

*Costa Rica:
características y tendencias de su
población*

ÍNDICE

PRESENTACION.....	3
1. ¿QUIÉNES SOMOS?	4
2. NUESTRO CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO.....	8
3. NUESTRO CONTEXTO ECONÓMICO.....	14
4. NUESTRO CONTEXTO EDUCATIVO.....	18
5. SALUD DE LA POBLACIÓN.....	22
6. EQUIDAD DE GÉNERO.....	31
7. LAS FAMILIAS.....	37
8. LAS PERSONAS ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	39
9. LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.....	46
10. LAS PERSONAS MIGRANTES.....	48

PRESENTACION

El Fondo de Población de las Naciones Unidas impulsó un proceso de valoración de situaciones, de investigación documental, de consultas y validaciones de propuestas preliminares para definir prioridades y estrategias de su cooperación con el país para el período 2002-2006, de tal forma que esta cooperación respondiera de la mejor manera a las necesidades, demandas y planteamientos de diversos sectores de la sociedad costarricense.

El propósito del proceso era contar con una caracterización básica de las tendencias principales en materia de dinámica poblacional, distribución de la población, servicios públicos esenciales y programas públicos en materia de educación y salud, particularmente educación sexual y salud sexual y reproductiva, tomando en cuenta las condiciones sociales, políticas y económicas al momento de realizar el estudio.

El proceso comprendió el período entre junio del año 2001 y mayo del 2002, e incluyó consultas a instituciones de gobierno, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, consultores independientes, y varias fuentes especializadas en materia de población y estadísticas, así como otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas

Como fruto de este proceso surge el documento “*Costa Rica 2002. Nuestra población: retos y oportunidades*” que recoge la información recopilada, tanto cuantitativa como cualitativa. No se pretendió dar cuenta de todos los aspectos y variables de interés de la dinámica demográfica, como tampoco ser una descripción exhaustiva de todos los programas relativos a Salud Sexual y Reproductiva, o a Equidad de Género. Se trató de reunir la información más relevante, bajo los criterios de las muchas personas que orientaron el trabajo.

Ofrecemos ahora, teniendo como base ese documento, una versión adaptada que permita el acceso fácil a la información. De manera que pueda ser utilizada para la reflexión, discusión de todo lo que el documento plantea o de cada uno de sus apartados, según sea la necesidad.

Este nuevo documento, titulado *Costa Rica: características y tendencias de su población* esta conformada por dos partes, la primera sobre el contexto nacional general y la segunda, donde se plantea de manera específica algunos rasgos de grupos poblacionales, a saber: Las familias, las personas adolescentes y jóvenes, el grupo de la tercera edad y las personas migrantes.

1. ¿QUIÉNES SOMOS?

En el año 2000 se realizó en Costa Rica el IX Censo de Población y V de Vivienda. Según este Censo en junio del 2000 la población de Costa Rica llegó a los 3.810.179 habitantes.

Analizando los datos nos damos cuenta que hay, en términos generales, 100 hombres por cada 100 mujeres. Aunque, si lo vemos de acuerdo con edades, la situación difiere: en los primeros grupos de edad esta relación es de 104 hombres por cada 100 mujeres; debido a que nacen aproximadamente 105 niños por cada 100 niñas. Luego, como consecuencia de que fallecen más hombres, después de los 75 años la relación comienza a disminuir hasta llegar a 84 hombres por cada 100 mujeres.

La población que está entre los 10 – 24 años está formada por 1.163.810 personas (un 30,54 % de la población total.) Y la población que se denomina como adolescente propiamente (12 –18 años), constituye un 10,4% de la población total del país. Las personas mayores de 60 años son 301.474, con un mayor número de mujeres que de hombres. Se estima que en los próximos 50 años la cuantía de personas mayores de 60 años se triplicará.

Del total de la población, residen en la zona urbana 2.249.414 personas (el 59%) del total y el 41% restante en zona rural. Más de una tercera parte de la población del país (35,5%) vive en la provincia de San José. La población urbana crece más que en otras partes del país.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) históricamente manteníamos un descenso en el número de nacimientos y la mortalidad general ya era baja y estable. Sin embargo se dio un aumento en los nacimientos entre 1984-2000, muy probablemente debido al incremento de la migración extranjera.

Las personas que en el país se consideran **indígenas**, son un total de 63.876. Hay más hombres que mujeres aunque las proporciones se pueden generalizar en 50% para cada sexo. Este grupo, es relativamente joven, pues se concentra en las edades de 5 a 14 años y de 15 a 24 como segundo en importancia.

Alrededor del 79,05% de la población indígena vive en zona rural y el restante 20,95% en zona urbana. Además, un total de 27.032 (un 42.3%) viven en territorios y pueblos identificados para albergar a los residentes de estas etnias.

Un total de 72.784 personas se consideran **afro costarricenses**. Existe mayor presencia masculina. La mayoría de este grupo étnico se concentra en las edades de 5 a 14 años y de 15 a 24 años.

Las personas que se consideran pertenecen a la **cultura china** son 7.873. Por grupo de edades, se observa una mayor presencia entre los 15 a 24 años y de 35 a 44 años en orden de representatividad. En cuanto a sexo se observa que hay más hombres que mujeres.

Encontramos además que un 8% de la población de Costa Rica es de **migrantes**.

De estos un 6% proviene de Nicaragua. Los datos del censo revelan que hay 226.374 nicaragüenses en Costa Rica (esta cifra puede ser mayor.) Por otro lado, en los últimos años ha aumentado significativamente el número de colombianos/as que solicitan estatus de refugiados en Costa Rica, debido a la violencia e inseguridad que pasan en su país de origen.

Referente a los nicaragüenses, desde la década del 70 hasta el momento, la dinámica migratoria se ha constituido en un proceso constante, agudizado por factores políticos, sociales y desastres, se puede decir que los factores determinantes han sido, la fluctuación económica y los conflictos bélicos.

En la Encuesta de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000 (ESR 1999-2000), el 40% de los inmigrantes nicaragüenses tienen edades entre los 15 y los 29 años. Un poco menos de un 25% se encuentra entre los 30 y los 44 años. Se estimó que el total de mujeres nicaragüenses en edad fértil es de 93.000 mujeres, casi una cuarta parte de ellas tiene entre 20 y 24 años.

Más de la mitad de los migrantes nicaragüenses residen en la Región Central y dentro de ésta la mayor presencia se observa en el Área Metropolitana. También se concentran en gran número en zonas fronterizas con Nicaragua.

1.1. Algunas Características del Comportamiento Demográfico de Costa Rica

. En el pasado, acelerado aumento de la población debido a gran número nacimientos (altas tasas de fecundidad) y a las mejoras significativas en la tensión de la salud, especialmente de lactantes y niños.

. La tasa de fecundidad bajó de 3,9 en 1975, hasta 2,6 en 1999. Las nicaragüenses dan a luz más hijos (un 40% más) que las costarricenses.

. La mortalidad infantil bajó en el 2000 (10,2 por mil) comparado con 1970 (61,5 por mil.) Sin embargo para el 2001 la tasa llegó a 10.8 por mil.

. La mortalidad materna por cada 10.000 nacimientos en 1985 fue de 3.4 y para 1999 fue de 1.9.

. La tasa de mortalidad materna por 100.000 mujeres con edades entre 15-49 años fue de 1.55 para el año 2000.

. Disminuyó la población menor de 15 años comparada con la población de 60 años y más que aumentó.

Entre 1950 y 2000 la población menor de 15 años pasó de un 42,9% a un 31,9% y se estima que disminuirá a un 22,9% para el año 2025.

La población adulta mayor pasó de un 6,0% en 1975 a un 7,9% en el 2002, y se estima que representará un 14,2% en el año 2025.

. Aumento de la esperanza de vida al nacer y aumento de la esperanza de vida después de los 60 años.

Al nacer aproximadamente 74,8 años en los hombres y 80,3 años en las mujeres en el 2000. Después de los 60 años en el 2002 es de 20.1 años para los hombres y 23,7 para las mujeres.

1.2. Transición Demográfica

Costa Rica se encuentra en una etapa avanzada del proceso de transición demográfica. Es de esperar que el incremento de la población se irá reduciendo gradualmente, y pasará de alrededor de 87 mil personas más por año en este momento, a la mitad de ésta para la década del 2030-2040. Para el año 2050 el país podría alcanzar los 6.8 millones de habitantes.

El perfil demográfico moderno es fruto de cambios en la estructura por edades y de otros aspectos. Y de acuerdo con Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) la presencia de personas en las diversas etapas de la vida, “determina la coexistencia de demandas provenientes prácticamente de todos los grupos poblacionales”.

1.3. El Bono Demográfico

En este momento, los individuos que nacieron durante los años 50 (el llamado primer *baby boom*) están en edades de máximo ahorro y productividad, mientras que los jóvenes que nacieron del entre 1975 y 1985 (llamado el segundo *baby boom*) también han comenzado a incorporarse a esas edades de ahorro y productividad.

Esta última situación constituye **un bono** que el comportamiento demográfico le está proporcionando a la economía del país, en el siguiente sentido: En 1960 por cada 100 personas en edad de trabajar (15-64 años) había 103 personas dependientes, en 1999 había bajado a 60, y caerá a 48 dependientes en el año 2020. Sin embargo, hay que recordar que tal “bono” no actúa de forma automática, porque, aportar económicamente no es sólo cuestión de edad, se requiere apoyar a las personas de manera directa, mediante decisiones de inversión social, para que puedan hacerlo.

Además, dentro de unas décadas; cuando estas generaciones alcancen la tercera edad, ejercerán gran presión sobre los sistemas de pensiones y servicios de salud. Por ejemplo, la capacidad hospitalaria del país tendrá que casi triplicarse en la primera mitad del siglo.

En la próxima década los individuos del segundo *baby boom* ejercerán gran presión en el empleo, la vivienda y la educación superior. Sin embargo, la educación escolar y preescolar estará libre de presiones demográficas y tendrán un respiro para mejorar la calidad.

1.4 Población y ambiente

El creciente número de personas y el modelo de producción y consumo en el país tienen efectos sobre el medio ambiente y sobre los recursos naturales disponibles para satisfacer la demanda de la población y sus actividades.

Entre 1984 y 2000, la densidad de la población pasó de 47 a 75 personas por kilómetro cuadrado. Sin embargo, en el Valle Central hay cantones que superan los 1000 habitantes por kilómetro cuadrado, mientras que otros cantones (en zona rural y fronteriza) apenas superan los 10 habitantes por kilómetro cuadrado. El censo evidencia que también las ciudades

intermedias (como Guápiles, Liberia y Limón) están creciendo. La Gran Área Metropolitana abarca actualmente 1.7 millones de personas en el territorio que va de Cartago a La Garita. A mediados del siglo, será una gran ciudad de unos 4 millones de personas.

Según Acueductos y Alcantarillados hay alrededor de un millón de personas que no reciben agua potable. Hechos como la contaminación masiva del agua potable que se dio en julio del año 2001 en San José, y el cierre de un tajo de empresa por poner en riesgo un importante acuífero subterráneo, muestran la fragilidad del sistema de abastecimiento de agua potable con que cuenta el país.

En 1984 el número de viviendas ocupadas con que cuenta el país era de 500.788 y pasó a 937.210 en el 2000.

El 96,7% de las viviendas individuales ocupadas tiene electricidad.

El 89,5% tiene servicio sanitario conectado a una alcantarilla pública (cloaca) o a tanque séptico.

El 89,3% consume agua procedente de un acueducto y el 97% se abastece de agua por medio de una tubería

En 1997, a través de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), se obtuvieron varios datos con respecto a la disposición final de desechos sólidos de viviendas, a saber: (del total de viviendas consultadas) un 73,8% de desechos sólidos son recolectados por Municipalidades, un 12,1% en hueco, un 12,1% lo queman, un 1% en lote, un 0,4% en Río y otros 0,8%.

Por otra parte, datos publicados en la Memoria Anual 2000 del Ministerio de Salud, para ese año se recogieron 681.772,95 Toneladas métricas de desechos ordinarios, de estos desechos un 70% fueron dispuestos adecuadamente (ingresados a Relleno Sanitario Los Mangos, Vertedero Río Azul y Rellenos Locales.)

Para San José se estima que el 75% de la contaminación en la ciudad es producida por el transporte. El número de vehículos en circulación para 1999 fue de 612.300, es decir hay un vehículo por cada 5,6 personas. El consumo de combustibles creció en el período 1991 al 2000 a tasas extraordinariamente rápidas. El transporte también genera problemas para la salud pública, en 1997 del total de accidentes un 50,8% fueron de tránsito.

2. NUESTRO CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO.

En los últimos cinco años las relaciones entre el Estado y la sociedad civil en Costa Rica, han experimentado un giro notable que tiene su origen en la implementación de las políticas de ajuste estructural de los años ochenta:

- Varió la valoración de la importancia del Déficit Fiscal frente a la inversión social.
- La deuda combinada (interna y externa) parece incidir en la inversión social, de manera particular en las áreas de salud y educación.
- Se discute en distintos ámbitos acerca de la conveniencia o no de abrir al mercado privado los activos del Estado.

Particularmente esta última opción no ha contado en todos los casos con el consenso social. Baste recordar las manifestaciones de oposición (marzo y abril del 2000), cuando amplios sectores de la población expresaron su desacuerdo a la privatización de los servicios de generación eléctrica, telecomunicaciones e Internet (el llamado “combo energético”).

A ese desacuerdo se suman otras agendas sociales postergadas y un desgaste objetivo de las opciones electorales tradicionales.

Todos estos elementos confluyeron en la reacción del electorado frente al bipartidismo, cuestionado en las elecciones del 3 de febrero del 2002. Ninguno de los dos agrupamientos históricos, el Partido Unidad Social Cristiano (PUSC) y el Partido Liberación Nacional (PLN), lograron obtener el 40% de los votos que exige la Constitución Política para ganar la presidencia, dando lugar a una segunda ronda electoral sin precedentes en la historia política del país. El factor detonante para la ruptura del bipartidismo ha sido el surgimiento de una tercera fuerza electoral, el Partido Acción Ciudadana (PAC.)

También han surgido diversas expresiones sociales que buscan mayor participación en las decisiones sobre el desarrollo nacional, las cuales presentan distintos niveles de maduración. Entre estos sectores están:

- los agrupamientos de mujeres, como el Primer Parlamento de Mujeres de Costa Rica: un punto de encuentro para la reflexión, concertación, proposición, incidencia y vigilancia ciudadana por parte de las mujeres de distintas regiones y sectores del país en materia de políticas, leyes y decretos relativos a los derechos humanos de las mujeres; y en solidaridad y compromiso con los demás sectores sociales y poblaciones diversas.
- una red de puntos focales de sindicatos y organizaciones gremiales, que están analizando la perspectiva de equidad de género.

Con respecto al tema de la situación fiscal del país se observan dos perspectivas de análisis:

- a) el que eleva el déficit fiscal como el principal problema y propone soluciones drásticas y de corto plazo. Perspectiva apoyada por un sector importante de empresarios, políticos y líderes sociales, que coinciden en que cualquier discusión sobre modelos alternativos de desarrollo, pasa por resolver el de la solvencia y sanidad de las finanzas públicas.
- b) los que ubican el problema en una discusión más amplia, dentro del esquema de desarrollo y agregando otros temas. Posición de algunos sectores sociales que sostienen que el problema principal del país radica en el tipo de desarrollo y políticas económicas que se ha venido promoviendo desde hace varias décadas, como parte del proceso de ajuste estructural.

Existe, pues, una marcada distinción entre lo que ha propuesto el nuevo gobierno, acuerpado por un sector del empresariado (elevar los montos de algunos de los impuestos existentes y crear algunos nuevos) y lo que proponen los sectores sociales en alianza con otro bloque de empresarios exportadores, consistente en el establecimiento de un pacto fiscal.

2.1 Participación Ciudadana Activa

En este país la participación ciudadana generalmente se ha dado dentro del marco que el sistema ha definido, desde esta perspectiva el espacio existe, incluso se fomenta, pero dentro de ese marco. Aún así, hay buenas experiencias de organización y participación ciudadana que explican el logro de importantes beneficios económicos y sociales para amplios sectores de la población en campos como salud, educación, vivienda, infraestructura y servicios en general, y en el ejercicio de derechos civiles y políticos fundamentales.

Sin embargo, determina las potencialidades y limitaciones de esta participación el que ha estado muy centrada en asuntos reivindicativos, y en organizaciones muy centralistas y clientelistas. Hay poca vigilancia ciudadana sobre diversos temas; por ejemplo: el destino de los impuestos recolectados.

Para lograr cambios en el país es importante que los ciudadanos se conviertan en agentes activos de cambio. Hace falta organizar, sistematizar, y canalizar la demanda de los ciudadanos. Concretamente que sepa formular sus demandas, conozca sus derechos, los exija y haga uso de los servicios (que sepa cómo, dónde y a quién recurrir.) Dichas demandas sería la agenda de prioridades nacionales, serviría para dar insumos al Estado y pedir una respuesta expresa, consistente y claras a estas.

Concientizar a la población sobre sus derechos debe acompañarse, entre otras cosas, de un fortalecimiento de las instituciones públicas: en su planeación estratégica institucional, en la gestión de sus recursos con visión de largo plazo y en la generación de una nueva cultura gerencial y organizacional y en la capacitación de sus funcionarios/as en una perspectiva de derechos.

Por otro lado, existe apertura en las instituciones estatales para que Organizaciones no gubernamentales (ONG) o representantes de la sociedad civil participen en procesos de decisión, por medio de Comisiones y Comités de trabajo. Consta que dicha participación

muchas veces se ha visualizado como apoyo a las instituciones y no como una participación autónoma y que, al igual que en otros mecanismos democráticos, muchas veces no existen mecanismos de consulta con las personas o grupos a quienes se representan. Estas comisiones pocas veces adquieren un ritmo y compromiso que permitan alcanzar resultados concretos. Otra característica de estas comisiones es que en ellas suelen reunirse personas técnicas con personas políticas, lo cual en ocasiones causa choques de intereses y paraliza la labor, pero que a la vez puede convertirse en una oportunidad para la negociación y consulta de agendas.

2.1.1. Organizaciones no gubernamentales (ONG)

Dentro de un nuevo modelo de relaciones entre Estado y ONG, algunas ONG han logrado la venta de sus servicios al Estado. Un riesgo de esta venta de servicios es que las ONG pierden su independencia y su posición crítica frente al comprador. Por los mismos problemas de supervivencia financiera, hay relativamente pocas ONG que se dedican al trabajo de abogacía e incidencia política, pero la tendencia de promover la coordinación interinstitucional ha ganado campo en los últimos años.

De acuerdo con UNICEF, en el campo de la niñez y la adolescencia, a diferencia de otros países de la región, en Costa Rica las ONG empiezan a asumir mayores espacios en la gestión de lo social. Por el carácter reciente de este fenómeno, aun se desconoce la magnitud real de la intervención que realizan las ONG en el país.

Varios factores han conducido a estimular los esfuerzos de las ONG en dicho campo:

- La excesiva demanda de atención, a raíz de las patologías sociales provocadas por el empobrecimiento que sufre la sociedad costarricense;
- los altos costos de la oferta pública;
- la mala administración de los recursos humanos y financieros de las alternativas públicas;
- la escasez de recursos públicos para aumentar la inversión social;
- las reformas emprendidas por las instituciones de gobierno.

En el campo de los derechos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos, las ONG que trabajan en Costa Rica se han visto debilitadas por el retiro de donantes importantes (como la AID), y la disminución de la ayuda de organismos como la Embajada de Holanda y la agencia HIVOS (Instituto Humanista para la cooperación con los países en desarrollo.) En general se trata de organizaciones que disponen de pocos recursos humanos asalariados y más voluntarios. Su acción está por lo general circunscrita a las comunidades, aunque algunas de ellas se proyectan en el ámbito nacional en materia de definición de políticas.

2.2. Capacidad para Formular, Administrar y Vigilar Políticas Públicas, Programas de Población y Actividades Conexas.

En Costa Rica no existe un plan o propuesta del Estado que defina líneas estratégicas a largo plazo, y que sirva de referente al gobierno de turno y sus propuestas. Una propuesta de Estado que tome en cuenta, por ejemplo, el análisis de tendencias demográficas y sus efectos

para temas como combate de la pobreza, la utilización del espacio, la generación de empleo, la provisión de servicios (la construcción de clínicas y aulas, la formación de profesionales, el transporte público, la sostenibilidad del sistema de pensiones) y las demandas de grupos específicos, como inmigrantes y población adulta mayor.

Por eso, al carecer de una visión o planteamiento más allá de la duración de un gobierno (4 años); cada administración elabora el Plan Nacional de Desarrollo (PND) para definir la direccionalidad que pretende darle al país durante su período.

Con respecto a Población y Desarrollo falta una perspectiva global en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) del gobierno 1998-2002 se encontraba elementos relevantes en el Programa de Acción de la CIPD. Una manifestación de esto es el hecho de que se han venido creando un grupo de comités, consejos y comisiones, cada uno a cargo de algún tema o grupo de población: Niñez y Adolescencia, Madre Embarazada, Persona Joven, Persona Adulta Mayor, etc., con un funcionamiento atomizado, sin una articulación o coordinación entre ellos y lo que es más grave: sin un plan integral, que permita la búsqueda de la coherencia entre las acciones de cada uno en particular.

En relación con la formulación de políticas para empoderar a las mujeres, el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) concluye que: *“aunque se ha avanzado mucho en el ámbito institucional en el desarrollo de planes, programas y proyectos dirigidos a sectores específicos de la población general y de las mujeres en particular, aún quedan áreas con poco desarrollo como por ejemplo, visibilizar la especificidad de las necesidades de las mujeres dentro de algunos programas para personas mayores, personas con discapacidad e indígenas, como ya se ha hecho con grupos de niños y adolescentes. Además existe una deficiencia importante de planes y proyectos en torno a la violencia de género en el ámbito institucional para mujeres pertenecientes a ciertos grupos: lesbianas, mujeres en prostitución, ex privadas de libertad y las que viven con el VIH-SIDA. Algunas ONG y de la sociedad civil han hecho avances importantes en el trabajo con estos grupos, aunque la cobertura en general es baja”*.

Costa Rica cuenta con un marco legal avanzado desde una perspectiva de derechos humanos y en algunos casos de género. Sin embargo, un problema generalizado es la falta de la operatividad y el cumplimiento de leyes y decretos, debido en gran medida a la falta de recursos financieros para llevar a cabo lo estipulado; y a la débil vigilancia por parte de los ciudadanos en cuanto a la distribución y el uso de dichos recursos.

2.3. Recursos Humanos.

Las instituciones sociales en el país sufrieron un importante desgaste en su capital humano desde los años ochenta debido a los “programas de movilidad laboral y el estancamiento de los salarios reales de las escalas profesionales de servidores públicos –sobre todo en el Gobierno Central-“ (UNDAF, 2000)

Por ejemplo la actualización y profesionalización del cuerpo docente costarricense se han debilitado. Entre otras causas, por la prohibición de su capacitación en horas lectivas (una de las medidas que se tomó para poder cumplir con el calendario escolar de 200 días lectivos); por falta de costumbre, y por inequidades de género (el personal docente en su gran mayoría es femenino realiza su trabajo profesional y cumple con funciones en el hogar.)

Constituye un desafío pensar en maneras más flexibles de lograr cumplir con un mínimo de días lectivos -que por si solos no dicen nada sobre la calidad de la educación-, sin perder espacios de capacitación y profesionalización del cuadro docente. Por ejemplo es un reto imaginarse modelos de capacitación no tradicionales, sobre todo en temas como la educación de la sexualidad, que pudieran dar más protagonismo a los mismos adolescentes a través de modelos de educación entre pares.

2.4. Los Medios de Comunicación.

Respecto a los medios de comunicación colectiva y sobre si son un foro independiente y abierto a la opinión pública existen opiniones encontradas.

Según una parte de las personas involucradas en la evaluación de los medios, las empresas de comunicación colectiva:

- permiten a la población expresar sus criterios y, dentro de los límites impuestos por la legislación y las características técnicas del medio,
- no hay tratos preferenciales por condición social, étnica, política o de género,
- no hay sesgo informativo ni se distorsionan las opiniones
- y existe un ejercicio balanceado del derecho de réplica.
- hay censura de opiniones como resultado de la legislación que regula el ejercicio de la libertad de prensa
- y no se ejerce censura por razones políticas o ideológicas, pese a la existencia de líneas editoriales.

Otros evaluadores valoraron que, en general, los medio de comunicación no son un foro abierto e independiente o, en el mejor de los casos, existe un balance de logros e incumplimientos. Se reconoció que los medios:

- no limitan la libre expresión de las personas,
- pero se indicó que la distorsión de opiniones por parte de los medios es una práctica frecuente,
- favorecen a grupos económicos, partidos políticos u organizaciones sociales poderosas,
- y por tanto, se incumple la aspiración de una equitativa expresión de puntos de vista opuestos.

Dicha evaluación resalta como puntos sin acuerdo los siguientes:

1. Existencia de una oferta permanente y variada de espacios de opinión.
2. Libre participación de las personas en los programas de opinión.
3. Equitativa participación de las personas en los programas de opinión.
4. Distorsión de opiniones por los medios de comunicación colectiva.
5. Ejercicio de censura por los medios de comunicación colectiva.
6. Ejercicio balanceado del derecho de respuesta.
7. Sesgo informativo en los medios de comunicación.

2.5. Religión.

Costa Rica tiene como experiencia religiosa oficial la cristiano-católica, sin embargo, en el último quinquenio disminuyó en 17 puntos porcentuales la cantidad de gente que cree que exista una única religión. Es decir, hay un mayor número de personas convencidas de que no es determinante si se es católico, evangélico o de otro culto cristiano.

Por otra parte, la cantidad de cristianos católicos ha disminuido y se ha incrementado el número de fieles de otras experiencias cristianas. En 1996 el 79% de las personas confesaron ser católicos y en el 2001 ese porcentaje descendió a 70 por ciento. Mientras tanto, la cifra de cristianos no católicos pasó de 12 a 18 por ciento.

En otros temas como el aborto, el divorcio, el matrimonio entre homosexuales y el uso de anticonceptivos no naturales, también ha habido cambios considerables en el último lustro: hoy más gente está de acuerdo o es más tolerante con estos comportamientos.

La religión y el número de hijos tenidos vivos se asocian, en 1999, al deseo del último embarazo y el deseo de un próximo embarazo: Conforme aumenta el número de hijos tenidos vivos se muestra un mayor porcentaje de mujeres que no desearon su último hijo y un mayor porcentaje que no desea un próximo hijo. En las personas de religión católica un mayor porcentaje de mujeres dicen haber deseado su último hijo y un mayor porcentaje de mujeres desean un próximo hijo.

3. NUESTRO CONTEXTO ECONÓMICO

Costa Rica muestra de manera consistente un desarrollo social que está por encima de su propio desempeño económico. Se ha sabido privilegiar la satisfacción de las necesidades sociales básicas, y tomar un conjunto de decisiones dirigidas a promover la inversión social, a pesar del impacto significativo de la crisis vivida a principios de los años ochenta.

En cuanto al Índice de Desarrollo Humano (IDH), Costa Rica ha ocupado una posición destacada, y poco variable, aún dentro de los cambios metodológicos de cálculo. Sin embargo, ese contraste entre ambiciosas metas de desarrollo social y una economía cuya productividad crece muy lentamente, es también una voz de alerta que indica que algunos de los logros de Costa Rica podrían estar asentados en bases frágiles. Por ejemplo, Costa Rica tiene una alta proporción (54,1%) de la producción comprometida en deuda externa e interna, que puede significar una barrera a las inversiones para mejorar el sector social.

La inversión social con respecto al Producto interno bruto (PIB) alcanza un 17,4% en el año 2000. Dos áreas donde más se invierte es en salud con un 5% y educación con un 4,7% del PIB de ese mismo año, sectores que han mostrado una mejor posición que en el año 1999 - sin embargo, aún no se está cumpliendo con la disposición que establece un 6% del PIB para educación -. Para el año 2000, el gasto destinado a educación con respecto al gasto social fue de un 27,16% y para salud el gasto fue del 29,7%.

Se podría caracterizar la economía costarricense de la siguiente manera:

- es un mercado pequeño, relativamente abierto,
- dependiente de las reacciones internacionales (petróleo, mercado de banano, café y microprocesadores),
- con una inversión extranjera directa que genera un gran impacto en los datos macroeconómicos y con pocos encadenamientos productivos, que no se traduce en mejoras para la población.
- tasa de crecimiento del Producto interno bruto (PIB) de variabilidad considerable. En 1999 alcanza un 8,3% (con respecto a 1998) y para el 2000 apenas fue de un 1,7% (con respecto a 1999.)

3.1. Pobreza

En los últimos años, en el país el porcentaje de hogares pobres continúa estancado. El estancamiento se produce a pesar de que la economía creció a un ritmo anual promedio del 5%, la inversión social per cápita (por persona) se expandió a una tasa real anual del 3% y el empleo también se expandió a un ritmo anual del 3% como media del período. Existen varias

hipótesis sobre las causas de este estancamiento. De acuerdo con Juan Diego Trejos Solórzano (Inmigración Internacional y pobreza en Costa Rica, 2001) son:

- Primero, que el crecimiento económico es excluyente o insuficiente.
- Segundo, que es una consecuencia de que el país haya dejado de invertir en capital humano, sobre todo en los años 80, cuando se debilitó el acceso a la secundaria, y las personas que hoy ingresan al mercado de trabajo lo hacen con desventaja.
- Tercero está aumentando la desigualdad, y por ello aunque el ingreso total creciera, la pobreza no disminuiría.
- Cuarta que la presión migratoria esté impidiendo que mejoren las condiciones laborales. En relación con esta última hipótesis, Trejos mostró con base de las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples, que no existe relación entre el estancamiento de la pobreza en Costa Rica y la presencia de migrantes nicaragüenses.

En su estudio, Trejos corrobora que los hogares pobres son más grandes que los que no lo son, por la mayor presencia de niños lo se traduce en tasas de dependencia económica mayores, que además recuerda la importancia de las relaciones entre pobreza y salud reproductiva. Cada ocupado debe generar recursos para al menos tres miembros adicionales y ello explica la insuficiencia de ingresos. Estas características son similares entre los hogares pobres con independencia del lugar de nacimiento del jefe, aunque los hogares que tienen al frente a una persona nacida en Nicaragua aparecen como más grandes por contar con un niño más como promedio.

En Costa Rica, según la metodología tradicional para obtener los datos, entre el 20% y el 21,5% de las familias son pobres. Pero se pone la atención en las personas dicho porcentaje alcanza el 24%, pero si se enfatiza en la población menor de dieciocho años es del 30%.
Dentro del total de personas pobres (datos del 2000) el 50% son niños y adolescentes y el otro 50% son personas con edades de 18 en adelante, con la de que la población entre 0 y 17 años representa el 40% de la población (hay más incidencia en estas edades.)
También hay una tendencia a que a mayor edad aumenta el nivel de pobreza de las personas, además, es un fenómeno que afecta más a las mujeres que a los hombres.

En términos geográficos, generalmente son los mismos cantones los que aparecen como más pobres, de acuerdo con diferentes estudios y utilizando diferentes parámetros. Por ejemplo,

- en el Plan Nacional de Combate a la Pobreza, 1994 (PNCP) se definen como prioritarios 16 cantones: La Cruz, Liberia, Upala, Los Chiles, Sarapiquí, Talamanca, Buenos Aires, Corredores, Acosta, Desamparados, Alajuelita, Pavas, Limoncito, Barranca;
- el Índice de Desarrollo Social de MIDEPLAN muestra como los de menor desarrollo a: Talamanca, Los Chiles, La Cruz, Upala, Buenos Aires, Matina, Sarapiquí y Coto Brus.
- el estudio denominado “Estimación de la población pobre por cantón”, señala que los cantones con mayor concentración de hogares pobres son: Talamanca, Los Chiles, La Cruz, Upala, Buenos Aires, Matina, Sarapiquí y

Coto Brus. Existen algunos elementos que aparecen asociados con que personas u hogares se encuentren en pobreza.

La región Brunca, porcentualmente, tiene una mayor proporción de personas pobres con respecto al total de población con ingreso conocido y por región de planificación; presenta un 39,9%, le sigue la Chorotega con 39,88% y la Huetar Norte con 32,55%.

A manera de conclusión se puede decir que los logros son frágiles en la medida en que los datos promedios mediante los cuales se aprecian los avances alcanzados, ocultan disparidades importantes que aún persisten y se reproducen en diversas regiones y para determinados segmentos de la población, de manera que no se alcanza aún la plena vigencia de los derechos para todos los habitantes del país.

3.2. Empleo.

Como señala un documento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNDAF), “... aunque la distribución del ingreso no muestra deterioro, es posible que haya aumentado la vulnerabilidad o el riesgo de empobrecimiento, principalmente como resultado del deterioro de los mercados laborales. Esto se expresa en una escasa capacidad de generar suficientes empleos de calidad –empleos decentes—y una ampliación de las oportunidades de trabajo en empleos más inestables, con menores garantías de seguridad social y estabilidad y con ingresos limitados, en contraste con las formas más estables y seguras del empleo formal y público del modelo anterior”.

* En la población ocupada encontramos un 68.39% de hombres, y un 31.61% de mujeres.
* En 1990 el 14% de las personas entre 12 y 14 años trabajaban. En 1998 el porcentaje aumentó a 16%.
* En 1990 un 36% las personas de 15 a 17 años se encontraba laborando y en 1998 ascendió a 38%, lo que equivale a 80.325 adolescentes.
* Las personas de 60 años y más que trabajan, representan cerca del 5% de la fuerza total laboral del país. La mayoría se encuentran entre los 60 y los 70 años y la mayor parte son hombres -83,3%- (lo que además revela un sub-registro del trabajo de las mujeres.)

En las zonas urbanas hay más desempleo que en las rurales, y afecta más a las mujeres que a los hombres. Hay regiones cuyos datos superan la tasa nacional. La tasa de desempleo entre los nicaragüenses y costarricenses es muy parecida.

DESEMPLEO
La tasa de desempleo abierto para el 2000 fue de 5.2%.
Para la zona urbana (5,3) y para la zona rural (5,0)
Para las mujeres (6,9) y para los hombres (4,4.)
Entre los costarricenses 13% para pobres y 4% para no pobres.
Entre los nicaragüenses 12% para pobres 6% para no pobres
Por regiones (datos superan la tasa nacional): la región Atlántica un 6,8, la región Pacífico Central 6,1 y la región Chorotega 5,5

En relación con los salarios los hombres perciben mejor salario que las mujeres. Del ingreso total promedio mensual (cálculo que excluye a los trabajadores no remunerados), los hombres están percibiendo un salario promedio que representa el 106%, mientras que las mujeres reciben apenas un 86.97%.

A pesar de que a partir de 1998 entró en vigencia el Código de la Niñez y la Adolescencia hay aún serias dificultades para evitar el trabajo de menores de 15 años y para la detección y regulación del trabajo de mayores de 15 y menores de 18 años. Ministerio de Trabajo tenía registrados para abril del año 2001, únicamente 1.945 adolescentes trabajadores de 15 a 17 años y 10 menores de 15 años, lo que refleja un alto sub-registro de la población trabajadora infantil y adolescente.

4. NUESTRO CONTEXTO EDUCATIVO.

En Costa Rica el nivel de instrucción es alto, si se tiene en cuenta todos los niveles de educación existentes desde la primaria hasta la universitaria.

De acuerdo con cálculos del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), la tasa de escolaridad bruta en el preescolar aumentó un 20% en los últimos diez años, para llegar a un 81,3% en el año 2000. La escolaridad neta en primaria (I y II ciclos) tiende a bajar a partir del año 1997, y en este momento es de 91,4%. La escolaridad neta en secundaria (III ciclo y educación diversificada), aunque subió, sigue siendo baja: 52,4% en el año 2000.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

El 89,6% de la población mayor de 5 años ha recibido algún tipo de educación primaria o superior

Un 10,2% de la población tiene educación universitaria

Más de tres cuartas partes de quienes tienen un nivel de educación mayor a primaria viven en el área urbana.

En el área urbana un 47,0% de la población mayor de 5 años tiene algún tipo de instrucción superior a primaria, en el área rural el porcentaje es tan de un 21,6%.

El 84% la población con educación universitaria viven en el área urbana.

Con respecto al nivel de analfabetismo es similar para ambos sexos, y es de 95.2%. Y según el censo del 2002, en todas las provincias se redujo comparado con los datos del censo de 1984.

NIVEL DE ANALFABETISMO (según el censo 2000)

De las personas mayores de 10 años, el 2,3% son mujeres y el 2,5% son hombres.

En el área rural más de un 10,7% de la población es analfabeta y un 4,7% en el área urbana.

En Puntarenas un 7,8% de la población es analfabeta, particularmente en la región Pacífico Central.

En Limón el 7,7% de la población región Huetar Atlántica

En Guanacaste un 6,7% de su población, gran parte en la región Chorotega.

Los cinco cantones con mayor nivel de analfabetismo son Talamanca con 15,4%, Los Chiles con 14,7%, La Cruz con 12,6%, Upala con 12,2% y Parrita con 12,1%. Existen distritos con porcentajes mayores.

4.1. Políticas Públicas en el Sector Educativo

En relación con las políticas públicas en el sector educativo, el VII Informe del Estado de la Nación señala que *“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”*.

Es significativa la aprobación por el Consejo Superior de Educación en junio del año 2001 de las **“Políticas de Educación Integral de la Expresión de la Sexualidad Humana”** que son la guía para las instituciones públicas de educación acerca de cómo tratar el tema de la sexualidad: se reconoce la educación sexual como un tema transversal, se flexibiliza la

metodología; se visibiliza la temática y se legitima su introducción en escuelas y colegios. Además se crea dentro de la División Curricular del Ministerio de Educación Pública (MEP), el Departamento de la Educación Integral de la Sexualidad Humana, encargado de la ejecución de la política.

El documento de la política mencionada tiene varias limitaciones:

- a) la negativa a utilizar el término y el enfoque de género,
- b) la utilización del término “sexualidad humana”, lo cual hace suponer que existe una sexualidad animal y por tanto niega que la sexualidad es intrínsecamente humana y social
- c) propone un modelo único de familia, desconociendo la diversidad y la historia social de las familias.

4.2. Educación de la Sexualidad

La educación y la información de la sexualidad se dan en diversos ámbitos, no solamente en el escolar. Los servicios de salud no son vistos, particularmente por los y las niños/as y adolescentes, como fuentes importantes de educación en esta temática. Esto fijan su atención sobre todo en la familia y las instituciones educativas.

Datos de encuesta a 665 mujeres en unión sobre sus primeras fuentes de información relativa a la planificación familiar:
El 27% dijo haber recibido información en cursos y charlas.
El 26% recibió información de su madre o de otro pariente.
El 23% de amistades y el 14% de personal de salud.
Un 4% de los medios de comunicación (radio, TV e impresos)

ESTUDIO SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES, 2001.
(datos preliminares)
en las edades entre 10-12 años, un 42,2% había hablado sobre sexualidad con la maestra,
un 31,5% con la mamá,
un 12,2% con el papá,
un 6% con parientes, hermanos y vecinos,
un 4,1% con amigos / as,
un 2,2% con personal de salud
un 14,8% no había hablado con nadie.

En términos generales, la sociedad costarricense muestra avances e interés por el tema de la educación integral de la sexualidad, aunque persisten posiciones divergentes respecto a su enfoque y pedagogías.

En cuanto a avances, se pueden mencionar:

- a) La aprobación de las políticas correspondientes en junio del 2001 y que son congruentes con las obligaciones que al respecto establece el Código de la Niñez y la adolescencia, aprobado en 1997.
- b) Las propuestas que el Ministerio de Educación Pública (MEP) está impulsando para que el tema sea tratado transversalmente y no como una materia o asignatura.
- c) Experiencias de avance conceptual y sistematización logradas por el impulso dado al tema por los Programas Amor Joven y Construyendo Oportunidades, que tuvieron el apoyo decidido de la Primera Dama Sra. Lorena Clare, en la administración Rodríguez Echeverría.

Una herramienta importante para el cumplimiento de los derechos a la educación sexual, de la niñez y la adolescencia en Costa Rica, lo constituye el Código de la Niñez y la Adolescencia, que en los artículos 55 y 58 afirma:

Artículo 55. Será obligación de los directores, representantes legales o encargados de los centros de enseñanza de educación general básica preescolar, maternal y otra organización, pública o privada, de atención a las personas menores de edad:

Inciso c): poner en ejecución programas de educación sobre salud preventiva, sexual, reproductiva que formule el ministerio del ramo.

El incumplimiento de estas obligaciones será sancionado como falta grave para los efectos del régimen disciplinario respectiva.

Artículo 58: En el diseño de las políticas educativas nacionales, el Estado deberá:

Inciso b): Fomentar los niveles más elevados del conocimiento científico y tecnológico, la expresión artística y cultural y los valores éticos y morales. Inciso f): Propiciar la inclusión, en los programas educativos, los temas relacionados con la educación sexual, la reproducción, el embarazo en adolescentes, las drogas, la violencia de género, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y otras dolencias graves.

Desde el preescolar hasta el tercer ciclo de la educación básica general, hay objetivos y contenidos programáticos en los planes de estudio del Ministerio de Educación Pública, relacionados con la sexualidad puesto que se pretende que el tema sea tratado transversalmente, o sea, que esté tratado en la medida de lo posible por todo los y las docentes, y en toda las materias; y no como una materia o asignatura.

Materias como Ciencias, Religión, Orientación y Educación para el Hogar incluyen el tema de la sexualidad. Sin embargo, el tratamiento de la temática tiene, en muchos casos, un enfoque biológico, por ejemplo con énfasis en el aparato reproductor. No se abarcan aspectos sociales y emocionales que implican la aspiración a una sexualidad sana, respetuosa, placentera, integral, integradora y centrada en la persona. Una tarea pendiente en este sentido es la capacitación al personal para que puedan desarrollar este y otros temas, con enfoque de género (femenino y masculino) y de derechos.

Como obstáculos o dificultades se pueden mencionar:

a) la existencia del llamado “currículo oculto.”

Además del currículum oficial, existe lo que se ha llamado “un currículum oculto” o “la pedagogía invisible de género”, es decir, las y los docentes en el aula, en los contextos familiares y en los mensajes de los medios de comunicación se socializan y se transmiten valores sobre el comportamiento y mentalidad de los hombres y las mujeres, con frecuencia llena de prejuicios o injusticias. Ante esto es clave la capacitación género-sensitiva y con enfoque de derechos del personal docente, para que esté consciente y revise este mecanismo del currículum oculto.

b) la falta de sostenibilidad de los programas y las resistencias culturales de grupos conservadores de la sociedad. UNICEF plantea que *“dicha situación pone a la vista que la institucionalización del enfoque de derechos y su traducción en nuevas ofertas institucionales, está condicionada no solo por la capacidad de respuesta institucional, sino también por las perspectivas predominantes de los diversos grupos sociales, quienes pueden organizarse y movilizarse en una dirección contraria a la generación de condiciones sociales e institucionales que garanticen los derechos consagrados en la legislación para con la población menor de 18 años”*.

A pesar de la existencia del marco legal, igual que en años anteriores, durante el Gobierno Rodríguez (1998-2001), sectores conservadores, en particular sectores la jerarquía de la Iglesia católica, han dificultado la implementación efectiva de programas de educación de la sexualidad, en particular Amor Joven y Construyendo Oportunidades; por no compartir plenamente los enfoques propuestos en ellos. Un tema de mucha discusión ha sido la visibilización (reconocer la existencia) de la diversidad sexual (no sólo hay heterosexuales.) Estos sectores de la Iglesia católica y otras instituciones que se oponen *“fundamentan su oposición en la creencia de que visibilizar es promover el homosexualismo y el libertinaje sexual entre niños / as y adolescentes”*.

c) la falta de sistematización del tema por parte de las unidades universitarias formadoras de docentes. En las universidades públicas, hay diferentes experiencias con el abordaje de la educación sexual, pero no hay un trabajo sistemático. Por ejemplo en una de las escuelas de formación de maestros se ofrece opcionalmente una materia sobre educación sexual como tema transversal, impartido por un especialista en psicología, que también está abierto a estudiantes de otras carreras. El tema de género se supone está tratado integralmente en todas las materias. Está en curso la conceptualización de una maestría en la UNA sobre procesos pedagógicos y el manejo de diversidades en las aulas.

Las ONG tienen una historia larga en la educación no formal de la sexualidad en el país, en particular han sido impulsoras de temas y acciones en el campo de la planificación familiar, la violencia doméstica y el abuso sexual, con poblaciones de jóvenes y de mujeres. Más recientemente han sido los ejecutores de los programas Amor Joven y Construyendo Oportunidades lo cual de alguna manera comprometió su independencia frente al Estado.

5. SALUD DE LA POBLACIÓN

En Costa Rica la población cubierta por los servicios de salud es alta. Existe una amplia red de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), clínicas, laboratorios y hospitales tanto públicos como privados, que cuentan con personal calificado, pero en algunos casos presentan limitaciones, como por ejemplo el largo tiempo de espera.

El programa de atención primaria de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social alcanza el 68.9% de la población.

La cobertura de vacunación de los niños y las niñas contra polio, DTP y sarampión es un 95%, comparado con un 80% de niños / as de madres nicaragüenses. Esta brecha es un problema grave que urge corregir.

Las principales causas de muerte en Costa Rica son relacionadas con problemas cardíacos y con cáncer de estómago. En la provincia de Guanacaste el cáncer de próstata se suma a la lista y en Limón es el cáncer de cuello cérvico uterino. Este último es de las principales causas y de mayor morbilidad y muerte evitable en la población femenina en el ámbito nacional.

Con respecto a las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, según datos publicados en la Memoria Anual del Ministerio de Salud, varias enfermedades de transmisión sexual que son de declaración obligatoria presentan una disminución en el número de casos, a excepción del SIDA.

Datos del año 2000:
gonorrea 1317 casos,
sífilis en todas sus formas 782 casos,
el chancro blando con un total de 42
linfogranuloma venérea 1 caso,
el chancro sin etiología específica, sin
casos.

Las dos enfermedades de transmisión sexual que mayores casos y muertes muestran son SIDA y sífilis. La tasa de enfermedades de declaración de obligatoria para ambas por cada 1000 habitantes ha sido variable y para el año 2000, la tasa para SIDA es de 3,2 y para Sífilis de 19,8. Para el año de 1999, el SIDA causó 124 muertes, sífilis (en todas las formas) un total de 4.

Según datos del Ministerio de Salud, al 28 de febrero del 2001 estaban reportados 2.120 casos de personas con SIDA, de los cuales 1.863 correspondieron a hombres y 257 a mujeres. En las primeras 40 semanas del año 2001, se reportaron 95 nuevos casos, más de la mitad de ellos en la región Central Sur. Según estimaciones de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en SIDA, el sub-registro que se presenta podría ser del orden de un 20 a 30%.

El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 25 y 44 años, representando un 69,5% de los casos acumulados hasta febrero del 2001, con un aumento de casos de las mujeres en el período 1994 –1998 de 156%. La principal vía de transmisión es la sexual con un 84,4% de los casos presentados. La población mayormente afectada es la de hombres que se declaran homosexuales, con un 44,7% de los casos de SIDA, seguido por un 15,7% de bisexuales.

5.1. VIH-SIDA.

Dados los recientes avances mundiales en cuanto a las formas de tratamiento; el SIDA debe ser vista más como una enfermedad crónica, de compleja, prolongada y costosa atención y no tanto como una patología mortal, como una “condena a muerte”. Esto sumado a la obligación de la CCSS de proveer el tratamiento a la población del país (fallo de la Sala Constitucional, 1997), exige analizar el tema desde los siguientes aspectos:

1. Los costos de la atención; ante el creciente número de contagios.
2. Las ventajas comparativas de invertir más en programas preventivos, lo que se está haciendo poco.
3. La necesidad de contrarrestar los estigmas asociados al VIH-SIDA y la promoción de la integración tanto de personas contagiadas con el virus como las que han desarrollado la enfermedad.
4. Las implicaciones económicas y sociales del número creciente de contagiados.
5. Los retos ante la migración internacional como condición que puede incrementar el contagio.

En síntesis, es necesario ubicar el tema como un asunto vinculado al desarrollo nacional y no sólo como un tema sectorial o institucional.

En el año 2000, 1.080 personas recibieron medicamentos para el tratamiento de VIH-SIDA, con un costo de casi \$8 millones (lo cual representa alrededor el 12,28% del gasto total en medicamentos que compró la CCSS para este año.)

En 1998 se aprobó la Ley general de VIH-SIDA, #7771, que define el derecho de las personas que viven con VIH-SIDA a la salud integral, la educación, el trabajo, la confidencialidad, la prueba voluntaria y los deberes de las personas que viven con SIDA (PVS.) Esta ley ordena la defensa individual y colectiva de los derechos de las PVS y mediante un reglamento establece responsabilidades en las instituciones y los mecanismos de denuncia ante diferentes medios, por violación de tales derechos.

En agosto del 2001 fue dado a conocer el Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH-SIDA 2001-2004 paso importante para que diversas instituciones del Estado empiecen a poner en práctica lo estipulado en la Ley antes mencionada. En la elaboración de dicho plan, las ONG jugaron un rol importante

Aún así, el tema de SIDA en Costa Rica no ha tenido la atención que merece por parte de las instituciones del Estado, especialmente en sus aspectos preventivos y de educación. Posibles causas de esta falta de atención:

- la incidencia ha sido hasta ahora relativamente baja,
- y el virus ha afectado mayoritariamente a una población que se declara homosexual. En este punto el tema del VIH-SIDA implicaría reconocer

que existe la homosexualidad y que se necesita desarrollar acciones para proteger la salud integral de esta población.

La discriminación en Costa Rica hacia la población gay es un hecho: una investigación entre 986 personas demostró que un 33,5% de ellos considera que debe prohibirse las relaciones de pareja homosexuales y otra investigación encontró que los homosexuales forman el grupo más rechazado por la población costarricense. Uno de los insultos más graves que se le puede hacer a un hombre en la cultura costarricense es decirle que es un homosexual; y lo confirmó el estudio del Programa de Atención Integral a los Adolescentes (PAIA) sobre la Construcción de las Masculinidades.

Factores como la ausencia del tema del VIH-SIDA en la mayoría de niveles de secundaria que imparte el Ministerio de Educación; el miedo y los mitos que manejan docentes y padres de familia en relación con el tema; y la ausencia, desde hace varios años, de campañas de comunicación social acerca del tema, hacen suponer que existe toda una generación de jóvenes que ha tenido poca educación acerca del sexo seguro y acerca de formas de prevención de contagio de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. El Ministerio de Educación trata el tema explícitamente en séptimo y noveno año, en la materia de Ciencias.

El papel de las ONG que trabajan en la prevención y atención del VIH/SIDA, y que se han conformado en una Red, ha sido clave para destacar el tema del VIH-SIDA en el país, tanto llamando la atención a las autoridades acerca de sus responsabilidades, como ofreciendo atención médica y psico-social a las PVS y desarrollando acciones de información, educación y comunicación sobre el tema.

5.2. Salud Reproductiva y Sexual.

En Costa Rica, la salud sexual y reproductiva para todos los grupos de edad sigue siendo asunto de mujeres y esta idea se confirma en los servicios, donde la oferta está orientada hacia ellas, en un enfoque aún muy sesgado hacia lo materno-infantil únicamente. Veamos:

La oferta de los servicios salud sexual y reproductiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) incluye:

- Información, orientación y educación en planificación familiar con dotación de anticonceptivo elegido;
- Atención del embarazo, post-parto y post-aborto;
- Detección y referencia de las mujeres con embarazo de alto riesgo;
- Detección y referencia de cáncer de cérvix y cáncer de mama;
- Detección, atención y referencia de los casos de violencia;
- Detección y atención de la menopausia y el climaterio.
- Programa especial para la atención integral a la adolescencia (PAIA);
- Atención a la adolescente embarazada;
- Atención al adolescente con factores de riesgo;
- Atención a la sexualidad y salud reproductiva.

No existen programas de promoción del auto cuidado y prevención dirigidos hacia hombres (prevención de cáncer de próstata y atención de otras patologías), como sí existen para las mujeres (prevención de cáncer cérvico-uterino y de mama.) La resistencia para abrir en la CCSS el servicio de vasectomía y su utilización, pone en evidencia un problema que toca los fundamentos de una cultura machista. Cambiar esta realidad va a requerir probablemente la sensibilización con varias generaciones. Sin embargo, hay que empezar al menos con la revisión de las actitudes de quienes están en los servicios y quienes están formándose, ofreciéndoles oportunidades de educación en sexualidad, con enfoque de género, fomentando el respeto a la toma de decisiones y reconociendo las diversidades en el país.

5.2.1 Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son poco conocidos, tanto por usuarios como por prestadores de servicios. Se requiere la difusión y la capacitación para que sean entendidos como presentes en todas las etapas de la vida y como promotores de valores fundamentales como el respeto, el cuidado personal, la autoestima y la tolerancia, entre otros. Para ello hay que profundizar más en el enfoque de género, y en conceptos como maternidad, paternidad, feminidad y masculinidad.

En términos de cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos, en el país ha habido avances pero también retrocesos después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en Cairo en 1994.

Con respecto a los avances tenemos:

- Aprobación dio en junio del año 1999 del Decreto Ejecutivo N° 27913-S que derogó el Reglamento de Esterilizaciones, que centraba las decisiones en los médicos más importante. Se reconoce el derecho de toda persona mayor de edad para decidir libremente sobre su salud reproductiva. La persona podrá decidir, luego de recibir información, en particular sobre los métodos anticonceptivos que quiere utilizar, incluida la esterilización quirúrgica.
- El decreto conforma la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales y establece la creación, en todos los establecimientos de salud, de las Consejerías en Derechos Reproductivos y Sexuales.
- Constitución, por iniciativa de la sociedad civil, de la Mesa Tripartita en seguimiento de CIPD – Cairo -. Una muestra de voluntad de diferentes sectores de trabajar en conjunto para que todas las personas en el país disfruten de sus derechos sexuales y reproductivos.
- El Ministerio de Salud ha comenzado la elaboración de lineamientos para un plan en el sector, que vendría a complementar el Plan Nacional de Salud.
- La CCSS también se han iniciado análisis sobre la integración de la Salud Sexual y Salud Reproductiva y la modernización institucional que ha impulsado el Proyecto de Reforma del Sector Salud.

En cambio, en el campo de la reproducción asistida, por fallo de la Sala Constitucional, se prohibió la Fertilización In Vitro en todas sus formas en Costa Rica. Además, el aborto, con excepción del terapéutico, sigue siendo penalizado.

Si bien existen avances en algunos programas e instituciones, todavía el país:

- No cuenta con una política o un plan global para el abordaje integral de la Salud Sexual y Reproductiva que genere una mejor articulación entre las instituciones del Sector Salud, y en particular para una integración de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en el proceso de reforma de dicho sector.
- Hay deficiencias en cuanto a la planificación con visión a largo plazo, tomado en cuenta las tendencias demográficas, con conocimiento y aplicación de enfoques adecuados y que consideren las posibilidades de respuesta que tienen los sectores sociales, en particular salud y educación.
- Se han conformado comisiones que tienen como mandato formular políticas y programas dirigidos a grupos de población específicos: niñez y adolescencia, madres adolescentes, adultos mayores, etc. Sin embargo, se adolece de una visión integrada de la dinámica poblacional y las interrelaciones entre sus grupos.
- Problemas en la planificación institucional y sectorial han hecho que persistan o se agudicen problemas en servicios públicos que generan malestar en usuarios, tales como largos plazos para la obtención de citas y resultados de exámenes de papanicolau y las listas de espera para la realización de la salpingectomía y la vasectomía.

5.2.2. Uso de Métodos Anticonceptivos

De acuerdo a la Encuesta sobre Salud Reproductiva (ESR 1999-2000), la cantidad de personas que usan algún anticonceptivo aumentó de 75% a 80% entre 1992 y 1999.

Los métodos anticonceptivos más usados son:

1. El más importante es la pastilla. Una de cuatro mujeres en unión está tomando anticonceptivos orales, método que ha recuperado aceptación luego de una caída que presentó en los años 80.
2. En segundo lugar se encuentra la esterilización femenina, una de cada cuatro mujeres en unión está esterilizada. El número de esterilizaciones en mujeres, realizadas en clínicas y hospitales de la CCSS, aumentó de 12.028 en 1999 a 15.174 en el año 2000, sobre todo en mujeres entre los 20 y 34 años. Sin embargo, en dos regiones -Huetar Norte y Chorotega- el número de esterilizaciones bajó. El número de egresos hospitalarios por esterilizaciones de hombres es bajo: 118 entre 1999-2000. No existe información sistematizada sobre listas de espera para estas dos operaciones.
3. El tercer método en orden de importancia es el condón con un 11% de uso, lo cual representa una disminución de un 5% comparado con la ESR 1992. El informe de la ESR 1999-2000 afirma que la disminución

“probablemente se debe a la discontinuación de las campañas de PROFAMILIA, así como a la pérdida de ímpetu de las campañas de prevención de SIDA que promovían su uso con fines profilácticos.”

4. Con importancia similar (6 a 7% de usuarias) siguen el DIU, los inyectables y el ritmo. La inyección anticonceptiva es el método que más rápidamente está aumentando en el país.

En relación con la prevalencia anticonceptiva se encontró lo siguiente:

- El lugar de residencia no establece diferencias muy marcadas en la prevalencia anticonceptiva; aún en las regiones más atrasadas del país hay una prevalencia de 75%, lo cual es bastante elevado para cualquier estándar.
- Existe una relación entre educación y prevalencia anticonceptiva: ésta aumenta conforme se incrementa el nivel educativo. Sin embargo, luego de completar la primaria, la relación entre nivel de educación y prevalencia anticonceptiva es menor.
- La religiosidad, medida por la asistencia a servicios religiosos, no hace diferencia en la proporción que usa anticonceptivos.
- El incremento más importante ha tenido lugar en las mujeres más jóvenes o con pocos hijos. Esta es una tendencia reciente, pues en el pasado los aumentos mayores se encontraban en las edades avanzadas o intermedias.
- El aumento de la planificación familiar en las jóvenes y en familias pequeñas se nutre tanto de una creciente preferencia por familias de 1 o 2 hijos como por el deseo de espaciar o posponer los nacimientos, incluyendo el primero.

5.2.3. Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Acceso y Acciones para mejorar la calidad y el acceso mismo.

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1999-2000 señala que la mayor barrera de acceso a la planificación familiar no se debe a la falta de establecimientos, sino a las dificultades que se encuentran dentro de las clínicas. La mediana del tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento es de 20 minutos, tanto en zonas rurales como urbanas, y para el sector público y privado, sin embargo la mediana del tiempo de espera dentro del establecimiento es de 120 minutos en el sector público, comparado con 15 minutos en el sector privado.

Según la Evaluación de los Compromisos de Gestión 2000, la salud materno infantil ha sido uno de los programas de la CCSS, tradicionalmente más fortalecidos en el país, lo que ha permitido que los equipos de salud estén más familiarizados con su atención y abordaje. Dice que *“este aspecto también ha permeado a la población haciendo que las embarazadas demanden en mayor medida el servicio de control prenatal, unido al hecho de la incorporación de la mujer al ámbito laboral en donde requiere el beneficio de la licencia por maternidad”*. Además revela que *“la cobertura total lograda en el ámbito nacional en atención prenatal es de 89%. La cobertura nacional de toma de citología vaginal en mujeres menores de 35 años es de 22% y la de mujeres mayores de 35 años es de 25%”*.

Y en relación con el mejoramiento de calidad y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, un aspecto positivo ha sido, además del Ministerio de Salud y la CCSS, el involucramiento más activo y la coordinación con nuevos actores, a saber:

- el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), que ha impulsado acciones de coordinación para la atención de madres adolescentes y de educación de la sexualidad dirigida a adolescentes, padres y madres y docentes. Cabe resaltar también, el desarrollo de un modelo de atención integral a las mujeres en el Hospital de la Mujer y áreas de salud de atracción, en coordinación con otras instituciones.
- el Movimiento Nacional de Juventudes (hoy Viceministerio de la Juventud),
- el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
- el Patronato Nacional de la Infancia (PANI.)

Por otra parte, el Ministerio de Salud ha empezado la acreditación de maternidades públicas y privadas en el país. Además, para mejorar la calidad de la atención, aplica la metodología de trazadores, que combina el análisis del proceso y el resultado de la atención en forma simultánea. En relación con el tema de la salud sexual y reproductiva, las trazadoras son: Embarazo en la adolescencia, Mujer -amenaza de parto prematuro, hipertensión inducida por el embarazo-, Cáncer de cuello uterino y Muerte materno-infantil.

5.3. Políticas Públicas en el Sector Salud

Una de las áreas en donde ha tenido lugar una confluencia de los cambios demográficos, políticos y socioeconómicos es el sector salud y el consiguiente proceso de reforma puesto en marcha. La reforma del sector salud es posiblemente la más importante modernización de los servicios públicos que se ha intentado en Costa Rica en la década de los 90.

Dentro del marco de la reforma se replantean las funciones de las instituciones tradicionalmente responsables para el sector: el Ministerio de Salud se convierte en el ente rector del sector, y como tal es responsable de la definición y conducción de políticas en materia de salud, así como de la ejecución de programas estratégicos para instrumentalizar la política nacional de salud. Por su parte la CCSS es la entidad encargada de ejecutar y coordinar todos los programas de salud, tanto preventivos como curativos.

De acuerdo a fuentes de la propia institución, el Ministerio de Salud se debilitó en alguna medida con el proceso de la Reforma y hasta el momento no ha logrado ejercer de forma satisfactoria su rol de rector. Factores que han podido influir son, por un lado el volumen de su presupuesto, en comparación con el de la CCSS, que es una institución fuerte y autónoma y por otro, la falta de un consenso político real sobre la conducción de la salud. Si bien la administración Rodríguez Echeverría formuló y aprobó una Política Nacional de Salud y se elaboró un Plan Nacional de Salud, estos no son tan ampliamente conocidos, ni cumplidos como sería deseable. Por la metodología y forma en que fue formulado, el Plan Nacional de Salud ofrece una ventaja, pues permite incluir nuevos temas específicos. Así es que se agregó el Plan Nacional de VIH-SIDA y se ha pensado agregar un Plan Nacional en Salud Sexual y Reproductiva que oriente el trabajo del sector en este tema.

En la CCSS, la Reforma está impulsando elementos como:

- la descentralización y la organización de servicios en el primer nivel de atención mediante los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS.)
- la búsqueda de una mayor eficiencia,
- la rendición de cuentas,
- el mejoramiento de la calidad en los servicios,
- la compra de servicios
- la atención integral de la salud.

Sin embargo, en el informe de evaluación del proyecto: “Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para los adolescentes”, de agosto del 2001, se señala como una de las conclusiones que: El proceso de reforma del sector salud ha llevado al PAIA a una situación que el equipo evaluador denominó como de “transición crítica”, como consecuencia de dicho proceso. Esta situación es atribuida a que el PAIA no cuenta con una estrategia que integre los distintos niveles de atención, de acuerdo a la nueva organización que impulsa la reforma del sector salud. Cabe entonces la interrogante acerca de la situación de cualquier otro programa o proyecto en este contexto.

Un instrumento que ha tomado mucha importancia en el proceso ha sido el Compromiso Gestión, mediante el cual las áreas de salud y los hospitales establecen sus objetivos e indicadores para el año y se comprometen con el ente comprador –en este caso es el Departamento de Compra de Servicios de la CCSS- para su cumplimiento, éste por su parte asume el compromiso de aportar los recursos correspondientes.

Como limitaciones de dichos compromisos se podrían identificar:

- que en vez de descentralizar, los compromisos de gestión parecen más bien estar fomentando la centralización, ya que el ente comprador es el departamento de Compra de Servicios de la CCSS en el ámbito central, lo cual significa que para establecer los planes, los niveles regionales no tienen participación.
- hay serias deficiencias para la promoción de la atención integral de la salud, la atención sigue siendo fundamentalmente asistencialista, curativa y con enfoque biomédico, donde se atiende la enfermedad y muy pocas acciones promueven la salud.

De acuerdo a una evaluación de 203 EBAIS, realizado por el Ministerio de Salud en 1999 -para garantizar la sostenibilidad del modelo-, algunos aspectos por mejorar son:

- Acciones para aumentar la participación de la comunidad en todas las actividades que tengan que ver con su salud.
- Dotación de recurso humano.
- Capacitación continúa en medicina familiar y comunal de los médicos.

- Vigilancia en el cumplimiento de los servicios cuando se contratan proveedores privados.
- Ampliar o mejorar la capacidad resolutive de los EBAIS, para no saturar otros niveles de salud, como las clínicas y hospitales.

En ciertos sectores existe preocupación en relación con la compra de servicios que realiza la CCSS mediante contrataciones directas con proveedores privados. Para los dirigentes de UNDECA, el principal sindicato de la CCSS la compra de servicios es nada más que el “deseo oculto” de la CCSS de dejar en manos privadas la prestación de los servicios. Se teme que se esté socavando el sistema de salud solidario y accesible para toda la población. Por otro lado hay quienes estiman que estas alternativas deben ser apoyadas, siempre que signifiquen satisfacción para el paciente, aumento de la eficiencia y reducción de los costos.

5.4. la Mesa Tripartita, una experiencia interinstitucional e intersectorial

En relación con el trabajo interinstitucional e intersectorial en el campo de la salud sexual y reproductiva, se instaló en octubre de 1999 la Mesa Tripartita en Seguimiento a la Conferencia de Cairo. La iniciativa fue de la sociedad civil organizada y algunas instituciones estatales, propuesta que fue apoyada por la oficina del país del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA.) En este momento la Secretaria Técnica de la Mesa está conformado por representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, el Instituto Nacional de las Mujeres, la Asamblea Legislativa, tres organizaciones no gubernamentales (en representación de otras) la Defensoría de los Habitantes y el UNFPA.

Como logros de la Mesa Tripartita se pueden mencionar:

- un grupo de trabajo del Ministerio de Salud, retomó la priorización que realizó la Mesa sobre la salud sexual y reproductiva, como principales líneas de trabajo para la formulación de un Plan Nacional en Salud Sexual y Reproductiva.
- se ha concluido un documento (aún preliminar) que va a permitir discutir la instalación de un sistema de indicadores para el monitoreo de las metas de Cairo y Cairo más Cinco. Esto facilitará el trabajo de movilización de apoyos sociales y políticos en los temas que han sido definidos como prioritarios para la Mesa.

Como debilidades:

- no se ha logrado que la Mesa sea una instancia con visibilidad y peso en la opinión pública.
- no ha logrado posicionarse e institucionalizarse; es todavía un mecanismo débil
- no cuenta recursos financieros propios.

6. EQUIDAD DE GÉNERO

Costa Rica ha mostrado importantes avances en el desarrollo de mecanismos jurídicos e institucionales orientados a atender las necesidades de la población femenina, en función de una mayor equidad con los hombres. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para que estos logros sean alcanzados en forma articulada e integrando a todas las instituciones del estado costarricense.

El VII Informe del Estado de la Nación en su análisis de los desafíos que tiene el país respecto a las brechas de género menciona que: *“Se requieren profundos cambios en diversos ámbitos de la sociedad costarricense, para ampliar y consolidar los avances logrados hasta ahora. Esto es claro en lo que concierne la feminización de la pobreza, el reconocimiento del trabajo femenino, la inserción laboral de las mujeres y la segmentación del mercado de trabajo, lo mismo que con respecto a ciertos asuntos relativos a la educación, el manejo de la violencia contra las mujeres, la persistencia de rezagos institucionales y de recursos asignados a las políticas públicas específicas y a la participación política efectiva de las mujeres.”*

Veamos algunos datos sobre equidad de género en relación con aspectos importantes:

6.1. Fuerza de trabajo

En el 2001:

Población femenina

36.6% de la fuerza de trabajo es aportada por la población femenina , del total de trabajadores, el 46% son mujeres.

La distribución del empleo femenino por actividad económica es:

6% en agricultura,

17% en industria

76% en servicios.

Población masculina 27% en agricultura,

26% en industria

46% en servicios.

6.2. Participación laboral

La creciente incorporación femenina al trabajo y su marcado interés por el estudio es uno de los aspectos que más han influido en los cambios en el país. En 1980, por ejemplo, por cada mujer ocupada había tres hombres trabajando. En el 2000 esa relación era de 2 a 1.

El que las mujeres participen más en el mundo laboral conlleva, por lo general, el que tengan que asumir doble papel, pues siguen teniendo las mayores responsabilidades en las tareas domésticas. El país no cuenta con condiciones que le faciliten su tarea, por ejemplo mayores flexibilidades de horario y de contrataciones y mayor disponibilidad de guarderías infantiles y otros servicios. Esta situación genera mucha presión y estrés sobre las mujeres, lo que las pone en situación de desventaja frente a los trabajadores hombres.

El aumento de la participación de las mujeres al mercado de trabajo durante la década (1990 – 2000) ocurrió en condiciones desfavorables. Se pueden destacar las siguientes diferencias entre hombres y mujeres en el área laboral:

- Los hombres con una ocupación representan un 68,5%, mientras que para las mujeres es un 31,6%, lo que se da tanto en la zona urbana y rural.
- Las mujeres se ocupan en el campo de servicios, representando un 10,1% del total de la población ocupada, seguido de empleados administrativos con un 4,0%, en ambos grupos los datos relativos son superiores al de los hombres.
- La población desocupada en Costa Rica, la componen más hombres, pues representa un 57,2% mientras que el restante 42,8% son mujeres. Sin embargo, donde se concentra la mayor cantidad de desocupados es en el área de servicios, en donde el número de desocupadas es mayor que el de hombres, representando un 15,1% del total de la población desocupada.
- Por otra parte, se observa que en todos los casos los ingresos mensuales son mayores para hombres que para mujeres
- Otro dato interesante es que las personas que trabajan en el área de servicios el ingreso mensual está por debajo del promedio total nacional y uno de los más bajos de los los grupos ocupacionales. Coincidiendo con los datos de concentración de ocupadas y desocupadas.

En resumen, se puede decir que las mujeres se encuentran en su mayoría en las ocupaciones de servicios, donde el ingreso promedio es más bajo que en cualquier otra ocupación. Además, en cualquiera de las ocupaciones, el ingreso promedio de los hombres está encima del ingreso de las mujeres para el mismo tipo de trabajo.

6.3. Pobreza: feminización de la pobreza

La pobreza es un obstáculo estructural para el adelanto de las mujeres.

De los hogares donde la jefatura está en manos de mujeres, el 30% vive en condición de pobreza.

El VII Informe Estado de la Nación habla del “rostro femenino” de la pobreza y señala que: “cada vez son más los hogares pobres con jefatura femenina, lo que provoca que se amplíen las brechas respecto de las jefaturas masculinas. Al inicio de la década, el porcentaje de jefas pobres superaba a los jefes en 3,2 puntos porcentuales, mientras que en el año 2000 la diferencia fue de 7,9%. En particular, la pobreza es mayor en los hogares jefeados por mujeres más jóvenes (menores de 35 años), en los que resulta más probable la presencia de niñas y niños que crecen en medio de carencias. Asimismo, las jefaturas femeninas de la zona rural, al

igual que en el promedio nacional de hogares, son la que muestran mayor incidencia de la pobreza”.

6.4. Educación:

Las niñas y las mujeres asisten más que los varones a la educación regular, tanto en primaria como en secundaria, son los hombres a quienes les afecta más el abandono escolar, temporal o definitivo.

En 1999, el nivel de deserción de séptimo año de la educación regular, en los varones fue de 21,7%, comparado con 16,8% de mujeres. La deserción de III ciclo y educación diversificada fue de 13% en varones y 9,6% en mujeres.

El MEP informa que en 1999:

En secundaria por cada 100 hombres hubo 112 mujeres, aunque en la modalidad nocturna fue menor (97.)

En la rama agropecuaria e industrial por cada 100 hombres, hubo 58 mujeres.

En las especialidades de los servicios (secretariado, computación y contabilidad) son 200 mujeres por cada 100 hombres.

En las universidades estatales, hay 12 mujeres por cada 10 hombres según la matrícula.

El VII Informe del Estado de la Nación señala que no ha habido marcadas diferencias en los porcentajes de hombres que incursionan en carreras “tradicionalmente consideradas femeninas”, pero se observa un ligero aumento en el porcentaje de mujeres graduadas en carreras “tradicionalmente consideradas masculinas”.

6.5. Sexualidad y práctica sexual

En el país el 40% de las mujeres han iniciado su práctica sexual estando solteras, el 50% de las mujeres costarricenses tuvo su primera relación sexual entre los 16-21 años, siendo la edad promedio de 18.6 años.

Hay diferencia del comportamiento entre las mujeres de Área Urbana, y la de Área Rural, en esta última la edad promedio disminuye cerca de 6 meses.

El comportamiento de las generaciones más jóvenes está cambiando, ya que las mujeres entre 20-24 años tuvieron su primera relación sexual a los 17,6 años, mientras que el grupo de 40-44 años, lo tuvo a los 19,7 años.

Con respecto al uso de anticonceptivos, solamente el 29,8% de las mujeres los utilizaron en su primer encuentro sexual, de estas, el 48,7% utilizó métodos modernos, principalmente los orales, el 34,7% métodos de barrera (condón) y el 17% métodos naturales, particularmente el ritmo.

Las razones que dan las mujeres para no haber usado un método anticonceptivo en su primera relación son:

- lo inesperado del hecho (36%)
- el deseo de embarazarse (24%)
- desconocimiento (20%).

6.6. Violencia basada en el género.

En el año 2000 el panorama con respecto a la violencia que se ejerce contra las mujeres por su condición de subordinación social, es muy diferente a la que se presentaba a inicios de los años noventa. La acción realizada por organizaciones de la sociedad civil, especialmente las de mujeres, y por las instituciones estatales, ha logrado que amplios sectores de la sociedad costarricense sean más sensibles. Ahora esta forma de violencia constituye un problema más visible y las mujeres se atreven en mayor grado a denunciarlo.

A los hombres se les asignó un estilo de vida caracterizada por la agresión, lo que ha llevado a que la ejerzan sobre las mujeres, pero también sobre otros hombres y sobre sí mismos. De ahí la cantidad de accidentes por causas externas en las cuales los hombres presentan mayores riesgos, particularmente aquellos que están ubicados en la población plenamente productiva entre los 15 y 50 años.

6.7. Instrumentos jurídicos para la equidad de género

a) Entre los **compromisos internacionales** suscritos en esta materia por Costa Rica, se encuentran:

- La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW ratificada en 1984),
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará)
- El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994.)
- La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)
- El protocolo facultativo de la CEDAW.

b) **En el ámbito nacional:**

- Ley contra la Violencia Doméstica. (Ley No. 7586)
- Ley contra el Hostigamiento Sexual en la Docencia y el Empleo (1994),
- Código de la Niñez y la Adolescencia (1998) y la Ley contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad (1999.)

A pesar de que la Ley contra la Violencia Doméstica ha resultado una herramienta fundamental para la protección de las mujeres, en muchas ocasiones no ha resultado suficiente porque,

como no penaliza no implica sanciones. En octubre del 2001 fue aprobado en primer debate en la Asamblea Legislativa una Ley que busca penalizar la violencia en contra de las mujeres, sin embargo, por problemas de forma la ley fue devuelta a segundo debate en noviembre del mismo año.

c) En el **ámbito de la política**, en septiembre del 1999, el Tribunal Supremo de Elecciones obliga a los partidos políticos a ubicar un mínimo de 40% de mujeres en puestos elegibles en sus papeletas para municipalidades y diputaciones. En las elecciones de Febrero del 2002 uno de los partidos emergentes (de reciente fundación) ubicó un 50% de mujeres, mediante alternancia en la lista de candidatos a diputados. La asamblea legislativa quedó integrada por 20 mujeres de un total de 57 miembros (alrededor de un 35% del total de miembros.)

d) Un problema importante, tiene que ver con los **recursos asignados** dentro del gasto público para el cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por el país para el adelanto de las mujeres y en defensa de sus derechos. Los criterios de género no son suficientemente considerados en la asignación del gasto público, y está ausente una medición del impacto comparativo, en hombres y mujeres, de dicho gasto.

El desafío actual consiste en promover un amplio conocimiento de tales leyes y normas establecidas, tanto por parte de las mujeres y como de la población en general, así como el fortalecer los mecanismos para su aplicación.

e) Un logro importante ha sido la aprobación de la **Ley de Paternidad Responsable** en abril del 2001. Dicha Ley constituye una respuesta –administrativa- al número creciente de niños sin padre declarado.

El número de nacidos de madres solteras, pasó de 30.119 en 1990, a 39.627 en el año 2000, presentando un aumento de más del 20%. El porcentaje de nacimientos de padre no-declarado, aumentó en el mismo periodo con un 10% (de 21,1% en 1990 a 31,1% en 2000.)

Esta ley protege:

- principalmente al niño/a, obligando al papá a asumir la responsabilidad económica de su hijo/a.
- agiliza el proceso para que padre reconozca a su hijo(a) y asuma las responsabilidades económicas correspondientes.
- constituye un instrumento para trabajar sobre el significado de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, con hombres y mujeres de todas las edades.

La Ley le da la opción a la madre de firmar una declaración que indique el nombre del presunto padre, quien puede aceptar su paternidad, o, de no aceptarlo, tiene derecho a realizarse una prueba de ADN. De probarse que es el padre biológico tiene que subsanar los gastos alimenticios de la hija o hijo incurrido por las madres desde el embarazo y por un plazo de 12 meses, hasta la definición legal de la pensión alimenticia.

Se espera que con la Ley de Paternidad Responsable, el número de nacimientos de padre no declarado baje en los próximos años.

La idea de una paternidad responsable va más allá de un reconocimiento legal y de apoyo económico: plantea la necesidad de una participación real del padre en la crianza de los hijos/as como proveedor afectivo.

Se necesita flexibilizar el papel del padre y de la madre en la crianza de los hijos / as. Para esto se requiere grandes transformaciones para las próximas generaciones, entre estas: el trabajo sobre la construcción de las masculinidades y relaciones de pareja más democráticas que las que se conocen en la actualidad.

7. LAS FAMILIAS

En Costa hay muchos tipos de familias. Su conformación ha cambiado por varias razones: los cambios en la población, los cambios económicos y culturales.

Ahora, la mayoría de las familias son pequeñas. La gente piensa que una familia pequeña es más fácil de mantener y se le puede dar mejores condiciones de vida.

La familia tradicional y legalmente formada, ha estado compuesta por un papá que se preocupa de sostener económicamente el hogar y una mamá encargada de dar cuidados y afecto a sus hijos / as. Actualmente son menos los hogares de este tipo, más bien han crecido los formados por solo la mamá o el papá (lo cual podría estar indicando un cambio en los papeles de género) y ha aumentado el número de parejas que se deciden por la unión libre. Estas situaciones hacen que en la vida cotidiana de la familia se renueve las relaciones entre sus miembros, por ejemplo el ser mamá y ser papá.

Hay un cambio en la condición de la mujer, cuya prioridad de vida ya no es solamente la maternidad, sino que, con mayor frecuencia incluye la realización profesional y la mayor participación en la estructura política y económica de la sociedad.

En hogares con una pareja conyugal predomina la jefatura masculina, mientras que, a la inversa, en hogares uniparentales es significativamente mayor la jefatura femenina. La tasa de hogares con jefatura femenina ha aumentado en la última década con 4,2%, para llegar a un 22,2% en el año 2000.

<p>El número de matrimonios bajó de 7,4 a 6,1 entre 1990 y 2000. Las personas se casan con más edad que antes, las mujeres de los 22,9 hasta 24,2 años y los hombres entre los 25,7 hasta 27,6 años. La razón de divorcios aumentó considerablemente, de 14,5 a 39,8 por cada 100 matrimonios inscritos.</p>

7.1 Número deseado y espaciamiento de los hijos/as

Las parejas desean tener menos hijos, esta es una tendencia desde 1964. A partir de 1992 se ha dado un cambio importante, los hijos ya no son tan seguidos como antes, se espera más tiempo entre un hijo y otro. Conforme aumenta el número de hijos tenidos vivos, una mayor cantidad de mujeres dicen que no desearon su último hijo y un mayor señalan que no desea un próximo hijo.

En 1999 había una relación entre la religión y el número de hijos tenidos vivos. En las personas de religión católica una mayor porción de mujeres dicen haber deseado su último hijo y una mayoría de mujeres desean otro hijo.

<p>Los embarazos no deseados no han cambiado desde 1992, se mantiene alrededor del 42%. De estas mujeres, el 29% no deseaba el último embarazo, y un 12% deseaba esperar. Estos datos llaman la atención si se toma en cuenta que hay un 80% de uso de anticonceptivos, lo cual</p>

podría indicar sobre el uso inadecuado de estos métodos.

7.2. Violencia Intrafamiliar

Por violencia a lo interno de la familia se señala que mueren, en promedio, dos mujeres cada mes. Esta es sólo una de las más visibles e irreparables consecuencias de la agresión cotidiana que sufren las mujeres costarricenses. Aunque se sabe que la agresión dentro de la familia y el abuso sexual son realidades con dimensiones mucho mayores de las conocidas y admitidas hasta ahora.

Las mujeres, las niñas, los niños y las (os) adolescentes, las personas mayores y las personas con discapacidad son las más agredidas y junto con las víctimas de abuso sexual extrafamiliar son las personas que más acuden a los servicios de atención. Estos tipos de violencia ocurren en todos los tipos de familia: ricas y pobres, rurales y urbanas, de todas las etnias y religiones.

Un año después de que entrara en vigencia la Ley contra la Violencia Doméstica (1997) y hasta el año 2000, el número de demandas por violencia se duplicó (32.643 en el último año), posiblemente por que ahora hay una mayor conciencia y sensibilización social ante el problema y hay más lugares que brindan servicios a las personas afectadas. Sin embargo, 43% de las medidas provisionales que se levantan, principalmente por que las víctimas no se presentan.

Un estudio de opinión pública en población urbana realizado en 1996 por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR, reveló que en el ámbito intra familiar un 36.3% conoce a un hombre que golpea con frecuencia a su pareja, el 21.4% de las personas del área urbana afirma conocer a un hombre que obliga a su esposa a tener relaciones sexuales, el 21% afirmó conocer a personas adultas que tienen contacto sexual con niñas, niños y adolescentes y el 19.5% dijo saber de personas que enseñan pornografía a niños o niñas.

8. LAS PERSONAS ADOLESCENTES Y JÓVENES

En el año 2000 Costa Rica contaba con 1.163.810 personas entre los 10 y los 24 años. Esto significa que un 30,54 % de la población total está conformada por jóvenes. Por su parte, 10,4% de la población total del país la conforman la gente adolescente, es decir, las personas que tiene entre 12 y 18 años.

El 50% del total de personas pobres son niños y adolescentes y el otro 50% son personas con edades de 18 en adelante. Hay que tener presente que las personas entre 0 y 17 años son el 40% de la población total.

La mayoría de las personas adolescentes no conocen sus derechos y sus deberes y esto hace que su organización y participación en los asuntos de la comunidad, de la escuela y de la familia sean mínimas. Además, de que no hay espacios de integración a la vida cultural, social, económica y política del país.

Algunas situaciones hacen que este grupo pueda estar en riesgo:

1. Iniciación sexual temprana y sin protección, con consecuencias en embarazos tempranos y en enfermedades de transmisión sexual.
2. Explotación sexual comercial de niños, niñas y principalmente adolescentes.
3. Mayor incidencia de la pobreza para la población de 0 a 17 años.
4. Adolescentes trabajadores expuestos a la explotación laboral y otros riesgos asociados.
5. Violencia.
6. Mayor riesgo y vulnerabilidad de las personas adolescentes inmigrantes.
7. La falta de cumplimiento de los derechos de la población adolescente.
8. La deserción del sistema educativo.
9. La población adolescente recurre poco a los servicios de salud.

8.1. Sexualidad adolescente

8.1.1 Actitudes y prácticas de la sexualidad adolescente.

Según un estudio que hizo el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) de la CCSS en el año 1998, las personas adolescentes tienen como modelos, a la hora de construir su identidad como hombres o como mujeres, según sea el caso, la visión social y cultural tradicional, caracterizada por patrones sexistas y estereotipados presentes en las instituciones sociales como la familia, los medios de comunicación, la educación y la religión.

Esta visión les limita a la hora de pensar el proyecto de vida, pues estos proyectos deben responder a lo que está establecido socialmente para los hombres y para las mujeres, se une, además, las situaciones socioeconómicas y el hecho de que no existe información y orientación sobre las posibilidades reales para estructurarlos. También se encontró que los conocimientos y actitudes sobre la sexualidad y las relaciones de pareja adolescentes, están matizados por tabúes, mitos, estereotipos y desinformación.

Según datos preliminares de un estudio personas de entre 10-12 años habían hablado sobre sexualidad con:

- la maestra un 42,2%
- la mamá un 31,5%
- el papá un 12,2%
- parientes, hermanos y vecinos un 6%
- amigos / as un 4,1%
- personal de salud un 2,2%
- no había hablado con nadie un 14,8%.

Los datos mencionados muestran la importancia que juegan sobre todo la familia y las instituciones educativas en la educación sexual de adolescentes.

“El aprendizaje de la sexualidad se da principalmente a través de los amigos, en la calle y por los medios de comunicación colectiva que resulta insuficiente. Los padres de familia no desempeñan una función educativa, y cuando lo hacen, ya llegan tarde con la información. Lo que aprendan en la escuela es una explicación muy fisiológica, que no llena las expectativas de los adolescentes. Los adolescentes están preocupados por aprender acerca de las relaciones sexuales genitales en forma integral”. Estudio del PAIA

En relación con la socialización, la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, la maternidad y la paternidad adolescente, el estudio descubrió lo siguiente:

- Papeles sexuales estereotipados que determinan relaciones desiguales o abusivas, contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseados.
- Valores negativos sobre la sexualidad.
- Poca comunicación sobre el tema de la sexualidad con la familia.
- Información y educación muy limitadas.
- Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos tanto de las mujeres como de los hombres.
- Ejercicio de la sexualidad en situaciones de riesgo.
- Desinformación y mitos sobre las ETS, y en particular del VIH/SIDA, sus formas de prevención y de contagio.
- Concepciones genéricas y mitos que limitan el acceso y el uso de métodos anticonceptivos.
- Prostitución en edades tempranas.

En la población adolescente, hay baja incidencia de casos SIDA, pues sólo se encuentran registrados 8 casos de 10 a 14 años y 36 casos de 15 a 19 años, lo que demuestra que un gran porcentaje de los casos reportados se contagió en el periodo de la adolescencia o la juventud, esto teniendo en cuenta que el VIH/SIDA puede manifestarse hasta 15 años después de adquirido.

8.1.2. Embarazo en adolescentes.

El embarazo en adolescentes bajó en los últimos diez años, pero el descenso es mucho menor que en otros grupos de edad. Esto indica que los programas de consejería en salud sexual y reproductiva, han tenido menos impacto en la población joven que en otras poblaciones y por lo tanto, hace falta revisar los programas dirigidos a la población en general y los programas dirigidos a adolescentes en particular.

Aproximadamente el 30% de los embarazos de las adolescentes tiende a ocurrir después de dos años de haber abandonado el colegio. En el año 1999, solamente el 7,8% de las madres menores de 20 años estudiaba, el 87,2% de ellas se dedicaba a los oficios domésticos o del hogar. Del total de nacimientos de mujeres entre los 15 y 18 años, el 76,5% se produjo fuera del matrimonio, y el 47,3% es de padre no declarado.

Según los estudios, muchos de los papás de los hijos e hijas de las adolescentes son adultos, tal situación podría indicar posibles violaciones a los derechos de la niñez y adolescencia.

Se creó una ley para amparar a estas mamás, es la Ley General de Protección de la Madre Adolescente (Ley No.7735), con ella se busca establecer que las instituciones coordinen políticas y programas que prevengan, den apoyo, en fin atiendan problemática del embarazo adolescente. Para ello se constituyó el Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente.

Esta Ley define las responsabilidades de algunas de las instituciones:

- La Caja Costarricense del Seguro Social debe brindar atención médica gratuita a las madres adolescentes y a sus hijas e hijos, aunque no se encuentran aseguradas.
- El Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) se compromete a impartir cursos vocacionales dirigidos a esta población.
- El Ministerio de Educación Pública, debe facilitar las condiciones para que las madres adolescentes completen el ciclo educativo básico.
- Ministerio de Trabajo tiene la responsabilidad de crear una bolsa de empleo especial para madres adolescentes mayores de 15 años.

Buena parte de los mandatos que esta ley define para las instituciones fueron posteriormente retomados en el Código de las Niñez y la Adolescencia, adquiriendo así el tema de los derechos de las madres adolescentes un reconocimiento integrado (ídem.)

El VII Informe del Estado de la Nación señala la alta proporción de nacimientos en madres adolescentes como un problema urgente en materia de salud de las mujeres en Costa Rica, y dice que *“la fecundidad adolescente no sólo debe llamar la atención desde el punto de vista de la sanidad, de la eficiencia de los programas de atención y del impacto de la legislación en torno a la salud y los derechos reproductivos, sino también en lo que se refiere al desarrollo integral de este grupo de población, pues los embarazos tempranos comprometen su futuro desde todo punto de vista”*.

8.2. Prostitución y explotación sexual infantil y juvenil

Las estadísticas evidencian ciertas constantes en cuanto prostitución y explotación sexual infantil y juvenil que son importantes tomar en cuenta al momento de diseñar políticas dirigidas a erradicar este fenómeno:

- La mayoría de quienes están siendo prostituídas y/o explotadas sexualmente son niñas y adolescentes mujeres.
- Las niñas y adolescentes que son iniciadas/os en la prostitución tienen entre los 11 y 13 años.
- La mayoría ha sido maltratada físicamente o ha sido testigo de violencia intrafamiliar.
- La mayoría ha sido víctima de abuso sexual o violación por familiares.
- La mayoría ha salido de sus hogares a causa del abuso sexual o violación que han vivido.

8.3. Trabajo y Educación

Las encuestas de hogares calcularon que para 1990 el 14% de las personas entre 12 y 14 años trabajaban. Para 1998 el porcentaje aumentó a 16%. Para el grupo de edades de 15 a 17 años en 1990 se encontraba laborando un 36% y ascendió a 38% en 1998, lo que equivale a 80.325 adolescentes.

En abril del año 2001 el Ministerio de Trabajo tenía únicamente 1.945 adolescentes trabajadores de 15 a 17 años y 10 menores de 15 años registrados, lo que refleja un alto sub-registro de la población trabajadora infantil y adolescente.

El abandonar escuela incide para que los y las menores trabajen y generalmente lo hacen en malas condiciones. Y, aún cuando se han hecho esfuerzos para evitar que menores de 15 años trabajen, se detenga y regule el trabajo de mayores de 15 y menores de 18 años, todavía hay muchas dificultades para lograrlo.

Lo anterior significa que más de un 40% de la población adolescente no termina su educación secundaria. Aún tomando en cuenta los programas especiales que el MEP ha puesto a funcionar para que la población desertora del sistema termine su educación secundaria, más de una tercera parte de la población adolescente no logra esta meta.

Con base en las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples, el VII Informe Estado de la Nación examina la naturaleza del problema de la no-asistencia al sistema educativo, en población de 5 a 17 años. En el 2000, un 39,9% de los encuestados señaló tener que trabajar, ayudar en los oficios domésticos o no poder pagar los estudios (mientras que en 1998 ese porcentaje fue cercano al 31,8%), un 41% de las personas argumentó que tiene problemas de estudio o que no le interesa el aprendizaje. Estas razones tienden a provenir con más frecuencia de quienes viven en hogares clasificados como no pobres que de aquellos que viven

en hogares pobres, lo que pone el acento en el tema de la calidad de la educación.

La no- asistencia a la escuela, es un riesgo para que los y las adolescentes se desarrollen plena e integralmente, y hace más grandes las brechas e inequidades sociales, sobretodo porque se tiene menos posibilidades de trabajo en buenas condiciones en el futuro. Esto también perjudica al país que busca desarrollarse por medio de tecnologías de punta, las cuales requieren de una población muy calificada en edad de trabajar.

De cada grupo de estudiantes que se matriculan, sólo, entre el 40 y 50% alcanzarán a concluir la secundaria. Algunas de las razones son las siguientes:

- existen serias limitaciones de recursos para mantenerlos o reintegrarlos al sistema, plenamente y en condiciones adecuadas.
- hay problemas en el proceso de enseñanza-aprendizaje que se lleva a cabo dentro de las aulas.

Es de suponer que las condiciones y causas de la deserción estudiantil son diferentes para hombres y para mujeres. Sin embargo, no existen investigaciones al respecto, por lo que sería conveniente estimularlas. En general, el proceso enseñanza - aprendizaje está centrado en el contenido y pocas veces en los y las estudiantes, además dominan enfoques adulto-centristas y autoritarios, que dejan reducido espacio para que los estudiantes expresen sus ideas o participen en la formulación de propuestas para su propio bienestar.

8.4. Violencia.

- Tanto el Hospital Nacional de Niños como el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) han visto un aumento significativo de las denuncias por diversos tipos de violencia, lo cual es alarmante si se toma en cuenta que únicamente una cantidad muy por debajo de la cifra real llega al conocimiento de las instituciones estatales. De enero a septiembre del 2000 el PANI atendió a 17.316 niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 9% - 1.564 casos-resultaron ser afectados por las diferentes manifestaciones de violencia intrafamiliar –física, emocional o sexual-.
- La Defensoría de los Habitantes (Área de Niñez), en su informe del año 2000-2001, en relación con el cumplimiento de los derechos de la niñez, señala: *“En realidad muchas son las condiciones y razones que llevan a los adultos a castigar o tratar injustamente los asuntos de los niños y niñas. Lo que sí parece ser un común denominador es la incapacidad de verlos como seres humanos con derechos propios.”*
- De acuerdo con estudios realizados por UNICEF, existe una imagen negativa de los y las adolescentes; un 66% de los adultos los perciben como fuente de conflicto, peligro y enfermedad y como objeto de explotación de diferentes maneras.

8.5. Adolescentes inmigrantes.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, el 16% de los nicaragüenses que viven en Costa Rica son adolescentes (52,800.) El 3,2% de los alumnos matriculados en colegios públicos del país son nicaragüense (28.385 personas.)

Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1999, existen diferencias en los niveles educativos entre costarricenses y extranjeros radicados en Costa Rica. Por ejemplo, en 1999 el promedio de años de estudio para los costarricenses fue de 7,4 años, para nicaragüenses 5,7 años y para no nicaragüenses 11,1 años (esto para personas con 15 años y más.) Otro estudio indica que cerca de un 51% de los inmigrantes nicaragüenses tiene primaria incompleta o menos.

Los nicaragüenses que quieren entrar al sistema educativo costarricense encuentran problemas de reconocimiento de niveles aprobados en Nicaragua porque muchos no tienen los documentos necesarios. Para los docentes es difícil de manejar la condición de extra-edad y el hecho de que muchos niños y niñas inmigrantes llegan a integrarse una vez comenzado el curso lectivo, debido a su participación en la recolección de café en los primeros meses del año. Según la OIM las actitudes de intolerancia y manejo de estereotipos por su nacionalidad, genera baja autoestima entre los niños y niñas inmigrantes, perjudicando su rendimiento.

8.6. Salud.

La población adolescente recurre poco a los servicios de salud:

- Las personas adolescentes suelen ser biológicamente sanas y reacias a demandar servicios de salud, sobretodo, en el marco del modelo de atención tradicional. El desarrollo de un modelo de atención más integral debería implicar un esfuerzo mayor de los equipos de salud por capacitarse para abordarlos y por estimular su participación.
- Los varones y mujeres adolescentes que no van a la escuela son quienes menos solicitan los servicios de salud, esto significa que están fuera de dos beneficios esenciales: la salud y la educación.

Un logro importante es el hecho de que Costa Rica cuenta con un programa nacional para adolescentes (PAIA), con un desarrollo conceptual y metodológico avanzado y con reconocimiento internacional. Sin embargo, se encuentra entre los programas con coberturas más bajas alcanzadas por los servicios de la CCSS, tal vez, porque persiste la idea de que la población adolescente no requiere servicios de salud, si éstos se siguen entendiendo como acciones para curar enfermedades.

El comportamiento en el nivel regional muestra que la cobertura total más alta la

logró la región Chorotega (37%), la región que debe mejorar su cobertura en este programa es la Brunca ya que alcanzó un 24%.

La CCSS, a través del PAIA, cuenta con una línea telefónica, denominada *Cuenta Conmigo* y brinda atención preferencial a la adolescente embarazada. El PAIA elaboró manuales para la realización de consejerías en salud sexual y reproductiva, y está capacitando a integrantes de equipos de apoyo para que trabajen el tema con un enfoque integral y de respeto a las decisiones de los y las adolescentes.

8.7. Política de Juventud

La dinámica demográfica de Costa Rica ofrece en la actualidad el llamado “bono demográfico”, en el sentido de que en las próximas décadas, un contingente grande de población joven se incorporará a la fuerza de trabajo y en consecuencia la relación de dependencia entre las personas en edades productivas con las personas económicamente dependientes será favorable por un determinado periodo.

Esta característica de la dinámica de la población constituye una oportunidad para el país, si se sabe aprovechar, mediante decisiones acertadas en inversión social. El llamado “bono demográfico” no actúa por sí sólo. Se requieren decisiones precisas de inversión social para que la incorporación laboral de esa población joven se produzca en condiciones de alta productividad. Así es que plantea el VII Informe del Estado de la Nación que *“de lo que se logra hacer en los próximos cinco o diez años, para ofrecer educación y empleos de calidad a estos jóvenes, puede depender lo que se consiga en términos de desarrollo humano en los próximos cuarenta o cincuenta años”*.

El 18 de abril del 2002 la Asamblea Legislativa aprobó la Ley N° 8261, Ley General de la Persona Joven. Dicha ley crea las instancias gubernamentales, el Consejo Nacional de Política Pública de la persona joven y el Sistema Nacional de Juventud y como instancias de la sociedad civil, crea los Comités Cantonales de la persona joven y la Red Nacional Consultiva de personas jóvenes. Las políticas deberían ser aprobadas tanto por el Consejo (como instancia gubernamental) como por la Red; lo que supone que tendrá que darse un proceso de consulta y validación de las propuestas de políticas.

La necesidad de que el país contara con políticas de este tipo había sido expresada desde hace años, sin que hubiera sido posible su aprobación. Probablemente, el impulso dado al país por los Programas Amor Joven y Construyendo Oportunidades, durante la Administración Rodríguez Echeverría, sirvió de catalizador para dar elementos renovados al tema.

Otra limitación digna de ser señalada tiene que ver con el proceso de consulta que se siguió, en el cual hubo inconsistencias y poca participación.

Para el futuro sería interesante retomar esta ley, recuperando contactos y resultados preliminares, sobre todo en el marco de la Cooperación del Sistema de Naciones Unidas en el país.

9. LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La población de adultos mayores crece más rápido que cualquier otro grupo de edad. El envejecimiento se presenta por efecto combinado de una mortalidad baja y estable y una disminución de la tasa de fecundidad.

De acuerdo con el censo, en el año 2000 había 301.474 personas mayores de 60 años en el país, con un mayor número de mujeres que de hombres. Se estima que en los próximos 50 años la cuantía de personas mayores de 60 años se triplicará, hasta alcanzar un 23,3.

Las personas adultas mayores residen especialmente en las zonas urbanas; mayoritariamente en la región Central, y en menor proporción en la región Norte.

Laboralmente, las personas de 60 años y más que trabajan, representan cerca del 5% de la fuerza total laboral del país. La mayoría se encuentran entre los 60 y los 70 años y la mayor parte son hombres -83,3%- (lo que además revela un sub-registro del trabajo de las mujeres.)

De acuerdo con datos del INEC (1999) en Costa Rica más de la mitad de las personas mayores de 60 años no son pobres (59,6%) pero hay una tendencia a que a mayor edad aumenta el nivel de pobreza de las personas, además, es un fenómeno que afecta más a las mujeres que a los hombres.

En Costa Rica, al igual que en muchos otros países de América Latina, solamente una minoría de la población mayor de 65 años recibe una pensión: en la zona rural el 21% y en la zona urbana un 42%, lo que significa que un segmento de la población adulta mayor queda en una situación de fuerte dependencia de sus familiares o de las instituciones públicas y privadas de apoyo. En el año 2000, en el marco de la Ley de Protección al Trabajador, se otorgaron a personas mayores de 60 años en condición de pobreza, once mil nuevas pensiones del Régimen No Contributivo de la CCSS y se reasignaron 1.373 más, para un total de 12.381 pensiones.

En relación con el envejecimiento de la población conviene llamar la atención acerca de los siguientes puntos:

- Se requiere a corto plazo mejorar el sistema de atención y prevención de problemas de salud, producto del envejecimiento. En el largo plazo preocupa la infraestructura y las dotaciones de recurso humano especializado en geriatría, tanto profesionales como técnicas.
- El Régimen de Pensiones no Contributivas de la CCSS, se verá seriamente afectada por el aumento de la población en edad de jubilación y por la desproporción entre el número de cotizantes y el número de pensionados.

El 45% de las personas económicamente activas no cotiza para ningún régimen de pensiones por lo que esta población no tiene garantizado los medios de subsistencia para la vejez. Se

estima que en la actualidad por cada pensionado hay aproximadamente 10 trabajadores que cotizan a los seguros sociales, y hacia el año 2050 habrá solamente dos cotizantes por cada pensionado

- Son problemas de las personas adultas mayor: la soledad física o psicológica, la falta de atención y de cuidados, el maltrato físico o verbal, la falta de dinero y de vivienda.
- Es probable que se presenten cambios en el apoyo de la red familiar desde dos perspectivas. Por una parte, las familias son cada vez más pequeñas y las mujeres, quienes tradicionalmente han tenido a cargo la atención de las personas mayores, tienen en la actualidad más oportunidades laborales fuera del hogar. Por otra, al ser más pequeñas las familias, es probable que tendrán mejores posibilidades para asumir los gastos, lo cual facilitaría el cuidado de las personas mayores.

La aprobación de la Ley no. 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor del 19 de octubre de 1999, con un enfoque de derechos puso en evidencia la gama de situaciones a las que la sociedad aspira y también las que se incumplen o se cumplen sólo parcialmente; abrió posibilidades para el desarrollo y la ejecución de políticas públicas, con un mayor sentido de equidad, asimismo, creó impuestos sobre licores y cigarrillos destinando importante cantidad de recursos a programas dirigidos a atender esta población.

El Consejo Nacional de la Atención de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), contando con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, logró aprobar una “Carta de Intenciones”, presentada oficialmente el 25 de abril del 2002.

10. LAS PERSONAS MIGRANTES

Históricamente Costa Rica se ha caracterizado por ser un país receptor de población migrante. Según el Censo 2000, el 92% de la población de Costa Rica es no migrante, frente a un 8% de migrantes.

La inmigración de nicaragüenses es probablemente el fenómeno demográfico que está más presente en la opinión pública y en la mente de los costarricenses en los últimos años. Los datos del censo 2000 revelan que hay 226.374 nicaragüenses en Costa Rica. Esta cifra puede ser mayor, ya que por razones metodológicas en el Censo solamente se incluyeron personas que tenían 6 meses o más de estar en el país y a personas con condiciones de permanencia legal en el país.

Por otro lado, en los últimos años ha aumentado significativamente el número de colombianos/as que solicitan estatus de refugiado en Costa Rica, debido a la violencia e inseguridad que pasan en su país de origen.

El número de solicitantes para el año 1999 fue de 82 de las cuales 78 fueron reconocidas y 4 denegadas, y el acumulado del 01 de enero del 2001 al 22 de abril del 2002 se han presentado 8.994 solicitudes de refugio de ciudadanos colombianos, de los cuales 1.264 se encuentran pendientes de resolver

Cálculos realizados con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1999, dicen que existen diferencias en los niveles educativos entre costarricenses y extranjeros radicados en Costa Rica.

En 1999 el promedio de años de estudio para los costarricenses fue de 7,4 años, para nicaragüenses 5,7 años y para no nicaragüenses 11,1 años (esto para personas con 15 años y más.) Otro estudio indica que cerca de un 51% de los inmigrantes nicaragüenses tiene primaria incompleta o menos.
De un total de 889.972 alumnos (combinado: nacionales y extranjeros, pública, semipública y privada; diurno y nocturno) matriculados inicialmente en el año 2000, aproximadamente el 3,2% son nicaragüenses (28.385 alumnos.)

10.1 Migrantes nicaragüenses

Desde la década del 70 hasta el momento la dinámica migratoria se ha constituido en un proceso constante, agudizado por factores políticos, sociales y desastres, se puede decir que los factores determinantes han sido la contracción económica y los conflictos bélicos.

Los y las nicaragüenses que migran hacia Costa Rica procuran insertarse en las regiones con mayor dinamismo económico, porque encuentran más fuentes de trabajo.

Datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 1999:
un 57,6% de los migrantes nicaragüenses (más de la mitad) residen en la Región Central y dentro de ésta la mayor presencia se observa en el Área Metropolitana con un 34,8% del total

(a diferencia de la población en general, de la cual un 27% se concentra en esta área.) También se concentran en gran número en zonas fronterizas con Nicaragua.

Según la Encuesta de Salud Reproductiva y Migración Nicaragüense en Costa Rica 1999-2000 (ESR 1999-2000), el 40% de los inmigrantes nicaragüenses tienen edades entre los 15 y los 29 años. Un poco menos de un 25% se encuentra entre los 30 y los 44 años. Se estimó que el total de mujeres nicaragüenses en edad fértil es de 93.000 mujeres, casi una cuarta parte de ellas tiene entre 20 y 24 años.

En cuanto a tendencias y consecuencias de la migración nicaragüense hacia Costa Rica se puede señalar que,

- cuando en la familia nicaragüense no hay hijos en edad productiva, generalmente se produce la emigración del jefe o la jefa de hogar.
- Si el hombre emigra, la mujer asume el papel proveedor y se incorpora a otras actividades económicas para aumentar su contribución al núcleo familiar.
- Regularmente, a mediano plazo, el hombre emigrante establece otra familia en el país de destino y las remesas son esporádicas.
- Cuando las mujeres deciden emigrar, tienden a apoyar la emigración de otros miembros de la familia, con el objetivo de reunificarlos.
- Las mujeres emigrantes sufren más explícitamente que los hombres los efectos socio-emocionales de la migración en sus vidas.
- Para ingresar al sistema educativo encuentran problemas de reconocimiento de niveles aprobados en Nicaragua porque muchos no tienen los documentos necesarios. Para los docentes es difícil de manejar la condición de extra-edad y el hecho de que muchos niños y niñas inmigrantes llegan a integrarse una vez comenzado el curso lectivo, debido a su participación en la recolección de café en los primeros meses del año. Según la OIM las actitudes de intolerancia y manejo de estereotipos por su nacionalidad, genera baja autoestima entre los niños y niñas inmigrantes, perjudicando su rendimiento.
- Las nicaragüenses usan mucho menos los servicios de salud del país que las costarricenses: un 83% (vs. 66%) consultó un médico en el último año; el 59% (vs. 83%) tuvo un control prenatal adecuado; y el 91% (vs. 96%) tuvo atención profesional al parto.
- Para 1999 se calculó que un 12.3% del total de nacimientos en Costa Rica correspondió a madres de nacionalidad nicaragüense.
- El costo estimado de la atención de extranjeros (de lo cual un 97% es de origen nicaragüense) representó en 1997 el 4.4% del gasto total del Seguro en Salud.
- Las actividades de salud preventiva tienen menor cobertura entre las nicaragüenses que entre las costarricenses.

Un 45% de las costarricenses acostumbran auto examinar los pechos como medida preventiva para el cáncer mamario, comparado con un 27% de las nicaragüenses. Solamente el 37% de las últimas se hizo el papanicolau en el último año, comparado con un 45% de las costarricenses

- De acuerdo a la ESR 1999-2000, las inmigrantes nicaragüenses presentan una situación de salud más favorable en tres aspectos, comparadas con las costarricenses: menor tabaquismo menos partos por cesárea y mayor proporción de mujeres vacunadas contra tétanos en los últimos 10 años.
- Aún existe un alto porcentaje de mujeres nicaragüenses que no tiene control prenatal o que tienen un control inadecuado.

Un 10% señalan no haber tenido control de su último embarazo y tan solo un 62% tuvieron el primer control en el primer trimestre. En comparación, los porcentajes para las costarricenses son 3% y 84% respectivamente.

- Por otra parte, las inmigrantes también tienen menor número de controles que las costarricenses, por ejemplo, un 9% tienen menos de tres controles, en comparación con el 1% de las costarricenses. Es razonable pensar que la condición de ser migrante ilegal contribuye a que las mujeres nicaragüenses recurran menos a los servicios de salud.
- La prevalencia anticonceptiva entre los inmigrantes nicaragüenses alcanza el 70%, lo que es más alto que la prevalencia en Nicaragua (60%).

Los métodos anticonceptivos más utilizados por la población nicaragüense en Costa Rica son los anticonceptivos modernos (39%) y la esterilización (20%). Entre los anticonceptivos modernos, los más importantes son los anticonceptivos orales (22%) y los inyectables (11%). El uso de métodos de barrera y los tradicionales establecen la diferencia entre los grupos analizados.

El porcentaje de inmigrantes nicaragüenses que hace uso de los métodos tradicionales (3%) es mucho menor que el de las nativas (9%). Asimismo, el porcentaje que hace uso de los métodos de barrera es menor: un 7% comparado con un 12% de las costarricenses

10.2 Políticas sobre migración

La administración Rodríguez Echeverría (1998-2002) elaboró una propuesta de Ley de Migración (14269) que sin embargo no llegó a ser aprobada. Como paso preliminar el Consejo Superior de Trabajo promulgó la Declaración de Principios para una Política Migratoria Laboral en Costa Rica. Esos lineamientos parten de la premisa de que los trabajadores migrantes contribuyen de manera positiva al desarrollo económico y social del país y que la aplicación de las políticas en este campo debe efectuarse con pleno apego al marco constitucional, a la ley y al respeto por los derechos humanos de los trabajadores. En 1999 el estado decretó el Proceso de Excepción destinado a regular el estatus migratorio de aquellos ciudadanos centroamericanos, y principalmente nicaragüenses, que residían en forma irregular en el país y que habían ingresado con anterioridad al 9 de noviembre de 1998.