UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

EEG
Escuela de
Estudios Generales

EDNA
Estado de los
Derechos de la Niñez y la Adolescencia

unicef

CDN30
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

PRIDENA UCR

EG

IX INFORME DEL ESTADO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN COSTA RICA

EDNA 2019

3. Área de Derechos de Supervivencia

IX Informe EDNA

3. Área de Derechos de Supervivencia

En esta área de derechos se analizó la variable de supervivencia, entendida como la condición de mantener la vida y la calidad de vida mínima para mantener la dignidad humana. Si bien esta variable supone indicadores que posibiliten la vida, también implica indicadores que permitan prever amenazas para la vida.

3.1 Algunos datos sobre la población en estudio

De acuerdo a la CDN (artículo 6), "*los Estados partes reconocen que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida… (y) garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño*". Asimismo, del artículo 24 al 27 de la CDN, especifican elementos sobre mortalidad materna, y mortalidad infantil, la asistencia médica y sanitaria, control prenatal y postnatal, prevención en salud, entre otros elementos para el desarrollo integral de las personas de 0 a 18 años.

En cuanto a los ODS, se destacan como elementos por considerar lo que incide directamente en las posibilidades para la vida, como evitar el hambre, garantizar las condiciones de salud, infantil y materna, acceso al agua, y un ambiente libre de contaminantes.

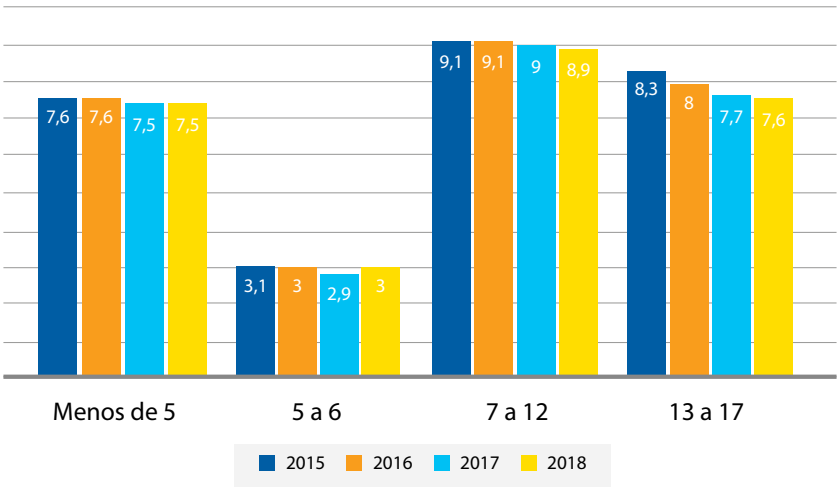
La idea de línea de vida se asociada con la manera en que la vida social se estructura a través del tiempo. La distribución temporal se relaciona con actividades, ritmos de vida, propensión a enfermedades, modos de entretenimiento, variedad de actividades recreativas, lo cual marca la condición de los grupos etarios en hitos tales como nacimiento y muerte de los seres queridos, acontecimientos significativos, momentos de ruptura o crisis, e incluso experiencias traumáticas.

Los acontecimientos sobre mortalidad materna o mortalidad infantil son parte de la línea de vida que se teje en torno a las personas, marcándolas de forma significativa para su supervivencia y desarrollo. No solo se trata de entender el componente demográfico desde una perspectiva cuantitativa, sino de indagar y reflexionar sobre sus implicaciones cualitativas. Tal como se observa en el gráfico 1, la población de NNA tiende a disminuir en todos los segmentos de grupos de edad de manera constante, especialmente de 13 a 17 años, para un total de población de 5 003 402 millones de habitantes. En total para el 2018 la población de 0 a 17 es de 1 341 920 millones, un 26,9% de la población son PME.

Un tema que preocupa es la creciente falta de equidad en el país, lo cual ensancha las brechas sociales, y éstas se marcan de manera geográfica, como se señaló en el capítulo anterior. Al analizar el componente demográfico, se puede apreciar que, si bien la proyección de población de NNA es bastante similar en todo el país, pero aumenta más en las zonas costeras, las cuales, a su vez, son las que brindan menores oportunidades para la calidad de vida y desarrollo de la población en general, y donde se aprecia, por ende, un menor control de la natalidad. Estas zonas disminuidas también van a tener mayor cantidad de NNA, a los cuales sus oportunidades de supervivencia y desarrollo se verán comprometidas por ser las zonas con

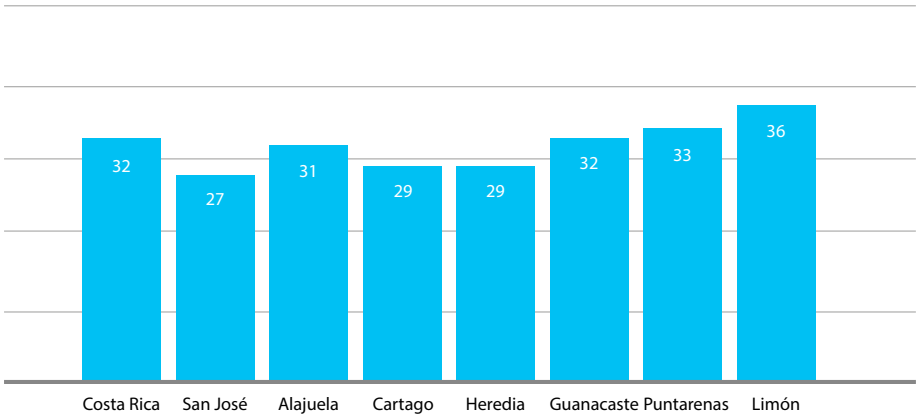
más dificultades, y sin opciones para el desarrollo de un proyecto de vida sostenible. De esa manera, los jóvenes tenderán a desplazarse al centro del país, a la GAM, en busca de alguna oportunidad, cada vez más difícil de alcanzar. El gráfico 2 muestra la distribución de la proyección demográfica según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos:

Gráfico 1
Población de NNA en porcentajes.
Costa Rica, 2015-2018



Fuente: Elaboración propia según datos de Estadísticas MEP, 2019.

Gráfico 2
Población de NNA, porcentaje por provincia. Costa Rica, proyección 2011-2025



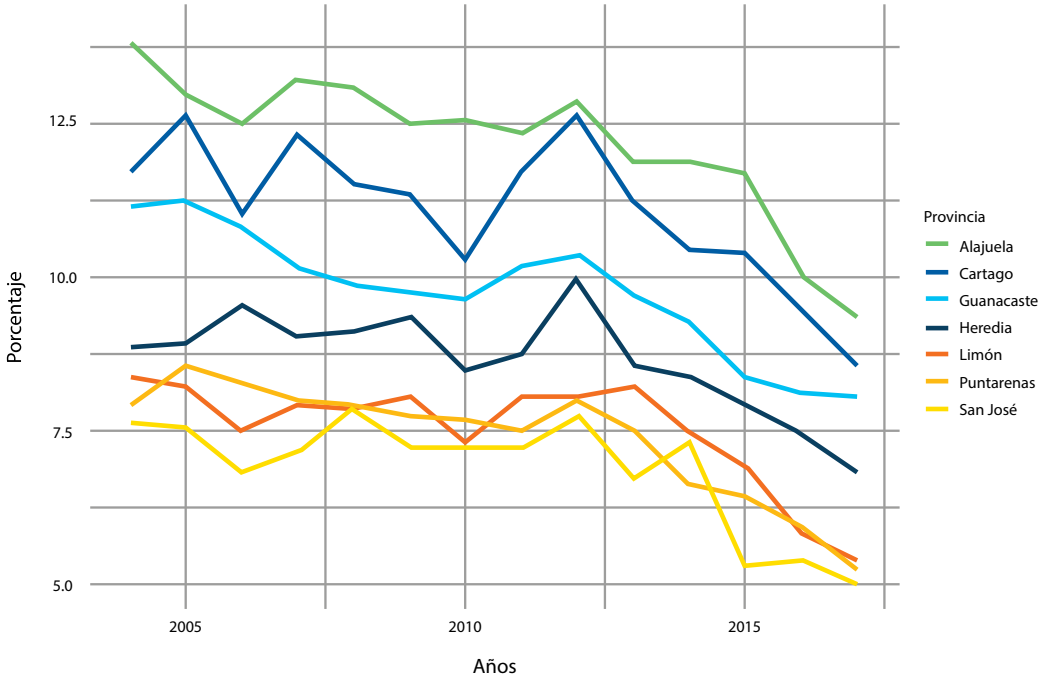
Fuente: Elaboración propia según datos de INEC (2019). Estadísticas demográficas. 2011 – 2025. Proyecciones nacionales. Población total proyectada al 30 de junio 2018 por grupos de edades, según provincia y cantón.

La brecha geográfica es cosa antigua, y no se ha logrado corregir en décadas, a pesar de que ya el IBINA (Mideplan, 2013) lo señala, y el Índice de Bienestar Cantonal (Mideplan, 2017), destaca que la mayor parte del 1° quintil se ubica en estas mismas áreas vulnerables: Limón, Puntarenas, Zona Norte y Zona Sur, y que coinciden con el espacio periférico y rural. El hecho de

no atender las áreas vulnerables implican que, de cara al 2025, según la proyección del gráfico 2, habrá un aumento en la pérdida de accesibilidad a derechos de los NNA.

Por otra parte, en el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 18 años, se ha marcado un decrecimiento continuado en todas las provincias, entre el 2005 y el 2015, y la tendencia es hacia una mayor disminución, como se observa en el gráfico 3:

Gráfico 3
Porcentaje de nacidos/as vivos/as de adolescentes madres menores de 18 años. Costa Rica, 2005-2015



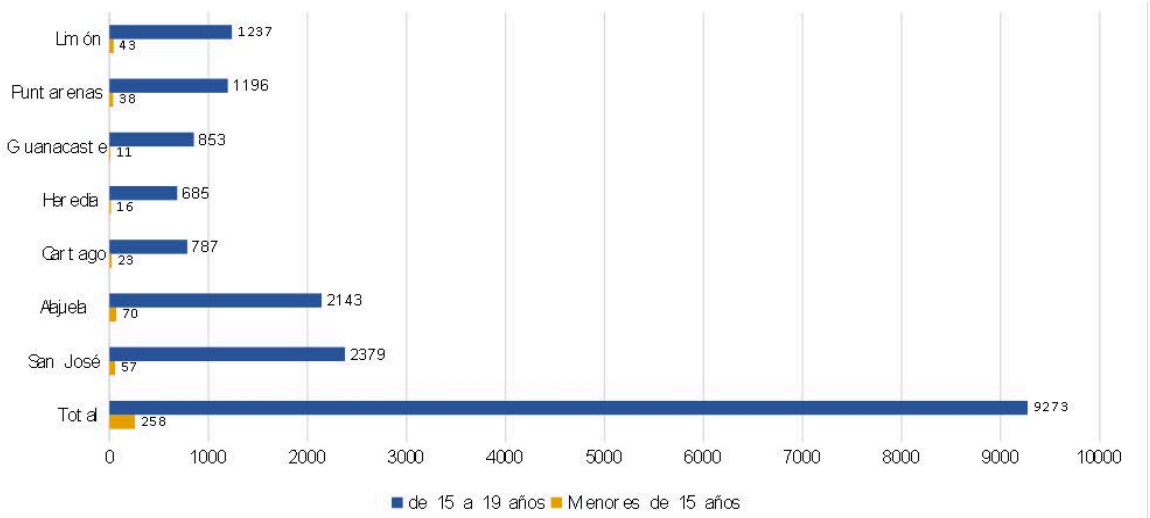
Fuente: Elaboración propia según datos de INEC, 2018a.

Sigue siendo una preocupación la maternidad y la paternidad de niñas y niños, niñas y adolescentes, a pesar de los esfuerzos para disminuirla (véase gráfico 4). Lo grave es que la condición de adolescente madre induce a la segunda causa de pobreza, falta de desarrollo, y aumento de riesgo, tanto para las menores madres como para sus niños.

> El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo, (Donoso et al., 2014: p. 168).

No deja de ser alarmante el porcentaje de niñas menores de 15 años madres (258 niñas en el 2018), lo cual no debería darse bajo ninguna circunstancia, pero lamentablemente, siguen presentándose casos en todas las provincias, especialmente en San José y Alajuela. También, en estas mismas provincias se dan más casos de adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años.

Gráfico 4
Total de nacimientos de madres menores de edad, según el lugar de residencia de la madre. Costa Rica, 2018



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC, Unidad de Estadística Demográfica, 2018a.

La Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018 (ENMA, 2019, p.53) destacó que entre mujeres menores de 15 a 19 años hay un 11,9% de madres que están embarazadas y ya tiene un hijo/a. Las provincias con los porcentajes más altos son Limón y Puntarenas, y sigue dándose el embarazo en niñas menores de 15 años, lo cual constituye un delito que no se denuncia como tal. Ante el hecho de la maternidad temprana, sigue persistiendo una tolerancia cultural, sin reparar en las complicaciones, dificultades y abusos que sufren, tanto las niñas y adolescentes madres, así como sus hijos e hijas. El cuadro 4 resume aspectos de esta situación:

Cuadro 4.
Maternidad temprana. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años. Costa Rica, 2018

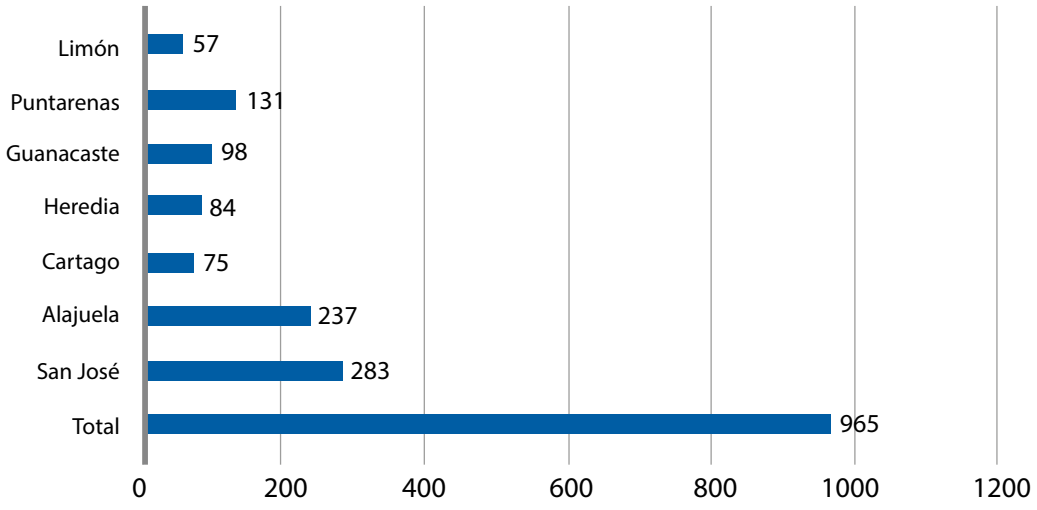
		Con un nacido(a) vivió(a)	Primer embarazo	Con un nacido(a) vivo(a) y embarazadas	Han tenido un nacido(a) vivo(a) antes de los 15 años
Total		9,3	2,6	11,9	1,9
Zona	Urbano	9,2	2,9	12,1	2,0
	Rural	9,5	1,9	11,4	1,8
Provincias	San José	7,1	3,7	10,8	2,3
	Alajuela	10,3	2,3	12,6	0,7
	Cartago	7,8	0,8	8,6	0,9
	Heredia	9,0	0,0	9,0	3,2
	Guanacaste	6,1	3,4	9,5	0,5
	Puntarenas	13,4	4,2	17,5	2,8

Fuente: Extracto de datos de EMNA 2018, p. 53.

En cuanto a la paternidad de niños y adolescentes menores de 19 años, llama la atención que el INEC hace una única categoría, aludiendo razones de confidencialidad para los niños menores de 15 años, los cuales se suman al grupo de padres menores de 19 años; no obstante, esta misma razón no aplica a las niñas menores de 15 años. Es importante visibilizar el problema de los niños y adolescentes padres que, si bien no suelen cargar la responsabilidad de sus hijos e hijas, porque los dejan con las madres, a pesar de que, en tanto niñas y adolescentes, no tengan los medios económicos, sociales, psicológicos ni corporales, para hacer frente a la maternidad ellas solas. Esto atestigua que existe una falta de responsabilidad, educación y sensibilización ante el tema de la paternidad adolescente. En el gráfico 5 se puede notar que también en San José y Alajuela se presenta el fenómeno de la paternidad temprana. La falta de visibilizar la paternidad temprana, está relacionada con la cultura de privilegios para el hombre, en detrimento, y no solo de la niña-madre o de la adolescente-madre, sino también del producto de la relación.

A menudo la sociedad pone énfasis solo en juzgar a la adolescente o niña madre, en razón de tener que cargar con el producto del embarazo, bajo las circunstancias que sea que se produzca el nuevo ser, ya sea con consentimiento o por abusos sexuales y violaciones, incluso con hombres mucho mayores, y sin embargo, se mantiene la culpabilización del aborto como delito que solo recae en la madre. Esta condición se puede apreciar en los gráficos 4 y 5, que permiten evidenciar tales rasgos de la cultura machista (965 casos de paternidad temprana frente a 9531 casos de maternidad temprana en el 2018):

Gráfico 5
Total de nacimientos de padres menores de 19 años, según provincia de residencia de la madre. Costa Rica, 2018



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC, Unidad de Estadística Demográfica, 2018a.

De acuerdo con el censo 2011, han nacido 435 niños y niñas de madres adolescentes con diversidad funcional. De estos niños han sobrevivido 416 (95,6%).

Si bien se han hecho esfuerzos para disminuir el embarazo de niñas y adolescentes, poco o muy poco se ha hecho por enfrentar la paternidad de los menores de 18 años, y esto

implica una desatención a nivel de todo el país. Hay que tener en cuenta que las niñas y adolescentes suelen tener compañeros afectivos, adultos que les llevan más de 5 años, diez o más, y que éstas uniones se hacen bajo consentimiento de sus madres y/o padres. Por consiguiente, las niñas y adolescentes quedan a merced de un adulto que se las lleva como parejas, sin posibilidad de hacer nada, y sin el interés ni el cuidado de estas jóvenes por parte de sus familias. El casamiento antes de los 18 años no es permitido en Costa Rica; sin embargo, la unión libre de estas niñas y adolescentes, se tolera sin más, por parte del Estado y la sociedad.

3.2 Mortalidad

La variable de mortalidad se refiere a la cantidad de personas que mueren en un cierto período de tiempo, en un determinado lugar, y por una serie de causas, en relación con la población total (vid. OMS).

La información sobre mortalidad no solo se relaciona con la idea de una vida sana y de bienestar (ODS 3), sino que implica un acercamiento a la pobreza (ODS 1), a la mala nutrición (ODS 2) y a la enfermedad. Asimismo, la mortalidad da cuenta del grado de desarrollo de una población, del acceso y la calidad de los sistemas de salud y saneamiento y, en buena medida, de la educación en salud y autocuidado, para la prevención y atención temprana de los problemas de salud.

> …la información sobre mortalidad es básica para el conocimiento de las condiciones de salud, del nivel de vida y del acceso a servicios médicos de buena calidad, y resulta especialmente útil para formular políticas y adoptar decisiones sobre la accesibilidad y la calidad de los servicios de asistencia. (OPS, 2017, p.6).

Para el desarrollo de esta área, se cuenta con dos aportes complementarios. El primero es *Análisis de la mortalidad materno-infantil (2017-2018) para Costa Rica y el mundo*, de Carolina Pinel Valerio. Y el segundo Tasa de mortalidad infantil interanual en Costa Rica: Un análisis de la serie temporal 1989 – 2017, elaborado para este Informe EDNA por César Gamboa Sanabria. Estas investigaciones especializan puntos del análisis de la situación detectada en la búsqueda de los indicadores propuestos.

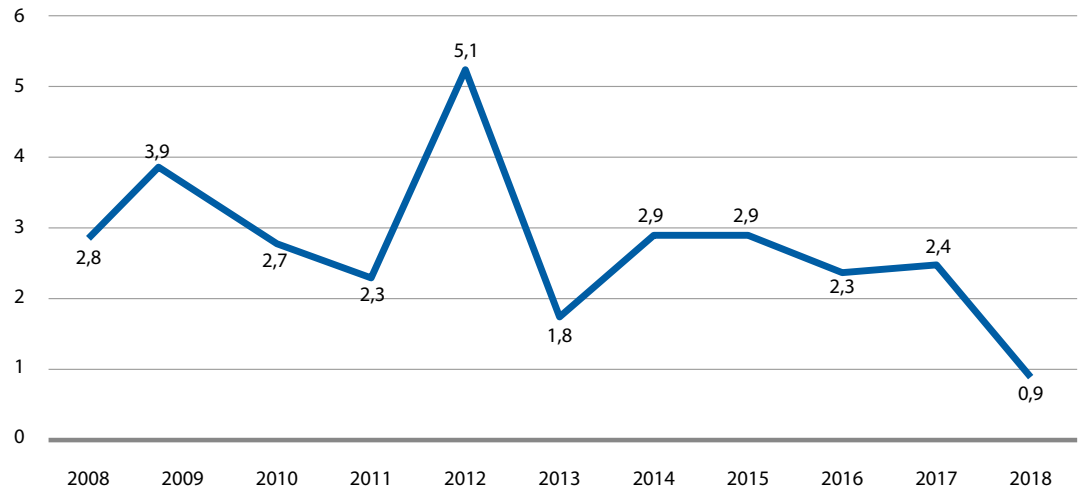
3.2.1 Mortalidad materna

La mortalidad materna se define como "la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales" (INEC, 2018: p.8). La Organización Mundial de la Salud destaca que "…las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo" (OMS, 2018), en especial las menores de 15 años; por ello el ODS 3 procura la reducción de la razón mortalidad materna (RMM) en el mundo, para lograr, al menos, 70 defunciones por 100 000 nacidos/as vivos/as. La RMM consiste en "… la relación

entre las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo, por cada diez mil nacimientos" (INEC, 2018, p.8) en el mundo.

En Costa Rica, en los últimos 20 años hay un clara tendencia a la baja de la mortalidad materna (véase el gráfico 6), pero lamentablemente las defunciones siguen ocurriendo por causas prevenibles (INEC, 2018, p.12). Para el 2018, un 66% de las muertes se debieron a causas obstétricas directas (complicaciones obstétricas del embarazo, del trabajo de parto y del puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que produjo estas complicaciones.

Gráfico 6
Razón de mortalidad materna. Costa Rica 2008-2018



Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Unidad de estadísticas demográficas, defunciones generales INEC, al primer semestre 2018c

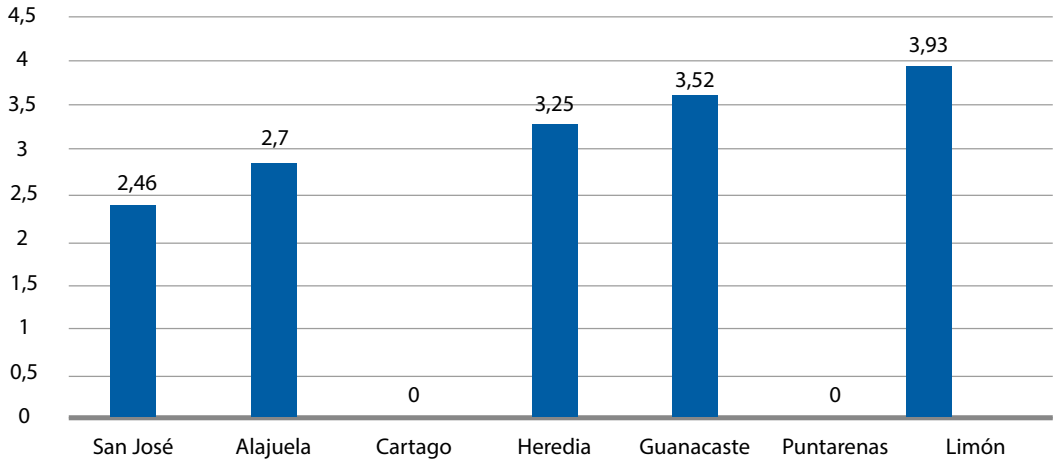
La RMM sirve para mostrar la inequidad que sufren las mujeres en el país, y en Costa Rica se puede apreciar una tendencia a la obtención de resultados positivos para el 2018. Este tema se puede ver con detalle en el trabajo de Carolina Pinel Valerio (2018) antes citado.

En el 2017, se dio un 18,8% de defunciones maternas en personas menores de 25 años. Esta misma población es la que más nacimientos registró, según el INEC (2018, p. 18), 41,5%. Si bien el grupo de edad con mayor riesgo de defunción materna es de más de 30 años, el grupo de 25 a 29 años es el que presenta menor riesgo. A pesar de que el riesgo de defunción por edad no sea el de mayor riesgo en la población de NNA, debe entenderse que el riesgo existe, especialmente en niñas menores de 15 años, de 3 a 4 veces más que en las jóvenes de 15 a 19 años, además de las complicaciones que conlleva tanto para la madre como para el infante.

El análisis de la RMM por provincia hace ver que Limón presenta más casos (RMM 3.39, véase gráfico 7) y que también es una provincia en la que coinciden condiciones de inequidad y exclusión social: "La inequidad se puede ver en pobreza, falta de educación, ausencia de redes

de apoyo familiar para el cuidado adecuado del posparto, falta de centros de salud entre otros. Todo esto se resume en que se priva a las mujeres a ejercer su derecho de tener una maternidad segura" (Pinel, 2018) .

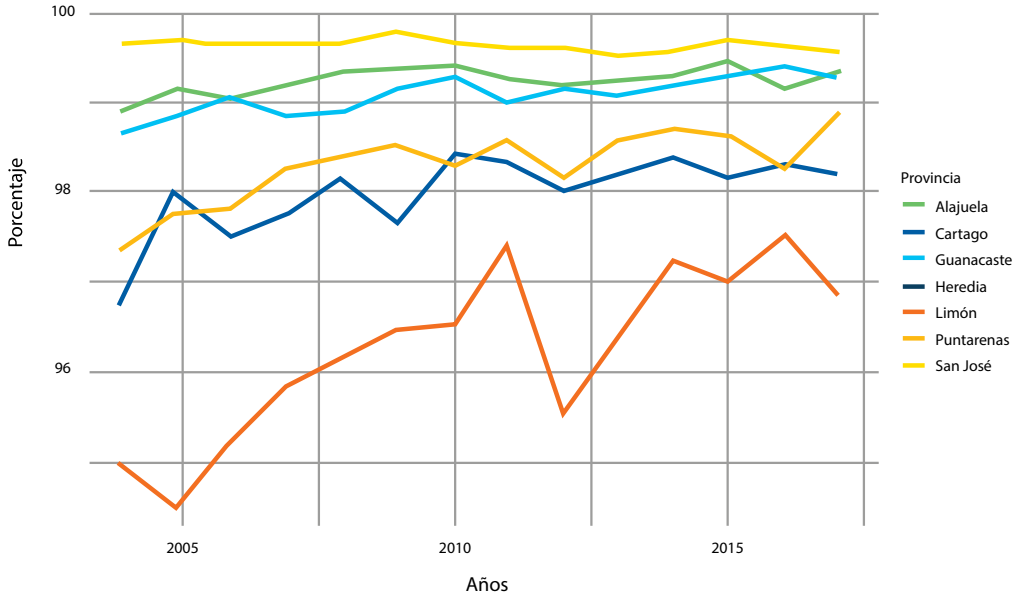
Gráfico 7
Razón de mortalidad materna por provincias. Costa Rica 2017



Cartago y Puntarenas no reportaron datos. Elaboración propia según datos de la Unidad de estadísticas demográficas, defunciones generales INEC, 2018b.

Por su parte, la atención institucional del parto muestra una tendencia a aumentar la atención en la provincia de Limón, que es la más rezagada; sin embargo, aun dista de la atención que se da en el Valle Central (véase gráfico 8):

Gráfico 8
Porcentaje de atención institucional del parto, por provincias. Costa Rica, 2005-2015



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC, 2018b.

Los esfuerzo que evidencian una mejora deben ser sostenidos y replicados en las provincias de Limón, Puntarenas y, en este caso, Cartago. El rezago se asocia con las poblaciones vulnerables, que no pueden acceder a los servicios (indígenas, migrantes), ya sea porque ignoran que tienen derecho a ser atendidas, por temor a cobros o solicitud de documentos que no tienen, o por temores relacionados con sus prácticas culturales. El Programa Institucional de Normalización de Atención a la Mujer de la CCSS, y su accionar con apoyo del Ministerio de Salud, así como el Programa de Regularización de la Atención del Niño, permiten actualizar la norma de atención antes, durante y después del parto, y mantener una estandarización de la calidad del servicio en todos los hospitales, en todo el país. Los esfuerzos y enlaces estratégicos, sin duda, deben ser continuados y, a la vez, intensificados, para lograr cerrar las disparidades señaladas en los controles prenatales.

3.2.2 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil (TMI) es un indicador que muestra la calidad del sistema de salud, y en Costa Roca, ha sido un indicador positivo, ya que la tasa de mortalidad infantil se ha reducido significativamente, y no presenta mayores variaciones desde el 2014, como se observa en el cuadro 5:

Cuadro 5

Tasa de mortalidad infantil. Costa Rica, 2014-2018

Año	Nacimientos	Defunciones	TMI
2014	34 349 274	274,78	7,98
2015	33 931	286	8,43
2016	34 192	272	7,96
2017	33362	270	8,09
2018	3246	272	8,38

Fuente: INEC, 2018c, p.5.

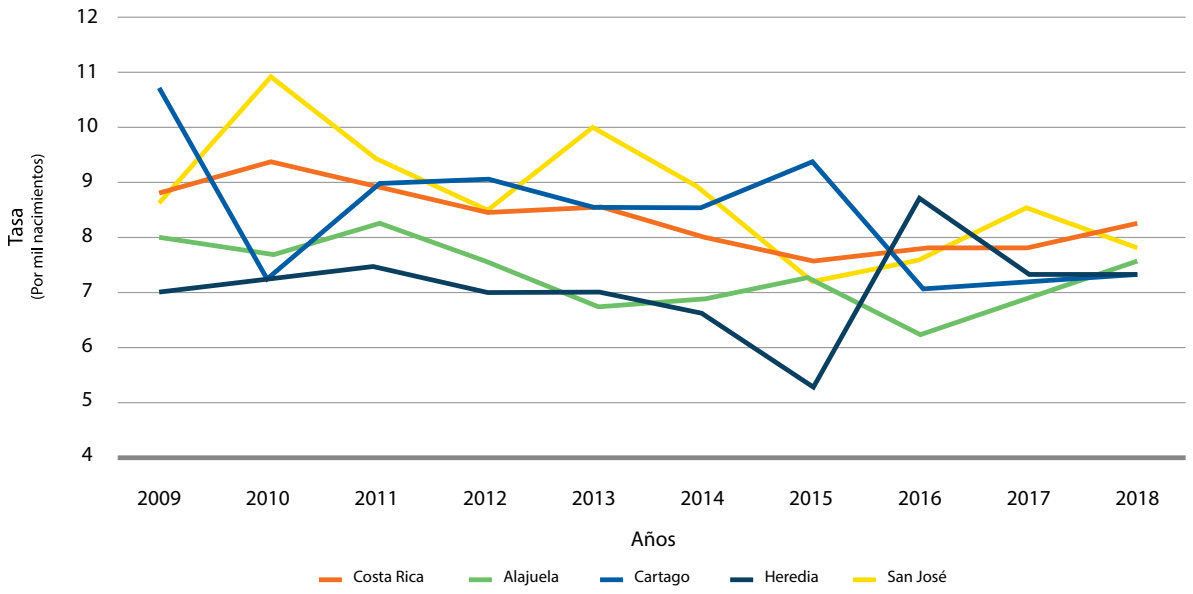
De acuerdo con el Ministerio de Salud se muestra una disminución de la mortalidad infantil en todos los rangos de edad:

> La mortalidad general pasó de 4,3 muertes por 100 000 habitantes en 2012 a 4,6 muertes por 100 000 habitantes en 2017. …las tasas de mortalidad infantil (7,9 muertes/1000 nacimientos), mortalidad en la niñez (9,3 muertes/1 000 nacimientos), mortalidad neonatal (6,2 muertes/1000 nacimientos), postnatal (1,8 muertes/ 1 000 nacimientos) y materna (2,7 muertes/1 0000 nacimientos) disminuyeron. (Ministerio de Salud, 2019, p.12).

En los gráficos 9 y 10, se aprecia la evolución de la mortalidad infantil por provincia donde reside la madre, y se hace notar una tendencia similar en todo el país para el 2018; sin embargo, la provincia de Puntarenas reportó los niveles más elevados. Debe destacarse el trabajo del Sistema de Muertes Maternas e Infantiles (SINAMMI), que ha contribuido a un des-

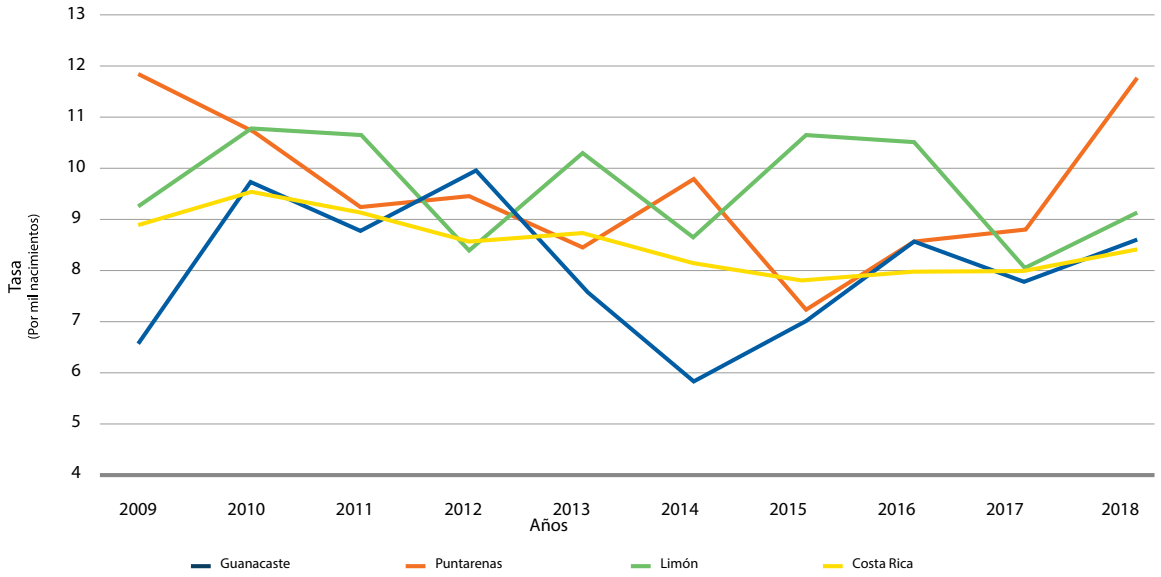
censo importante y sostenido de la tasa de mortalidad infantil. Es evidente la necesidad de reforzar la inversión en la investigación para logar un mejoramiento exitoso, pues se requiere de estrategias distintas según cada zona, y condiciones de la población, de manera que se pueda estrechar la falta de equidad.

Gráfico 9
Evolución de la tasa de mortalidad infantil por provincia de residencia de la madre, 2009-2018. (Costa Rica, San José, Alajuela, Cartago, Heredia)



Fuente: INEC, 2018c.

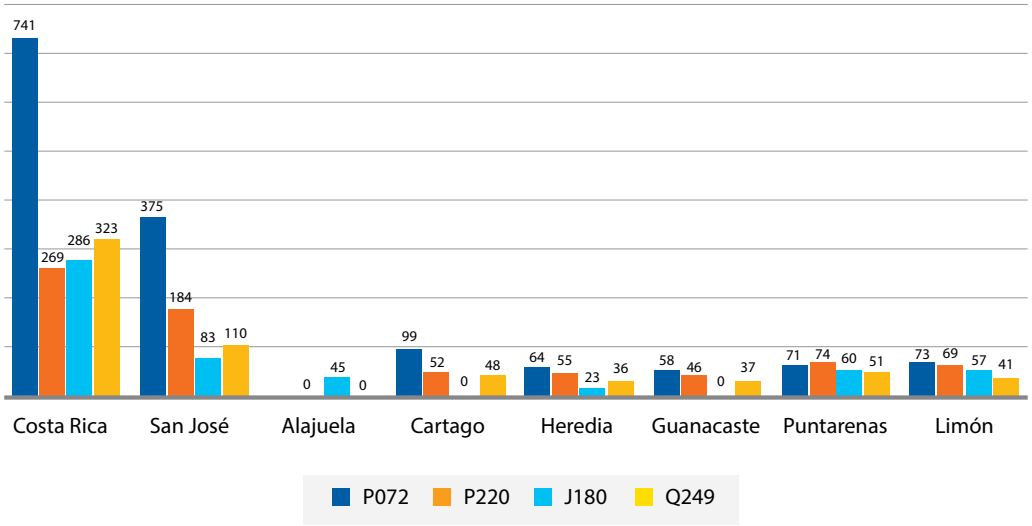
Gráfico 10
Evolución de la tasa de mortalidad infantil por provincia de residencia de la madre, 2009-2018. (Guanacaste, Puntarenas, Limón, Costa Rica)



Fuente: INEC, 2019.

Las causas persistentes de mortalidad infantil están relacionadas, en su mayoría, con nacimientos prematuros (inmaturalidad externa P072, síndrome respiratorio del recién nacido P220, síndrome de distrés respiratorio agudo J180), y por malformación congénita del corazón no específica (Q249), que es el defecto congénito más común. La condición de nacimientos prematuros aumenta el porcentaje de recién nacidos que no pueden ser amamantados por sus madres. La CCSS reportó un 10% de nacimientos prematuros en el 2017 (Pérez González, 2017), lo que provoca un 30% de las muertes de recién nacidos. En el gráfico 11 se detallan las primeras 5 casusas de muerte infantil por provincia:

Gráfico 11
Primeras cinco causas de mortalidad infantil, por provincia, Costa Rica , 2017



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC 2018.

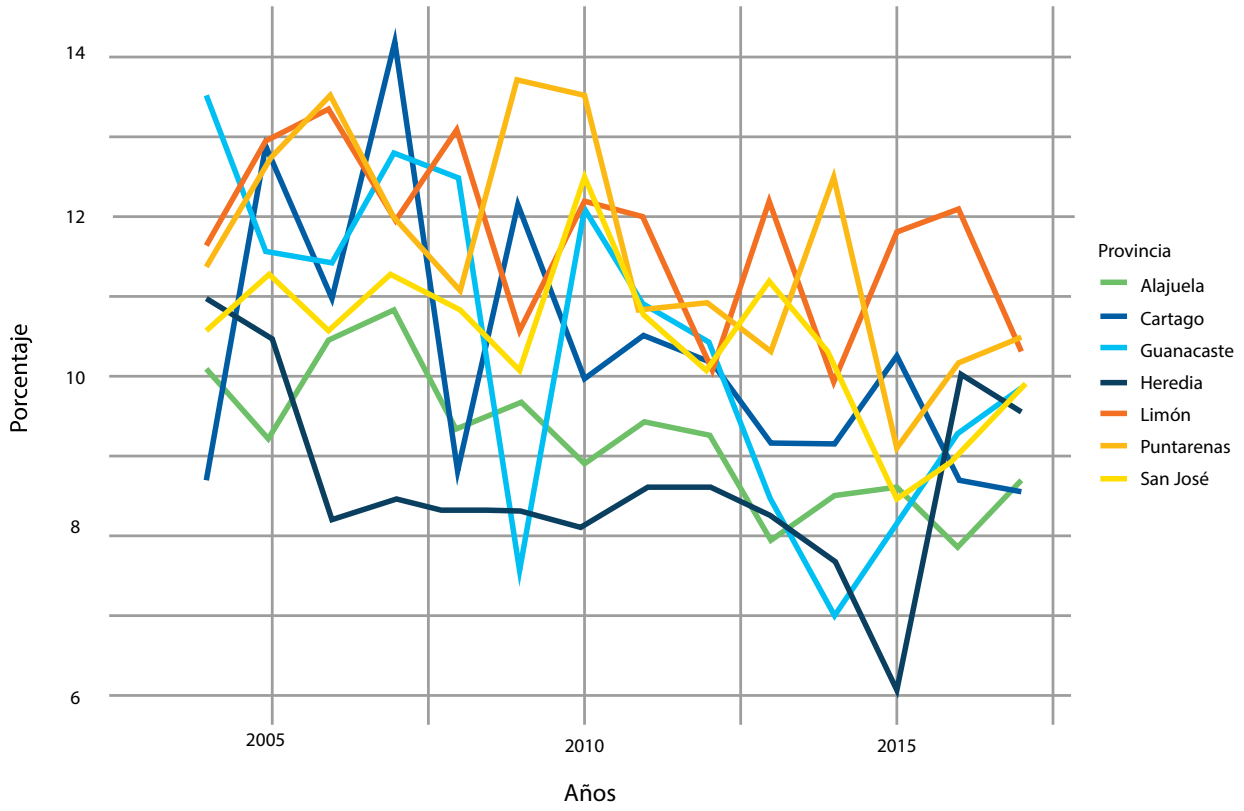
Si bien el país ha sido exitoso en este indicador de mortalidad infantil, llama la atención que muchas de las muertes persistentes se deben a causa evitables, pues la inmaturalidad externa y los problemas respiratorios, se deben a que los infantes nacen de manera prematura. La prematuridad afecta al 10% de los nacimientos (CCSS, 2017):

> Entre los factores de riesgo se pueden citar un parto prematuro anterior, embarazos múltiples con mellizos, trillizos, etc; algunas afecciones médicas crónicas, como la hipertensión, la diabetes o infecciones. El embarazo durante la adolescencia es un importante factor de riesgo de parto prematuro (Pérez González, C. 2017).

El porcentaje de niños prematuros también se refleja en los dados de lactancia en la primera hora de nacidos.

La tasa de mortalidad infantil también hace ver la tendencia de exclusión social de la dicotomía centro-periferia que, en el país, no sólo no se ha logrado equilibrar, sino que se acrecienta. Puede apreciarse en el gráfico 12 la marcada tendencia a tasas más altas en las provincias de Limón y Puntarenas, en comparación con Alajuela y Cartago, con las más bajas, a pesar de que Alajuela incluye cantones deprimidos como Upala o Los Chiles.

Gráfico 12
Tasa de mortalidad de la niñez. Por provincias, Costa Rica, 2005-2015

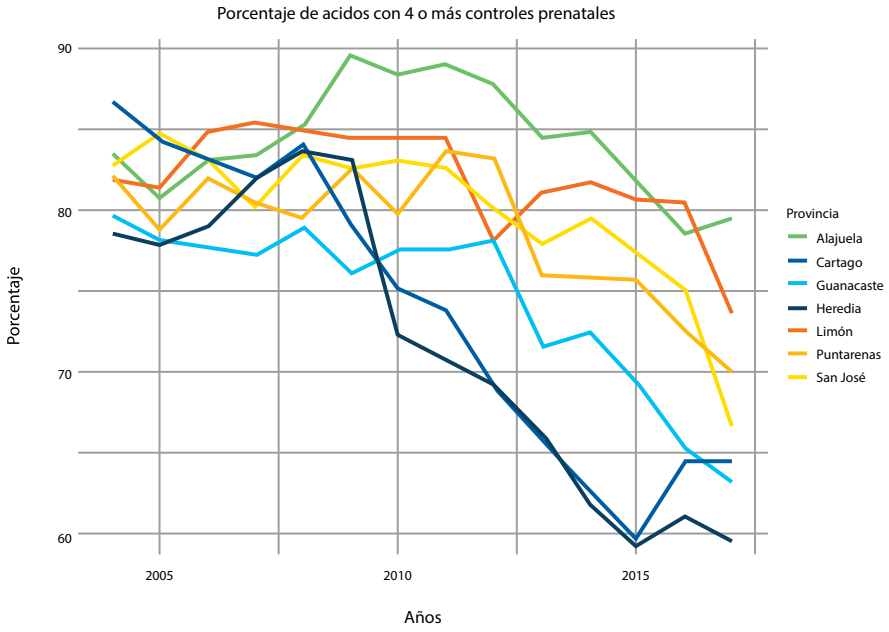


Fuente: Elaboración propia según datos INEC, 2018.

Los controles prenatales son parte de la estandarización de la norma *Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en nel período prenatal, parto y postparto* de la CCSS (2009), concebida bajo un enfoque del riesgo y de atención multidisciplinaria; de manera que se ha mantenido un nivel de atención en los controles prenatales y una cobertura de más o menos un 80% de pacientes. El *Sistema de indicadores sobre salud sexual y salud reproductiva* (SISSERE). Para el 2015 (último dato publicado), de los nacimientos que recibieron al menos una atención durante el embarazo por parte de personal capacitado por razones relativas al embarazo, la media a nivel país fue del 88,8%, niñas de 10 a 14 años 89% y de 15 a 17 años un 90%.

De la atención de control prenatal completo, en el mismo año, la media nacional fue de 79,7%, niñas de 10 a 14 años un 70,1% y de 15 a17 años un 76,1%. En cuanto a la distribución por provincia, se puede apreciar una evolución del 2005 al 2015 que tiende a bajar, lo cual es preocupante, porque se está perdiendo un seguimiento especializado del control prenatal. En el gráfico 13 se aprecia la caída, en promedio, de dos puntos porcentuales sobre la atención prenatal:

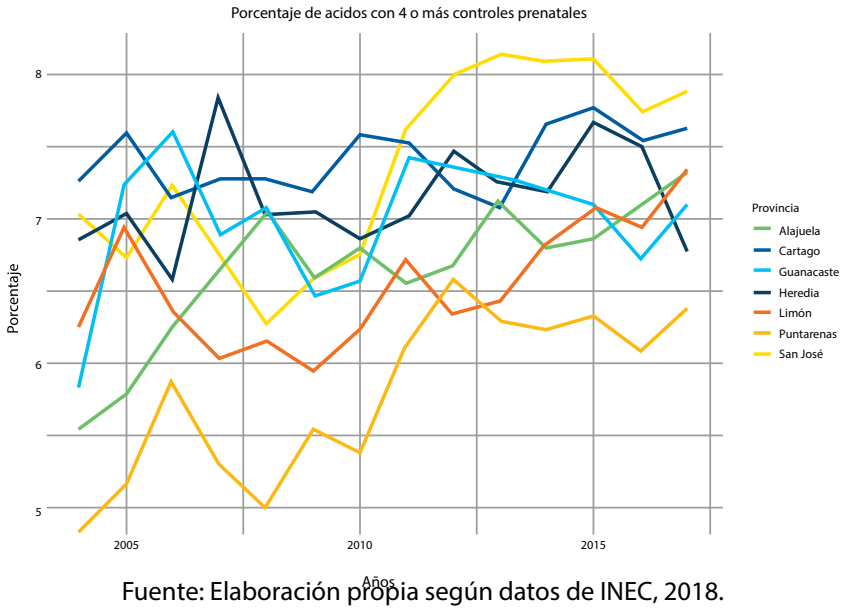
Gráfico 13
Porcentaje de nacidos con 4 o más controles prenatales por provincia.
Costa Rica, 2005-2



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC, 2018.

El bajo peso al nacer es un factor importante de mortalidad infantil, lo cual se puede dar por factores maternos como la edad, la raza, la paridad (TPAL), el consumo de drogas, tabaco y/o alcohol durante el embarazo. En el gráfico 14 se aprecia un aumento en el porcentaje de nacidos/as vivos/as con bajo peso al nacer (BPN) en todas la provincias, contrario a lo que sería deseable:

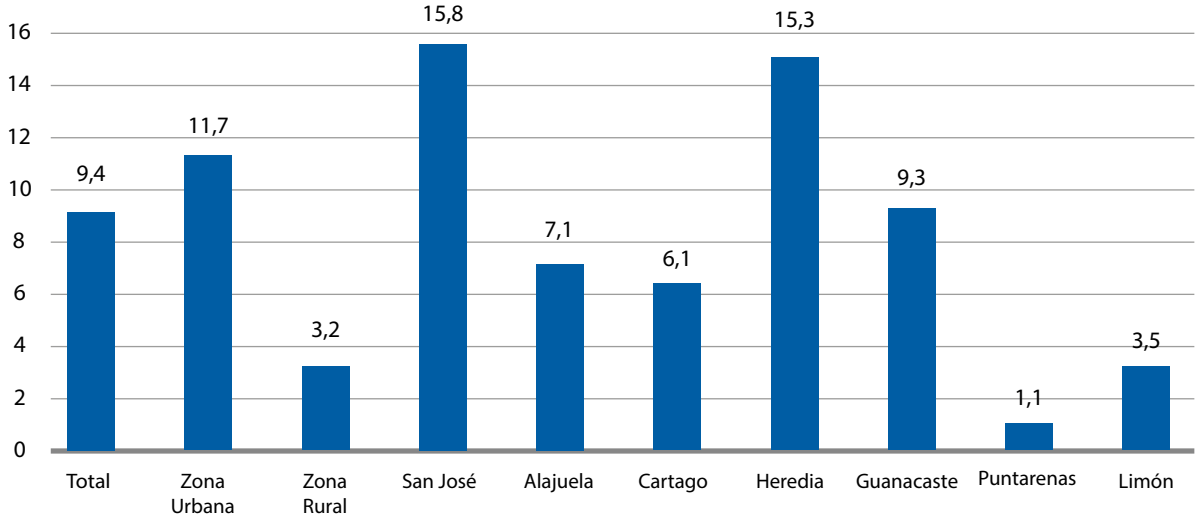
Gráfico 14
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, por provincia.
Costa Rica, 2005-2015



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC, 2018.

La encuesta EMNA 2019 (Ministerio de Salud et al., 2019, p.60), mostró que la mayor concentración de BPN se da en la zona rural, en un 12,2% en mujeres menores de 20 años, que mayoritariamente (un 12,5%) se ubican en el segundo quintil de menor riqueza y en el de mayor riqueza (un 13,5%). San José (15,8%) y Heredia (15,3) son las provincias con mayor cantidad de casos.

Gráfico 15
Porcentaje de nacidos/as vivos/as pesados con registro por debajo de 2500 gamos (BPN)



Fuente: EMNA 2018, p.60.

3.2.3 Mortalidad, niñez y adolescencia

El país ha puesto especial atención en la disminución de las tasas de mortalidad de todas las edades, lo que ha dado resultados importantes:

En el cuadro 6 se destaca un aspecto de los principales indicadores demográficos que utiliza el Ministerio de Salud para su Memoria 2018, que por casi una década se sostienen, con una tendencia a la baja. Sin embargo, el cuadro no contempla lo que pueda estar ocurriendo con algunas poblaciones vulnerables (indígenas, afrodescendientes, migrantes).

Las poblaciones indígenas, lamentablemente, han mostrado tasas dos veces mayores que la tasa de mortalidad de NNA nacional reportada (OPS, 2003). No se han encontrado datos recientes para conocer la evolución del problema, que ameritaría una investigación en profundidad. Sin embargo, se puede presumir que la situación de desventaja persiste, tal como lo atestigua el médico general e indígena bribri, Neil H. Rojas Delgado, quien señaló como:

> "Los deficientes centros de salud en los territorios indígenas no cumplen con el nivel de rigurosidad científica y médicamente apropiadas para brindar una atención articularizada. Pues no se cuenta con suficiente recurso humano indígena, con enfoques de atención integral, y mucho menos con recursos materiales, lo que potencia el riesgo de vulnerabilidad de los habitantes de los pueblos originarios" (2018).

Cuadro 6					
Principales indicadores demográficos. Costa Rica 2010-2018					
Indicador/años	2014	2015	2016	2017	2018
Total	4773	4832	4890	4947	5003
Hombres	2410	2439	2467	2495	2523
Mujeres	2362	2392	2422	2451	2480
Tasa de crecimiento natural (por cien habitantes)	10,7	10,5	9,7	9,2	8,9
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	15	14,9	14,3	13,9	13,7
Tasa global de fecundidad (por mujer)	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7
Tasa de reproducción (por mujer)					
Bruta	0,865	0,860	0,832	0,815	0,811
Neta	0,865	0,860	0,832	0,815	0,811
Esperanza de vida	79,6	79	80	80,2	80,3
Hombres	77,2	77,4	77,5	77,6	77,8
Mujeres	82,3	82,4	82,6	82,7	82,9
Tasa de mortalidad (general por mil habitantes)	4,3	4,4	4,6	4,7	4,8
Hombres	4,8	5,0	5,2	5,2	5,4
Mujeres	3,8	3,7	4.0	4.1	4.1
Niñez (0-4 años) (por mil nacimientos)	9,5	8,9	9,3	9,6	9,4
Hombres	9,7	9,7	10,5	10,0	10,3
Mujeres	9,2	8,0	8,2	9,2	8,5
Infantil (por mil nacimientos)	8,1	7,7	7,9	8,0	8,4
Hombres	8,3	8,4	8,7	8,1	8,9
Mujeres	7,9	7,0	7,2	7,8	7,9
Neonatal (por mil nacimientos)	6,3	5,9	6,2	6,1	6,4
Hombres	6,5	6,6	6,9	6,3	6,7
Mujeres	6,0	5,2	5,4	6,0	6,0
Postneonatal (por mil nacimientos)	1,9	1,9	1,8	1,8	2,0
Hombres	1,8	1,8	1,8	1,8	2,1
Mujeres	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9
Mortalidad materna (por cada diez mil nacidos (as).	2,9	2,8	2,7	2,2	1,5
Fuente: INEC, 2018c, p.5.					

Fuente: Extracto de datos de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2018, p. 13.

Queda pendiente una investigación más profunda y actualizada, que visibilice las condiciones de las poblaciones excluidas y vulnerables, y de sus posibilidades de acceso a servicios de salud.

En el cuadro 7 se resumen las causas de muerte de la población de 0 a 14 años (INEC, 2018 c), y llama la atención que el primer año de vida sigue siendo el más frágil. En el grupo de menores de un año, persisten como causas las afecciones originadas en el período prenatal, malformaciones congénitas, deformaciones, anomalías cromosomáticas, enfermedades de vías respiratorias. En el caso de 1 a 14 años, las principales causas de mortalidad fueron mal formaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosomáticas, enfermedades e infecciones virales del tejido nervioso, tumor maligno del tejido linfático, órganos hematopoyéticos y de sitios múltiples independientes. Además, en este grupo hay que destacar las muertes por accidentes en transporte y exposición a fuerzas mecánicas animadas e inanimadas, ahogamientos, sumersión accidental.

Cuadro 7

Causa de muerte personas de 0 a 14 años. Costa Rica, 2018

Grupos de causas de muerte	Total y %	Menos de 1 año	1 a 14
Costa Rica	770	573	197
1- Enfermedades infecciosas intestinales	8	5	3
2- Tuberculosis	-	-	-
3- Ciertas zoonosis bacterianas y otras enfermedades bacterianas	4	2	1
4- Enfermedades de transmisión predominantemente sexual	2	2	-
6- Ciertas enfermedades víricas e infecciones virales, hepatitis viral, VIH por virus	3	1	2
7- Micosis, enfermedades debido a protozoarios, helmintasis, pediculosis, acariosis y otras infestaciones	2	1	1
8- Otras enfermedades y efectos tardíos de las enfermedades infecciosas y parasitarias	-	-	-
9- Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	1	-	1
10- Tumor maligno de otros órganos digestivos	-	-	-
11- Tumor maligno de órganos respiratorios e intratoráxicos	2	-	2
12- Tumor maligno de los huesos, del tejido conjuntivo, de los tejidos blandos, de piel y de la mama	6	-	6
13- Tumor maligno de los órganos genitourinarios	2	-	2
14- Tumor maligno del ojo, encéfalo, partes del sistema nervioso y glándulas endocrinas	13	1	12
15- Tumor maligno de otros sitios, secundarios y de los no especificado	-	-	-
16- Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de sitios múltiples independientes	19	-	-
17- Carcinoma in situ	-	-	-
18- Tumores benignos	1	1	-
19- Tumores de comportamiento incierto o desconocidos	1	-	1

Cuadro 7

Causa de muerte personas de 0 a 14 años. Costa Rica, 2018

Grupos de causas de muerte	Total y %	Menos de 1 año	1 a 14
20- Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	10	1	9
21- Deficiencia de la nutrición	-	-	-
22- Enfermedades de la sangre, de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	-	-	-
23- Trastornos mentales y del comportamiento	-	-	-
24- Enfermedades e infecciones virales del sistema nervioso	21	1	20
25- Enfermedades del ojo y sus anexos	-	-	-
27- Fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón	1	-	1
28- Enfermedad hipertensiva	-	-	-
29- Enfermedad isquémica del corazón	-	-	-
30- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	7	3	4
31- Enfermedades cerebrovasculares, de las venas y las arterias	2	1	1
32- Otras enfermedades del aparato circulatorio	-	-	-
33- Enfermedades de las vías respiratorias (superiores e inferiores), del pulmón, influenza y neumonía	58	47	11
34- Otras enfermedades del aparato respiratorio y de la pleura	2	2	-
35- Enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivales y maxilares	-	-	-
36- Enfermedades del esófago, apéndice y hernias	2	-	2
37- Enteritis y colitis no infecciosas, enfermedades del peritoneo, del hígado, de la vesícula e intestinos	5	1	4
38- Otras enfermedades del sistema digestivo	-	-	-
39- Enfermedades del aparato urinario y de la mama	3	-	3
40- Enfermedades de los órganos genitales masculinos	-	-	-
41- Enfermedades de los órganos genitales femeninos	-	-	-
42- Causas obstétricas no especificadas	-	-	-
43- Causas obstétricas directas	-	-	-
44- Causas obstétricas indirectas	-	-	-
46- Enfermedades de la piel y del tejido celular cutáneo	-	-	-
47- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3	1	2
48- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	223	197	26
49- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	283	283	-
50- Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	29	18	11
51- Accidentes de transporte	21	-	21

Cuadro 7			
Causa de muerte personas de 0 a 14 años. Costa Rica, 2018			
Grupos de causas de muerte	Total y %	Menos de 1 año	1 a 14
52- Envenenamiento accidental	2	-	2
53- Contratiempos durante la atención médica reacciones anormales y complicaciones posteriores	1	-	1
54- Caídas accidentales	-	-	-
55- Exposición a fuerzas mecánicas animadas e inanimadas, ahogamiento, sumersión accidental y otros	20	4	18
56- Contacto traumáticos con animales, fuerzas de la naturaleza, exceso de esfuerzo, exposición a otros factores	1	-	1
57- Accidentes causados por el fuego, corriente eléctrica, radiación, calor y sustancias calientes	-	-	-
58- Secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad	-	-	-
59- Drogas y medicamentos que causan efectos adversos en su uso terapéutico	-	-	-
60- Suicidios y lesiones autoinflingidas	3	-	3
61- Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	8	-	8
62- Eventos de intensión no determinada (Nuevo grupo)	1	-	1
Fuente: Extracto de INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2018. Destacado nuestro.			

3.3 Morbilidad

La morbilidad se entiende como "toda desviación subjetiva y objetiva de un estado de bienestar" (OMS, 2018). La CCSS cubre a los menores de edad desde que están en la gestación hasta los 18 años.

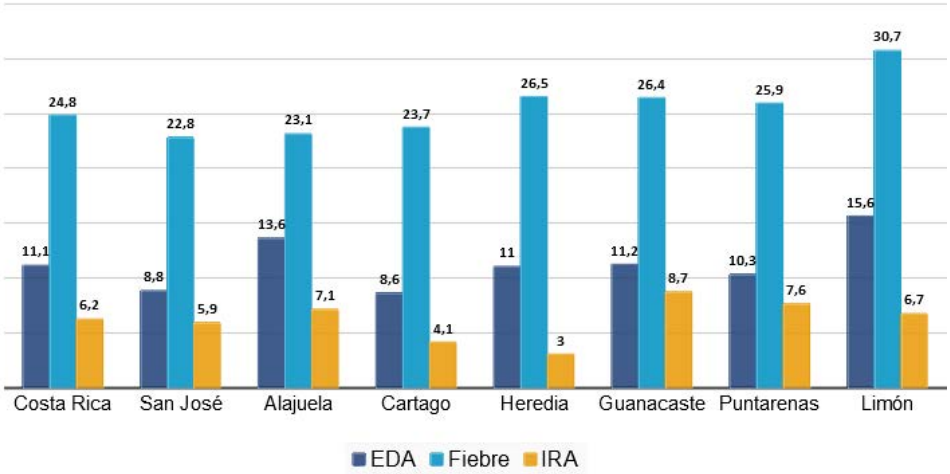
El derecho a la salud se relaciona con diversos Objetivos del Desarrollo Sostenible, especialmente con la promoción de una vida sana (ODS 3). A menudo, la falta del ejercicio de este derecho por parte de las personas menores de edad, es que los adultos de quienes dependen, no acuden oportunamente a los servicios de salud, muchas veces por ignorancia, o por desatención, lo que acarrea complicaciones en los padecimientos de los menores y hasta su muerte. Para enfrentar esta situación, en Costa Rica existe el *Protocolo para la atención de la negligencia* (PANI, última modificación 23 de noviembre 2018). En lo que va del 2019, el PANI reportó 14 035 casos de negligencia de salud por parte de padres, madres o encargados, en el 2018, de un total de 16 302 casos de negligencia contra NNA (PANI, 2019\Prensa).

3.3.1 Infecciones agudas

Este grupo de enfermedades por infecciones agudas tiene cierta gravedad, ya que requieren de atención oportuna, o bien, pueden causar la muerte. En particular, se hacen observaciones sobre las Infecciones respiratorias agudas (IRA) y la Enfermedad diarreica aguda

(EDA). De acuerdo con la encuesta EMNA 2018, la mayor cantidad de casos muestreados de EDA se ubicó dentro del quintil más bajo (17,5%) entre los 12 a 23 meses de edad. En el caso de IRA, fue el cuarto quintil (por arriba del intermedio, 8,8%), con niños y niñas de 48 a 59 meses (EMNA, 2018, p. 90). En el gráfico 16 se desglosa por provincia el número de casos registrados, y se incluyen los episodios de fiebre:

Gráfico 16
Porcentaje de niños/as que tuvieron episodios de EDA, IRA o fiebre, en las últimas semanas del muestreo, por provincias. Costa Rica, 2018

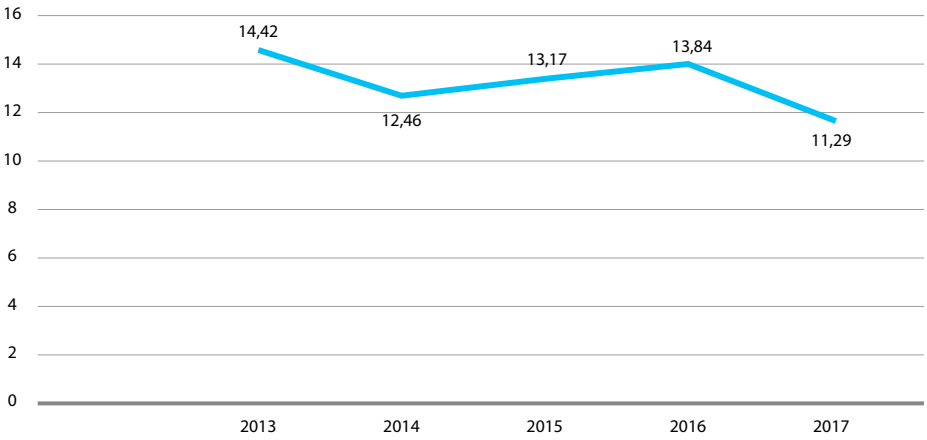


Fuente: Encuesta EMNA, 2018, p. 90.

3.3.1.1 Infección respiratoria aguda (IRA)

En cuanto a la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años ha tendido a disminuir con el paso del tiempo de manera sostenida (véase gráfico 17). Este grupo de enfermedades tiende a hacer algunos repuntes con la entrada de la época lluviosa, a pesar del gran esfuerzo de las campañas de vacunación y de promoción de medidas de higiene.

Gráfico 17
Tasa de mortalidad por IRA. Costa Rica 2013-2017



Tasa por 100 000 mil personas.

Fuente: Elaboración propia según datos de Así vamos en salud, 2018.

3.3.1.2 Enfermedad diarreica aguda (EDA)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es la segunda causa de muerte entre niños menores de cinco años (OMS), y en Costa Rica el 40% de este padecimiento es de origen alimentario (Ministerio de Salud, 2019), y está asociado con la falta de higiene en la práctica "ano-mano-boca". Se puede ver que del 2014 al 2018, se ha dado una reducción significativa en la incidencia de casos. La infancia sigue siendo el grupo más vulnerable, tal como se aprecia en el cuadro 8.

Cuadro 8

Tasa de incidencia de casos de EDA según el ciclo de vida y año de notificación. Costa Rica (por 100.000 habitantes)

Ciclo de vida	2014	2018
Total	31 412	25 903
Infancia	15 977	13 651
Niñez	10 742	8 810
Adolescencia	4 693	3 442

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2019.

3.3.3 Cáncer

Un 70% de la incidencia de cáncer a nivel mundial (OMS, 2019), está en los países de renta media y baja, en donde se ubica Cosa Rica. En cuanto a la niñez y a la adolescencia, no son los grupos de mayor incidencia; sin embargo, se presenta esta enfermedad. Uno de los aciertos en el país es la vacunación de 35 150 niñas de 10 años con papilomavirus humanos, que inició en junio 2019, para evitar el cáncer de cérvix.

Los datos más recientes publicados por la *Vigilancia de la Salud* (Ministerio de Salud, 2016), que se apoyan en estudios del 2014, establecen que el cáncer más frecuente entre la población de 0 a 19 años, es el C42 Sistema hematopoyético y reticuloendotelial, tanto para hombre como mujeres (hombres 38 casos y mujeres 26). Entre los hombres se contaron 11 casos de C71 encéfalo, y en las mujeres solo se presentaron 6 casos. Pero en las mujeres el segundo cáncer más incidente fue el de C77 ganglios linfáticos (12 casos). Para las mujeres los cánceres de mayor incidencia el C73 glándula tiroides, el C58 ovario (8 casos) y el C71 encéfalo (6 casos). En el caso de los hombres, C49 tejidos conjuntivos, subcutáneo y de otros tejidos blandos (7 casos), C73 glándula tiroides (4 casos) y C40 huesos, articulaciones, cartílagos articulares de los miembros (4 casos).

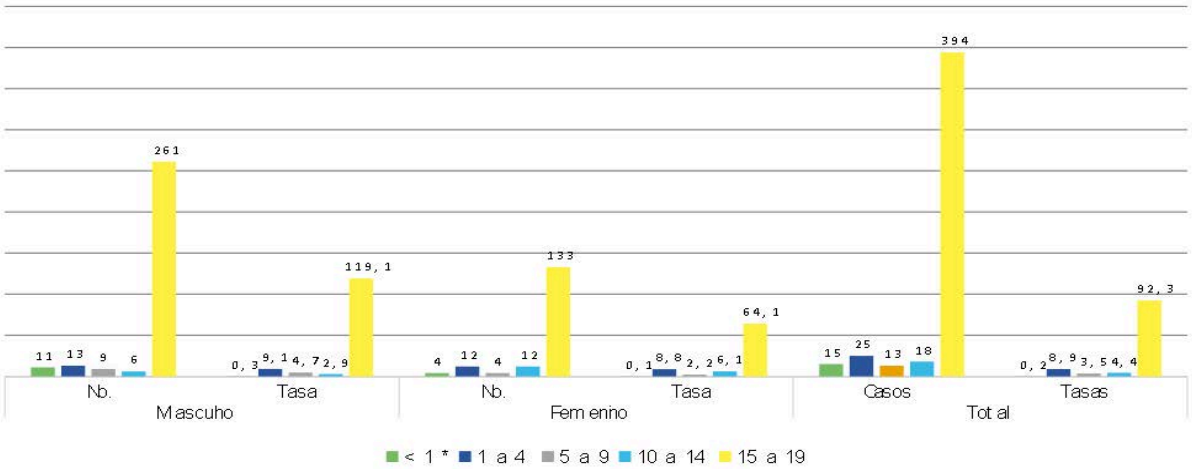
3.3.4 VIH-SIDA

El VIH-SIDA continúa sin una prevención del contagio efectiva. Según ONUSIDA, Costa Rica está en un 21% de habitantes contagiados (ONUSIDA, 2019) y con riesgo de aumentar:

> La prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es de 15,4 (IC 95% -7.2-23.6), en mujeres trabajadoras del sexo 1,3 (IC 95%, 0.10-2.5), en mujeres trans 24,9 (IC 95%,

19.3- 29.9), y en mujeres embarazadas 0,011 (Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH y ITS y estimación del tamaño de población en MTS, HSH y mujeres trans, 2018) (Ministerio de Salud, 2019, p.87).

Gráfico 18
Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH-SIDA por edad y sexo.
Costa Rica 2002-2017



Fuente: Elaboración propia según datos de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2018.

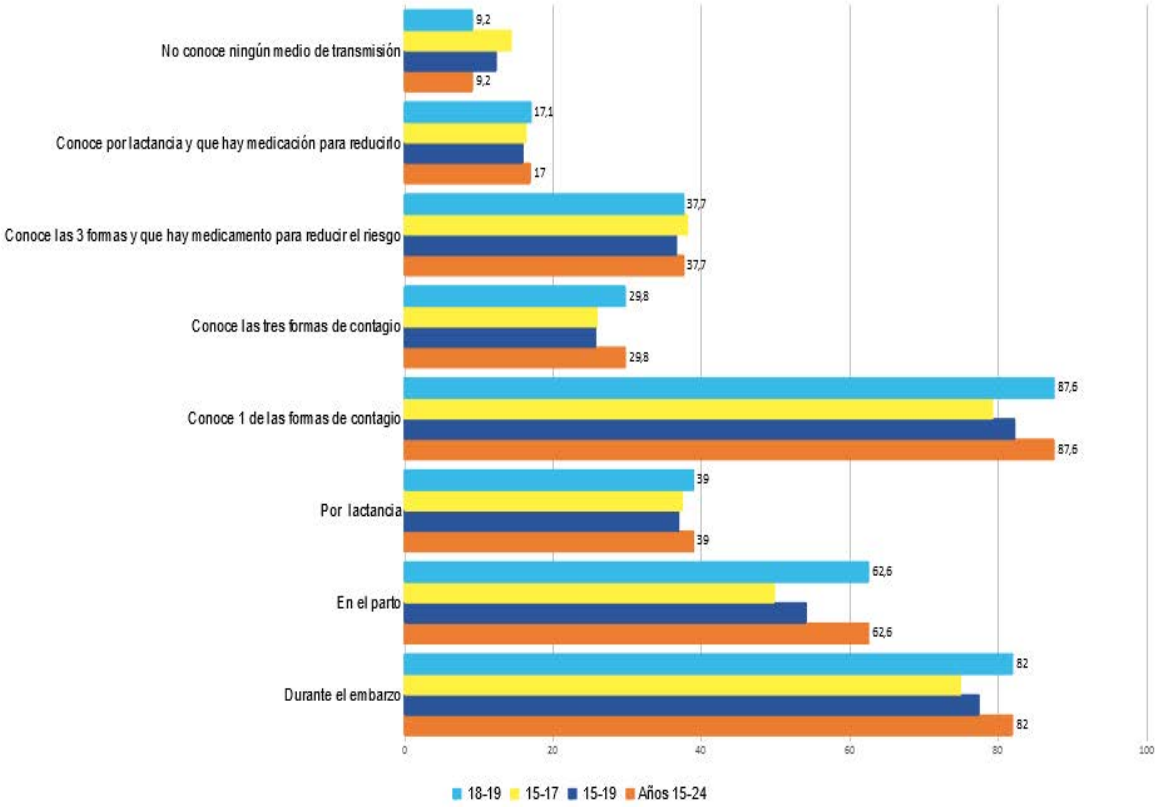
Uno de los retos más importantes es bajar la tasa de mortalidad en hombres, especialmente en la población de 15 a 19 años. En las mujeres, también la población de 15 a 19 años es la más afectada; pero es muy importantes que las mujeres tengan muy presentes los medios de contagio y del contagio madre-hijo/a:

En cuanto a la población homosexual, deben destacarse los resultados de la *Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la Gran Área Metropolitana* (2018), en los que se visualiza la exposición al contagio por parte de esta población, dentro de la iniciación de las relaciones se-xuales, antes de los 15 y de 15 a 17 años, pero dicen haber usado condón, al menos, un 53,3%, con una prevalencia de 15,4%:

> Con relación a los antecedentes sexuales, 20,0% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres entrevistados declararon haber tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 15 años, la mediana de edad fue de 17 años, 80,9% dijo que la persona con quien tuvieron esa primera relación sexual fue hombre y el 16,0% dijo haber tenido su primera relación sexual anal antes de los 15 años y 41,2% de 15 a 18 años, 53,3% dijo haber usado condón en esta primera relación sexual anal. (Ministerio de Salud, Hivos, CCSS, 2018, p. 3.4).

En el caso de las mujeres transexuales, la edad de iniciación es antes de los 15 años y de 15 a 17 años, pero un 53,3% dice no haber usado condón, en una población con prevalencia de VIH de 24,6%.

Gráfico 19
Porcentaje de mujeres con conocimiento de contagio madre-hijo/a por sobre VIH-SIDA. Costa Rica, mujeres de 15 a 20 años, 2018



Fuente: Extracto de la Encuesta EMNA 2018 (2019, p.76).

> La mediana de edad en la que las entrevistadas dijeron haber tenido su primera relación sexual fue a los 14 años y 59,5% dijo haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años y 59,8% dijeron que esa primera relación sexual antes de los 15 años fue con un hombre. El 92,2% de las participantes reportó haber tenido su primera relación sexual con un hombre y 7,8% con mujeres. El 78,3% de las entrevistadas declaró no haber usado condón durante su primera relación sexual. (Ministerio de Salud, Hivos, CCSS, 2018, p.27)

En cuanto a las trabajadoras sexuales, un 38,6% inició relaciones sexuales antes de los15 años, y un 43,1% entre los 15 y 17 años. El 21,5% de esta población dijo haber usado condón en la primera relación sexual. La prevalencia de VIH para mujeres trabajadoras sexuales de la GAM fue de 1,3% (Ministerio de Salud, Hivos, CCSS, 2018, p.43).

> Las entrevistadas fueron consultadas por los antecedentes sexuales. Se encontró que 38,6% (IC 95%: 33,6 – 43,7) tuvo la primera relación sexual cuando eran menores de los 15 años. Mientras que 43,1% (IC 95%: 38 – 48,1) entre los 15 y 18 años. La mediana de edad de la primera relación sexual fue 15 años con un RIC entre 14 – 17 años. Solamente un 21,5% (IC 95%: 17,4 – 25,6)

reportó el uso del condón en la primera relación sexual. El 92% (IC 95%: 89,3 – 94,7) de las entrevistadas manifestaron haber tenido algún embarazo alguna vez en la vida. Al momento de la encuesta 3,6% (IC 95% 1,4 – 5,7) reportó estar embarazada. De las que reportaron embarazo alguna vez en la vista, 87,7% (IC 95%: 84,3 – 91,2) estuvo en atención prenatal. Un 64,6% (IC 95%: 59,4 – 69,8) manifestó haber recibido información sobre el VIH en el último embarazo y a 64,2% (IC 95%: 59 – 69,4) le ofrecieron la prueba de VIH. Al momento de la encuesta 3,6% (IC 95%: 1,4 – 5,7). (Ministerio de Salud, Hivos, CCSS, 2018, p. 40).

Debe destacarse el hecho de una pronta iniciación sexual en los tres grupos de población mencionados, y la falta de acceso a la prevención de VIH y ITS. Debe insistirse en la mejora de la vida sexual y afectiva de los niños, niñas y adolescentes, en especial, en la ética del autocuidado, tener un mayor empoderamiento sobre sus cuerpos y cuidarse a sí mismos, y poder identificar relaciones abusivas y manipuladoras que los expongan a riesgos.

La CCSS mantiene campañas como "*Activos pero protegidos*" para la realización de las pruebas ELISA y Western Blot, y ofrece tratamiento con antirretrovirales para los 12 845 personas mayores de 15 años con VIH ONUSIDA, 2017), de los cuales, un 24,4% vive en San José y un 11,7% en Alajuela (Ministerio de Salud, Memoria institucional 2018, p. 87).

De acuerdo con la II Encuesta Nacional de Salud y Salud Reproductiva (Ministerio de Salud, 2016), la población de 15 a 19 años indicó haber oído hablar (H.Q.H.) o se refirió de manera espontánea (Esp.) a las enfermedades de transmisión sexual, tal como se muestra en el siguiente cuadro (extracto) sobre información sobre estas enfermedades y sus modos de transmisión:

Cuadro 9

Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años con algún conocimiento sobre ITS. Costa Rica, 2016

Enfermedad/15-19 años		Mujeres	Hombres
Gonorréa	Esp.	30,2	39,0
	HQH	83,8	81,4
Sífilis	Esp.	24,6	33,0
	HQH	73.2	66,3
Herpes	Esp.	1,7	7,5
	HQH	26,3	30,4
Chancro	Esp.	17,8	31,7
	HQH	87,5	83,0
Papiloma	Esp.	37,9	30,8
	HQH	94,1	84,9V
VIH - SIDA	Esp.	75,0	78,0
	HQH	98,3	92,1

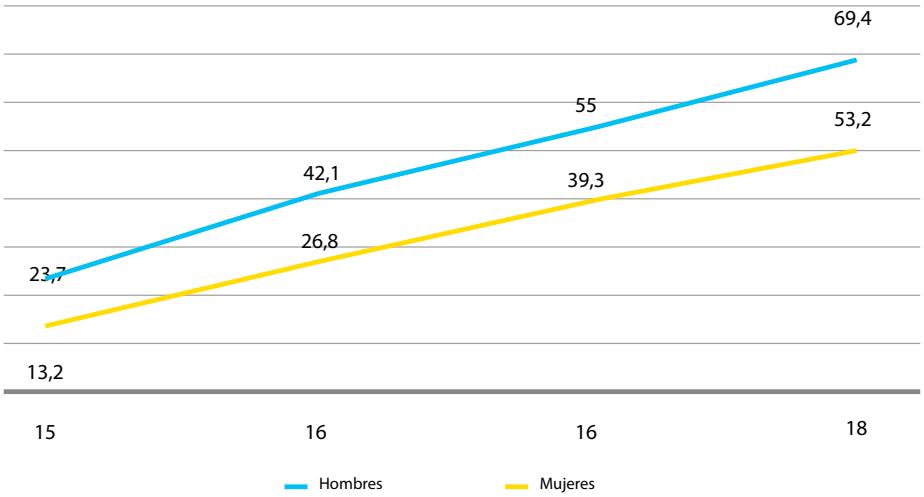
Fuente: Ministerio de Salud, II Encuesta Nacional de Salud y Salud Reproductiva, 2016, p. 34.

Se puede apreciar que, en efecto, las personas ente 15 y 19 años tienen conocimiento de las ITS, más los hombres que las mujeres, en especial, sobre el VIH-SIDA, y la menos conocida es el Herpes.

En cuanto a los métodos de protección, tanto hombres como mujeres tienen conocimiento de usar condón (72,6% las mujeres y 77% los hombres), de ser fieles a la pareja (6,4% la mujeres y 7,3 los hombre), de abstenerse (10,8% las mujeres y 15,4% los hombres), y de evitar tener relaciones con desconocidos (3,4% las mujeres y 8,2% los hombres).

La edad de iniciación a la vida sexual en hombre y mujeres se da antes de cumplir 15 años. El rango de 15 a 18 años, se ha comportado como lo muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 20
Porcentaje de edad de iniciación sexual en hombre y mujeres de 15 a 18 años. Costa Rica, 2016



Fuente: Elaboración propia según datos de Ministerio de Salud, II Encuesta Nacional de Salud y Salud Reproductiva, 2016, p. 35.

3.3.5 Enfermedades transmitidas por vectores

Las enfermedades transmitidas por vectores causan un 17% de las enfermedades infeccionas y provocan 700 000 defunciones al año en el mundo (OMS, 2019). Este grupo de enfermedades tiene en común que hay un vector que son insectos hematófagos, que ayuda a la transmisión de la enfermedad. Por lo general, el Aedes aegypti (Chikungunya, Dengue y Zika), o el Anopheles (Malaria) han alcanzado mayores alturas geográficas de supervivencia debido al cambio climático global, y por ello, se ha esparcido la enfermedades que se transmite en lugares que antes no eran frecuentes.

Zika

El Flavivirus (Zika) es transmitido por el mosquito Aedes aegypti, y se identificó el problema en Costa Rica en el 2016. De esta fecha a 2018, se han diagnosticado, del 2016 al 2018, 10 665 casos (Ministerio de Salud, Memoria institucional 2018, p. 58). Entre las complicaciones

principales que produce en el embarazo está el síndrome congénito y/o microcefalia. Para el 2018, la incidencia de Zika fue de 3,9 (por 100 000 habitantes), y la provincia con una tasa más alta fue Puntarenas (10,3 por 100 000 habitantes).

Dengue

Se trata de una enfermedad viral transmitida por el mosquito hembra Aedes aegypti. Esta enfermedad presentó 730 casos en el 2018, con una incidencia de 14,2 (por 100 000 habitantes). Esta enfermedad es la décima causa de muerte en el mundo. El problema es que puede tardarse el diagnóstico, más aun en niños pequeños, y el paciente puede desarrollar el Síndrome febril agudo (SFA). Según la Memoria Institucional 2018 del Ministerio de Salud,

> Durante el período 2014 al 2018, se notificaron 60 194 casos de dengue, siendo el año 2016 el de mayor incidencia, 476,8 casos por 100 000 habitantes. Comparando los casos del año 2018 con los del 2017, se observó una disminución de casos del 51,7%. En ese período las provincias de Puntarenas, Guanacaste y Alajuela aportaron el 69,0% del total de casos del país con incidencias por 100 000 habitantes de 716,7, 673,2, y 248,7 respectivamente. (Ministerio de Salud, 2019, 2019, p. 59).

Chikungunya

En el 2018, se presentaron 49 casos, y una incidencia de 0,7 (por 100 000 habitantes). Esta enfermedad reaparece en el 2015 en América, y también es transmitida por el Aedes aegypti. Del 2014 al 2018, se presentaron 9.214 casos de CHIKV. El pico más alto de incidencia se dio en el 2015, con una tasa de 101,7 por 100.000 habitantes (p. 55). Los cantones más afectados fueron Golfito Nicoya Hojancha, Corredores, Santa Cruz, Aguirre, Parrita, Montes de Oro, Atenas, Abangares. Las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón aportaron el 83,6% del total de casos del país, con incidencias por 100.000 habitantes de: 204,7, 102,1 y 67,6 respectivamente.

Cuadro 10

Tasa de afectados por Zika, Dengue y Chikungunya, por cantones. Costa Rica, 2018

Zika		Dengue		Chikungunya	
Pocosí	51	Sarapiquí	158	Sarapiquí	8
Guácimo	29	Matina	57	Carrillo	4
Siquirres	26	Guácimo	48	Matina	3
Matina	24	Siquirres	42	Guatuso	1
Limón Central	16	Atenas	18	Acosta	1
Sarapiquí	11	Talamanca	18	Garabito	1
Puntarenas	8	Parrita	8	Grecia	3
Alajuela Central	5	Pocosí	60		
Orotina	4	Turrialba	30		
Santa Cruz	3	Montes de Oro	4		

Fuente: Boletín epidemiológico, n°14-2018.

Se puede observar que el cantón de Sarapiquí aparece en las tres listas, y primero en Dengue y Chikungunya. De manera similar sucede con Matina.

Se puede apreciar que el país ha hecho reiteradamente campañas de fumigación y de advertencia y educación a las personas para evitar los riesgos de estas enfermedades; sin embargo, buena parte de la población no hace nada al respecto. El mal manejo de desechos, como las llantas y similares, que albergan los criaderos de mosquitos, no se ha resuelto. Se necesita una población más sensible al riesgo evitable para que se tomen mejores actitudes colectivas e individuales frente a este grupo de enfermedades, que se entienda como responsabilidad de todos.

3.4 Inmunización

El país cuenta con campañas de vacunación efectivas, que siguen el siguiente esquema de vacunación oficial, según tipo de vacuna, dosis básica y dosis de refuerzo (véase el cuadro 11). El resultado de las campañas se puede apreciar en la encuesta EMNA 2018 (2019, p.87); en general es exitoso alrededor del 90% en la primera y segunda dosis o dosis única.

Otras vacunas se han ido introduciendo en el esquema oficial desde el 2019, como la de VPH-Virus del Papiloma Humano, es gratuita para niñas de 9 años en adelante, pero no para niños. Otras vacunas como la pentavalente (contra la difteria, tétanos, poliomielitis, haemophilus, influenzae y tosterina), ya se empezó a distribuir por la CCSS para alrededor de 70 000 NNA (Solís Ramírez, María Isabel, 14/6/2019. ccss.sa.cr/noticias/). Cada año se aplican 280 000 inmunizaciones de dosis básica del esquema oficial de vacunación, para lograr una cobertura del 95,8%.

Cuadro 11

Esquema de vacunación oficial para personas menores de siete años. Costa Rica 2018

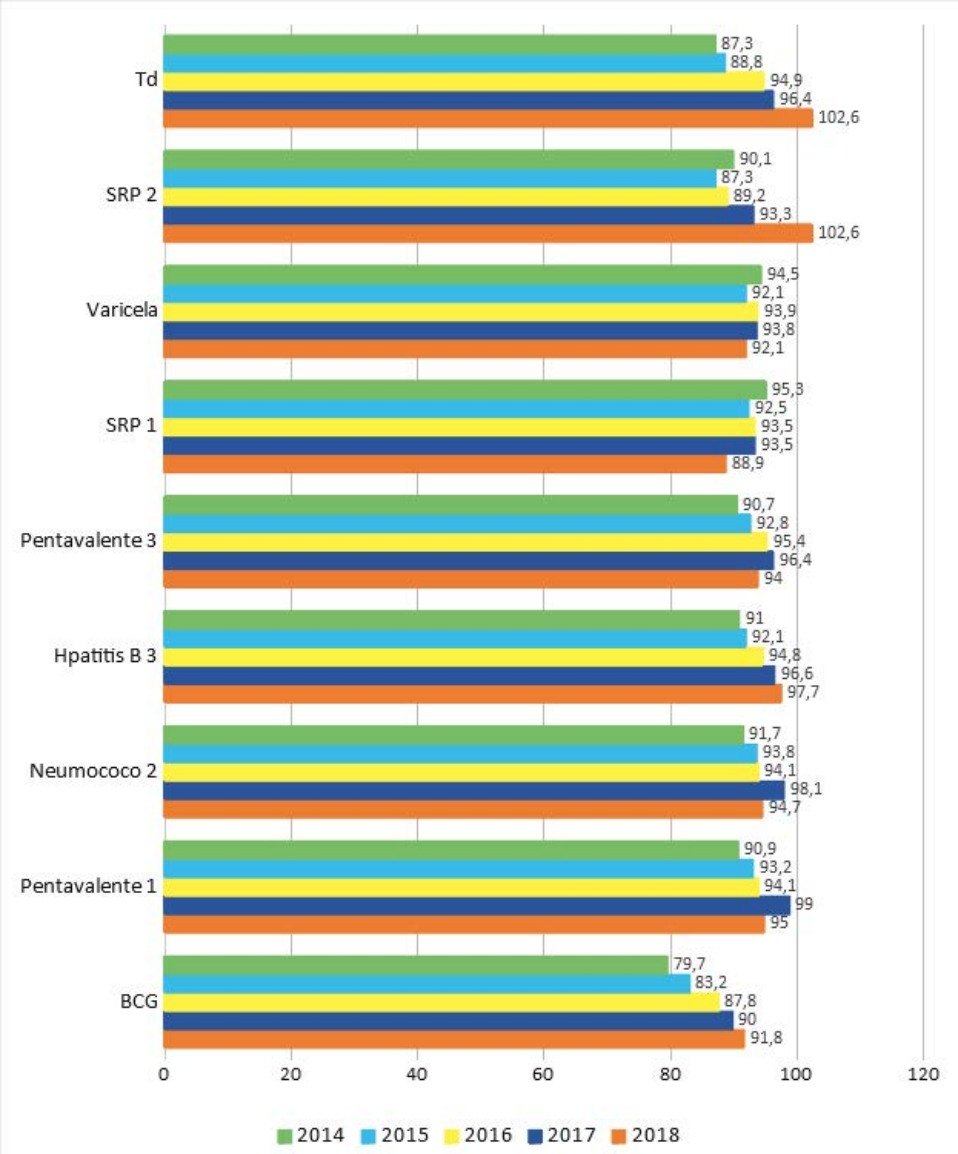
Vacuna	Dosis básica	Dosis de refuerzo
BCG (Bacilo Calmette-Guerin)	Nacimiento	
Hepatitis B	Nacimiento, 2 y 6 meses	
Rotavirus	2 y 4 meses	
DTPa (Difteria, Tétanos y Pertusis acelular)	2, 4 y 6 meses	15 meses y de 4 a 7 años
Hib (Haemophilus Influenzae Tipo B	2, 4 y 6 meses	15 meses y de 4 a 7 años
Vacuna de Poliuvirus inactivado	2, 4 y 6 meses	15 meses y de 4 a 7 años
Neumococo 13 valente	2, 4 y 6 meses	15 meses y de 4 a 7 años
Influenza estacional	De 6 meses en adelante	Anual para grupos de riesgo
SRP (Sarampión, Rubeola y Paperas	15 meses	Ingreso a la escuela
Varicela	15 meses	

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2019, p.85.

La campaña de vacunación no solo se da a través de los servicios de salud, sino que también participan las escuelas. El problema es la población que está excluida de los centros escolares y de los servicios de salud, de la que puede haber algún subregistro, como en el caso de niños y niñas migrantes.

En cuanto a la vacunación, se aprecia en el gráfico 21 que la cobertura mantiene un patrón similar desde el 2014 al 2018, con un pequeño aumento en el último año.

Gráfico 21
Porcentaje de cobertura de vacunación según tipo de enfermedad.
Costa Rica, 2014-2018



Fuente: Elaboración propia según datos de Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2019, p. 86.

3.5 Estados nutricionales

3.5.1 Desnutrición, sobrepeso y obesidad

En canto a la atención nutricional, a la par de la malnutrición por déficit, en cambio, aparece la malnutrición por exceso:

> El concepto de malnutrición incluye, por un lado, a la desnutrición, incluidos los indicadores de bajo peso al nacer, la insuficiencia de peso, el retardo en talla, y el déficit de micronutrientes, (hierro, zinc, vitamina A u otros) y, por el otro, al sobrepeso y la obesidad.(Ministerio de Salud, 2018a, p.31).

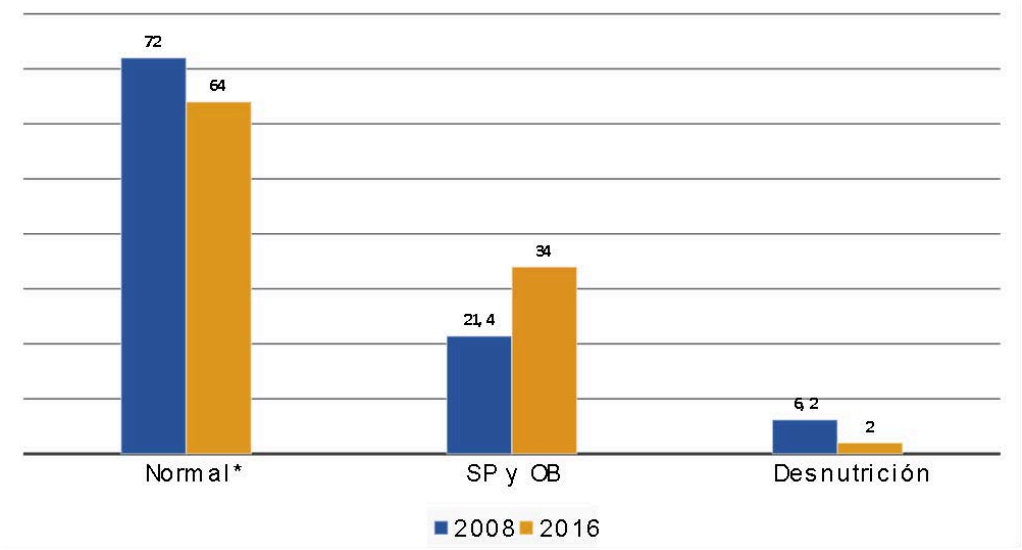
Los problemas nutricionales que sufren los NNA en Costa Rica son variados, y a la vez que las cifras de sobre peso y obesidad se han elevado; también se mantienen problemas de desnutrición, especialmente en poblaciones indígenas. Para enfrentar esta problemática, en el 2013 se desarrolló la *Estrategia para la prevención del SP y la OB en la niñez y la adolescencia en Centroamérica y República Dominicana*, 2014-2025, y se centra en un enfoque integral de nutrición y salud para niños y adolescentes escolarizados. La estrategia desarrollada deja por fuera a los niños y adolescentes no escolarizados, lo que suele ser una de las limitantes para la población que no está vinculada con los centros de enseñanza. La estrategia ubica la dimensión de la mala alimentación en el contexto nacional de la siguiente manera:

> En Costa Rica, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la niñez, así como, en adolescencia ha experimentado un incremento en el curso de las dos últimas décadas, constituyéndose un problema de salud pública, por lo que se ha reconocido la necesidad de dar una respuesta eficaz y oportuna, fortaleciendo y enfocando sus políticas públicas, así como las acciones intersectoriales para la promoción de una alimentación saludable en el contexto de una vida sana, dirigidas a mejorar el estado nutricional, las condiciones de salud, la prevención del sobrepeso y obesidad, así como, otras enfermedades no transmisibles vinculadas a la dieta en este grupo de población (Ministerio de Salud, 2017, p.9).

Como parte de esta estrategia se realizó, en el 2016, el *Censo Escolar Peso Talla*, en la población de niños y niñas de 6 a 12 años, que asisten a escuelas públicas y un 60% de las escuelas privadas. La medición se hizo de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC, y el estudio mostró que se ha agravado la obesidad y el sobrepeso de la siguiente manera:

Este último censo peso/talla no incluye a adolescentes, como tampoco a menores de cinco años. En la EMNA 2018 (2019, p.114) se puede observar que entre los niños menores de 5 años, se da un total de bajo peso para la edad de 2,9 (de moderado a severo) y 0,3 (severo); de baja talla para la edad de 9,0 (moderada a severa) y 0,9 (severa); con emaciación 1,8 (de moderada a severa) y 0,1 (severa); y de bajo peso para la talla 7,4 (de moderada a severa) y 2,3 (severa). Si bien el país no está mal en general, debe prestarse la atención a un mejoramiento

Gráfico 22
Porcentaje de IMC en niños/as de 2 a 6 años. Costa Rica, 2008 y 2016



*De acuerdo a la OMS.

Fuentes: Ministerio de Salud, 2009, p. 15. Ministerio de Salud, 2017, p. 4

progresivo y a no bajar estos referentes, ya que la deficiencia nutricional es un factor clave para todos los ámbitos de desarrollo de los niños y las niñas, especialmente en estas edades. De nada sirve insistir en educación y salud en años posteriores, si el desarrollo de los órganos, especialmente el cerebro, no fue oportuno.

En la *Memoria institucional* del Ministerio de Salud (2018), se destaca que, de acuerdo con el *Censo Escolar Peso/Talla 2016*, se logró establecer una prevalencia de 3,6% de baja talla, y dentro de este grupo, un 0,4% con baja talla severa. El segmento de población que está más afectada son los niños y niñas que asisten a centros educativos con un 16%, los niños y niñas que asisten a los CEN-CINAI, con un 5,4%. La tasa de baja talla fue de 24,3 por 1 000 habitantes (Ministerio de Salud, 2019, p. 35).

En el censo del 2008-2009, la desnutrición de niños y niñas menore de 5 años fue de 5,6, de acuerdo con la relación talla/edad; y el sobrepeso llegó a 8,1 en la relación talla peso. También se presentó un déficit en la relación talla edad en un 30,6 para las niñas y 28,5 para los niños. La prevalencia de desnutrición global (bajo pero para la edad), en menores de 5 años fue de 18,6 para los niños y 14,6 para las niñas (2008-2009). En esta misma población, la prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad), fue de un 1,1%.

Para los NNA de 13 a 18 años, la última medición fue la del 2008-2009, en la cual el IMC presentó un 76,2% de adolescentes con peso normal y un 20,8 con sobrepeso y obesidad (Ministerio de Salud, 2009, p.18). En el 2017, la población de menores de 5 años, mostró una tasa de baja talla de 2,2, especialmente en Pérez Zeledón y Dota (Ministerio de Salud, 2018, p. 35).

En cuanto a la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, el porcentaje en la población de 5 a 12 años, en el 2008-2009, era de un 21,4. Por consiguiente, del 2015 al 2018 se desarrolló un plan para las disminución de la obesidad, por parte del Ministerios de Salud, con las siguientes estrategias:

• Estrategia Integral para la implementación del seguimiento del Reglamento de Sodas Estudiantiles (en proceso de implementación).

• Implementación del Proyecto de Prevención y Control de la Obesidad en Niños de 5 a 12 años de edad (el cual ya fue implementado en un 62%).

• Actualización e implementación de los menús en comedores escolares de manera que sean regionalizados, considerando gustos y preferencias y de acuerdo con un patrón de menú balanceado, adecuado a los requerimiento de la población escolar.

• Identificación de los centros educativos con mayores índices de obesidad infantil, según los datos del Censo de Peso y Talla que ya están disponibles desde el año 2017.

• Elaboración de la Norma Nacional de Obesidad.

• Establecimiento de la práctica de 30 minutos diarios de actividad física en los niños que asisten al CEN y una hora en los niños que participan en el CINAI, la cual será preferentemente mediante el juego.

• Definición de paquete básico de materiales para la práctica de la actividad física en los niños que asisten al CEN-CINAI. Para esto se contó con la asesoría de profesionales de la UNA y del ICODER. Se aprobó la compra de 50 paquetes de material especializado para desarrollar el componente de actividad física en CEN-CINAI.

• Fortalecimiento de los programas de alimentación preescolar y escolar mediante procesos de educación alimentaria y nutricional a preescolares y escolares y fomento del suministro de alimentos sanos y nutricionalmente adecuados por parte de organizaciones de agricultura familiar.

• Del 2013-2018 se implementó el Proyecto de Fortalecimiento de la Alimentación Preescolar y Escolar con el objetivo de analizar el estado actual de la alimentación preescolar y escolar en el país, identificando las potencialidades y limitaciones de la provisión y utilización de alimentos adquiridos en la Agricultura Familiar. Este proyecto ha contado con la cooperación de la FAO y el gobierno de Brasil y finalizó en el año 2018 (Ministerio de Salud, 2019, p.15).

Como efectos de este plan, se ha centrado la atención en desarrollar desde el 2016 las escuelas y CEN-CINAI Sostenibles, y se incorpora no solo a los niños, sino también a los padres de familia, La iniciativa se ha venido desarrollando en Frailes de Desamparados, Pérez Zeledón, San Vito de Coto Brus, Sabalito y Corredores.

Si bien se han hecho esfuerzos importante, queda pendiente un gran trabajo para lograr una nutrición sana, ya que "para todas las categorías del *Índice de Desarrollo Social* existen problemas de sobrepeso y obesidad" (2018, p. 9).

Cuadro 12			
Prevalencia de desnutrición por porcentaje según sexo y edad. Costa Rica, 2016			
Variable		Desnutrición severa	Desnutrición
Sexo			
	Hombre	0,3	1,5
	Mujer	0,3	1,6
Edad	Años		
	6	0,3	1,5
	7	0,2	1,3
	8	0,3	1,3
	9	0,3	1,2
	10	0,3	1,5
	11	0,4	1,8
	12	0,5	2,1
Fuente: Censo Escolar Peso/Talla 2016. Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2016.			

La prevalencia de desnutrición severa y desnutrición requieren de una identificación más acuciosa de casos para poder superar estas deficiencias que persisten, a pesar de los grandes esfuerzos que el país ha hecho para minimizarlas

3.5.2 Lactancia materna

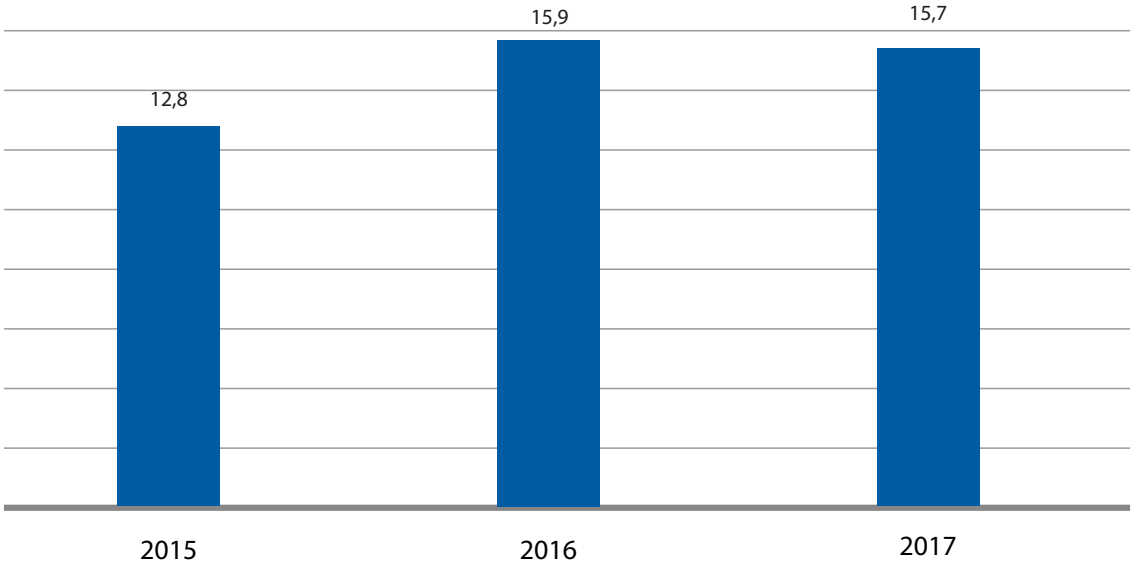
Según los datos presentados por el Ministerio de Salud y la Comisión para la Lactancia Materna (CNLM) (2018), en su página (1° de agosto 2018), solo el 21% de los niños y niñas tienen lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida. Sin embargo, según la *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011: situación de la niñez y mujeres* (MICS 2011), la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses era de un 33%. Según la Encuesta Nacional de Hogares 2011, en la primera hora de nacidos un 81,64% recibió lactancia materna. Y entre los 0 y 3,5 meses, un 97,29% ha recibido lactancia materna (Ministerio de Salud/INEC, ENHO 2010, p.21).

3.5.3 Anemia

En la población nacional, el principal tipo de anemia es ferropénica o ADH, debida a deficiencias nutricionales. El Programa Nacional de Tamizaje Neoantal ha sido una estrategia muy importante para evitar la enfermedad metabólica hereditaria (EMH), con el cual se pueden prevenir y atender tempranamente discapacidades cognitivas, otras discapacidades, y enfermedades metabólicas hereditarias, así como de los casos atendidos por anemia por deficien-

cia de hierro. A pesar del aumento en la prevalencia de la ADH, el 2017 se logró estabilizar el aumento que se apreció del 2015 al 2016. Lo ideal es que todo neonato pudiera ser tamizado, y que los padres y tutores no dejen de llevar a los neonatos a esta prueba.

Gráfico 23
Porcentaje de prevalencia de anemia en niños menores de dos años.
Costa Rica 2015-2017



Fuente: Ministerio de Salud, Informe anual 2018, p. 18.

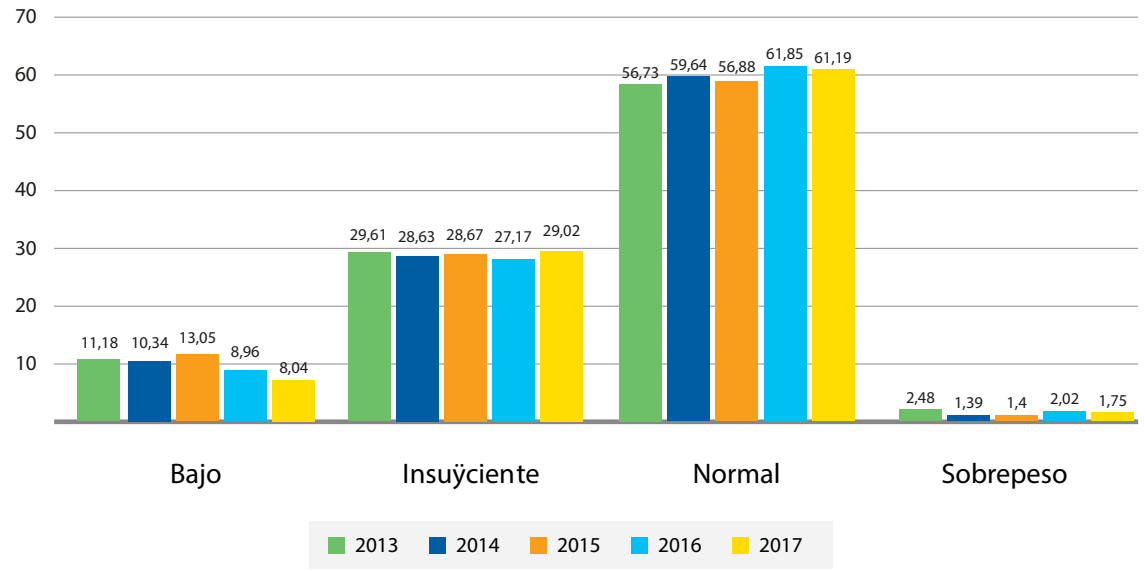
Es frecuente que en el tercer trimestre, un 35% de las madres gestantes presenten ADH. Para los datos del INEC (Boletín 2011), un 26% presentó anemia, y un 0,4% anemia severa. No se encontraron datos más actualizados. La prevalencia de la anemia en las mujeres en edad reproductiva en Costa Rica es de menos del 20%, y entre el 20% y el 40% en mujeres gestantes, entre los 15 y 49 años. Para la OMS (2015, p. 20), en su estudio sobre la prevalencia global de la anemia en el 2011, Costa Rica aparece catalogado de niveles moderados de anemia.

2.5.4 Bajo peso al nacer

En lo que corresponde a la situación niños nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2 500g), peso insuficiente (2 500 – 2 999 g), peso normal (3 000 – 3 999g), y sobrepeso (4 000g y más), según la edad de la madre, la tendencia es sostenida y similar entre niñas de 10 a 14 años y adolescentes de 15 a 19 años, tal como se ve en los gráficos 24 y 25:

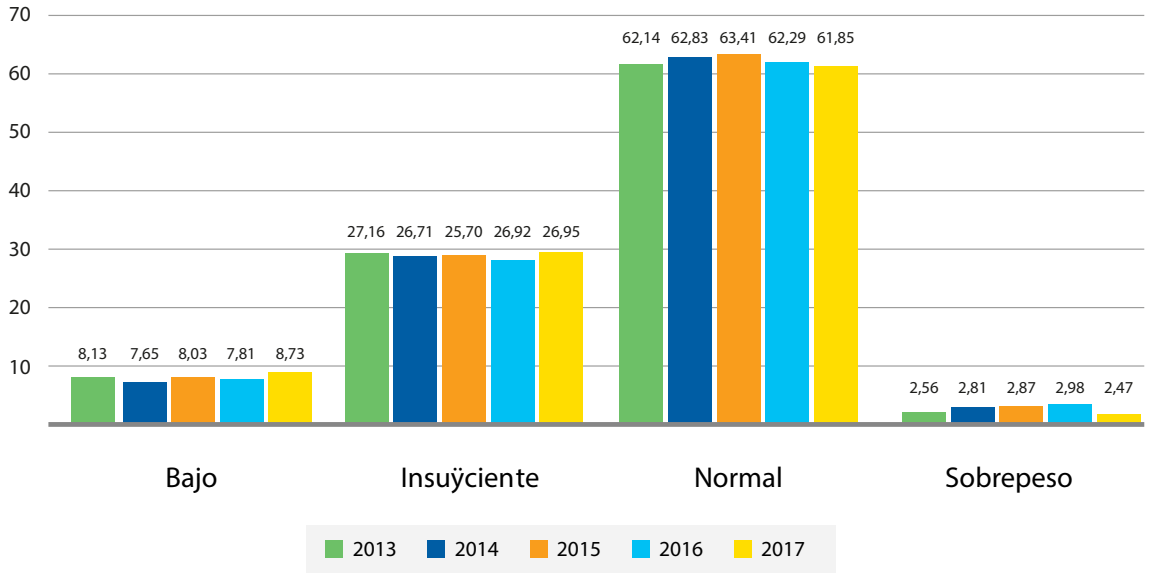
En general, los indicadores de salud reflejan una preocupación sostenida por mejorar las condiciones de los y las niños, niñas y adolescentes. Falta especializar el registro de datos, de manera que sean reportados también los casos de minorías vulnerables y los matices que las acompañan (afrodescendientes, pueblos originarios, migrantes, diversidad funcional, diversidad sexual, extrema pobreza), y poder así intervenir las poblaciones más rezagadas.

Gráfico 24
Porcentaje de nacimientos según el peso del nacido y edad de la madre de 10 a 14 años. Costa Rica, 2013-2017



Porcentaje sobre el total de nacimientos.
Fuente: Elaboración propia según datos de CCSS, Área de Estadística en Salud.

Gráfico 25
Porcentaje de nacimientos según el peso del nacido y edad de la madre de 15 a 19 años. Costa Rica, 2013-2017



Porcentaje sobre el total de nacimientos.

Fuente: Elaboración propia según datos de CCSS, Área de Estadística en Salud.

La alianza del sector salud con el de educación, sin duda, ha dado logros muy importantes, pero hace falta una estrategia para llegar los NNA que están excluidos del sistema educativo, y que, incluso, tampoco tiene acceso a los servicios de salud de manera regular. Esta población excluida preocupa, porque las zonas en las que normalmente hay menos atención, son las zonas en las que más se incrementarán las personas menores de edad, y ya son atendidas de manera insuficiente.

3.6. Saneamiento

El saneamiento es una manera de prevenir enfermedades, evitar epidemias, minimizar la mortalidad de niños y niñas (de 0 a 5 años especialmente), y una forma de determinar el grado de desarrollo de una población, así como de las condiciones de vida para la salud. El principal indicador es el acceso a agua potable, pero también son importantes el manejo de las aguas residuales y de los desechos.

3.6.1 Aguas, calidad y tratamiento

En este tema el país muestra una gran disparidad entre el agua potable, su acceso y calidad, frente a los vacíos en tratamiento de aguas residuales, que es fundamental para el manejo ambientalmente sostenible al minimizar su impacto sobre ríos, mantos acuíferos y océanos.

3.6.1.1 Agua potable

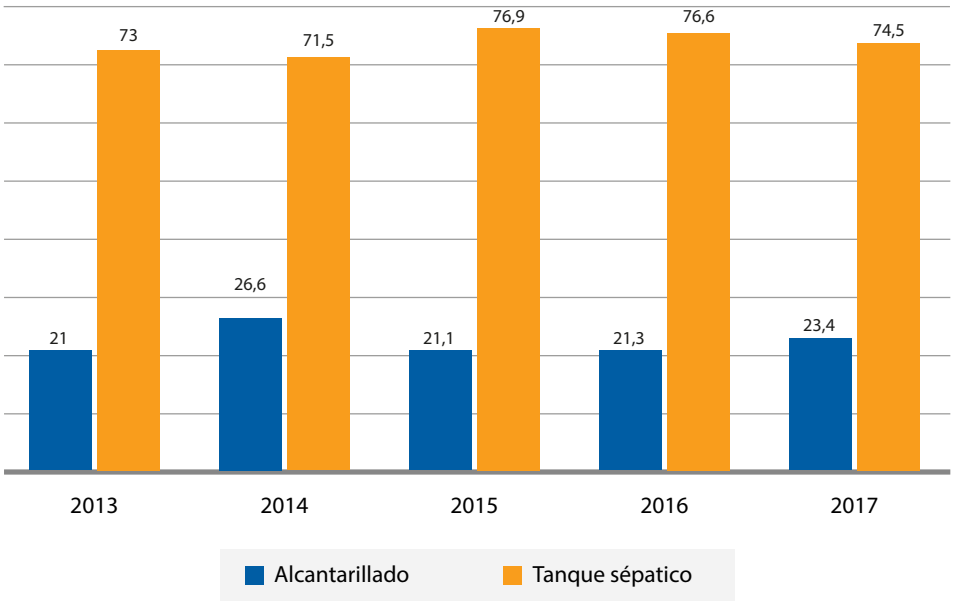
En materia de acceso, en el 2017 se logró que el 99,6% de la población reciba agua intradomiciliar, con un 93,9% de potabilidad (AyA, 2018, p. 49), y también "se redujo el número de acueductos contaminados por coliformes fecales, que pasó de 38,9% a 22,6%, como resultado de acciones impulsadas por el AyA en coordinación con los demás entes operadores " (PEN, 2018, p.14). Además, un 76,3% recibe agua sometida a control de calidad, y un 88,8% agua con tratamiento y/o desinfección. El AyA suple al 51,57%, las ASADAS/CAARS a 30,11%, las 23 Municipalidades autorizadas al 13,29% y la ESPH a un 5,03% (AyA, 201, p. 50). No obstante, se pierde el agua potable en un 51,4% por fugas en promedio a nivel nacional, y en la Región Atlántica llega a un 65,29% (ARESEP, 2019). Para ellos, el AyA tiene en desarrollo, desde hace 3 años, el Proyecto de Reducción de Agua No Contabilizada y de Optimización de la Eficiencia Energética (RANC-EE).

3.6.1.2 Aguas residuales

El 70% de las aguas residuales en Costa Rica no tiene tratamiento. El tanque séptico es el sistema más utilizado (véase gráfico 26), pero es inadecuado en zonas costeras y urbanas: "Si bien la red de distribución nacional permite que el agua potable llegue al 91% de la población costarricense, hay un 13,4% del total de agua residual del país que no recibe tratamiento después de su uso"(Rodríguez Rodríguez, 2018).

El total de viviendas que tiene tanque séptico es 1 159 111, que albergan a 3 770 672 personas; en cambio, el alcantarillado cubre a 355 889 viviendas, habitadas por 1 144 141 personas. El alcantarillado se utiliza alrededor de un 30% en la región Central; en cambio, el tanque séptico es utilizado por alrededor de un 75% de las viviendas en la regiones Chorotega, Pacífico Central, Brunca, Huetar Caribe y Huetar Norte (AyA, 2018, p. 54). De las aguas residuales conducidas por alcantarillado, solo una parte recibe tratamiento.

Gráfico 26
Evolución del uso de alcantarillados y tanque séptico. Costa Rica, 2013-2017



Fuente: Elaboración propia según datos de AyA, 2018, p.53.

Desde el 2014, la cobertura de alcantarillado sanitario con tratamiento aumentó significativamente, de 4,2% en el 2014, a 8,2% en el 2016 y a 14,4% en el 2017 (Estado de la Nación, 2018, p. 144). No obstante, sigue siendo un porcentaje muy bajo, frente a lo que implica el hecho de que la población crece a un ritmo tal que los sistemas de saneamiento están lejos de mantener un equilibrio ambientalmente sostenible:

> …el país tiene una gran capacidad para aprovechar el territorio y sus recursos a fin de generar servicios de amplio acceso, que impulsan el desarrollo humano, pero muchas limitaciones para reducir los efectos negativos de ese uso y para que su economía y vida en sociedad sean ambientalmente sostenibles. Ejemplo de ello es la dotación de agua y energía a la población, sin el debido esfuerzo para tratar las aguas residuales o reducir las emisiones contaminantes (Estado de la Nación, 2018, p.141).

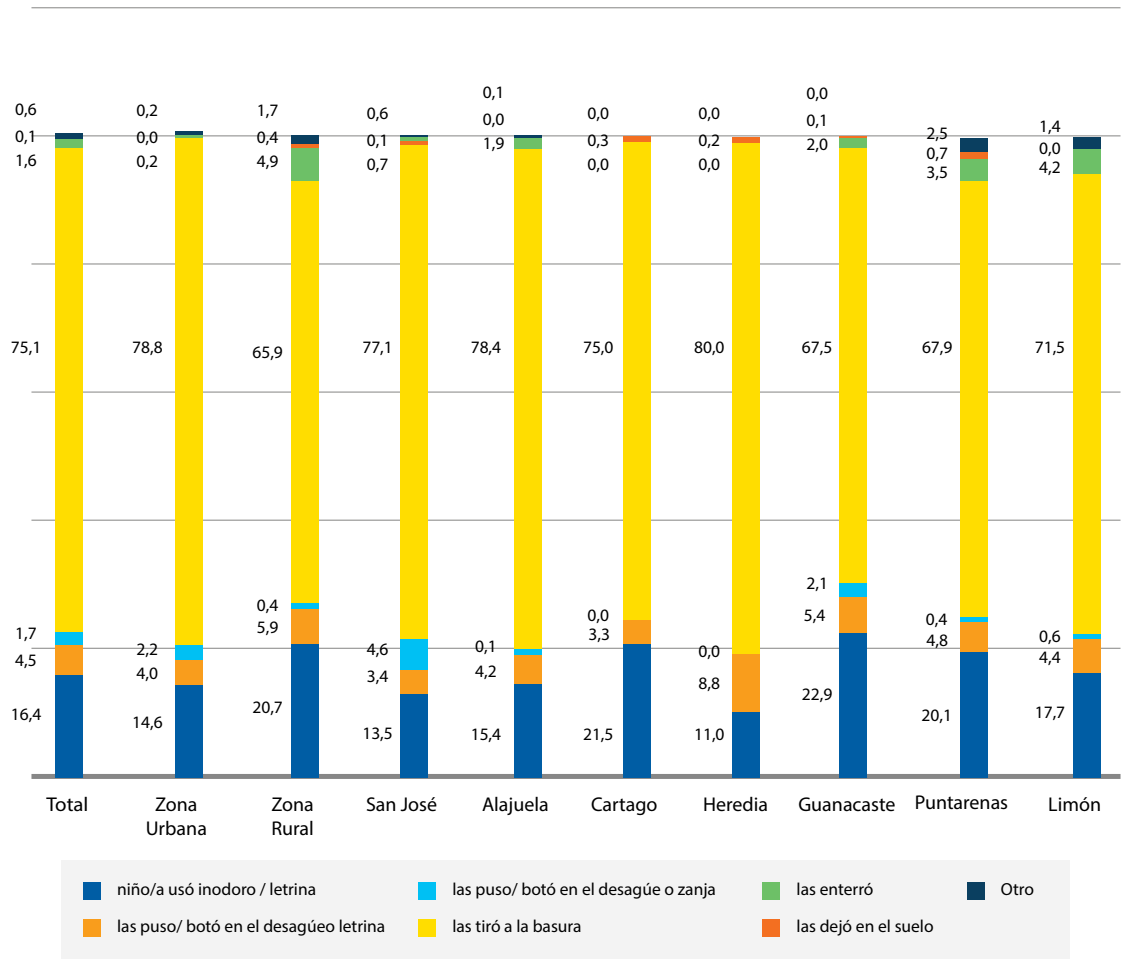
La planta de tratamiento de aguas residuales más grande es la PTAR Los Tajos (Uruca), que recibe 37 millones de litros de agua diarios y 10 toneladas diarias de residuos sólidos,

provenientes de alrededor de 200 000 mil personas (Estado del Ambiente, 2018, pp.195-196). Sin embargo, un 67% de las aguas residuales de la GAM no tiene una sistema de recolección de agua para dirigirlas por medio de alcantarillados hacia la planta de tratamiento; en consecuencia:

> … las aguas residuales que no son tratadas son vertidas directamente sobre los cuerpos de agua. De estos, los que mayor caudal de aguas residuales reciben son el Río Liberia (6.055 m^3/día), el Mar Caribe (5.757 m^3/día), el Estero de Puntarenas (5.742 m^3/día) y el Río Virilla (5.198 m^3/día) (Estado del Ambiente, 2018, p.198).

En cuanto a las excretas, la eliminación de heces de niños pequeños, se hace predominantemente por medio de la basura, tal como detectó la encuesta EMNA 2018 (2019, tabla WS.3.5).

Gráfico 27
Porcentaje de eliminación de heces de niños/as de cero a dos años.
Costa Rica, 2018



Fuente: Extracto de EMNA 2018, Tabla WS.3.5.

3.6.2 Residuos sólidos

El manejo inadecuado de los residuos sólidos, uno de los principales problemas ambientales del país, motivó el *Plan Nacional para la Gestión Integral de residuos 2016-2021*. El plan inició en el 2010 y se actualizó en el 2016. Es preciso tener en cuenta que el mal manejo de los residuos afecta suelos, aguas, genera proliferación de moscas, mosquitos, aves carroñeras, bacterias, mal olor, putrefacción expuesta, el cual se convierte en un problema complejo y difícil de manejar si no se hace de manera integral. El plan cuenta con respaldo legal (véase el anexo 11) e incluye enfoque de cohesión social, de derechos, de diversidad, de igualdad y equidad de género.

Según el PNUMA, Costa Rica ha conseguido una disposición final de residuos en rellenos sanitarios de un 69% en la última década (UNEP LAC Waste Outlook, 2018). También se cuenta con un 57,1% de municipios con planes de manejo de residuos sólidos. No obstante, hace falta que las personas adquieran mayor compromiso con el manejo adecuado de los residuos, y en ese sentido, es importante entender "el costo de no hacer nada":

- Los costos para la sociedad es 5-10 veces superior que el costo financiero per cápita que representa una gestión de residuos adecuada.

- Externalidades negativas a la sociedad: 1. Afectación y cuidado salud pública (infecciones, propagación enfermedades). 2. Deterioro y remediación ambiental (aguas, suelo, aire) 3. Afectación sectores económicos (turismo, pesca,…).

- Accidentes (incendios, deslizamientos, vertidos,…): 1. Costo atención población. 2.Indemnizaciones (Pons, 2019, p. 79).

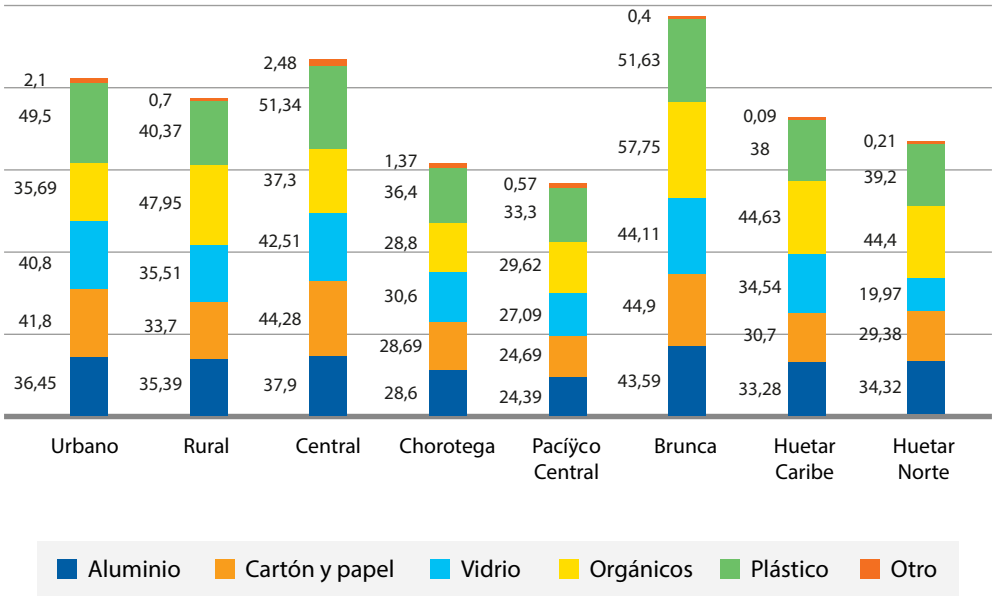
3.6.2.1 Aprovechamiento de residuos sólidos

En cuanto a la recuperación de residuos sólidos, se recuperan, reutilizan, y/o reciclan en diferente proporción materiales de aluminio, cartón y papel, vidrio, plásticos, desechos orgánicos, y otros no identificados. La zonas urbanas muestran una mayor proporción en la recuperación de materiales que las zonas rurales. Sin embargo, las diferencias en cada región dependen del tipo de material; por ejemplo, la región Brunca es la que más recupera aluminio, y la Pacífico Central la que menos. La región Central como la Brunca son las que más recuperan cartón, papel, vidrio y plástico, y las que menos recuperan son el Pacifico Central y la región Chorotega, que son regiones turísticas. Los desechos orgánicos son mejor aprovechados en las regiones Huetar Norte y Huetar Caribe. En el gráfico 28 se detallan estas prácticas:

3.6.2.2 Disposición final de residuos sólidos

El Ministerio de Salud tiene un convenio con la Universidad Nacional para mantener un inventario de georreferenciación y caracterización físico-química de lixiviados, suelos y gases de los vertederos y rellenos sanitarios en todo el país, como se aprecia en el siguiente mapa:

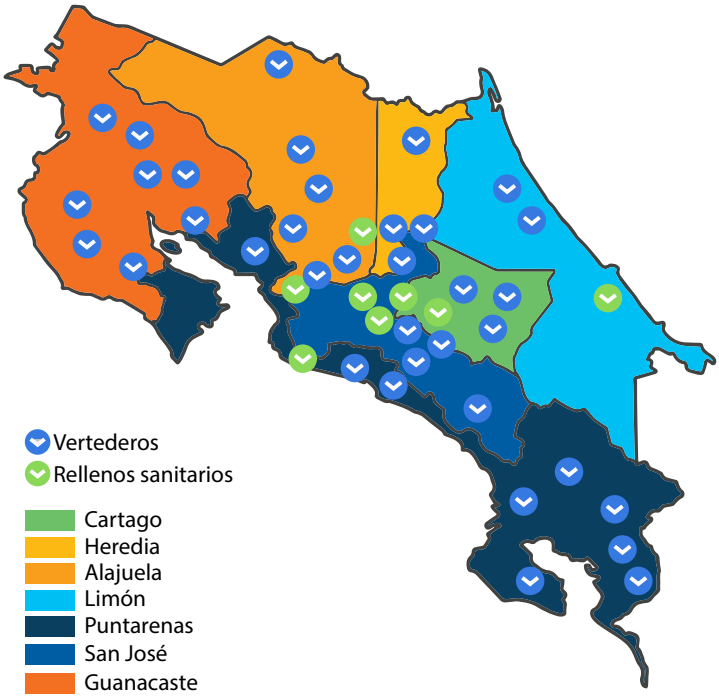
Gráfico 28
Porcentaje de viviendas que sí separan residuos sólidos, por tipo de residuos y por región. Costa Rica, 2018



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC a, ENAHO 2010-2018.

Figura 1

Sitios de disposición final de residuos en Costa Rica, 2019



Fuente: Ministerio de Salud, actualizado a mayo 2019.

Lo ideal sería que no existieran vertederos, y que tampoco se arrojaran desechos no tradicionales en ríos, quebradas y lotes baldíos, ya que estas malas prácticas exponen a los niños a múltiples riesgos de salud por contaminantes y enfermedades transmitidas por vectores. Como puede apreciarse en el mapa anterior, la mayor parte del país traslada los desechos a vertederos, alrededor de 36, frente a solamente 8 rellenos sanitarios.

2.6.2.3 Servicio de recolección

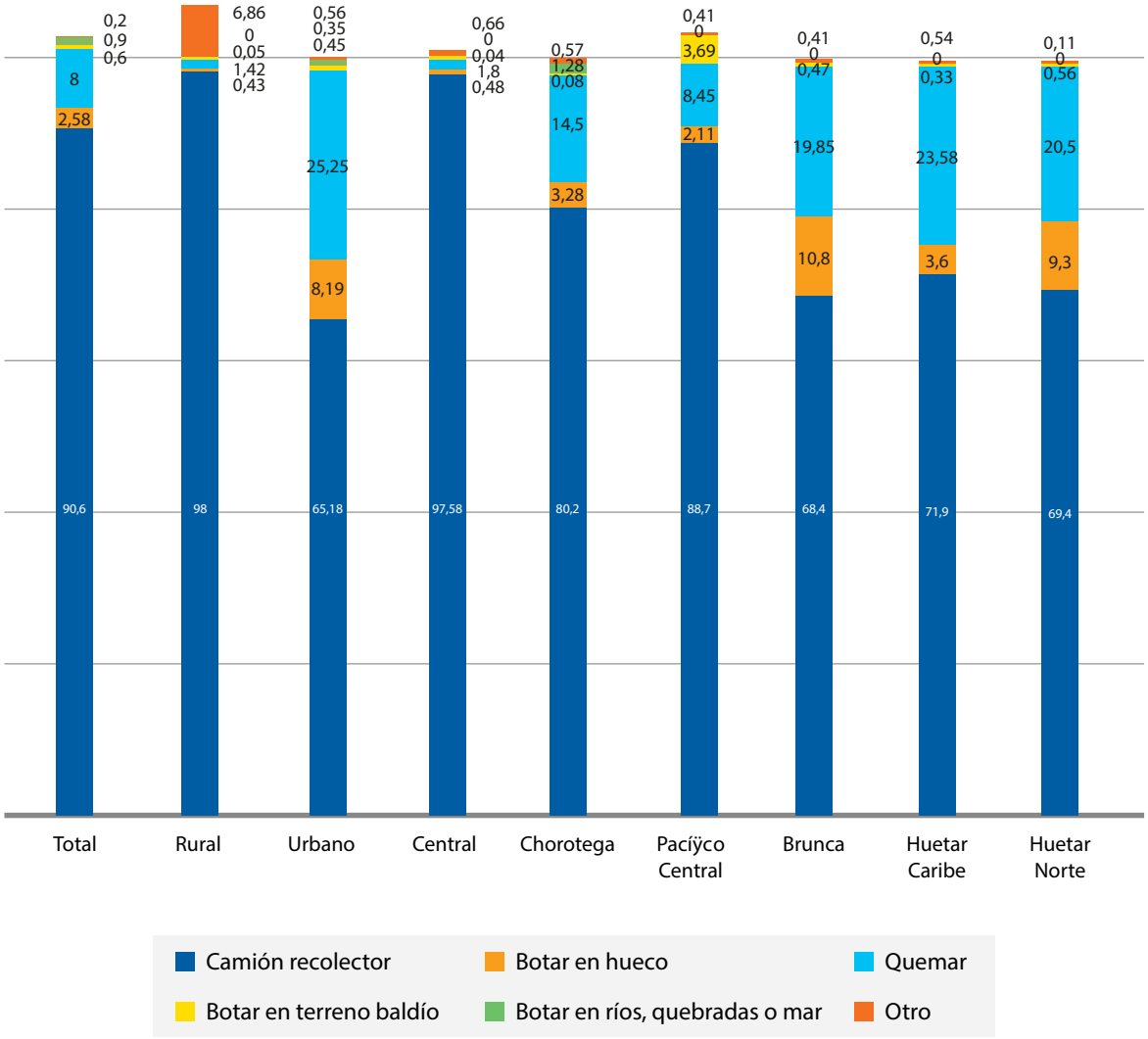
El servicio de recolección de desechos sólidos más usado en todo el país es el camión, que de todas las posibilidades, parece el que se comporta mejor, puesto que lleva los desechos a los sitios establecidos para su destino final. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, el traslado de los desechos debe cuidar el manejo de los lixiviados, de la recolección total de los desechos, y de su manejo apropiado para no causar contaminación. Con frecuencia, la exposición en las aceras y calles de las bolsas de basura, incluso con muchas horas de antelación a la recogida de los residuos, provoca que éstas sean desparramadas por recolectores (que trabajan por cuenta propia), indigentes o animales hambrientos, y con ello se provoca una problema de basura en las calles difícil de solucionar, y que expone a las personas a riesgos de salud e incomodidad. El uso de bolsas plásticas para la basura, ya de por sí poco sostenibles, y de las sustancias contaminantes que incluyen, más cuando no hay una cultura adecuada de separación de desechos, y que una gran parte de la población tiene la práctica poco higiénica de desechar excremento (a través de pañales y papel higiénico) en la basura común, hace que esta situación exponga a la población a riesgos de salud evitables.

Otros métodos de botar o tirar la basura en lotes baldíos, al mar, a los ríos o quebradas, es aún peor, por la contaminación de los ecosistemas. Y las prácticas de enterrar o depositar en un hueco los desechos, no es garantía de un buen tratamiento, como mucho menos quemarlos, sin determinar el alcance del riesgo por incendio, y emisión de CO2 al ambiente, así como intoxicación por humo y quema de sustancias tóxicas.

Las zonas rurales son las que más queman, y es la segunda práctica más habitual para tratar los desechos; y en las zonas urbanas lo habitual es el uso del camión recolector. En el gráfico 29 se muestran las prácticas para el descarte de los desechos en el país:

En los indicadores de saneamiento puede apreciarse la falta de un esfuerzo sostenido para erradicar las malas prácticas de formas de descarte de desechos que propicien problemas de salud y otros riesgos para la población, en general y, en especial, para las personas menores de edad. Sin bien, hay esfuerzos del Ministerio de Salud y de municipalidades, y otras instancias conexas, el problema está en la falta de educación de la población, que no se compromete sistemáticamente con formas sustentables en el manejo de los desechos desde el hogar. Es importante destacar que debe darse un esfuerzo de las autoridades sanitarias para erradicar los vertederos de residuos.

Gráfico 29
Porcentaje de viviendas usuarias de sistema de eliminación, por tipo de eliminación y por región. Costa Rica, 2018



Fuente: Elaboración propia según datos de INEC, ENAHO 2010-2018.

3.7 Adopciones

Los niños, niñas y adolescentes, que no pueden vivir con sus progenitores, por diversas causas, tienen derecho a encontrar acogida entre parientes, o bien, ser adoptados por hogares que ayuden a su desarrollo, intelectual, físico, emocional, y tengan cubiertas su necesidades básicas y requerimientos especiales, cuando los hay. El albergue debería ser una opción transitoria, mientras se logra consolidar un hogar para los NNA que lo requieran. La entidad rectora en materia es el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), que tiene un interés en desinstitucionalizar a los niños, niñas y adolescentes que están en sus albergues, y dar curso rápido a me-

nores declarados en abandono. Los interesados en adoptar, son seleccionados para el Banco de Familias Elegibles (BFE/PANI), que garantice, en alguna manera, que los NNA adoptados no serán nuevamente abandonados o víctimas de malos tratos y abusos.

La adopción también se puede hacer de manera directa, cuando la madre y el padre renuncian a los NNA ante un juez, y este concede a otra pareja su custodia, incluso sin que medie un vínculo afectivo preexistente.

Otra forma de adoptar, es cuando la pareja de la madre o padre progenitor, asume a los hijos e hijas de su pareja como suyos. El caso es muy frecuente en Costa Rica, por el alto número de hijos e hijas de madres solteras (21 140 nacidos/as vivos/as), y en unión libre (23277 nacidos/as vivos/as); lo que representa el 70% de los nacidos/as vivos/as en el 2018 (INEC, 2018). Ese 70% de niños y niñas no tuvieron progenitor responsable.

Con la entrada en vigencia del reconocimiento de las familias diversas, el espectro del BFE/PANI para adopciones, deberá abrirse, como parte de los derechos a las familias homoparentales. Este derecho ya es una realidad en las familias donde la pareja del progenitor o progenitora adopta a las NNA, o bien, por emparentamiento. Habrá que esperar el cumplimiento de los derechos de las personas diversas en cuanto a la adopción en el país, puesto que no habría impedimento legal para obstruirlo, pero sí puede darse en algunos sectores un impedimento por creencias y costumbres, para interpretar los requisitos 4 y 5. Los requisitos que el PANI exige, tanto para adoptantes nacionales y extranjeros, son los siguientes:

Requisitos del PANI para adoptar personas menores de edad:

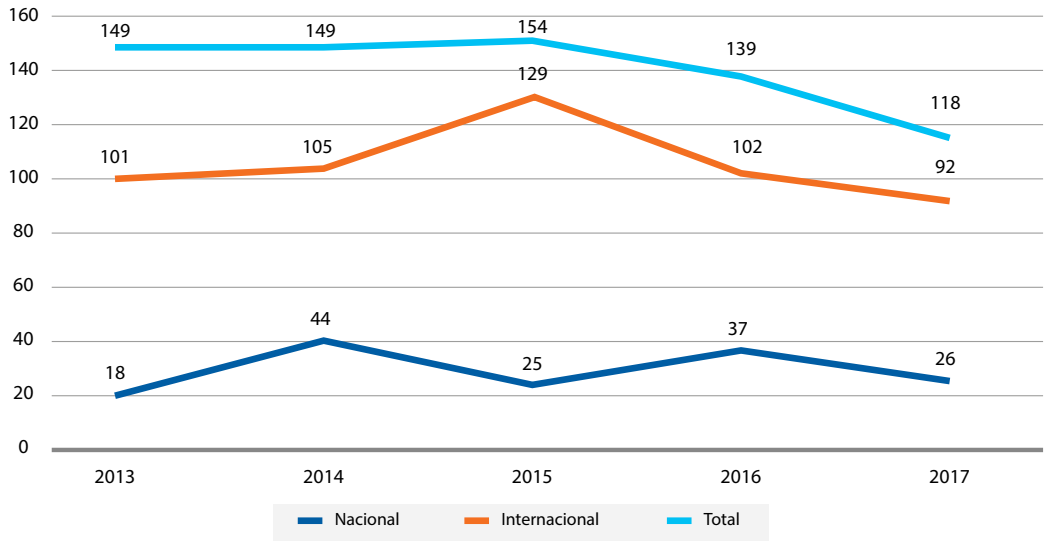
1. Poseer capacidad plena para ejercer sus derechos civiles.
2. Ser mayor de veinticinco años, en caso de adopciones individuales. En adopciones conjuntas, bastará que uno de los adoptantes haya alcanzado esta edad.
3. Ser por lo menos quince años mayor que el adoptado. En la adopción conjunta, esa diferencia se establecerá con respecto al adoptante de menor edad.
4. Ser de buena conducta y reputación.
5. Poseer condiciones familiares, morales, psicológicas, sociales, económicas y de salud, que evidencien aptitud y disposición para asumir la responsabilidad parental.
6. Como regla general tienen impedimento para adoptar las personas mayores de 60 años. (Sin embargo excepcionalmente si la autoridad judicial competente la autoriza procede la adopción por parte de personas mayores de dicha edad) (PANI, Proceso de adopción, sitio web pani.go.cr).

Para el 2018, el Tribunal Supremo de Elecciones reportó 227 adopciones inscritas, 33 nombramientos de tutor, 140 de pérdida de patria potestad y 58 casos de suspensión de la patria potestad (Sección de Actos Jurídicos del Tribunal Supremo de Elecciones, al 31/12/2018).

Por su parte, el PANI reportó, para el 2017, 68 expedientes activos con seguimiento internacional de menores adoptables, 63 expedientes en promoción internacional y 17 ya ubicados;

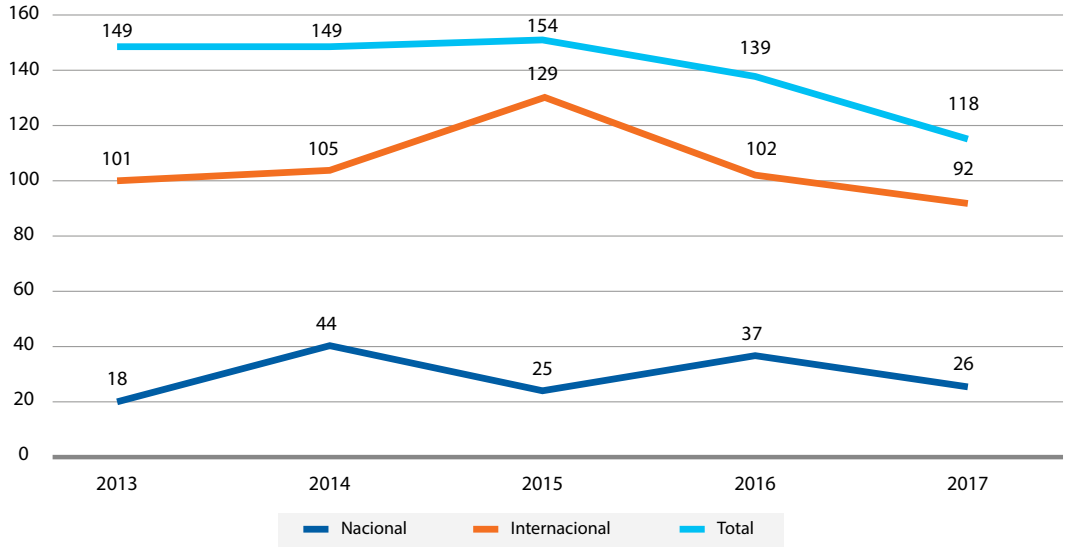
150 casos con seguimiento post ubicación y 292 con seguimientos post adopción. En cuanto a emparentamientos nacionales, fueron asignados 83 casos entre el 1/1/2017 a 31/12/2017; y en emparentamientos internacionales 19 casos entre 1/1/2017 al 31/12/2017. No todos los NNA son adoptables; los no adoptables permanecen en albergues hasta los 18 años. También se da la adopción en el extranjero, como forma subsidiaria. En los gráficos 30 y 31 se ve el contraste entre la adopción a nivel nacional e internacional:

Gráfico 30
Ubicación de NNA con fines de adopción. Costa Rica, 2013-2017



Fuente: Elaboración propia según datos de Servicio de adopciones, PANI, 2019.

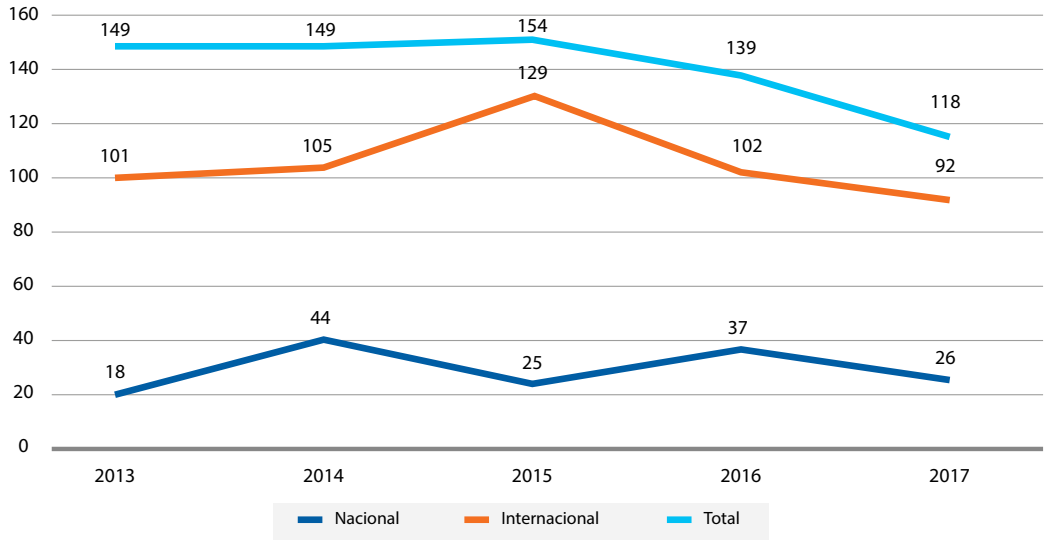
Gráfico 31
Solicitudes nuevas de valoración para la ubicación de NNA con fines adoptivos. Costa Rica, 2013-2017



Fuente: Elaboración propia según datos de Servicio de adopciones, PANI, 2019.

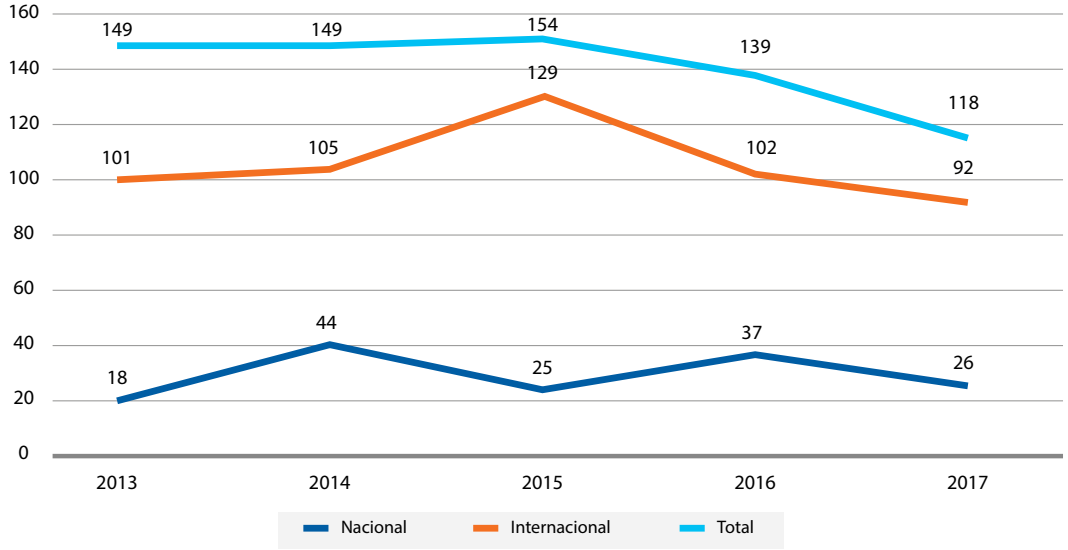
En el gráfico 32 se puede ver la misma tendencia entre el número de familias para la ubicación de NNA y en el gráfico 33 para la adopción, a nivel nacional y extranjero:

Gráfico 32
Porcentajes de familias para la ubicación de NNA de BFE/PANI para la adopción.
Costa Rica, 2013-2017



Fuente: Elaboración propia según datos de Servicio de adopciones, PANI, 2019.

Gráfico 33
BFE/PANI a las que les fueron ubicados NNA para adopción.
Costa Rica, 2013-2017



Fuente: Elaboración propia según datos de Servicio de adopciones, PANI, 2019.

Se puede apreciar que hay una demanda mayor para adopciones a nivel nacional que a nivel internacional, y que la tendencia es bastante estable desde el 2013 al 2017. Si no se logra

aumentar la adopción, los emparentamientos o los hogares de acogida, será difícil reducir el número de albergues y hogares colectivos que tiene, de manera permanente hasta los 18 años cumplidos, NNA institucionalizados.

3.8 Sugerencias

Entre los elementos encontrados en el área de supervivencia, debe considerarse una reflexión sobre las asimetrías en algunos de los indicadores analizados en este capítulo:

1. La prevención de la mortalidad materna e infantil ha sido exitosa, pero preocupa que, con todos los protocolos de atención puestos en práctica para obtener tan buenos resultados, sigan dándose algunos casos que podrían ser evitables, con una mayor educación hacia las futuras madres, tanto sobre los cuidados de los infantes como de sí mismas.

2. La población indígena presenta una tasa de mortalidad de NNA dos veces mayor que la del resto del país. Hace falta encontrar maneras más efectivas en los planes de atención y prevención dirigidos a esta población en todo el país incentivarse. Además, la mayor parte de la ubicación de las reservas indígenas coinciden con la brecha geográfica que marca la inequidad y obliga al desplazamiento de los jóvenes hacia la GAM, en busca de oportunidades para la vida. Algunos pueblos indígenas han logrado mejoras en la salud gracias al lavado de manos y a la cloración del agua, pero estas deben ser prácticas sostenidas.

3. Preocupa la falta de acciones más contundentes para evitar la maternidad y la paternidad temprana, especialmente en niñas menores de 15 años; además, la paternidad temprana está invisibilizada. La transformación de valores culturales que minimizan esta situación, así como la violencia y agresión hacia los NNA, que se evidencia, en el caso de las niñas, con un embrazo temprano, no ha sido abordada de manera eficaz. Se espera que la Ley n°9406 de relaciones impropias ayude a visibilizar, prevenir y sancionar estos abusos, principalmente, contra las niñas. Debe tenerse presente que el riesgo de mortalidad materna en niñas menores de 15 años es de 3 a 4 veces mayor que en las de 15 a 19 años.

4. Persiste y se agrava la brecha geográfica, como un aspecto de la falta de equidad, lo cual reproduce una relación de centro-periferia que no se ha logrado superar en décadas y se complica con la crisis económica en general, y en relación con la crisis fiscal que atraviesa el país. Para el 2025 se proyecta un crecimiento de la población de NNA en las provincias de Limón y Puntarenas, y éstas mismas siguen sin resolver problemas muy serios, como la falta de oportunidades. Es importante reforzar las necesidades de cada zona para lograr un acceso a los derechos de los NNA con equidad e inclusión.

5. La primera causa de muerte infantil es la inmaturalidad, y la siguen otras causas relacionadas a nacimientos prematuros. La TMI en el 2015 fue de 8,34, y en el 2018 fue de 8,38, de manera que no se atiende como un problema a resolver, sino que se trata como una situación sostenida.

6. Es importante lograr bajar las complicaciones de salud por negligencia, y entender que no se trata de accidentes aislados, sino de prácticas negligentes asociadas a modelos de crianza. Las complicaciones por el mal manejo de infecciones agudas, en especial, fiebres y EDA, que se dan por falta de higiene.

7. Entre las enfermedades ITS, hace falta mayor prevención sobre VIH-SIDA, en la población de 5 a 19 años. Debe tenerse en cuenta que un 32,7 en hombres y 12,2% en mujeres, inician su vida sexual antes de cumplir los 15 años. Es importante educar para la afectividad y la sexualidad desde la infancia; y de manera actualizada y sin discriminación. La educación de la sexualidad no es un asunto privado, es tema de salud pública y no puede justificarse una postura conservadora y excluyente bajo la consigna de. "A mis hijos lo educo yo".

8. La educación para aceptar de la diversidad sexual, así como la medición de datos e indicadores específicos sobre esta población, es un vacío que urge llenar. Hace falta desarrollar protocolos de atención para NNA LGBTIQ+, cuando en caso lo requiera.

9. El incremento de obesidad y sobrepeso debe considerarse como un problema complejo, que también implica las condiciones socioeconómicas de las familias, quienes son los principales responsables de la alimentación de los NNA. Es importante ampliar la cobertura de estrategias para la nutrición de los NNA no escolarizados.

10. En saneamiento hay dudas importantes en el poco tratamiento de las aguas residuales, y podría mejorar la gestión de los residuos domésticos, ya que el país solo cuenta con 8 rellenos sanitarios, frente a 36 vertederos, y eso sin contar los no autorizados ni las prácticas inconvenientes; lo cual se agrava porque en muchas comunidades la basura y sus contaminantes termina en ríos, quebradas y playas, en las que la gente se baña, especialmente los NNA. A menudo no se contempla que en el país se acostumbra tirar en la basura gran cantidad de excremento, por pañales o papel higiénico, excremento de mascotas, lo que desarrolla la presencia de coliformes en el agua y propicia la aparición de infecciones.

11. Hace falta impulsar una cultura de adopciones y familias de acogida para poder desintitucionalizar los albergues y orfanatos, y que sean solamente espacios de respuesta rápida a situaciones temporales, en lo posible. Para aquellos casos que no hay más opción de tenerlos en estos espacios, debe mejorarse la calidad del cuidado, para evitar situaciones de rezago en el desarrollo y la afectividad, y eliminar los riesgos a abusos o violencias contra los NNA.