerabilidad: poco más del 12 por ciento de las personas con discapacidad en ese grupo no tienen seguro de salud. Por su parte, son los adultos mayores (>64 años) los más beneficiados con menos del 2 por ciento de los mismos sin cobertura del seguro.

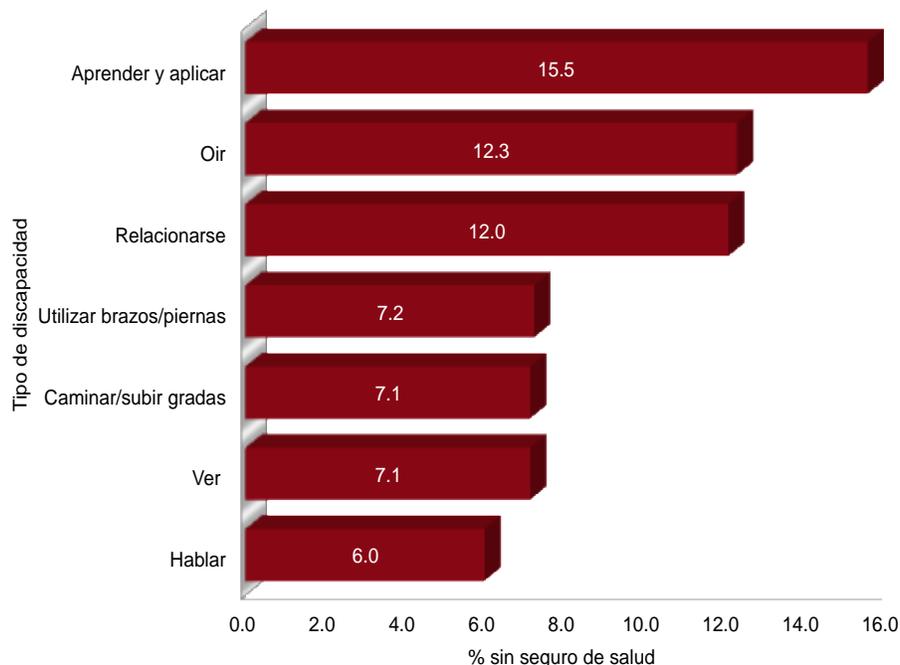
Gráfico 43. Personas con Discapacidad: Porcentaje de Personas sin Seguro de Salud, por Grupo de Edad



Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

A pesar de la mayor cobertura experimentada por las personas con discapacidad, los rangos de protección son muy disímiles entre los distintos subgrupos con tales condiciones. Las personas con dificultades para hablar o ver, por ejemplo, es menos de la mitad la tasa experimentada por las personas con dificultades para aprender.

Gráfico 44. Porcentaje de Personas sin Seguro de Salud, por tipo de discapacidad

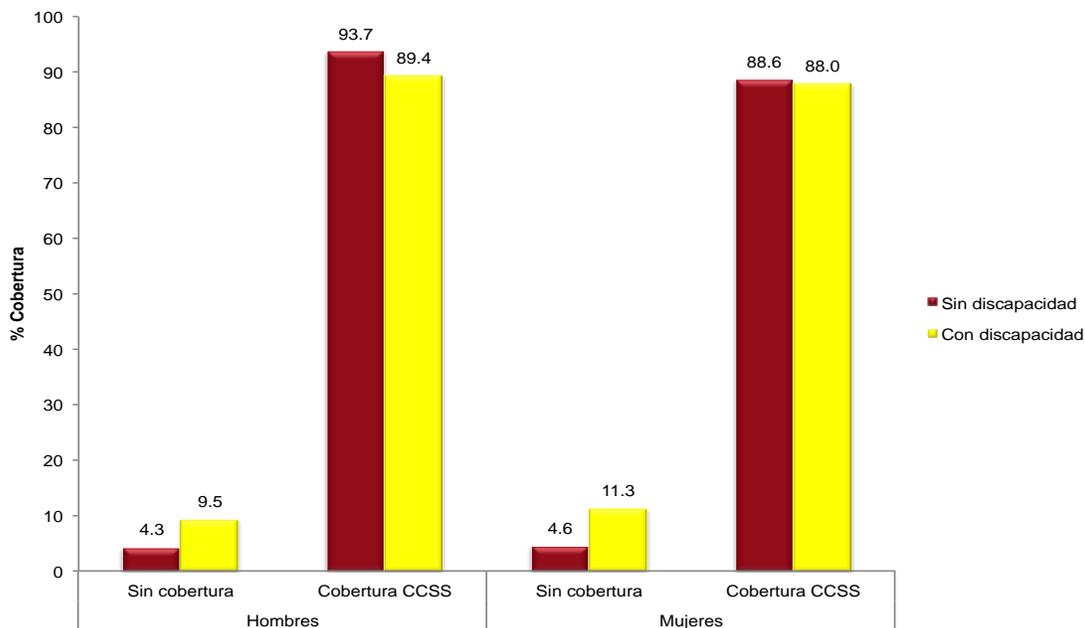


Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

En materia de pensiones, las circunstancias son contrarias a la situación observada en el seguro de salud. En primer lugar, el porcentaje de personas con discapacidad que no cotizan es poco más del doble del porcentaje hallado en personas sin discapacidad, sin importar el sexo al que se hace referencia⁷. En segundo lugar, a nivel intragrupal, las mujeres con discapacidad se ubican en una situación más desventajosa respecto a los hombres del mismo grupo que las mujeres sin discapacidad. La evidencia muestra que por cada 100 hombres con discapacidad que cotizan para la CCSS, hay 95 mujeres con discapacidad que lo hacen. Entre las personas sin discapacidad, esa relación es de 100:98.

Gráfico 45. Cobertura con Régimen Básico Obligatorio de Pensiones, según condición y sexo

⁷ Se considera la población masculina entre 15 y 64 años de edad y la población femenina entre 15 y 62 años de edad



Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

El nivel de desprotección se observa aún más en el hecho que menos del 6 por ciento de la población con discapacidad reporta contar con una pensión voluntaria. Este porcentaje está muy por debajo del 11.4 por ciento que se estima tienen las personas sin discapacidad. En total, los resultados de la Encuesta señalan que, de las personas con discapacidad que no cotizan al Régimen Obligatorio, un 87.1 por ciento tampoco tienen su seguro voluntario, todo lo cual redundo en que un **4 por ciento de las personas con discapacidad no cotizan para ninguna opción.**

Condiciones laborales

Desde el punto de vista de la inserción en el mercado laboral, dos características iniciales distinguen la condición de las personas con discapacidad⁸. En primer lugar, el elevado porcentaje de personas que pertenecen a la categoría de “No Activo”. En efecto, dentro del grupo de personas con necesidades especiales, casi dos de cada tres miembros (63.7%) no laboran por un salario ni se encuentran buscando trabajo. Entre las personas sin discapacidad, ese porcentaje llega al 36.9 por ciento.

Las razones para no buscar trabajo son considerablemente relevantes sobre la percepción que tienen las personas con discapacidad sobre sus oportunidades laborales. Un 57.8 por ciento de las personas con discapacidad que no buscan trabajo no lo hacen por su condición de salud y porque la discapacidad se convierte en el motivo por el cual no se les ofrece la oportunidad. Estas dos razones contabilizan apenas el 13.6 de las causas para no buscar trabajo entre los no discapacitados.

⁸ Se consideran acá las personas entre 12 y 64 años.

En segundo lugar, la tasa de desempleo entre las **personas activas con discapacidad** es un 16.8 por ciento mayor a la tasa de su contraparte. Cuando se toman en cuenta los trabajadores y aquellos desempleados, la tasa de desempleo entre personas con discapacidad se estima en 8.9 por ciento, en contraposición al 7.6 por ciento entre grupos sin discapacidad.

El desempleo entre las personas con una situación de discapacidad no sólo es mayor sino que suele ser más severo en otros sentidos. Al menos dos hechos merecen consideración. El primero, la *duración del desempleo* es mucho mayor entre los miembros de este grupo. Así, mientras que en un 12.9 por ciento de las personas desempleadas sin discapacidad su condición de desempleo dura más de un año, entre su similar con discapacidad uno de cada tres desempleados se ubica en ese grupo.

En segundo lugar, al consultarse sobre las razones del por qué no encuentra empleo, el siguiente cuadro presenta las tres respuestas más frecuentes por grupo de análisis. Resalta que, entre las personas con discapacidad, poco más de un tercio declara que su condición particular (resumida en la respuesta "Por otra característica" es el principal motivo para no obtener un trabajo, seguida de la edad del aplicante.

Cuadro 14. Principales Razones por las cuales no se encuentra trabajo, por condición

Razón	Sin discapacidad	Razón	Con discapacidad
No hay trabajo	34.2	Por otra característica	33.9
Por la edad	17.0	Por la edad	25.6
Falta de estudios, capacitación u oficio	13.1	No hay trabajo	20.8

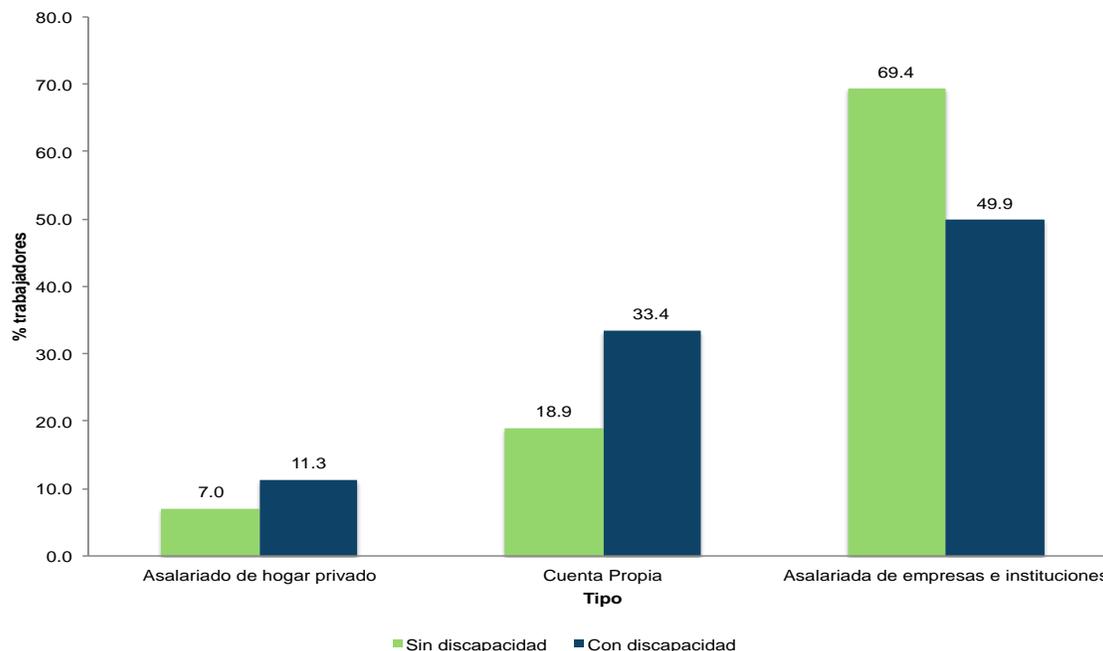
Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010.

Dentro del grupo de personas activas dentro del mercado laboral, existe un amplio conjunto de hechos estilizados que caracterizan a los trabajadores con discapacidad. Estos hechos se resumen en las siguientes conclusiones:

- a. El trabajo en empresas privadas constituye, para ambos grupos, el mayor empleador con 3 de cada 4 trabajadores laborando en una de ellas. No obstante, la distribución entre empresas constituidas y las no constituidas en sociedad sí difiere sustancialmente. Para las personas con discapacidad, un 29.1 por ciento de los trabajadores labora en empresas constituidas como sociedad (aproximación a empresas formales) mientras que un 45.1 por ciento lo hace en negocios informales. En el caso de trabajadores sin discapacidad, esos mismos porcentajes son 48 y 28.5 por ciento.
- b. El gobierno (en cualquiera de sus niveles) contrata al 12.7 por ciento de los trabajadores con discapacidad y al 15.6 por ciento de aquellos sin condición especial.
- c. En cuanto a la posición que ocupan los trabajadores en su ocupación primaria, las personas con discapacidad muestran una estructura centrada, principalmente, en asalariados de empresas, cuenta propia y asalariados de

hogar todos los cuales concentran un 94.7 por ciento de los empleados en esta categoría. Para las personas sin discapacidad, esas mismas categorías corresponden al 95.3 por ciento de los trabajadores pero su composición difiere mucho del grupo anterior. Así, por ejemplo, la proporción de asalariados de empresas es un 39.1 por ciento superior en el grupo sin discapacidad mientras los trabajadores por cuenta propia son apenas poco más de la mitad en esa misma categoría.

Gráfico 46. Posición en el Trabajo Primario, por Condición



Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

- d. En cuanto a la estabilidad del trabajo, un 73.6 por ciento de las personas con discapacidad dice que su trabajo es permanente o por tiempo indefinido, lo cual es un porcentaje mayor al encontrado por el grupo sin discapacidad. Esto, si bien pareciera positivo para las condiciones laborales del primer grupo, podría no serlo dada la elevada proporción de trabajadores con discapacidad que son informales, por lo que el carácter de permanente podría estar indicando la perpetuidad de las condiciones propias de los segmentos informales. Los trabajos temporales, por su lado, tienen una proporción 3 veces mayor entre las personas con discapacidad.

En relación a la calidad del empleo, la tabla a continuación resume una serie de indicadores tratados para este análisis. De forma sistemática, los indicadores de los trabajadores con discapacidad reflejan menores coberturas lo cual, para el grupo de métricas contempladas en este análisis, implica una peor situación relativa respecto a las personas sin discapacidad. La condición de discapacidad no debe verse como la causa de esas menores coberturas.

Cuadro 15. Porcentaje de trabajadores por indicador laboral, según condición

Indicador o criterio	Sin discapacidad	Con discapacidad
Porcentaje a quienes pagan con sueldo o salario fijo	76.3	65.6
Disfruta de aguinaldo	80.3	68.1
Disfruta días pagos por enfermedad	70.9	56.6
Vacaciones pagas	73.4	54.9
Disfruta seguro de riesgos del trabajo	66.8	52.2
Disfruta pago de horas extra	53.8	34.5
Tiene rebajos por seguro social	70.3	58.4

Fuente: Elaboración en base a ENAHO 2010

Anexos

Anexo 1: Porcentaje de decesos infantiles a menos de 28 días de su nacimiento

Cantón	% en menos de 27 días
San Rafael	0.0%
Parrita	0.0%
Jiménez	0.0%
Talamanca	16.7%
Esparza	25.0%
Santa Bárbara	33.3%
Mora	33.3%
Upala	40.0%
Turrialba	44.4%
Naranjo	50.0%
Moravia	50.0%
Guatuso	50.0%
Buenos Aires	50.0%
Bagaces	50.0%
Atenas	50.0%
Carrillo	57.1%
La Cruz	60.0%
Escazú	60.0%
Limón	60.9%
Liberia	62.5%
Pococi	64.0%
Goicoechea	65.0%
San Ramón	66.7%
Palmares	66.7%
Montes de Oca	66.7%
Los Chiles	66.7%
León Cortés	66.7%
Guácimo	66.7%
Golfito	66.7%
Coto Brus	66.7%
Cañas	66.7%
Alfaro Ruíz	66.7%
La Unión	69.2%
Vázquez de Coronado	70.0%

Cantón	% en menos de 27 días
Alajuelita	70.6%
Puriscal	71.4%
Paraiso	71.4%
San Carlos	72.0%
Pérez Zeledón	72.4%
San Pablo	75.0%
Dota	75.0%
Curridabat	75.0%
Cartago	75.0%
Belén	75.0%
Aserri	75.0%
Aguirre	75.0%
Tibas	77.8%
Alajuela	78.0%
Santo Domingo	80.0%
Puntarenas	80.0%
Nicoya	80.0%
Barva	80.0%
San José	80.4%
Santa Ana	83.3%
Grecia	83.3%
Desamparados	83.3%
Heredia	84.6%
Santa Cruz	88.9%
Oreamuno	88.9%
Corredores	92.3%
Siquirres	92.9%
Valverde Vega	100.0%
Tarrazú	100.0%
Sarapiquí	100.0%
San Mateo	100.0%
San Isidro	100.0%
Poás	100.0%
Osa	100.0%
Orotina	100.0%
Montes de Oro	100.0%
Matina	100.0%
Flores	100.0%
El Guarco	100.0%
Alvarado	100.0%
Acosta	100.0%
Abangares	100.0%