

La violencia social en Costa Rica



Hombre apuñaló a esposa

Mujer se recupera en centro médico

BIENE VIZCARRO
Accidentalmente
Los puntos de vista del doctor as
surgieron a muy poco de ser
sobre la vida a una mujer de ap
dido al ser de 45 años.
El doctor del Hospital de
de 19 y 3 de la

10 Sucesos

SUCESOS

Descartan versión sobre muerte de psicópata

SÍNTESIS POLICIAL



MANUEL RAMOS

Muere en choque

Mo Chen Ser, de 31 años, perdió la vida ayer -a la

La víctima fue trasladada al Hospital General de Costa Rica y falleció a las 12:30 de la noche. El accidente ocurrió en la vía principal de la zona de San José.

Investigan a presunto homicida

hallan cuerpo bajo puente fe

El cuerpo de un hombre fue asesinado

MANUEL RAMOS

SUCESOS

Mortal asalto a ad

stolerus lo

Agresión doméstica cobra víctimas

Tres afectadas por intentar ayudar una víctima



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



Ministerio de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

La violencia social en Costa Rica



**Grupo de trabajo**

MSc. Marielos Rojas, Ministerio de Salud
MSc. Sandra Jiménez, Consultora independiente
Dra. Miryan Cruz, Consultora OPS/OMS

Revisores

Licda Teresita Ramellini, Consultora independiente
Dr. Etienne Krug OMS/Ginebra
Dr. Alberto Concha, OPS/OMS/Washington
Dr. Humberto Montiel, Consultor OPS/OMS

Colaboradoras

Mayra Cartín, UCR
Patricia Allen, Ministerio de Salud
Jessica Salas, Ministerio de Salud

Edición

Xinia Bustamante C., OPS/OMS

Fotografía

Archivo OPS/OMS

HM278

O-686v Organización Panamericana de la Salud
La violencia social en Costa Rica/ Organización Panamericana de la Salud,
Ministerio de Salud . -- San José, C.R. : OPS, 2004.
64 p. ; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud ; no. 9)

ISBN 92 75 32492 1

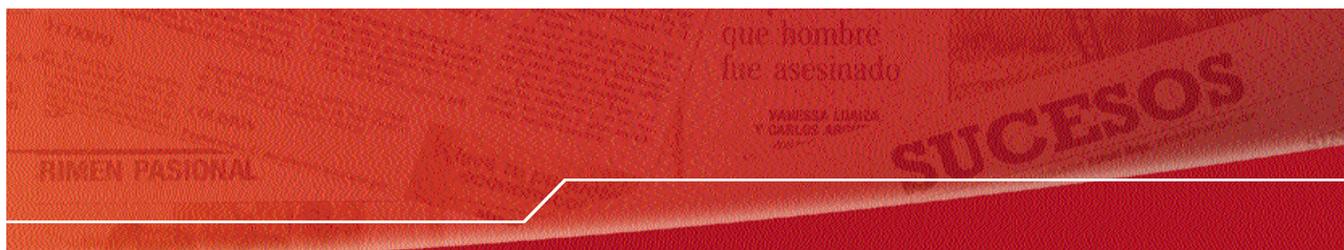
1. VIOLENCIA
2. VIOLENCIA DOMESTICA
3. DELINCUENCIA JUVENIL.
4. TASA DE MORTALIDAD.
5. COSTA RICA. I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. Título. III. Serie.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

San José, Costa Rica, Enero 2004.

Este documento puede solicitarlo en el Ministerio de Salud, Despacho Ministerial

Puede ser consultado en: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org



Índice

Introducción.....	6
Concepto de violencia	7
Reseña de la situación mundial	8
La violencia en Costa Rica: ¿un problema creciente?	8
Magnitud y tendencia de la violencia en Costa Rica	9
Mortalidad	9
La estructura de la mortalidad y su tendencia	10
El riesgo actual de mortalidad según causas violentas	11
La tendencia del riesgo de mortalidad según causas	15
Tipos de violencia	17
Delitos violentos.....	17
Delincuencia juvenil	19
Inseguridad ciudadana y tenencia de armas de fuego	21
Violencia autoinflingida	22
Violencia intrafamiliar	25
Violencia comunitaria	32
Factores de la violencia en Costa Rica	35
Pobreza	35
Educación	37
Urbanización y hacinamiento	38
Otra manifestación de la violencia	39
El costo de la violencia social.....	40
Atención y prevención de la violencia. ¿Qué hacen los diferentes sectores?	47
Limitaciones	51
Conclusiones	52
Recomendaciones.....	55
Bibliografía	56



Presentación

La violencia es un fenómeno construido socialmente que se expresa a través de múltiples manifestaciones, cuyo significado varían históricamente dependiendo del momento y del contexto en que se produce, implica acciones u omisiones donde personas, grupos, instituciones o Estados, utilizan un nivel excesivo de fuerza o poder.

En Costa Rica, en las dos últimas décadas, los índices de violencia han aumentado considerablemente y desde la perspectiva de salud pública, es un reto impostergable. Vista como un problema social y por ende, aprendido, obliga al sector salud a promover políticas públicas y estrategias intersectoriales que susciten el debate público para fomentar acciones en los distintos ámbitos de la sociedad: la familia, la comunidad, las instituciones, entre otros.

Dada la complejidad de esta problemática, urge una planificación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria de un plan nacional de prevención de las diversas manifestaciones de la violencia.

Por lo anterior, el presente documento es un insumo que pone en evidencia una problemática de interés y como tal pretende ser una herramienta que contribuya a profundizar en el conocimiento y el análisis de los factores explicativos que inciden en la violencia social costarricense y de esta manera contribuir en la sensibilización para construir colectivamente una cultura sin violencia.

Esta publicación es parte de la Serie de Análisis de Situación de Salud, publicada por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.



Introducción

La violencia es una expresión social determinada por las condiciones de vida. Hoy en día no hay sociedad que escape a su presencia en sus diversas manifestaciones y para analizar este fenómeno, debe situarse el reconocimiento de su complejidad dado que existen múltiples formas de violencia, con diversos niveles de significación y efectos históricos.

Debido a la falta de una definición clara del problema de la violencia, la consideración de la misma como un problema de salud pública es reciente. La violencia es una de las principales causas de muerte y produce daños físicos, sociales y altos costos económicos, cuyo abordaje debe integrar a los diferentes sectores públicos, privados y la sociedad civil, en la elaboración y apropiamiento de estrategias para enfrentar esta problemática de manera integral.

El conocimiento de los factores que intervienen en la problemática de la violencia, así como el impacto que tienen en la salud y en la economía, son necesarios para la definición de políticas, programas y acciones tendientes a introducir medidas correctivas, así como para desarrollar las estrategias que disminuyan su efecto en la salud de la población.

De lo anterior se desprende que, la violencia debe ser tratada como un problema de salud pública, no solo porque produce directamente lesiones y muertes prematuras, sino por la influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación, que hoy se suele denominar "capital social".¹

En Costa Rica el desarrollo de la política pública sobre violencia ha tenido como motor a la sociedad civil en alianza con instituciones del Estado. Los tipos de violencia en la que el país más ha avanzado en su abordaje es la violencia intrafamiliar y accidentes de tránsito.

En los siguientes apartados se aborda la violencia en Costa Rica desde la perspectiva de la salud pública y se analiza su magnitud, tendencias y sus diversas manifestaciones e igualmente, así como la respuesta del país.

¹Pellegrini, Filho A. La Violencia y la Salud Pública. Rev Panam Salud Pública-Pan Am J Public Health 5 (4/5). 1999.



Concepto de violencia

En la cotidianeidad la violencia se ha vuelto algo casi natural, lo obvio, lo inmediatamente percibido y lo aparentemente evidente, es sin embargo un obstáculo para entender este fenómeno y conceptualizarlo.

La Organización Mundial de la Salud, considera la violencia como: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición considera las numerosas consecuencias del comportamiento violento, el suicida, los conflictos armados, la muerte, las lesiones, la violencia intrafamiliar. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico, para incluir amenazas e intimidaciones. También los daños síquicos, las privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades; según se explica en el informe de la OMS.

Por tanto, para analizar la violencia se requiere partir de consensos previos en relación con la diversidad de aspectos implicados en su conceptualización. La violencia es un fenómeno construido socialmente, que se concretiza a través de múltiples manifestaciones y cuyos significados varían históricamente dependiendo del momento y el contexto en que se producen.²

Implica acciones u omisiones donde personas, grupos, sociedades o estados utilizan un nivel excesivo de fuerza o poder, sobre sí mismas, sobre otras personas, grupos, sociedades o estados.

La calificación de una situación como violenta, se da a partir de un marco valorativo, ético y normativo propio de la cultura, de las formas de ejercicio del poder predominantes, de los contenidos de la moral y del marco de derechos asumido por la sociedad en que se producen.³

Se manifiesta a través de acciones u omisiones concretas o simbólicas, motivadas consciente o inconscientemente por una intencionalidad.

Produce consecuencias directas o indirectas que dañan, limitan o impiden el ejercicio pleno de los derechos humanos y las posibilidades de desarrollo de capacidades y potencialidades de individuos, grupos, instituciones, sociedades, así como también genera efectos perjudiciales en el medio ambiente y en la economía de los estados.

La socialización en un contexto donde se dan cotidianamente manifestaciones de violencia, genera una potencialidad a la actuación violenta o a la desensibilización con respecto a sus implicaciones y consecuencias.

² OPS/OMS. Informe Mundial, sobre la Violencia y la Salud. Resumen Publicado por OPS/OMS. Washington, DC.2002

³ Ministerio de Justicia. Dirección Nacional de Prevención de la Violencia y el Delito; a partir de: Ortiz, Maritza.

"Nuestras cotidianas violencias". Ensayo inédito. 1996.



Reseña de la situación mundial

La violencia es un fenómeno complejo que debe ser estudiado desde diversas disciplinas. Es un proceso en el cual se entrecruzan diversas situaciones, en las cuales las personas tienen una influencia directa. Se menciona la violencia entre grupos, la violencia por cuestiones políticas, al interior de la vida familiar, el homicidio, el suicidio. También otras formas de violencia se han relacionado con el "stress social", como son los accidentes de tránsito.

En el mundo diariamente mueren 1424 personas de forma violenta, una persona se suicida cada 40 segundos y unas 35 personas mueren cada hora como consecuencia de un conflicto armado. En el siglo XX, 191 millones de personas perdieron la vida como consecuencia de los conflictos, más de la mitad eran civiles. ⁴

En el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas. ⁵ En los últimos 45 años la tasa de muerte por suicidios aumentó en un 60%. ⁶ Esta constituye la cuarta causa de muerte y la sexta de mala salud y discapacidad. El grupo etáreo entre los 15 y los 44 años resulta ser el más afectado.

Se calcula que en el año 2000, 520.000 mil personas murieron a consecuencia de la violencia interpersonal, lo que representa una tasa de 8,8 por cada 100.000 habitantes. Y más numerosas, son las víctimas de agresiones físicas o sexuales no mortales y sufridas de forma reiterada. ⁷

La violencia intrafamiliar es considerada como una epidemia en muchas sociedades alrededor del mundo. ⁸ Se refiere a actos de abuso físico, abuso sexual, maltrato psicológico; situaciones únicas o crónicas en las que una persona controla o intenta controlar el comportamiento de otra persona. Estudiosos del tema consideran que está integralmente conectada con la intensificación de los niveles de violencia en las calles, en la comunidad, en la sociedad. ⁹

La violencia en Costa Rica: ¿Un problema creciente?

La sociedad costarricense actual descende de una estructura social pobre y con pocos habitantes. Como lo describe el historiador, don Carlos Monge Alfaro: "La concepción campesina de la vida y la ausencia de Estado, crearon a su vez tres características esenciales de la psicología colectiva costarricense: libertad, igualdad e individualismo".

⁴ Krug EG et al; eds. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002

⁵ OPS. Guía para la Vigilancia Epidemiológica de Violencia y Lesiones. Citado por Allen Flores, Rojas Espinoza, Salas Martínez. Violencia: un problema de salud pública. Ministerio de Salud Pública

⁶ OPS/OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Resumen, publicado en español por la OPS. 2002

⁷ OPS/OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Resumen, publicado en español por la OPS. 2002

⁸ Fourth United Nations World Conference on Women held. Beijing 1995.

⁹ American Psychological Association. Violence and Family. 1996



Pero Costa Rica se ha convertido en una sociedad compleja en la que persisten problemas heredados como la pobreza y el individualismo y se han acentuado otros como la indiferencia ante los problemas y la respuesta solidaria. Los conflictos vecinales han evolucionado hacia actos más violentos y la sociedad se ve afectada por mayores índices de violencia, que ha incidido en la inseguridad ciudadana.

Hace 50 años la población costarricense la constituían 800.000 personas, en la actualidad es de 4 millones de individuos. De este mismo período, el Dr. Guido Miranda refiere que el conocimiento de la violencia en Costa Rica, eran “las reyertas bajo la influencia del alcohol y los accidentes, especialmente los ahogamientos, las caídas, los suicidios. La tasa de mortalidad era de 4,7 por 10.000 habitantes. Dentro de su tasa total de mortalidad de 114 muertes por 10.000 habitantes, la violencia figuraba en los últimos lugares de las diez primeras causas. En la actualidad ocupa la tercera causa de muerte”.¹⁰

Los cambios demográficos reflejados en el crecimiento de la población, la esperanza de vida; una más alta densidad de población, con una concentración cada vez mayor en las áreas urbanas; así como la migración y el impacto que conlleva, y los cambios económicos drásticos, entre otras situaciones, impactan el comportamiento social.

Magnitud y tendencia de la violencia en Costa Rica

Mortalidad

Utilizando fuentes primarias de mortalidad (datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos provenientes de los certificados de defunción) se hizo un análisis de mortalidad por violencia, para las siguientes causas: homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y otros accidentes.

Se procedió a analizar lo siguiente:

- La estructura de la mortalidad y su tendencia, para ello se calcularon los pesos porcentuales de las principales causas de muerte desde 1970. A efecto de visualizar las muertes por causas violentas, se unieron las defunciones debidas a suicidios y homicidios en un solo grupo y las muertes por accidentes de tránsito y “otros accidentes” en otro grupo.
- El riesgo actual de mortalidad según causas violentas, para ello se calcularon las tasas de mortalidad trianuales - para darle mayor estabilidad al indicador. Se utilizó el trienio 2000-2002 para cuantificar el riesgo mas reciente, y el año 2002 para la carga de la enfermedad. Se analizaron las tasas trianuales de mortalidad:
 - por población total y sexo (incluyendo sobre-mortalidad masculina)
 - por grupos de edad
 - por carga de la enfermedad.

¹⁰ Miranda Gutiérrez, Guido. Violencia Social, artículo publicado en 100 años de Salud, Costa Rica, OPS-OMS.2003.



- La tendencia del riesgo de la mortalidad según causas. Para ello se calcularon las tasas estandarizadas por edad y sexo para el periodo en análisis 1970-2002. Se procedió a la estandarización dado que la mortalidad por causas violentas muestra una distribución desigual por edad, y al ocurrir cambios en la estructura etaria de la población costarricense en las últimas décadas, no se consideró conveniente comparar tasas crudas, ya que estaríamos observando el resultado combinado del riesgo de morir y el envejecimiento de la población. Es decir, al estandarizar las tasas estamos obteniendo el riesgo de muerte neto y podemos comparar el cambio en periodos largos de tiempo. La estandarización se hizo por medio del método directo y se utilizó la población de Costa Rica del Censo del 2000 como población estándar. Se estandarizó por edades quinquenales, trienios y por sexo, se trabajó esto último dado que la mortalidad por estas causas es muy desigual en hombres y mujeres. La metodología de estandarización produce defunciones esperadas que permiten recalcular nuevamente las tasas de mortalidad, estas “defunciones esperadas” son femeninas y masculinas y en los grupos etarios que se procesen, por lo que al calcular las tasas estandarizadas, se obtiene una tasa general (la tasa estandarizada) y no se puede observar las edades ni el sexo, eso se queda en el proceso.

La estructura de la mortalidad y su tendencia

Durante los años transcurridos desde 1970 las defunciones debidas a accidentes, homicidios y suicidios han estado presentes entre las principales causas de muerte con un peso porcentual importante. Si bien, las muertes por cáncer y cardiovasculares representan aproximadamente el 50% de las defunciones totales, en el otro 50% hay causas que deben llamarnos la atención. Ver gráfico 1

Un primer análisis de la mortalidad por causas violentas la podemos observar en el grafico con la mortalidad proporcional. En el se muestran las principales trece causas de muerte y un “grupo catorce” denominado residual donde se agrupan todas las otras causas que no corresponden a los grupos indicados.

Las muertes por accidentes - ya sea de transportes u “otros accidentes” - tuvieron un peso porcentual del 6,4% en 1970, porcentaje que aumentó de manera importante entre 1977 y 1980 con pesos porcentuales de 10% a 11%, mostrando en 1978 el porcentaje mayor con un 11,6%. Luego, decae levemente el porcentaje a niveles de 7% a 8%, peso que ha mantenido en las últimas dos décadas.

Un comportamiento totalmente diferente se observa en el otro grupo, el peso porcentual de las defunciones por suicidios y homicidios ha mostrando un lento, pero constante ascenso, en 1970 solo un 1,1% de las defunciones se debieron a esas causas, en 1974 sube a un 2%, finalizando la década de los ochenta sube a un 3% y se mantiene así hasta el año 2001, ya que en el 2002 este porcentaje alcanza el 4% de las defunciones anuales.

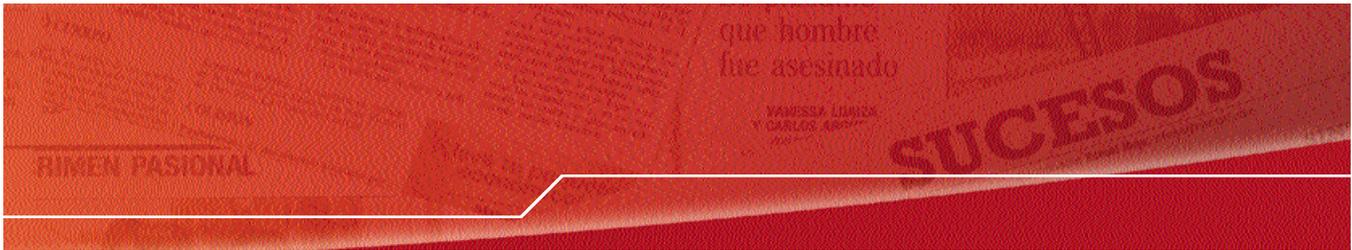
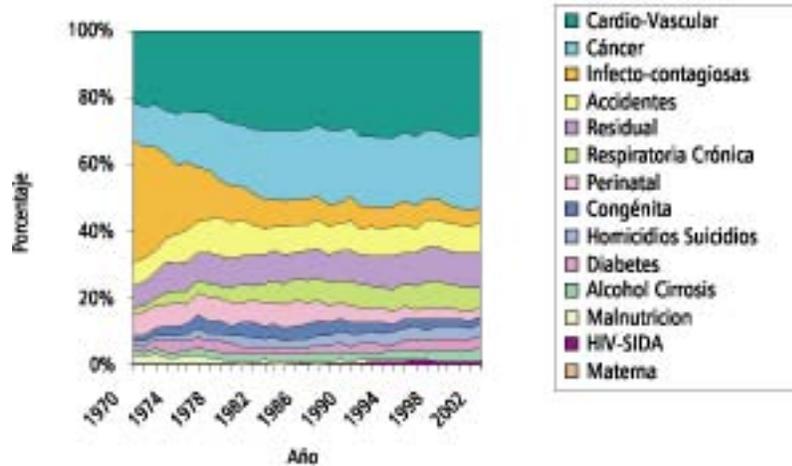


Gráfico 1

Distribución proporcional de las causas de muerte por año.



Fuente: Defunciones. Consulta a Censos y grandes bases de datos. INEC-CCP. Costa Rica 1970-2002

El riesgo actual de mortalidad según causas violentas

Por población total y sexo

Un análisis reciente de las defunciones por causas violentas trienio 2000-2002 permite observar el riesgo de muerte real en la población por causas violentas, en este caso se calcularon las tasas para cada uno de las causas individualmente para toda la población y por sexo, cuadro 1.

En la primera columna tenemos las causas de muerte violentas, en la columna siguiente el promedio de muertes para ese trienio, podemos observar que para la causa homicidios ocurrieron 324 defunciones anuales en promedio,¹¹ por suicidio ocurrieron 248 defunciones, por accidentes de tránsito la cifra fue la mayor 687, seguida de los "otros accidentes" con 593 defunciones. Si observamos las siguientes dos columnas se aprecia la magnitud de la diferencia de defunciones según sexo, donde lo hombres muestra valores absolutos mucho mayores.

En la quinta columna se precisa mejor el riesgo de muerte por causas externas, con la tasa de mortalidad por causa; los accidentes de tránsito, muestra el mayor riesgo de muerte 17,2 x

¹¹ Estas 324 se obtuvieron de 328 defunciones ocurridas en el año 2000, 322 defunciones del año 2001 y 322 para el año 2002, dando como resultado 972 defunciones, las cuales divididas entre los 3 años, nos dan 324 defunciones anuales en promedio. Así mismo se obtuvo el promedio de la población para llegar a una tasa de mortalidad promedio para el trienio 2000-2002 de 8.1 por homicidios. En el anexo 2 se incluye este ejemplo, de la misma manera se obtuvieron cada una de las causas de muerte tri-anuales, luego se calcularon para cada sexo por aparte.



100.000 habitantes, seguido de los “otros accidentes” con una tasa de 14,8. Los homicidios muestran una tasa de 8,1 y los suicidios de 6,2. Resumiendo, el riesgo de morir por causas violentas actualmente en Costa Rica es principalmente por accidentes, siendo los de tránsito los de mayor envergadura, seguido por homicidios y suicidios.

El comportamiento de esta mortalidad por sexo muestra que todas las tasas son mayores para el sexo masculino (columnas sexta y séptima). La tasa más alta en los hombres es causada por los accidentes de tránsito con un valor promedio para el trienio de 28,3 x 100.000 habitantes, seguida por “otros accidentes” con una tasa de 19,7, los homicidios en los varones muestran una tasa de 13,4, por último suicidios con una tasa de 10,5, este orden en el riesgo de muerte, es el mismo que el de la población total, dado que las tasas para el sexo masculino “pesan” más, y prácticamente definen la secuencia.

En las mujeres las muertes violentas se deben principalmente a “otros accidentes”, seguida de accidentes de tránsito, homicidios y suicidios.

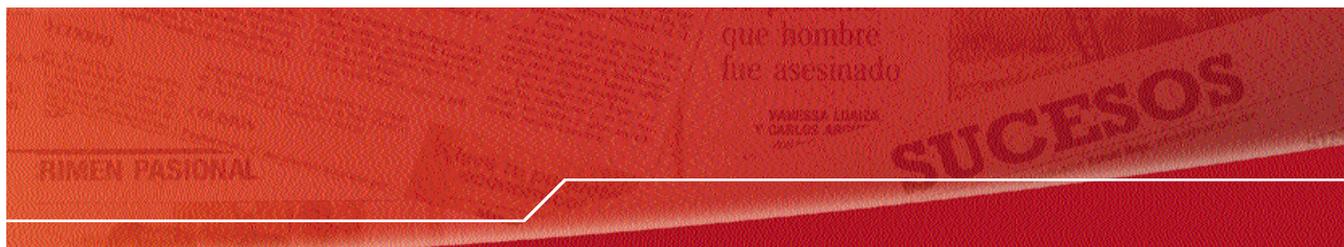
En la última columna se calculó la sobre-mortalidad masculina, o sea, la razón entre el riesgo de muerte por una causa específica en los varones con relación a las mujeres. El mayor riesgo de muerte en los hombres con respecto a las mujeres lo representan los suicidios con una sobre-mortalidad masculina de 6,3, es decir, por una mujer que se suicida se suicidan 6.3 hombres, seguido de los homicidios con 5,2, casi con el mismo valor los accidentes de tránsito con una sobre-mortalidad de 5, por último donde la diferencia es menor es en los “otros accidentes” donde el riesgo de morir de los hombres es solamente el doble, que el de las mujeres.

Cuadro 1

Costa Rica: tasas de mortalidad por causas violentas según sexo y sobre-mortalidad masculinidad. Costa Rica trienio 2000-2002

Causa	Defunciones			Tasa por 100.000			Sobre-mortalidad
	Totales	Masculino	Femenino	Totales	Masculino	Femenino	
Homicidios	324	273	51	8,1	13,4	2,6	5,2
Suicidios	248	215	33	6,2	10,5	1,7	6,3
Acc.transito	687	576	111	17,2	28,3	5,6	5,0
Otros accidentes	593	401	192	14,8	19,7	9,7	2,0

Fuente: Defunciones. Consulta a censos y grandes bases de datos. INEC-CCP. Costa Rica 2000-2002



Por grupos de edad

El análisis por edad muestra una distribución desigual de la probabilidad de morir por causas violentas. Siendo el grupo de mayor edad (75 años y más) el que muestra los mayores riesgos para todas las causas; suicidios es la causa donde la diferencia es casi imperceptible, ya que el grupo mayor muestra un tasa de 9.9/100.000 habitantes, seguida muy de cerca por el grupo de 25-34 años con una tasa de 9,8, y los grupos de 45-54 años y de 65-74 años ambos con tasas de 9,6.

Para las otras tres causas es llamativo el mayor riesgo de muerte que muestra el grupo de 75 años y más; en los homicidios si bien a partir de los 25 años vemos un aumento importante de la mortalidad, es el grupo de 75 y más, con una tasa de 21,4 x 100.000 el que presenta el dato mas alto, seguido de la tasa de 14,2 correspondiente al grupo de 65 a 74 años. Igual distribución se puede observar en las defunciones por accidentes de tránsito, donde las personas de edad muestran tasas de 50,4 y 31,7 para los grupos de edad de 75 y más, y 65 a 74 años, respectivamente.

La causa donde esta diferencia es más apreciable es por "otros accidentes", donde nuevamente entre mayor sea la edad, las tasas toman valores más altos, con cifras de la magnitud 235.4 y 37,7 en los adultos mayores.

Pese a lo anterior, hay que reconocer que el riesgo de morir por causas violentas esta presente en todas la edades, como se muestra en el cuadro 2.

No obstante, al analizar el peso de la mortalidad por causas violentas entre los grupos etáreos, se evidencia que los grupos entre 15 y 54 años, son los más afectados: 83,87% suicidios y 76,85% homicidios y 71,47% accidentes de tránsito.

Cuadro 2

Costa Rica: Tasa de mortalidad por causas violentas según edad, Trienio 2000-2002

Edades	Defunciones				Tasas por 100.000			
	Homicidios	Suicidios	Acc.Tránsito	Otros accidentes	Homicidios	Suicidios	Acc.Tránsito	Otros accidentes
0 -4 años	4	0	16	33	1,1	0,0	4,0	8,4
5 -14 años	6	4	38	33	0,7	0,5	4,5	3,9
15 -24 años	69	61	139	66	8,9	7,8	17,9	8,5
25 -34 años	87	61	140	51	13,9	9,8	22,4	8,2
35 -44 años	59	51	116	63	10,3	8,8	20,2	11,0
45 -54 años	34	35	96	56	9,2	9,6	26,2	15,4
55 -64 años	28	15	59	43	13,5	7,0	28,3	20,8
65 -74 años	19	13	42	50	14,2	9,6	31,7	37,7
75 + años	18	8	42	198	21,4	9,9	50,4	235,4
Total	324	248	687	593	8,1	6,2	17,2	14,8

Fuente: Defunciones. Consulta a censos y grandes bases de datos. INEC-CCP. Costa Rica 2000-2002



Por carga de la enfermedad:

Para analizar el peso que tienen estas muertes violentas en la población, podemos obtener los años de vida potencialmente perdidos para cada una de estas causas, como se observa en el cuadro a continuación y compararlo con algunas causas de muerte que conocemos por su gran importancia en el perfil epidemiológico actual de la sociedad costarricense.

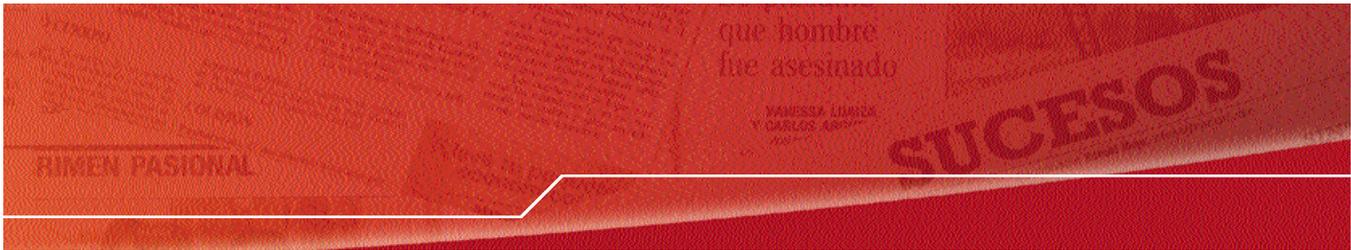
La mortalidad por causas cardio-vasculares sigue teniendo el primer lugar en el análisis de las AVPP con 65.606 años perdidos, representado el 35% de las causas de muerte estudiadas, sin embargo seguidamente a esta causa, son los accidentes de tránsito, los homicidios y las otras causas accidentales, que suman en total un 33%, las que causan mayor número de años perdidos en la población. Luego, con valores muy cercanos la diabetes y los suicidios con un peso muy similar. Por último, si observamos la edad promedio al morir, los homicidios suicidios y accidentes de tránsito muestran los promedios de edad inferiores a los 40 años.

Sin embargo, al sumar todas las causas violentas (39,6%), pasan a ocupar el primer lugar en AVPP (74.203 años perdidos).

Cuadro 3
Años de vida potencialmente perdidos, distribución porcentual y edad promedio al morir según causas. Costa Rica 2002

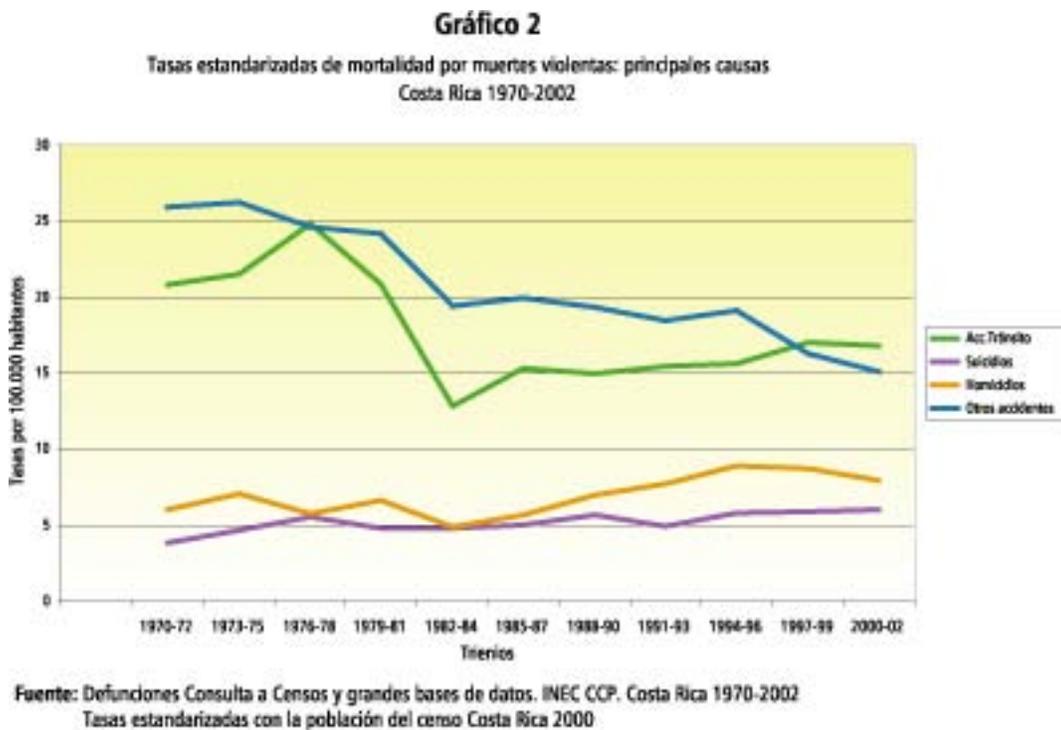
Causa	Defunciones		
	AVPP	Porcentaje AVPP	Promedio edad
Homicidios	13,546	7,2	38,5
Suicidios	12,395	6,6	36,8
Accidentes de tránsito	28,831	15,4	39,0
Otros accidentes	19,431	10,4	51,5
Cáncer de estómago	10,072	5,4	67,8
Cáncer de útero	3,191	1,7	62,5
Cáncer de mama	5,175	2,8	59,3
Cáncer de próstata	2,939	1,6	79,0
Cardio-vascular	65,606	35,0	73,9
Diabetes miellitus	8,559	4,6	69,9
Alcohol-cirrosis	12,697	6,8	59,8
HIV-SIDA	4,779	2,6	41,0
	187,221	100,0	

Fuente: Defunciones. Consulta a censos y grandes bases de datos CCP-INEC
AVPP, calculados para edades individuales a la esperanza de vida a cada edad respectiva.



La tendencia del riesgo de mortalidad según causas

En cuanto a los niveles y tendencia de la mortalidad de las tasas estandarizadas ¹², para estas cuatro causas podemos observar su comportamiento en el gráfico 2 y sus valores en el cuadro siguiente:



Observando cada una de las causas por separado tenemos:

- La mortalidad por “otros accidentes” muestra una disminución constante con pequeños repuntes para los trienios 1985-87 y 1994-96. Al inicio de la serie cronológica muestra una tasa de 29,9 x 100.000 la cual desciende a 15,1 al final de la serie, mostrando un cambio neto porcentual de 41,8.

¹² Es de suma importancia analizar la tendencia de la mortalidad por accidentes de tránsito, homicidios y otros accidentes con tasas ajustadas, ya que en todos estos casos la mayor mortalidad está ubicada en las edades mayores. Sobre todo, si se van a analizar datos de más de 10 años, esto debido al acelerado proceso de envejecimiento de la población Costarricense de las últimas décadas.



- Para la mortalidad por accidentes de tránsito se presenta una disminución neta para el periodo en análisis del 19,3%, ya que en el primer trienio 1970-1972 la tasa fue de 20,8 x 100.000 y en el último trienio 2000-2002 fue de 16,7. Sin embargo, la disminución no ha sido constante, después de un abrupto descenso entre 1976 y 1984, se da un aumento de la tendencia que se estanca entre 1987 y 1996. En ese período se observa nuevamente una alta de la tasa de mortalidad, que aparentemente tiende a estabilizarse en los dos últimos trienios, presentado tasas de 17 y 16,7 x 100.000. El punto mas bajo de esta serie es el trienio 1982-84 con una tasa estandarizada de 12,8; por lo tanto, si se compara el cambio porcentual entre ese momento y la situación actual 16,7, en lugar de apreciar un descenso de la tasa obtendríamos un aumento porcentual del 31%.
- Los homicidios muestran un aumento leve pero constante, a partir de 1984, con una disminución para el último trienio. Para el periodo en análisis esta causa de muerte muestra una tasa estandarizada de 6, la cual se eleva a 7,9 para el final del periodo, representado un aumento neto del 31%. No obstante lo anterior, si analizamos únicamente los tres trienios más recientes, con tasas de 8,9, 8,7 y 7,9 respectivamente, apreciamos reducciones netas, del orden de 11,2% (trienios 1994-96 al 2000-2002) y de 9,6% (trienios 1997-99 al 2000-2002)
- Por último, la tendencia de la mortalidad por suicidios ha crecido en estas tres décadas de 3,8 a 6 x 100.000, correspondiente a un incremento neto del 58,2%. Sin embargo, si observamos los últimos 15 años el aumento ha sido de un punto, con escasas variaciones. (Ver cuadro)

Cuadro 4
Tasas de mortalidad por muertes violentas estandarizadas por edad y sexo
Costa Rica 1970-2002

Trienios	Acc.Tránsito	Suicidios	Homicidios	Otros accidentes
1970-72	20,8	3,8	6,0	25,9
1973-75	21,5	4,6	7,1	26,2
1976-78	24,8	5,5	5,7	24,6
1979-81	20,8	4,7	6,6	24,2
1982-84	12,8	4,8	4,9	19,4
1985-87	15,3	5,0	5,7	19,9
1988-90	14,9	5,6	7,0	19,3
1991-93	15,4	4,9	7,7	18,5
1994-96	15,6	5,8	8,9	19,1
1997-99	17,0	5,9	8,7	16,2
2000-02	16,7	6,0	7,9	15,1

Fuente: Defunciones Consulta a Censos y grandes bases de datos. INEC CCP. Costa Rica 1970-2002.
 Tasas estandarizadas con la población del censo Costa Rica 2000



Tipos de violencia

Delitos violentos

Costa Rica exhibe niveles de delincuencia comparativamente bajos dentro de la región centroamericana, ¹³ no obstante cabe destacar que a partir del año 2000 continuó la tendencia de crecimiento, lo cual se viene registrándose desde finales de la década de 1980. Entre 1987 y el 2000 la tasa de denuncias ante el Organismo de Investigación Judicial (OIJ), por cada 1000 habitantes creció en un 62%, al pasar de 7,6 a 12,3. ¹⁴

Las tasas por cada 100.000 habitantes de los delitos contra la propiedad, contra la vida y los sexuales, se incrementaron en 56,0%; 3,2% y 36,6% respectivamente, entre 1987 y 1999. Sin embargo entre 1987 y 1994 las tasas de denuncias de delitos contra la propiedad y la vida ante el OIJ aumentaron fuertemente y entre 1995 y 1999 cayeron aunque sin recuperar los bajos niveles iniciales. La excepción es el comportamiento de las denuncias por delitos sexuales. ¹⁵

Las causas y el orden de las mismas también variaron de 1991 al 2001, como se puede apreciar en el cuadro 5, en 1991 los delitos sexuales ocupaban el primer lugar en tanto en el 2001, lo ocupan los delitos contra la propiedad.

Cuadro 5
Causas de denuncias de delitos más frecuentes

1991	2001
Delitos sexuales	Contra la propiedad
Contra la administración de la justicia	Contra la vida
Contra la buena fe en los negocios	Infracción a la Ley de Psicotrópicos
Contra la Vida	Delitos sexuales
Contra la propiedad	Contra la autoridad pública

Fuente: Ministerio de Salud. Según el Código Penal vigente, citado en *Violencia: un problema de salud pública*. Costa Rica, 2003

¹³ Proyecto Estado de la Nación. Sexto Informe Estado de la Nación, en Desarrollo Humano Sostenible. 1999. Costa Rica

¹⁴ Proyecto Estado de la Nación. Séptimo Informe Estado de la Nación, en Desarrollo Humano Sostenible, 2000. Costa Rica

¹⁵ Proyecto Estado de la Nación. Séptimo Informe Estado de la Nación, en Desarrollo Humano Sostenible. 2000. Costa Rica.



En segundo lugar se encuentran los delitos contra la vida, cuya tendencia es el aumento moderado a partir de 1991, 229 x 100.000, habitantes, hasta alcanzar el punto máximo en 1999, de 374 x 100.000 habitantes y luego desciende levemente a 343 x 100.000, habitantes en el 2001. ¹⁶

Entre 1990 y el 2001, las denuncias por delitos sexuales se han mantenido en el quinto lugar, pasando de una tasa de 52,3 x 100.000 habitantes en 1991 a 111 x 100.000 habitantes en el 2001; con una clara tendencia ascendente. ¹⁷

El número de denuncias por delitos sexuales en la década de los 90 es variable, pero siempre en aumento, excepto para 1995. El mayor crecimiento se produce entre el 2000 y el 2001. Se pasó de 48.284 denuncias en 1991 a 112.829 en el 2001. ¹⁸

El número de denuncias ante el Ministerio público por narcotráfico también ha aumentado, en 1999 se realizaron 3167, en el año 2000, 4592 y en el 2001, 5238. ¹⁹

El secuestro es otra forma de violencia que era inexistente en el país hasta 1999 en que se registran casos de secuestros. En el año 2000, según el Ministerio de Seguridad Pública, hubo 8 secuestros, de los cuales uno de ellos trajo como consecuencia la muerte de dos personas. Se utiliza como una forma de obtener dinero rápidamente.

Un estudio de Miranda y Del Valle, señala que entre 1983 y 1985 se registraron un total de 2097 decesos producto de muerte violenta, homicidio, suicidio y toda clase de accidentes, con una tasa total de 2,8 x 10.000 habitantes. Con un lapso intermedio de 15 años, entre el trienio 1998-2000 se registró un total de 4550 muertos por violencia, que representan una tasa total de 3,93 x 10.000 habitantes. El incremento representa más del doble de los fallecidos. ²⁰

Según el análisis, cada una de las formas de muerte violenta aumentó su frecuencia. En el trienio 83-85 hubo 311 homicidios, con una tasa de 0,41 x 10.000; los suicidios alcanzaron a 318 casos, con tasa de 0,42 y los muertos por todas formas de accidentes llegaron a 1468 casos con tasas de 1,92.

En el trienio 1998-2000, las muertes por homicidio fueron 703 casos, con tasa de 0,6 por 10.000 habitantes y los muertos por todas formas de accidentes alcanzaron a 3117, con tasa de 2,69.

¹⁶ Ministerio de Salud. Violencia: un problema de salud pública. Allen Flores. Rojas Espinoza. Salas Martínez. Costa Rica. 2002.

¹⁷ IDEM

¹⁸ Estadísticas de denuncias recibidas en el OJ, Poder Judicial. Costa Rica. Periodos 1991 y 2001.

¹⁹ Ministerio de Salud. Informe de Violencia: un Problema de Salud Pública. Allen Flores. Rojas Espinoza. Salas Martínez. Ministerio de Salud. Costa Rica. 2002.

²⁰ Miranda Gutiérrez Guido, Violencia Social, artículo publicado en 100 años de Salud, Costa Rica. OPS-OMS. 2003.



En el mismo trienio, las muertes por accidentes de tránsito fueron 1909 (1551 varones y 358 mujeres), para una tasa total de 1,65 x 10.000 habitantes. La mortalidad por accidentes de tránsito representó el 61% de todos los fallecidos por todo tipo de accidente y el 42% de cualquier forma de muerte violenta.

El Informe Estado de la Nación ²¹ refiere que la característica más seria de las muertes violentas es su concentración en las edades jóvenes. Más de dos tercios de las muertes por accidentes en general, accidentes de transporte, homicidios, y suicidios, ocurren a personas menores de 40 años: tanto en hombres como en mujeres. La ocurrencia más alta se da entre los 20 y los 40 años. En 1999, el 70% de las muertes se dieron en hombres entre los 15 y los 24 años.

Delincuencia juvenil ²²

La violencia y la delincuencia juvenil es un fenómeno esencialmente urbano. La mayoría de las grandes ciudades latinoamericanas y del resto del mundo, comparten altos índices de violencia hacia los y las jóvenes y desde ellos mismos. Resalta eso sí, el registro estadístico de los varones como actores y receptores principales de los actos de violencia, lo que denota en principio que el fenómeno debe analizarse desde una perspectiva sensible al género, a partir de los patrones de socialización que conlleva.

La violencia juvenil como fenómeno causante de alarma social, es un hecho relativamente reciente en el país. Es a principios de la década de los años 90 que surgen los primeros grupos más o menos organizados de jóvenes que asaltan a transeúntes, especialmente en el centro de la ciudad de San José. A partir de allí, la opinión pública comienza a prestar atención al fenómeno, que se reproduce con mayor o menor intensidad en otras partes del país, y especialmente en el Gran Área Metropolitana.

Desde entonces, han surgido focos de delincuencia juvenil con cierto nivel de organización en diferentes comunidades del país, entre ellas Rincón Grande de Pavas, Los Guido, Alajuelita, Cartago Centro, Cot de Cartago, San Carlos, Limón. En general esos grupos de jóvenes se constituyen en principio como barras, grupos más o menos laxos de jóvenes, en los que predominan los varones, y que son jefeados por uno o dos de ellos, generalmente de mayor edad que los demás. Barras relativamente grandes (de hasta 100 jóvenes) se han involucrado en enfrentamientos con otras barras vecinas o con la policía en Rincón Grande de Pavas. Las barras, en su estado de núcleo básico de una docena o menos de miembros puede involucrarse en actos delictivos menores, o dedicarse al asalto y el robo, lo que en Costa Rica no sucede en forma sistemática.

²¹ Proyecto Estado de la Nación. Octavo Informe Estado de la Nación, 2000. Costa Rica

²² Síntesis elaborada por Jorge Delgado Salazar, Director, Dirección Nacional de Prevención de la Violencia y el Delito, Ministerio de Justicia. A partir de: Comisión Interinstitucional de Prevención y Atención a la Violencia y Delincuencia Juvenil. Diagnóstico sobre Violencia y Delincuencia Juvenil en Costa Rica. Primer borrador, 2002.



Pero a pesar de los brotes ocasionales de vandalismo y delincuencia organizada, la violencia protagonizada por personas menores de 18 años, continúa siendo principalmente con responsabilidad de un solo autor.

Por otro lado, aunque el número de personas menores de 18 años en el Sistema Penitenciario no representa en el año 2000 ni siquiera un 1% del total de la población sentenciada, parece crecer en los últimos años la participación de los jóvenes en ciertos delitos graves, como el tráfico de drogas y los homicidios.

El cuadro 6 muestra los presuntos homicidas de los años 1999 y 2000, distribuidos por grupos de edad. Incluye datos sobre la atribución del delito, porque al momento de ser elaborado no todos los hechos habían sido juzgados. Aunque destaca el segmento de 20 a 29 años, con un total de 10 homicidios por grupo de edad en 1999 y 9,9 en el 2000, el número de homicidios atribuidos al segmento de 15 a 17 años es sólo ligeramente menor: alcanza un promedio de 8 en 1999 y 7,6 en el año 2000.

Para comparar los grupos que se encuentran incluidos en cada segmento, se sumó el número de homicidios en los dos años, ²³ para después dividir por el número de años y por el número de grupos de edad, que componen cada segmento. El resultado aparece como un promedio de homicidios atribuidos a cada grupo de edad, en la última columna de la derecha. Con base en estos datos, se puede afirmar que los jóvenes entre 15 y 17 años tienen mayor inclinación a cometer homicidios que los mayores de 30 años. El segmento de 18 y 19 años aparece con el mayor promedio por grupo de edad: 12,5.

Según los datos del Poder Judicial, la provincia donde los menores de edad cometen la mayor cantidad de homicidios es Limón, y en segundo lugar se encuentra la provincia de San José.

Cuadro 6
Presuntos homicidas por grupo de edad.
Años 1999 y 2000

Grupos de edad	1999	%	2000	%	% por grupo
14	3	1,3	1	0,4	2
15-17	24	10,3	23	9,4	7,8
18-19	22	9,5	27	11,1	12,5
20-29	106	45,7	99	40,6	10,25
30-39	45	19,4	55	22,5	5
40-49	21	9	21	8,6	2,1
50-59	8	3,5	8	3,3	0,8
60 y más	3	1,3	10	4,1	-
Totales	232	100	244	100	

Fuente: Departamento de Planificación, Sección de Estadística del Poder Judicial.

²³ Richards, Edgardo. Las Barras de Rincón Grande. Habitat. San José, Costa Rica, 1995.



A pesar que la mayor parte de las personas menores de edad que son sancionadas pertenecen a sectores sociales vulnerables, hay infracciones a la ley que no se han investigado y que podrían haber sido cometidas por jóvenes que pertenecen a sectores sociales medios y altos. Se trata de las infracciones a la Ley de Tránsito: en el año 2000 hubo 1416 acusaciones a menores por infracciones a la Ley de Tránsito, incluyendo 117 colisiones. Por otro lado, en el mismo año, hubo 23 acusaciones contra menores por homicidios culposos.

Inseguridad ciudadana y tenencia de armas de fuego

El problema delictivo en el país ha generado en la ciudadanía temor e inseguridad, San José al igual que otras provincias presenta serias situaciones de daño en el tejido social, las cuales provocan inseguridad en la población.

El Informe Estado de la Nación menciona que en el 2001 se realizó una encuesta sobre percepción de la criminalidad urbana en el casco central de la ciudad de San José, en sus distritos centrales, Carmen, Merced y parcialmente Hospital y Catedral.²⁴ Según este estudio, casi la cuarta parte de las personas encuestadas manifestó inseguridad en su propia residencia, 6 de cada 10 se sienten inseguros al cruzar el umbral de la vivienda y pasar a la calle que está al frente. Al ampliar el radio de percepción de la inseguridad, la ciudad de San José es percibida como altamente insegura, 9 de cada 10 entrevistados(as) así lo señalan.

Lo anterior se complementa con un crecimiento en la desconfianza ciudadana hacia la policía. De acuerdo con una encuesta realizada por UNIMER-La Nación (2000), el "índice de satisfacción con la policía disminuyó de 2,1% en 1999 a -6% en noviembre de 2000. Otro estudio realizado por CID-Gallup en noviembre de 2000, señala que el 60% de las y los costarricense tiene poca o ninguna confianza en que la policía pueda protegerlo de un crimen, el 82% considera que el sistema judicial es "muy suave".²⁵

El grado de inseguridad que maneja actualmente el ser humano, a raíz del incremento de la violencia, ha generado un círculo vicioso de mayor violencia. Ante esta situación, los costarricenses han optado por adquirir armas de fuego con el fin de defender sus vidas y sus posesiones; se estima que 10% de los costarricenses²⁶ han adquirido armas para protegerse de la delincuencia.

Según datos del Ministerio de Seguridad Pública, la utilización de armas se ha incrementado de forma importante. Entre 1989 y 1999 se matricularon 43.241 armas de fuego, con un crecimiento de un 192,74%. Se matriculan especialmente pistolas (48%) y revólveres (39%).

²⁴ Carvajal et al, citados por el Octavo Informe Estado de la Nación, en Desarrollo Humano Sostenible. 2001. Costa Rica.

²⁵ Proyecto Estado de la Nación. Séptimo Informe Estado de la Nación, en Desarrollo Humano Sostenible. 2000. Costa Rica.

²⁶ Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Encuesta realizada en el marco del proyecto La seguridad ciudadana en Centro América. San José: IIDH, 1998.



Un 66,8% de las matrículas corresponde a personas físicas y un 33,93%, a personas jurídicas. Estas últimas son las que crecen más rápidamente por año. En la misma época, el Ministerio de Seguridad autorizó a 53.857 ciudadanos a portar armas. De ellos, 44.455 renovaron ese permiso. Se calcula que alrededor de 280.000 personas tienen un arma de fuego. En el país, los vivos y la Ley No. 7530.

La tenencia de armas en la sociedad es uno de los principales factores asociados a la delincuencia y, especialmente, a la violencia. Las estadísticas demuestran que, sin importar el motivo por el cual se posean estas armas, su vinculación con el crimen y la muerte parece inevitable.²⁷

Por otro lado, el tener un arma en la casa, aumenta en cinco veces las posibilidades de suicidio. De los suicidios atendidos por el OIJ en el 2000, aproximadamente el 25% se cometieron con arma de fuego y, en el 97% de los casos, el arma se encontraba en el hogar.

La presencia de armas de fuego en casas de habitación, aún guardadas en forma correcta y segura, implican el riesgo de una tragedia. Según el BID, la posesión de armas de fuego en un hogar aumenta 2,7 veces el riesgo de muerte para sus moradores.²⁸

Violencia autoinflingida

Dentro de las muertes por causas violentas, el suicidio ocupa el cuarto lugar con una tasa total ajustada por sexo y edad de 6,2 por 100.000 habitantes, en el trienio 2000-2002. El comportamiento de la mortalidad por suicidio según sexo muestra un riesgo mucho mayor de morir para los hombres con respecto a las mujeres, 10,5 contra 1,7 por 100.000 habitantes.

El suicidio ha tenido un comportamiento de aumento constante, durante el período de 1970-2002, ocurrieron 6.622 suicidios. Como se muestra en el gráfico 3, la tasa pasó de 2,39 x 100.000 habitantes en 1970 a 6,97 x 100.000 habitantes en el 2002. El mayor riesgo se presenta en las edades de 20 años y más.

²⁷ National Institute of Justice. Guns in America: National Survey on Private Ownership and Used of Firearms. Washington: NIJ, 1997

²⁸ Fundación Arias por la Paz y el Progreso Humano. El arsenal invisible. Armas livianas y seguridad ciudadana en la Posguerra centroamericana. San José, Costa Rica. 2001.

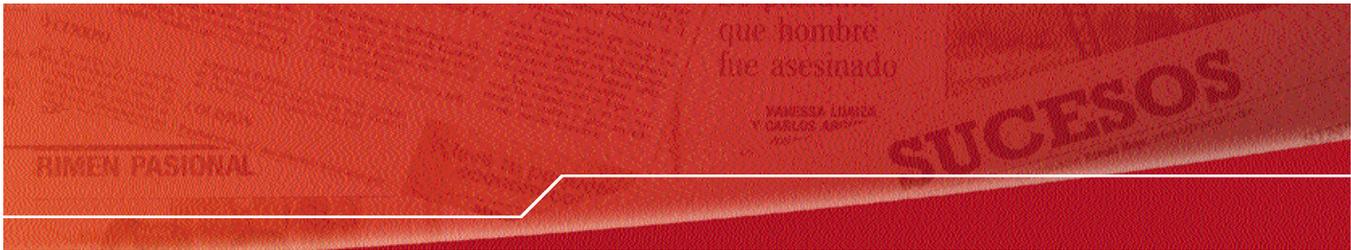
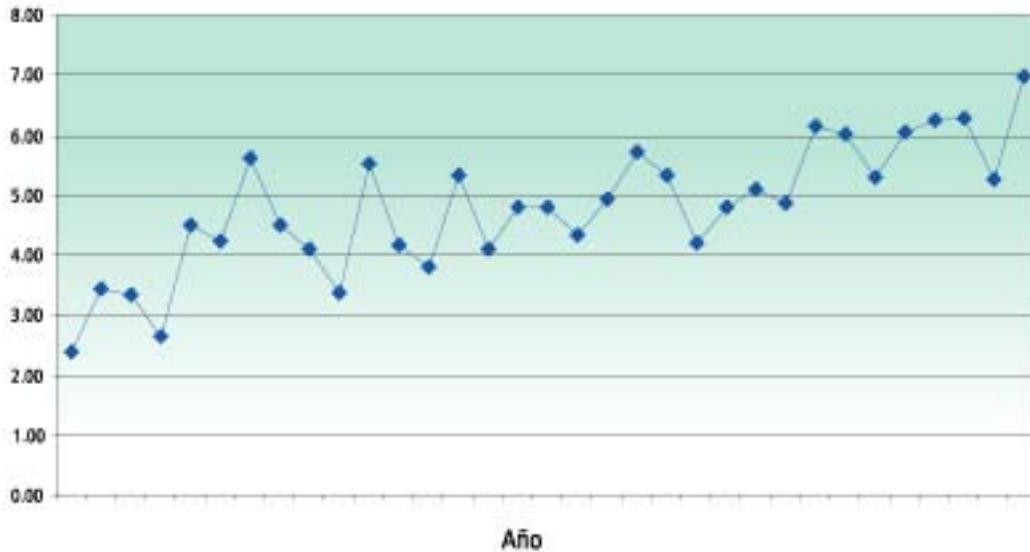


Gráfico 3

Tasas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, 1970-2002



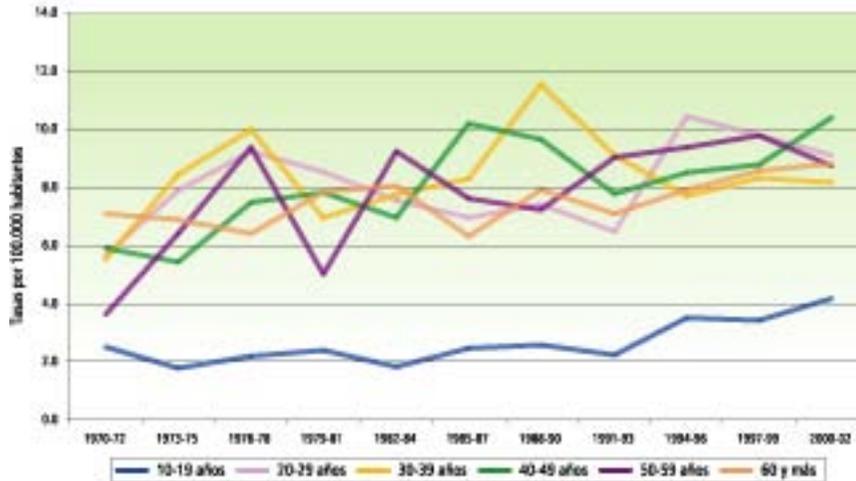
Fuente: Defunciones. Consulta a censos y grandes bases de datos. INEC-CCP

Tendencia de las muertes por suicidio según edad

Para analizar la tasa de mortalidad por edad, en el período de 1970 al 2002, por trienios, se observa que el grupo de 10 a 19 años presenta un menor riesgo de suicidio. Los otros cinco grupos en algunos trienios muestran altibajos en sus valores y el grupo que muestra más estabilidad en su comportamiento es el de 30-39 años.



Gráfico 4
Tasas de mortalidad trianuales por suicidios según grupos decenales de edad.
Costa Rica 1970-2002



Fuente: Defunciones. Consulta a censos y grandes bases de datos. INEC-CCP

Suicidios según causa

En el grupo de edad de 10 a 14 años, hubo una muerte en el año 2000, 4 en el 2001 y 4 en el 2002, la causa fueron los problemas familiares. El grupo de 15 a 19 años, entre 1999 a 2002, presenta 34 suicidios por problemas familiares y 32 por problemas pasionales. Así mismo, en el grupo de 20 a 59 años las causas más frecuentes son los problemas pasionales y familiares, que representan alrededor de un 48%. La modalidad más frecuente en los tres grupos es asfixia por suspensión, envenenamiento y arma de fuego.

En los adultos mayores las causas más frecuentes son la depresión y los problemas de salud. En 1999 se presentaron 20 suicidios, en el 2000, 32 ; en el 2001, 29 y en el 2002, 29.

Según estadísticas de la Caja Costarricense de Seguro Social, para el año 2002, el número de egresos por violencia autoinflingida fue de 537, con estancias de 2.913 días y un promedio de 5,42 días.

Tres tipos de lesiones autoinflingidas son las de mayor frecuencia en este año: envenenamiento por sedantes, psicotrópicos y otros narcóticos, 21%; envenenamiento por exposición a drogas, medicamentos y sustancias biológicas, 18% y envenenamiento por analgésicos no narcóticos, 12,5%. En total estos tres tipos suman el 79% del total de lesiones para este periodo.



Del total de egresos, 8,6% fallecen en el hospital; 82% egresan con indicaciones médicas, un 6% son transferidos a otro centro y 3,4% son salidas exigidas por el paciente.

Del total de egresos, 27% son jóvenes entre los 15 y 19 años; 18% entre 20 y 24 años; 12% entre 25 y 29 años y 9% son niños(as) entre los 10 y 14 años. Menores de 30 años son el 57%. El 58% son varones y el 42% son mujeres. Cabe resaltar que los menores de 19 años representan una tercera parte del total de egresos (36%).

Violencia intrafamiliar

Magnitud de la violencia en contra de las mujeres

Datos del Departamento de Planificación del Poder Judicial, demuestran que la violencia familiar en los grupos más vulnerables, es un problema que se ha visibilizado (aunque no en la misma proporción para todos los grupos) y las campañas dirigidas a fomentar la denuncia han tenido impacto en la población.

Las solicitudes de medidas de protección en las oficinas judiciales aumentaron de 32.643 en el 2000 a 43.929 en el 2001, especialmente en San José. En este lapso de tiempo hubo un incremento de 11.286 nuevas solicitudes.²⁹

El 89,6% de las personas que solicitan las medidas de protección son mujeres. El 86,5% las solicitan en contra de sus compañeros o ex compañeros.

En el 2000, las llamadas por violencia doméstica y violencia sexual atendidas en la línea especializada Rompamos el Silencio fueron 12.183, de las cuáles, el 94% fueron solicitando apoyo para mujeres víctimas de violencia.³⁰ En el año 2000, el 98,1% de las llamadas a la línea 800-300-3000 en las que se habló de violencia sexual se mencionó a una mujer como objeto de la agresión.³¹ En el 2002 se atendieron más de 70.000 llamadas por la línea 9-1-1.³²

La Delegación de la Mujer y el Área de Violencia de Género, INAMU, atendió 5.188 mujeres en 1999 y 5.404 en el 2002,³³ la mayoría de los casos vinculados con situaciones de violencia intrafamiliar.³⁴

²⁹ Proyecto Estado de la Nación. Octavo Informe Estado de la Nación, en Desarrollo Humano Sostenible. Costa Rica .2001. Costa Rica

³⁰ Carcedo, Ana. Sagot, M. Femicidio en Costa Rica 1990-1999.

³¹ Proyecto Estado de la Nación. Octavo Informe Estado de la Nación, en Desarrollo Humano Sostenible. Costa Rica .2001. Costa Rica

³² Instituto Nacional de la Mujer, INAMU, Área Violencia de Género y del servicio 911.

³³ Instituto Nacional de la Mujer, INAMU, Área Violencia de Género. 2002

³⁴ Carcedo, Ana. Sagot, M. Femicidio en Costa Rica 1990-1999



El INAMU administra tres albergues, cuya demanda sobrepasa la capacidad existente. En 1995 se atendieron 80 mujeres y en el 2000, 749. ³⁵

Una Encuesta Piloto sobre Violencia Doméstica, realizada en febrero del 2002 por el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer, CIEM/UCR, determinó que un 67% de las costarricenses aseguran haber sufrido algún tipo de violencia. El 40% de las consultadas refirió agresión física; 15% agresión sexual y el 30% sufrió ambos tipos de maltrato. Sólo el 23% presentó una denuncia. ³⁶

De 1998 al 2002 murieron 106 mujeres en razón de su género (asesinadas por violencia doméstica y sexual). ³⁷ El 80% de estos actos son cometidos por personas cercanas y se gestan en relaciones de abuso en el seno de la familia. Una de las características de esta situación es el ensañamiento del victimario, a la hora de cometer el crimen.

En la década de los 90, se dieron 315 homicidios contra mujeres, de los cuales el 58,4% fueron cometidos en razón de su género. ³⁸

Los homicidios en la pareja conyugal venían en descenso desde la década de 1980. ³⁹ La tasa alcanzó su más bajo nivel en 1995 (1,27 por 100.000 parejas). En 1996, la tasa subió a 1,58 (9% de aumento) y en 1998 pasó a 2,48, lo que representa un incremento del 36% respecto a 1995, año en que se aprobó la Ley contra la Violencia Doméstica. Después de la aprobación de la Ley, la tasa de homicidios dolosos en el hogar aumentó en casi un 60%.

Las mujeres pierden 9,5 años de vida saludable a causa de la violencia doméstica y sexual, también reduce su ingreso económico entre un 3 y un 20%. ⁴⁰

Magnitud de la violencia en contra de los niños y niñas y adolescentes : ⁴¹

El Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Hospital Nacional de Niños, la Fundación Paniamor, entre otras instituciones, han hecho esfuerzos para disminuir la violencia contra las personas menores. Sin embargo ésta continúa incrementándose, tanto en la cantidad de situaciones como en las formas de maltrato, llenas de crueldad.



En Costa Rica no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso y explotación sexual. La información al alcance proviene de diversas fuentes, originadas principalmente en el reporte de casos atendidos.

En 1997 el PANI atendió 23.139 niños, niñas y adolescentes, de los cuales 1299 resultaron ser casos de maltrato físico, 1575 de maltrato sexual y 64 de maltrato psicológico y verbal. Esta institución atendió 12,7% por abuso y maltrato.⁴² En el año 2002 atendió un total de 23.914 niñas y niños, víctimas de diferentes manifestaciones de maltratos, desde los conflictos por la guarda crianza hasta el abuso sexual.

El abuso sexual intrafamiliar se incrementó de 1998, 438 casos, al 2001, 762 casos. El PANI reporta para el período 1998-2001 2593 casos, las provincias con mayor cantidad de registros en este período son: Alajuela con 516 casos; Puntarenas con 225 casos y Guanacaste con 78 casos.

En ese mismo período, el abuso sexual extrafamiliar fue reportado en un total de 1281 casos. Este tipo de violencia muestra una tendencia creciente en el 2001 con 441 casos respecto a 1998, 267 casos. Las Provincias con mayor cantidad de casos son: Alajuela con 516 casos, Puntarenas 225 y San José con 200.

Entre 1998 y el 2001, la explotación sexual registra un total de 383 casos, también con tendencia ascendente en el 2001 con 110 casos respecto a los 43 casos de 1998. Las Provincias que más casos reportan son: San José, 120; Puntarenas, 76 y Alajuela, 71 casos.

El Hospital Nacional de Niños atendió durante 1997, 268 niñas y niños víctimas de agresión; en 1999 aumentó a 498 casos. En el año 2000 hubo una leve disminución. La atención fue por agresión física, sexual o pasiva y no especificada. En el año 2001, el Comité del Niño Agredido atendió un promedio de 22 casos mensuales, con cinco fallecimientos por violencia intrafamiliar. En el 2002, atendió 331 niños y niñas, un 33% fue referido al Patronato Nacional de la Infancia.

Casa Alianza⁴³ informa que 1500 niños y niñas se encuentran en situación de la calle, 20.000 son deambulantes, 3000 sufren explotación sexual y 147.000 explotación laboral. Otra situación importante de mencionar es el riesgo del consumo de drogas. La atención de la salud, la educación y la recreación son necesidades urgentes de esta población. La procedencia de hogares empobrecidos y caracterizados por la violencia intrafamiliar, en donde sus derechos han sido violentados desde muy temprana edad son algunas de las características que presentan estos niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual.⁴⁴

42 UNICEF, Universidad de Costa Rica, FLACSO. Estado de los derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica. 1° Edición. San José, Costa Rica.

43 Casa Alianza. Diagnóstico "Realidad de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle, en el año 2002. Costa Rica

44 Organización Internacional del Trabajo. Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad en Costa Rica. 2002



La línea telefónica Rompamos el Silencio recibió un promedio de 43 llamadas diarias en 1998, de las cuales 1 de cada 10 fue hecha por un niño, niña, o adolescente. ⁴⁵

Por violencia intrafamiliar murieron en el año 2002, siete menores. ⁴⁶ Debe anotarse que el Sistema de Justicia Penal procesa relativamente pocos casos de abuso infantil, comparado con el número de reportes que recibe el Sistema Administrativo. A menudo esto se debe a decisiones tomadas en la Sede Administrativa, bien porque no es posible identificar al perpetrador, o porque los padres, madres u otros guardianes de la supuesta víctima se rehúsan a cooperar con la investigación y se considera que la víctima no tiene la edad mínima para dar testimonio efectivo." ⁴⁷

En cuanto al tema de la explotación sexual comercial de las y los menores de edad, la lucha debe ir dirigida hacia la red criminal involucrada. Igualmente se debe ofrecer las medidas necesarias para la atención integral por medio de un trabajo especializado y oportuno que les garantice una efectiva protección, involucrando a la vez a todos los actores sociales, a las instituciones del Estado y a la sociedad organizada.

Los esfuerzos provenientes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, durante los últimos años, han permitido que hoy sea posible reconocer a las verdaderas víctimas y victimarios(as), dentro del fenómeno social que representa la explotación sexual comercial en el país. La denuncia y la investigación revelan también las debilidades del sistema de protección de derechos, dentro de las estructuras centrales de la sociedad. Para las víctimas la explotación sexual comercial es parte de una cadena de abusos y carencias desde el inicio mismo de sus vidas. ⁴⁸

En este sentido, Casa Alianza, se ha dado también a la tarea de velar por los derechos de un grupo poblacional en condición de indefensión como son los y las niñas y adolescentes que se encuentran en la calle. Uno de sus logros ha sido evidenciar o visibilizar el problema y mostrarlo a la sociedad, con el propósito de que se construyan verdaderas redes que atiendan el problema desde sus raíces.

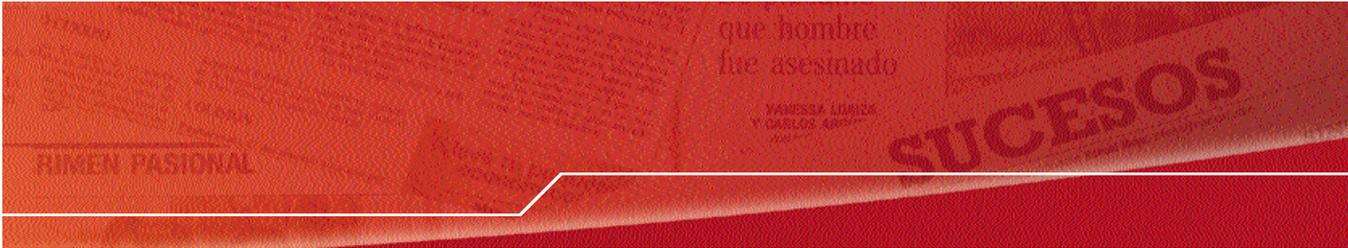
Los datos que se muestran en los siguientes cuadros evidencian una realidad, tanto en las denuncias interpuestas, como en las muertes violentas de menores.

45 UNICEF, Universidad de Costa Rica, FLACSO. Estado de los derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica. 1ª Edición. San José, Costa Rica.

46 Casa Alianza. Diagnóstico "Realidad de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle, en el año 2002. Costa Rica

47 Organización Internacional del Trabajo. Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad en Costa Rica. 2002

48 Organización Internacional del Trabajo. Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad en Costa Rica. 2002



Cuadro 7
Denuncias por abusos a menores realizadas a la Sede penal
y al Patronato Nacional de la Infancia,
1999 - 2003

Períodos	1999	2000	2001	2002	2003*
Denuncias penales	104	74	70	96	221
Denuncias al Patronato Nacional de la Infancia	24	7	12	35	63
Total de Denuncias	128	81	82	131	284

*Hasta el mes de Noviembre 2003
Fuente: Denuncias Interpuestas, años 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. Área de Defensa e Investigación, Casa Alianza. Costa Rica

En un período de cinco años, Casa Alianza ha efectuado 706 denuncias por abusos a menores, a la Sede Penal y al Patronato Nacional de la Infancia.

Según el tipo de delito, del total de denuncias penales (661) en el quinquenio 1999-2003, 292 fueron por proxenetismo, 121 por relaciones sexuales con menores, 59 por corrupción de menores, 52 por abuso sexual, 43 por producción de pornografía, 16 violaciones, 5 trata de personas, 5 actos obscenos, 4 difusión de pornografía y 7 por otros delitos como turismo sexual, sustracción de menor, agresión, venta de pornografía a menores, aborto y pensión alimentaria.

De las 141 denuncias hechas por Casa Alianza al PANI en el mismo período, 59 fueron por maltrato, 18 por abandono, 15 por abuso sexual, 15 proxenetismo, 6 trabajo infantil, 6 violaciones, 5 relaciones sexuales con menores, 3 venta de licores a menores, 2 trata de personas, 2 utilización de imagen de menor, 2 incesto, 2 negligencia de funcionario público y 6 por otros delitos como corrupción de menores, venta y suministro de drogas a menores, salida ilegal del país, desaparición y problemas en albergues.

De las personas sospechosas de cometer estos abusos, un 58% son costarricenses. Del total de extranjeros involucrados (42%), aparecen en primer lugar estadounidenses (9,5%), seguidos de colombianos (3,7%); en el 21,8% de los casos la nacionalidad de los extranjeros es desconocida.

Todas las provincias reportan estas denuncias, siendo San José la que presenta el mayor porcentaje.



El siguiente cuadro muestra los asesinatos en menores de 0 a 17 años, ocurridos durante el 2003. Como se puede apreciar el porcentaje más alto es en la edad de 12 y 17 años. Del total (32), un 68% corresponde al sexo masculino.

Cuadro 8
Total de asesinatos de personas menores, por edad, 2003*

Edad	Absoluto	Porcentaje
0-2	5	15,6
3-5	3	9,3
6-8	2	6,2
9-11	2	6,2
12-14	2	60,2
15-17	15	46,8
Desconocida	3	9,3
Total	32	100

Fuente: Estadísticas de Casa Alianza
*Hasta el mes de Noviembre 2003

Casa Alianza reporta también el asesinato durante el 2003, de 10 personas jóvenes, entre los 18 y 20 años y 11, entre los 21 y 23 años. Cuatro casos son de edad desconocida. La mayor cantidad de asesinatos de menores se realizaron en Limón, San José y Puntarenas. Los dos principales tipos de arma que se usan en los asesinatos son las de fuego y blanca.

Magnitud de la violencia en contra de las personas adultas mayores

En Costa Rica no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de personas adultas mayores víctimas de abuso o abandono. La información al alcance proviene de diversas fuentes, originadas principalmente en el reporte de casos atendidos.

El número y la proporción de personas adultas mayores aumenta, el Censo del 2000 muestra que este grupo lo conforman 213,332 personas mayores de 65 años, un 5,6% del total de la población que habita el país. El 79% de ellas tienen una edad entre los 65 y los 74 años y el 21% tienen 75 años y más. La esperanza de vida ⁴⁹ es de 78,5 en el año 2002.

En lo referente a la violencia contra las personas mayores, desde 1977 se atienden casos de maltrato y abandono, pero es a partir de 1990 que se empieza a conceptuar y a estudiar el abuso contra esta población en el país.

49 Número de años que en promedio un individuo, puede esperar a vivir según las condiciones de un año dado.



Los primeros datos sobre maltrato se obtienen del análisis de 793 casos atendidos por Trabajo Social del Hospital Dr. Blanco Cervantes, en el trienio 1987-1989.⁵⁰ De ciento ocho personas de más de 60 años, 13,6%, eran abusadas verbalmente y 2,0%, lo eran por abuso físico. Del total de personas abusadas en forma verbal, el 29,9%, tenían una familia que deseaba institucionalizarlos y 29,2% de quienes estaban siendo maltratados, tenían problemas de alcoholismo en el grupo familiar. Del total de abusados físicamente, 5,6% tenían problemas de alcoholismo en el hogar.

Una investigación llevada a cabo con 328 adultos mayores en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Dr. Blanco Cervantes,⁵¹ determinó que el 67% de las personas atendidas eran mayores de 75 años; que el 13,8% de este grupo eran abusadas psicológicamente (abuso activo); el 5,0% eran abusadas patrimonialmente; el 4,0% recibían maltrato físico y el 3,6% abuso sexual. La mayoría de estos abusos se dan en las casas y por miembros de la familia.

En cuanto a denuncias por maltrato, éstas son difíciles de obtener, debido especialmente al subregistro y a la inexistencia de un Sistema de Información. De los datos suministrados, se tiene que en el año 2001, se recibieron por la línea 9-1-1, 311 llamadas solicitando ayuda por agresión a personas mayores y en el 2002, se recibieron 346 llamadas.⁵²

El Ministerio de Salud tenía notificados en el año 2001, 66 casos de abuso y en el 2002, 120 casos.

El Consejo de la Persona Adulta Mayor, recibió durante el 2002, 80 denuncias por abuso y hasta el mes de octubre de 2003, se habían recibido 70 denuncias.

El Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado⁵³ del Hospital Blanco Cervantes atendió de 1997 al 2002, 857 casos, con un promedio de 143 casos anuales. Algunas características importantes de los mismos son: el 60% de los casos atendidos son mayores de 80 años; el 72% de las víctimas son mujeres; en el grupo de mujeres víctimas, el 80% de los casos el agresor es un hijo o una hija. En los varones, en el 65% de los casos es un familiar quien los agrede.

Según la Encuesta de Hogares de 1994, el maltrato es sufrido o al menos declarado, por el 2% de la población, porcentaje que se mantiene igual entre los 60 y los 69 años, pero que tiende a disminuir ligeramente después de los 70 años. Además, es igualmente sufrido por hombres

50 Gilliland N. Jiménez Rodríguez. Elder Abuse in Developed and Developing Societies. The US and Costa Rica. Journal of Developing Societies, Vol. XII 1. 1996

51 Jiménez, Rodríguez S. Las Personas Mayores y el Abuso. Estudio realizado en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología "Dr. Raúl Blanco Cervantes" 1998. Costa Rica.

52 Instituto Nacional de las Mujeres. Área de Violencia de Género. 2002. Costa Rica.

53 Estadísticas del Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado, CEINAAA, Hospital Blanco Cervantes. Costa Rica



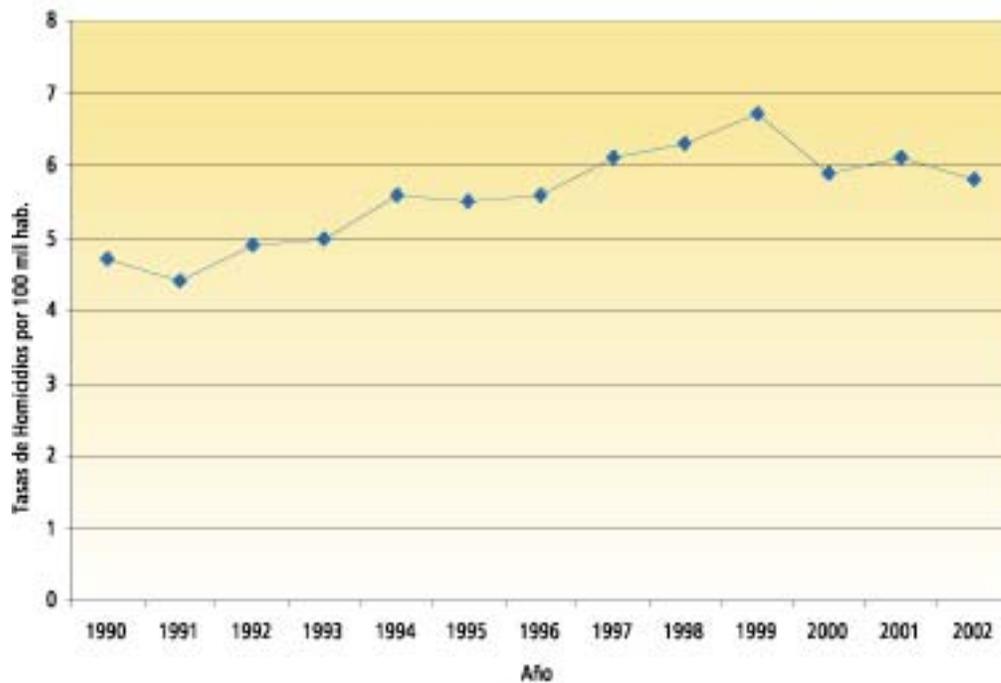
y mujeres. ⁵⁴ La Encuesta de Hogares 97-98 también reveló que el 2% de las personas mayores refieren ser maltratadas.

Violencia comunitaria

Las tasas de mortalidad por homicidios por 100.000 habitantes, muestran un ascenso constante de 1990 a 1999, pasando de 4,7 a 6,7 y presenta oscilaciones entre el 2000 y 2002, como puede verse en el siguiente gráfico. ⁵⁵

Gráfico 5

Tasas de homicidios
Costa Rica 1990-2002



Fuente: Datos suministrados por la Sección de Planificación del Poder Judicial, 2003.

⁵⁴ Solano Elizabeth, Población Adulta Mayor en Costa Rica. Principales Características Socioeconómicas y su impacto en los Servicios de Salud, 1997.

⁵⁵ Ministerio de Salud. Violencia: un problema de Salud Pública. Allen Flores. Rojas Espinoza. Salas Martínez. Costa Rica. 2002.



Un estudio epidemiológico del “homicidio doloso” (intencional) realizado entre 1993 y el año 2000, ⁵⁶ que abarcó cerca de 1500 casos, determinó que en la pareja conyugal heterosexual, los homicidios dolosos aparecen como problemas pasional (5,3%) y conyugal (3,6%). Los homicidios dolosos por conductas sexuales, excluyendo los anteriores, solo representan un 0,64% del total.

En la red familiar, los investigadores identificaron 144 homicidios, de los cuales 59 correspondieron a mujeres y 15 a varones, víctimas de su pareja o expareja heterosexual; 15 madres asesinaron sus hijos (as), 9 hermanos mataron a sus hermanas (os) y 7 padres asesinaron a sus hijas (os), entre otras categorías.

Por otra parte, el Informe Estado de la Nación (2000), indica que el total de casos de homicidio entre 1995-1997 y 1998-2000, aumentó un 22%, pero se mantuvo la relación de 6,2 varones por una mujer. El empleo de arma de fuego fue el procedimiento prevaleciente. El 65% de las víctimas estuvo entre los 16 y los 40 años y el 74% de los decesos correspondió a costarricenses.

Accidentes de tránsito

La clasificación propuesta por la OMS en el Informe Mundial sobre la violencia y la salud, no contempla el capítulo concerniente a los accidentes de tránsito. Sin embargo, debido a que en Costa Rica, los accidentes de tránsito se encuentran entre las primeras causas de muerte y discapacidad, se cataloga como una manifestación más de la violencia social y es por eso que se incorpora como un cuarto elemento.

Los accidentes de tránsito en el gran rubro de “toda clase de accidentes” tuvo un incremento del 20%, entre los trienios 1995-1997 y 1998-2000. En este grupo, los accidentes de tránsito representan la primera causa de muerte, con el 61% de todas las modalidades de muerte accidental. Por sexo, hay una relación de 4,3 varones por cada mujer. Los usuarios que fallecen en su mayoría son conductores 54,27%, peatones 36% y ciclistas 14%. La mortalidad de conductores varones in situ es de un 83,3% de los casos reportados. ⁵⁷

Desde 1997 se observa una tendencia a la estabilización de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, la tasa presentada para el trienio 1997-99 fue de 17 x 100.000 habitantes y la del 2000-2002 fue de 16,7 x 100.000 habitantes.

También se ha dado un incremento de los heridos graves en el año 2000, 13,74%, más de doble respecto al año 1999 (5,65%).



Los tipos de accidente más frecuentes con víctimas mortales son: colisión entre automóviles, 40%; atropello a personas, 30% y salirse de la vía, 10%. ⁵⁸

La tasa de ocurrencia de accidentes de tránsito en 1997 fue de 12,2 x 100.000, la cual aumenta a 15 x 100.000 para 1999. Los tres últimos años muestran oscilaciones de tasas entre 15 por 100.000 y 16 por 100.000. "Si además se tiene que la flota vehicular se duplicó de 1997 al 2001 y que en los últimos cuatro años tuvo una tasa de crecimiento exponencial del 8,49%, pasando de 1 vehículo a 2 vehículos por cada 10 habitantes; se puede decir que el aumento de accidentes anuales fue leve". ⁵⁹

La letalidad para el período en cuestión ha disminuido de 13,2 x 100.000 en 1997 a 10,8 x 100.000 en el 2002.

Un análisis realizado por el Departamento Actuarial de la CCSS para el año 2001, destaca que hubo 64.802 accidentes de tránsito, lo que implica que ocurrieron 177 accidentes diarios. ⁶⁰ El análisis evidenció que:

- La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito fue de 17 muertes por cada 100.000 habitantes ⁶¹
- Es la principal causa de muerte entre los jóvenes entre 15 -19 años, de 12,8 por cada 100 mil jóvenes en estas edades; mayor que la de suicidios (10,4 por cada 100 mil jóvenes).
- Constituye la causa de mortalidad más alta entre las personas de 20 - 35 años, 22 muertes por cada 100 mil jóvenes en estas edades.
- De las personas fallecidas en un accidente de tránsito, 42% fue el conductor, 27% peatones, 21% acompañantes y 10% otros pasajeros.
- La mitad de los fallecidos en tránsito son menores de 37 años; el 15% son niños y adolescentes.
- La Caja dedicó a la atención de accidentes de tránsito: 19.598 consultas de urgencias, 14.510 consultas para la atención de secuelas de accidentes de tránsito y 3.569 egresos hospitalarios con una estancia promedio de 6,4 días.

58 Consejo de Seguridad Vial. Proceso de Investigación, Estadística y Censos. 2001

59 Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud, Costa Rica. Pág. 67. 2002

60 Consejo Nacional de Seguridad Vial. CONAVI. Costa Rica.

61 Instituto Nacional de Estadística y Censos. Costa Rica



- El gasto estimado de la atención inmediata es de 2.310 millones de colones (USA\$ 7.024.052), esto sin contar las consultas y hospitalizaciones que generan las secuelas de los accidentes en transporte.
- El 75% de los pacientes atendidos son hombres.
- Los traumatismos principales son: 39% cabeza, 27% extremidades inferiores, 14% extremidades superiores, 10% tronco y abdomen y 10% otras partes del cuerpo.
- Las principales causas de operación y procedimientos médicos son: reducción abierta de fractura con fijación interna; radiografías de tejido blando, cabeza, cuello; debridamiento de sitio de fractura abierta; sutura de piel y tejido subcutánea y reducción cerrada de fractura con fijación interna.

Factores de la violencia en Costa Rica

Las causas y factores que propician o condicionan la violencia social son múltiples, son complejas, se interrelacionan entre sí y se generan de la dinámica social, cultural y económica. En Costa Rica existe una ausencia de investigación sobre la problemática de violencia social, que dificulta el análisis de los factores determinantes.

¿Cuáles factores están influyendo para que la violencia pase a ser la tercera causa de muerte?

El conocimiento de las características que aumentan el riesgo de actos violentos, como la pobreza, la densidad de población, los altos niveles de movilidad de residencia, entre otras; así como de los factores relativos a la estructura de la sociedad, normas sociales, las políticas públicas de salud, económicas, educativas y sociales, son necesarias para esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones en los diferentes ámbitos como la familia, la comunidad, el trabajo y la escuela, donde se establecen las relaciones interpersonales y sociales.

En este análisis se consideran aspectos de carácter social que están incidiendo en la magnitud y en las características de la violencia social en el país.

Pobreza

Costa Rica al igual que la mayoría de los países de Latinoamérica, fue afectada por la crisis a inicios de los años 80 y finales 90, la cual impactó de manera importante la economía nacional y las condiciones de vida de la población; al igual que en otros países de América Latina, la pobreza afecta más a los residentes de las zonas rurales. Datos señalan que la incidencia de la pobreza es mayor en las familias cuyos jefes de hogar trababan en agricultura o en el



servicio doméstico, son independientes o tienen microempresas, están desempleados o subempleados. Se estima que las mujeres encabezan un 48% de las familias en extrema pobreza en comparación con sólo un 33% de las familias que viven en condiciones cercanas a la pobreza. Las familias pobres son más jóvenes y tienen tasas de dependencia mayores que las familias no pobres, la mayoría tienen un único o ningún sostén económico.⁶²

Un ejemplo de la vinculación de la crisis económica con la violencia es que se produjo un aumento en el número de suicidios en relación con los años anteriores, 122 casos en 1980 y 170 en 1989.⁶³

El análisis de carencias críticas, que considera cuatro variables (acceso a albergue digno, a vida saludable, al conocimiento y acceso a otros) y basado en el Censo 2000; señala que la incidencia de familias con carencias críticas se ubica en el 36% y la intensidad de las mismas en el 7,1%. El mapa de carencias críticas señala que la mayoría de las áreas “deprimidas” se ubican en zonas fronterizas y unas pocas en localidades urbanas.⁶⁴ La Encuesta de Hogares del 2002 determinó a su vez que el 24% de la población estaba en condición de pobreza.⁶⁵

Igualmente es importante destacar que las y los jóvenes de 15 a 17 años son quienes más padecen de carencias críticas. Al respecto en 1995, el Instituto Mixto de Ayuda Social, IMAS, informaba que al menos 450.000 menores de edad estaban atrapados por la pobreza y no disfrutaban de acceso a servicios básicos de atención que brinda el Estado. El 8% de este grupo, 45.000 niñas y niños, han caído en las redes de la drogadicción, la prostitución, la delincuencia, la mendicidad o la explotación laboral.⁶⁶

La Encuesta del Trabajo Infantil y Adolescente,⁶⁷ estima que del total de población menor entre los 5 y 17 años (1,113.987) un 10,2% trabaja, es decir, 113.523 niños, niñas y adolescentes, siendo el mayor porcentaje del sexo masculino, 72,7%. Del total que trabajan, 11,5% tiene edades entre 5 y 9 años, 31,8% entre 10 y 14 años y el 56,6% entre los 15 y 17 años. El 68,5% residen en la zona rural y el 31,5% en zonas urbanas.

El 74,5% de los menores que trabajan, lo hace en ocupaciones no calificadas. De este porcentaje el 43,3% lo hacen en agricultura, silvicultura y caza; el 12,7% en la venta en locales y prestación de servicios a personas; el 21,7% lo hace en el comercio y reparación de vehículos y enseres. Esta actividad es más común entre los residentes urbanos.

El 43,7% son trabajadores no remunerados y es más común entre los niños y niñas de 5 a 14 años que entre los adolescentes. Las personas asalariadas son el 40,2%.

54 Solano Elizabeth, Población Adulta Mayor en Costa Rica. Principales Características Socioeconómicas y su impacto en los Servicios de Salud, 1997.

55 Ministerio de Salud. Violencia: un problema de Salud Pública. Allen Flores. Rojas Espinoza. Salas Martínez. Costa Rica. 2002.



La principal razón para trabajar es ayudar en los gastos del hogar o en el negocio familiar. La segunda razón es para cubrir gastos personales y pagar los estudios.

Los hogares de ellas y ellos tienen un tamaño promedio mayor (5,5 miembros), que los hogares donde no hay menores que trabajen (4,7 miembros). Tienen una mayor incidencia de pobreza (31,9% vs. 23,0%), mayor incidencia de extrema pobreza (10,6% vs. 6,4%), menor ingreso declarado por persona en el hogar (USA\$94 vs. USA\$148) y menor escolaridad promedio del jefe (6 años vs. 8,1 años).

Educación

El acceso a la educación es uno de los mayores compromisos del Estado para dar oportunidad a la población de mejorar su calidad de vida. Pese al esfuerzo de cobertura del sistema educativo costarricense, se enfrentan problemas que se reflejan en la desescolarización y repitencia, sea por abandono escolar o por exclusión del sistema, especialmente en el nivel de secundaria.

Los niveles de educación son más bajos en la población que se encuentra en el grupo del 25% de menos ingreso. Sólo un 62% de las personas pertenecientes al 25% más pobre de la distribución del ingreso tenía primaria completa en 1999, cifra similar a la tasa de 1990.⁶⁸

El Proyecto Estado de la Nación, en su noveno informe del 2003, señala que el abandono escolar en la población adolescente, sobre todo en edades de 13 a 16 años, se produce por diversos factores: propios del estudiante, económicos, familiares, sociales y del sistema educativo. Estudios realizados por el Departamento de Investigación Educativa del MEP con estudiantes expulsados del sistema, señalan que cerca del 43% de esta población trabaja en puestos de baja remuneración y poca estabilidad y pertenece a hogares con bajo nivel escolaridad de los padres.

Se añade en el Informe del Estado de La Nación, que en el 2002, al considerar la población de entre 15 y 17 años de edad que se esperaba tuvieran niveles de escolaridad cercanos al final del tercer ciclo o algún nivel del ciclo diversificado, se observó que cerca de 3 de cada 10 jóvenes de zonas urbanas tenían apenas algún grado de primaria, proporción que asciende en las zonas rurales a 1 de cada de 2 jóvenes.

El principal problema de abandono o no incorporación en el sistema educativo, se concentra a partir de los 15 años, edad en la cual uno de cada 2 adolescentes no asiste a las aulas de liceos.⁶⁹ Según UNICEF y la Encuesta de Hogares de 1994, 60.000 adolescentes entre los 12 y 17 años, no estudian ni trabajan.



Según el Centro de Estudios para América Latina, CEPAL, es necesario que las personas tengan como mínimo secundaria completa para que no caigan en la pobreza. El acceso a la educación determina las posibilidades de inserción en el proceso productivo, lo que a su vez incide en la ruptura del círculo de pobreza.

Urbanización y hacinamiento

El Censo del 2000 constata que Costa Rica experimenta una creciente metropolización, 59% de la población vive en zonas urbanas; mostrando una tendencia al incremento de los escenarios de riesgo, debido a la poca planificación urbanística. Se está dando un acelerado proceso de urbanización en la llamada Gran Área Metropolitana, GAM, (este entorno está definido por los valles Central y del Guarco, es compartido por cuatro provincias y 31 municipios).

El cúmulo de viviendas en zonas donde habitan personas con bajos ingresos, con escasez de servicios, puede propiciar cambios en la conducta social que generan stress.

Mayhew y Levinger ⁷⁰ señalan que a medida que aumenta el tamaño de una población cabe esperar que lo haga también la proporción de interacciones violentas: las oportunidades estructurales para el homicidio, el robo o el asalto violento aumentan en tasa creciente con cada aumento del agregado poblacional.

En el período de 1984 al 2000, el número de miembros por hogar disminuyó de 4,8 a 4,1 y se redujo el porcentaje de viviendas con hacinamiento de 17% a 8% en términos generales. El promedio de hogares por vivienda se mantiene (1,25) y el estado de las viviendas se deterioró. En el año 2000, 58.219 viviendas tenían problemas de hacinamiento. ⁷¹

El cantón con más alto hacinamiento es Talamanca 24,8%, seguido por Los Chiles 23,9%; La Cruz 21,1%; Buenos Aires 20,1%; Upala 18,6% y Matina 15,5%, que se ubican en zonas fronterizas. En zonas urbanas, algunos cantones como Alajuelita 12,8% y cantones centrales de San José 8%, Limón 11,2% y Puntarenas 12,3%, presentan tasas altas.

Siguiendo el análisis de Bortman,⁷² sobre la clasificación de los cantones en 5 grupos según Índice de Desarrollo Social, se encontró que estos cantones se encuentran en los grupos 4 y 5, los de menor desarrollo. En estos 2 grupos las tasas de mortalidad por causas externas (accidentes, suicidios y homicidios) presentan los valores más elevados desde 1980, lo cual se mantiene para 1990 y 2000.

En 1994 la Organización Panamericana de la Salud realizó una reunión conocida como Sociedad, Violencia y Salud. En las conclusiones del informe de dicha reunión se lee:

70 Mayhew. B. Levinger R. Size and the density of interaction in human aggregates. American Journal of Sociology. 1976.

71 Proyecto Estado de la Nación. Octavo Informe Estado de la Nación. Costa Rica. 2001.

72 Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud ¿mejoró la equidad? Costa Rica 1980-2000. San José, Costa Rica 2002



"Las condiciones de hacinamiento, desnutrición, desempleo y deterioro de la familia que imponen la desigualdad y la pobreza, propician en gran medida el desarrollo de patrones de conductas agresivas para la resolución de conflictos familiares y comunitarios. Las frustraciones derivadas de la lucha por la supervivencia en situaciones de inequidad y marginalidad, constituyen factores facilitadores de comportamientos agresivos. Por otra parte, el mantenimiento de estas condiciones de asimetría implica el ejercicio de la violencia. Frente al debilitamiento del aparato de justicia y control legal y ante la persistencia de estas condiciones sociales, pueden generarse o reforzarse culturas de violencia que legitiman la fuerza como medio para resolver frustraciones, desavenencias y conflictos".⁷³

Otra manifestación de la violencia

Los cambios sociales, económicos y demográficos inciden en la salud mental y física de las personas y en este sentido, su impacto negativo se manifiesta en comportamientos que generan violencia. El ritmo acelerado del diario vivir, las presiones económicas y laborales, el desempleo, el hacinamiento, los problemas de acceso a bienes y servicios, la separación o disolución de la familia, entre otros, están generando trastornos mentales en la población costarricense.

Según la CCSS, durante el 2002, la consulta psiquiátrica se convirtió en la quinta en importancia, con al menos 500 mil consultas y 6000 mil personas internadas por diversos tipos de trastornos.⁷⁴ Para este mismo año, la CCSS brindó 9.446.828 consultas de salud mental.⁷⁵

Estudios recientes demuestran que jóvenes con problemas familiares, mujeres agredidas, privados de libertad y ancianos, constituyen los grupos que más frecuentemente recurren al suicidio.⁷⁶

Datos comparativos del consumo de drogas en Costa Rica desde 1990 hasta el año 2000, muestran que la prevalencia en el consumo de alcohol disminuyó de 66,0% en 1990 a 54,3% en el año 2000; la prevalencia en el consumo de marihuana aumentó de 3,9% en 1990 a 5,5% en el 2000 y el consumo de cocaína pasó de 0,5% en 1990 a 1,8% en el 2000.⁷⁷

Una investigación en estudiantes costarricenses de décimo y onceavo año, efectuada en 1993, puso de manifiesto una prevalencia general de consumo de alcohol de 64,4%, de tabaco 32,8%, de tranquilizantes de 6,6%, de marihuana equivalente a 2,2% y de cocaína de 0,8%.⁷⁸

73 Miranda, Gutiérrez Guido. Violencia social, artículo publicado en 100 años de Salud, Costa Rica. OPS-OMS. Costa Rica, 2003

74 Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Estadística.

75 Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Situación actual de la salud mental en Costa Rica, 2004

76 Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. Salud Mental, capítulo xiii. Costa Rica. 2002

77 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Estudios nacionales sobre consumo de drogas, 1990, 1995, y 2000. Costa Rica. 2001

78 Ugalde Montero, Blanco Lizano. Avances costarricenses en materia de drogas. 100 años de Salud. Costa Rica. OPS-OMS. 2003



Al analizar las estadísticas en el trienio 1998- 2000, se encontró asociación entre el consumo de alcohol y muertes violentas; en este sentido, un tercio de las muertas por homicidio o suicidio presentaban altos niveles de alcohol al igual que los fallecidos en accidentes de tránsito, en estos últimos se incrementó en 38% los niveles de intoxicación, en comparación con el 30% del trienio 1995-1997. En este sentido, hay una fuerte asociación entre el uso de alcohol y muertes violentas. ⁷⁹

El costo de la violencia social ⁸⁰

Hablar de los efectos sobre la salud de cualquier evento en términos monetarios, siempre es criticado, generalmente por aquellas personas fuera de la profesión de la economía. En general, se argumenta que la vida humana no puede ser expresada en términos monetarios.

Otros, en cambio, consideran que la crítica está basada en un malentendido. La economía no trata de buscar o medir el valor específico de la vida humana. Lo que realmente se mide en términos monetarios es el beneficio obtenido con la reducción de un riesgo. En el caso de la violencia social, sería la medición de los beneficios obtenidos con la reducción de las muertes prematuras y evitables producidas por este fenómeno. Esto refleja el hecho de que la disminución de un riesgo es valorado monetariamente antes de que sus efectos negativos se den, no es una evaluación "ex post" de la pérdida de una vida por violencia social.

Se ha discutido mucho en cuanto a sus ventajas y desventajas de utilizar la pérdida bruta de producción/consumo como método de dar valor monetario a un evento o proceso. Esta metodología estima la pérdida causada por una muerte prematura desde la perspectiva general de la sociedad, sin incursionar en las diferencias de riesgo individuales. Su uso como un indicador monetario está limitado solo a aspectos materiales de la vida y en este caso sólo a la producción/ingreso. Algunos lo han combinado con algunos costos intangibles, tales como sufrimiento y dolor de las víctimas y sus familiares.

La mayor ventaja de esta metodología consiste en la simplicidad y transparencia en su cálculo. Pero su mayor valor agregado es la utilidad en la discusión política y en la medición del impacto de las políticas asumidas. Sin embargo, tiene sus desventajas, entre ellas se mencionan a) la aversión individual a la muerte prematura no es tomada en cuenta, puesto que solo toma en cuenta las consecuencias materiales de una fatalidad; b) considerando a la sociedad como un todo, esta metodología no refleja un principio básico de bienestar de la teoría económica, en la cual la valuación monetaria debe basarse en las variaciones de la utilidad individual y c) debe utilizarse una adecuada tasa de descuento, ya que tiene implicaciones importantes en la estimación del valor monetario.



Según evidencia un estudio elaborado en la CCSS,⁸¹ la violencia es una importante causa de discapacidad física desde edades tempranas. Este estudio, analiza la magnitud del fenómeno a través de los datos de morbilidad por causas externas contenidos en las estadísticas continuas de egresos hospitalarios de 1997 y 1998 y de dos de sus encuestas de causas de atención ambulatoria (Urgencias-1996 y Consultas-1997). Esta información es de vital importancia, ya que en su elaboración, se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, la cual incluye por primera vez la patología social. Se complementa el análisis de magnitud con algunas aproximaciones al costo social y económico, sobre todo en la demanda de recursos de los servicios de salud.

Las cifras de egresos hospitalarios de la CCSS indican que los traumatismos y envenenamientos, aunque se han reducido porcentualmente de 1980 a 1990, explican más del 7% de los mismos, ocupando el tercer lugar entre los grandes grupos de causas y precedidos solo por el capítulo de embarazo, parto y puerperio y enfermedades del aparato digestivo.

En 1992 se registraron 19.575 hospitalizaciones por accidentes y violencias, cifra que aumentó a 19.847 en 1993. Más del 27% de ellas ocurrió en la vía pública y casi en el 14% intervino un vehículo de motor. Superando estas cifras solo los accidentes y violencias en la vivienda, por caída y por otra causa no especificada.

En detalle el 13,3% fue por vehículo de motor en la vía pública (más de 2.500 al año), cifras superadas solo por las caídas en la vivienda y otras causas no definidas de accidente o violencia en el hogar.

Las hospitalizaciones por accidentes o violencias⁸² en general tienen una estancia promedio de más de 8 días que es más alta para las mujeres y que, con el costo promedio institucional por estancia, se estima que producen gastos de alrededor de 2 mil millones de colones (USA\$14.896.470).

Si de estos se segregan los producidos en la vía pública por vehículo de motor, se observa que la estancia promedio disminuye en más de un día y la estimación del costo específico queda en casi 256 millones para 1992 (USA\$ 1.906.748) y en más de 317 millones de colones (USA\$ 2.225.499) en 1993.

Entre estos egresos hospitalarios (1993) se registraron 109 defunciones, con una proporción de mortalidad hospitalaria del 4,1%, mucho más alta que la registrada por todas las causas de hospitalización. Estas defunciones tienen también una mayor estancia, con un promedio de 8,3 días.

81 Moya Madrigal, Ligia. El costo de la violencia en la demanda de los servicios de salud de Costa Rica. CCSS. Versión digital

82 Según la CIE 10. Causas externas



Si se revisan los servicios de urgencias, las atenciones por accidentes de tránsito presentan cifras mayores que las comentadas, no todas las personas que consultan por este tipo de urgencias son hospitalizadas. Por esta razón, entre julio de 1994 y junio 1995 se registraron 19.911 atenciones de urgencias por accidentes de tránsito. El Hospital Calderón Guardia fue el que atendió el mayor número, seguido por los hospitales San Rafael de Alajuela, México, San Carlos, Escalante Pradilla y San Juan de Dios.

Las cifras de mortalidad de 1994 elaboradas por el Ministerio de Salud ⁸³ indican que los accidentes y violencias ocupan el tercer lugar como causa de muerte de los costarricenses con una tasa de 49 defunciones por cada 100.000 habitantes. Sin embargo todas estas muertes no son solo por accidentes de tránsito y los mayores de 14 años los que presentan tasas más altas. En realidad, de las 1.522 defunciones ocurridas por accidentes y violencias, 546 fueron por accidentes de tráfico de vehículo de motor, con una tasa de mortalidad de 17 por 100.000 habitantes.

En cuanto a las características de incapacidades por enfermedad y maternidad, el estudio ⁸⁴ de la CCSS muestra que la moda de los días de incapacidad es de 2 días (22,49%); pero que la amplitud es tan grande que el mínimo es un día (11,77%) y el máximo puede llegar hasta 324 días, con menos de 5 por diez mil entre 121 y 324 días. El percentil ochenta es de 9 días, y el ochenta y cinco, de 15 días. En general el 53% recibe 3 días o menos de incapacidad. Más mujeres que hombres son incapacitadas desde los 14 hasta los 54 años de edad, la relación se invierte a partir de los 55 años. El mayor número de incapacidades (75%) es otorgado a personas entre los 20 y los 44 años de edad en ambos sexos, grupo al que pertenece el grueso de la población económicamente activa y de los asegurados directos. Los traumatismos, que como grupo explican el 9,38% de las incapacidades, son más frecuentes en los hombres.

Los estudios en cuanto a los costos que representa para el país la violencia social son escasos, prácticamente inexistentes. Algunos, como el antes mencionado son parciales, ya que hacen un estimado de los costos directos e involucran solamente la atención médica directa.

Con el objetivo de incursionar y profundizar un poco más en este campo, se realizó una estimación de costos en salud en la violencia social en dos de sus áreas: los accidentes de tránsito y las muertes por armas de fuego.

Es necesario insistir, que por la falta de fuentes adecuadas de información, es difícil realizar cálculos más exactos, son solamente aproximaciones.

En ambos casos, se realiza un cálculo de los costos utilizando la metodología de la pérdida de producción, a los cuales se les suma los costos directos de la atención médica: hospitalización

83 Indicadores de mortalidad según cantón de residencia, 1994. Departamento de Estadística, Ministerio de Salud, agosto de 1995.

84 El estudio se realizó en 1995 y la muestra fue de 20560 boletas de incapacidad.



e incapacidades. En ninguno de los casos se incluyen los costos intangibles, ya que la aplicación de un estudio de valoración contingente o disposición de pago está fuera del alcance para efectos de este documento. Es un reto que queda pendiente para un futuro cálculo de mayor precisión o exactitud.

Para la estimación de la pérdida de producción es necesario determinar los años de vida potencialmente perdidos (AVPP-muerte prematura) utilizando los siguientes parámetros: esperanza de vida, mortalidad por grupos de edad y sexo. Posteriormente se estima el valor monetario de cada año potencialmente perdido, teniendo como referencia el ingreso per cápita de cada uno los años analizados.

Valuación monetaria de la morbimortalidad

Desde el punto de vista económico, los costos de la morbilidad pueden subdividirse en dos grandes formas: por los componentes de los costos y por lo que paga la entidad responsable. Estos pueden ser cubiertos de manera privada o ser costos sociales que pueden ser pagados individual o colectivamente.

Costos de enfermedad (COI) involucra los costos de la pérdida de producción debido a la imposibilidad de trabajar (incapacidades) y los costos médicos de tratamiento. Juntos componen la parte "material" de los costos en salud y deben basarse en precios de mercado reales (pérdida de ingreso, costo de medicamentos, costos por día hospital, entre otros).

Es una estimación parcial de los costos parciales de la morbilidad, no toma en cuenta los costos intangibles, por lo que la probabilidad de que el resultado sea una subestimación de los costos reales.

Los resultados obtenidos en el caso de las muertes por armas de fuego (homicidios y suicidios), se detallan en los gráficos 6 y 7.



Gráfico 6

Valor monetario según por muertes por armas de fuego por grupos de edad y año. 2000-2002

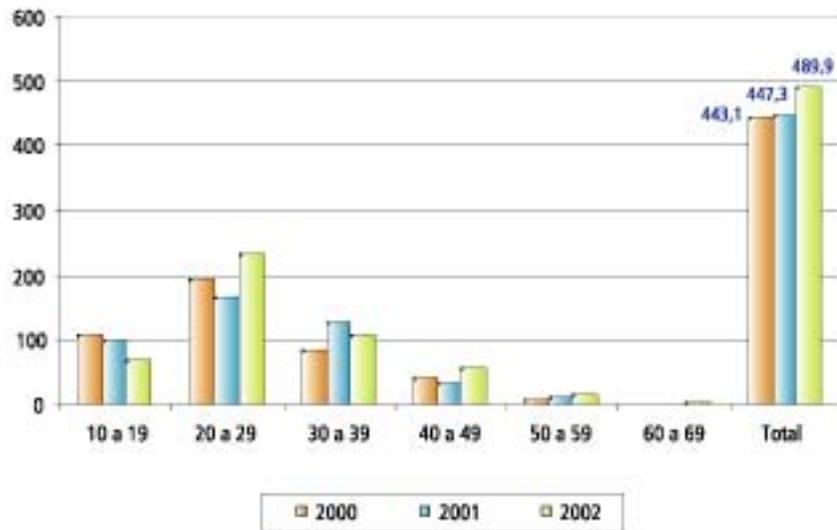
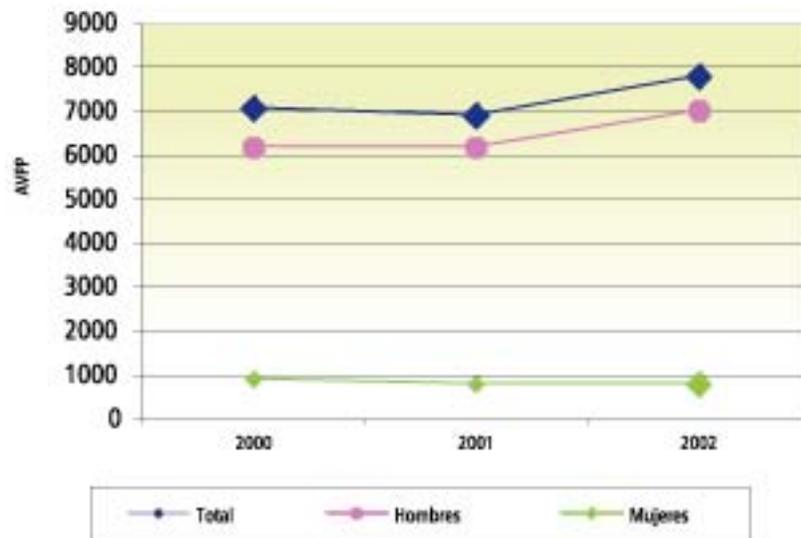
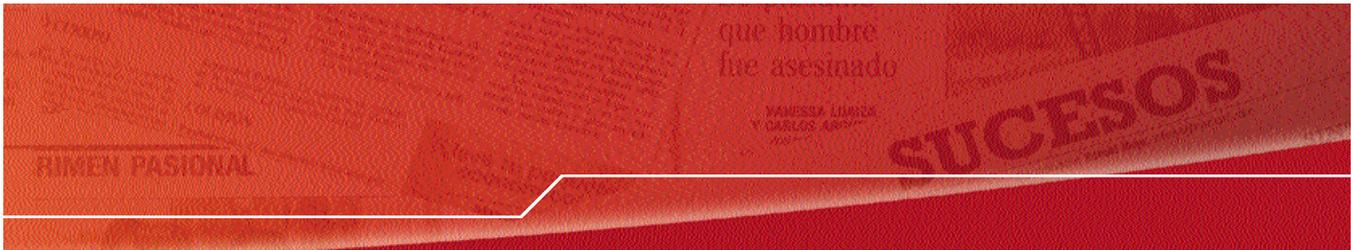


Gráfico 7

Muertes por arma de fuego. AVPP según sexo por año. 2000-2002





Los años vida potencial perdidos (AVPP) para el año 2000 son de 7.070, correspondiendo a los hombres un total de 6.175 y a las mujeres 895 AVPP. Cambia para los siguientes años a 6.984 y 792 respectivamente, con un total de 7.777 AVPP en el 2002.

Traducido a valor monetario, esto significa, solamente por pérdida de producción/consumo USA\$ 448 millones en el año 2000 y USA\$ 490 millones en el 2002.

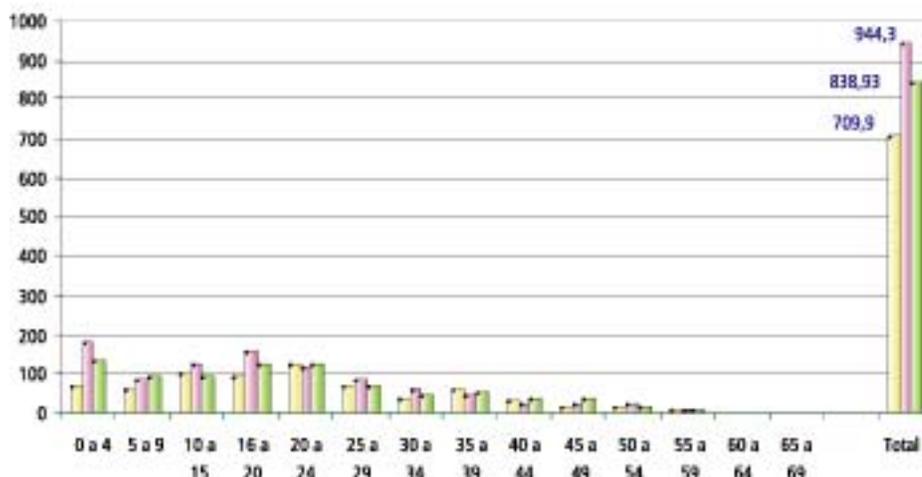
En el campo de las muertes por accidentes de tránsito, la pérdida de años de vida por muerte prematura fue de 8.338 AVPP en el 2000, aumentó en el 2001 (10.648) y disminuye levemente a 9.602 AVPP en el 2002.

La valuación monetaria de las muertes por accidentes de tránsito, estimación realizada solamente tomando en cuenta la pérdida de producción/consumo. El gráfico muestra los resultados en millones de dólares: para el año 2000, se estima en USA\$ 709.9 millones, aumenta en el 2001 a USA\$ 944 y disminuye USA\$ 838.5 en el 2002.

Tomando en cuenta solamente la pérdida de producción/consumo, el valor monetario de las muertes por armas de fuego (homicidios y suicidios) constituyen u 2,7% del PIB en el 2000 y asciende a un 2,9% en el 2002. En el caso de las muertes por accidente de tránsito, su valor monetario representa un 3,84% del PIB en el 2000, un 5.78% en el 2001 y un 4,9% en el 2002. Sumados, para el 2002, el valor monetario de las muertes por accidentes de tránsito y por arma de fuego, representan un 7,8% del PIB.

Gráfico 8

Valor Monetario Muertes por Accidentes de Tránsito según grupos de edad por año. 2000-2001





Estos valores son el resultado del valor monetario de las muertes prematuras o AVPP, se le debe adicionar los costos por enfermedad: atención hospitalaria e incapacidades.

En vista de que no se contó con acceso a toda la información necesaria, se utiliza como referencia los resultados del estudio de la CCSS.⁸⁵ Se asume, conservadoramente, que para el año 2002 se mantiene como promedio un 7% de las hospitalizaciones bajo el rubro de accidentes y violencias. Estos además mantienen los promedios nacionales de estancia hospitalaria (5.5 días) y de incapacidad (5 días).

El 7% de los egresos de los establecimientos de la CCSS para el año 2002, con un promedio de 5.5 días de estancia,⁸⁶ significan 123.314,7 días de hospitalización,⁸⁷ en términos monetarios un monto total de 6.064.865 de colones (USA\$ 16.855.27). En cuanto a incapacidades, suman 112.104 días y un total de 183.346.582 colones (USA\$ 509.550.83).⁸⁸ En resumen, la atención médica directa de la violencia social, hospitalización e incapacidades, tienen un valor monetario aproximado de 6.248 millones de colones (USA\$ 17.364.23).

Se resalta que esta es una aproximación bastante cruda (costos de la enfermedad) puesto que la información utilizada no es la más exacta, ni la más actualizada. Esto, lejos de invalidar los resultados, reafirma el hecho de que probablemente los resultados mencionados son menores que los reales.

Atención y prevención de la violencia. ¿Qué hacen los diferentes sectores?

Son notorios los avances obtenidos en materia de prevención y atención de la violencia, especialmente de la intrafamiliar, no obstante, la sociedad costarricense se encuentra muy distante de garantizar a todas las personas, el ejercicio pleno del derecho humano de disfrutar de una vida libre de violencia. Es de resaltar la permanencia del tema en la agenda pública y el compromiso que diferentes sectores del Estado y la Sociedad Civil están mostrando con las acciones que llevan a cabo.

Políticas, planes y programas institucionales⁸⁹

Las instituciones del Estado llevan a cabo acciones en procura de prevenir y tratar los efectos de la violencia social, en el siguiente cuadro se presenta un resumen de las políticas y acciones que se llevan a cabo:

85 Moya Madrigal, Ligia. El costo de la violencia en la demanda de los servicios de salud de Costa Rica. CCSS. Versión digital.

86 CCSS. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Seguro de Enfermedad. Ingresos, Egresos, Estancias de Egresado y Estancia Promedio según Región Programática y Centro Médico. Año 2002. Página WEB CCSS.

87 Costo promedio/día hospitalario de 49.182 colones (USA\$ 172.15) para el año 1999.

88 Costo promedio/día subsidiado por el régimen de enfermedad de 1.635 colones (USA\$ 6) para el año 1999

89 Contenidos provenientes de diversos informes institucionales.



Responsable	Planes	Programas	Acciones
Ministerio de Salud	Política Nacional de Salud 2002-2006 Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 Plan Nacional de Salud Mental Plan Nacional de Violencia		Normas y protocolos para el abordaje de la violencia. Habilitación y acreditación de servicios de salud. Sistema de vigilancia en violencia. Desarrollo de mecanismos intersectoriales para la elaboración e implementación del Plan Nacional de Violencia social. Participación en las redes locales de violencia
Caja Costarricense de Seguro Social		Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar	Atención integral de las víctimas de la violencia en los tres niveles de atención. Promoción y prevención de la violencia Detección y registro de la violencia 40 Comisiones Locales de Atención a la VIF Participación en las redes locales de violencia
Ministerio de Seguridad Pública	Plan Institucional	Programa de Promotores Programa de capacitación en violencia para el personal y para la comunidad.	Módulo informativo sobre Ley de Violencia Intrafamiliar. Atención personal policial afectado por la violencia o que ejerce violencia contra las personas que integran el grupo familiar. Participación en las redes locales de violencia
Ministerio de Justicia y Gracia	Define políticas nacionales e institucionales que promuevan la prevención integral de la violencia y el delito.	Prevención de la Violencia y el delito ⁹⁰ Áreas de trabajo: socio-jurídica, psicosocial, farmacodependencia (CENADRO)	Formación de Red de Jóvenes para la prevención de la violencia Actividades formativas e informativas para jóvenes Campañas nacionales de información y sensibilización para promover los derechos de una vida sin violencia. Elaboración de manuales educativos. Atención a personas ofensoras. Atención a familiares de privados de libertad. Investigación permanente.
Poder Judicial		Fiscalía de Violencia doméstica y delitos sexuales Oficina de atención a la víctima del delito	A partir del 2004, se abrió una fiscalía de violencia doméstica y delitos sexuales en cada provincia. Atención psicológica, trabajo social, asesoría legal, Capacitación del personal judicial. Participación en las redes locales de violencia
Ministerio de Educación Pública	Plan de Acción Institucional para la Prevención y Atención de la Violencia desde el sistema educativo.		Manual de normas y procedimientos legales en situaciones de violencia. Coordinación interinstitucional y alianzas estratégicas Sensibilización y capacitación del personal docente. Protección, promoción de los derechos humanos. Desarrollo de proyectos creando ambientes libres de violencia, educación para la paz, una cultura con equidad y género. Elaboración de módulos educativos para docentes y estudiantes. Participación en las redes locales de violencia

90 La Dirección Nacional de Prevención de la Violencia y el delito fue creada por Decreto Ejecutivo No 27228-j del 1 de diciembre de 1998, publicado en la Gaceta No 170.

Responsable	Planes	Programas	Acciones
Universidades públicas		Centro Especializado en Investigaciones y Estudios sobre la Mujer UCR. Instituto de Estudios de la Mujer, UNA. Equidad de Género. ITEC Maestría en Violencia Social de la UNED.	Formación del recurso humano, docencia, investigación. Participan en el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la VIF.
Ministerio de Cultura Ministerio de Obras Públicas y Transportes	Plan Nacional de Seguridad Vial	Unidad de Cultura y Género Consejo de Seguridad Vial, COSEVI	Actividades de teatro, danza, música, orientadas a eliminar estereotipos, mitos. Empresas y escuelas seguras en zonas de alto riesgo. Consejos Locales de Seguridad Vial Campañas de comunicación Revisión y actualización de la ley de tránsito para vías públicas y terrestres.
Instituto Nacional de la Mujer (INAMU)	Plan Nacional para la atención y prevención de la VIF	Área de Violencia de Género. Delegación de la Mujer Centros especializados de atención y albergues temporales para mujeres agredidas. Línea de Emergencias 9-1-1	Atención y asesoría legal de las víctimas de violencia VIF Organización y capacitación a las redes locales de atención y prevención de la violencia. Campañas nacionales de prevención de VIF
Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	Órgano rector en el área de la niñez y la adolescencia.	Programas de prevención Programas de atención y albergue de menores de edad en estado de abandono y agredidos.	Protección y atención de menores de edad en estado de abandono y agredidos. Campañas de prevención de violencia en menores de edad y promoción de sus derechos
Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)		Área de Fortalecimiento a la Familia	Dotación de recursos técnicos y financieros a las familias víctimas de VIF y pobreza.
Instituto Nacional de Seguros (INS)		Prevención de accidentes de tránsito	Campañas masivas
Instituto Nacional de Aprendizaje		Unidad Asesora de la Mujer y Programa de Atención a la Mujer	Capacitación y formación profesional de la mujer.



Responsable	Planes	Programas	Acciones
Consejo Nacional de la Persona Mayor	Política Pública		Coordina la Comisión para la elaboración del Plan Nacional Integral de Atención a la violencia en la Personas Mayores
Consejo Nacional de Rehabilitación	Política Pública Plan institucional	Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad	Acciones de promoción y capacitación a población discapacitada. Sensibilización a funcionarios institucionales sobre discapacidad y violencia. Integra la Comisión de Seguimiento del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la VIF
Defensoría de los Habitantes		Defensoría de la Mujer, Área de Niñez y Adolescencia y Área de Protección Especial	Atiende a personas afectadas por la violencia y canaliza denuncias.

Organizaciones no Gubernamentales

La sociedad civil costarricense se ha organizado y desde diferentes estructuras no gubernamentales se prestan servicios que inciden en la prevención de la violencia social, para efectos de esta publicación se mencionan algunas organizaciones que trabajan por los grupos vulnerables ante la violencia.

Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, es una organización privada sin fines de lucro, que promueve el diálogo como la mejor vía para dirimir conflictos y diferencias, cualquiera que sea su naturaleza, privilegia la utilización de modelos participativos de toma de decisión y la formación de capacidades individuales y colectivas.

El Instituto Costarricense para la Acción, Educación e Investigación sobre masculinidad, pareja y Sexualidad. WEM. Es una instancia dirigida a contribuir a la reflexión y abordaje de las problemáticas propias de la masculinidad y fomentar formas de vida y de relación que desarrollen y beneficien a hombres y mujeres.

“Su misión es la Educación, la acción, la intervención psicosocial, la prevención y la investigación acerca de problemáticas que se derivan de una vivencia y socialización patriarcales y fragmentadas de la masculinidad”. Busca trabajar con personas, grupos, organizaciones, comunidades, parejas, familias, sectores profesionales y especialmente con el sector masculino de la población.

Fundación PANIAMOR, organiza su actuación a través de tres programas permanentes, dos de los cuales están vinculados con el tema de violencia intrafamiliar contra las personas



menores de edad. Desde el Programa de Prevención de la Violencia trabaja con poblaciones y con instituciones, apoya el fortalecimiento de la capacidad institucional desde estas instancias.

El programa de Incidencia Política tiene como objetivo contribuir al desarrollo de políticas, programas y legislación que aseguren el ejercicio de los derechos de las personas menores de edad.

Centro Feminista de Información y Acción, CEFEMINA, desarrolla diferentes programas, entre ellos, Mujer No Estas Sola, desde donde se trabaja por la erradicación de la violencia en contra de las mujeres y con un programa de crédito que beneficia a las mujeres que vienen al Centro afectadas. Tiene grupos de autoayuda, se atiende por la vía telefónica y mediante la atención personal. Cuenta con una red nacional constituida por grupos de apoyo y de autoayuda, ubicadas en las cabeceras de provincia y otros lugares, estos grupos hacen prevención y forman la red.

Casa Alianza, tiene como objetivo la rehabilitación y la defensa de los derechos de la niñez de la calle. La Oficina Regional se ubica en el país, recibe las denuncias de violación de derechos a la población menor de 18 años y les brinda seguimiento legal. En Costa Rica trabaja en coordinación con el Patronato Nacional de la Infancia. Ofrecen capacitación gratuita a nivel nacional sobre los derechos de la niñez y tienen un Centro de Documentación abierto al público.

Fundación para la promoción y acción alternativa, Procal, Trabaja por la prevención y la promoción de la violencia intrafamiliar y sexual con las y los adolescentes primordialmente.

Alianza de Mujeres Costarricenses, promociona los derechos de las mujeres, brinda atención y apoyo psicológico y legal. Tiene grupos en diferentes partes del país.

En este apartado se han mencionado los servicios que prestan diferentes instituciones, para atender a las personas víctimas de violencia. Es claro que donde existe mayor organización y se realizan mayores esfuerzos es en el área de violencia intrafamiliar, especialmente en lo que concierne a la mujer, a las niñas y niños. No obstante, es evidente la necesidad de unir esfuerzos para incidir con mayor impacto y para fortalecer los programas que atiendan la violencia.

Limitaciones

La mayor limitación para la elaboración del presente documento fue la dificultad de acceder y disponer de información estadística al igual que de investigaciones sobre el tema de la violencia social. Un ejemplo es que si bien el Organismo de Investigación Judicial (OIJ), dispone de



registros, la misma es considerada confidencial. Igualmente, en el proceso se evidenció la duplicación de datos y diferencias en la información reportada por distintas instituciones.

Se han establecido ciertos niveles de coordinación para implementar planes y programas, pero no se ha determinado aún, un sistema que evalúe y procese los resultados de las intervenciones, especialmente cuando la naturaleza de las mismas es interinstitucional e intersectorial. El aporte de datos se realiza de manera voluntaria y frecuentemente los resultados se divulgan a través de investigaciones de grupos o personas interesadas, pero no por informes sistemáticos.

Esta situación deja en evidencia, la necesidad de disponer de un sistema unificado de Información que permita el análisis de la situación, determinar áreas de investigación y la toma de decisiones.

Conclusiones

El riesgo de muerte por causas externas, con la tasa de mortalidad por causa; los accidentes de tránsito, muestra el mayor riesgo de muerte 17,2 x 100.000 habitantes, seguido de los "otros accidentes" con una tasa de 14,8. El comportamiento de esta mortalidad por sexo muestra que todas las tasas son mayores para el sexo masculino. La tasa más alta en los hombres es causada por los accidentes de tránsito con un valor promedio para el trienio de 28,3 x 100.000 habitantes, seguida por "otros accidentes" con una tasa de 19,7, los homicidios en los varones muestran una tasa de 13,4, por último suicidios con una tasa de 10,5, este orden en el riesgo de muerte, es el mismo que el de la población total, dado que las tasas para el sexo masculino "pesan" más, y prácticamente definen la secuencia.

La violencia marca las mayores diferencias por sexo en la mortalidad en detrimento principal de los hombres. Tal diferenciación por sexo en las muertes por accidentes y homicidios podría estar asociada con la división de roles, en la que la masculinidad se relaciona con ciertos comportamientos de riesgo, protección y dominación. En las mujeres las muertes violentas se deben principalmente a "otros accidentes", seguida de accidentes de tránsito, homicidios y suicidios.

En el cálculo de la sobre-mortalidad masculina, o sea, la razón entre el riesgo de muerte por una causa específica en los varones con relación a las mujeres; el mayor riesgo de muerte en los hombres con respecto a las mujeres lo representan los suicidios con una sobre-mortalidad masculina de 6,3, es decir, por una mujer que se suicida se suicidan 6.3 hombres, seguido de los homicidios con 5,2, casi con el mismo valor los accidentes de tránsito con una sobre-mortalidad de 5, por último donde la diferencia es menor es en los "otros accidentes" donde el riesgo de morir de los hombres es solamente el doble, que el de las mujeres.



El análisis por edad muestra una distribución desigual de la probabilidad de morir por causas violentas. Siendo el grupo de mayor edad (75 años y más) el que muestra los mayores riesgos para todas las causas; suicidios es la causa donde la diferencia es casi imperceptible, ya que el grupo mayor muestra una tasa de 9.9/100.000 habitantes, seguida muy de cerca por el grupo de 25-34 años con una tasa de 9,8, y los grupos de 45-54 años y de 65-74 años ambos con tasas de 9,6.

La mortalidad por "otros accidentes" muestra una disminución constante con pequeños repuntes para los trienios 1985-87 y 1994-96. Al inicio de la serie cronológica muestra una tasa de 29,9 x 100.000 la cual desciende a 15,1 al final de la serie, mostrando un cambio neto porcentual de 41,8.

Para la mortalidad por accidentes de tránsito se presenta una disminución neta para el periodo en análisis del 19,3%, ya que en el primer trienio 1970-1972 la tasa fue de 20,8 x 100.000 y en el último trienio 2000-2002 fue de 16,7. Sin embargo, la disminución no ha sido constante, después de un abrupto descenso entre 1976 y 1984, se da un aumento de la tendencia que se estanca entre 1987 y 1996. En ese periodo se observa nuevamente una alta de la tasa de mortalidad, que aparentemente tiende a estabilizarse en los dos últimos trienios, presentando tasas de 17 y 16,7 x 100.000. El punto más bajo de esta serie es el trienio 1982-84 con una tasa estandarizada de 12,8; por lo tanto, si se compara el cambio porcentual entre ese momento y la situación actual 16,7, en lugar de apreciar un descenso de la tasa obtendríamos un aumento porcentual del 31%. Los accidentes de tránsito, predominan como las principales causas de muerte, con un peso porcentual importante en el grupo etéreo de 15 a 44 años.

Los homicidios muestran un aumento leve pero constante, a partir de 1984, con una disminución para el último trienio. Para el periodo en análisis esta causa de muerte muestra una tasa estandarizada de 6, la cual se eleva a 7,9 para el final del periodo, representando un aumento neto del 31%. Pese a lo anterior, si analizamos únicamente los tres trienios más recientes, con tasas de 8,9, 8,7 y 7,9 respectivamente, apreciamos reducciones netas, de la orden de 11,2% (trienio 1994-96 al 2000-2002) y de 9,6% (trienio 1997-99 al 2000-2002)

La tendencia de la mortalidad por suicidios ha crecido en estas tres décadas de 3,8 a 6 x 1000, correspondiente a un incremento neto del 58,2%. Al observar los últimos 15 años el aumento ha sido de un punto, con escasas variaciones.

El secuestro es otra forma de violencia que era inexistente en el país hasta 1999 en que se registran casos de secuestros. En el año 2000, según el Ministerio de Seguridad Pública, hubo 8 secuestros, de los cuales uno de ellos trajo como consecuencia la muerte de dos personas. Se utiliza como una forma de obtener dinero rápidamente.



La utilización de armas se ha incrementado de forma importante; entre 1989 y 1999 se matricularon 43.241 armas de fuego, con un crecimiento de un 192.74%. Se matriculan especialmente pistolas (48%) y revólveres (39%). Un 66.8% de las matrículas corresponde a personas físicas y un 33.93%, a personas jurídicas. Estas últimas son las que crecen más rápidamente por año. En la misma época, el Ministerio de Seguridad autorizó a 53.857 ciudadanos a portar armas. De ellos, 44.455 renovaron ese permiso. Se calcula que alrededor de 280.000 personas tienen un arma de fuego.

De 1998 al 2002 murieron 106 mujeres en razón de su género (asesinadas por violencia doméstica y sexual).⁹¹ El 80% de estos actos son cometidos por personas cercanas y se gestan en relaciones de abuso en el seno de la familia. Una de las características de esta situación es el ensañamiento del victimario, a la hora de cometer el crimen.

La mayor cantidad de asesinatos de menores se realizaron en Limón, San José y Puntarenas. Según el Índice de Desarrollo Social, se encontró que los cantones con menor desarrollo social (4 y 5), presentan los valores más elevados de mortalidad por causas externas (accidentes, suicidios y homicidios) desde 1980, lo cual se mantiene para 1990 y 2000.

Aunque en Costa Rica no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso y explotación sexual, los datos demuestran que en el 2001 este tipo de violencia se triplicó respecto a los casos reportados en 1998. Igualmente datos de las diferentes instituciones muestran un aumento del número de atenciones de menores víctimas de agresión física, sexual o pasiva y no específica.

Los años vida potencial perdidos (AVPP) por armas de fuego para el año 2000 son de 7.070, correspondiendo a los hombres un total de 6.175 y a las mujeres 895 AVPP. Cambia para los siguientes años a 6.984 y 792 respectivamente, con un total de 7.777 AVPP en el 2002. Traducido a valor monetario, esto significa, solamente por pérdida de producción/consumo US\$ 448 millones en el año 2000 y US\$ 490 millones en el 2002. En el campo de las muertes por accidentes de tránsito, la pérdida de años de vida por muerte prematura fue de 8.338 AVPP en el 2000, aumentó en el 2001 (10.648) y disminuye levemente a 9.602 AVPP en el 2002.

La magnitud de la violencia se ha venido transformando en el país, experimentando un aumento considerable en las dos últimas décadas, lo cual es apenas un síntoma de un deterioro económico y social que presenta el país.

La institucionalización de la política pública en el campo de la violencia intrafamiliar presenta avances significativos en la prestación de servicios de atención, no obstante, se debe

91 Instituto Nacional de la Mujer, INAMU, Área Violencia de Género. 2002



fortalecer en el campo de promoción y prevención. Igualmente, incursionar en el abordaje de los otros tipos de violencia.

Se constató debilidades en materia de información, en cuanto a calidad y subregistro de datos. Las instituciones involucradas en la temática manejan la información de manera independiente, sin corroborarla ni compartirla, se da información contradictoria dado que existen diferencias de criterios en la definición de tipos de violencia.

Recomendaciones

Urge promover procesos investigativos cualitativos y cuantitativos sobre las características y causas de la violencia para poder incursionar en los determinantes de la violencia y formular respuestas racionales y eficaces. Se debe profundizar en el estudio de las causas por grupos étnicos y diferenciación por sexo.

Es necesario el consenso para la generación de criterios de información y los mecanismos de coordinación entre las instituciones para generar un sistema unificado de información, que permita fomentar el análisis y conocer la magnitud del problema.

Son necesarios estudios que permitan conocer los costos económicos y sociales de la violencia, con el fin de que se mejore la eficacia en función de los programas de promoción, prevención y tratamiento de la violencia.

Se deben desarrollar mecanismos de coordinación y gestión que garanticen la implementación de un Plan Nacional de Violencia Social, en el marco de las políticas públicas y compromisos sectoriales e intersectoriales.

Se deben promover estrategias de sensibilización dirigidas a la población en las que se promueva una cultura de paz y cero tolerancia a la violencia.



Bibliografía

1. American Psychological Association. Violence and Family. 1996.
2. Batres Gioconda. La Violencia de Género. Ofensores y su rehabilitación. I Congreso de Victimología. Las Víctimas también tienen derechos. Costa Rica. 2001.
3. Benet. S. Abkhasians. The Long-Living People of de Caucasus. New York Holt, Rinehart y Winston. 1974.
4. Brenes I. Méndez N. El Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar en el período 1998-2001. Sistematización sobre avances y desafíos. Costa Rica. 2002.
5. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Operativo 2001 para la Atención a la Violencia Intrafamiliar en la CCSS e Informe de actividades del primer trimestre 2001. Costa Rica. 2001.
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Grado de Cumplimiento de la CCSS en Plan Operativo a 1999. 1999.
7. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de Atención a la Salud, PASP 2001-2006. Costa Rica. 2001
8. Caja Costarricense de Seguro Social. Programa Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva 2001.
9. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Seguro de Enfermedad. Ingresos, Egresos, Estancias de Egresado y Estancia Promedio según Región Programática y Centro Médico. Página Web. 2002.
10. Caja Costarricense de Seguro Social. Programa para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Costa Rica. 2000.
11. Carcedo Ana y Sagot Monserrat. Femicidio en Costa Rica 1990-1999. Costa Rica. 2002
12. Carranza E. Sagot M. Fournier M. La Policía ante los Nuevos Retos, del Sistema Penal Costarricense. Costa Rica. 2002.
13. Casa Alianza. Diagnóstico "Realidad de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de calle. Costa Rica. 2002.
14. Castillo, Jacequeline. Entrevista. Departamento de Estadística CCSS. Costa Rica. 2003.
15. Censo de población 2000, Instituto de Estadística y Censos, INEC. Costa Rica. 2001
16. Claramunt Cecilia, Porras Laura. Análisis de la Ruta crítica de niñas, niños y adolescentes en explotación sexual comercial. Primer Congreso Nacional de Victimología. Las víctimas También tienen Derechos. Costa Rica. 2001.
17. Consejo de Seguridad Vial. Proceso de Investigación. Estadística y Censos. Costa Rica. 2001.



18. Delgado J. Diagnóstico sobre Violencia y Delincuencia Juvenil. Dirección Nacional de Prevención de la Violencia y el Delito. Comisión Interinstitucional de Prevención y Atención a la Violencia y Delincuencia Juvenil. 2002.
19. Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial del Poder Judicial. Estadísticas. Costa Rica. 2003.
20. United Nations. Fourth United Nations World Conference on Women held. Beijing 1995.
21. Gilliland N. Jiménez Rodríguez. Elder Abuse in Developed and Developing Societies. The US and Costa Rica. Journal of Developing Societies, Vol. XII 1. 1996.
22. González René, La Salud Mental en el Siglo XX. 100 años de Salud. Costa Rica. OPS-OMS. 2003.
23. Granados Blois D. Costa Rica Tendencia y características generales del suicidio y distribución geográfica según aspectos Demográficos Asociados. 1980-94 Tesis del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública. 1997.
24. Gurdían Jaime, Psiquiatra, Clínica Moreno Cañas, San José, Jornadas de Estudio, Colegio de Médicos. Costa Rica. 2003.
25. Hoffman, Karen. Perfil cognitivo, emocional y conductual de individuos que portan armas de fuego a nivel personal. Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Costa Rica. 2002.
26. Hospital Blanco Cervantes, CCSS. Entrevistas Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado, CEINAAA. Costa Rica.
27. Hospital Nacional de Niños, CCSS. Estadísticas Comité Niño Agredido. Costa Rica. 2002.
28. INEC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Costa Rica 2000.
29. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Encuesta realizada en el marco del proyecto La Seguridad Ciudadana en Centro América. Costa Rica. 1998.
30. Instituto Mixto de Ayuda Social. Área de Fortalecimiento del Grupo Familiar. Plan Operativo 2001-2002. Costa Rica. 2001.
31. Instituto Mixto de Ayuda Social. Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la VIF. Costa Rica. 2001.
32. Instituto Nacional de Aprendizaje. Acciones que realiza el INA en el marco del Sistema Nacional para la atención y prevención de la VIF. Costa Rica. 2000.
33. Instituto Nacional de Aprendizaje. Insumos para la evaluación sobre el nivel de ejecución de Compromisos institucionales en el marco del Sistema Nacional para la atención y prevención de la VIF. Costa Rica. 2000.
34. Instituto Nacional de la Mujer, INAMU, Área Violencia de Género. Estadísticas. Costa Rica. 2002.
35. Instituto sobre Alcoholismo y Fármacodependencia. Estudios Nacionales sobre consumo de Drogas, 1990, 1995, y 2000. Costa Rica. 2001.



36. Jiménez, Rodríguez S. Las Personas mayores y el abuso. Estudio realizado en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología "Dr. Raúl Blanco Cervantes". Costa Rica. 1998.
37. Klainberg. Holzemer. Leonard. Arnold. Salud Comunitaria. Biblioteca de Enfermería McGraw-Hill. 2001.
38. Krug EG et al; eds. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2002.
39. La Nación, Editorial "Que los niños vengan a mi". 13 de abril de 1995.
40. Mata, Leonardo. Epidemiología del Homicidio Doloso en Costa Rica: 1993-2000. Instituto de Investigaciones en Salud, INISA. Costa Rica.
41. Mayhew. B. Levinger R. Size and the density of interaction in human aggregates. American Journal of Sociology .1976.
42. Milena Grillo, Investigar el Abuso Sexual: un imperativo en todo caso. Primer Congreso Nacional de Victimología. Las víctimas También tienen Derechos. 2001. Costa Rica.
43. Ministerio de Cultura Juventud y Deportes. Informe de las actividades realizadas dentro del contexto del Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la VIF. 2000.
44. Ministerio de Educación Pública, Guía de Información General para la Ejecución del Modelo de Prevención y Atención de la Violencia desde la Escuela. Comisión de Prevención y Atención de la Violencia. Costa Rica.
45. Ministerio de Educación Pública, Plan Nacional para la Atención en y desde el Sistema Educativo Costarricense. Resumen Ejecutivo. 2002.
46. Ministerio de Educación Pública. Comisión de Prevención y Atención de Violencia. Datos Estadísticos. 2001.
47. Ministerio de Educación Pública. Plan Anual de Trabajo. 2000.
48. Ministerio de Justicia. Informe Institucional 1999-2000. Costa Rica. 2000
49. Ministerio de Justicia. Memoria de Labores 1998-2001. Costa Rica. 2001
50. Ministerio de Salud Análisis Sectorial de Salud. Costa Rica. 2002.
51. Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud ¿mejoró la equidad?. Costa Rica. 2002.
52. Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud. Costa Rica. 2002.
53. Ministerio de Salud. Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar. Costa Rica. 2001.
54. Ministerio de Salud. Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006. Costa Rica. 2003



55. Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. 2002. Salud Mental, capítulo XIII. Costa Rica. 2002.
56. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud, 1999-2004. Costa Rica.
57. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud, 1998-2002. Costa Rica. 2003
58. Ministerio de Salud. Violencia: un Problema de Salud Pública Costa Rica. 2002.
59. Ministerio de Seguridad Pública. Informe Institucional 2000. Costa Rica.
60. Miranda Gutiérrez Guido. Violencia Social, artículo publicado en 100 años de Salud, Costa Rica, OPS-OMS. Costa Rica. 2003.
61. Monge Alfaro Carlos. Costa Rica su Historia. Costa Rica. 1941.
62. Moya Madrigal Ligia. El costo de la Violencia en la demanda de los Servicios de Salud de Costa Rica. CCSS. Versión digital. 2002.
63. Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar. Ministerio de Salud. CCSS. Costa Rica. 2002.
64. OPS. Guías para la Vigilancia Epidemiológica de Violencia y Lesiones. OPS/OMS. Washington, USA. 2001.
65. OPS/OMS. 100 Años de Salud. OMS-OPS. Costa Rica. 2003.
66. OPS/OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Resumen. OPS/OMS Washington, DC. 2002.
67. Organización Internacional del Trabajo. Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad en Costa Rica. 2002.
68. Patronato Nacional de la Infancia. Estadísticas. Costa Rica. 2002.
69. Patronato Nacional de la Infancia. Plan Operativo 2001. Costa Rica.
70. Patronato Nacional de la Infancia. Sistema Nacional de Atención y Prevención de la VIF 2001-2002. Costa Rica.
71. Pellegrini, Filho A. La Violencia y la Salud Pública. Rev Panam Salud Pública-Pan Am J Public Health 5 (4/5). 1999.
72. Pérez Rocío. Justicia Penal juvenil y Victimología. Primer Congreso nacional de Victimología. Las víctimas también tienen derechos. Costa Rica. 2001.
73. Picado Espinoza Lilliana. Factores Biosicosociales Asociados con el Abuso al Anciano Dentro de la Familia. Costa Rica. 1999.
74. Poder Judicial. Anuario de Estadísticas Judiciales, 1999 y 2002. Costa Rica.



75. Programa de información Estadística y Monitoreo en Materia de Trabajo Infantil (SIMPOC), Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC), Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Módulo Trabajo Infantil de la Encuesta de Hogares. 2002. Costa Rica.
76. Proyecto Estado de la Nación. Octavo Informe Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. 2001. Costa Rica.
77. Proyecto Estado de la Nación. Séptimo Informe Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. 2000. Costa Rica.
78. Proyecto Estado de la Nación. Sexto Informe Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. 1999. Costa Rica.
79. Ralph Linton. Estudio del Hombre, Fondo de Cultura, Capitulo,. Sociedad. 1972.
80. Recinos Sonia. Masculinidades Protegidas. Maestría en Estudios de la Mujer, UNA y UCR. Costa Rica. 2000.
81. Reid Gilberto. Psiquiatra, Hospital Tony Facio, Limón. Jornadas de Estudio, Colegio de Médicos, Costa Rica. 2003.
82. Rojas Marcos Luis. La Ciudad y sus Desafíos. Espasa-Calpe. España. 1992.
83. Sáenz, Lenin. Evolución Histórica de la Salud y el Desarrollo Socioeconómico y Político, artículo publicado en 100 años de Salud. Costa Rica. OPS-OMS. 2003.
84. San Martin H. Pastor V. Epidemiología de la Vejez. Mc.Graw-Hill. 1990.
85. Sol Tax, Antropología una Nueva Visión, compilación, Morton J. Bohannan, la Antropología y las Ciencias Políticas. 1964.
86. Solano Elizabeth, Población Adulta Mayor en Costa Rica. Principales Características Socioeconómicas y su impacto en los Servicios de Salud, 1997.
87. Tercer Informe del Gobierno de la República de Costa Rica, ante el Comité de Derechos de la Niñez y la Adolescencia. 2003.
88. Ugalde Montero, Blanco Lizano. Avances Costarricense en Materia de Drogas, artículo publicado en 100 años de Salud. Costa Rica. OPS-OMS. 2003.
89. UNICEF, Universidad de Costa Rica, FLACSO. Estado de los derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica. 1° Edición. Costa Rica. 2001
90. Weeks R. Jhon. Sociología de la Población, Alianza Universidad Textos.1984.

Serie Análisis de Situación de Salud

1. Situación de Salud. Costa Rica 2002
2. Indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?
3. Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis
4. Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica
5. Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica
6. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos
7. Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica
8. Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional.
9. La violencia social en Costa Rica