I JORNADA ANUAL
DE LA ACADEMIA DE CENTROAMÉRICA

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE COSTA RICA Y SU IMPACTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y PENSIONES

Grettel López
Reinaldo Herrera
editores

academia
DE CENTROAMERICA

C C P
Centro Centroamericano de Población

352.54021
E96e Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones/ [editado por] Reinaldo Herrera, Grettel López. -- San José, C. R. : Academia de Centroamérica, 2004.
xv, 184 p. : il. ; 28 cm.

ISBN 9977-21-047-0

1. PENSIONES A LA VEJEZ. 2. DEMOGRAFÍA. 3. EMIGRACIÓN E INMIGRACIÓN - COSTA RICA. I. Herrera, Reinaldo. II. López, Grettel. III. Academia de Centroamérica. IV. Título.

Diagramación: Luis Fernando Quirós Abarca
Diseño de portada: Andrea Agüero

Con el patrocinio de:

Banco San José
Red Financiera BAC
BANCO SAN JOSÉ

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

PHILIP MORRIS
PHILIP MORRIS

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

Primera edición:
© Academia de Centroamérica
San José, Costa Rica, 2004

Reservados todos los derechos
Hecho el depósito de Ley

Impreso por Litografía e Imprenta LIL, S.A.
Apartado 75-1100 Tibás
San José, Costa Rica

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento por escrito de la Academia de Centroamérica.

CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS ..... *IX*
PRESENTACIÓN XIII
AUTORES XV
SIGLAS USADAS XVI

PRIMERA PARTSE
SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE COSTA RICA

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA GENERAL DE COSTA RICA
Luis Rosero 3

1.1 INTRODUCCIÓN 3
1.2 LA MORTALIDAD Y LA ESPERANZA DE VIDA 4
1.3 LA FECUNDIDAD 8
1.4 LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL 10
1.5 LA ESTRUCTURA POR EDADES Y LA INERCIA DEMOGRÁFICA 11
1.6 LA COYUNTURA DEMOGRÁFICA EN EL 2002 15
1.7 RESUMEN Y CONCLUSIÓN 18
Bibliografía 19

2. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS DE EDAD COSTARRICENSES
Olman Ramírez 21

2.1 INTRODUCCIÓN 21
2.2 ¿CÚANTO REPRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DE LA POBLACIÓN TOTAL? 23
2.3 ¿OCURRE EL PROCESO IGUAL EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL? 28
2.4 ¿QUÉ MEDIOS DE SUBSISTENCIA TIENEN? 34
2.5 ¿QUIÉNES VIVEN CON LAS PERSONAS DE EDAD? 41
2.6 ¿QUÉ PROBLEMAS Y NECESIDADES ENFRENTAN? 46
2.7 EN RESUMEN ¿CÓMO AVANZA EL ENVEJECIMIENTO Y CUÁLES SON ALGUNAS CONDICIONES EN QUE VIVEN LAS PERSONAS DE EDAD? 51
Bibliografía 53

3. La migración internacional en Costa Rica: estado actual y consecuencias
Jorge A. Barquero / Juan C. Vargas 55

3.1 INTRODUCCIÓN 55

3.2 NIVELES Y TENDENCIAS DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL 56
Las estimaciones recientes 56
Tendencias de la inmigración internacional 57
Tendencias de la emigración 61

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS MIGRANTES NICARAGÜENSES 63
Estructura por sexo y edad 63
Distribución espacial 65
Condición de alfabetismo y nivel de instrucción 66
Seguridad social 67
Condición de actividad 68
Impacto en la pobreza 71
Efectos en el sector salud 72
Sobre el impacto de las remesas 75

3.4 IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN LAS TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS 77

3.5 RESUMEN Y CONCLUSIONES 82
Bibliografía 85

SEGUNDA PARTE
LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y LAS CONSECUENCIAS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD Y PENSIONES

4. Efectos de la transición demográfica sobre el ahorro y la inversión en México
Iván Mejía 89

4.1 INTRODUCCIÓN 89

4.2 LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA DE MÉXICO 90

4.3 CAMBIOS EN EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN Y LA ESTRUCTURA POR EDADES 92

4.4 EVOLUCIÓN DEL PIB, TASAS DE AHORRO, INVERSIÓN Y CUENTA CORRIENTE 94
Tendencias del producto interno bruto 1950-1995 94
Evolución del ahorro 95
Comportamiento de la inversión 96
El saldo de la cuenta corriente 96

4.5 LA HIPÓTESIS DE LA TASA DE DEPENDENCIA Y EL CICLO VITAL 96

4.6 ESPECIFICACIONES DEL MODELO 98

4.7 RESULTADOS EMPÍRICOS 99
4.8 IMPACTOS DEL CAMBIO DE LA ESTRUCTURA POR EDAD SOBRE EL AHORRO Y LA INVERSIÓN 104
4.9 CONCLUSIONES 105
El Modelo 109
Bibliografía 107
ANEXO METODOLÓGICO 109

5. ENVEJECIMIENTO E IMPACTO ECONÓMICO EN EL SEGURO DE SALUD DE COSTA RICA
Fabio Durán 113
5.1 INTRODUCCIÓN 113
5.2 EL ENVEJECIMIENTO Y LOS COSTOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD 115
5.3 EL SEGURO DE SALUD 119
5.4 MODELO DE ESTIMACIÓN 122
5.5 RESULTADOS 125
Proyecciones demográficas 127
Proyecciones de utilización de servicios de salud 129
Indicadores financieros y económicos 132
Escenarios alternativos y efectos de las principales variables 135
5.6 CONCLUSIONES 139
Bibliografía 140

6. EFECTO DEMOGRÁFICO EN LOS SISTEMAS DE PENSIONES
Luis Guillermo López 141
6.1 INTRODUCCIÓN 141
6.2 MARCO CONCEPTUAL 142
6.3 PROYECCIONES DE POBLACIÓN 143
6.4 SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES 145
6.5 SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE 147
6.6 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA 149
6.7 CONCLUSIONES 155
Bibliografía 156

TERCERA APARTE

LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y PENSIONES

7. PANEL DE DISCUSIÓN 159
7.1 EDGAR MOHS 159
7.2 RÓGER AGUILAR 168
7.3 RODOLFO PIZA 171
7.4 EDGAR ROBLES 178

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS Y MAPAS

Cuadro 2.1	Costa Rica. Población de 60 años y más según grupo de edad y sexo, 1973, 1984, 2000, 2025 y 2050	23
Cuadro 2.2	Indicadores de la evolución de la población adulta mayor, 1970-2100	25
Cuadro 2.3	Distritos con menor y mayor valor en el índice de envejecimiento, 2000 y 2015 ordenado según el valor del año 2015	30
Cuadro 2.4	Costa Rica. Índice de envejecimiento, 2000 y 2015	30
Cuadro 2.5	Costa Rica. Índice de dependencia, 2000 y 2015	33
Cuadro 2.6	Población de 60 años y más según condición de actividad y sexo, por grupo de edad, 2000	37
Cuadro 2.7	Porcentaje de adultos mayores conviviendo en hogares con carencias. según características, por grupo de edad y sexo, 2000	38
Cuadro 2.8	Distribución de hogares según presencia de personas de edad residentes según grupo de edad, 1973, 1984 y 2000	42
Cuadro 2.9	Población adulta mayor según tipología de hogar de residencia, por grupo de edad, 1973, 1984 y 2000	43
Cuadro 2.10	Tipología resumen de la convivenciade la población adulta mayor, según sexo, 1973, 1984 y 2000	45
Cuadro 2.11	Problemas de las personas de 60 años y más por sexo según grupo de edad e informante, 1997	48
Cuadro 3.1	Costa Rica. Población total y nacida en el extranjero según país de procedencia, 1950-2000	57
Cuadro 3.2	Costa Rica. Distribución de la población nacida en el extranjero según período de llegada y país de nacimiento, según el censo 2000	60
Cuadro 3.3	Población total y emigrantes en los Estados Unidos, 1970-2000	62
Cuadro 3.4	Costa Rica. Población según condición de orígen	63
Cuadro 3.5	Distribución relativa de los diez principales grupos de ocupación en inmigrantes nicaragüenses y correspondiente porcentaje en costarricenses, según sexo, 2000	70
Cuadro 3.6	Costa Rica. Porcentaje de hogares en pobreza. Según lugar de nacimiento del jefe, 1997-2000	71
Cuadro 3.7	Indicadores de condición de la vivienda por origen del jefe, 2000	72
Cuadro 3.8	Porcentaje de madres nicaragüenses dentro del total de madres en el país	73
Cuadro 3.9	Entradas y salidas de remesas familiares	75
Cuadro 3.10	Etnoencuestas de migración. Población con experiencia migratoria y características de las remesas según país de destino, 200-2002	76
Cuadro 3.11	Costa Rica. Estimaciones y proyecciones de población según distintas hipótesis de migración internacional, 2000-2025	78
Cuadro 3.12	Costa Rica. Población por grandes grupos de edades de estimaciones según distintos supuestos de migración. 2000	80
Cuadro 3.13	Costa Rica. Población por grandes grupos de edades de estimaciones según distintos supuestos de migración, 2025	82

Cuadro 4.1	Coeficientes de regresión para el ahorro, la inversión y cuenta corriente según variables demográficaS	100
Cuadro 4.2	Impacto de los cambios en la distribución de la población sobre el ahorro y la inversión respecto al promedio de las variables demográficas, 1950-1995	104
Cuadro 5.1	Razones de gasto en salud promedio de diferentes grupos de edad	116
Gráfico 5.1	Seguro de salud. EVolución de los ingresos y gastos reales	121
Cuadro 5.2	Seguro de salud. Indicadores de oferta y utilización de servicios	121
Cuadro 5.3	Seguro social de Costa Rica. Algunos indicadores de entorno	122
Cuadro 5.4	Seguro de salud. Impacto del envejecimiento y la demanda de servicios de salud	124
Cuadro 5.5	Seguro de salud. Parámetros básicos de los tres escenarios de proyección	126
Cuadro 5.6	Costa Rica: Indicadores demográficos generales proyectados: 2002-2050	127
Cuadro 5.7	Indicadores demográficos del seguro de salud según escenario, 2002-2050	128
Cuadro 5.8	Variación total en población nacional, consultas y estancias hospitalarias, según escenario, 2002 - 2050	130
Cuadro 5.9	Indicadores demográficos del seguro de salud según escenario, 2002-2050	131
Cuadro 5.10	Distribución relativa de consultas médicas y estancias hospitalarias, según grandes grupos de edad	132
Cuadro 5.11	Indicadores de gastos del seguro de salud según escenario, 2002-2050	133
Cuadro 5.12	Indicadores de ingresos del seguro de salud según escenario, 2002-2050	134
Cuadro 5.13	Proyecciones del balance financiero para el seguro de salud según escenario 2002-2050	135
Cuadro 5.14	Seguro de salud. Balance financiero en el año 2050, según diferentes escenarios respecto a la evolución de los gastos e ingresos	136
Cuadro 5.15	Seguro de salud. Variaciones en el balance financiero del 2050 ante variaciones en los principales parámetros del modelo	137
Cuadro 5.16	Seguro de salud. Factores determinantes en el equilibrio financiero	138
Cuadro 6.1	Niveles de transición demográfica	142
Cuadro 6.2	Población de 60 años y más, tasas medias de crecimiento e índice de dependencia de la edad, 1950-2000	143
Cuadro 6.3	Proyección y distribución relativa de la población de 60 años y más, 2005-2080	144
Cuadro 6.4	Costa Rica. Proyección del índice de dependencia de la edad, 2005-2040	145
Cuadro 6.5	Costa Rica. Sistema multipilar de protección	146
Cuadro 6.6	Tasas de cobertura como porcentaje de la población económicamente activa, 1960-2002	147
Cuadro 6.7	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Proyecciones de cobertura, 2002-2040	148
Cuadro 6.8	Población económicamente activa total y no asalariada, 1960-2002	148
Cuadro 6.9	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte. Relación cotizante –pensionado, 2002-2040	149
Cuadro 6.10	Proyección de la evaluación en el costo de las pensiones como porcentaje del salario, 2002-2040	152
Cuadro 6.11	Proyección de ingresos, reservas y costos, 2002-2040	153
Cuadro 6.12	Proyección de costos bajo la hipótesis de una cobertura del 90 por ciento de la PEA	154
Cuadro 7.1	Comparacion de algunas variables socioeconomicas de un conjunto de paises latinoamericanos	174
Cuadro 7.2	Sistema de pensiones costarricense. Estadísticas básicas, diciembre 2002	181

Gráfico 1.1	Población de costa rica según censos y proyecciones, 1522-2100	4
Gráfico 1.2	Esperanza de vida y probabilidades de morir en el primer año y de los 20 a 59 años. Costa Rica 1912-2002	6
Gráfico 1.3	Defunciones según grupos de causa de muerte. Costa Rica 1930-2000	7
Gráfico 1.4	tasa global de fecundidad (TGF). Costa Rica, 1955-2000	8
Gráfico 1.5	Nacidos en el extranjero Costa Rica censos, 1927-2000	10
Gráfico 1.6	Nacimientos 1910-2000 y población en el censo del 2000	12
Gráfico 1.7	El bono demográfico: relación de dependencia de la población, 1950-2060	13
Gráfico 1.8	Tres grandes grupos de edades de la población. Costa Rica 1950-2060	14
Gráfico 1.9	Esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil, 1980-2002	15
Gráfico 1.10	Nacimientos fuera del matrimonio y registrados sin padre. Costa Rica 1990-2002	16
Gráfico 1.11	Nacimientos de madres extranjeras. Costa Rica 1985-2002	17
Gráfico 2.1	Costa Rica. Estructura por edades de la población, 2000, 2025, 2050 Y 2100	24
Gráfico 2.2	Estimación y proyección de la población adulta mayor por grandes grupos de edad 1970-2100	26
Gráfico 2.3	Evolución de las tasas de crecimiento anual de la población de la tercera edad y de los índices de envejecimiento y dependencia	27
Gráfico 2.4	Tasas de participación en la actividad económica de la población adulta mayor por sexo y zona, 1950, 1963, 1973, 1984 y 2000	35
Gráfico 2.5	Costa Rica. Distribución de las personas de edad por sexo, grupos de edad y condición de actividad, 2000	36
Gráfico 2.6	Tipología resumen de convivencia de las personas de edad por grupo y sexo, 2000	45
Gráfico 3.1	Costa Rica. Población total nacida en el extranjero según censos 1950-2000	58
Gráfico 3.2	Costa Rica. Porcentaje de población nacida en el extranjero en el total del país, 1950-2000	59
Gráfico 3.3	Costa Rica. Distribución de la población nacida en el extranjero según período de llegada y país de nacimiento, según el censo 2000	60
Gráfico 3.4	Nicaragua. Tasa de migración según país de destino por año	61
Gráfico 3.5	Distribución relativa de la población costarricense por grupos de edad y sexo, 2000	64
Gráfico 3.6	Distribución relativa de la población nicaragüense, por grupo de edad y sexo, 2000	64
Gráfico 3.7	Distribución relativa de la población extranjera no nicaragüense por grupos de edad y sexo, 2002	64
Gráfico 3.8	Escolaridad promedio en la población de 15 años y más según sexo y nacionalidad, 2002	67
Gráfico 3.9	Población de 15 años y más no asegurada según lugar de nacimiento y sexo, 2000	68
Gráfico 3.10	Condición de actividad según país de origen, 2000	69
Gráfico 3.11	Costa Rica. Tasa de mortalidad infantil por nicaragüenses en el distrito, 1982-2001	73
Gráfico 3.12	Promedio de consultas según tipo y país de origen del usuario, 2001	74
Gráfico 3.13	Costa Rica. Estimaciones y proyecciones de población con distintas hipótesis de migración, 2000-2025	79
Gráfico 3.14	Costa Rica. EStimaciones y proyecciones de población con distintas hipótesis de migración	79

Gráfico 3.15	Costa Rica. Estructuras de población por sexo y edades según distintos supuestos de migración. 2000-2025	81
Gráfico 4.1	México. Tasa de natalidad y tasa de mortalidad	91
Gráfico 4.2	México. distribución por edades de la población, 2000, 2025 y 2050	93
Gráfico 4.3	México. Relación de dependencia	94
Gráfico 4.4	México. Inversión y ahorro como porcentaje del PIB	95
Gráfico 4.5	Modelo del ciclo vital	97
Gráfico 4.6	Coeficientes demográficos: ahorro	101
Gráfico 4.7	Coeficiente demográficos: inversión	102
Gráfico 4.8	Coeficientes demográficos: cuenta corriente	103
Gráfico 6.1	Costa Rica. Evolución y proyección de los cambios estructurales en la población	144
Gráfico 6.2	Relación entre ingresos-costos y edad en un sistema de pensiones	151
Gráfico 7.1	Esquema de paradigmas de la salud	164
Gráfico 7.2	Gasto en salud para varios paises seleccionados, como porcentaje del PIB	173

Mapa 2.1	Costa Rica. Personas de edad por distrito, 2015	29
Mapa 2.2	Costa Rica. Índice de envejecimiento, 2000.	31
Mapa 2.3	Costa Rica. Índice de envejecimiento, 2015.	32
Mapa 2.4	Costa Rica. Índice de dependencia, 2000.	33
Mapa 2.5	Costa Rica. Índice de dependencia, 2015.	34
Mapa 2.6	Costa Rica. Porcentaje de personas con carencias por distrito, 2000.	40
Mapa 3.1	Distribución espacial de la población nicaragüense, por cantones, 2000.	66

PRESENTACIÓN

Jornadas Anuales de la Academia de Centroamérica es un programa que comenzó este año. El tema seleccionado para la primera jornada fue "Evolución Demográfica de Costa Rica y su Impacto en los Sistemas de Salud y Pensiones". Conscientes de la importancia del tema, nos propusimos invitar durante un día completo a un grupo de profesionales interesados en el tema, gestores de las políticas públicas, así como formadores de opinión, con el propósito de aprovechar mejor las oportunidades del período de transición demográfica ("bono demográfico") y orientar de mejor manera las acciones futuras del país en el importante ámbito de la salud y las pensiones.

Esta publicación recopila las investigaciones realizadas, elaboradas en el marco de esta actividad, y se documentan los hallazgos para generar la discusión y reflexión en torno a un tema de gran trascendencia para toda la población del país.

La realización de esta Jornada de Investigación fue una actividad conjuntamente de la Academia de Centroamérica y el Centro Centroamericano de Población Universidad de Costa Rica (CCP). Se contó, además, con la colaboración de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la Superintendencia de Pensiones (SUPEN), el Banco de San José y la empresa Philip Morris. A todos ellos nuestro agradecimiento por el apoyo recibido a nuestra gestión.

La publicación consta de tres partes. La primera de ellas, presenta tres investigaciones: un enfoque sobre la situación demográfica general de Costa Rica, un análisis del envejecimiento poblacional y un estudio sobre el estado actual de la migración internacional en Costa Rica, investigaciones a cargo del Centro Centroamericano de Población de la UCR, bajo la coordinación del profesor Luis Rosero Bixby, Director de esa entidad.

La segunda parte del libro inicia con la presentación de don Iván Mejía, especialista mexicano en el tema del "bono demográfico", quien relata la experiencia de México en el periodo de transición demográfica. Posteriormente, se presentan dos investigaciones específicas en relación con el tema de salud y de pensiones. El énfasis de ambas investigaciones es el impacto del envejecimiento de la población en el seguro de enfermedad y maternidad de Costa Rica y en el efecto sobre la estabilidad financiera del sistema de pensiones. Dichos estudios fueron coordinados por el señor Víctor Hugo Céspedes, miembro de la Academia de Centroamérica, quien además motivó a la Academia de Centroamérica para que llevara a cabo esta actividad y propuso, junto con don Luis Rosero, los temas de la Jornada.

Por último, este libro presenta las ponencias de un grupo de destacados panelistas, ampliamente conocedores del tema, quienes expusieron sus puntos de vista en relación con las políticas públicas en salud y pensiones a la luz de los cambios demográficos del país.

Esperamos que este nuevo esfuerzo de la Academia de Centroamérica abra el diálogo nacional para aprovechar de mejor manera las oportunidades de la transición demográfica ("bono demográfico") para mejorar el nivel de vida de la población en general.

EDUARDO LIZANO
Presidente
Academia de Centroamérica

AUTORES

RÓGER AGUILAR	Director de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense del Seguro Social
JORGE BARQUERO	Investigador del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica
FABIO DURÁN	Director de Proyectos, Sanigest Internacional
LUIS GUILLERMO LÓPEZ	Subdirector de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense del Seguro Social
IVÁN MEJÍA	Exasesor del Consejo Nacional de Población de México y Catedrático de la Universidad Nacional Autónoma de México
EDGAR MOHS	Diputado de la Asamblea Legislativa
RODOLFO PIZA R.	Abogado del Centro Jurídico Empresarial
OLMAN RAMÍREZ	Coordinador del Centro de Información Estadística de la Asamblea Legislativa
EDGAR ROBLES	Intendente de Pensiones, Superintendencia de Pensiones
LUIS ROSERO BIXBY	Director del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica
JUAN CARLOS VARGAS	Investigador del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica

SIGLAS USADAS

AES	Asociación de Economía de la Salud de España
AISS.	Asociación Internacional de la Seguridad Social
BCCR	Banco Central de Costa Rica
CCP	Centro Centroamericano de Población
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAPO	Consejo Nacional de Población de México
DGEC	Dirección General de Estadística y Censos (actualmente INEC)
EBAIS	Equipos básicos de atención integral
EE.UU	Estados Unidos de América
EHPM	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
IDESPO	Instituto de Estudios Sociales en Población de la Universidad Nacional
IICE	Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad de Costa Rica
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México
ISD	Índice de sostenibilidad demográfica
IUSSP	Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (siglas en inglés)
MEP	Ministerio de Educación Pública
OECD	Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (siglas en inglés)
OIM	Organización Internacional para la Migración
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRB	Population Reference Bureau
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UNED	Universidad Estatal a Distancia
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (siglas en inglés)
USBC	Oficina del Censo de los Estados Unidos (siglas en inglés)

PRIMERA PARTE

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE COSTA RICA

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA GENERAL DE COSTA RICA*

LUIS ROSERO

1.1 INTRODUCCIÓN

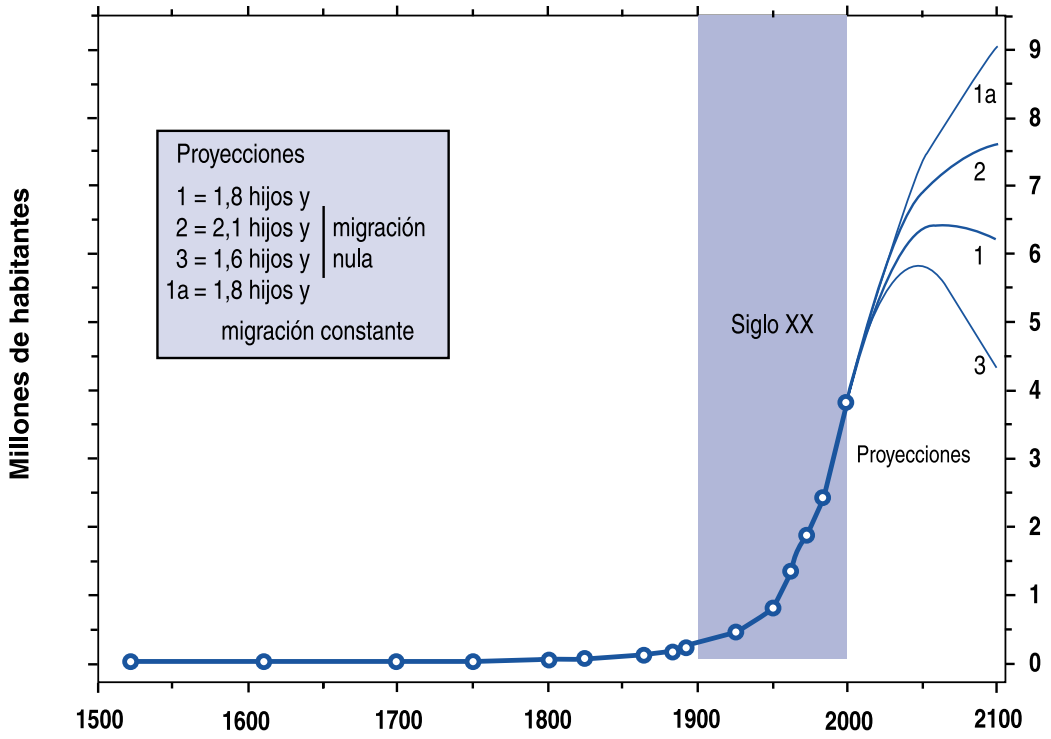
"Hoy llega Costa Rica al millón", fue el titular de la primera plana del periódico *La Nación* del 24 de octubre de 1956. El "bebé millón", nacido en Cartago ese día, fue objeto de múltiples atenciones. No era para menos: el millón de habitantes se había alcanzado en este territorio luego de un lento desarrollo demográfico que tomó varios siglos. Datos recopilados por Monseñor Bernardo Thiel (1902), muestran una población estancada entre los 25 y 50 mil habitantes durante los tres siglos de la Conquista y la Colonia (Gráfico 1.1). Es hasta el siglo XIX que se presenta la primera expansión demográfica importante ya que la población del país se quintuplica y llega a cerca de 250 mil en el Censo de 1892. Esta expansión toma características explosivas en el siglo XX, una de cuyas manifestaciones es el millón de habitantes alcanzado en 1956. El segundo millón llega 19 años más tarde. En tan solo dos décadas, Costa Rica igualó el aumento demográfico que antes requirió siglos de gestación. Llegar al segundo millón dejó de ser noticia y el acontecimiento pasó desapercibido. Como también pasó desapercibido el tercer millón alcanzado 15 años más tarde en 1990 y el cuarto millón apenas once años después, en abril del 2001. En el siglo XX el país multiplica su población por 14; en números redondos, pasa de 300 mil a 4 millones de habitantes. De repetir en el siglo XXI este crecimiento, Costa Rica alcanzaría una impensable población de 60 millones en el 2100. Sin embargo, tal cosa no ocurrirá, pues la explosión demográfica del país es un fenómeno confinado al siglo XX.

El aumento de la población antes descrito es consecuencia de la acción de los tres componentes de la dinámica demográfica: mortalidad, natalidad y migración internacional. La explosión demográfica de Costa Rica en el siglo XX fue producto de una excepcional reducción de la mortalidad. La persistencia de altísimas tasas de natalidad hizo posible el rápido crecimiento poblacional, aunque esta situación cambió dramáticamente a partir de 1961, cuando los costarricenses adoptaron rápidamente la planificación familiar y desactivaron la bomba poblacional. La migración internacional apuntaló el aumento poblacional, especialmente a principios y finales de siglo.

* Este manuscrito se basa en el capítulo "La explosión demográfica de Costa Rica en el Siglo XX", preparado por el autor para una publicación de la EUNED, titulada *Costa Rica en el Siglo XX*, la cual está en preparación bajo la dirección de Eugenio Rodríguez.

GRÁFICO 1.1

POBLACIÓN DE COSTA RICA SEGÚN CENSOS Y PROYECCIONES, 1522-2100



FUENTES: Thiel (1902), Censos de población publicados por DGEC e INEC, CCP e INEC (2002).

A continuación se describe lo ocurrido en el país en estos tres componentes de la dinámica demográfica y se proyecta su comportamiento para el siglo XXI. El análisis se complementa con un examen de la estructura por edades de la población. Dado que los fenómenos demográficos ocurren con lentitud, debió adoptarse una perspectiva de varias décadas, o incluso de siglos, para comprenderlos apropiadamente. Esta perspectiva de largo plazo se complementa en la última sección del manuscrito con un examen de la situación demográfica del país en los albores del siglo XXI usando la información más actualizada posible.

1.2 LA MORTALIDAD Y LA ESPERANZA DE VIDA

El equilibrio demográfico observado en Costa Rica durante siglos fue producto de una altísima mortalidad, reforzada por epidemias como la del cólera en 1856. El equilibrio se rompe a medida que el país aprende a controlar las epidemias y ciertas enfermedades transmisibles. Medidas básicas de saneamiento, higiene y aislamiento para evitar el contagio fueron probablemente los factores cruciales para los primeros avances. El conocimiento científico de las enfermedades, especialmente el relacionado a su origen microbiano, hizo posible estos logros, que rompen el equilibrio demográfico e inician un crecimiento explosivo.

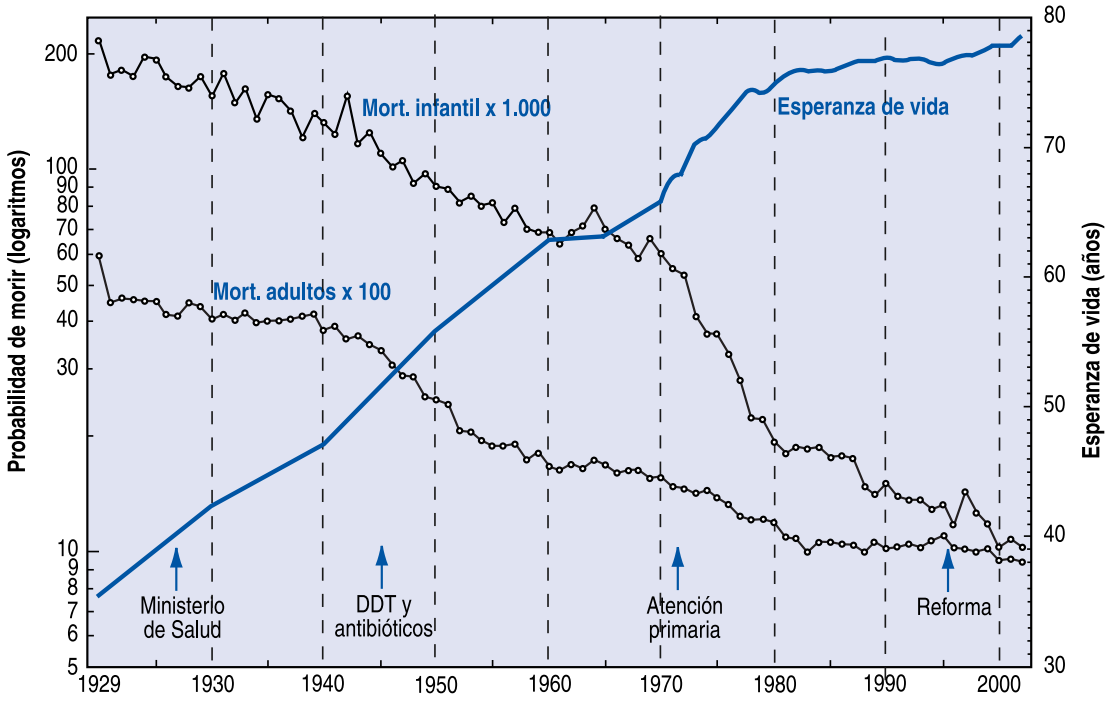
Pese a los logros iniciales en la lucha contra la muerte que denota la aceleración ya apuntada del crecimiento demográfico en el siglo XIX, la esperanza de vida al nacimiento de los costarricenses se estima en magros 35 años hacia 1900 y 42 años en 1930 (Gráfico 1.2), época en que los países más desarrollados del mundo tenían una esperanza de vida del orden de 60 años (Rosero Bixby, 1985). Este último año es importante pues marca el inicio de la salud pública en el país con la creación de la Secretaria (más tarde Ministerio) de Salubridad en 1927. A partir de entonces, el progreso en Costa Rica se vuelve vertiginoso e ininterrumpido hasta alcanzar 76,9 años en 1990. En algunos períodos este avance fue excepcional. Así, en la década de los cuarentas, el DDT y los antibióticos hacen posible un aumento de la esperanza de vida de 46,9 a 55,6 años; es decir, una ganancia anual de 0,87 años; lo que equivale a que cada mañana los costarricenses se levantaban con una expectativa de vida 21 horas mayor que la de la víspera. En la primera mitad de los setentas también las ganancias son excepcionales (0,87 años anualmente), gracias principalmente a la introducción de los programas de atención primaria de la salud en las áreas rurales (Rosero Bixby, 1985).

Ni la depresión de los treintas, ni las penurias de la Segunda Guerra Mundial, ni la crisis económica de los ochentas detuvieron el avance del país en la esperanza de vida. De 1990 a 1995, sin embargo, el progreso no solo se estancó, sino que tuvo lugar un retroceso. La esperanza de vida disminuyó casi un año, de 76,9 a 76,2 años. Esta tendencia adversa fue, a la postre, pasajera. En la segunda mitad de la década se reanuda el progreso, gracias a un programa de reforma del sector salud, y el país llega a una esperanza de vida de 78,5 en el 2002. Esta cifra ubica a Costa Rica en el primer lugar en América Latina, con una esperanza de vida 2 años mayor que Cuba, Puerto Rico y Chile, sus inmediatos seguidores (PRB, 2001). Le ubica también en segundo lugar en el continente –únicamente por debajo de Canadá–, incluso por encima de EE.UU., donde la esperanza de vida en el 2000 fue de 76,9 años para toda la población y de 77,4 para la población de raza blanca (Minino y Smith, 2001).

La mejora descrita en la esperanza de vida se logra con reducciones de la mortalidad en todas las edades, aunque en mucha mayor medida mediante el control de las muertes prematuras, sobre todo en la infancia. La tasa de mortalidad infantil, o probabilidad de morir en el primer año fue a finales de siglo (10 por mil) un veinteavo de lo que era a principios de siglo (200 por mil). La probabilidad de morir en las edades adultas (de 20 a 59 años) es a finales de siglo la quinta parte de lo que fue a principios de siglo (Gráfico 1.2). En las décadas de los cuarentas y cincuentas el progreso más importante proviene de la mortalidad de los adultos, gracias al control de enfermedades como la tuberculosis y la malaria lograda con la importación de tecnologías de bajo costo y alta eficacia como el DDT y los antibióticos (Rosero Bixby, 1991). La década de los setentas es, en cambio, la de más rápida caída en la mortalidad infantil, lo que se logra gracias a los programas de atención primaria de la salud, ayudados por una extraordinaria reducción de la natalidad que permite un mejor desarrollo intrauterino, mejor cuidado del niño y reduce el riesgo de contagio (Hanson *et. al.*, 1994).

GRÁFICO 1.2

ESPERANZA DE VIDA Y PROBABILIDADES DE MORIR EN EL PRIMER AÑO
Y DE LOS 20 A 59 AÑOS.
COSTA RICA 1912-2002



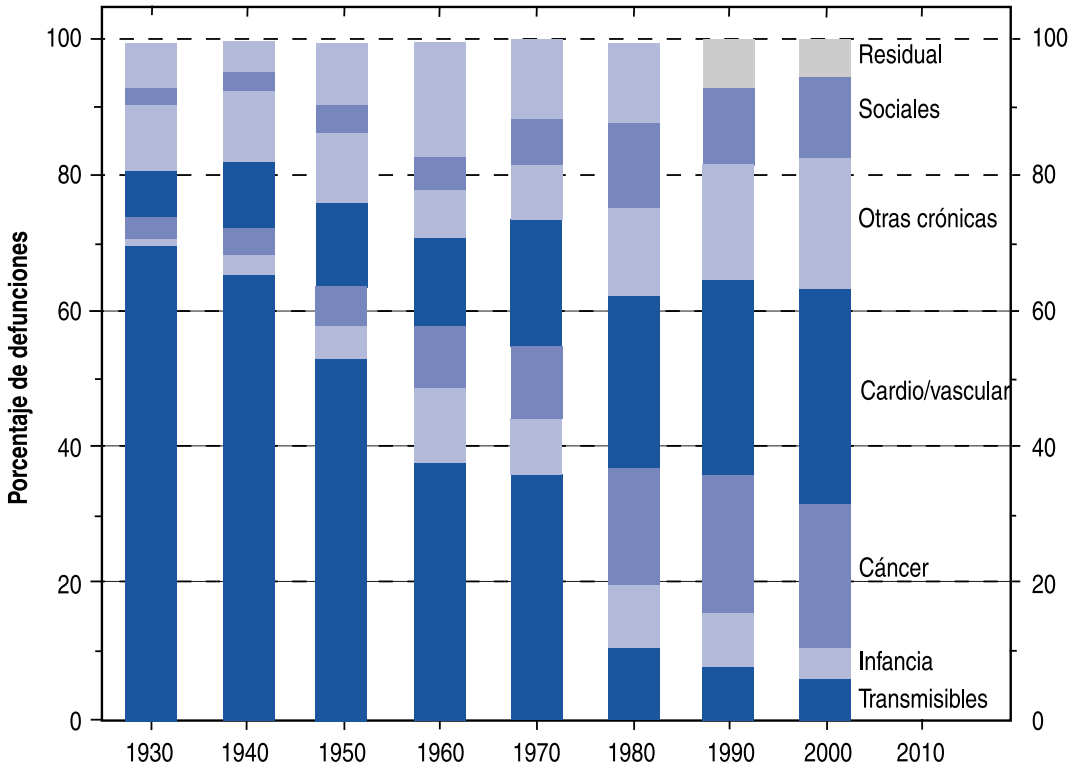
FUENTES: Desde 1970: INEC-CCP, 2002. Antes de 1970: Rosero y Caamaño; estadísticas vitales de la antigua Dirección de Estadística y Censos corregidas por el autor y estimaciones de población del autor.

El vertiginoso progreso de Costa Rica en la lucha contra la muerte, es el producto de una feliz combinación de desarrollo científico, medidas de ingeniería social en el área de la salud pública y difusión de innovaciones hacia una población como la costarricense que ha tenido el mérito y el pragmatismo de abrazar rápidamente nuevas ideas y procedimientos que le son beneficiosos.

Los logros en los primeros cincuenta años de salud pública en el país (de 1930 a 1980) se alcanzaron mediante el control de enfermedades transmisibles como las diarreicas, la malaria y la tuberculosis. Estos tres grupos de causas de muerte explican por si solos la mitad de la disminución de la mortalidad de 1930 a 1960. A ellas se suman patologías prevenibles con vacunación, como el sarampión y el tétanos, y las enfermedades respiratorias agudas. El perfil epidemiológico del país hacia 1930 era relativamente simple. Más del 70 por ciento de las muertes se producían por enfermedades transmisibles o desnutrición (Gráfico 1.3). En contraste, para el año 2000 este tipo de enfermedades representa solamente el 6 por ciento de las muertes y el país presenta un perfil epidemiológico mucho más complejo. Aunque predominan las defunciones de origen cardiovascular con un 31 por ciento, también son importantes los distintos tipos de cáncer (21 por ciento), otras enfermedades crónicas (20 por ciento) como la diabetes, así como las patologías de origen social (12 por ciento) que incluyen homicidios, suicidios y accidentes.

GRÁFICO 1.3

DEFUNCIONES SEGÚN GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE.
COSTA RICA 1930-2000



FUENTE: Estadísticas de defunciones de DGEC-INEC.

El complejo perfil epidemiológico del país al finalizar el siglo XX hace que las mejoras en la esperanza de vida sean mucho más difíciles de alcanzar ya que requieren conjunto más amplio de medidas sanitarias y cambios en estilos de vida. La emergencia de patologías sociales como una importante causa de muerte es un fenómeno ante el cual la ciencia médica por sí sola es poco menos que impotente y los remedios puramente científico-tecnológicos difícilmente tienen la solución. Entre estas patologías destacan, por su creciente importancia, los accidentes de tránsito, los homicidios y la epidemia del SIDA.

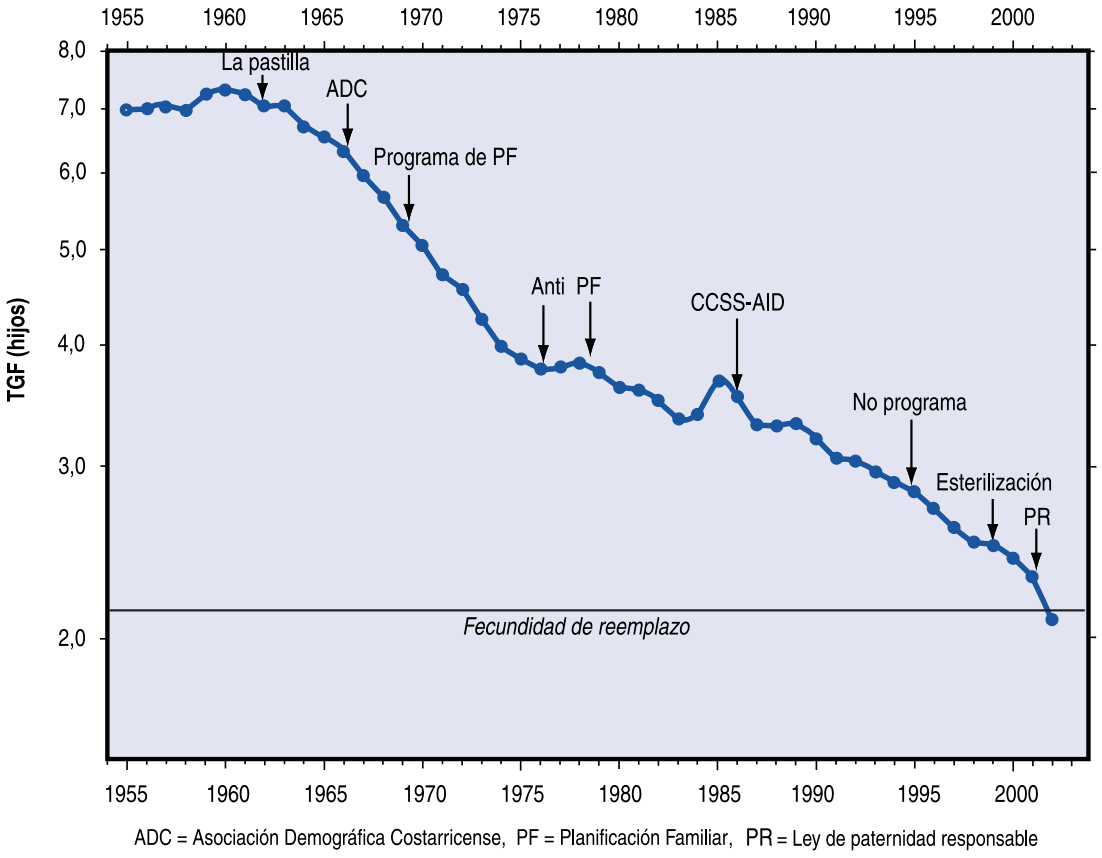
Al inicio del siglo XXI es válido preguntarse si el progreso en la esperanza de vida en Costa Rica, y en la especie humana, ha topado con un muro infranqueable. Las perspectivas actuales son que la esperanza de vida para los dos sexos superará con dificultad los 80 años y alcanzará su techo alrededor de los 85 años. Para moverse más allá de este límite, la ciencia deberá descifrar los secretos del envejecimiento celular y ciertos códigos genéticos. En todo caso, sea cual fuere el progreso para reducir la mortalidad en el país, esta tendrá un impacto modesto en la demografía. De hecho, incluso el logro de la inmortalidad absoluta incrementaría en menos de medio punto la tasa de aumento porcentual de la población, un impacto que es menor al de, por ejemplo, la inmigración de nicaragüenses. La lucha contra la muerte que tanto influyó en los procesos demográficos del pasado, es hasta cierto punto irrelevante para la demografía de las próximas décadas (por lo menos en tanto no ocurran retrocesos catastróficos hacia la alta mortalidad del pasado).

1.3 LA FECUNDIDAD

Una de las mayores transformaciones en la Costa Rica de la segunda mitad del siglo XX –la caída en la fecundidad– la efectuaron las parejas en la intimidad de sus dormitorios. El país ha pasado de un tamaño promedio de familia completa de más de 7 hijos en 1960 a 2 hijos en el 2002 (Gráfico 1.4); es decir, a una fecundidad de reemplazo, bajo la cual cada generación tiene los hijos para asegurar su sustitución –no más, no menos– por otra del mismo tamaño. La caída de la fecundidad fue vertiginosa. Cuando en 1969, durante la administración del presidente Trejos, el país inició la ejecución de un programa oficial de planificación familiar, ya la fecundidad había caído a 5,2 hijos. Cuando en 1978 llega al poder el presidente Carazo con su ministro de planificación, adversarios declarados de ese programa, la fecundidad ya era de 3,8 hijos, cifra en la que se estancó hasta 1985. A partir de este año, el descenso se reanuda y posteriormente se acelera en el 2002 (quizás como consecuencia de la *Ley de Paternidad Responsable* del año previo) cuando alcanza el nivel de reemplazo.

GRÁFICO 1.4

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF). COSTA RICA 1955-2000



ADC = Asociación Demográfica Costarricense, PF = Planificación Familiar, PR = Ley de paternidad responsable

FUENTE: Elaboración propia.

Hay muchas explicaciones de la caída de la fecundidad en Costa Rica. Algunas privilegian factores que alteraron la demanda de hijos, como las mejoras en la educación, la transformaciones económicas en el seno de la familia que convirtieron a los hijos en bienes de consumo en vez de insumos de producción, la incorporación de la mujer al mercado laboral y la disminución de la mortalidad de los niños que incrementó el tamaño de la familia. Otros estudios, que privilegian los factores de la oferta de anticonceptivos, mencionan las acciones de la Asociación Demográfica Costarricense (fundada en 1966) y los programas de planificación familiar del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social. Aunque la mayoría de estas explicaciones tienen parte de razón, lo más plausible es que todos estos factores abonaron el terreno para que operase en Costa Rica un clásico proceso de difusión de innovaciones que hizo caer la fecundidad mucho más de lo que las transformaciones socioeconómicas o las intervenciones programáticas por si solas pueden explicarlo (Rosero-Bixby, 1999).

La población costarricense actuó con extraordinaria rapidez en la adopción de esa innovación que en la década de los sesentas fueron los anticonceptivos modernos. Ello se inició de manera espontánea y sin intervención pública alguna. La primera remesa de anticonceptivos orales ingresó al país en 1962 importada por farmacias privadas (Rosero-Bixby, 1983). El impacto se dejó sentir inmediatamente en la fecundidad de las clases medias urbanas. Pocos años después de iniciado el proceso se sumaron también programas de ingeniería social que lo aceleraron y lo llevaron a las zonas rurales, como fue el Programa Nacional de Planificación Familiar establecido en 1969 durante la administración de José Joaquín Trejos. Como telón de fondo estaban transformaciones sociales y económicas que volvieron disfuncional a la tradicional familia numerosa.

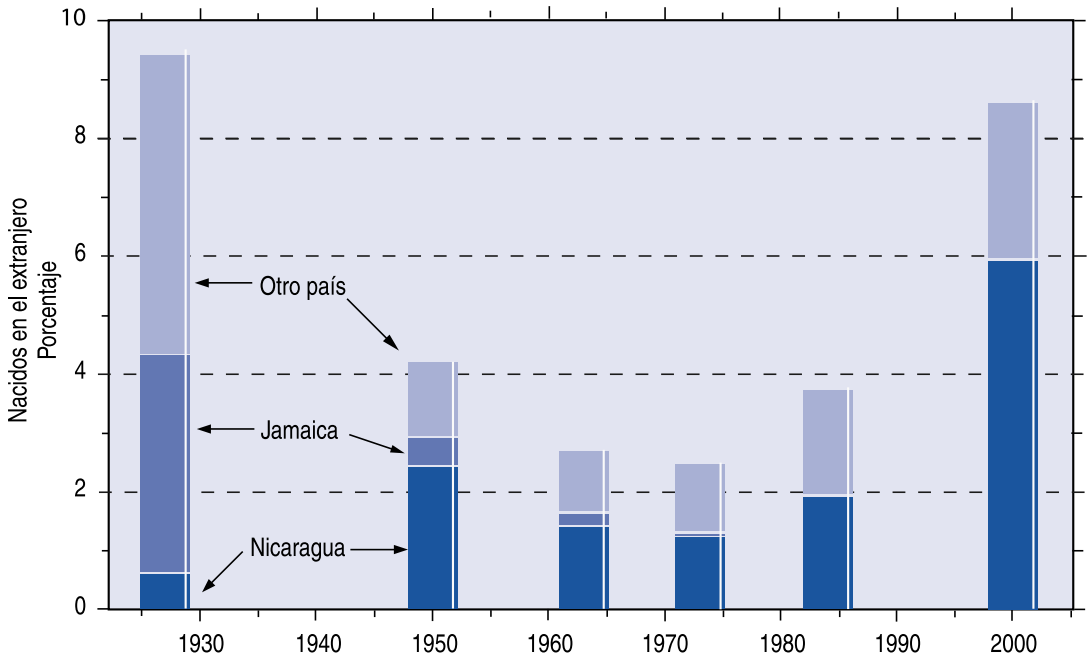
Al inicio del siglo XXI, el 80 por ciento de las parejas costarricenses planifican la familia, la mayoría con métodos condenados por la jerarquía católica (Chen *et. al*., 2001) y la fecundidad ha alcanzado ese número mágico de 2,1 hijos de la tasa de fecundidad de reemplazo. Si el país mantiene constante esta fecundidad, hacia fines del siglo XXI habrá de 7 a 8 millones de costarricenses (véase el anterior Gráfico 1.1, proyección 2) y no los 60 millones que habría de repetirse el crecimiento del siglo XX. Es probable, incluso, que la caída de la fecundidad continúe por debajo de los 2 hijos. La proyección más factible (número 1 en el Gráfico 1.1) supone que disminuirá hasta los 1,8 hijos para luego recuperarse y permanecer constante a partir de 2045 en 2,0 hijos (esta es una evolución semejante a la de los países nórdicos o EE.UU.). Bajo esta hipótesis, la población del país alcanzará un máximo de 6,5 millones a mediados de siglo y luego se reducirá ligeramente para finalizar el siglo con poco más de 6 millones. Una tercera posibilidad extrema es que Costa Rica siga los pasos de ciertos países europeos, como Italia y España. Si la fecundidad del país cae hasta 1,6 hijos y se mantiene en esa cantidad, la población costarricense alcanzará un máximo de cerca de 6 millones a mediados del siglo XXI y declinará a poco más de 4 millones en el 2100 (Gráfico 1.1, proyección 3). Con una disminución extrema de la fecundidad, el país tendrá dentro de 100 años una población ligeramente mayor que la actual.

1.4 LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Costa Rica es un país de inmigrantes o descendientes de inmigrantes. Tan es así que menos del 1 por ciento de la población censada en el 2000 se autodefinió como indígena. Paradójicamente, los flujos migratorios en sí mismos no jugaron un rol demográfico importante en la mayor parte del siglo XX. La excepción son los primeros y últimos años del siglo, en los que inmigrantes de Jamaica y Nicaragua, respectivamente, hicieron contribuciones significativas al aumento poblacional. El Censo de 1927 empadronó a cerca de 10 por ciento de la población como nacida en el extranjero, con Jamaica como país de origen más importante (Gráfico 1.5). Esta proporción disminuyó en censos sucesivos hasta caer por debajo de 3 por ciento en el de 1973. A partir de este año la tendencia se revierte y los inmigrantes aumentan su peso en la población. En el censo del 2000 llegan a ser casi el 8 por ciento, tres cuartas partes oriundos de Nicaragua. Una evaluación efectuada al censo del 2000 (INEC y CCP, 2002) estima que cerca del 20 por ciento de los extranjeros quedaron sin empadronar, con lo que puede afirmarse que los inmigrantes representan el 10 por ciento de la población. Pero incluso esta cifra no muestra toda la importancia que la inmigración alcanzó en años recientes. Se ha estimado que el flujo neto de inmigrantes en la última década del siglo fue del orden de los 20.000 anuales. Si a esta cifra se le suman los aproximadamente 10.000 nacimientos de madre extranjera que ocurren cada año en el país, se tiene que el aporte de los inmigrantes al aumento de la población (que anualmente es del orden de 90.000) fue de una tercera parte en las postrimerías de siglo. Algo semejante debió ser el aporte a principios de siglo.

GRÁFICO 1.5

NACIDOS EN EL EXTRANJERO
COSTA RICA CENSOS 1927-2000



FUENTE: Censos de población de DGEC y el INEC.

¿Cuáles son las perspectivas de las migraciones internacionales para la Costa Rica del siglo XXI? La historia propia y ajena enseñan que los flujos migratorios no duran para siempre, sino que ocurren en oleadas. Cabe esperar que la gran afluencia de nicaragüenses de las últimas dos décadas disminuya, o incluso llegue a ser nula, en el mediano plazo. Precisamente, las proyecciones de población del Gráfico 1.1 permiten hacer la conjetura de que hacia el año 2025 Costa Rica volverá a tener saldos migratorios nulos, similares a los que tuvo en gran parte del siglo XX. Sin embargo, una de las proyecciones (la denominada "1-a" en el Gráfico 1.1) se aparta de esta conjetura y más bien supone que el saldo neto de aproximadamente 20.000 se mantendrá constante durante todo el siglo. Ello, combinado con la hipótesis intermedia de fecundidad, llevaría a alcanzar una población de cerca de 9 millones de habitantes, es decir, el doble de la de principios de siglo y cerca de tres millones más que la hipótesis de migración nula. Por tanto, el futuro demográfico de Costa Rica está condicionado, en gran parte, por lo que suceda con la migración internacional. Ello contrasta con lo ocurrido en el siglo XX, en que la dinámica demográfica del país estuvo sobre todo gobernada por las variaciones en la mortalidad primero y, más tarde, en la fecundidad.

1.5 LA ESTRUCTURA POR EDADES Y LA INERCIA DEMOGRÁFICA

Hay poco que decir de la historia de la estructura por edades de la población costarricense durante la mayor parte del siglo XX: fue aburridamente muy joven. Es que la estructura por edades de la población, que suele representarse por una pirámide, depende sobre todo de los niveles de natalidad. Cuando la natalidad ha sido alta, la base de la pirámide es ancha; es decir, con una estructura joven. Cuando la natalidad ha sido baja, el número de personas varía poco en cohortes sucesivas y se obtiene una gráfica que se parece más a una botella de vino que a una pirámide. Por tanto, y en contra de la intuición, el envejecimiento de la población no ocurre porque aumenta la esperanza de vida sino porque disminuye la natalidad. Dado que Costa Rica mantuvo una natalidad elevada en los primeros dos tercios de siglo, la pirámide de edades cambio poco y fue la característica de una población joven. El Censo de 1963, por ejemplo, da cuenta de que la mayoría (el 53 por ciento) de la población era menor de edad (menor de 18 años) y tan solo el 5 por ciento superaba los 60 años. Esta estructura no es muy diferente a la que debió existir a principios de siglo.

Pero que la fecundidad cayera en las últimas décadas del siglo no significó que acto seguido la población de Costa Rica envejeciera. Lo que sucedió fue que el país pasó de ser uno de niños a uno de jóvenes. El censo del 2000 da cuenta de que la mayoría (54 por ciento) de la población está constituida por personas de 18 a 59 años de edad. Los menores de edad han pasado a representar el 38 por ciento y los ciudadanos de oro mayores de 60 años son ahora un 8 por ciento. El envejecimiento poblacional llegará más tarde, pasado el primer cuarto del siglo XXI.

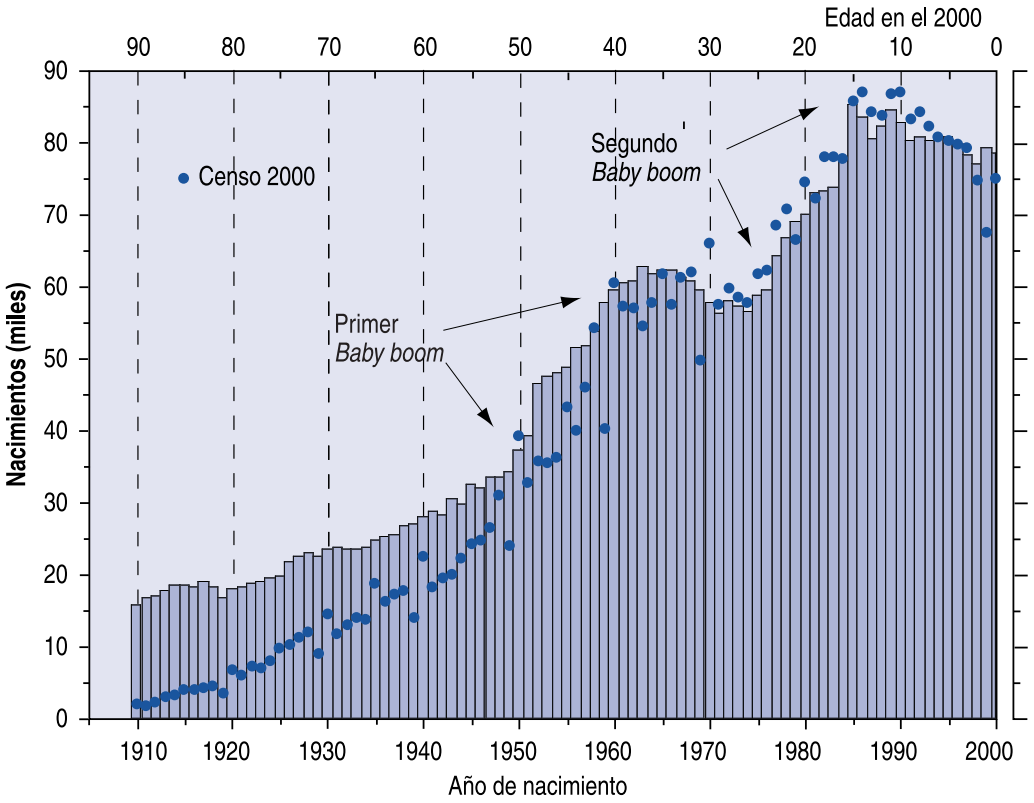
¿Por qué Costa Rica a principios del siglo XXI, con una fecundidad apenas superior al reemplazo y una altísima esperanza de vida, tiene una población donde predominan los jóvenes? ¿Cómo es que la población del país continuará aumentando en el siglo XXI si la fecundidad es apenas de reemplazo? La principal explicación de estas paradojas es un fenómeno bien conocido en la física: la inercia. Un cuerpo en movimiento no puede detenerse súbitamente. La inercia demográfica la imprimen contingentes crecientes de jóvenes nacidos bajo los patrones de alta fecundidad del pasado, que

continúan incorporándose a las edades reproductivas y procrean números crecientes de hijos, pese a su fecundidad menor. La demografía de Costa Rica en el siglo XXI está en gran medida hipotecada a la inercia de lo que pasó en el siglo XX. Debe tenerse presente que gran parte de los habitantes del país en el siglo XXI ya nacieron en el siglo XX.

En efecto, las tendencias demográficas más importantes en la primera mitad del siglo XXI están definidas por la curva de nacimientos del siglo XX, la que además, como ya se dijo, determina la pirámide o estructura por edades de la población. El Gráfico 1.6, que condensa gran parte de la demografía de Costa Rica en el siglo XX, muestra de modo elocuente cómo la estructura o pirámide de edades del Censo del 2000 está en gran parte definida por la curva de nacimientos del siglo previo. El número de personas censadas en cada edad es cercano al tamaño original de la cohorte –es decir, los nacimientos– hasta alrededor de la edad 50. A partir de esta edad comienza a hacerse evidente el efecto de la mortalidad y el número de sobrevivientes al Censo del 2000 es cada vez menor comparado con el tamaño original de la cohorte (otros dos factores que separan las dos curvas son: (1) los inmigrantes que elevan los números del censo y (2) los errores de declaración de la edad en el censo que, por ejemplo, muestran una aversión por la edad 41 y una atracción por los 40.

GRÁFICO 1.6

NACIMIENTOS 1910-2000 Y POBLACIÓN EN EL CENSO DEL 2000



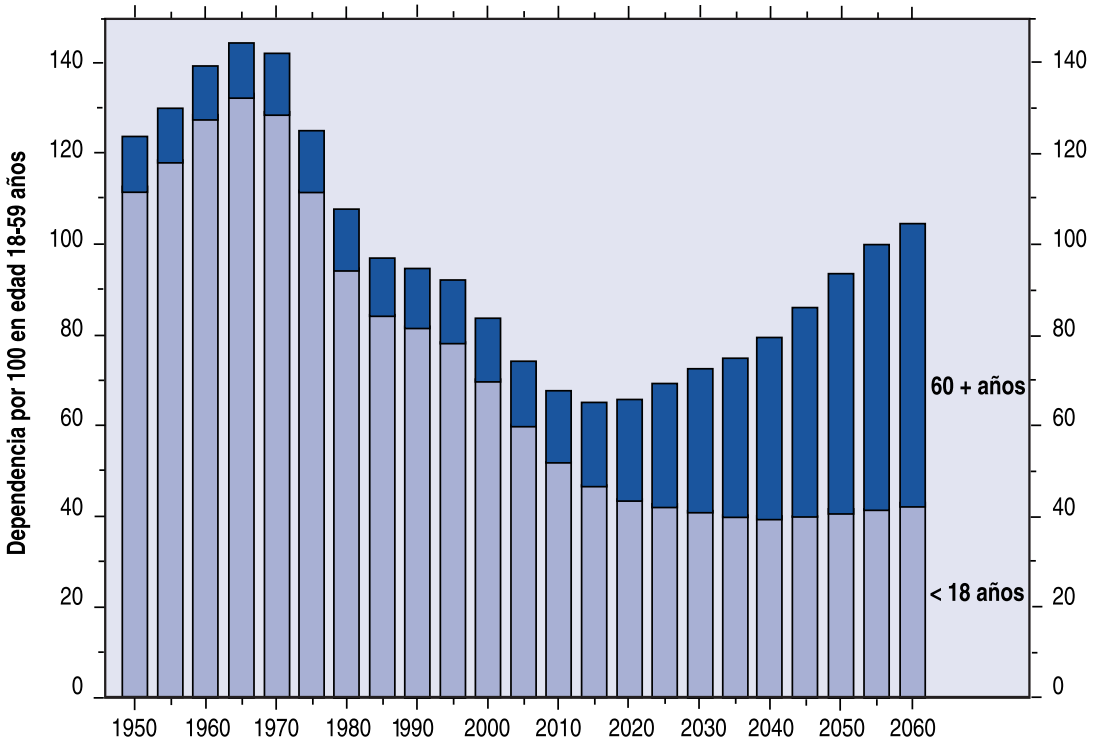
FUENTE: INEC, estadísticas vitales de nacimientos y censo del 2000.

Dos eventos definitorios de la curva de nacimientos en el siglo XX son las dos explosiones o *baby booms* ocurridas, primero en los años cincuentas y, luego, entre 1975 y 1985. La de este último periodo es menos conocida y es en parte un eco de la primera.

Los individuos del primer *baby boom* están hacia el año 2000 en las edades de máximo ahorro y productividad (35 a 50 años). Los jóvenes del segundo *boom* también han comenzado a incorporarse a esas edades. Esta situación constituye un bono que la demografía le dio a la economía del país hacia el final del siglo y que ocurrirá solamente una vez en la historia de Costa Rica. El bono consiste en que, por ejemplo, el número de dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar (18-59 años) ha caído de 139 en 1960 a 84 en 2000, y caerá aún más a 65 dependientes en el año 2015 (Gráfico 1.7).

GRÁFICO 1.7

EL BONO DEMOGRÁFICO:
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DE LA POBLACIÓN,
1950-2060



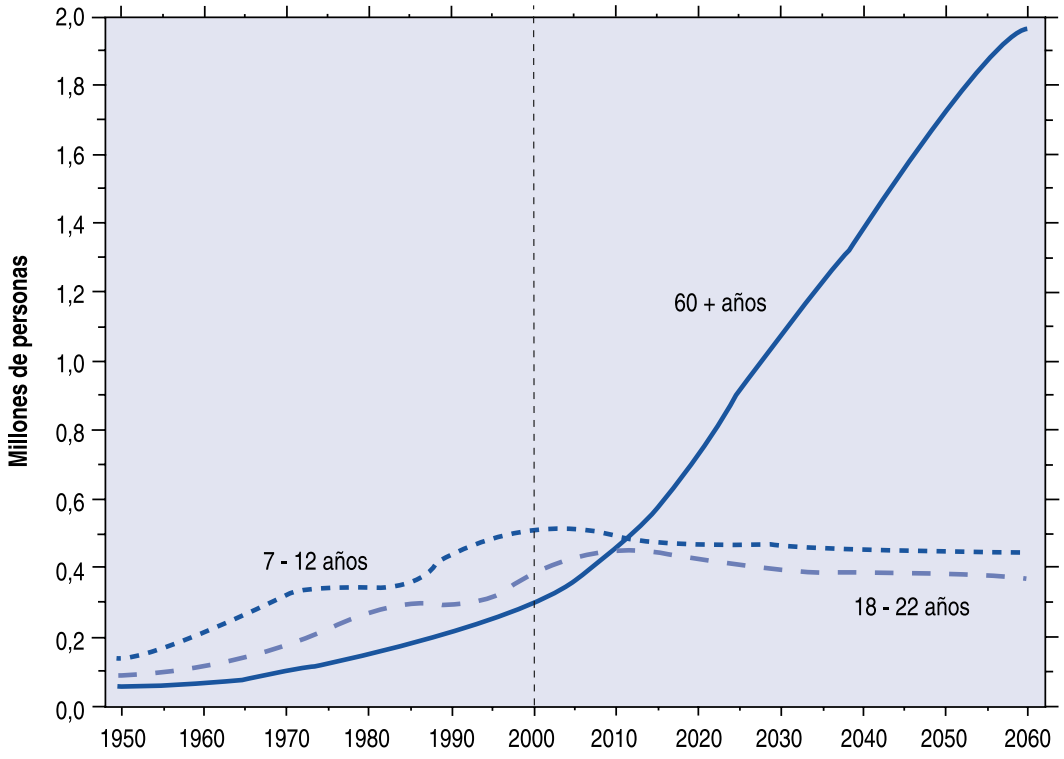
FUENTE: Estimaciones y proyecciones de población de CCP e INEC.

Estudios recientes del Banco Mundial concluyen que un bono demográfico de este tipo fue un factor importante para el excepcional crecimiento económico de los tigres asiáticos. Ojalá Costa Rica no deje dejar pasar la oportunidad que esta coyuntura demográfica le ofrece para desarrollarse en las primeras décadas del siglo XXI, pues el bono no durará mucho. Dentro de unas dos décadas, en cuanto los cuarentones y cincuentones del primer *baby boom* entren en la tercera edad, la relación de dependencia antes mencionada aumentará, alcanzando un nivel de 104 en el 2060. Además, la composición de los "dependientes" se modificará. Los adultos mayores, que en la actualidad son la sexta parte de los dependientes, pasarán a ser la mayoría a partir del 2040.

Las fluctuaciones en la curva de nacimientos han generado también una gran turbulencia en las tasas de crecimiento poblacional de los distintos grupos de edades en el último cuarto de siglo y ello se extenderá hasta bien entrado el siglo XXI (Gráfico 1.8). Mientras el aumento de la población de Costa Rica será del orden de 61 por ciento en la primera mitad del nuevo siglo, los mayores de 60 años se multiplicarán por seis (de 300 mil a casi 2 millones). Esta explosión en el número de adultos mayores ejercerá gran presión sobre los sistemas de pensiones y servicios de salud. Se estima que, mientras hoy hay aproximadamente 10 trabajadores cotizantes a los seguros sociales por cada pensionado, hacia el año 2050 habrá solamente dos cotizantes por cada pensionado.

GRÁFICO 1.8

TRES GRANDES GRUPOS DE EDADES DE LA POBLACIÓN.
COSTA RICA 1950-2060



FUENTE: Estimaciones y proyecciones de población de CCP e INEC.

Los jóvenes que en la actualidad están en edad universitaria (18 a 22 años), de buscar un empleo o establecer un hogar, nacieron durante el segundo *baby boom* y, por ende, su número está en pleno aumento (Grafico 1.8). Ello está ejerciendo presión en el empleo, la vivienda y la educación superior, así como en los índices de delincuencia (los crímenes los cometen principalmente los jóvenes). Esta presión terminará en el 2010 aproximadamente. La educación escolar y preescolar está, en cambio, libre de presiones demográficas y bajo un respiro para mejorar la calidad, como lo muestra la estabilidad de la curva para las edades de 7 a 12 años en el gráfico. Esta será una segunda oportunidad que ojalá Costa Rica no deje pasar como desaprovechó la de los años setentas. En contraste con la educación, el sector salud sufrirá cada vez más la presión demográfica del envejecimiento de

los individuos. Por ejemplo, la capacidad hospitalaria del país tendrá que casi triplicarse en la primera mitad del siglo venidero.

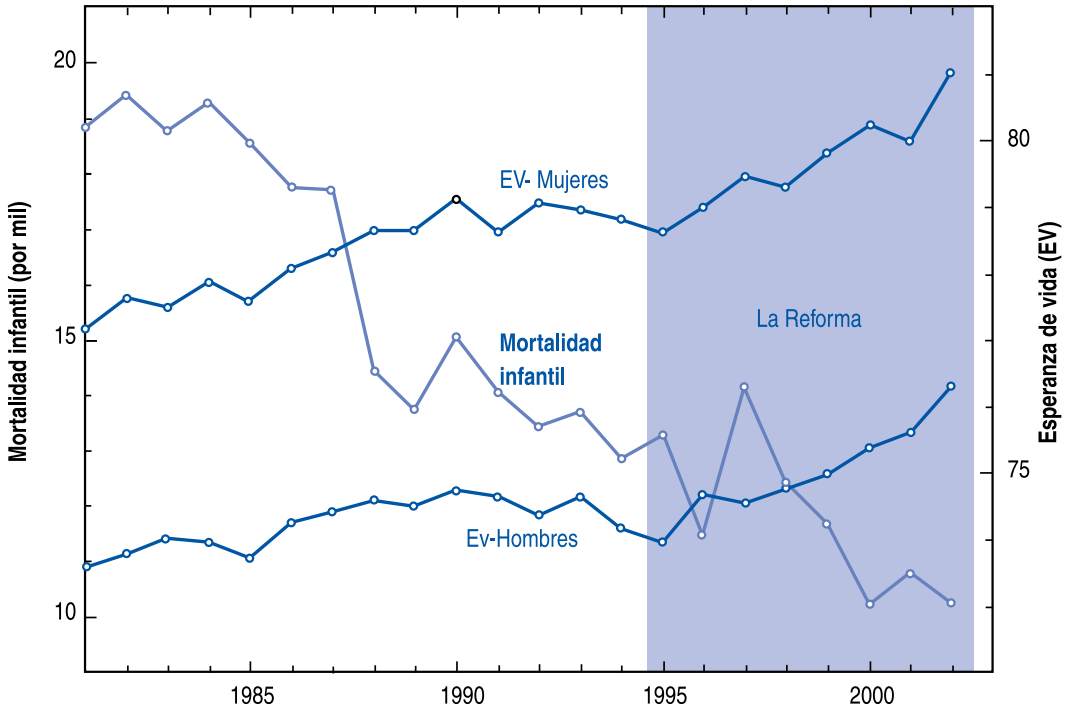
1.6 LA COYUNTURA DEMOGRÁFICA EN EL 2002

Aunque en la demografía son raras las fluctuaciones importantes de un año para otro, en el 2002 ocurrieron tres acontecimientos dignos de mencionar.

El primero de estos acontecimientos fue un aumento extraordinario de la esperanza de vida respecto al 2001. Esta se incrementó en un año para las mujeres y en 0,7 años para los hombres; los incrementos más grandes registrados en el país en dos décadas (Gráfico 1.9). Estas mejoras parecen ser la culminación de una tendencia iniciada en 1996 en forma coincidente con el proceso de reforma del sector salud y que revirtió las tendencias negativas de la primera parte de la década de los noventas. La coincidencia en el tiempo de mejoras en la esperanza de vida y el proceso de reforma podría se solo eso: una coincidencia. Empero, otros datos y una investigación del impacto de la reforma, sugieren una relación de causa-efecto, originada especialmente en la mejora en el acceso a servicios médicos primarios en poblaciones que estaban rezagadas, gracias al establecimiento de los EBAIS (Rosero-Bixby, 2003b). Aprovechando que la reforma en el primer nivel de atención ocurrió como un cuasi-experimento natural (se aplicó en forma gradual en distintas áreas), se ha estimado que, por ejemplo, solamente en el 2001, el impacto de la reforma consistió en evitar las muertes de 120 niños y 350 adultos (Rosero-Bixby, 2003a).

GRÁFICO 1.9

ESPERANZA DE VIDA Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 1980-2002

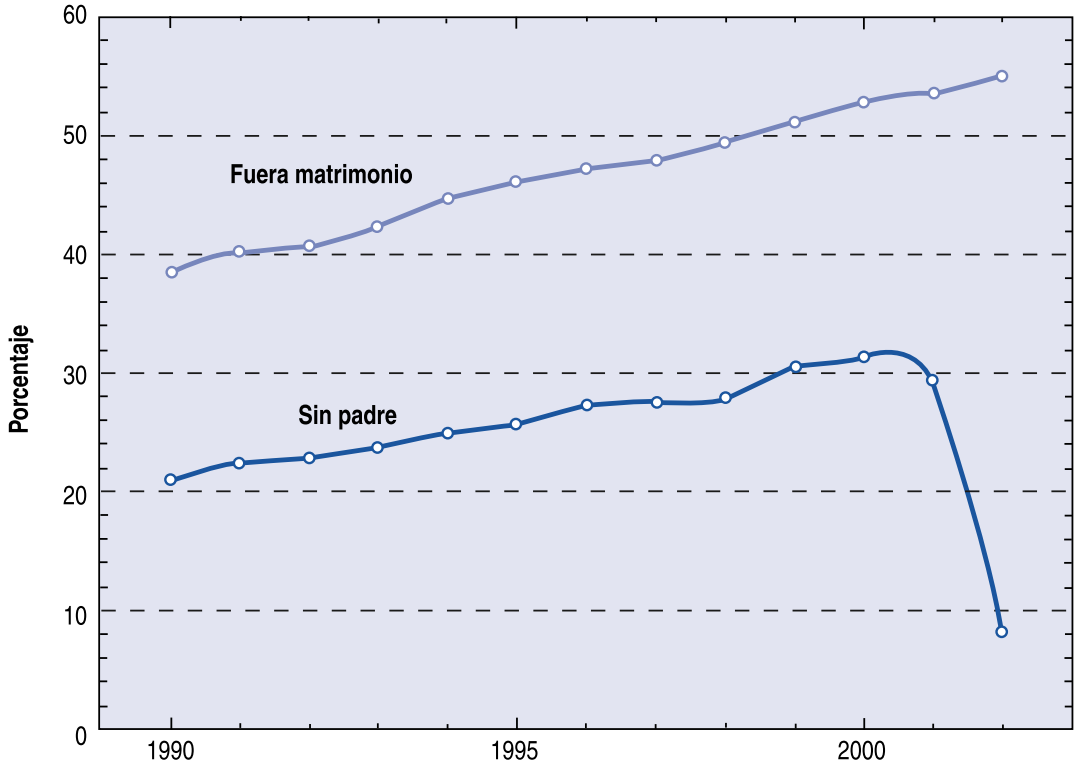


FUENTE: Estimaciones y proyecciones de población de CCP e INEC.

El segundo acontecimiento digno de mención fue que Costa Rica alcanzó el nivel de fecundidad de reemplazo (2,1 hijos por mujer) en el 2002. Se constituyó así, en el segundo país latinoamericano en llegar a este nivel emblemático de la fecundidad (el primero fue Cuba). Aunque tendencias previas auguraban que ello ocurriría, el acontecimiento se adelantó algunos años. No hay una explicación simple de por qué la caída de la fecundidad se aceleró en el 2002, pero es razonable atribuir al menos una parte de ello a la *Ley de Paternidad Responsable* de abril del 2001. El Gráfico 1.10 muestra la dramática caída que produjo dicha ley en el porcentaje de nacimientos registrados como de "padre desconocido" en el 2002. Es posible que antes de esa ley los costos de la paternidad hayan sido una "externalidad" para algunos hombres y que la ley hizo que esos costos se internalizaran, con una consecuente reducción en el numero de concepciones en el 2001 y en los nacimientos del 2002.

GRÁFICO 1.10

NACIMIENTOS FUERA DEL MATRIMONIO Y REGISTRADOS SIN PADRE.
COSTA RICA 1990-2002



FUENTE: Elaboración propia.

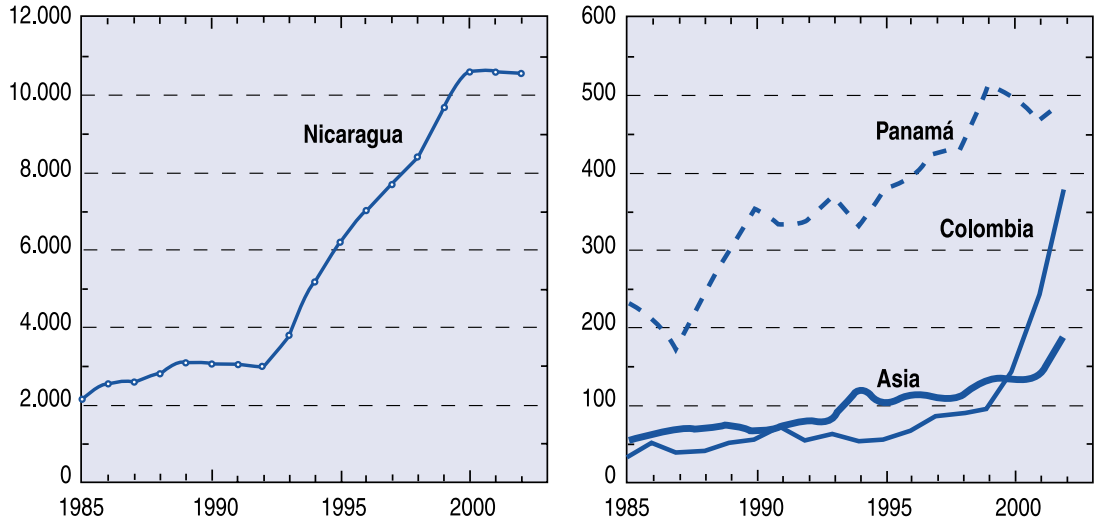
Pero posiblemente más importante que elucidar las causas que permitieron llegar al reemplazo, es identificar las consecuencias que esto tiene para el país. Ciertamente no significa un crecimiento demográfico de cero. El fenómeno de la inercia demográfica antes citado y la inmigración internacional hacen que la población del país siga aumentando en forma vigorosa. En el largo plazo, empero, esta fecundidad podría llevar al país a una situación de estabilidad demográfica. Probablemente ello es un destino deseable, sin las presiones del aumento explosivo ni los fantasmas de la despoblación. Nada garantiza, empero, que la fecundidad se quedará en el reemplazo y cesará la caída. En países como España o Italia la fecundidad total ha llegado a niveles tan bajos como los de 1,2 hijos

por pareja. Si Costa Rica sigue los pasos de esos países, el Estado y las instituciones pronto tendrán que empezar a preocuparse sobre cómo atender la demanda insatisfecha de servicios a la familia, del mismo modo que en el pasado hicieron frente a la demanda insatisfecha de planificación familiar. Eso sí, no se deberá caer en la trampa fundamentalista de coartar libertades y obligar a la gente a elevar la fecundidad con medidas restrictivas a la planificación familiar.

El tercer hito del 2002 es el "fin de la inmigración nicaragüense" y la emergencia de la inmigración colombiana. En realidad estos no son acontecimientos exclusivos del 2002. Ya venían mostrándose en años previos en los radares con los que el Centro Centroamericano de Población vigila estas tendencias. Así, datos recolectados en las comunidades de origen de la migración nicaragüense, que se muestran en otra ponencia de esta jornada, ya sugerían una disminución drástica en la probabilidad de emigrar por primera vez y un aumento considerable en la tasa de retorno desde Costa Rica. Paralelamente, la serie de nacimientos de madres nicaragüenses muestra una estabilización en el 2001, que se confirma en el 2002 (Gráfico 1.11). Esto no quiere decir que ya no hay nicaragüenses en Costa Rica, o que han dejado de llegar inmigrantes de ese país; lo que quiere decir es que el número de los que llegan puede estarse compensando con el de los que retornan, dando como resultado un saldo neto pequeño o cercano a cero, que ha estabilizado el *stock* de nicaragüenses en Costa Rica y su manifestación en el número de nacimientos.

GRÁFICO 1.11

NACIMIENTOS DE MADRES EXTRANJERAS.
COSTA RICA 1985-2002



FUENTE: INEC.

En contraste, la curva de nacimientos de madres colombianas en Costa Rica se ha disparado (Gráfico 1.11). La cifra correspondiente del 2002 es casi cuatro veces mayor que la de 1999. Aunque los números absolutos son todavía pequeños comparados con los de nicaragüenses, la explosión de la migración colombiana es una realidad. ¿A cuánto ascienden estos inmigrantes? En el Censo del 2000 fueron empadronados cerca de 6.000 colombianos y probablemente no fueron contados unos 600 más. Entre 2000 y 2002 el número de nacimientos de madres colombianas se ha multiplicado

por 2,7. Una rápida estimación resulta de aplicar este factor a la cifra censal, para obtener cerca de 18.000 inmigrantes colombianos en el 2002, es decir una afluencia neta anual del orden de 5.500.Costa Rica dispone de excelentes estadísticas vitales que permiten seguir con precisión el aumento vegetativo de la población. Sabemos que el saldo entre nacimientos (71.000) y defunciones (15.000) en el 2002 fue de 56.000 personas, para un aumento vegetativo de la población de 1,4 por ciento anual. No sabemos, sin embargo, a ciencia cierta a cuánto asciende el crecimiento total de la población porque no existen cifras fidedignas del volumen de los flujos migratorios. A fines de la década de los noventas se estimó en algo más de 20.000 el saldo migratorio anual del país. Para el 2002, dadas la disminución de inmigración nicaragüense y la cantidad de inmigrantes colombianos, es probable que el saldo migratorio sea del orden de los 10.000 individuos al año, lo que llevaría a 1,7 por ciento la tasa de crecimiento anual de la población del país. Aunque esta tasa es substancialmente menor que las del pasado, es lo suficientemente alta como para comerse la mitad del crecimiento del producto interno bruto.

1.7 RESUMEN Y CONCLUSIÓN

En el siglo XX Costa Rica vivió una auténtica explosión demográfica; fenómeno único que no ocurrió antes ni se repetirá en el futuro. Se proyecta que al finalizar el siglo XXI, la población del país puede ser similar a la del año 2000 o, a lo sumo, un poco más del doble. Este crecimiento, o su ausencia, contrastan con la multiplicación por 14 que tuvo lugar en el siglo XX. Ese crecimiento explosivo fue causado por mejoras vertiginosas en la esperanza de vida, ocurridas especialmente en las décadas de los cuarentas, cincuentas y setentas. En la última parte del siglo XX la fecundidad también cayó de manera vertiginosa, fenómeno que desactivó la bomba poblacional. Por su parte, la migración internacional fue un factor importante de crecimiento poblacional al principio y al final del siglo. El aumento de la esperanza de vida y la alta natalidad del pasado auguran un crecimiento explosivo de la población de adultos mayores con la consiguiente presión sobre los sistemas de pensiones y servicios de salud. La baja en la natalidad, por su parte, augura una disminución en el peso relativo de niños y jóvenes en la población. El juego de estas fuerzas, le ha dado al desarrollo del país un "bono demográfico", consistente en una población dominada por los adultos jóvenes y, consecuentemente, con una baja relación de dependencia. Esta situación es, sin embargo, pasajera. Quedará atrás dentro de una o dos décadas, cuando empiecen a sentirse los efectos del envejecimiento poblacional. Fluctuaciones importantes en el número de nacimientos durante el siglo recién terminado, en particular los *baby booms* de las décadas de los cincuentas y de 1975 a 1985, marcan la demografía del país en las primeras décadas del nuevo siglo y generan efectos considerables en la economía y la sociedad. Por ejemplo, los jóvenes del segundo *baby boom* están en la actualidad ejerciendo presión sobre el empleo, la enseñanza superior, la vivienda e, incluso, la criminalidad. La entrada de los individuos del primer *baby boom* a la tercera edad durante la segunda década del siglo, será también crucial para la economía y sociedad costarricenses. En el año 2002 ocurrieron tres importantes acontecimientos demográficos: (1) la esperanza de vida tuvo un aumento extraordinario, como no se veía desde hace 20 años, probablemente a consecuencia de la reforma del sector salud; (2) la fecundidad alcanzó el nivel de reemplazo y se vieron los efectos de la *Ley de Paternidad Responsable*; y (3) probablemente llegó a su fin el fenómeno de la migración nicaragüense, al tiempo que

emergía la inmigración colombiana, aunque a escala mucho menor. El crecimiento vegetativo de la población en el 2002 fue de 1,4 por ciento y el crecimiento total fue del orden de 1,7 por ciento, es decir lo suficientemente alto como para anular más de la mitad del crecimiento de la producción nacional en ese año, que fue del 3,0 por ciento.

BIBLIOGRAFÍA

Chen-Mok, M. *et. al.* (2001). *Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una encuesta nacional*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

DGEC (1953). *Censo de población de Costa Rica (22 De Mayo De 1950)*. San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos.

_____ (1958-1971). *Anuario estadístico*. San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos.

_____ (1960). *Censo de población de Costa Rica, 11 De Mayo De 1927*. San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos.

_____ (1966). *Censo de población*. San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos.

Gómez Barrantes, M. (1972) "El descenso de la fecundidad en Costa Rica (Primera Parte)". San José: Universidad de Costa Rica, Escuela de Ciencias Económicas.

Hanson, L. A., S. Bergstrom y Luis Rosero B. (1994). "Infant mortality and birth rates.", en K. S. Lankinen *et. al.*, editores. *Health and Disease in Developing*. Londres: The MacMillan Press.

INEC y CCP (2002). *Costa Rica: estimaciones y proyecciones de población 1970-2050 actualizadas al año 2000 y evaluación del Censo del 2000 y otras fuentes de información*. San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Minino, A. M. y B. L. Smith, editores. (2001). "Deaths: preliminary data for 2000.", en *CDC. National Vital Statistics Report 49*, No. 12.

PRB (2002). *2001 World population data sheet*. Washington: Population Reference Bureau.

Rosero Bixby, L. (1983). "Determinantes de la fecundidad en Costa Rica.", en *Notas de población*, No. 32.

_____ (1985). "The case of Costa Rica.", en J. Lopez y A. Vallin, editors. *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*. Lieja, Bélgica: Ordina.

_____ (1991). "Socioeconomic development, health interventions, and mortality decline in Costa Rica", en *Scandinavian Journal of Social Medicine,* No. 46.

_____ (1999). "Interaction, diffusion, and fertility transition in Costa Rica: quantitative and qualitative evidence", en R. Leete, editor. *Dynamics of Values in Fertility Change*. Oxford: Oxford University Press.

_____ (2003a). "Evaluación del impacto de la reforma del sector salud en Costa Rica", en *Revista Panamericana de salud pública.* Documento en revisión

_____ (2003b). "Supply and access to health services in Costa Rica 2000: A GIS-based study". Aceptado para publicación en *Social Science and Medicine.*

Thiel, B. A. (1902). "Monografía de la población de Costa Rica en el siglo XIX", en *Revista de Costa Rica*, Tomo I.

2. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS DE EDAD COSTARRICENSES

OLMAN RAMÍREZ

2.1 INTRODUCCIÓN

El análisis del ritmo de comportamiento de las poblaciones humanas en periodos extensos de tiempo permite modelar dinámicas repetitivas en esos grupos, con diferencias en el momento y en los espacios geográficos que ocupan. La incidencia de los factores determinantes asociados a ese comportamiento no concurre por igual en todas las sociedades y está muy asociado con el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado.

La natalidad descendente experimentada por la sociedad costarricense desde hace ya varias décadas, unida a un proceso de mortalidad moderada o baja, producto del avance en las tecnologías médicas y al sistema de seguridad social de que goza esta sociedad, han contribuido, y continúan haciéndolo, a un cambio en las relaciones porcentuales entre los grupos de edades: disminuyen porcentualmente los grupos más jóvenes y se va incrementando la importancia de los grupos de mayor edad. Esto implica que la sociedad está inserta en un proceso de envejecimiento poblacional, el cual tiene una serie de implicaciones y repercusiones.

Este proceso de envejecimiento demográfico producto del cambio en la estructura por edades impone un desafío ya que afecta a todos los ámbitos: personal, familiar, comunal y nacional. Un avance importante es entender el ritmo de avance del proceso e ir tomando las acciones y decisiones necesarias para enfrentarlo a medida que se vaya haciendo más evidente. Es necesario evaluar en forma oportuna las dificultades de financiamiento de los sistemas de salud y seguridad social debido a la alteración de las proporciones de personas en edad de retiro y en edad laboral.

Las soluciones deben ser integrales, individualmente se debe ser consciente de la situación para tomar previsiones, las familias deben considerar la mayor presencia de personas de edad, las comunidades deben tener presente esta situación para que fortalezcan redes de apoyo y el Estado debe ser consecuente con asegurar condiciones mínimas a través de los servicios ofrecidos y la legislación necesaria para su protección. Resulta imprescindible el establecimiento de programas dirigidos al adulto mayor, al rol de la familia, así como a la preparación de las cohortes ahora más jóvenes para enfrentar esas situaciones en el futuro. En todos los ámbitos se debe emprender acciones para asegurar y fortalecer una calidad de vida adecuada para las personas de edad.

Naciones Unidas, en los foros sobre envejecimiento,[1] ha definido como tercera edad a las personas con 60 años o más, lo cual constituye un criterio práctico que facilita las comparaciones y es el más difundido en las investigaciones en este campo. En esta investigación se adoptó como límite etáreo los 60 años obedeciendo a la mayor difusión de este límite en los estudios desarrollados a escala mundial. Este segmento poblacional se le identifica empleando una variedad amplia de calificativos, pero todos coinciden en términos del grupo etáreo a que se refiere. Tercera edad, anciano y anciana, viejos, personas de edad, sexagenarios, senescentes, gerontes, adulto mayor, personas de edad avanzada y más recientemente la Caja Costarricense de Seguro Social emplea el término "edad de oro".[2] En algunos ámbitos, en especial en lo referente a beneficios sobre jubilaciones y otras prerrogativas que el Estado proporciona a este grupo poblacional, la edad inicial establecida es 65 años, situación explicada por constituir el mínimo legal para otorgar las pensiones.

El proceso de envejecimiento demográfico en el contexto actual, del cual Costa Rica no escapa, se caracteriza por tres hechos relevantes: (1) es un proceso generalizado en todos los países, evidente en los cambios en la estructura por edades de la población, (2) el ritmo es mucho más acelerado del que históricamente se presentó en los países ricos y (3) tendrá su impacto en la sociedad en general, incrementando la pobreza, la inseguridad social y afectando las estructuras familiares (Guzmán, 2002, p. 11). El tiempo para hacer los ajustes necesarios en los países que están enfrentando este proceso de envejecimiento es bastante menor al que tuvieron los países ricos, lo cuestionable entonces es si la sociedad como un todo estará en capacidad de satisfacer las demandas en salud, seguridad social y otras áreas o si estos sistemas serán cada vez más frágiles, con coberturas más reducidas y de menor calidad.

El dinamismo actual del proceso de envejecimiento ha llevado a reconocer dos agrupamientos según la edad. Un primer subconjunto lo componen las personas menores de 80 años de edad, con porcentajes importantes aún incorporados en la fuerza laboral, son jefes de hogar, relativamente independientes y no han sido fuertemente afectados por la viudez. El segundo subgrupo está constituido por los de 80 años y más, caracterizándose por una mayor incidencia de discapacidades físicas y mentales, retirados de la fuerza laboral, no ostentan el liderazgo de sus hogares, suelen ser viudos y son esencialmente dependientes, identificados como la cuarta edad. Estos dos grupos son bastante distintos en términos de su quehacer cotidiano, potencialidades, necesidades y alternativas de convivencia.

Las fuentes básicas de datos empleadas son las proyecciones de población realizadas por el Programa Centroamericano de Población y los censos de población de 1973, 1984 y 2000, ambas disponibles para ser procesadas en línea. Este artículo se enfoca en aspectos de orden eminentemente demográficos sobre este fenómeno. En primera instancia, se enfatiza en la dinámica demográfica de los adultos mayores, el ritmo de crecimiento, proyección en el mediano y largo plazos[3] y los índices de envejecimiento y dependencia con perspectiva espacial. Luego se aborda la situación de los adul-

1. La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Austria en 1982 enfocó su interés en el segmento poblacional mayor de 60 años, momento a partir del cual los términos tercera edad se le identifica con el grupo de más de 60 años.

2. Debe señalarse que algunos de estos términos, como anciano y ancianas o viejos, pueden ser percibidos con cierta connotación peyorativa, en especial por los miembros jóvenes de la sociedad.

3. Las proyecciones utilizadas fueron elaboradas por el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

tos mayores en términos de la relación entre sexos, su distribución espacial, situación laboral y medios de subsistencia, situación de pobreza y arreglos de convivencia.

2.2 ¿CÚANTO REPRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES DE LA POBLACIÓN TOTAL?

Las personas de edad han representado en el último cuarto de siglo una proporción baja y, pese a ser creciente, no se ha acelerado como es evidente en las cifras de los tres últimos periodos censales (Cuadro 2.1). Las proyecciones de población indican un aceleramiento de esa proporción para el 2025, prácticamente duplicando la observada para el 2000. Quizás lo relevante de hacer notar es el ritmo de crecimiento demográfico de ese grupo que permitiría atenuar su impacto de tomarse acciones en el corto y mediano plazo.

La mayor presencia de mujeres adultas mayores será evidente con el avance de la edad, producto de su mayor esperanza de vida, pero las diferencias no son tan apreciables en el tramo de 60 a 79 años pues la relación entre sexos ronda valores cercanos a 95 por ciento en las proyecciones para toda la primera mitad del presente siglo. Este grupo de edad concentra una proporción elevada de las personas de edad, estabilizándose en alrededor de tres cuartas partes para el 2050. La predominancia de mujeres en la cuarta edad se hace más evidente al alcanzar la relación entre sexos valores de 72,4 por ciento en el 2025.

CUADRO 2.1

COSTA RICA. POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO
1973, 1984, 2000, 2025 y 2050

GRUPO EDAD	CENSOS 1973	1984	2000	PROYECCIÓN 2025	2050
TOTAL	**104.118**	**158.144**	**301.474**	**896.299**	**1.725.059**
Porcentaje población total	5,6	6,5	7,9	16,1	27,4
60-79 AÑOS	92.319	137.392	255.740	774.614	1.322.097
Relación entre sexos	99,9	95,6	93,4	96,6	95,8
Porcentaje de la tercera edad	88,7	86,9	84,8	86,4	76,6
80 AÑOS Y MÁS	11.799	20.752	45.728	121.685	402.962
Relación entre sexos	92,9	85,9	79,8	72,4	74,4
Porcentaje de la tercera edad	11,3	13,1	15,2	13,6	23,4

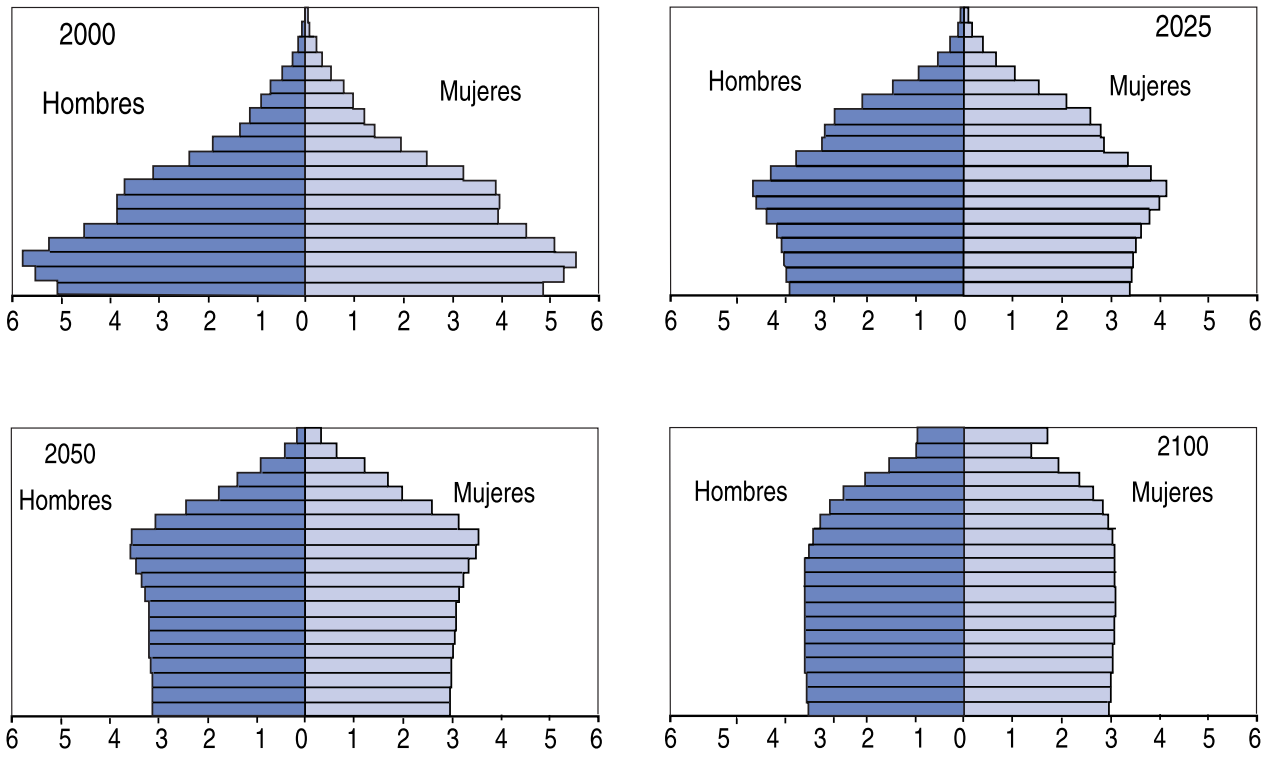
FUENTE: INEC y CCP (2003).

El envejecimiento de la sociedad resulta ser una expresión más de la transición demográfica que enfrentan los países. La ocurrencia de este proceso no se da por igual en todos los países, ni en todos los grupos sociales dentro de los países. La expresión de ese cambio se refleja en la distribución por grupos de edades y es fácilmente observable mediante el análisis comparativo de las pirámides de población en diferentes periodos de tiempo (Gráfico 2.1). La representación de la estructura poblacional del año 2000 muestra los efectos de la disminución de la fecundidad y una ligera mayor so-

brevivencia de personas en edades maduras. La comparación con la proyección para el año 2025 muestra un cambio impresionante, se pierde definitivamente la forma de pirámide al continuar el descenso y estabilizarse la fecundidad, mientras que se da un mayor control de la mortalidad adulta, que permite ver en el gráfico un engrosamiento de la cúspide de la pirámide, señal del impacto del envejecimiento poblacional. La forma gráfica de la estructura poblacional proyectada para el 2050 y 2100 hacen aún más evidente la situación descrita y muestra lo relevante del peso de las personas de edad en la sociedad del futuro.

GRÁFICO 2.1

COSTA RICA. ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACIÓN
2000, 2025, 2050 Y 2100
Porcentajes



FUENTE: INEC y CCP, 2003.

El incremento del peso relativo de la población de la tercera edad se comenzará a sentir, cada vez en mayor medida, con el avance del siglo XXI. Costa Rica se ubica entre los países latinoamericanos en transición plena[4] por lo que enfrentará desafíos sociales y económicos en las primeras décadas del siglo XXI debido a la rapidez del envejecimiento de la población (Viveros, 2001, p. 12). Las caracte-

4. Las etapas definidas por CEPAL de la transición demográfica para países latinoamericanos y del Caribe son: (1) transición avanzada: países con tasas de mortalidad y natalidad reducidas, con crecimiento poblacional cercano al 1 por ciento; (2) transición plena: natalidad en declinación, baja mortalidad y tasa crecimiento natural cercana al 2 por ciento; (3) transición moderada: mortalidad en rápido descenso y natalidad elevada, con altas tasas de crecimiento vegetativo superiores a 2,5 por ciento y (4) transición incipiente: niveles altos de mortalidad y natalidad y tasas de crecimiento natural algo mayores de 2 por ciento (CEPAL, 2000).

rísticas propias de este proceso demográfico implican la sobrevivencia de mayor cantidad de personas de edad, y una proporción mayor de ancianas en el total de adultos mayores en las edades más avanzadas, en especial después de los 70 años.

CUADRO 2.2

INDICADORES DE LA EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
1970-2100

AÑO	POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS			TASA ANUAL DE CRECIMIENTO		INDICES	
	ABSOLUTO	PORCENTAJE DEL TOTAL	PORCENTAJE CON 80 AÑOS Y MÁS	PERSONAS DE EDAD	POBLACIÓN 0-59 AÑOS	DEPENDENCIA	ENVEJECIMIENTO
1970	99.800	5,7	11,0			11,8	12,3
1980	144.330	6,3	11,8	4,46	3,01	11,3	16,5
1990	210.108	6,9	13,7	4,56	3,16	12,1	19,0
2000	297.281	7,6	14,4	4,15	2,77	12,5	23,8
2010	438.324	9,3	15,1	4,74	1,72	14,3	36,7
2020	714.064	13,4	13,9	6,29	0,82	20,7	61,7
2030	1.068.198	18,5	14,7	4,96	0,24	29,8	94,3
2040	1.370.922	22,4	20,1	2,83	0,06	37,8	123,5
2050	1.725.059	27,4	23,4	2,58	-0,33	49,5	157,0
2060	1.957.577	30,6	25,3	1,35	-0,32	58,5	180,1
2070	2.034.896	31,9	31,7	0,39	-0,18	62,0	189,8
2080	2.025.621	32,0	35,2	-0,05	-0,13	62,6	190,8
2090	1.998.738	32,0	35,7	-0,13	-0,11	62,5	190,3
2100	1.989.571	32,1	36,1	-0,05	-0,10	62,8	191,6

FUENTE: Centro Centroamericano de Población, 2003.

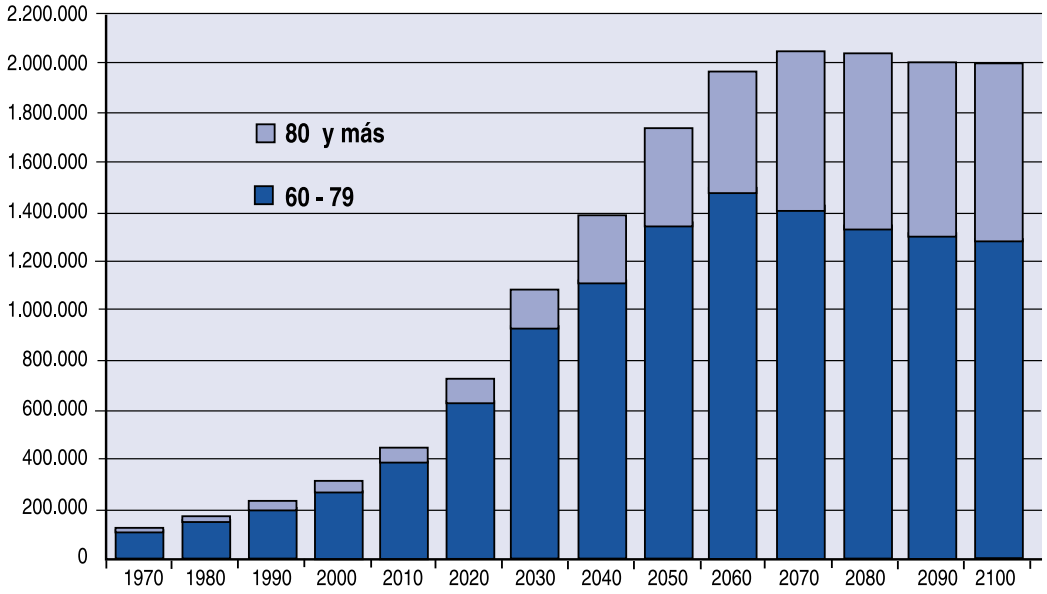
El crecimiento de la población de 60 años y más en Costa Rica es mucho más visible al comparar este segmento con el total de la población. Empleando las proyecciones de población[5] se nota que en 1970 alrededor de 100.000 personas superaban los 60 años (5,7 por ciento), cifra que casi se triplica para el año 2000 (7,6 por ciento) y se vuelve a duplicar 15 años más tarde, dejando en evidencia el ritmo acelerado de crecimiento de este sector poblacional. Para el año 2050 se proyecta que poco más de una cuarta parte de la población formará parte de la tercera edad, porcentaje que casi cuadriplica el peso relativo de las personas de edad alrededor del 2000 (Cuadro 2.2). El mayor dinamismo del envejecimiento de la población empezará a manifestarse a partir del 2015, año para el cual la población adulta mayor se habrá duplicado con relación a la actual y su importancia relativa comenzará a incrementarse más aceleradamente. Una tercera parte de la población tendrá 60 años o más alrededor del 2080, situación que indudablemente alterará la relación entre grupos de edades y los programas sociales.

5. Elaboradas por el Centro Centroamericano de Población y el Instituto Nacional de Estadística y Censos y disponibles en http://ccp.ucr.ac.cr

La población de 60 años y más se envejece internamente producto de una mayor sobrevivencia allende los 80 años, como bien se aprecia en la composición de las barras del Gráfico 2.2. Las personas de edad entre los 60 y 79 años representan una mayoría absoluta, pero posterior a la década comprendida entre 2020 y 2030 su relevancia empieza a decaer. En la actualidad hay alrededor de seis personas de edad entre 60 y 79 años por cada persona adulta mayor de 80 años y más, relación que se mantiene hasta alrededor del 2025. A partir de ese año decae esa relación hasta alcanzar el valor de dos en el año 2075. De manera que la cantidad absoluta de ancianos crece aceleradamente, pero con énfasis en el subgrupo de edades más elevadas. Esto implica necesariamente la modificación de una serie de aspectos en la sociedad y particularmente en la familia, considerando que son las personas de este grupo de edad demandan mayor atención de parte de sus hogares y de los sistemas de salud.

GRÁFICO 2.2

ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
POR GRANDES GRUPOS DE EDAD
1970-2100



FUENTE: Centro Centroamericano de Población, 2003.

Las tasas de crecimiento poblacional comparadas indican que entre el 2000 y el 2010 se espera que el crecimiento de las personas de edad duplique al de la población total. La tasa de crecimiento de la población de la tercera edad supera al 4 por ciento anual y se acelera vertiginosamente entre el 2010 y el 2025 (Gráfico 2.3). La población de adultos mayores se duplicaría en dos décadas (entre 2000 y 2020) y se volvería a duplicar en las dos décadas siguientes, contrastando con la tasa de crecimiento de la población en otros grupos de edad.

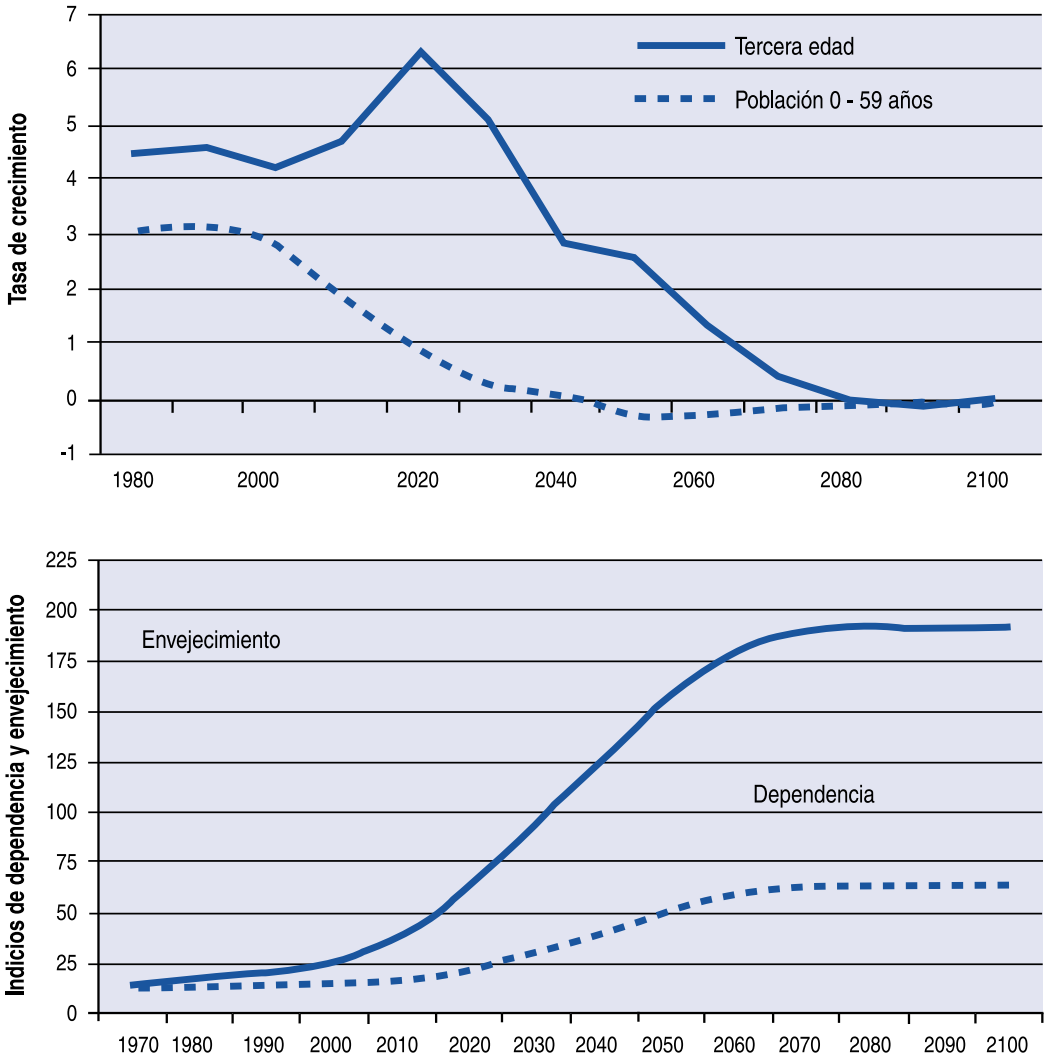
Una forma alternativa de medir el proceso de envejecimiento poblacional es a través del índice de envejecimiento[6] que mide la capacidad de renovación de la población. Este índice muestra conse-

6. El índice de envejecimiento consiste en el cociente de la población en la tercera edad y la población menor de 15 años, expandido por 100, en un espacio geográfico y en un periodo de tiempo determinados.

cuentemente un acelerado crecimiento, en el 2000 había 24 personas de edad por cada cien niños, pero esa cifra se duplicará en quince años y trascurridos otros quince años se vuelve a duplicar. Incluso ya después del 2035 se proyecta que las personas de edad superarán a los niños implicando la no renovación de la población, pues mantiene su estructura.

GRÁFICO 2.3

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD Y DE LOS ÍNDICES DE ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA



FUENTE: CCP (2003).

El índice de dependencia[7] mide la carga demográfica de las personas de edad y permite también apreciar, a partir de su comportamiento, el avance del proceso de envejecimiento. Para el año 2000 ese índice asume un valor moderado a nivel nacional de 12,5, implicando la presencia de 13 perso-

7. Este índice resulta del cociente entre la población de 60 años y más y la población en edades activas (15 a 59 años) expandido por 100. Indica el número de personas adultas mayores por cada 100 personas entre 15 y 59 años que habría en el área geográfica y momento del tiempo determinado.

nas de la tercera edad por cada cien con edades entre 15 y 59 años. Esa relación se había mantenido bastante estática en los últimos treinta años. Las proyecciones para el año 2015 muestran un crecimiento bastante moderado de este indicador, producto de la acumulación de población en las edades activas provenientes de cohortes con mayor fecundidad, menor impacto de la mortalidad y una migración neta positiva. No obstante, ya para el 2025 se esperaría que ese valor duplique el observado en el 2000 y para el 2050 se esperaría, de mantenerse los supuestos de las proyecciones, una persona de edad por cada dos en edad activa. La sociedad debe aprovechar la situación para que estas cohortes de activos actuales contribuyan con el sostenimiento de las personas de edad actuales y, por otra parte, planifiquen e inviertan oportunamente sus ahorros previsionales, pues en el mediano plazo pasarán a engrosar el grupo de personas de edad.

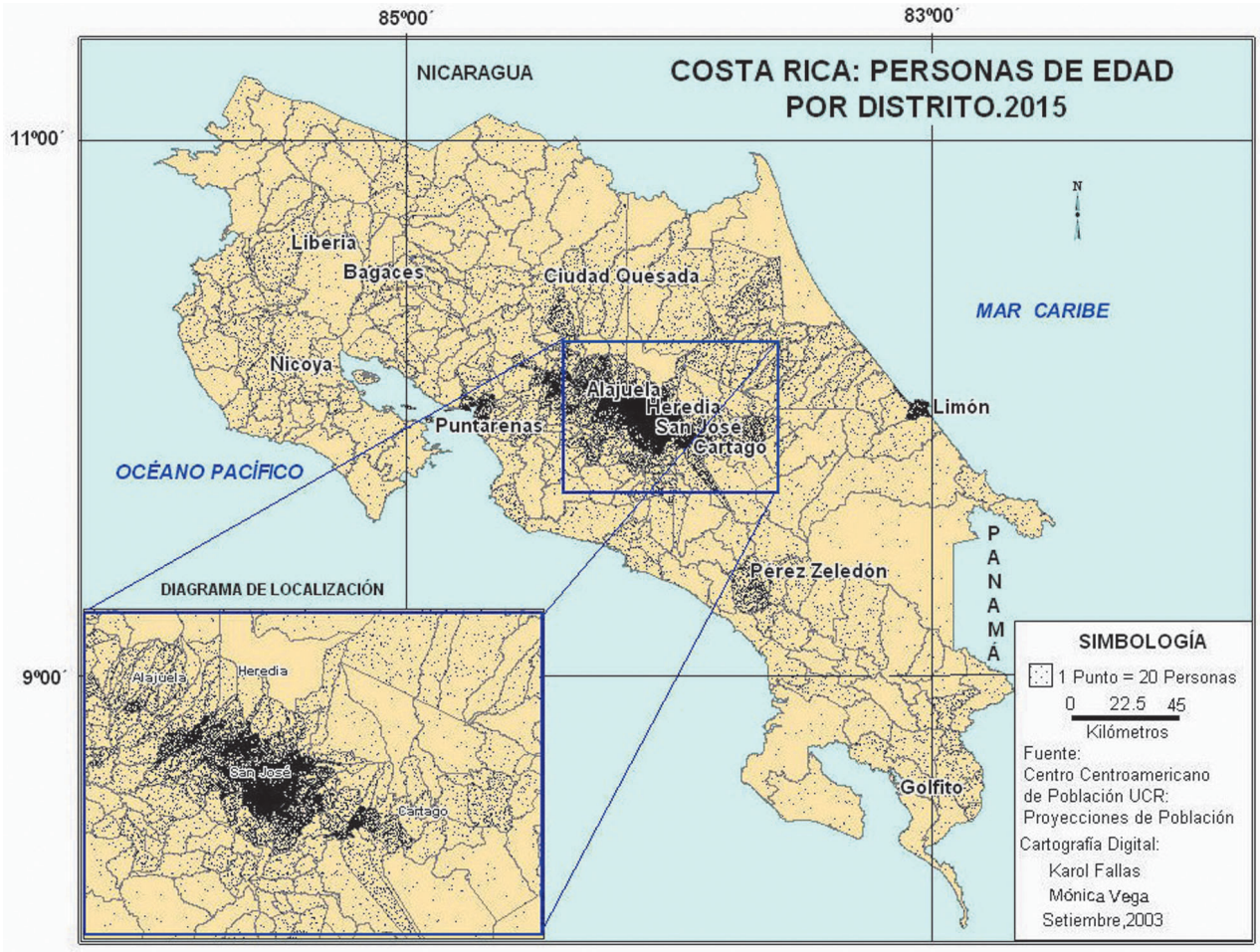
La demanda por servicios dirigidos a esta subpoblación necesariamente se incrementará y habrá pugnas sociales por los recursos disponibles y la decisión de a cuáles sectores poblacionales dirigirlos. El cambio drástico en la relación de dependencia previsto exige a la sociedad en general, a la comunidad y a las familias, prever y prepararse para estos cambios que enfrentarán las actuales cohortes jóvenes cuando superen los 60 años. Asegurar calidad de vida a la población de edad hace necesario preparar a la población para que, por un lado, brinde servicios adecuados acorde a las necesidades de las personas adultas mayores y, por otro lado, se desarrollen acciones para una adecuada preparación para el momento en que se incorporen a ese grupo poblacional.

2.3 ¿OCURRE EL PROCESO IGUAL EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL?

La distribución de la población adulta mayor en el territorio nacional, al igual que ocurre con la población total, no es homogénea. El Área Metropolitana alberga a poco menos de una tercera parte de la población en este sector de edad, pero dos terceras partes residen en la Región Central del país (57,2 por ciento solo en las áreas urbanas). Esta concentración de población adulta mayor va acorde con la distribución geográfica de la población total del país, aunque debe tenerse presente que las necesidades de atención requerida por esta subpoblación son mayores en aspectos de salud y que los hospitales con especialidades se concentran precisamente en la Gran Área Metropolitana. El desarrollo de programas dirigidos a la tercera edad deben considerar la distribución geográfica, regionalizando los programas a desarrollar, pues las dificultades de acceso y las condiciones socioeconómicas desiguales dificultarían beneficios a personas adultas mayores y favorecerían la inequidad.

La densidad de personas de edad en el territorio nacional basado en la proyección de población de 2015[8] se presenta en el Mapa 2.1. Es importante notar el oscurecimiento producto del incremento poblacional de este grupo de edad, evidenciando el proceso de envejecimiento de la población. El proceso es más evidente en la zona central del país, pero también alrededor de los núcleos urbanos de cierta relevancia. Fuera de la Región Central se nota, además, una mayor presencia de personas adultas mayores en las zonas de Pococí, Siquirres, Matina y Limón, cantones que han atraído una importante cantidad de población en las últimas décadas. Sucede algo similar en la parte baja de la Península de Nicoya, en el Valle de El General y en el Valle del Coto, en el sur del país.

8. La proyección de población fue elaborada por el Centro Centroamericano de Población; es importante anotar que no supone redistribución de población, solo considera el crecimiento a nivel distrital.



MAPA 2.1 COSTA RICA. PERSONAS DE EDAD POR DISTRITO, 2015.

La concentración de población de edad alrededor de centros urbanos primarios y secundarios les asegura mayor acceso a servicios, pero debe tomarse en cuenta que la situación económica a que están expuestos no necesariamente les permite decidir el lugar de residencia en esta etapa de sus vidas. Esto implica que tendrán que permanecer en sus lugares de residencia cuando adultos o migrar a los hogares formados por sus descendientes.

El impacto del proceso de envejecimiento presenta inequidades a nivel geográfico y está asociado con la concentración urbana y la cercanía al Área Metropolitana de San José.[9] En general, son distritos rurales fuera del Valle Central o de rápido crecimiento por expansión del casco urbano (como Patarrá y San Felipe de Alajuelita) los que tienen los valores más bajos y a la vez muestran un crecimiento menor en el periodo 2000-2015. Los de mayor valor y crecimiento más acelerado son típicamente distritos urbanos ubicados en el Gran Área Metropolitana, a excepción de tres casos que bien podrían deberse a problemas inherentes al propio proceso de proyección poblacional para unidades pequeñas.

9. El indicador de envejecimiento se calculó a nivel distrital empleando los datos del Censo 2000 y las proyecciones distritales de poblaciones del Centro Centroamericano de Población para el 2015.

CUADRO 2.3

DISTRITOS CON MENOR Y MAYOR VALOR EN EL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO
2000 y 2015
ordenado según el valor del año 2015

MENOR VALOR	2000	2015	MAYOR VALOR	2000	2015
Puerto Viejo (TALAMANCA)	8,4	15,2	Carmen (SAN JOSÉ)	201,7	280,3
Sixaola (TALAMANCA)	9,7	15,3	Oriental (CARTAGO)	81,3	198,1
Carrandí (MATINA)	12,0	16,2	Santo Domingo (STO DOMINGO)	84,0	176,2
San Felipe (ALAJUELITA)	10,6	18,6	Anselmo Llorente (TIBÁS)	55,1	163,5
Patarrá (DESAMPARADOS)	12,3	18,7	Mata Redonda (SAN JOSÉ)	94,2	161,9
Sabana Redonda (POÁS)	15,4	19,7	Catedral (SAN JOSÉ)	90,8	158,1
Valle La Estrella (LIMÓN)	11,3	20,5	Heredia (HEREDIA)	77,1	151,9
Uruca (SAN JOSÉ)	17,3	21,2	Guadalupe (GOICOECHEA)	73,8	151,3
Pacuarito (SIQUIRRES)	11,9	21,3	Zapotal (NANDAYURE)	36,8	149,5
San Carlos (TARRAZÚ)	11,0	21,7	Puntarenas (PUNTARENAS)	58,3	146,0
San Isidro (LEÓN CORTÉS)	16,7	21,9	San Antonio (NICOYA)	55,5	143,6
Bratsi (TALAMANCA)	10,5	22,0	San Juan (TIBÁS)	66,5	143,0
Toro Amarillo (VALVERDE VEGA)	12,1	23,0	Occidental (CARTAGO)	54,7	133,6
Duacarí (GUÁCIMO)	11,4	23,3	San Ramón (SAN RAMÓN)	58,8	130,6
Colorado (POCOCÍ)	10,8	23,9	Líbano (TILARÁN)	47,0	129,8

FUENTE: CCP, 2003.

Una mejor visión del comportamiento espacial de este índice puede apreciarse en los Mapas 2.2 y 2.3. Lo más sorprendente del análisis comparativo es el corto periodo de tiempo y lo rápido del avance del proceso; en el 2000 la mitad de los distritos reportan valores iguales o inferiores a 22,6 pero quince años después este valor no alcanza siquiera el percentil 25. Los intervalos empleados en ambos mapas son semejantes, para facilitar la comparación, y se basan en lo observado en el 2000, utilizando como límites superiores los promedios de los distritos definidos como rurales, el promedio nacional, de los distritos urbanos y de los ubicados en el Área Metropolitana. La distribución resultante es bastante asimétrica concentrada en las primeras clases para el año 2000, pero la concentración es muy acentuada en la última clase para el 2015 (Cuadro 2.4). Lo acelerado del proceso es evidente, con las salvedades de los supuestos implícitos de las proyecciones de población.

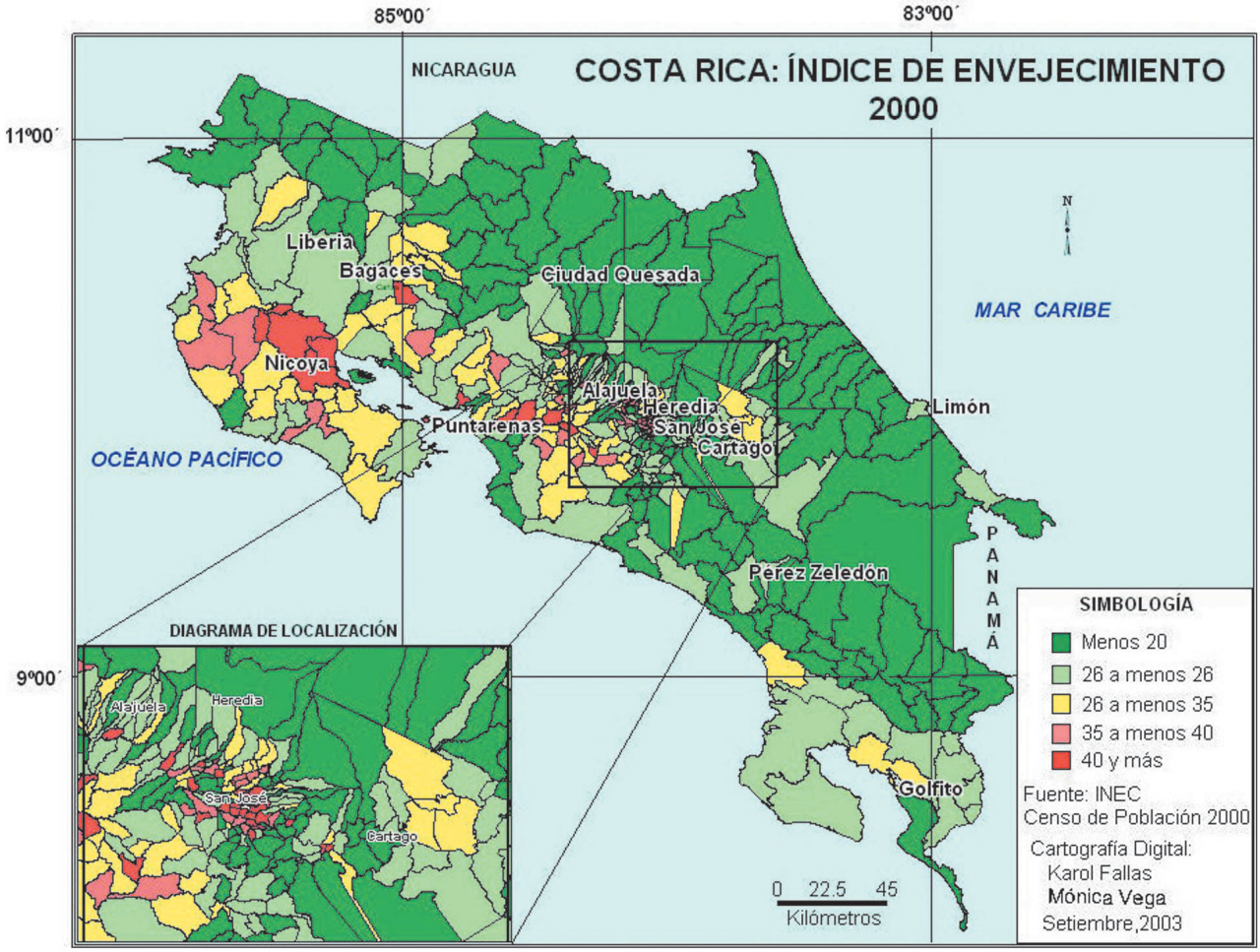
CUADRO 2.4

COSTA RICA. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO
2000 y 2015

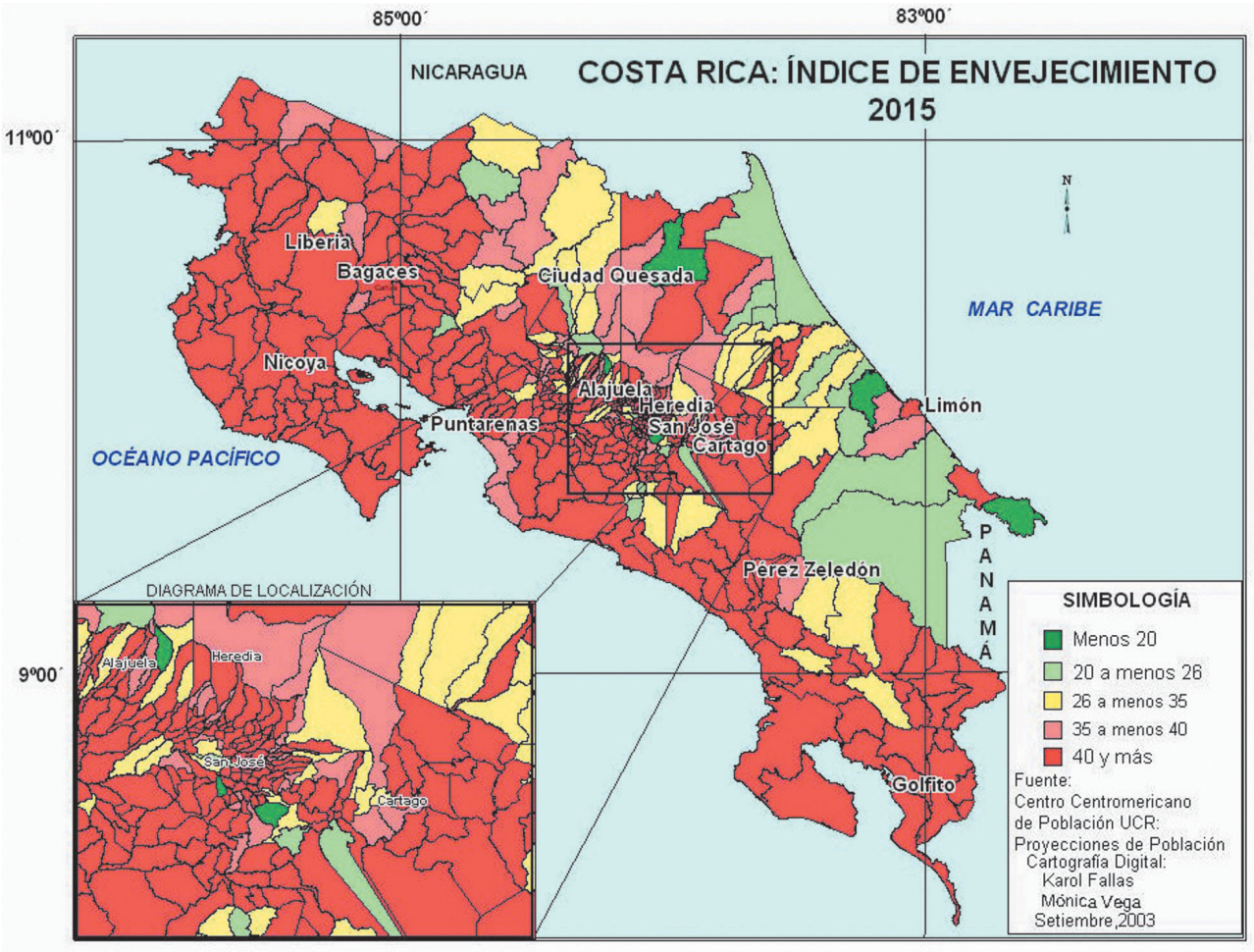
	2000	2015
Menos de 20 (media rural 2000)	161	6
20 a menos de 26 (media nacional 2000)	137	16
26 a menos de 35 (media urbana 2000)	87	52
35 a menos de 40 (media AMSJ 2000)	30	47
40 y más	44	338
Total	**459**	**459**

FUENTE: CCP, 2003.

El análisis distrital del avance en el proceso de envejecimiento medido a través de este índice denota lo envolvente de su comportamiento, únicamente los distritos de la zona caribeña presentan un crecimiento más moderado, con excepción de aquellos con una mayor concentración urbana. La zona central y todos los distritos cercanos y en la línea costera del Pacífico tienen elevados valores de este índice. El valor promedio a nivel distrital más que se duplica en este periodo. Quizás lo más relevante de la inspección de los mapas que representan el índice de envejecimiento en el espacio geográfico es que este proceso es generalizado y no presenta diferencias sustanciales en el ámbito distrital, a excepción de los ubicados en zonas rurales, de mayor dificultad de acceso y que tienen todavía alguna atracción de inmigrantes por las actividades agropecuarias allí desarrolladas.



MAPA 2.2 COSTA RICA. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO, 2000.



MAPA 2.3 COSTA RICA. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO, 2015.

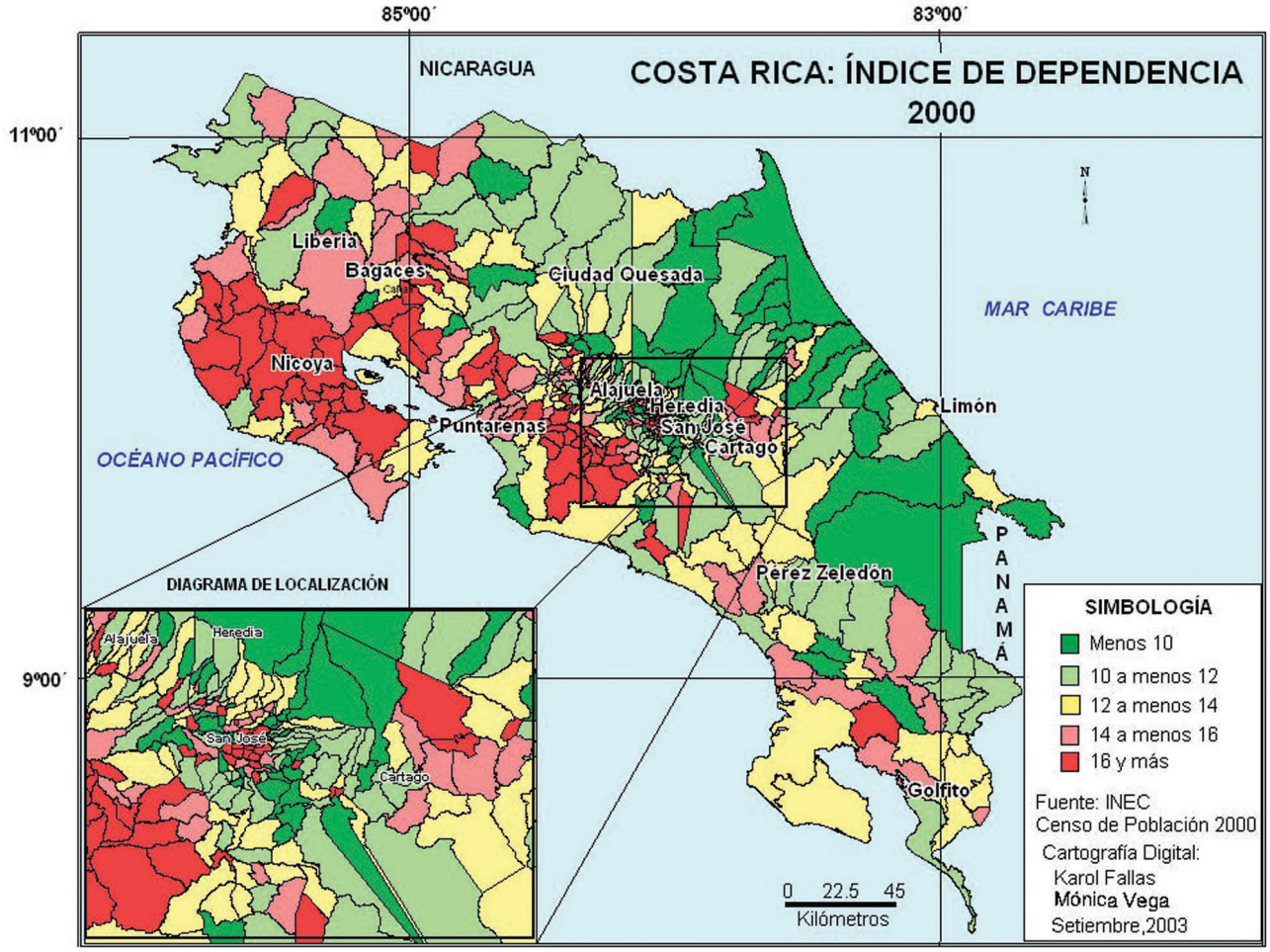
El análisis geográfico a nivel distrital del índice de dependencia es también relevante por la carga demográfica que representan las personas adultas mayores (Cuadro 2.5). La dispersión en el espacial permite analizar la evolución del proceso en las distintas zonas del país. Al igual que el índice de envejecimiento se calculó para el Censo 2000 y las proyecciones de población del 2015. La representación en mapas llevó a definir, en primera instancia, intervalos basados en la distribución para el año 2000. El comportamiento no es tan asimétrico como el índice de envejecimiento, pero no muestra diferencias apreciables por zonas geográficas, situación que obligó a definir los intervalos con un criterio distinto, basado en la dispersión y en la frecuencia para el año 2000. Importante es notar el cambio vertiginoso que tiene esa distribución quince años después, situación reflejada en los Mapas 2.4 y 2.5. Este índice para el 2000 muestra zonas con valores más altos para la parte baja de la Península de Nicoya y un eje de distritos cerca de la costa pacífica que va de Abangares a Turrubares, al igual que algunos distritos en el sur del país. En el 2015 varía diametralmente pues la inmensa mayoría de distritos alcanzan o superan aquella situación, excluyendo a gran parte de los distritos ubicados en la región caribeña.

CUADRO 2.5

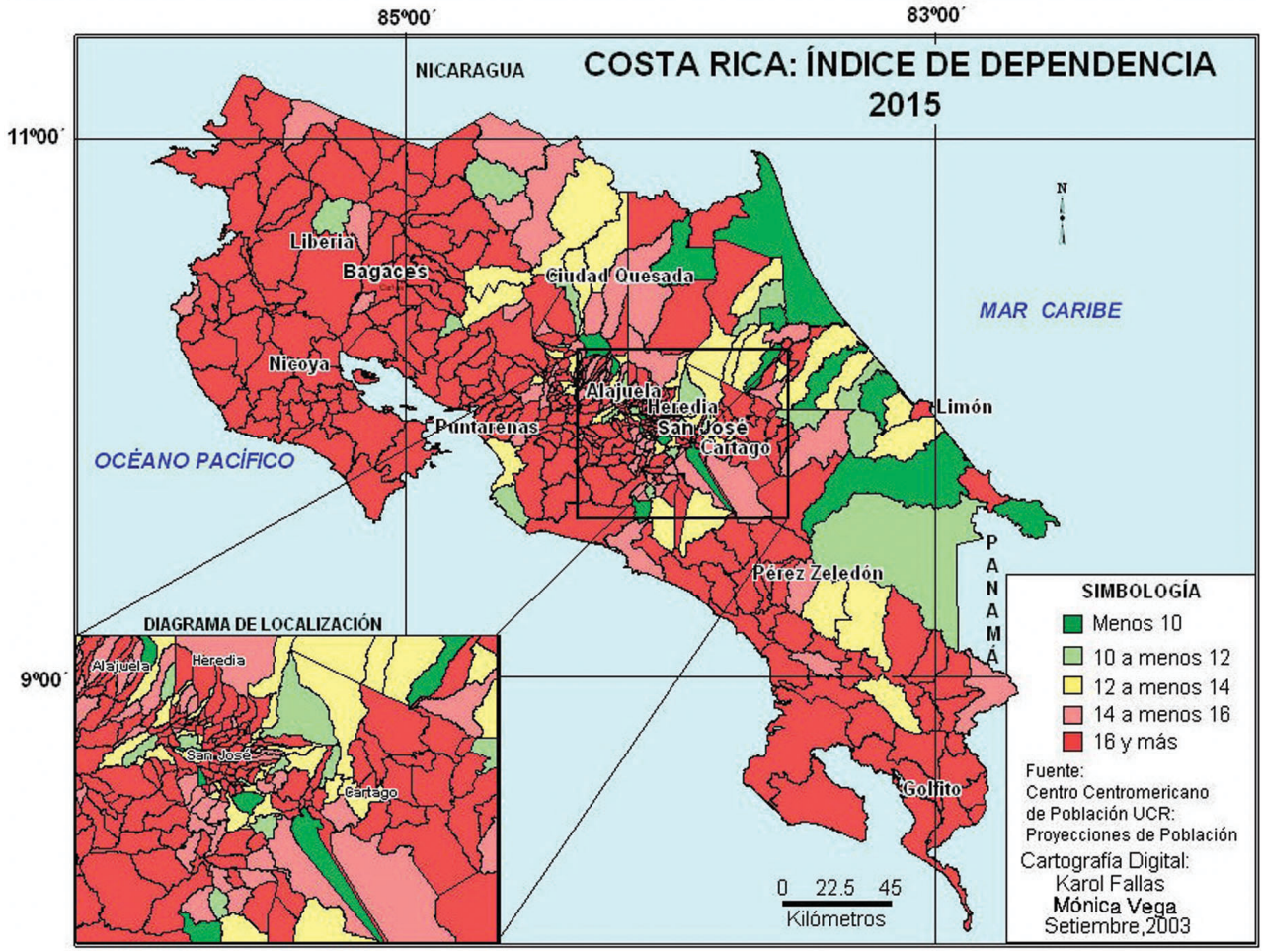
COSTA RICA. ÍNDICE DE DEPENDENCIA
2000 y 2015

	2000	2015
Menos de 10	65	15
10 a menos de 12	108	19
12 a menos de 14	114	51
14 a menos de 16	68	62
16 y más	104	312
Total	**459**	**459**

FUENTE: CCP, 2003.



MAPA 2.4 COSTA RICA. ÍNDICE DE DEPENDENCIA, 2000.



MAPA 2.5 COSTA RICA. ÍNDICE DE DEPENDENCIA, 2015.

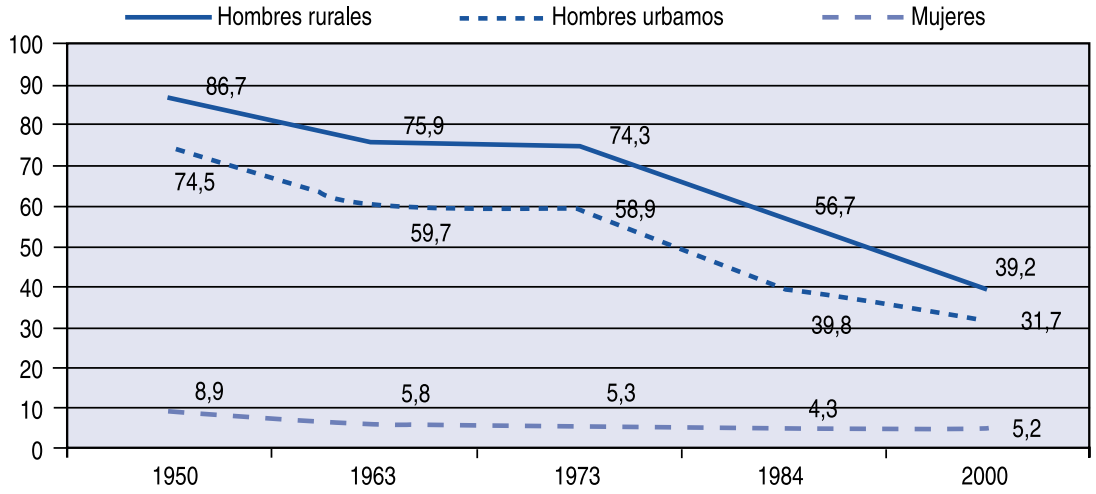
2.4 ¿QUÉ MEDIOS DE SUBSISTENCIA TIENEN?

La calidad de vida de las personas adultas mayores está indudablemente asociada con la posibilidad de tener acceso a recursos suficientes para enfrentar su vejez en forma sana y activa. Disponer de ingresos es, por tanto, fundamental y éstos provienen de tres fuentes: pensiones y otras transferencias sociales (subsidios, ayudas comunitarias), mercado (salarios, ingresos por rentas) y trasferencias familiares (Guzmán, 2000; p. 14). La disposición de ingresos propios es de mucha relevancia para las personas de edad porque les permite decidir su forma de convivencia e indudablemente es un factor asociado con su aceptación en hogares formados por sus descendientes y familiares.

Las fuentes de ingreso más corrientes de las personas adultas mayores son las pensiones y las remuneraciones por el trabajo realizado. Los aportes de los hijos resultó ser la fuente más corriente de ingresos únicamente para las mujeres de edad más jóvenes, pero poco más de una tercera parte de mujeres (38 por ciento) y alrededor de la mitad de ese porcentaje en el caso de hombres, no reciben ingresos regularmente. En el caso de los ancianos que reciben ingresos, estos se les cataloga de muy reducidos (CELADE, 1990). Esta situación pone en desventaja a este grupo poblacional para lograr un adecuado bienestar en esta etapa de la vida.

GRÁFICO 2.4

TASAS DE PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA
DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR SEXO Y ZONA
1950, 1963, 1973, 1984 y 2000



FUENTE: INEC. Censos de Población del año correspondiente.

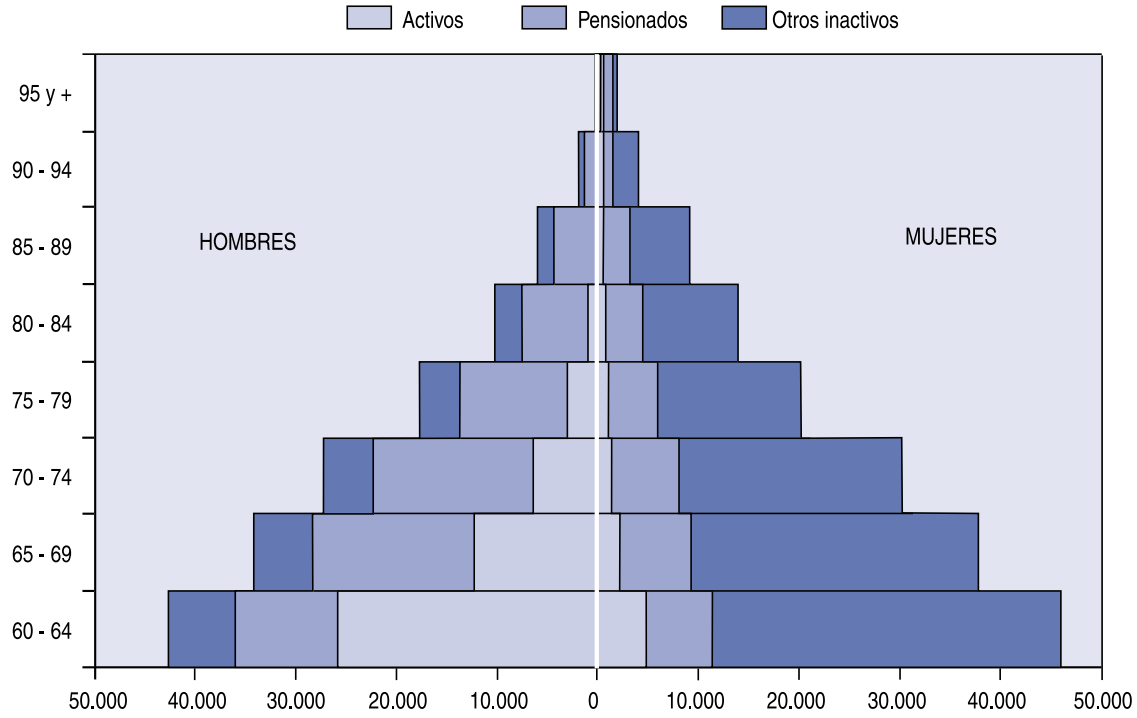
La permanencia en la actividad económica constituye una situación que podría interpretarse en dos vías: por un lado el sentirse en capacidad de aportar le genera calidad a sus vidas retrasando su salida del mundo laboral y, por otra parte, podría ser que lo escaso de sus ingresos les obligue a mantenerse activos.[10] Los niveles de permanencia de las personas de edad en la población económicamente activa muestran un descenso sostenido desde 1950, aunque siempre mayor para los hombres de la zona rural (Gráfico 2.4). La tasa de participación de los hombres descendió a poco más de la mitad en medio siglo, situación que de alguna manera denota presión social por la jubilación. La participación decreciente está asociada con una dependencia cada vez mayor de transferencias del Estado y de sus familiares. Este panorama es radicalmente distinto para las mujeres, pues su participación en la actividad económica difiere muy significativamente. Algo interesante es que el porcentaje de mujeres activas, reportadas en los cinco últimos censos, permanece sin fuertes alteraciones en medio siglo.

La condición de actividad por grupo quinquenal de edad y sexo muestra una permanencia importante de hombres en la actividad económica hasta cumplir los 65 años, edad a partir de la cual se reduce aceleradamente (Gráfico 2.5). A partir de esa edad los pensionados y rentistas tienen proporcionalmente un peso superior para los hombres y el grupo que queda descubierto es proporcionalmente pequeño. No obstante, la situación para las mujeres difiere radicalmente, pues el grupo descubierto (no trabajan ni reciben pensión) es siempre el mayoritario en todos los quinquenios de edad. El rol asignado a la mujer en nuestra sociedad como trabajadora en el hogar se perpetúa más allá de los 60 años, lo cual se evidencia en una mayoría absoluta entre las mujeres de la tercera edad declaradas así en el Censo 2000.

10. Las fuentes de información empleadas aquí no permiten aclarar este punto, exigiría un estudio particular dirigido a las personas de la tercera edad activas.

GRÁFICO 2.5

COSTA RICA. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS DE EDAD POR SEXO, GRUPOS DE EDAD Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD 2000



FUENTE: INEC y CCP, Censo de Población 2000.

Una tercera parte de los hombres de edad estaban incorporados en la actividad económica en el 2000 y poco menos de la mitad (46 por ciento) disponía de una pensión o de rentas propias. Un grupo aún considerable (20,4 por ciento) estaban desprotegidos en el sentido de no contar con ingresos propios, auque fuesen insuficientes (Cuadro 2.6). Tal como es de esperar, esta composición es bastante diferente por grupo de edad, pues se mantenían activos una muy pequeña parte de los hombres después de los 80 años y se incrementa bastante la proporción de pensionados y un poco la del sector desprotegido. Esta información implica, sin considerar si los montos son suficientes o no, que poco más de una tercera parte de los hombres con 80 años y más no tiene acceso a una pensión o renta propia, con las implicaciones de dependencia que esto conlleva.

La situación para las mujeres en la tercera edad es sustancialmente distinta en términos de la disponibilidad de ingresos, sea por mantenerse económicamente activas o pensionadas. Es bastante escasa la proporción de mujeres en la actividad económica y prácticamente solo en el primer quinquenio. La gran mayoría se declara trabajadora del hogar, perpetuando el rol ocupado en edades jóvenes e indicando que el paso a la tercera edad no modifica este comportamiento. Esto es más evidente por el hecho de que casi la mitad de las mujeres de 80 años y más se declaran como trabajadoras en el hogar. La proporción de pensionadas es menos de la mitad de los hombres, situación que las deja en aparente desventaja social, al tener que depender económicamente de otros.

CUADRO 2.6

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD Y SEXO, POR GRUPO DE EDAD
2000

	CONDICIÓN ACTIVIDAD	TOTAL	60 - 79 AÑOS	80 AÑOS Y MÁS
HOMBRES	**TOTAL**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	Trabajó	33,9	37,7	10,2
	Pensionado/rentista	45,7	43,0	62,9
	Trabajó en hogar	5,8	5,6	6,6
	Otro	14,6	13,7	20,2
MUJERES	**TOTAL**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	Trabajó	5,0	5,6	2,0
	Pensionado/rentista	20,5	18,9	29,3
	Trabajó en hogar	69,4	72,0	55,1
	Otro	5,1	3,5	13,7

FUENTE: INEC. Censo de Población 2000.

El Gobierno Costarricense tiene una participación marginal en la atención de las personas de edad, limitada a las pensiones (cubren al 45 por ciento de la población de 65 años y más) y a algunos programas orientados a la salud y recreación. Las pensiones de fondos no contributivos[11] son las más difundidas, ya que benefician a más de la mitad de las mujeres y a poco más de la tercera parte de los hombres que indicaron recibir pensión. Estas pensiones constituyen un programa social dirigido a los ancianos en condiciones de pobreza, que no recibían otro tipo de ingreso y benefician predominantemente a ancianos de las zonas rurales y de edades avanzadas (CELADE, 1990). Esta situación evidencia los problemas que atraviesa este sector poblacional, pues sus condiciones de vida están limitadas por la disponibilidad de ingresos, los cuales tendrán que destinarlos al consumo inmediato como apoyo a la familia con que residen.

Una aproximación a los problemas de inequidad y pobreza enfrentados por las personas de edad puede hacerse utilizando la metodología de necesidades básicas insatisfechas[12] (Trejos y Méndez, 2002). Este enfoque es muy útil pero debe tenerse presente que es aplicado al hogar y no a las personas individualmente, lo cual podría invisibilizar la verdadera situación de este sector poblacional. La tenencia de bienes muebles (la vivienda entre ellos) puede hacer que las personas de edad la compartan con los núcleos familiares de sus progenitores o al contrario, que los progenitores en mejor condición socioeconómica los acojan.

11. Este tipo de pensión se otorga a las personas mayores de 65 años que viven en condiciones de pobreza y que no disponen de ingresos propios, no se requiere haber contribuido mediante cuotas durante la vida laboralmente activa. En realidad constituyen una especie de bono de subsistencia por lo reducido del monto (alrededor de US$ 32 mensuales).

12. Esta metodología es una forma alternativa de medir la pobreza, aunque la mide más en términos estructurales pues se refiere a la acumulación de recursos para proveerse de servicios y bienes que aseguren estándares mínimos de calidad de vida. En esta sección se tratará indistintamente como hogares carenciados o pobres.

CUADRO 2.7

PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES CONVIVIENDO EN HOGARES CON CARENCIAS. SEGÚN CARACTERÍSTICAS, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
2000

CARACTERÍSTICA	60 - 79			80 Y MÁS		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Personas de edad con carencias	**91.119**	**45.703**	**45.416**	**17.043**	**7.830**	**9.213**
TOTAL	**35,9**	**37,1**	**34,8**	**38,7**	**40,1**	**37,6**
RELACIÓN CON JEFE						
Jefe/a	38,2	36,8	41,1	43,5	41,1	46,9
Cónyugue	31,3	34,9	31,1	37,0	38,1	36,8
Otro	34,1	39,9	30,9	32,8	37,8	30,5
ESTADO CONYUGAL						
Unido/a	52,4	53,8	49,9	52,6	54,3	49,0
Casado/a	30,6	31,4	29,6	36,4	36,5	36,2
Separado/a	45,8	49,9	42,9	47,4	50,6	43,2
Divorciado/a	28,0	31,6	25,6	30,3	34,6	27,3
Viudo/a	38,0	39,0	37,8	37,7	38,8	37,3
Soltero/a	42,7	50,0	38,0	41,9	49,2	38,5
TIPOLOGÍA DE HOGAR						
Unipersonal	54,2	52,0	56,2	58,5	54,4	60,9
Conyugal	27,1	26,7	27,5	34,6	34,7	34,6
Nuclear	31,4	34,1	28,3	37,7	37,5	38,0
Extenso	38,1	40,9	36,2	35,0	39,7	32,3
Compuesto	40,0	43,7	36,2	40,0	43,0	35,9

FUENTE: INEC. Censo de Población 2000.

La residencia en hogares catalogados con carencias resulta elevada y preocupante para este sector poblacional, desde la perspectiva de equidad y considerando que ya han pasado sus años activos contribuyendo con la construcción de la sociedad en que vivimos. Poco más de una tercera parte de las personas adultas mayores en el 2000 convivían en hogares con algún tipo de carencia, aspecto asociado con la presencia de pobreza más de tipo estructural. Inspeccionando características de estas personas (Cuadro 2.7) se nota que la pobreza afecta ligeramente más a los hombres que a las mujeres y se incrementa al pasar de la tercera a la cuarta edad. Esto evidencia problemas relacionados con insuficiencia de las fuentes de ingreso, pues los hombres las tienen en forma abiertamente mayoritaria y por otra parte, que las mujeres están acogidas en núcleos familiares que en menor medida reportan carencias.

El análisis de otras características de las personas adultas mayores evidencia un deterioro en la condición de pobreza con la edad, esto es, al pasar de la tercera a la cuarta edad. Esto constituye una situación preocupante desde la perspectiva social y de la retribución que esta subpoblación merece, pues precisamente las edades más avanzadas demandan más atención y recursos. Ejercer la jefatura del hogar está asociado con una mayor incidencia de pobreza frente a la posición de cónyuge u otro tipo de relación con el jefe. La incidencia de pobreza es mayor si la jefatura recae en una mu-

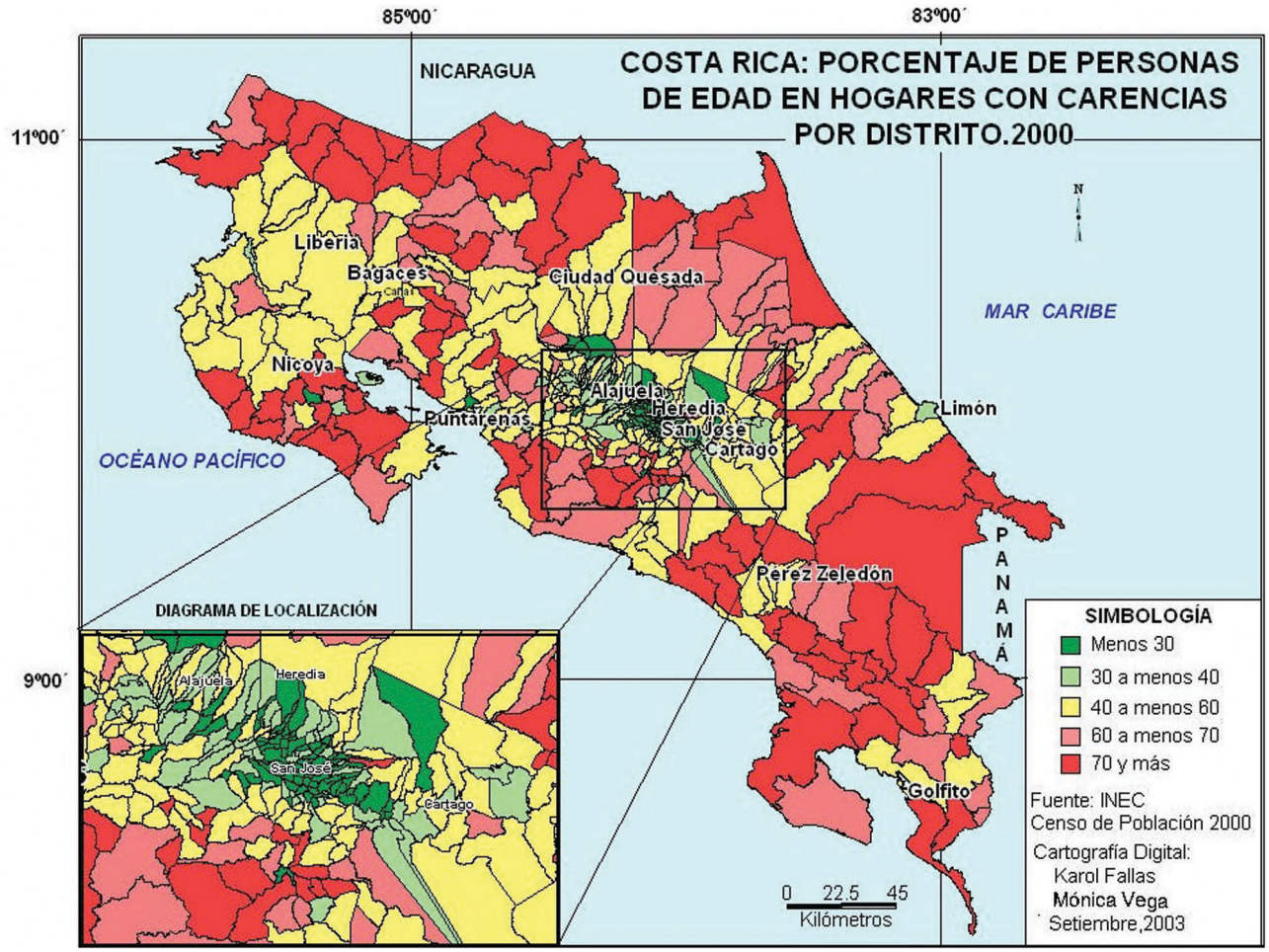
jer, tanto para las de menor edad como para las de la cuarta edad, y la incidencia es menor para los que ocupan otras posiciones jerárquicas en el hogar, diferencia que no es tan amplia en el caso de los hombres.

El estado conyugal de la persona adulta mayor marca diferencias en la incidencia de la pobreza. Alrededor de la mitad de los que conviven en unión libre y los separados califican en situación de pobreza, seguidos muy de cerca por los individuos solteros, contrastando notablemente con las personas casadas. Los hombres, en todos los estados conyugales y en ambos grupos de edad, en mayor medida conviven en hogares en situación de pobreza comparados con las mujeres. Estas diferencias no son elevadas, a excepción de los solteros y en segunda instancia los separados, pues prácticamente la mitad de esos adultos mayores masculinos solteros y separados viven en hogares con carencias.

Los arreglos residenciales de las personas adultas mayores están asociados con su calidad de vida, ya que las carencias enfrentadas alteran la elección deliberada del tipo de convivencia. La convivencia en forma unipersonal (solos) reporta la mayor incidencia de pobreza, pues más de la mitad de esas personas adultas mayores presentan situación de pobreza. Esta situación afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres y se incrementa de la tercera a la cuarta edad. Por otra parte, la convivencia en hogares de tipo conyugal o nuclear tiene los menores niveles de pobreza y las diferencias entre hombres y mujeres no es tan pronunciada, pero sí se incrementa para las personas de edad de 80 años y más. Por último, los arreglos residenciales extensos o compuestos tienen mayor nivel de personas de edad con carencias, pero no son tan pronunciadas las diferencias entre sexos ni entre los dos grupos de edad considerados. Esto pone de manifiesto que la convivencia en hogares de tipo conyugal (la pareja sola) tiene una menor incidencia de pobreza y que ésta crece sustancialmente cuando la persona adulta mayor forma parte de un hogar extenso o compuesto y más aún si tiene que vivir en forma unipersonal. La residencia en hogares de tipo independiente para las personas mayores (unipersonal, conyugal o nuclear) incrementa la incidencia de pobreza al pasar a la cuarta edad y se mantiene estable en las convivencias más dependientes (hogares extensos y compuestos).

Una perspectiva interesante es la distribución espacial de este sector de población que convive en hogares con carencias, pues evidencia claras desigualdades geográficas. Los datos revelan que entre más rural y alejado del Área Metropolitana se encuentre, mayor es la proporción de personas de edad conviviendo en pobreza. En las zonas rurales de la Región Central –y en las urbanas del resto del país– la proporción en situación de pobreza más que duplica a la del Área Metropolitana, y en el resto del país rural esa proporción se triplica. Es importante tener presente que la proporción de hogares con carencias a nivel distrital (Mapa 2.6) está afectada por la cantidad de personas de edad residentes, pues los distritos más rurales residen menos ancianos y a la vez son estos los que tienen mayor incidencia de pobreza.[13]

13. Los diez distritos que reportan la totalidad de las personas de edad conviviendo en situación de pobreza tenían en total 804 personas de 60 años y más.



MAPA 2.6 COSTA RICA. PORCENTAJE DE PERSONAS CON CARENCIAS POR DISTRITO, 2000.

La residencia en distritos más alejados de los centros urbanos principales conlleva problemas de acceso y atención hacia esta población. Los distritos con mayor incidencia de personas de edad que conviven en hogares con carencias se ubican mayoritariamente en la periferia del país, con mayor énfasis a lo largo de toda la zona fronteriza norte, la parte baja de la Península de Nicoya, algunas áreas del Pacífico Central, la gran mayoría de la Zona Sur y secciones importantes de la región caribeña. En estos distritos más de la mitad de las personas de edad residen en hogares calificados como carenciados. Los distritos ubicados en la parte central del país son los que muestran la mejor situación en este aspecto y los ubicados alrededor de otros centros urbanos importantes tienden a tener una situación intermedia. Esta inequidad geográfica no es particular de esta subpoblación, sino que se asocia con la distribución de los hogares carenciados sin personas de edad, lo cual no justifica la desatención a esta situación por las responsabilidades sociales hacia las personas de edad.

2.5 ¿QUIÉNES VIVEN CON LAS PERSONAS DE EDAD?

El arreglo de convivencia de las personas es el resultado de la concurrencia simultánea de un conjunto de factores que cambian con la edad, la disponibilidad de recursos y otros aspectos de la persona adulta mayor. En la mayoría de las situaciones, la persona de edad no planifica abiertamente su forma de convivencia, no existe una cultura para ello. Parece existir un acuerdo social, unido a la expectativa de esas personas ancianas, que corresponde a sus descendientes velar por ellos y ellas durante su vejez. No obstante, los cambios ocurridos en las últimas décadas en la composición de las familias, con relación a su tamaño y rol, afectan esas expectativas y la forma en que tradicionalmente la sociedad asumía el cuidado de las personas de edad. Los cambios en la dinámica familiar de la época moderna involucran la incorporación, cada vez más amplia, de los miembros adultos en la actividad laboral, situación de la cual la mujer que vive en pareja no escapa. La presencia de personas adultas mayores en el núcleo familiar requiere de atención, compañía y cuidados especiales, en particular cuando su edad avanza. En una familia joven esta actividad tendría que compartirse, por lo que de alguna manera compite con la crianza de los hijos, lo que termina provocando roces entre miembros adolescentes y ancianos. Estos son algunos factores que inciden para que las personas de edad decidan tener sus propios espacios o, por la dificultad de hacerlo, les obliga a convivir en los hogares de sus familiares más jóvenes.

Las opciones enfrentadas por ancianos y ancianas son vivir de manera autónoma o en hogares multigeneracionales. La formación de este último tipo de hogares (con presencia de adultos y adultas mayores) obedece a la solidaridad intergeneracional, presente en dos vías. Por un lado, las dificultades de los hijos para independizarse promueven la solidaridad de la persona de edad con las generaciones más jóvenes acogiéndolos en su vivienda, mancomunando gastos y responsabilizándose por tareas domésticas. Además, los ancianos y ancianas con ingresos económicos también contribuyen a la economía familiar e incluso pueden asumir algunas responsabilidades hogareñas correspondientes a los núcleos familiares formados por sus hijos e hijas. Este aspecto es necesario reivindicarse en estudios sobre la tercera edad pues se desconoce la dimensión de su verdadero aporte. Por otra parte, las personas de edad cumplen un rol social relevante en la transmisión de los valores a las generaciones más jóvenes. La frecuencia con que se presentan estas estrategias de solidaridad entre generaciones no está cuantificada, más bien es predominante el enfoque del anciano o anciana demandante de cuidados de los miembros más jóvenes, pero sin considerar sus verdaderos aportes.

La presencia de personas adultas mayores de la tercera y cuarta edades en los hogares muestra algunas diferencias importantes en el 2000. Los hogares con presencia de personas en la cuarta edad son bastante escasos (4 por ciento) y en la mayoría de los casos únicamente convive una persona de esa edad en el hogar. Las personas de edad entre 60 y 79 años están presentes en poco más de una quinta parte de los hogares costarricenses. Ambas situaciones se han mantenido casi inalterables en el último cuarto de siglo (Cuadro 2.8). En la gran mayoría de los casos de hogares compartidos con personas de edad tan solo vive una, incluyendo los hogares formados por uno solo (unipersonales). Es interesante observar en ambos subgrupos de edad la tendencia, lenta pero consistente, de disminuir la presencia de un solo anciano en los hogares. En esto interviene las mejoras en las tecnologías médicas, que contribuyen a una menor mortalidad e incidien en una sobrevivencia más prolongada de la pareja.

CUADRO 2.8

DISTRIBUCIÓN DE HOGARES SEGÚN PRESENCIA DE PERSONAS DE EDAD RESIDENTES SEGÚN GRUPO DE EDAD
1973, 1984 y 2000

	60 - 79 AÑOS			80 AÑOS Y MÁS		
	1973	1984	2000	1973	1984	2000
HOGARES	330.857	513.487	960.098	330.857	513.487	960.098
% con personas de edad	21,7	20,6	20,4	3,2	3,6	4,2
Hogares con personas de edad	71.672	105.927	196.073	10.752	18.730	40.347
Uno	74,9	72,6	71,4	94,3	92,6	90,5
Dos	23,7	26,1	27,5	5,6	7,1	9,1
Tres o más	1,4	1,3	1,0	0,1	0,3	0,5
Con solo personas de edad	8.825	17.320	43.969	969	2.142	6.603
% del total de hogares	2,7	3,4	4,6	0,3	0,4	0,7
% de hogares con personas de edad	12,3	16,4	22,4	9,0	11,4 16,4	
% unipersonales	62,5	58,8	58,5	92,7	86,7	85,0

FUENTE: INEC. Censos de Población.

La convivencia simultánea de personas adultas mayores en hogares con otros miembros más jóvenes, consistente con lo anterior, se ha incrementado prácticamente en la misma cantidad con que ha disminuido la residencia de tan solo uno (Cuadro 2.9). La presencia simultánea de tres personas de edad en un mismo hogar es bastante escasa, no superando el 1 por ciento del total de hogares con personas de edad residentes en ellos en el periodo de análisis. La proporción de hogares con solo presencia de personas de edad se duplicó entre 1973 y 2000 para los dos subgrupos de edad considerados. Poco más de una quinta parte de los hogares con personas adultas mayores entre 60 y 79 años residentes son núcleos de exclusivamente personas de edad en el 2000, sin embargo en la mayoría de esos casos el anciano o anciana vive solo. Por otra parte, alrededor de una sexta parte de los hogares con personas de la cuarta edad constituyen conglomerados con solo personas de 80 años y más y en la gran mayoría se trata de hogares unipersonales. Esto tiene dos aristas, por un lado el deseo de la persona de edad de vivir solo o con otros ancianos como una manifestación de su autonomía, pero por otro lado podría ser el resultado de un rechazo implícito en los núcleos familiares de sus descendientes.

La preferencia de la persona de edad por su estilo de convivencia no está clara y no se conocen de manera certera los factores determinantes. De hecho varía con la edad del anciano, su capacidad económica, su nivel de funcionalidad, la incidencia de enfermedades, normas culturales vigentes en la sociedad, entre otros. No es parte de nuestra cultura planificar lo que se hará al tener 60, 70, 80 o 90 años, ni qué opciones se tomarán para enfrentar esos años sin un cónyuge o si adicionalmente se tendrá problemas de funcionalidad o de enfermedades crónicas. La resolución del problema del cuidado de los ancianos y ancianas se lleva a cabo mediante estrategias de solidaridad entre generaciones. Las redes de apoyo no son todavía muy conocidas, pero los cambios en los tamaños de las familias implicarán cambios sustanciales en los arreglos familiares de los ancianos y ancianas en el futuro. Las necesidades de las personas ancianas, aún sin problemas de enfermedad y funcionalidad, son cualitativamente distintas a las de los miembros de otras edades.

CUADRO 2.9

POBLACIÓN ADULTA MAYOR
SEGÚN TIPOLOGÍA DE HOGAR DE RESIDENCIA, POR GRUPO DE EDAD
1973, 1984 y 2000

TIPOLOGÍA HOGAR	60 - 79 años			80 años y más		
	1973	1984	2000	1973	1984	2000
Número de personas de edad	**92.319**	**137.392**	**258.626**	**11.529**	**20.752**	**45.728**
TOTAL	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Unipersonal	6,1	7,5	11,2	7,8	9,0	12,3
Conyugal	9,5	12,3	17,6	7,4	9,6	12,0
Nuclear	25,1	25,7	28,6	10,9	13,9	16,6
Extendido	50,2	46,5	37,4	61,7	55,5	49,6
Jefe/Cónyuge	30,9	29,7	24,8	20,5	16,1	15,0
Padres/Suegros	*	11,0	8,3	*	29,9	27,4
Otro(a)	19,3	5,8	4,3	41,1	9,5	7,2
Compuesto	7,5	6,9	4,5	8,6	8,6	5,9
Jefe/Cónyuge	4,1	4,2	2,7	2,6	2,9	2,2
Padres/Suegros	*	0,7	0,4	*	2,3	1,4
Otro(a)	3,3	2,1	1,3	6,1	3,5	2,3
Colectivos	1,6	0,9	0,7	3,7	3,5	3,6

* En 1963 no se incluyó esta categoría para la variable relación con jefe.

FUENTE: INEC.

La tipología de hogar se define por la relación de parentesco entre los miembros del hogar, la cantidad de miembros y el estado conyugal. La proporción de ancianos y ancianas que viven solos es baja, incrementándose significativamente en los años que cubren los tres últimos censos de población y en mayor medida para las personas de 80 años y más. Esta baja proporción indica que en nuestra sociedad la persona anciana aparentemente no es dejada de lado y existe cierta responsabilidad implícita de sus familiares por su atención. La convivencia únicamente con la pareja es también baja y prácticamente se duplica en el último cuarto del siglo pasado, para ambos grupos de edad considerados. Adicionalmente, alrededor de una cuarta parte de las personas de edad entre 60 y 79 años formaban parte de hogares nucleares, situación que se incrementa pero no varía sustancialmente en ese periodo. La proporción de personas en la cuarta edad que conviven en hogares nucleares (con la pareja y con hijos) se duplicó en ese lapso de tiempo, alcanzando a una quinta parte de los individuos de esas edades. Estas tres categorías son manifestación de una convivencia más autónoma para las personas adultas mayores que no les implica compartir con hogares multigeneracionales, ya que no solo más de la mitad del total residían en este tipo de hogares en el 2000 sino que este porcentaje es ligeramente mayor en el caso del subgrupo de 60 a 79 años.

La convivencia en hogares más complejos, tanto extendidos como compuestos, tiende a descender en el periodo de estudio y con disminuciones apreciables. Esto implica que socialmente no constituye una opción apetecida, pese a que mayoritariamente la persona adulta mayor ostenta el rango

de jefatura o cónyuge,[14] situación que disminuye para el grupo de edad de 80 años y más. Esto último de alguna manera asegura una mayor atención hacia la persona adulta mayor en el hogar, al continuar siendo considerado como cabeza de familia. Quizás el problema podría provenir por la circunstancia de tener que compartir con miembros de varias generaciones en el mismo hogar, y que los intereses se concentren en las necesidades de las generaciones más jóvenes. Resulta evidente la disminución apreciable de la convivencia en forma dependiente, así como el incremento de los hogares unipersonales de ancianos o ancianas en el período y la duplicación de las parejas solas de personas de edad, tanto para la tercera como para la cuarta edad. Este cambio lento en la forma de convivencia de los ancianos y ancianas es provocado por el incremento en la esperanza de vida (que eleva la cantidad de años con pareja), por el cambio en el rol de las nuevas familias formadas por sus descendientes (mayor incorporación de la mujer en la actividad económica y, por consiguiente, menor opción para atenderlos) y por las mayores posibilidades de redes de comunicación existentes en la actualidad.

Una reagrupación en una menor cantidad de categorías podría resultar más práctica. La primera categoría propuesta incluye a los y las ancianas que residen en forma autónoma (unipersonal y conyugal), sin la presencia de otros miembros, resultado de un proceso de la partida de sus descendientes a formar sus propios núcleos. Un segundo grupo incluye a los que residen exclusivamente con sus descendientes directos –hijos e hijas– siempre que la persona de edad ostente la posición de jefatura del hogar o de cónyuge del jefe. Una tercera categoría la formarían las personas adultas mayores que conviven en hogares extensos o compuestos pero manteniendo la posición de ventaja al seguir siendo considerados como jefes o cónyuges, y por último, la cuarta categoría la constituye los dependientes, producto de la aceptación u obligación social de los hijos e hijas casados de velar por sus progenitores cuando estos así lo requieren y, en los otros casos, más bien se trata de solidaridad social al compartir el hogar con otros familiares, predominantemente hermanos del jefe en edades ancianas (Cuadro 2.10).

Las personas de edad que conviven en hogares autónomos muestran una tendencia creciente a través de los años, con un salto en el último censo. Esta situación se presenta en los dos grupos de edad considerados y tanto para los hombres como para las mujeres. La convivencia autónoma ha sido más relevante a través de los censos para hombres que para mujeres, tanto para las personas de edad más jóvenes como para los de la cuarta edad. Tendencias similares se observan para las personas de edad que conviven en hogares de tipo nuclear. La convivencia en forma independiente (autónoma y nuclear) alcanza a más de la mitad de las personas adultas mayores en el grupo de edad más joven, tanto para hombres como para mujeres. Esta situación disminuye bastante al pasar a la cuarta edad, pero aún en ese grupo de edad la mitad de los hombres y una tercera parte de las mujeres conviven de manera independiente.

14. El uso de las variables relación con el jefe del hogar y estado conyugal conlleva errores de declaración, provocando problemas en la definición certera y objetiva de las categorías. Los censos no afinan la medición de estas dos variables, el jefe reportado obedece a la persona considerada como tal por razones de jerarquía familiar y de respeto. Es posible que algunos de estos ancianos considerados jefes no ejerzan la jefatura real del hogar, pudiendo alterar los resultados alcanzados. Sin embargo, el interés aquí es valorar la posición del anciano en el hogar, no necesariamente su aporte económico, por lo que considerársele como tal es suficiente para los fines aquí perseguidos.

CUADRO 2.10

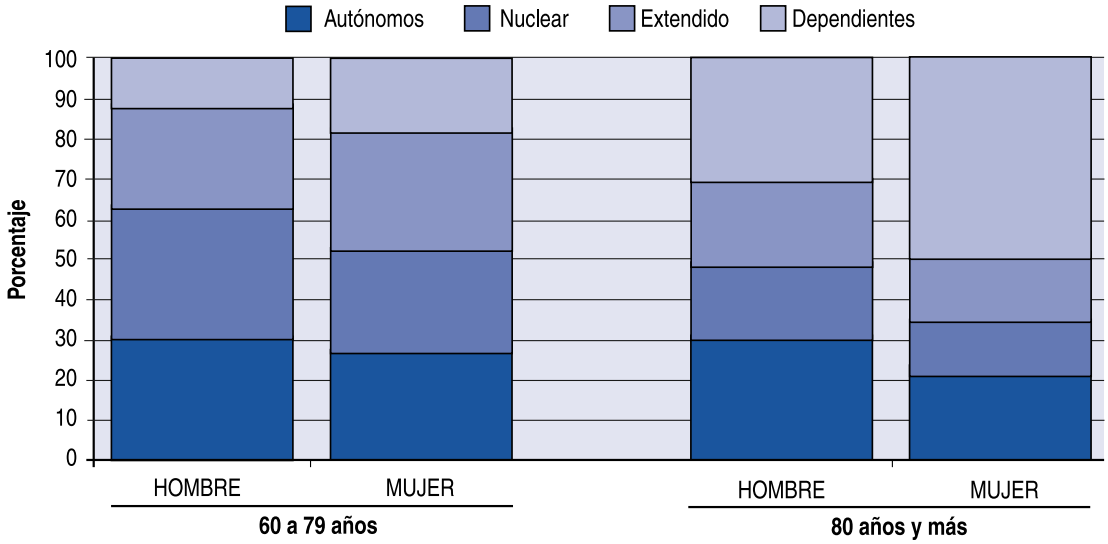
TIPOLOGÍA RESUMEN DE LA CONVIVENCIA
DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, SEGÚN SEXO
1973, 1984 y 2000

	TIPOLOGÍA	60 - 79 AÑOS			80 AÑOS Y MÁS		
		1973	1984	2000	1973	1984	2000
HOMBRES	Número de ancianos	46.142	67.150	123.239	5.681	9.587	20.294
	Autónomos	16,4	20,5	29,7	18,1	22,4	29,4
	Nuclear	31,4	30,8	32,3	15,6	17,2	19,7
	Extenso	35,7	34,6	26,5	27,7	22,8	19,5
	Dependiente	16,5	14,0	11,5	38,5	37,6	31,4
MUJERES	Número de ancianas	45.377	70.252	132.207	6.068	11.165	25.434
	Autónomos	13,3	19,2	26,1	11,9	15,3	20,3
	Nuclear	19,3	20,9	25,8	10,5	11,1	14,0
	Extenso	35,1	33,0	29,3	17,8	15,6	15,3
	Dependiente	32,4	26,9	18,9	59,8	58,1	50,4

FUENTE: INEC.

GRÁFICO 2.6

TIPOLOGÍA RESUMEN DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS
DE EDAD POR GRUPO Y SEXO
2000



La convivencia en hogares extensos y dependientes consecuentemente desciende con el paso de los años. La forma extensa presenta porcentajes bastante similares entre hombres y mujeres en el grupo de menor edad, pero en la dependiente han sido preponderantes las mujeres, duplicando los porcentajes observados para los hombres. En la cuarta edad, esta forma de convivencia resulta la preponderante para ambos sexos, pero siempre predominando para las mujeres. La apertura de los hogares a otros miembros, mayormente familiares, en hogares extendidos cubre a poco menos de una

quinta parte de las personas de la cuarta edad y muestra un descenso porcentual en el periodo de análisis. En el grupo de menor edad los porcentajes resultan mayores pero de igual manera muestran la tendencia a la baja. La opción menos frecuente –y que se incrementa con la edad– es la que representan para el anciano o anciana dependencia, alternativa que pareciera ser aceptada solo cuando las circunstancias lo ameritan, ya sea por insuficiencia de medios económicos para subsistir por sí solos, o por problemas relacionados con el surgimiento de enfermedades degenerativas e incapacidad para realizar las actividades del diario vivir, exigiendo cuidados especiales que deben ser proporcionados por miembros más jóvenes.

2.6 ¿QUÉ PROBLEMAS Y NECESIDADES ENFRENTAN?

Las características inherentes al proceso del envejecimiento humano llevan a considerar a este sector poblacional como un grupo social vulnerable. Precisamente la disminución de los ingresos y la atención de problemas de salud de enfermedades degenerativas contribuyen a esta situación. Una gran cantidad de ancianos costarricenses, especialmente mujeres, pese a no estar económicamente activos ni declarar estar buscando trabajo, considera necesario tener un empleo para solventar sus necesidades económicas. Esto indica que muchos ancianos no tienen solucionados sus problemas económicos pero que, a causa de la discriminación por edad, no creen factible obtener empleo (CELADE, 1990).

Las posibilidades para los ancianos de incorporarse en el mercado laboral son muy reducidas por la competencia con las generaciones jóvenes y por problemas típicos de esas edades (enfermedades y disfuncionalidades); la casi totalidad de las adultas mayores (95 por ciento) y casi dos terceras partes de los adultos mayores (64 por ciento) no formaban parte de la población económicamente activa en el 2000. Las menores opciones para ser aceptados en el mundo activo se originan de una conjunción de situaciones: provienen de épocas en que adquirieron escolaridades bajas, dificultades para adaptarse a las nuevas tecnologías, poca estimulación y valoración hacia las personas de edad como trabajadores. Los rápidos cambios tecnológicos de las décadas recientes conllevan una adaptación muy difícil para que los ancianos puedan competir con las generaciones más jóvenes por las opciones laborales existentes. Los problemas de salud se acentúan en esta época de la vida, constituyendo éste otro motivo para los empleadores de no incorporarlos. En un estudio llevado a cabo por IDESPO (véase IDESPO, 1980) en 1980, poco más de una tercera parte de los que fueron activos (37 por ciento) indicó desertar del mercado laboral por motivos de salud.

Los ingresos recibidos por las personas de edad incorporados en el mercado laboral parecen, sin embargo, insuficientes pues tres de cada cuatro ancianos recibía ayuda de sus hijos o de otros familiares, en forma de dinero, alimentación, medicinas o vivienda. Parece que, desde el punto de vista material, no se está dejando desamparado al anciano y que sus hijos responden a su "obligación moral" de velar por su subsistencia. No aclara la investigación del IDESPO si la tercera parte restante de ancianos no reciben ayuda por no requerirla o porque sus hijos no les auxilian en esta etapa de sus vidas.

La dependencia económica de las personas de edad difícilmente desaparece con los ingresos que perciben o las pensiones por jubilación. Los montos ordinariamente son bajos y el proceso inflacionario los desactualiza con el transcurrir de los años, resultando insuficiente para su auto atención. Las demandas legítimas de los ancianos están definidas al afirmar una amplia mayoría (68 por ciento) en la encuesta de IDESPO de 1980, que les corresponde a los hijos responsabilizarse de sus progenitores. Por otra parte un porcentaje aún mayor (84 por ciento) manifestó su deseo de vivir con sus familias.

Estos altos porcentajes de opinión confirman que los mismos ancianos tienen una perspectiva de la tercera edad como una etapa caracterizada por la dependencia de sus familiares. La sociedad y comunidad ofrecen pocas posibilidades reales para que puedan hacer algo por sí mismos y conforman una imagen de personas poco o escasamente capaces de hacer algo (Acuña, 1986). Poco más de la mitad reportó no saber qué tipo de ayuda podrían dar a personas de su misma edad si estuvieran en capacidad de hacerlo y una cuarta parte indicó que daría ayuda económica.

Las condiciones contribuyentes al aislamiento progresivo de los ancianos son variadas. La pérdida de los roles desempeñados cuando adultos, las dificultades para incorporarse activamente en el medio social en que se desenvuelven, patrones culturales referentes a la tercera edad, dificultades para aceptar las nuevas condiciones de vida y los cambios culturales (Acuña, 1986). Una tercera parte de las personas de edad indicaron tener un estado anímico triste, y otra tercera parte un poco feliz. Las razones principales que justifican ese estado son la salud deficiente, problemas económicos, la soledad y la necesidad de cariño. Por otra parte, los que indicaron sentirse muy felices lo justifican, primordialmente, por su buen estado de salud (43 por ciento) y el afecto de los hijos (29 por ciento).

El problema mencionado más frecuentemente por las personas de 60 años y más es la falta de dinero[15] (Cuadro 2.11). Esta situación no cambia susceptiblemente con la edad y difiere muy poco entre sexos. La soledad afecta en mayor medida a las mujeres, con diferencias apreciables, y tiende a agudizarse un poco más con el paso de los años. Los problemas de atención por parte del grupo familiar en que se inserta la persona adulta mayor fueron mencionados por alrededor de una quinta parte de las personas mayores; esa percepción por edad no varía en el caso de las ancianas pero sí disminuye para los ancianos en la cuarta edad.

En la mitad de los casos fue propiamente el anciano o anciana quien respondió la encuesta. La percepción de los problemas es mucho más elevada cuando los datos fueron suministrados propiamente por la persona de edad en comparación con el reporte de un familiar, con diferencias muy apreciables. Podría suponerse que esa situación se presenta por el hecho que los familiares tiendan a minimizar la problemática de estas personas ante un desconocimiento real de lo que a ellos les preocupa, falta de interés en conocer sus verdaderas preocupaciones y por eludir su responsabilidad social hacia ellos y ellas.

15. Esta información procede del módulo especial (para personas de 60 años o más) incluido en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1997.

CUADRO 2.11

PROBLEMAS DE LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO SEGÚN GRUPO DE EDAD E INFORMANTE
1997

SEXO	PROBLEMAS	AUTOINFORMANTE		OTRA PERSONA		TOTAL
		60 A 79	80 Y MÁS	60 A 79	80 Y MÁS	
HOMBRES	Falta de dinero	43,4	46,9	27,8	21,5	35,1
	Soledad	15,8	16,1	11,1	13,7	13,7
	Falta de vivienda	9,6	6,3	7,0	6,8	8,0
	Falta de atención o de cuidados	7,6	6,4	2,7	5,2	5,3
	Relaciones familiares	5,7	-	5,9	5,1	5,4
	Para permanecer en esta casa	4,3	2,2	3,4	2,1	3,6
	Maltrato físico o verbal	2,1	2,5	1,5	1,2	1,9
MUJERES	Falta de dinero	39,7	38,5	27,3	25,0	33,8
	Soledad	24,2	41,1	13,8	17,3	20,8
	Falta de vivienda	7,7	8,7	6,1	6,1	7,0
	Falta de atención o de cuidados	8,6	12,8	4,2	4,0	6,8
	Relaciones familiares	6,4	5,5	7,5	2,6	6,4
	Para permanecer en esta casa	2,9	2,5	3,3	3,5	3,1
	Maltrato físico o verbal	2,9	1,9	0,9	0,8	1,9

FUENTE: INEC, 1997.

El crecimiento de la población de la tercera edad y una mayor conciencia del problema del envejecimiento presionan socialmente por la aprobación de normas legales que les favorezcan, principalmente a través de la solidaridad de grupos organizados en la población para adoptar esquemas de obedecimiento obligatorio. En los últimos años ha ingresado a la corriente legislativa una serie de proyectos que persiguen estos propósitos (Recuadro 2.1). En su mayoría están orientados a la atención de la salud y el otorgamiento de algunos pocos beneficios económicos. Pese a estos esfuerzos realizados, la mayoría de estas iniciativas han sido archivadas, desestimándose la necesidad de emitir legislación específica para asegurar una mejor calidad de vida para las personas mayores.

La promoción de las personas de la tercera edad pretendida por muchas de estas iniciativas se sustenta en el argumento de que se han ignorado sus derechos, marginándoseles socialmente. El fin primordial es incentivar a las personas mayores para que se sientan útiles y reconocidas por el Estado y la sociedad. Sin embargo, en la mayoría de los casos los proyectos de ley se quedan en la intención de otorgar algunos beneficios exclusivos directamente a las personas de edad, por ejemplo el proyecto ley del ciudadano de oro establece el otorgamiento de descuentos del 25 por ciento en las tarifas de energía eléctrica, agua y teléfono, siempre y cuando la factura corresponda al titular del derecho y corresponda a su casa de habitación. Esto tiene varios inconvenientes pues no existen beneficios para las familias que aceptan en su seno a ancianos y discrimina a las mujeres viudas pues tradicionalmente los recibos están a nombre de los hombres. Excluye, por tanto, a las personas adultas mayores que no poseen vivienda y a los que viven en hogares en donde no ostentan el rango de jefatura, siendo estos los que probablemente más requieren este beneficio. La Ley 7972 incluye a los adultos mayores entre otros grupos sociales vulnerables y dota de recursos provenientes

Recuadro 2.1 PROYECTOS DE LEY INGRESADOS A LA CORRIENTE LEGISLATIVA RELACIONADOS CON LA TERCERA EDAD A PARTIR DE 1990

EXPEDIENTE	NOMBRE DEL PROYECTO	LEY INICIO	ESTADO ACTUAL
11153	Ley de Creación de la Defensoría Nacional del Anciano	feb-91	Archivado
11195	Ley de Protección a las Personas de la Tercera Edad	jul-91	Archivado
11531	Ley que establece beneficios a los ancianos	jul-92	Archivado
11608	Ley de concesión de descuentos y tarifas especiales para las personas de la tercera edad	ene-93	Archivado
11693	Ley de atención integral al anciano	ago-93	Archivado
11792	Código de la tercera edad	dic-93	Archivado
12265	Ley de creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor	jul-95	Dictaminado
12566	Exoneración de pago en los medios de transporte colectivo de personas a las personas mayores de 65 años	jun-96	Archivado
12812	Ley Integral para la Persona Mayor	feb-97	Ley 7935
12823	Ley general de promoción integral de las personas de la tercera edad	feb-97	Dictaminado
13172	Ley del Ciudadano de Oro	jul-98	Dictaminado
13175	Reformas Ley sistema financiero nacional para la vivienda, Ley 7052	ago-98	Ley 7950
13610	Código de la ancianidad y creación del Instituto Costarricense de la Tercera Edad	jul-99	Archivado
14041	Reforma Artículo 28 de la Ley Integral para la persona adulta mayor	jul-00	Orden día en Comisión
14151	Adición Artículo 7 bis al Capítulo I del No. 7935	oct-00	Orden día en Comisión
14300	Ley orgánica de creación del Instituto Nacional de Protección al Adulto Mayor	mar-01	Orden día en Comisión
14372	Creación cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor y otros grupos en riesgo social	ago-99	Ley 7972
14384	Ley para incentivar el empleo del adulto mayor	jun-01	Archivado
14504	Código de la ancianidad y creación del Instituto Costarricense de la Tercera Edad	oct-01	Orden día en Comisión

de cargas tributarias sobre licores, cigarrillos y cervezas para apoyar y ayudar a superar las necesidades de hogares de ancianos y centros diurnos de atención. Es interesante que se esta ley proponga, además de dar un impulso a programas en el ámbito familiar y comunal para generar apoyo, la organización y capacitación que estimule la presencia de las personas de edad en sus familias y comunidades.

El proyecto de Ley *Código de la Ancianidad* ha sido presentado en varias oportunidades y ha sido archivado. En el 2001 fue nuevamente presentado y está a la orden del día en comisión permanente; propone la creación de un ente estatal –denominado Instituto Costarricense de la Tercera Edad– que vele por proporcionarles un estatus social respetable, digno, seguro y les facilite atención adecuada en rehabilitación, salud, alimentación, seguridad, transporte y recreación. Tipifica como delito el abandono de un anciano por parte de su familia biológica o adoptiva, imponiendo penas de entre uno y cuatro años de prisión. Es interesante esta propuesta pues obliga a la familia la atención del anciano, pero por otro lado no se le otorga beneficios especiales por asumir esa función. La imposición de estas penas es solo una ilusión ya que el anciano en sentido estricto no tiene familia y de imponerse sanciones tendría que considerarse todos los núcleos familiares formados por sus descendientes.

Una ley recientemente aprobada pretende modificar las disposiciones legales que impiden a los adultos mayores ser sujetos de los beneficios otorgados por el Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, esto es, no ser sujetos de créditos para vivienda ni posibles beneficiarios del bono gratuito de la vivienda. Pese a la incorporación de las personas de la tercera edad como potenciales beneficiarios, se aclara que se refiere a familias de escasos recursos económicos –aunque no tengan núcleo familiar– no privilegiando a familias de estratos bajos con miembros de la tercera edad. La mera inclusión de la consideración de ser miembro de la tercera edad no asegura para nada que sean sujetos de recibir el bono de la vivienda

La *Ley Integral para la Persona Adulta Mayor* (No. 7935) estipula[16] que, en la medida de lo posible, las personas adultas mayores deben permanecer integradas a su núcleo familiar y a su comunidad, participando activamente en la formulación y ejecución de las políticas que afecten directamente su bienestar. Adicionalmente, dispone como deber de las instituciones y organizaciones sociales desarrollar programas con el fin de favorecer la permanencia de las personas adultas mayores dentro de la familia y la comunidad.[17] Esto denota el valor social y la responsabilidad asignada a la familia de proteger a sus miembros ancianos, pero no dejan de ser solo buenas intenciones al no establecer penas por el incumplimiento de esa función. Quizás el problema a mencionar es que las personas adultas mayores pierden lo que aquí se denomina núcleo familiar, pues los hijos forman los suyos propios. En lo relativo a vivienda se establece igualdad de oportunidades para las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia y se insta al Banco Hipotecario de la Vivienda para que promueva la adjudicación del derecho de uso y habitación de viviendas en favor de las personas adultas mayores que carezcan de ellas.[18]

16. Artículo 16.

17. Artículo 15, inciso (a).

18. Artículos 29 y 30.

Estas medidas plasmadas en las leyes aprobadas en realidad no dejan de ser buenos propósitos, ya que resulta bastante difícil ponerlas en ejecución y en otros casos no se favorece a los ancianos y ancianas que en realidad podrían estar requiriendo de apoyo estatal. Sin embargo, el problema más grave es que en ningún momento se está previendo el otorgamiento de beneficios para los núcleos familiares que incorporen ancianos, como retribución y estímulo por asumir esa función. En una sociedad en proceso de envejecimiento es necesario que las iniciativas sean más concretas, realizables y apunten hacia el verdadero mejoramiento de la convivencia de las personas adultas mayores. Este es un aspecto fundamental para el mejoramiento de su calidad de vida.

2.7 EN RESUMEN ¿CÓMO AVANZA EL ENVEJECIMIENTO Y CUÁLES SON ALGUNAS CONDICIONES EN QUE VIVEN LAS PERSONAS DE EDAD?

El envejecimiento de la población es un proceso demográfico mundial, identificado con el aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años que ocurre en los espacios geográficos, en periodos distintos y de acuerdo con la evolución de las otras variables demográficas (fecundidad, mortalidad y migración). Específicamente, es el resultado de la tendencia a la baja de la fecundidad y del incremento sustancial de la esperanza de vida de las personas de edad más avanzada. El impacto y las necesidades surgidas en este proceso en la sociedad, comunidad y familias deben atenderse con urgencia, instando a la planificación y preparación para asegurar calidad de vida a este sector poblacional.

- El envejecimiento demográfico se acelerará en las próximas décadas. Este segmento poblacional –que actualmente representa el 8 por ciento de la población total del país– se duplicará proporcionalmente en tan solo veinticinco años y representará poco más de la cuarta parte de la población del país para el 2050. La tasa de crecimiento de la población adulta mayor supera el 4 por ciento y se acelerará vertiginosamente entre 2010 y 2025.

- El envejecimiento interno de la población de 60 años y más es también acelerado. Para el año 2000 una de cada siete personas de edad alcanzaba la cuarta edad, para el 2050 se espera que sea una de cada cuatro. Precisamente este grupo es más demandante de atención de sus hogares, del sistema de salud y de la seguridad social.

- La población adulta mayor se concentra en la Gran Área Metropolitana y cerca de los centros urbanos primarios y secundarios. Esta concentración concuerda con la distribución de la población general, pero generará problemas de acceso a centros especializados de atención, así como a los programas desarrollados para esos grupos.

- Costa Rica se ubica en la plena transición en el avance del proceso de envejecimiento, enfrentando este proceso en forma más acelerada que países ricos. El ritmo reportado en las proyecciones es similar al promedio para América Latina y muy semejante al de Panamá y El Salvador en la región centroamericana.

- Los cambios en la estructura de la población implican alteraciones en los índices de envejecimiento y dependencia. La capacidad de renovación de la población se reduce notablemente, el

índice de envejecimiento pronostica la igualación del grupo de personas de edad y menores de 15 años para el 2030. La carga demográfica de las personas adultas mayores tiene un comportamiento bastante moderado hasta el 2020, pero se acelera a partir de ese año y para el 2050 se esperaría una persona de edad por cada dos en edad activa.

- La zona del Caribe se muestra con índices de envejecimiento y dependencia más moderados para el año 2025. En general, para el resto del país el proceso de envejecimiento no es tan diferencial.

- Uno de los factores relacionados con la calidad de vida de las personas de edad es la posición jerárquica ocupada en el hogar. La posición como jefe de familia o cónyuge es predominante en las personas de edad y con una tendencia en ascenso, pero las diferencias son bastante apreciables por sexo y para los dos grandes grupos de edad considerados, pese a mejorías lentas entre los censos de población. El paso a la cuarta edad incrementa al doble la proporción de hombres y en más de la mitad para las mujeres la convivencia sin pareja, situación que no ha variado en los últimos 25 años.

- La permanencia en la fuerza laboral ha venido descendiendo en forma apreciable. Sin embargo, los hombres se mantienen activos laboralmente en mayor medida hasta los 65 años, edad a partir de la cual los pensionados tienen mayor relevancia; porcentajes pequeños reportan no recibir pensión ni estar trabajando. La situación para las mujeres es totalmente distinta, pues es muy escasa la proporción en la fuerza laboral y las pensionadas, la proporción mayoritaria en todos los grupos de edad no tienen ninguna de esas condiciones.

- Poco más de una tercera parte de las personas de edad residen en hogares con carencias, siendo los hombres el grupo más afectado e incrementándose al pasar a la cuarta edad. La incidencia es mayor para personas de edad que ocupan la posición de jefes de hogar, en especial si recae en una mujer. La convivencia en unión libre, separada o soltera presenta mayor incidencia de pobreza. Por otra parte, convivir en forma unipersonal, así como en hogares extensos y compuestos está asociado con mayores niveles de carencias.

- Existe inequidad geográfica en la distribución de las personas de edad que viven en hogares con carencias. Entre más rural y alejado del Área Metropolitana se sitúen, mayor la proporción que enfrenta algún tipo de carencia. Más de la mitad de las personas de edad conviven en pobreza en distritos ubicados en la periferia del país, con énfasis a lo largo de la zona fronteriza norte, la parte baja de la Península de Nicoya, algunas áreas del Pacífico Central, la mayoría de la zona sur y secciones importantes de la región caribeña.

- El envejecimiento de la población impacta la organización de las familias por la necesidad de llegar a arreglos de convivencia. Mayor cantidad de familias albergarán personas de edad en su seno, lo cual implica cambios en los esquemas familiares por la atención demandada. Cerca de una cuarta parte de los hogares tienen presencia de personas de edad y en dos terceras partes de ellos tan solo reside una sola persona adulta mayor. Se nota una lenta tendencia a disminuir esta situación y a incrementarse la presencia de dos, producto de una sobrevivencia más prolongada de la pareja. El 6 por ciento del total de hogares son núcleos de solo personas de edad en el 2000, tendencia que también muestra un crecimiento en el tiempo. En ese mismo año, en el 4

por ciento de los hogares residía una persona de la cuarta edad.

- Existe una tendencia creciente a la convivencia en forma autónoma, que alcanza a más de la mitad de las personas adultas mayores y es más baja en la cuarta edad, con predominio siempre de los arreglos de convivencia independiente (unipersonal y nuclear), situación que es diferencial por sexo. Consecuentemente disminuye la convivencia en forma dependiente. El paso a la cuarta edad implica cambios en el arreglo de convivencia, incrementándose en forma bastante amplia los arreglos dependientes, con mayor énfasis para las mujeres.

- Cerca de la mitad de los hombres de edad indicaron que el principal problema que tienen es la falta de dinero y una sexta parte mencionó también la soledad. Las mujeres de edad señalan como el más importante la falta de dinero, en menor medida este factor es señalado por los hombres; sin embargo, la soledad afecta mucho más a estos últimos, en especial para los de la cuarta edad. Una quinta parte de las personas de edad en el tramo más joven aducen también problemas relativos a la atención del grupo familiar, esta incidencia se mantiene para las mujeres de la cuarta edad pero disminuye para los hombres.

- En los últimos años han ingresado a la corriente legislativa proyectos dirigidos a la atención de la salud y otorgamiento beneficios a las personas adultas mayores. La mayoría se ha archivado y las pocas aprobadas, aunque con nobles propósitos, son de difícil aplicación práctica. Son necesarias iniciativas más concretas, realizables y que apunten hacia el verdadero mejoramiento de la convivencia con personas adultas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, Olga (1985). "La Situación Socioeconómica de la Población Mayor de 60 años en Costa Rica", presentado en el *Octavo Seminario Nacional de Demografía.* San José: Dirección General de Estadística y Censos. 1985.

CCP (2003). "Proyecciones de población en línea", en http://ccp.ucr.ac.cr San José, Centro Centroamericano de Población.

CELADE (1990). *Tres enfoques metodológicos para el estudio de la condición social de los ancianos*. San José: Centro Latinoamericano de Demografía.

_____ (1997). *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía.

CEPAL (2000). *Panorama Social de América Latina 1999-2000*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CEPAL-CELADE (2002). "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores". Boletín informativo. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano de Demografía.

Chakiel Juan (2002). *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Serie Población y Desarrollo del CELADE. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía.

DaVanzo, Julie y Angelique Chan (1994). "Living arrangements of older malaysians: who coresides with their adult children", en *Demography*. Vol. 31, No. 1.

De Vos, Susan y Karen Holden (1988). "Measures Comparing Living Arrangements of the Eldery: an Assessment", en *Population and Development Review,* Vol. 14, No. 4.

Guzmán, José Miguel (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie Población y Desarrollo del CELADE. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía.

INEC (varios años). *Censo de población y vivienda.* San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

_____ (1997). *Encuesta de hogares de propósitos múltiples.* San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

IDESPO (1980). *Problemas y necesidades de las personas de 60 años y más. Informe No. 28*. Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional, Instituto de Estudios Sociales en Población.

Jiang, Lin (1995). "Changing kinship structure and its implications for old-age support in urban and rural China", en *Population Studies*, Vol. 49.

Martin, Linda y Samuel Preston (1994). *Demography of aging. Committee on Population. Comission on Behavioral and Social Sciences and Education*. National Research Council. Washington: National Academy Press.

ONU (1987). *Economic and Social Implications of Population Aging*. Proceedings of the International Symposium on Population Structure and Development, Tokio 1987. Nueva York: Organización de Naciones Unidas.

Trejos, Juan Diego y Floribel Méndez. *Costa Rica: un mapa de carencias críticas para el año 2000*. IICE-INEC. Ponencia presentada en el simposio *Costa Rica a la luz del censo 2000*, en http://www.inec.go.cr/ponencias/M%E9ndez.doc. San José: Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigación en Ciencias Económicas.

Viveros Madariaga, Alberto (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Serie Población y Desarrollo del CELADE. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía.

Weeks, John R. (1992). *Population: an introduction to concepts and issues*. California: Wadsworth Publishing Company.

3. LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN COSTA RICA: ESTADO ACTUAL Y CONSECUENCIAS

JORGE A. BARQUERO / JUAN C. VARGAS

3.1 INTRODUCCIÓN

En la actualidad los flujos migratorios internacionales obedecen a las desigualdades existentes en los procesos de desarrollo económico y social de los países, a los efectos de políticas para atender dichos procesos, a conflictos sociopolíticos y situaciones de emergencia, todo lo cual afecta la sobrevivencia de las poblaciones más vulnerables.

La estimación de la migración internacional es una necesidad cada vez más prioritaria a escala mundial y en la región latinoamericana en particular, dadas las características del contexto de globalización y desregulación de mercados imperante, con la consecuente mayor movilidad de recursos y población entre países.

La agudización de la movilidad internacional de población hacia Costa Rica en la década del noventa y la ausencia de un censo nacional desde 1984, despertaron gran interés por el estudio de este fenómeno que tiene presencia histórica en el país, y generaron expectativas mayores sobre los resultados que arrojaría el Censo Nacional 2000.

De las variables demográficas que determinan el crecimiento de la población, la migración internacional es la que presenta mayor dificultad para su captación y estimación, ya que una persona puede experimentar un número casi indeterminado de movimientos y cada movimiento involucrar al menos dos lugares o zonas (origen y destino).

La definición tradicional de migración, utilizada y recomendada por Naciones Unidas, establece que la migración internacional es el cambio de país de la residencia habitual. De manera que un migrante internacional será aquella persona que en un determinado momento se encuentra residiendo en un país distinto al de nacimiento o al de residencia anterior (CELADE e IUSSP, 1985).

Lo anterior implica una primera limitación, toda vez que esta definición operacional capta sólo movimientos o cambios permanentes de residencia, mientras que lo que parece estar predominando en el ámbito nacional y en la región latinoamericana, es una alta movilidad de la población. La movilidad espacial alude a un fenómeno más complejo, que involucra distintas modalidades de desplazamientos poblacionales, respondiendo a una multidimensionalidad de causas y afectando a un espacio de vida más amplio que sólo un origen y un destino.

Entre las modalidades de movilidad, resaltan aquellos traslados de un país a otro por motivos estacionales o temporales –para realizar algún tipo de trabajo– así como los originados por turismo y estudio; lo cual provoca otras variantes de migración internacional como las poblaciones en tránsito, la residencia múltiple, el pluriempleo (traslados circulares o pendulares) y las migraciones de retorno.

Esto establece retos a la definición y operacionalización de la migración internacional y, sobre todo, a las fuentes de información para su estudio: registros de entradas y salidas, censos y encuestas (Barquero, 2000).

3.2 NIVELES Y TENDENCIAS DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Las estimaciones recientes

El IX Censo Nacional de Población de Costa Rica, realizado en junio del 2000 y cuyos primeros resultados definitivos fueron dados a conocer en agosto del 2001, despejó las dudas sobre la estimación más cercana al volumen y características de la inmigración internacional en general y, particularmente, de la población nacida en Nicaragua que reside en Costa Rica.

De acuerdo con la estimación censal, la población total nacida en el extranjero al año 2000 ascendió a un total de 296.461 personas, de las cuales tres cuartas partes corresponderían a la población de origen nicaragüense, un total de 226.374 inmigrantes.

Cabe mencionar que las estimaciones que se tenían con base en procedimientos demográficos previos al Censo 2000 (Brenes, 1999), apuntaban a valores alrededor de los 300.000 nicaragüenses. Esa estimación resultó ser una buena aproximación a lo que se obtuvo posteriormente con el censo.

Por las características y limitaciones de la investigación censal y específicamente de las preguntas que se utilizan para captar los temas migratorios, junto a las expectativas generadas en la opinión pública, los resultados pudieron no satisfacer a algunos. Sin embargo, el dato censal es el más confiable en tanto no se contaba con estimaciones actualizadas basadas en censos nacionales desde 1984.

En el año 2002, con el fin de evaluar la información del Censo 2000 para la elaboración de las actuales proyecciones de población, el Centro Centroamericano de Población (CCP) en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), elaboró nuevas estimaciones con base en la más plausible omisión censal. En el caso de la población extranjera, se estimó una omisión aproximada de 12 por ciento,[1] cifra que ajusta a 336.529 la población total nacida en el extranjero y en 258.489 personas el dato de nacidos en Nicaragua residiendo en Costa Rica al año 2000.

En estos momentos las cifras se vuelven más especulativas en tanto nos alejamos del momento censal y ante la ausencia de registros confiables. Si se toman las cifras estimadas por las Encuestas de

1. Omisión mayor en hombres (15 por ciento) que en mujeres (4 por ciento) entre extranjeros. En la población total del país la omisión censal estimada fue cercana al 3 por ciento (5 por ciento en hombres y 1 por ciento en mujeres). Véase INEC y CCP, 2002.

Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de los años 2001 y 2002, la población nacida en Nicaragua que reside en el país asciende a 192.233 y 201.129 personas respectivamente. Cabe mencionar que el criterio de algunos expertos apuntaría a sostener la hipótesis de que la inmigración internacional se estaría estabilizando, cuando no disminuyendo, pero la multiplicidad de factores que generan los flujos migratorios podrían actuar en uno u otro sentido en el futuro.

Tendencias de la inmigración internacional

En el Cuadro 3.1 se presenta la inmigración hacia Costa Rica según los censos nacionales de 1950 al 2000. Así, se observa que entre 1950 y 1973 la población nacida en el extranjero residente en el país redujo su peso relativo y absoluto, representado la población de origen nicaragüenses, poco más de la mitad de extranjeros en ese periodo.

CUADRO 3.1

COSTA RICA. POBLACIÓN TOTAL Y NACIDA EN EL EXTRANJERO SEGÚN PAÍS DE PROCEDENCIA 1950-2000

	CENSOS NACIONALES				
	1950	1963	1973	1984	2000
Total país	800.875	1.336.274	1.871.780	2.416.809	3.810.179
Nacidos en el extranjero	33.251	35.605	22.264	88.954	296.461
Nicaragua	18.954	18.722	11.871	45.918	226.374
Panamá	2.064	3.255	1.598	4.794	10.270
Estados Unidos	956	2.001	2.151	5.369	9.511
El Salvador	574	769	766	8.748	8.714
Colombia	610	676	517	1.678	5.898
Resto del mundo	10.143	10.182	5.361	22.447	35.694
	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN EL TOTAL DEL PAÍS				
Nacidos en el extranjero	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nicaragua	57,0	52,6	53,3	51,6	76,4
Panamá	6,2	9,1	7,2	5,4	3,5
Estados Unidos	2,9	5,6	9,7	6,0	3,2
El Salvador	1,7	2,2	3,4	9,8	2,9
Colombia	1,8	1,9	2,3	1,9	2,0
Resto del mundo	30,5	28,6	24,1	25,2	12,0
	PORCENTAJE RESPECTO A LA POBLACIÓN NICARAGÜENSE				
Nacidos en el extranjero	175,4	190,2	187,5	193,7	131,0
Nicaragua	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Panamá	10,9	17,4	13,5	10,4	4,5
Estados Unidos	5,0	10,7	18,1	11,7	4,2
El Salvador	3,0	4,1	6,5	19,1	3,8
Colombia	3,2	3,6	4,4	3,7	2,6
Resto del mundo	53,5	54,4	45,2	48,9	15,8

FUENTE: Censos Nacionales de Costa Rica, DGEC e INEC.

Para el año 1984, la población nacida en el exterior tuvo un importante aumento absoluto y relativo, llegando a casi 89.000 personas, la mitad de las cuales seguían siendo los nacidos en Nicaragua, aunque también se daba una presencia creciente de otros centroamericanos, en particular de salvadoreños. En este periodo cobra relevancia el fenómeno de los refugiados expulsados de sus países por conflictos políticos y bélicos, principalmente centroamericanos, pero también de exilados de Suramérica.

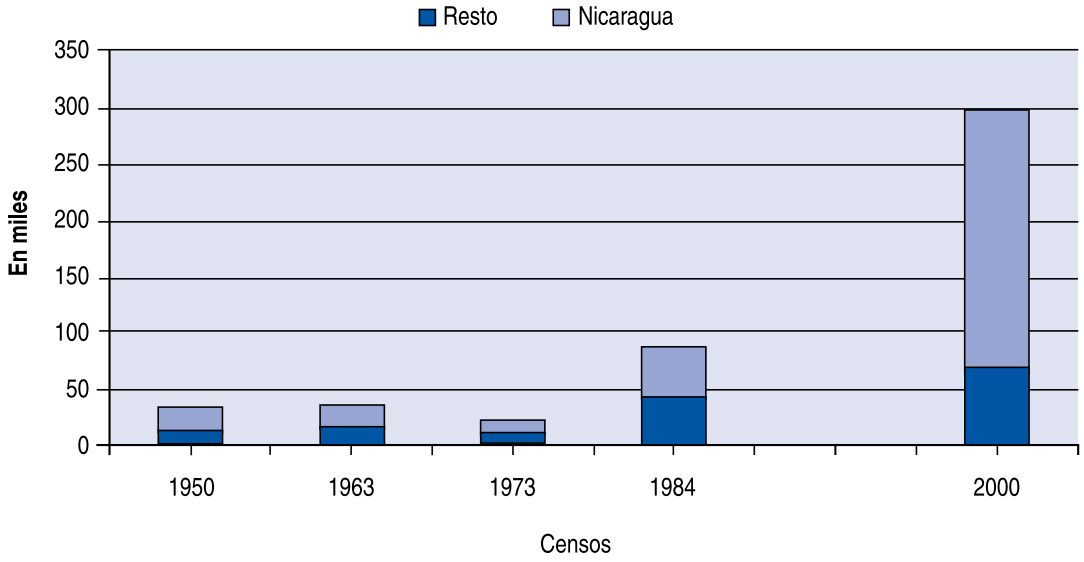
También se empieza a dar, a partir de mediados de la década de los ochentas, una entrada importante de población de otras nacionalidades, en especial estadounidenses, panameños, colombianos y de países europeos, por turismo y trabajo.

En el último período intercensal de 1984 al 2000, es cuando el fenómeno inmigratorio cobra particular interés, en vista de la entrada creciente de nicaragüenses durante la década de los noventas.

En los Gráficos 3.1 y 3.2 se visualiza mejor los cambios en las tendencias de la inmigración internacional que pudieron ser mejor establecidos con los resultados del último Censo Nacional del 2000.

GRÁFICO 3.1

COSTA RICA. POBLACIÓN TOTAL NACIDA EN EL EXTRANJERO SEGÚN CENSOS 1950-2000

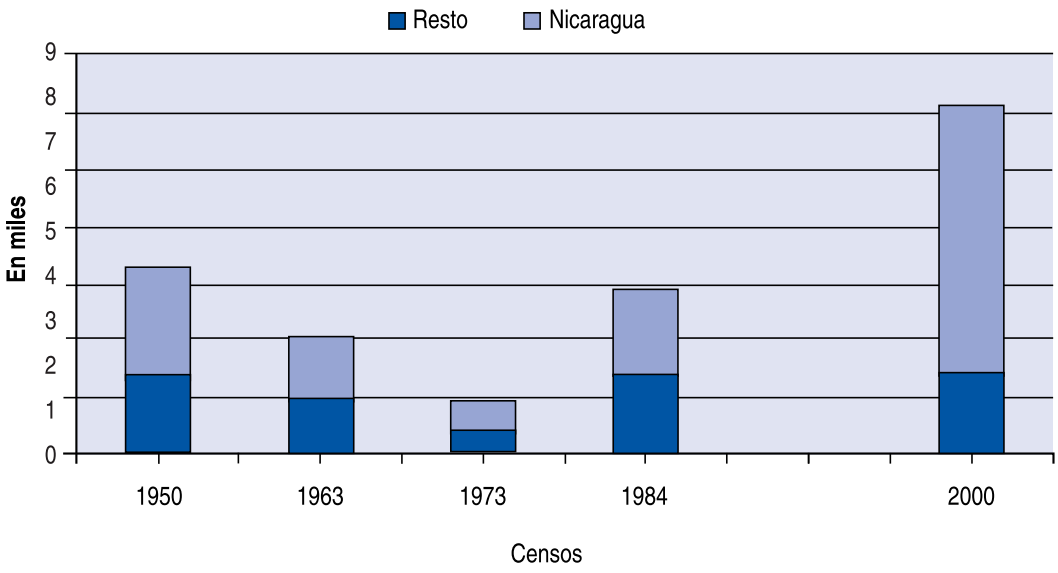


FUENTE: INEC. Censos de población.

Entre 1984 y 2000 la población nacida en el extranjero pasó de casi 90.000 a cerca de los 300.000 residentes en el país, de los cuales 226 mil correspondieron a la población de origen nicaragüense. En términos relativos este crecimiento implicó que el porcentaje de población extranjera se duplicara, al pasar de 4 a 8 por ciento del total de población de Costa Rica en el 2000, aumentando los nicaragüenses a tres cuartas partes del total de extranjeros.

GRÁFICO 3.2

COSTA RICA. PORCENTAJE DE POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO EN EL TOTAL DEL PAÍS
1950-2000



FUENTE: INEC. Censos de población.

En términos de los momentos en que se dio esta inmigración, se muestra en el Cuadro 3.2 y en el Gráfico 3.3, los periodos de llegada al país. De los poco más de 250.000 inmigrantes de los que se obtuvo el año de llegada a Costa Rica en el Censo 2000, nótese que cerca de 65 por ciento llegó en los años noventas. Destaca la comparación entre nicaragüenses y el resto de extranjeros, donde los primeros son quienes determinan la tendencia de llegada del total de extranjeros. Así, para el resto de centroamericanos en casi un 60 por ciento y de otros extranjeros en 40 por ciento, corresponden a entradas ocurridas antes del año 1990. Se nota en todos los casos, un incremento relativo en el ingreso al país en el periodo más reciente de 1996 al 2000.

Cabe comentar a esta parte, que los cambios en este período no son solamente en el aumento de la magnitud y participación relativa de la inmigración, sino también en los factores que provocan este fenómeno. Mientras para las décadas de los setentas y ochentas los desplazamientos de población centroamericana hacia Costa Rica y otros países de atracción –especialmente hacia los Estados Unidos– eran provocados principalmente por situaciones de inestabilidad política y militar de los países de origen; en la década de los noventas los procesos migratorios se ligan más al efecto de políticas macroeconómicas que impulsan una mayor circulación y concentración de capitales e inversiones en ciertas zonas y países –en el marco de una mayor globalización del sistema de libre comercio– y la extensión de estilos de vida y niveles de aspiraciones que buscan los migrantes satisfacer en los países de mayor desarrollo relativo en la región, como Costa Rica.

CUADRO 3.2

COSTA RICA. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO SEGÚN PERÍODO DE LLEGADA Y PAÍS DE NACIMIENTO, SEGÚN EL CENSO 2000

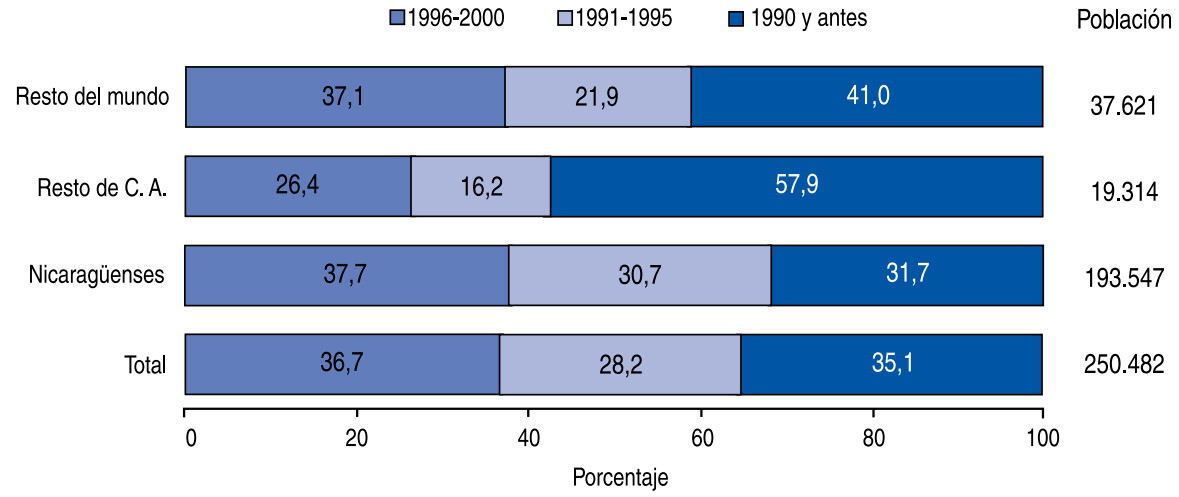
PERÍODO DE LLEGADA	TOTAL	NICARAGÜENSES	RESTO DE C.A.	RESTO DEL MUNDO
			Total	
Total	296.461	226.374	24.030	46.057
1996-2000	91.957	72.894	5.096	13.967
1991-1995	70.710	59.350	3.127	8.233
1990 y antes	87.815	61.303	11.091	15.421
Año ignorado	45.979	32.827	4.716	8.436
			Distribución porcentual*	
Total	250.482	193.547	19.314	37.621
1996-2000	36,7	37,7	26,4	37,1
1991-1995	28,2	30,7	16,2	21,9
1990 y antes	35,1	31,7	57,4	41,0

* No incluye año ignorado.

FUENTE: INEC, Censo 2000.

GRÁFICO 3.3

COSTA RICA. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO SEGÚN PERÍODO DE LLEGADA Y PAÍS DE NACIMIENTO, SEGÚN EL CENSO 2000*



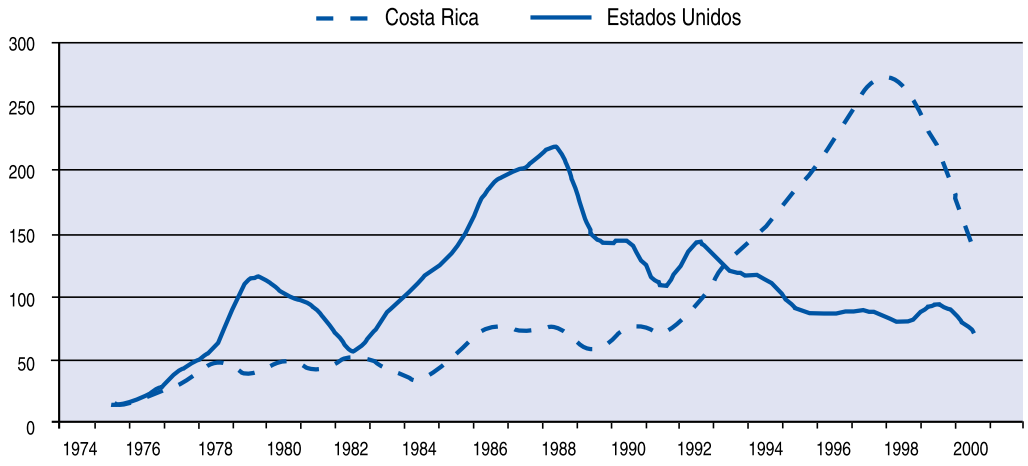
FUENTE: Cuadro 3.2.

En el Gráfico 3.4 se muestra información de un estudio realizado por el CCP (Vargas, 2003), en nueve comunidades de Nicaragua, sobre la emigración hacia los Estados Unidos y hacia Costa Rica. Se nota cómo en los periodos de mayor conflicto armado, previo al triunfo de "la Revolución" (1978-1979) y luego con el período llamado "la guerra de los contras" (1982-1989), se dio un importante aumento de la emigración hacia los Estados Unidos. Luego, con la llegada al poder de Violeta Chamorro, y con la finalización de la guerra de los contras y, seguramente con el endurecimiento de la política migratoria estadounidense (administración Reagan versus administración Clinton), las tasa de emigración a ese país disminuyó drásticamente.

La emigración de nicaragüenses hacia Costa Rica se mantuvo en aumento desde inicios de los años setentas, pero es en la década de los noventas que el aumento se hace explosivo y, como se indicó con en el Gráfico 3.2 y el Cuadro 3.2, es cuando alcanza su mayor participación en el total del país, así como entre el total de la población extranjera. En el Gráfico 3.4 se muestra, además, un importante declive de la migración de nicaragüenses hacia Costa Rica a partir de 1999 aproximadamente. Esto es concordante con la disminución de nacimientos de madres nicaragüenses que se ha visto a partir del año 2000. Todo esto plantea la posibilidad de estar frente al "fin" de la alta migración de nicaragüenses hacia nuestro país.

GRÁFICO 3.4

NICARAGUA. TASA DE MIGRACIÓN SEGÚN PAÍS DE DESTINO POR AÑO
por mil, promedios trianuales



FUENTE: CCp. Etnoencuestas de migración en nueve comunidades de Nicaragua en el período 2000-2002.

Tendencias de la emigración

El principal destino de la población costarricense lo ha constituido, sin duda alguna, Estados Unidos. Recientemente se ha reportado a Canadá como otro importante destino, lo que puede ser entendido por las dificultades de ingresar directamente a los Estados Unidos. La población costarricense en los Estados Unidos, reportada en los censos de población de ese país, ha venido aumentando (U.S. Census Bureau, 2003), siendo que en el último período (1990-2000) aumentó en un 57 por

ciento. Esta emigración de costarricenses representa el 1,7 por ciento del total de la población de Costa Rica, como se muestra en el Cuadro 3.3.

CUADRO 3.3
POBLACIÓN TOTAL Y EMIGRANTES EN LOS ESTADOS UNIDOS
1970-2000
valores absolutos y proporción del total nacional

		COSTARRICENSES	
AÑO	POBLACIÓN NACIONAL[1/]	EN EEUU[2/]	% EN EL TOTAL NACIONAL
1970	1.758.042	16.691	0,9
1980	2.301.984	29.639	1,3
1990	3.050.556	43.530	1,4
2000	3.925.331	68.588	1,7

FUENTES: 1/ INEC y CCP (2002).
2/ USCB (2003).

Es esperable que esta cifra pueda estar subestimada y no contemple a la población en condición irregular (tanto quienes se fueron en forma ilegal –los denominados "mojados"–, como aquellos que han hecho "abuso de visa", es decir, se han quedado más allá del permiso otorgado al ingresar a los Estados Unidos).

Desde el año 2000, en el CCP se desarrolla un estudio de migración de nicaragüenses hacia Costa Rica y hacia los Estados Unidos, y de costarricenses hacia los Estados Unidos. Este estudio se realiza mediante el empleo de la metodología de etnoencuestas[2] y corresponde a una encuesta específica de migración, en la que se logra obtener la historia migratoria de la población estudiada. El trabajo de campo se ha realizado en Nicaragua con nueve comunidades y en Costa Rica con cuatro.

Tanto a la zona de Los Santos y el cantón de Pérez Zeledón, se les conoce con un alto movimiento de emigración hacia los Estados Unidos, especialmente en los hombres. El estudio realizado al momento muestra dos situaciones sujetas a comprobación: primero, que es relativamente reciente, puesto que a mediados de la década de los ochentas muestra su mayor aumento y un declive en los últimos años; y segundo, que la emigración parece estar altamente concentrada. Esto último es apoyado por un análisis espacial que realizamos con datos del Censo 2000, específicamente con la información sobre la población costarricense que reside en los Estados Unidos cinco años antes de la fecha censal. Se confirmó que las áreas de la zona de Los Santos y de Pérez Zeledón son un eje de la emigración, al tiempo que se mostró otro eje compuesto por una importante porción de la Gran Área Metropolitana (parte central y norte). El resto del país no muestra importante presencia de población emigrante a los Estados Unidos.

2. Véase http://www.pop.upenn.edu/lamp

El comportamiento de emigración de los costarricenses debe ser estudiado con mayor detenimiento a fin de entender sus implicaciones para el país. Si bien, no se estima que el volumen sea muy grande, las remesas familiares que producen son importantes, como se discutirá en la sección 3.7.

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS MIGRANTES NICARAGÜENSES

En este capítulo se tratarán las características sociodemográficas de la población nicaragüense, haciendo un análisis comparativo con la población costarricense. Se emplean fundamentalmente datos provenientes del Censo de Población 2000, así como algunos provenientes de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del mismo año. A su vez, se compara con algunos datos que arroja un estudio que el CCP desarrolla desde el año 2000, sobre la migración de nicaragüenses hacia los Estados Unidos y hacia Costa Rica y de costarricenses hacia los Estados Unidos.

Como se demostró en la segunda sección, los nicaragüenses han representado la principal población extranjera en el país desde la época republicana, y su aumento ha sido considerable en la década de los noventas. El Cuadro 3.4 resume la situación al 2000.

CUADRO 3.4

COSTA RICA. POBLACIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ORÍGEN

	ABSOLUTOS	RELATIVOS
Total de población	**3.810.179**	**100**
Costarricenses	3.513.718	92,2
Nicaragüenses	226.374	5,9
Otros extranjeros	70.087	1,8

FUENTE: Censo de Población. 2000.

Por la condición mayoritaria de los nicaragüenses en el total de inmigrantes es que vale la pena conocer las características socioeconómicas y demográficas que presenta esta población, para así derivar más adelante las posibles consecuencias en determinados ámbitos de la sociedad costarricense.

Estructura por sexo y edad

En los Gráficos 3.5 a 3.7 se muestran las pirámides de la población residente en el año 2000, según categorías a partir del lugar de nacimiento. La primera muestra la población "nativa" (costarricenses). Esta población tiene una base ancha, aunque se ha venido reduciendo, como muestra la relación de los grupos de edad segundo (5-9) y tercero (10-14) respecto del primer grupo (0-4). Este comportamiento es producto de la reducción de la fecundidad que se presenta en el país. Así, la población adulta joven (20-59) representa el 48 por ciento del total, y los mayores de 65 años alcanzan el 5,6 por ciento del total.

GRÁFICO 3.5

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN COSTARRICENSE
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
2000

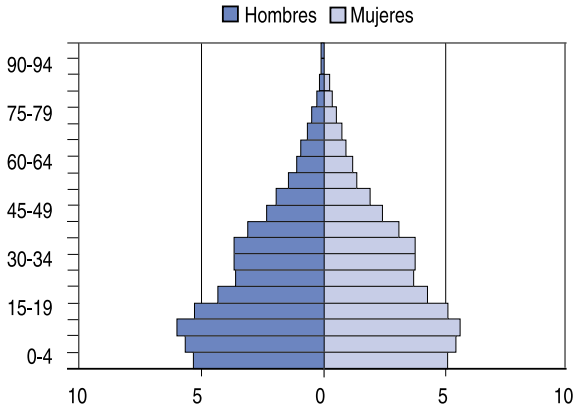


GRÁFICO 3.6

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN NICARAGÜENSE
POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
2000

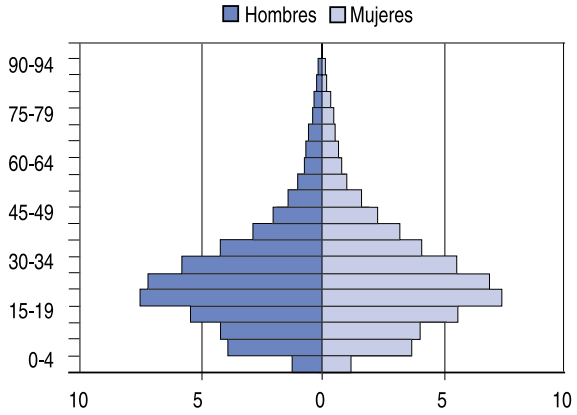
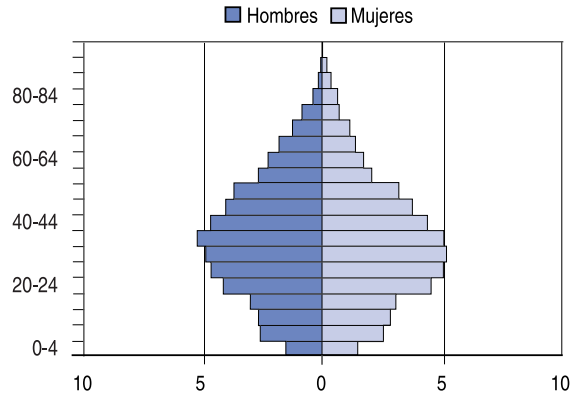


GRÁFICO 3.7

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA
NO NICARAGÜENSE POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
2002



Las poblaciones extranjeras (Gráficos 3.6 y 3.7) tienen la base muy angosta y alta concentración en las edades de "adultos jóvenes" (19-59 años). En este grupo se concentra el 64 por ciento en nicaragüenses y el 67 por ciento en otros extranjeros, lo que indica una población claramente "joven" entre los nicaragüenses, predominando la población en edad de trabajar y con una baja presencia de adultos mayores (4,5 por ciento del total) menor que la de los costarricenses. La población de los otros extranjeros es más "envejecida" (adultos mayores representan el 9,1 por ciento del total), posiblemente por una mayor presencia de individuos pensionados.

La composición por sexos se muestra muy pareja, la relación hombres a mujeres (índice de masculinidad) es muy similar. En los costarricenses y nicaragüenses es de 0,99, lo que indica una ligera mayoría de mujeres. En el grupo de "otros extranjeros" este índice es de 1,08, es decir, una ligera mayoría de hombres.

Nótese que en las pirámides de la población extranjera (Gráficos 3.6 y 3.7), no aparecen los hijos nacidos en Costa Rica, que se encuentran en la pirámide que muestra el Gráfico 3.5.

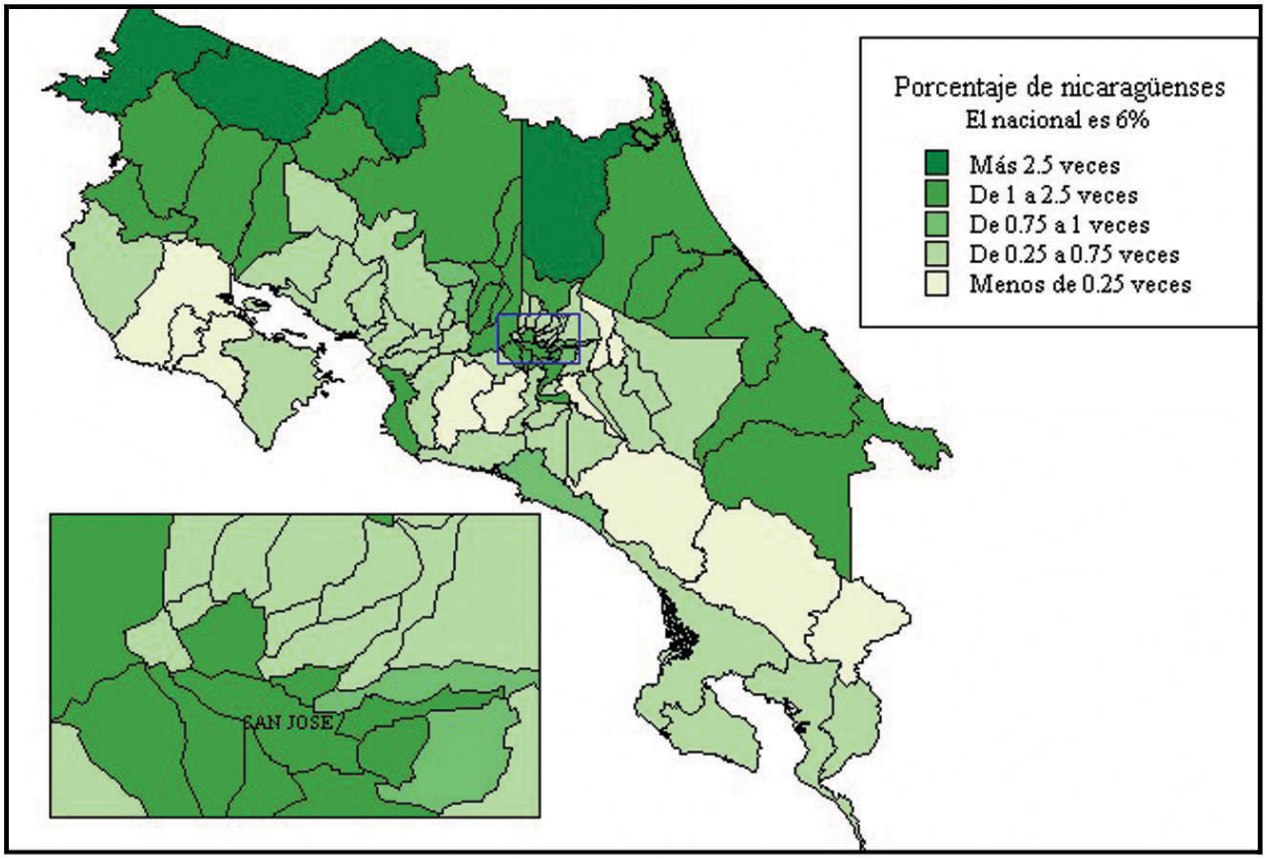
Distribución espacial

En el Mapa 3.1 se muestra la distribución espacial de la población nicaragüense, por cantones para el año 2000. Esta distribución se realizó según el porcentaje de población nicaragüense en el total de la población del cantón respectivo y se graficó esta presencia relativa respecto del promedio nacional (5,9 por ciento).

Como muestra el mapa, la distribución espacial de la población nicaragüense en el país es altamente desigual. En treinta de los ochenta y un cantones del país, el porcentaje de población nicaragüense es superior al porcentaje promedio que tienen en el país. La mayor concentración se da en tan solo seis cantones, donde el porcentaje es del doble o mayor que el porcentaje del país. Estos cantones son: San Carlos (2 veces más), Matina (2,2), Upala (2,5), Sarapiquí (3), La Cruz (3,5) y el cantón con mayor presencia, Los Chiles (4,6).

En la Zona Metropolitana la presencia más alta se encuentra en los cantones de San José (1,9), Alajuelita (1,8) y Escazú (1,5). Debe tenerse presente, a su vez, que dentro de los cantones la distribución es altamente concentrada (Brenes, 2002). En Desamparados, cantón en el que se estima una de las mayores "aglomeraciones" de población nicaragüense (La Capri y Los Guido, en el distrito San Miguel) tiene presencia apenas superior al promedio nacional (1,1).

El "corredor pacífico" del país tiene una baja población nicaragüense, con excepción del cantón de Garabito (1,7), especialmente en Jacó, probablemente debido a la actividad de la construcción y de servicios en esa zona.



MAPA 3.1 DISTRIBUCION ESPACIAL DE LA POBLACION NICARAGUENSE, POR CANTONES, 2000.

Condición de alfabetismo y nivel de instrucción

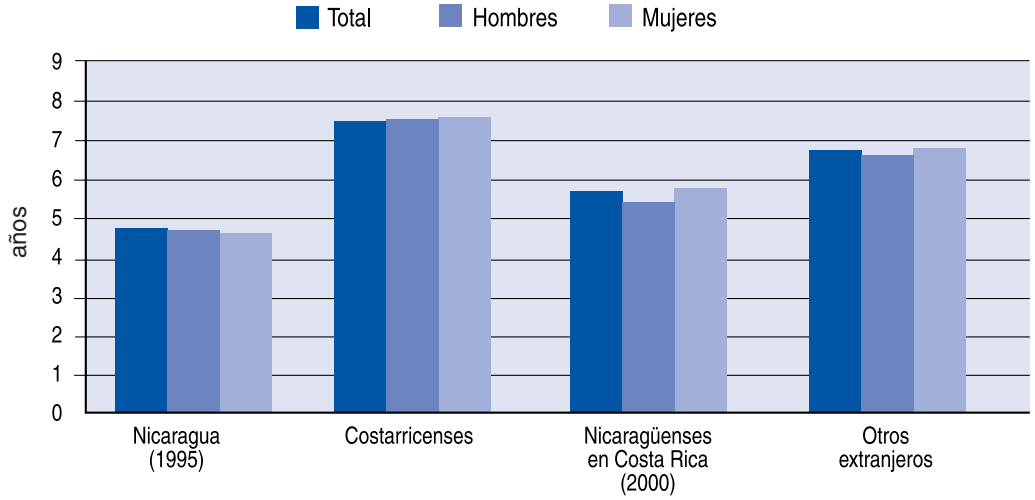
Se sabe que la migración de los nicaragüenses está ligada a la búsqueda de empleo, de manera que la condición de alfabetismo y el nivel de instrucción alcanzados son características importantes que revelan aspectos del capital humano y cultural de este grupo poblacional.

El porcentaje de alfabetismo en la población mayor de 15 años no muestra importantes variaciones según se trate de hombres o mujeres, mientras que una importante diferencia se muestra según el lugar de nacimiento. En los costarricenses es del 95 por ciento, en el caso de los nicaragüenses residientes en Costa Rica es más bajo (88 por ciento) y también presenta similitud entre sexos (88 por ciento en hombres y 89 por ciento en mujeres). Los otros extranjeros tienen en conjunto 97 por ciento de alfabetismo, sin importantes diferencias entre hombres y mujeres.

En relación con el nivel de escolaridad, los nicaragüenses en Costa Rica muestran una posición intermedia respecto de sus compatriotas en Nicaragua y los nacionales en Costa Rica. Tienen un año promedio más de educación que los primeros, pero dos menos que los segundos. Los demás extranjeros en el país, tiene un año menos de educación (Gráfico 3.8).

Gráfico 3.8

ESCOLARIDAD PROMEDIO EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS SEGÚN SEXO Y NACIONALIDAD
2002



FUENTES: Censos de población de Costa Rica (2000) y Nicaragua (1995).

Las diferencias en los niveles de educación son ligeramente favorables para las mujeres, especialmente entre las inmigrantes nicaragüenses. Solamente las mujeres en Nicaragua tienen un nivel de educación levemente menor al de los hombres.

El que los nicaragüenses tengan en Costa Rica un nivel educativo promedio cercano a la primaria completa (5,6 años) y que este nivel sea superior al promedio en Nicaragua, unido al hecho de que las mujeres nicaragüenses poseen un nivel educativo mayor que los hombres, brinda posibilidades para el aprovechamiento por parte del país del capital humano de este grupo poblacional.

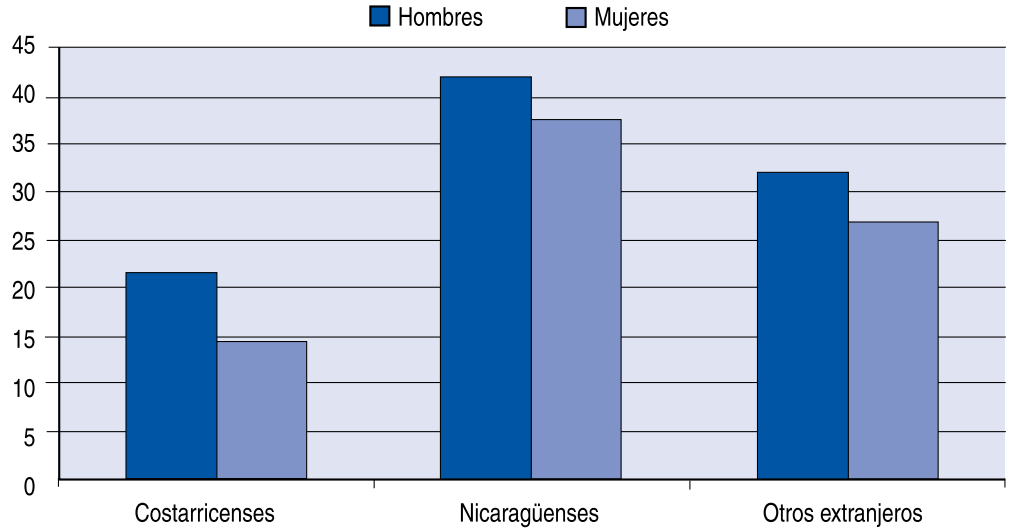
Seguridad social

La condición de aseguramiento social muestra importantes diferencias según el país de origen y el sexo, tal como se muestra en el Gráfico 3.9. Los nicaragüenses, en particular los hombres, carecen en mayor proporción de seguro social (42 por ciento, contra 38 por ciento en mujeres).

Según datos del Censo 2000, la condición de asegurado directo es especialmente alta en el grupo de otros extranjeros, pero más entre los hombres (levemente superior al 50 por ciento, respecto de un 30 por ciento en las mujeres). Esta condición es muy similar entre los hombres costarricenses y nicaragüenses. Entre las mujeres, la condición de asegurada directa es mayor entre las nicaragüenses. La condición de asegurado familiar es mayoritaria entre las mujeres, especialmente entre las costarricenses, aunque en las nicaragüenses es similar al de aseguradas directas. Aunque con un nivel muy bajo, es de notar la participación de esta población como asegurada por parte del Estado (8 por ciento en mujeres y 5 por ciento en hombres), muy similar respecto a la de los costarricenses.

GRÁFICO 3.9

POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS NO ASEGURADA SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y SEXO, 2000
en porcentajes



FUENTES: Censos de población de Costa Rica (2000).

Esta información denota una alta participación de la población nicaragüense en el sistema de seguridad social, no obstante que también es alta la proporción de población nicaragüense sin afiliación. Esto último no necesariamente implica que carezcan de acceso a la atención médica (especialmente para emergencias).

Condición de actividad

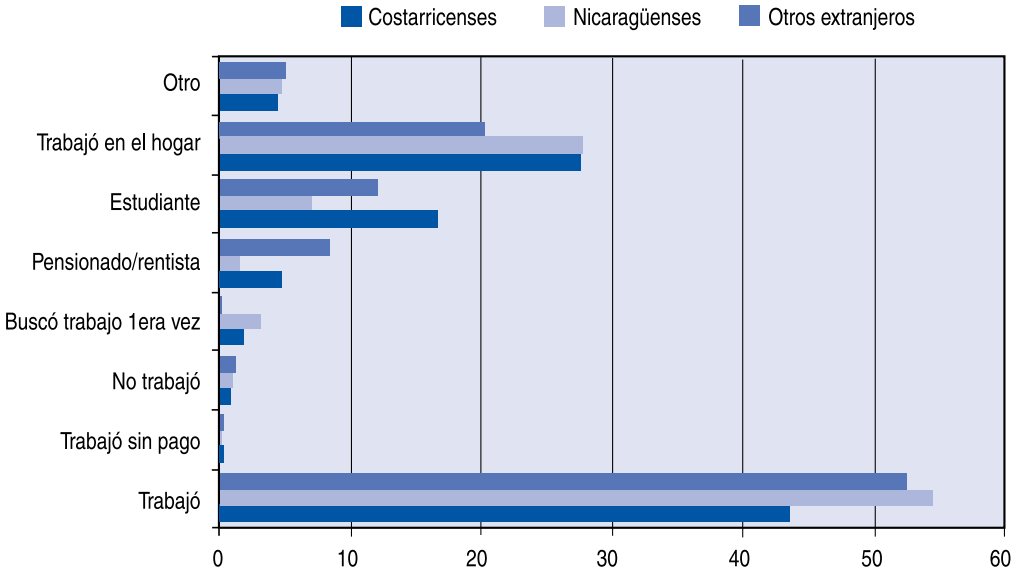
En el Gráfico 3.10 se muestra la distribución porcentual de la población de 12 años o más según categorías de condición de actividad, para los tres grupos de "origen" considerados. En las categorías de personas ocupadas y cesantes ("trabajó", "trabajó sin pago", "no trabajó pero tenía trabajo" y "buscó trabajo habiendo trabajado antes"), la proporción de los nicaragüenses es mayoritaria respecto de su población. Asimismo, lo es en la categoría de "trabajó solo en quehaceres de su hogar", siendo muy similar en ésta la participación de los otros extranjeros.

La proporción de nicaragüenses que estudian –y en especial la de pensionados rentistas– es muy inferior respecto a la de los otros grupos. Los costarricenses muestran una mayor proporción como estudiantes y los otros extranjeros como pensionados-rentistas.

Del Gráfico 3.10, se puede inferir que la migración nicaragüense es fundamentalmente laboral. Esta situación es reflejada en su pirámide de población (Gráfico 3.6 comentado antes), teniendo la población mayor de 12 años menor participación como estudiantes y pensionados-rentistas.[3]

3. Debe tenerse presente que muchos de los menores de 12 años que estudian se inscriben como costarricenses por nacimiento.

GRÁFICO 3.10
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD SEGÚN PAÍS DE ORIGEN
2000



FUENTES: Censos de población de Costa Rica (2000).

Como se ha dicho, una de las principales razones por la cual muchos nicaragüenses migran actualmente hacia Costa Rica es la búsqueda de mejores condiciones económicas. Aunque, como se analizará más adelante, el impacto de la inmigración sobre la estructura de la población por edades ha sido poco significativo, se constata un ligero rejuvenecimiento, aumentando la población en edades de trabajar. Aproximadamente dos terceras partes de los inmigrantes nicaragüenses tienen entre 20 y 59 años de edad.

En el Cuadro 3.5 se examina someramente la ocupación principal de las personas según sean nicaragüenses o nativos costarricenses. Lo que aparece en la tabla es la estructura de las principales ocupaciones de los nicaragüenses y la participación de los costarricenses en las mismas. Es notorio que en las ocupaciones no calificadas se conjunta la mayor proporción de la fuerza laboral, con mayor incidencia entre los nicaragüenses.

Se observa que en las diez ocupaciones donde labora casi el 70 por ciento de los hombres nicaragüenses lo hace apenas la mitad de los ticos, y es mayor la diferencia en las mujeres, pues donde trabaja el 85 por ciento de las nicaragüenses, apenas lo hace el 47 por ciento de las costarricenses.

Se da una mayor concentración de la fuerza laboral nicaragüense en muy pocas ocupaciones de baja calificación. Especialmente entre las mujeres: tan sólo en dos grupos (empleadas domésticas y trabajadoras en servicios de comidas para el servicio-cocineras, meseras) se concentra cerca del 60 por ciento de toda la fuerza laboral femenina. En el caso de los hombres nicaragüenses la mayor concentración se da en los primeros cuatro grupos (peones en agricultura, albañiles, peones en la construcción y como vigilantes), que alcanzan a concentrar el 50 por ciento de la fuerza laboral de todos los hombres nicaragüenses en el país de acuerdo con la información del Censo 2000.

CUADRO 3.5

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LOS DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE OCUPACIÓN EN INMIGRANTES NICARAGÜENSES Y CORRESPONDIENTE PORCENTAJE EN COSTARRICENSES, SEGÚN SEXO
2000

GRUPO OCUPACIONAL	NICARAGÜENSES	COSTARRICENSES
Hombres		
Peón agricola	28,8	14,5
Albañiles/carpinteros	8,7	3,7
Peones de mineria y construcción	8,3	2,3
Protección y vigilancia	5,9	4,6
Vendedores/demostradores en tiendas	3,4	5,6
Agricultores y trabajadores calificados agricultura	3,2	6,0
Peones industria Manufacturera	2,7	2,0
Moldeadores, soldadores, montadores esctructuras metálicas	2,3	1,5
Conductores vehículos	2,0	7,5
Empleados Domésticos / Conserjes	2,0	1,6
Porcentaje acumulado	67,3	49,3
Mujeres		
Empleadas Domésticos / Conserjes	48,4	14,9
Trabajadoras servicios de comidas y bebidas	10,3	5,7
Vendedoras tiendas y almacenes	7,1	9,9
Peones industria manufactura	4,2	2,6
Peones agrícolas	3,5	1,8
Operadoras maquinas prod. Textiles y cuero	2,9	4,8
Vendedores ambulantes y afines	2,3	1,7
Trabajadoras cuidados de personas y afines	2,1	1,9
Empleadas trasacciones de dinero	2,0	3,1
Otro personal no calificado, servicios	1,9	0,7
Porcentaje acumulado	84,7	47,1

FUENTES: Censos de población de Costa Rica (2000).

Según Trejos (2002) basado en datos de las Encuestas de Hogares, las actividades agrícolas se han convertido en "el bolsón de la pobreza" en Costa Rica, ya que el 48 por ciento de los ocupados de hogares pobres con jefe nicaragüense están en el sector agrícola (siendo 42 por ciento para los hogares de jefe no nicaragüense). El otro tipo de empleo donde se encuentran los ocupados de hogares pobres con jefe nicaragüense, es el de micronegocios no agrícolas (24 por ciento).

Impacto en la pobreza

La situación de los nicaragüenses en Costa Rica ha llevado a generar una cierta concentración de la pobreza en las poblaciones de inmigrantes de esa nacionalidad, lo que erróneamente ha llevado a responsabilizar a esta población de la situación de pobreza del país en los últimos años.

Sobre el efecto de la migración en la pobreza, el citado trabajo de Trejos explora el impacto de la inmigración en el estancamiento de la pobreza, particularmente de 1994 al 2000. Con información de las Encuestas de Hogares, analiza la incidencia de la pobreza en los hogares, según el país de origen del jefe del hogar y encuentra que la condición de pobreza de los hogares con jefes nicaragüenses en Costa Rica, en comparación con otros migrantes o no migrantes, presentan una mejoría de 1997 a 2000. La incidencia de pobreza disminuye de 24,7 a 22,3 por ciento en la población inmigrante nicaragüense de 1997 al 2000, aumenta en la población no migrante de 20,8 a 21,3 por ciento y aumenta de 7,6 a 9,6 por ciento en los inmigrantes de otros países, en el mismo periodo.

Al descomponer el cambio en la incidencia de pobreza del periodo, concluye que la inmigración nicaragüense ha tenido poco impacto en dicha incidencia y particularmente en su estancamiento (Trejos, *op. cit.*).

Con la información de las encuestas más recientes, en el Cuadro 3.6 se presenta la serie actualizada con la información de pobreza de 1997 a 2002, corroborando en parte los hallazgos de Trejos.

CUADRO 3.6

COSTA RICA. PORCENTAJE DE HOGARES EN POBREZA.
SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO DEL JEFE

1997-2000

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Total país	20,7	19,7	20,6	20,6	20,3	20,6
Con jefe nacido en Costa Rica	20,6	19,7	20,4	20,6	20,2	20,9
Con jefe nacido en Nicaragua	24,7	27,5*	26,4	22,1	25,8	30,6

* No disponibe lugar de nacimiento, el dato corresponde a nacionalidad nicaraguense.

FUENTE: EHPM, INEC, tabulados obtenidos de http://encuestas.ccp.ucr.ac.cr

Así, la incidencia de la pobreza en el país que se mantiene estable en el orden del 20,5 por ciento de los hogares, está siendo determinada por la situación de los hogares con jefatura costarricense, ya que los hogares jefeados por nicaragüenses presentan una incidencia media mayor, del orden del 26 por ciento y con tendencia a aumentar.

El bajo impacto de la población inmigrante nicaragüense en el estancamiento de la pobreza de Costa Rica se explica en gran medida por su relativo poco peso en la población y los hogares del país, el cual no es tan significativo como para modificar los patrones estructurales y coyunturales que determinan los niveles de pobreza.

No obstante, en determinadas características la población migrante nicaragüense presenta mayores dificultades para acceder a una mejor calidad de vivienda y servicios sociales. Por ejemplo, con la información del Censo de Vivienda 2000, se comprueba que las condiciones de vivienda son un grave problema en la población migrante nicaragüense, como se muestra en el Cuadro 3.7.

CUADRO 3.7
INDICADORES DE CONDICIÓN DE LA VIVIENDA POR ORIGEN DEL JEFE
2000
en porcentajes

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	ORIGEN DEL JEFE DE LA VIVIENDA		
	COSTARRICENSE	NICARAGÜENSE	OTRO PAÍS
Tipo tugurio	1,2	7,2	0,8
En mal estado	9,6	25,3	5,2
Sin acueducto	10,1	18,2	10,3
Sin tubería adentro	6,8	17,0	5,0
Con hacinamiento	9,5	27,3	5,7
Servicio sanitario sin conexión a acantarillado o tanque séptico	7,1	28,4	4,8

Nota: Los porcentajes corresponden al total del viviendas según el origen del jefe
FUENTE: Censo 2000. Tabulados obtenidos de http://censos.ucr.ac.cr/

Las viviendas en las que el jefe es de origen nicaragüense no sólo muestran indicadores más deficientes, sino que los duplican, triplican o, como en el caso de viviendas tipo tugurio, son seis veces mayores que los de viviendas en los que el jefe es costarricense. Los extranjeros no nicaragüenses presentan condiciones similares a los costarricenses, y en algunos casos mejores.

Efectos en el sector salud

El tema del impacto de la población migrante en el sector salud también ha sido de interés de varios investigadores.

En un estudio sobre acceso físico de la población de Costa Rica a los servicios de salud, Rosero (2002) construye un índice de demanda según datos del Censo 2000 y la oferta de los servicios para cada establecimiento de salud, utilizando información de una base de datos del Ministerio de Salud y un inventario hecho por el mismo investigador, dividiendo los segmentos censales del país en tres categorías, de acuerdo al momento en que se inició la reforma en el sector salud (reforma que ha conllevado la implementación de los EBAIS). Estos periodos son 1995-1996, 1997-2000 y sin reforma para el 2000. De acuerdo con esta división Rosero observó que la presencia de madres nicaragüenses en cada tipo de localidad es prácticamente uniforme (Cuadro 3.8):

CUADRO 3.8

PORCENTAJE DE MADRES NICARAGÜENSES DENTRO DEL TOTAL DE MADRES EN EL PAÍS

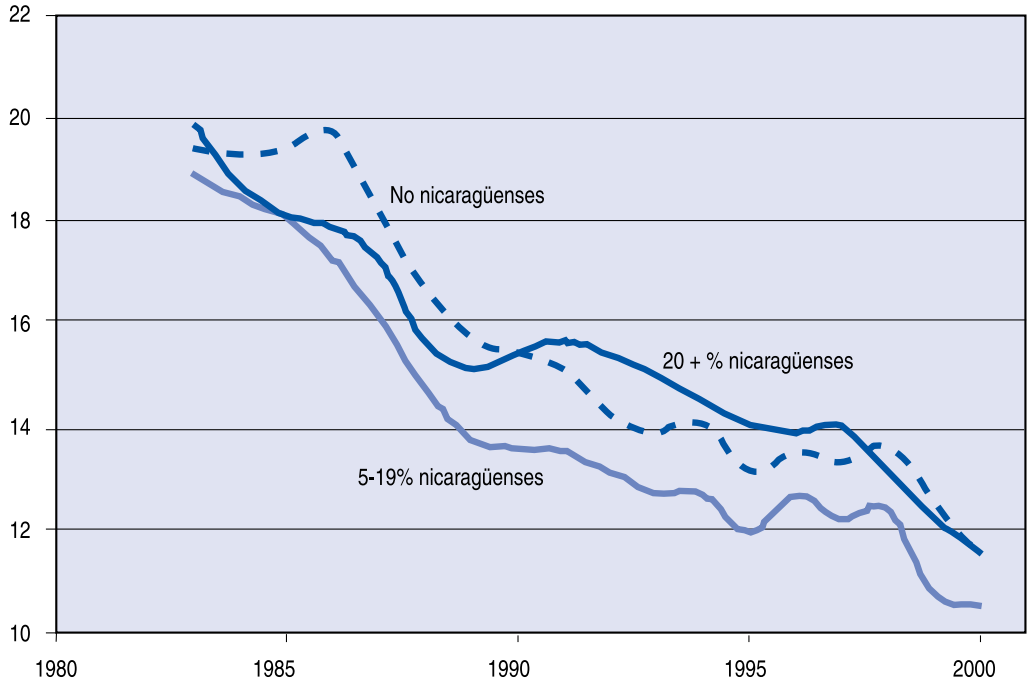
	TOTAL	CUANDO EMPEZÓ LA REFORMA 1995-1997	1997-2000	SIN REFORMA PARA EL 2000
Porcentaje de madres nicaragüenses	13	12	15	14

FUENTE: Rosero (2002) utilizando datos del Censo 2000.

Así, al analizar la presencia de nicaragüenses a nivel distrital, con respecto a la baja de la mortalidad infantil, el autor constata que no hay evidencias de impacto significativo de la migración nicaragüense en las tendencias de la mortalidad del país, indicando que la presencia de nicaragüenses no evidencia impactos de importancia en el desempeño de la reforma y más bien estos se han beneficiado en forma similar al resto de la población, como se observa en el Gráfico 3.11.

GRÁFICO 3.11

COSTA RICA. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
POR NICARAGÜENSES EN EL DISTRITO
1982-2001



FUENTE: Rosero (2002)

Por su parte, utilizando datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 2001 y el Censo de Población 2000, Castillo (2002) presenta un análisis del costo que representa la población extranjera para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La autora analiza los 242.910 extranjeros no nacionalizados (un 82 por ciento del total de los nacidos en el extranjero).

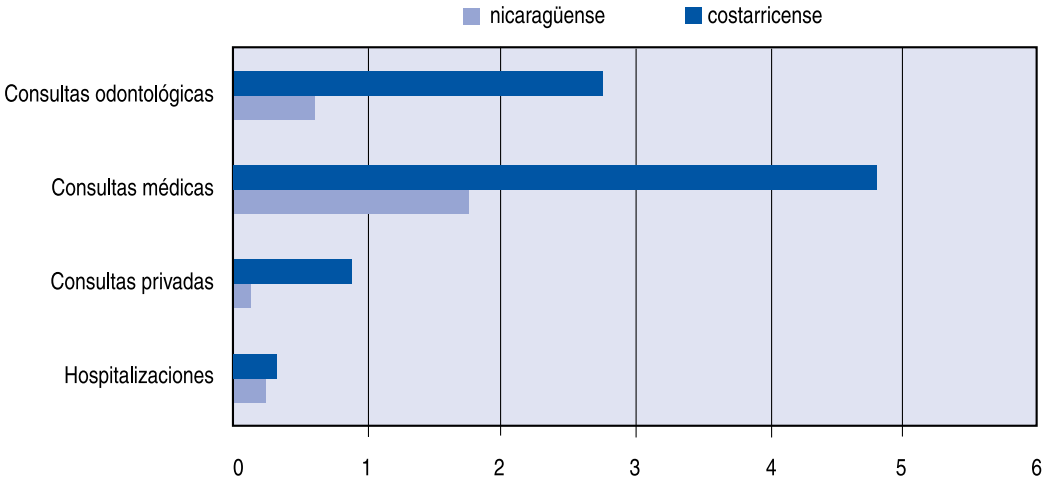
En cuanto a la utilización de los servicios, Castillo encuentra que la presencia de extranjeros en la consulta externa ha pasado de representar el 1,3 por ciento en 1992 a 4,3 por ciento en 1997, y que hay diferencias entre el tipo de consulta de acuerdo al país de origen de los usuarios. Al comparar el porcentaje de utilización de los servicios de EBAIS, se constata que los centroamericanos, en particular nicaragüenses, los consultan en un 30 por ciento más de lo que lo hacen los costarricenses, no obstante que la cantidad de consultas de los costarricenses es superior a la de los extranjeros.

Si bien es cierto que los nicaragüenses usan en su mayoría los EBAIS y otros servicios públicos de salud, esto no quiere decir que este grupo sea quien más intensivamente los use. Un análisis básico es comparar la proporción que representa la población inmigrante nicaragüense con la proporción que representan sus consultas en el total de consultas del país.

Cuando se observa la importancia relativa del número de hospitalizaciones por semestre, así como las consultas semestrales, ya sea privadas, médicas públicas u odontológicas, nos damos cuenta que aun en el mayor de los casos (hospitalizaciones) los extranjeros nicaragüenses representan el 6 por ciento (valor menor que su peso relativo en el total de la población). En los demás tipos de consultas, su peso es menor al 4 por ciento. El Gráfico 3.12 muestra como tan sólo en las hospitalizaciones, los nicaragüenses tienen un mayor promedio de uso respecto de los costarricenses por nacimiento.

GRÁFICO 3.12

PROMEDIO DE CONSULTAS SEGÚN TIPO Y PAÍS DE ORIGEN DEL USUARIO
2001



FUENTE: A partir de Castillo, J. (2002). Estimación del costo de extranjeros en los servicios de la CCSS.

Por otra parte, en promedio los nicaragüenses usan menos los servicios de consultas médicas que los costarricenses. Cuando los pacientes nicaragüenses necesitan del servicio odontológico lo hacen mayormente a través de los EBAIS, clínicas u hospitales de la CCSS, pero en ninguno de los casos estos representan más del 5 por ciento del total de consultas de ese tipo.

Castillo estima el costo de los extranjeros para la CCSS y encuentra que pasa de 5.492 millones de colones en 1997 a 13.344 millones de colones en 2001. Pero la autora hace notar el hecho de que el 76 por ciento de los extranjeros está en una condición legal de aseguramiento.

Un dato importante respecto al patrón de aseguramiento que encuentra Castillo es que los inmigrantes nicaragüenses sí tienden a asegurarse, pero este es un proceso que requiere un tiempo desde el momento en que entran al país. Sólo una tercera parte de los recién llegados (menos de un año en el país) no están asegurados, mientras que de aquellos que ya tienen entre 5 y 10 años en el país, aproximadamente el 70 por ciento está asegurado.

Esta información parece desmentir la creencia de que los nicaragüenses están "ahogando" los servicios de salud costarricense. Así, la frecuente queja de que los nicaragüenses hacen mayor uso de los servicios de emergencias por su condición de indocumentados no está fundamentada. Del total de consultas atendidas por emergencias en el 2001, el 3,8 por ciento son de nicaragüenses. En ninguno de los casos expuestos el porcentaje de utilización de los servicios asignado a nicaragüenses es mayor que el porcentaje que esta población representa en el total de la población.

Sobre el impacto de las remesas

El tema de las remesas familiares producto de la migración (tanto lo que sale del país como las entradas), es una de las preocupaciones actuales, aunque son especialmente difíciles de calcular. La estimación se dificulta por la presencia de envíos "hormiga" a partir de "conocidos" o empresas de remesas informales. Incluso la estimación de los montos que se mueven por las empresas formales son difíciles de compilar, tanto por que estas no los reporten, como porque no se presente un detalle claro del país de envío y del concepto del envío.

En el Cuadro 3.9 se presenta la estimación más reciente de las remesas con que se cuenta, a partir de los datos proporcionados por el Área de Balanza de Pagos del Banco Central.

CUADRO 3.9

ENTRADAS Y SALIDAS DE REMESAS FAMILIARES
millones de dólares estadounidenses

PERIODO	ENTRADAS	SALIDAS
I trimestre 2002	45,5	24,4
II trimestre 2002	45,9	24,6
III trimestre 2002	53,5	23,4
IV trimestre 2002	67,0	29,2
Total 2002	**211,9**	**101,6**
I trimestre 2003	50,0	26,1
II trimestre 2003	57,1	28,4
I Semestre 2003	**107,1**	**54,5**

FUENTE: BCCR. Área de Balanza de Pagos. Chavez, 2003.

En Costa Rica el comportamiento de las remesas ha venido creciendo, tanto los ingresos como las salidas. Las entradas representaron el 1,3 por ciento del PIB en el año 2002 (Chaves, 2003).

La recepción de remesas (familiares) es prácticamente el doble de la salida de estas. Se estima que la mayoría de la recepción proviene de los Estados Unidos y que la mayor salida se da hacia Nicaragua. El comportamiento de las remesas se muestra ascendente si se toma en cuenta los dos primeros trimestres del año 2002 y se compara con el primer semestre del 2003. Esta situación de aumento es similar tanto en la recepción como la salida de las remesas.

El Cuadro 3.10 muestra información sobre la estimación de las remesas en dinero, recopilada a través de encuestas específicas de migración (Vargas, 2003). Esta información es únicamente para la población que ha tenido experiencia migratoria (en el momento de la encuesta ya habían regresado o bien se encontraban en el lugar de destino y sus familiares aportaron los datos).

CUADRO 3.10

ETNOENCUESTAS DE MIGRACIÓN. POBLACIÓN CON EXPERIENCIA MIGRATORIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS REMESAS SEGÚN PAÍS DE DESTINO
200-2002

	POBLACIÓN		
	CON EXPERIENCIA MIGRATORIA	QUE ENVÍA REMESAS	MEDIANA DE LA REMESA
Nicaragüenses con experiencia migratoria	**Absolutos**	**Porcentaje**	**en U$**
En Costa Rica	450	17	100
En Estados Unidos	441	44	200
Costarricenses con experiencia migratoria en EE.UU.	**213**	**20**	**500**

Nota. Comunidades en la muestra: Nicaragua 9, Costa Rica 4.

FUENTE: CCP. Etnoencuestas de migración, 2000-2002.

El envío de remesas (el volumen y el nivel) tiene un comportamiento muy diferente según el grupo del que se trate. Los nicaragüenses desde Costa Rica no solo envían un nivel menor sino que los que envían representan una baja proporción. Desde los Estados Unidos, la proporción de nicaragüenses que envían remesas es 2,5 veces mayor que la que lo hace desde Costa Rica y además duplican el monto. La baja proporción de los nicaragüenses que envían remesas desde Costa Rica puede explicarse (a partir del trabajo de campo) por ser una población que retorna más fácil y ellos mismos llevan el dinero, pero también, como se analiza luego, esta población tiene menores ingresos y su nivel de pobreza es mayor.

Los costarricenses que están o han estado en los Estados Unidos, son el grupo que envía el mayor monto (cinco veces superior a lo que envían los nicaragüenses desde Costa Rica). No obstante, la proporción de las familias que reciben remesas de sus familiares es baja.

Estos datos son consistentes con los del Cuadro 3.9, elaborado a partir de la estimación nacional de la balanza de pagos, si se toma en cuenta que los valores aportados por el Banco Central incorporan otros grupos de migrantes (tanto para la recepción como el envío) y que pueden estarse incorporando montos que no son necesariamente remesas, sino más bien pequeños flujos de capital para negocios.

3.4 IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN LAS TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

Con los resultados del Censo Nacional del 2000 y según la evolución demográfica de los últimos 15 o 20 años, se pudo constatar que el fenómeno inmigratorio fue uno de los principales factores que determinó que la tasa de crecimiento medio anual de la población del país aumentara de 2,3 a 2,8 por ciento en el último periodo intercensal 1984-2000. Contándose con estimaciones confiables que evidenciaban la baja en la mortalidad que se había alcanzado desde entonces y la paulatina disminución de la fecundidad se habría esperado que continuara la disminución en el ritmo de crecimiento poblacional desde el 3,9 alcanzado entre 1963 y 1973; sin embargo, se dio el aumento ya comentado al inicio de este trabajo.

Este hallazgo, no obstante, ha llevado a sobredimensionar el efecto de la migración en las tendencias demográficas presentes y futuras en Costa Rica. Por esta razón, en esta sección se busca mostrar cuáles han sido los efectos que la migración ha tenido en la composición por sexo y edades de la población de Costa Rica, principalmente en el periodo de los noventas. A la vez, se realizarán algunas pruebas para medir su efecto probable o aproximado en las tendencias demográficas de los próximos 25 años.

En primer lugar se estimó, a manera de simulación, la población y estructura por sexo y edades que se habría alcanzado al año 2000, de no haberse dado la migración de los años noventas, para compararla así con la población y estructura estimada y ajustada a ese año censal. Posteriormente, para el año 2025, se tomaron los datos de la proyección recomendada, hipótesis media o más probable (INEC y CCP, 2002), que asume una migración decreciente hasta hacerse nula en el 2025, se comparó con los resultados de asumir la hipótesis de que la migración continuará constante e igual a la estimada al 2000 (hipótesis de migración constante con saldo neto de 20.000 personas por año), y se contrastó con una tercera hipótesis que resultó de proyectar la población al 2025 con la hipótesis recomendada, pero haciendo cero o nula la migración a partir del 2001. Estas dos últimas hipótesis se consideran como menos probables pero permitieron obtener un rango o intervalo entre los que podría oscilar la población a mediano plazo según se comporte la migración internacional.

Los resultados en la población total con este juego de estimaciones y proyecciones se presentan en el Cuadro 3.11 y en los Gráficos 3.13 y 3.14.

CUADRO 3.11

COSTA RICA. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN SEGÚN DISTINTAS HIPÓTESIS DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL 2000-2025

ESTIMACIÓN		2000	2025
1. Censal ajustada al 2000		3.925.331	
2. Estimada sin migración de los noventas		3.713.785	
3. Proyección recomendada (migrac. 0 al 2025)			5.567.811
4. Simulación (migrac. 0 a partir de 2001)			5.254.137
5. Proyección de migrac. constante			5.845.646
Diferencias	**Interpretación**		
1-2	Stock migratorio en los noventas	211.546	
3-4	Efecto migratorio probable		313.674
5-3	Efecto futuro mínimo		277.835
5-4	Efecto futuro máximo		591.509

FUENTE: Estimaciones y proyecciones 1970-2050, INEC-CCP, y estimaciones propias.

Para el año 2000 las diferencia entre la población esperada con y sin la migración de la década de los noventas, permite tener una aproximación del aporte migratorio del periodo, lo cual arroja unas 212.000 personas como "*stock* migratorio" derivado de este periodo de mayor inmigración.[4] Se estima que sólo en la década de los noventas, el 24 por ciento del crecimiento poblacional del país se debió a la migración del periodo

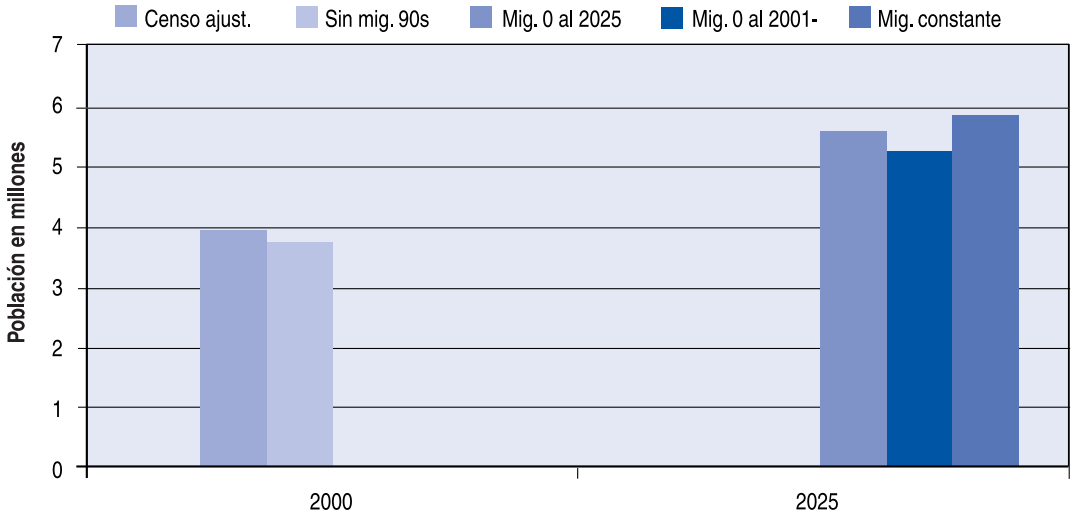
Para el año 2025 las proyecciones son más inciertas, sobre todo en lo que a evolución migratoria se refiere. Sin embargo, fue posible obtener tres posibles estimaciones e impactos de la migración en el total de la población, al comparar los resultados con aquella población al 2025 que se esperaría como más plausible, de acuerdo a la hipótesis media o recomendada de las proyecciones nacionales, como se explicó arriba. La población total de Costa Rica al 2025 oscilaría entre 5,25 y 5,85 millones de personas según la hipótesis de migración que se adopte, es decir, según el curso futuro de la migración, siendo la más probable aquella la hipótesis media o recomendada que es de unos 5,57 millones de habitantes en el año 2025.

En términos del impacto de la migración, se observa en el Cuadro 3.11 y el Gráfico 3.13, un impacto neto o más probable de algo más de 313.000 inmigrantes al 2025 (cerca del 6 por ciento del total de población a ese año), si la población se comporta de acuerdo al supuesto de una migración decreciente hasta el 2025 (hipótesis recomendada).

4. Poco más de dos terceras partes del total de inmigrantes censados, lo cual es consistente con el dato de año de llegada presentado en el primer capítulo.

GRÁFICO 3.13

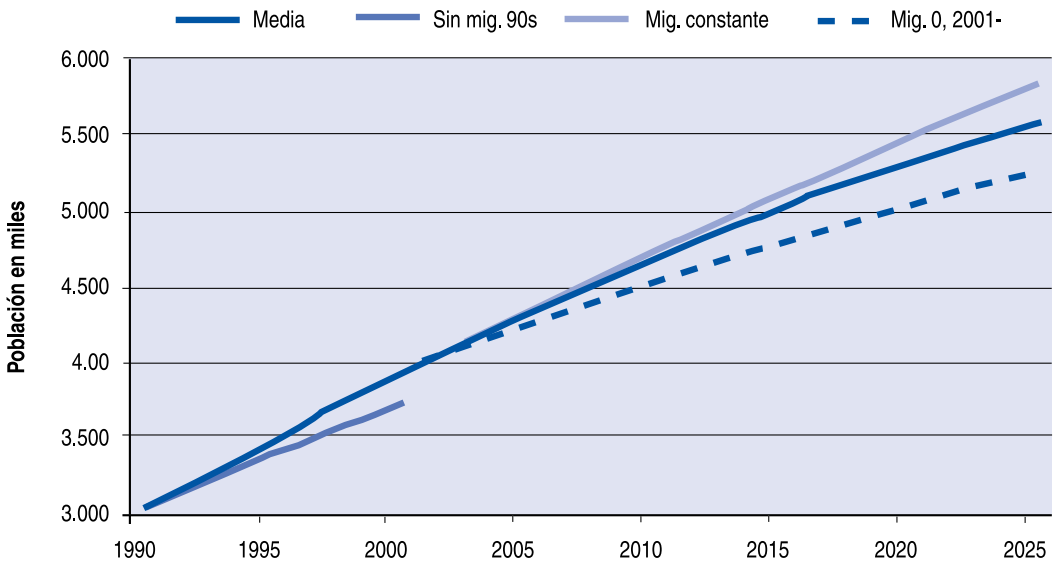
COSTA RICA. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN
CON DISTINTAS HIPÓTESIS DE MIGRACIÓN
2000-2025



Combinando las hipótesis de una migración nula a partir del 2001 y una migración constante a futuro (las dos hipótesis extremas y menos probables), en comparación con la hipótesis esperada o más probable al 2025; se muestran en el Gráfico 3.14 las tendencias que seguirá la población hasta el 2025. Se observa que las tendencias en los tres escenarios a futuro que se han considerado, no muestran significativos cambios en la tendencia del crecimiento que se espera en los próximos años.

GRÁFICO 3.14

COSTA RICA. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN
CON DISTINTAS HIPÓTESIS DE MIGRACIÓN
en miles



También este ejercicio permitió obtener los impactos mínimos y máximos de la migración internacional, respectivamente, cuyos volúmenes oscilarían entre un mínimo de 278.000 y un máximo de 591.000 inmigrantes, los cuales representarían de la población total aceptada como más probable, un porcentaje de población producto de la migración de entre un 5 y un 10 por ciento del total del país.

Estos primeros resultados permiten concluir que no se esperan grandes cambios en la participación de la migración internacional en las tendencias de crecimiento de la población de Costa Rica, representando en el mayor de los impactos un 10 por ciento del total de la población del país, apenas unos dos puntos porcentuales más de lo que se estima es el porcentaje actualmente. Sin embargo, según sea el curso futuro de la migración internacional, esta podría incrementar el crecimiento vegetativo o natural de la población de Costa Rica entre un 24 y un 45 por ciento en los próximos veinticinco años.

Para indagar los posibles impactos de la migración en la composición o estructura por sexo y edades de la población, tanto al año 2000 como al 2025, se construyeron las pirámides de población para cada una de las estimaciones y proyecciones que se han venido comentando, las cuales aparecen en el Gráfico 3.15.

Para el año 2000, se puede observar que no se presentan cambios importantes en la forma que adoptan las estructuras bajo el supuesto de que no se hubiese dado la migración de los noventas en edades jóvenes, lo que confirma lo comentado en la sección 3.3 sobre las características de la población migrante, particularmente nicaragüense.

Para el 2025 los impactos esperados en la composición por edades son también poco perceptibles en cuanto a la forma que adoptan las pirámides, lo que comprueba que el porcentaje esperado de la población de origen extranjero es aún bajo como para pensar que provoque modificaciones sustanciales en la estructura por edades y sexo del total del país.

Para explorar mejor las estructuras por sexo y edades resultantes de cada una de las estimaciones y proyecciones consideradas, se muestran en los Cuadros 3.12 y 3.13 las distribuciones por grandes grupos edad.

CUADRO 3.12

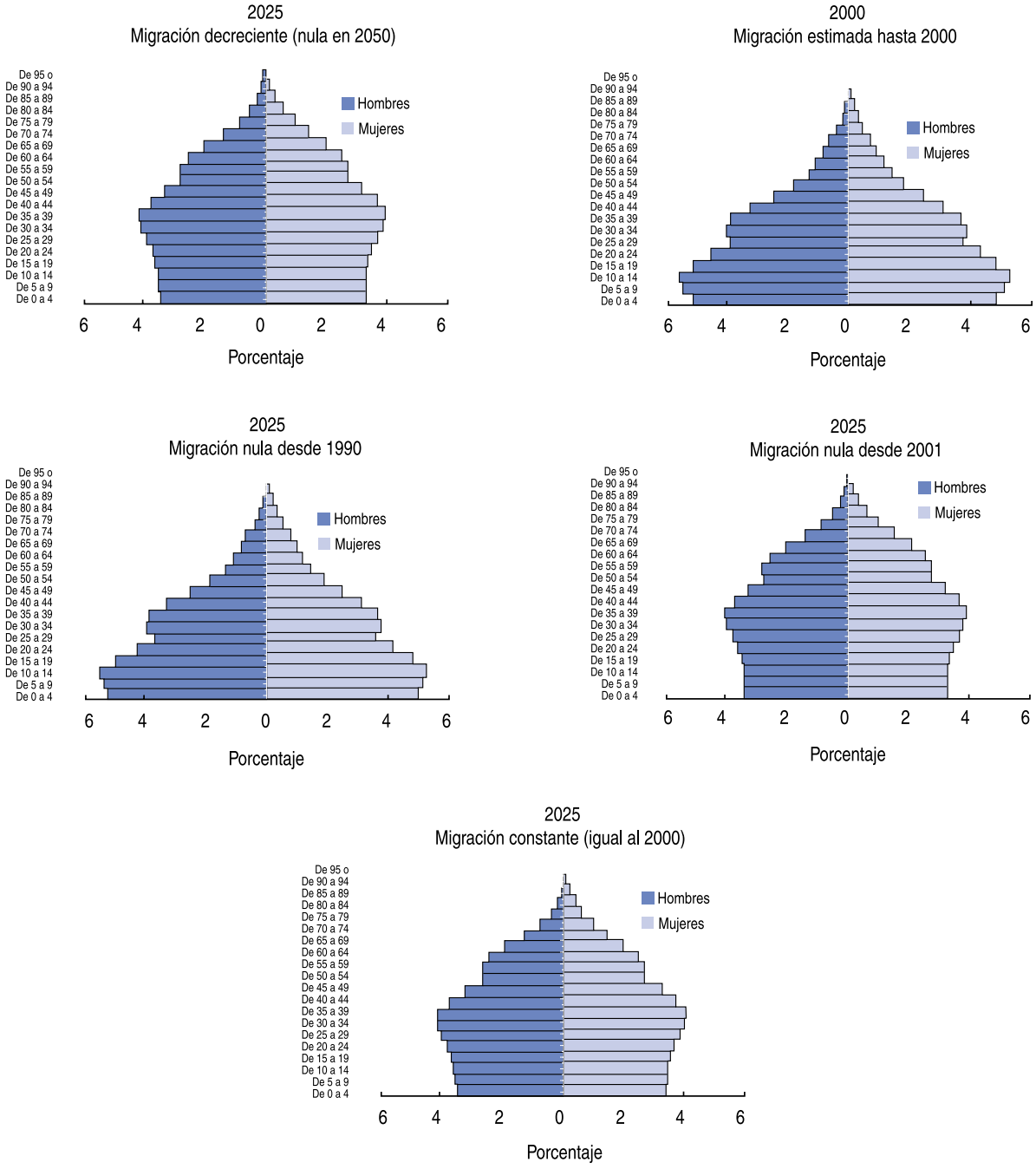
COSTA RICA. POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDADES DE ESTIMACIONES SEGÚN DISTINTOS SUPUESTOS DE MIGRACIÓN
2000

	MIGRACIÓN ESTIMADA HASTA 2000		MIGRACIÓN NULA DESDE 1990	
Edad	**Hombres**	**Mujeres**	**Hombres**	**Mujeres**
De 0 a 9	10,7	10,1	10,8	10,4
De 10 a 24	15,4	14,7	15,1	14,5
De 25 a 49	17,9	17,1	17,7	17,0
De 50 a 64	4,4	4,4	4,5	4,6
De 65 y más	2,5	2,8	2,6	2,9
Total	50,9	49,1	50,7	49,3

FUENTE: INEC y CCP, 2002 y elaboración propia.

GRÁFICO 3.15

COSTA RICA. ESTRUCTURAS DE POBLACIÓN POR SEXO Y EDADES SEGÚN DISTINTOS SUPUESTOS DE MIGRACIÓN. 2000-2025



En el caso del año 2000 se puede observar que la composición por sexo en el total de la población del país se mantiene prácticamente inalterada con el aporte de la migración de los noventas y bajo el supuesto de que esta haya sido nula. Sólo en el caso de las edades jóvenes entre 10 y 24 y adulta de 25 a 49 años, habría una leve modificación por efecto de la migración, algo mayor en el caso de los hombres.

Para el 2025 los cambios son consistentes con lo que se planteó anteriormente acerca de un efecto mínimo y máximo alrededor de la más probable tendencia de la hipótesis media o recomendada de la proyección nacional. Bajo el supuesto que la migración se hiciera nula a partir del 2001, la distribución tendería a una población levemente más madura y envejecida (mayor porcentaje en las edades mayores de 50 años) sin el aporte de la migración de población, principalmente en edades centrales.

CUADRO 3.13

COSTA RICA. POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDADES DE ESTIMACIONES SEGÚN DISTINTOS SUPUESTOS DE MIGRACIÓN
2025

	MIGRACIÓN NULA EN 2025		MIGRACIÓN NULA DESDE 2001		MIGRACIÓN CONSTANTE (IGUAL AL 2000)	
Edad	**Hombres**	**Mujeres**	**Hombres**	**Mujeres**	**Hombres**	**Mujeres**
De 0 a 9	7,0	6,7	6,9	6,6	7,1	6,8
De 10 a 24	10,9	10,3	10,7	10,2	11,2	10,5
De 25 a 49	19,4	18,6	19,1	18,4	19,5	18,6
De 50 a 64	8,1	8,0	8,3	8,2	7,9	7,8
De 65 y más	5,2	5,8	5,4	6,1	5,0	5,6
Total	**50,6**	**49,4**	**50,4**	**49,6**	**50,8**	**49,2**

En contraste, si la migración se mantuviera constante al nivel estimado para el 2000 (saldo neto de 20.000 personas por año), las distribuciones mostrarían un cierto rejuvenecimiento de la población, algo mayor en la población masculina.

Como conclusión a esta parte, se puede afirmar que para los próximos 25 años no se esperan modificaciones sustanciales en la composición por sexo y edades de la población de Costa Rica por efecto de la migración. Aún en el caso de que la migración se mantuviera inalterada o constante, el resultado bien podría ser aprovechado como una oportunidad para mantener por un tiempo más, los efectos de lo que se ha dado en llamar el "bono demográfico", es decir, los beneficios de contar con una población en edad productiva con menor carga de dependencia de otras en edades.

3.5 RESUMEN Y CONCLUSIONES

La migración internacional hacia Costa Rica es un fenómeno con presencia histórica reconocida en distintas fuentes parciales y totales. A partir de 1950 los Censos Nacionales de Población permiten estudiar sus niveles y tendencias hasta el año 2000, complementadas con otras fuentes más recientes como las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples.

Particular importancia tiene en el país la inmigración internacional durante la década de los noventas, lo cual es evidente en el Censo 2000. La población nacida en el extranjero y censada en Costa

Rica pasó aproximadamente de 89.000 a casi 300.000 personas entre los censos de 1984 y 2000. Poco más de dos terceras partes de los inmigrantes censados en el 2000, llegó al país después de 1990.

En términos relativos, esta inmigración significó que la población nacida en el exterior y residente habitualmente en Costa Rica, pasara de representar cerca de un 4 a un 8 por ciento entre 1984 y 2000. El componente de origen nicaragüense pasó de ser la mitad de extranjeros en 1984, a significar las tres cuartas partes en el año 2000.

Entre las principales características que presenta la población nicaragüense en Costa Rica, se constata que en su mayoría se encuentran en edades de trabajar (20 a 50 años), tanto hombres como mujeres; que residen de manera concentrada en comunidades dentro de cantones de la zona norte como Los Chiles, San Carlos, Upala y La Cruz, otros de actividad de predominio agrícola como Sarapiquí y Matina, así como en cantones del Área Metropolitana de San José, tales como el cantón central de San José, Alajuelita, Escazú y Desamparados (principalmente en comunidades como La Carpio, La Capri, Los Guido, Tejarcillos, Pavas, entre otras). Poco más de la mitad de los mayores de 12 años se encuentran trabajando, dedicados principalmente a ocupaciones de tipo agrícola, de servicio doméstico en hogares, y en pequeños negocios de comercio informal (no obstante, cerca de un 40 por ciento de éstos no tiene seguro social). Presentan una situación intermedia en cuanto a alfabetismo y nivel de educación, entre los nicaragüenses en su país y los costarricenses: el porcentaje de población mayor 15 años que sabe leer y escribir es de 88 por ciento entre los nacidos en Nicaragua y de 95 por ciento entre los nacidos en Costa Rica, y la escolaridad promedio de los nicaragüenses es de 5,6 años mientras la de los ticos es de 7,5.

La situación y tendencias de la pobreza de Costa Rica no pueden atribuirse a la inmigración internacional, y nicaragüense en particular. El país experimenta un estancamiento en la incidencia de la pobreza en alrededor del 20 por ciento de los hogares, desde mediados de los noventas. Los hogares pobres encabezados por nicaragüenses tienen una incidencia promedio de 26 por ciento y alcanza al 30 por ciento en 2002, pero su número aún no alcanza a tener un peso significativo como para cambiar las tendencias nacionales de la pobreza.

No obstante, los hogares comandados por nicaragüenses acusan importantes signos de deterioro social y material. Tomando en cuenta los datos del Censo de Vivienda 2000 y el origen de las jefaturas de hogar, se tiene que un 25 por ciento de las viviendas de jefe de hogar nicaragüenses está en mal estado, mientras que es sólo un 10 por ciento en el caso de los costarricenses; un 27 por ciento viven en hacinamiento cuando el jefe es nicaragüense y es 9 por ciento en el caso de los costarricenses; un 17 por ciento de las viviendas no tiene agua potable dentro de la vivienda y ese problema se presenta en el 7 por ciento cuando el jefe es costarricense; un 7 por ciento de las viviendas con jefe nicaragüense fue clasificada como tugurio mientras que ese porcentaje fue solo de un 1 por ciento cuando el jefe es costarricense.

En cuanto a los servicios de salud, los nicaragüenses tienden a utilizar más la consulta externa de los EBAIS (30 por ciento más que los costarricenses), aunque el número de consultas de los costarricenses es superior. Al analizar la presencia de nicaragüenses a nivel distrital, con respecto a la baja de la mortalidad infantil, no hay evidencias de impacto significativo de la migración nicaragüense en las tendencias de la mortalidad del país.

En el caso de la emigración o salida de costarricenses al exterior, se constata que el principal destino sigue siendo Estados Unidos. De acuerdo a los censos de 1990 y 2000 de ese país, la población nacida en Costa Rica residente en EE.UU. podría haber pasado de unos 45.000 a casi 70.000 personas. Esto significa que los nacionales en Estados Unidos representan cerca del 2 por ciento de la población de Costa Rica, con una tendencia a aumentar que requiere estudios que profundicen esta temática.

En términos de las remesas familiares producto de la migración, se estima con estudios vía encuestas específicas que los nicaragüenses envían un promedio de cien dólares mensuales hacia Nicaragua, mientras que los costarricenses envían a Costa Rica un promedio de quinientos dólares desde los Estados Unidos. En términos globales las estimaciones del Banco Central de Costa Rica para el 2002, sitúan en el doble las entradas que las salidas en dólares por este mismo concepto.

Al realizar proyecciones del posible curso de la migración internacional en los próximos 25 años, no se encontraron impactos significativos en la distribución por sexo y edades de la población del país, al año 2025. Sin embargo, según sea el curso futuro de la migración internacional, esta podría incrementar entre un 24 y un 45 por ciento el crecimiento vegetativo o natural de la población de Costa Rica en los próximos 25 años.

Las perspectivas en el plano internacional, como consecuencia de la apertura comercial y de los mercados regionales así como cambios en los estilos de vida en el marco de los procesos de globalización, podrían afectar la movilidad de la población en el área centroamericana, todo lo cual podría llevar a cambios en el panorama de las migraciones internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

Barquero, Jorge (2000). *La investigación de la migración internacional en Costa Rica en los Censos Nacionales del 2000.* Documento metodológico, sin publicar. San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Brenes, Gilbert. (1999). *Estimación del volumen y características sociodemográficas de los inmigrantes nicaragüenses en costa Rica*. Tesis para optar por el grado de Magíster Scientiae en Estadística. San Pedro, San José: Universidad de Costa Rica.

_____ (2002). "Segregación residencial de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica en 2000". Ponencia presentada en el *Seminario Censo del 2000*. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos y Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

Castillo, J. (2002). *Estimación del Costo de los Extranjeros en los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Departamento de Estadística.

CELADE e IUSSP (1985). *Diccionario Demográfico Multilingüe*, *Versión en español*. Bruselas: Ediciones Ordina.

CCP (2003). Página web, en http://ccp.ucr.ac.cr/. San José: Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

Chaves Ramírez, Erika. (2003). "Remesas Familiares en Costa Rica". Ponencia presentada en el *Seminario Transferencias Familiares*. Quito.

INEC (varios años). *Censo de población y vivienda.* San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

INEC y CCP (2002). Costa Rica: Estimaciones y proyecciones de población 1970-2100 actualizadas al año 2000 y Evaluación del Censo 2000 y otras fuentes de información (informe metodológico). San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos y Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

Rosero-Bixby, L. (2002). *Acceso y Disponibilidad de Servicios de Salud en Costa Rica 2000*. Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

_____ (sin fecha). Evaluación del impacto de la reforma del sector salud en Costa Rica. Inédito

Trejos, J. (2003). *Inmigración Internacional y Pobreza en Costa Rica*. San José: Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas.

USAID, MEP y OIM (2000). Ampliación de la Capacidad del Sistema Educativo Costarricense en Comunidades Seleccionadas Afectadas por Migración Nicaraguense Relacionada con el Huracán Mitch. Programa de Educación. Componente de Educación. USAID/MEP/OIM.

USCB (2003). "Hispanic population by type", en http://www.census.gov/mso/www/pres_lib/hisorig/tsld027.htm . Washington: U.S. Census Bureau

Vargas, Juan Carlos. (2003). "Entre el norte y el sur: migración Nicaragua-Costa Rica-Estados Unidos". Ponencia en *Primera Conferencia Internacional del Latin American Migration Project* (LAMP). Jacó: Costa Rica.

SEGUNDA PARTE

LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y LAS CONSECUENCIAS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD Y PENSIONES

4. EFECTOS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE EL AHORRO Y LA INVERSIÓN EN MÉXICO

IVÁN MEJÍA*

4.1 INTRODUCCIÓN

En México se ha observado cambios profundos en la dinámica demográfica durante la segunda parte del siglo XX. Estos cambios demográficos forman parte indisoluble de los acontecimientos que han transformado a la sociedad entera. Al mismo tiempo, las estrategias de desarrollo han modificado también los patrones de crecimiento económico con vistas ha integrar a la economía nacional a los nuevos y crecientes vínculos con el exterior. La población, en un contexto de crecimiento económico y de crisis recurrentes, ha adecuado sus patrones reproductivos a las nuevas condiciones y pautas de desarrollo social. La respuesta de la población hacia una menor fecundidad y una alta movilidad territorial, surge como consecuencia del balance ventajoso de tener familias de menor tamaño y la búsqueda de mejores opciones de desarrollo en lugares distintos al de nacimiento. Al mismo tiempo, las ganancias del crecimiento económico, beneficiaron a grupos de población que han contribuido a este progreso y a acrecentar la riqueza nacional, aun cuando otros grupos de población se encuentran en desventaja social y económica.

Las relaciones entre la dinámica demográfica y la evolución de la economía han ocupado la atención de los investigadores desde los tiempos de Malthus, sin lograr un acuerdo general. Existen evidencias que los continuos y altos niveles de crecimiento de la población presionan sobre los recursos limitados y exacerban los efectos negativos de la relación entre población y economía, en otros casos el crecimiento de la población no muestra efectos negativos o son de menor magnitud. En este trabajo se aborda el tema desde otra perspectiva, tratando de vincular los grandes agregados como la tasa se crecimiento de la población y del producto per cápita, con variables más íntimamente relacionadas con ambas variables.

Por ello, en este trabajo se exploran las relaciones entre la dinámica demográfica y sus implicaciones en el desarrollo económico. Siguiendo la hipótesis de Coale y Hoover de 1958, se intenta establecer que los perfiles demográficos orientados hacia una menor fecundidad y mortalidad infantil, han producido dramáticos cambios en la estructura por edad, reduciendo los grupos de población en edades dependientes y aumentando relativamente los grupos en edades productivas. Este cambio de generaciones, en el mediano plazo, propiciará que la dependencia económica con menor proporción de hijos aumente el ahorro de las familias, así como la dirección e intensidad de la inversión pública o privada.

* De este trabajo es coautor Octavio Mojarro. Ambos investigadores trabajan para el Consejo Nacional de Población de México.

En la primera sección de este trabajo se repasa brevemente la transición demográfica experimentada en México de 1950 a 2000, así como los cambios en la estructura por edad. Luego se revisan las tendencias del crecimiento del producto y las correspondientes proporciones de ahorro e inversión de 1951 a 1995. La parte central del trabajo se ocupará en la discusión conceptual y de la aplicación de la hipótesis de la dependencia y los modelos econométricos desarrollados para demostrar la relación entre la tasa de dependencia económica sobre el ahorro y la inversión. Al final se señalan los probables impactos de esa relación para el caso de México.

4.2 LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA DE MÉXICO

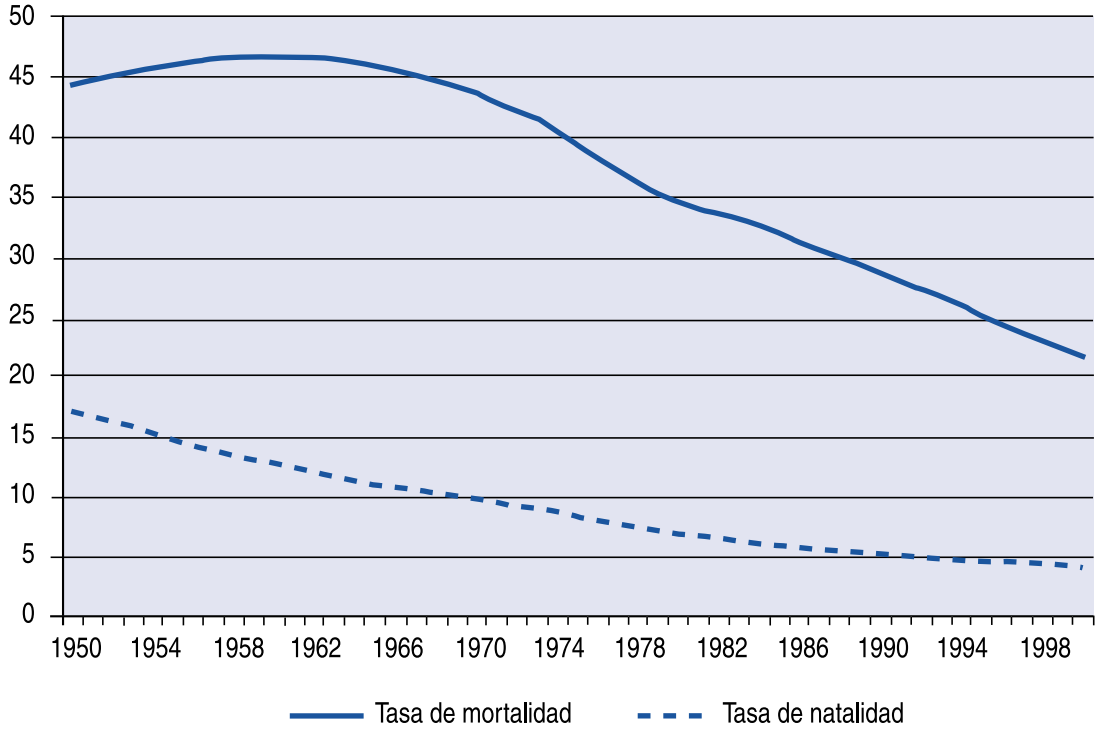
La transición se caracteriza por el paso de un régimen de niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control a otro de niveles bajos y controlados, carácterísticos de una sociedad contemporánea y moderna. Durante el curso de la transición demográfica, el ritmo de crecimiento de la población atraviesa por varias etapas más o menos definidas. La fase pretransicional se distingue por un crecimiento demográfico relativamente lento en el largo plazo, debido a la prevalencia de la fuerte mortalidad y la alta fecundidad. La transición demográfica se inicia, en una primera etapa, con la declinación pronunciada de la tasa de mortalidad, acompañada por un tasa de natalidad elevada y prácticamente constante, lo que se traduce en una aceleración del ritmo de crecimiento natural de la población. La rápida respuesta de la mortalidad al proceso de modernización social es inevitable porque se trata de un objetivo aceptado universalmente y valor socialmente aspirado por evitar a toda costa los embates de la muerte.

Con un desfase en el tiempo, la segunda etapa de la transición demográfica se inicia con la caída de la tasa de natalidad, lo que lleva a la postre a un crecimiento cada vez más reducido. En la explicación del descenso de la natalidad, varios autores han puesto de relieve el papel desempeñado por el desarrollo económico, la urbanización, la industrialización, la expansión de las instituciones de educación y salud, así como por el cambio cultural. La etapa postransicional se observa cuando las tasas de natalidad y mortalidad han logrado alcanzar valores muy bajos y semejantes, con el correspondiente crecimiento de la población cercano a cero o incluso negativo.

En México, la evidencia disponible indica que el descenso de la mortalidad se inició lentamente durante la última parte del porfiriato, debido en parte a la instrumentación de medidas de salud pública y de control sanitario. Aunque no es posible contar con cifras precisas y confiables, se estima que en el país la esperanza de vida al nacimiento en 1910 se situaba ya en un nivel próximo a los 30 años. Se calcula que entre 1921 y 1950, la tasa bruta de mortalidad cayó de 33 a cerca de 17 defunciones por cada mil habitantes, mientras que la esperanza de vida de los mexicanos se incrementó de casi 32 años a poco menos de 50 años El descenso de la mortalidad fue particularmente pronunciado a partir de 1950 y hasta 1970, cuando la esperanza de vida al nacimiento aumentó 15 años (de 49 a 64) (véase Gráfico 4.1). El descenso de la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida se vio acompañada en ese periodo de una importante reducción de las causas de muerte de tipo infeccioso y el aumento de las de origen crónico-degenerativo (CONAPO, 1999a).

Gráfico 4.1

MÉXICO. TASA DE NATALIDAD Y TASA DE MORTALIDAD



FUENTE: CONAPO

La declinación de la mortalidad siguió su curso en los años y décadas siguientes, aunque en forma más lenta. Entre 1970 y 2000, la tasa bruta de mortalidad se redujo de 9 a 4,4 defunciones por cada mil habitantes, mientras que la esperanza de vida se incrementó de 64 a 74 años, respectivamente, esto es 10 años de ganancia en 30 años calendario. En este proceso, la estructura de las causas de muerte ha transitado de un patrón fuertemente asociado a las muertes transmisibles a un patrón donde prevalecen los padecimientos crónicos degenerativos. Se estima (CONAPO, 1999a) que en la actualidad alrededor de 85 por ciento de las defunciones que ocurren en el país son atribuibles a enfermedades no transmisibles y lesiones.

El descenso de la fecundidad es el principal determinante del cambio demográfico observado en México durante las últimas tres décadas. Frente a la disminución casi secular de la mortalidad, la reducción de la fecundidad es mucho más reciente y de gradiente más acentuado. En México es posible distinguir tres momentos del comportamiento de la fecundidad. El primero, se ubica en la etapa pre-transicional entre 1930 y 1950, cuando las tasas de natalidad eran altas y sostenidas –con niveles de alrededor de 43 nacimientos por cada mil habitantes–; esta etapa coincide con el inicio del desarrollo social y económico del país y con la creación y consolidación de sus instituciones. El segundo momento se puede ubicar a partir de 1950 y hasta antes de 1970, cuando la fecundidad se eleva con una tasa de natalidad de 45 a 46 nacimientos por mil habitantes, alcanzando su máximo histórico de 7,3 hijos promedio por mujer. Siguiendo el modelo clásico, la caída de la fecundidad ocurrió primero entre las mujeres que residían en las metrópolis o que pertenecían a los grupos sociales más favorecidos por el patrón de desarrollo económico imperante.

El tercer momento se inició en 1974, a raíz del cambio en la política de población y del impulso otorgado por el gobierno mexicano a los programas de planificación familiar. En unos cuantos años, entre 1974 y 1980, la tasa de natalidad cayó de 40 a 31 por mil habitantes y la tasa global de fecundidad descendió de 6,1 a 4,7 hijos por mujer. Ya en el año 2000 la natalidad continuó disminuyendo, aunque a un ritmo más lento: la natalidad se ubicó en casi 20 nacimientos por cada mil habitantes y la fecundidad se situó en alrededor de 2,4 hijos por mujer (véase Gráfico 4.1).

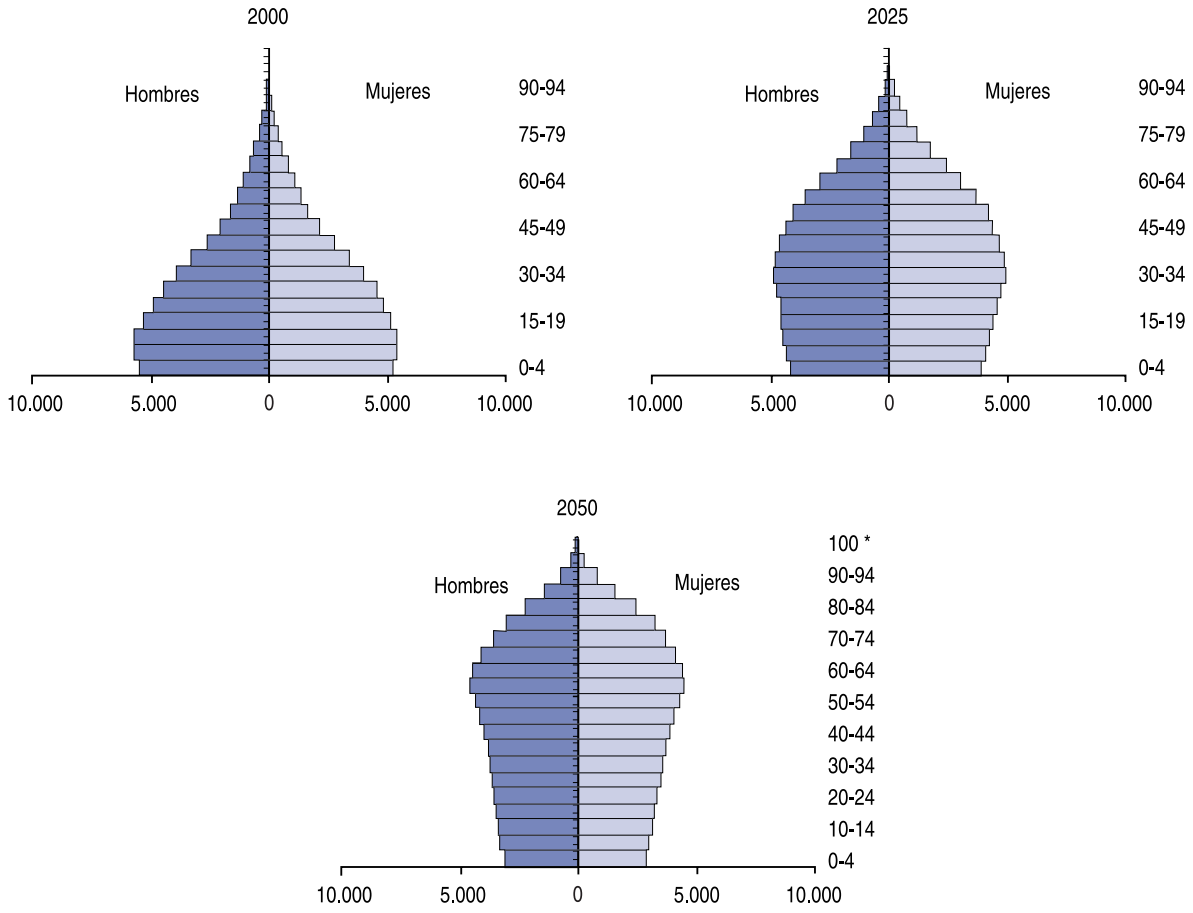
La transición demográfica en México, tal y como ha sido descrita, muestra la evolución en el largo plazo de las tasas crecimiento de la población, como producto de la diferencia entre la mortalidad y natalidad. La brecha que separa a ambas tasas (es decir, el crecimiento natural) se amplió gradualmente: pasó de 0,7 por ciento en 1921 a 1,7 en 1930, y luego subió a 3,4 alrededor de 1965. La tasa de crecimiento natural se redujo rápidamente, alcanzando 2,7 por ciento en 1980 y 1,7 en 2000.

4.3 CAMBIOS EN EL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN Y LA ESTRUCTURA POR EDADES

La declinación de la mortalidad y la fecundidad durante el curso de la transición demográfica provoca cambios en el tamaño y la estructura por edades de la población, los cuales se producen en forma lenta y sólo se aprecian en el mediano y largo plazo. Por un lado, la disminución de la mortalidad a partir de 1930, combinada con una elevada fecundidad, favoreció el continuo rejuvenecimiento de la población mexicana hasta mediados de la década de los setenta, observada en el ensanchamiento de la base de la pirámide de población. A partir de entonces, una fecundidad en rápido descenso, combinada con una esperanza de vida cada vez mayor, se ha reflejado en un proceso gradual de envejecimiento demográfico, que se expresa en el estrechamiento de la base de la pirámide y en la ampliación de su cúspide. En el Gráfico 4.2 se muestra este fenómeno para el período 2000-2050, el cual se obtuvo de proyecciones del Consejo Nacional de Población. Entre 1950 y 1970, con el impulso en la fecundidad, la proporción de población en los grupos menores de 15 años aumento de 41,4 por ciento a 47,5 por ciento. Sin embargo, después de 1970, ante patrones demográficos distintos, la estructura por edades empieza una nueva trayectoria. Son marcados los cambios que se aprecian en la composición por edades de la población entre 1970 y 2000. La proporción del grupo de menores de 15 años pasó de 47,3 a 32,8 por ciento; en forma similar, el grupo de entre 15 y 64 años se incrementó de 47,8 a 62,5 por ciento, mientras que la población del grupo de 65 años y más aumentó su peso relativo de 3,7 a 4,7 por ciento. En ese mismo periodo, la edad media aumentó de 22 años a 26 años.

GRÁFICO 4.2

MÉXICO. DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA POBLACIÓN
2000, 2025 y 2050
miles

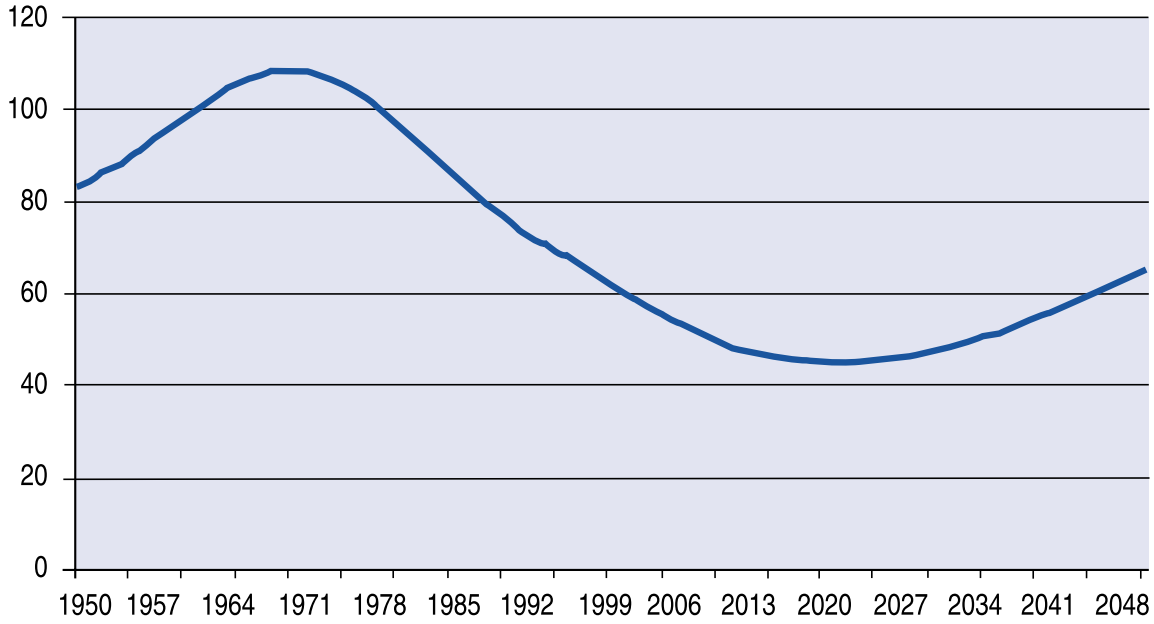


FUENTE: CONAPO.

Un indicador que refleja fielmente los cambios en la estructura poblacional es la razón de dependencia, la cual se define como la población menor de 15 años sumada a la de 65 años y más, dividida entre la población de 15 a 64 años. Este indicador ha oscilado antes y durante la transición demográfica: en la etapa pretransicional de 1930 a 1950 era menor a cien, y registró un aumentó a 100 inactivos por cien potencialmente activos en 1960; con el aumento en la fecundidad entre 1960 y 1970 este indicador alcanzó un nivel arriba de 109 por año en 1969. Sin embargo, a partir del inicio de la transición demográfica, la dependencia económica cobra un nuevo giro, invirtiéndose la tendencia al disminuir sensiblemente a 96 en 1980 y a 61 en el 2000. El cambio en la estructura por edad de la población, como resultado del descenso en la mortalidad y fecundidad, se asocia con menores proporciones de dependientes económicos, de tal forma que se convierte en una oportunidad demográfica para impulsar el empleo y, al tiempo que se tiene una menor dependencia, se podrá aumentar el ahorro y la inversión en áreas de formación de capital físico y humano y, en consecuencia, se elevará el producto e ingreso de las familias (véase Gráfico 4.3).

GRÁFICO 4.3

MÉXICO. RELACIÓN DE DEPENDENCIA



FUENTE: CONAPO.

4.4 EVOLUCIÓN DEL PIB, TASAS DE AHORRO, INVERSIÓN Y CUENTA CORRIENTE

Tendencias del producto interno bruto 1950-1995

En una perspectiva de largo plazo, la economía ha gravitado por varias etapas de crecimiento, que se distinguen, en lo fundamental, por tasas sostenidas de crecimiento del PIB, etapas de alta expansión y de contracción severa. La información del PIB se obtiene del INEGI expresados a precios de 1980, utilizando el deflactor del PIB. La primera de ellas entre 1950 y 1970, que registró una alta expansión económica con un promedio de crecimiento del PIB del 6 por ciento anual en términos reales. Este crecimiento estuvo basado en el esquema de la industrialización sustitutiva de las importaciones, la protección arancelaria, la ampliación del mercado interno y un moderado nivel de déficit público. La segunda etapa, de 1970 a 1982, con dos periodos de crecimiento claramente diferenciados sexenalmente (de 1971-1976, con una tasa promedio de 2,6 por ciento, y de 1977 a 1982, con una tasa promedio de 5 por ciento), pero en ambos con un esquema de financiamiento del desarrollo basado en un creciente déficit fiscal, una presencia activa del gobierno en las actividades productivas, con escaso margen de apertura de la economía, así como con la presencia de crisis recurrentes, como la ocurrida entre 1982 y 1983. Durante la tercera etapa, de 1984 a 1995, las tasas de crecimiento del PIB se reducen considerablemente a un promedio de 1,4 por ciento con cambios en el modelo de desarrollo, caracterizado por el impulso a las actividades del sector privado, retiro del gobierno de algunas actividades económicas, una amplia apertura de economía a las corrientes mundiales financieras, comerciales y tecnológicas. En esta etapa se distingue la crisis de 1995 cuando se

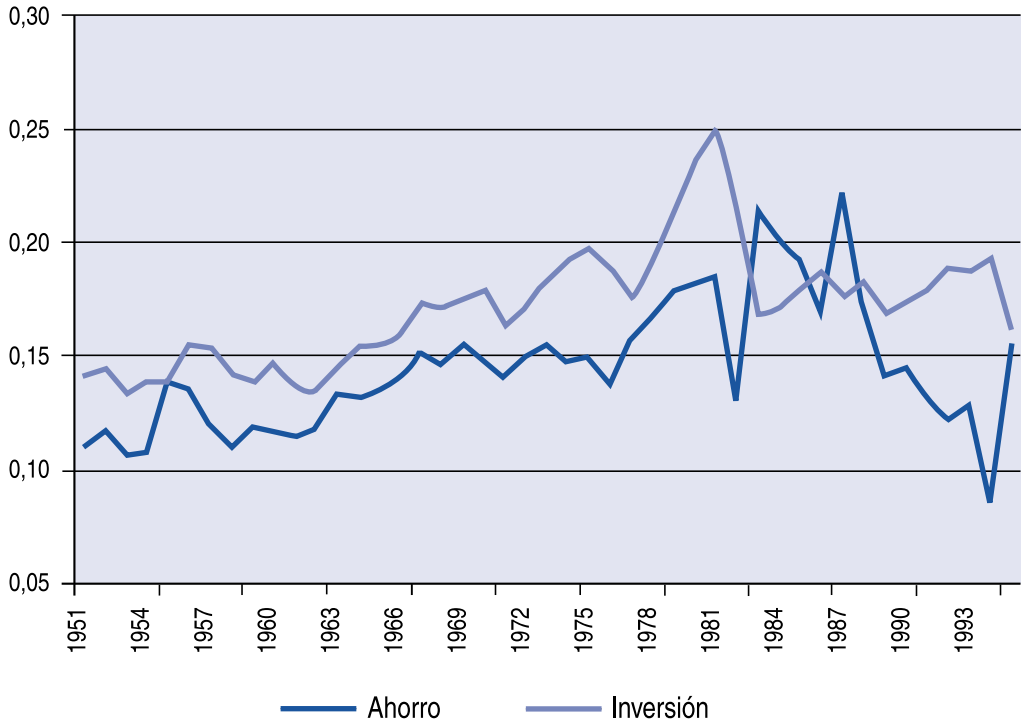
registra la caída más severa del producto interno con -6,2 por ciento, como consecuencia de los desequilibrios en los mercados financieros, la volatilidad en la paridad cambiaria, el acelerado incremento de las tasas de interés, y la creación de expectativas inflacionarias con niveles insostenibles para la economía nacional.

Evolución del ahorro

Las tendencias en la tasas de ahorro en el periodo de 1950 a 1995 muestra que la proporción del producto dedicada al ahorro se ha incrementado sostenidamente, con algunas oscilaciones relevantes. La información del ahorro se calcula sumando el saldo en cuenta corriente y la formación bruta de capital fijo o inversión y se expresa como proporción del PIB. Esta tendencia al alza en el ahorro parte de un 11 por ciento en 1951 y aumenta ligeramente para años subsiguientes de esa década; sube a 14 por ciento en los setentas; y se eleva todavía más en cerca de 20 por ciento en la mayor parte de la segunda mitad de los ochentas. Sin embargo, la tendencia creciente se revierte en los noventas, especialmente se ve reducida en 1994 cuando azotó la crisis económica. Al parecer, en este último año se retoma la tendencia al alza para 1995 y años siguientes (véase Gráfico 4.4)

GRÁFICO 4.4

MÉXICO. INVERSIÓN Y AHORRO
como porcentaje del PIB



FUENTE: Banco de México.

Comportamiento de la inversión

Las variaciones de la inversión muestran una tendencia semejante a la del ahorro interno, esto es, periodos de expansión sostenida, contracción cíclica temporal y periodos breves de expansión acelerada. Así, la tasa de inversión parte de un 14 por ciento en 1951; para los años setentas y principios de los ochentas el crecimiento fue vertiginoso y la tasa de inversión aumentó a 17 por ciento del PIB en 1970 y a 25 por ciento en 1981. De 1983 a 1994, la inversión promedia un nivel de 17 por ciento, con una caída significativa en 1995 como consecuencia de la crisis financiera (véase Gráfico 4.4).

El saldo de la cuenta corriente

La característica básica en la cuenta corriente de México consiste en que el país ha sido, a lo largo de los últimos cincuenta años, netamente importador de capitales, con excepción del periodo 1983-1987, en que los abundantes recursos del petróleo redujeron la demanda de capital exterior y se transfirieron importantes montos de recursos para pagar el servicio de la deuda externa acumulada. Sin embargo, es de destacar que el saldo en cuenta corriente se ha mantenido relativamente a un nivel bajo. En todo el periodo el rango de la participación de este rubro en el PIB ha oscilado entre 1,2 por ciento a 8 por ciento, y sólo en la época de la severa crisis económica el saldo representó un nivel récord de 11 por ciento.

El objetivo principal de este trabajo es conocer la forma en la cual los aumentos en el ahorro y la inversión, así como los niveles de cuenta corriente, pueden ser explicados por los cambios en la tasa de dependencia demográfica. Para examinar esta relación se va a discutir, de forma sintética, las hipótesis subyacentes que pueden explicar la intensidad y consecuencias de tal asociación.

4.5 LA HIPÓTESIS DE LA TASA DE DEPENDENCIA Y EL CICLO VITAL

La idea original de relacionar los efectos demográficos sobre algunos componentes del crecimiento económico, como el ahorro, surge de Coale y Hoover en 1958. La tesis de estos autores es simple pero fuertemente intuitiva: el rápido crecimiento de la población, ocasionado por la reducción de la mortalidad infantil y una fecundidad elevada, incrementa el rango de la tasa de dependencia juvenil y, por ese evento demográfico, se incrementan las necesidades de consumo a expensas del ahorro. Las altas tasas de dependencia de jóvenes aumentan la carga de hogares y del gobierno, quienes están por ello imposibilitados para ahorrar más que una pequeña parte de sus ingresos familiares o ingresos fiscales. Como corolario se desprende que, considerando constante el ingreso total, una población con descenso en su fecundidad, reduciría los niveles de dependencia económica y podría ahorrar e invertir más y, mediante esta mayor inversión, aumentar su ingreso más rápidamente en los periodos subsiguientes.

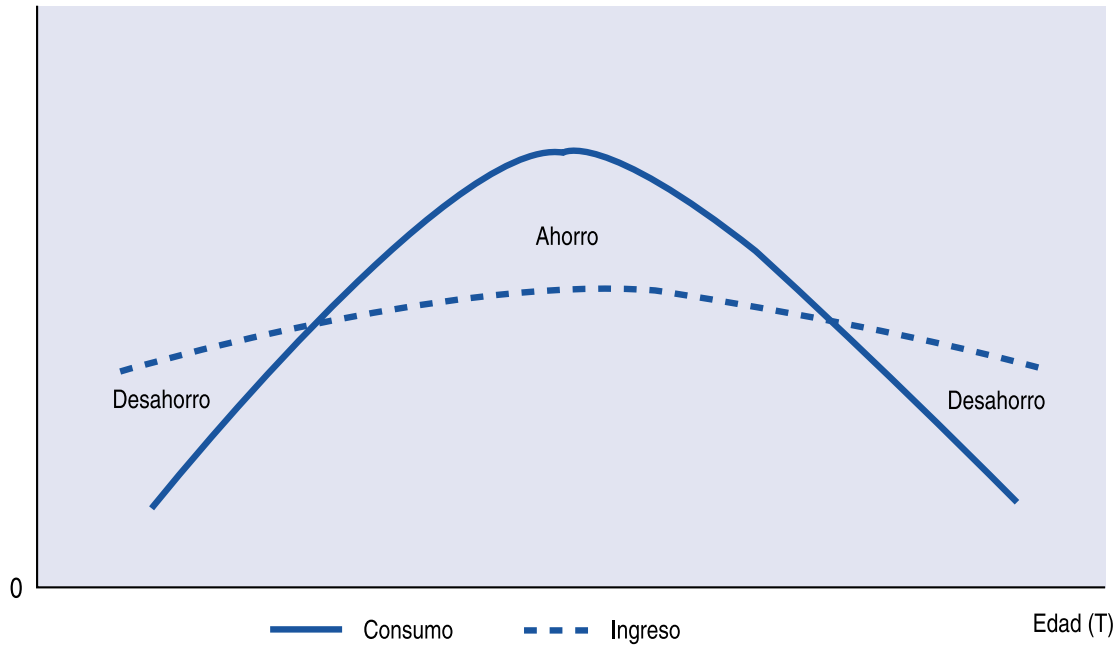
La tesis ha sido criticada por varios autores, ya que el modelo de Coale y Hoover se basa en un comportamiento del tipo estado-estable, donde la tasa de dependencia no recupera la dinámica del cambio transicional, es decir, no considera las tendencias observadas en el cambio de la estructura por edad, tales como: una elevación del nivel de dependencia juvenil en un primera fase de la transi-

ción; una disminución de la dependencia en plena transición y una reconversión al aumento de la dependencia de adultos en etapas postransicionales. En segundo término, el modelo relaciona la dependencia juvenil con el ahorro interno, dejando fuera las posibilidades de análisis con la inversión y el saldo en cuenta corriente. Esto es especialmente importante cuando las economías están abiertas al mercado internacional de capitales y requieren del ahorro externo para financiar los gastos de un alto crecimiento de la población con alta dependencia juvenil. Es también importante cuando la tasa de ahorro interno depende de la demanda de inversión y de las tasas internacionales de interés.

La insistencia de probar la teoría de la tasa de dependencia surge nuevamente con los trabajos de Fry y Mason (1982) y Mason (1988), al incorporar a la teoría de la dependencia la tasa de crecimiento del ingreso como variable independiente e introducir el concepto de ciclo de vida. La idea básica (Taylor y Williamson, 1994) detrás de la vieja y nueva versión radica en que el modelo popularizado por Ando y Modigliani (1963) describe el esquema de ciclo de vida con los supuestos siguientes: el hogar es caracterizado como consumidor de toda la riqueza acumulada durante su vida sin dejar ahorro alguno, para ello ahorra a la mitad de la vida compensando exactamente lo que desahorra en etapas tempranas y en edades adultas de la vida. Al inicio del ciclo con alta fecundidad y rápido crecimiento poblacional, un hogar medio probablemente sea muy joven y, por ello, capaz de obtener solamente bajas o incluso negativas tasas de ahorro; en el ciclo medio, la fecundidad está en pleno descenso, el hogar promedio tendría una edad media y, por ello, sería capaz de obtener altas y positivas tasas de ahorro. En la última etapa del ciclo, los hogares de viejos pueden dominar y, por ello, bajas tasas de ahorro pueden caracterizar a la economía (véase Gráfico 4.5).

GRÁFICO 4.5

MODELO DEL CICLO VITAL



Ante esto Mason añade que, si el ingreso per cápita está creciendo rápido, los hogares jóvenes tendrán más ingreso por más tiempo que los hogares de viejos, y entonces el consumo de los hogares se incrementará a expensas de menores montos de ahorro agregado. Como también señalan Higgins y Williamson (1996, p. 9), siguiendo la tesis de Mason, si el consumo es cambiado de la etapa de crianza de hijos a etapas posteriores de la vida, o sea a estados del ciclo de vida donde no existe la crianza de hijos, los ahorros agregados se elevan con una fuerza que depende directamente de la tasa de crecimiento del ingreso nacional. Como resultado, el modelo arguye que la tasa de ahorro depende del producto de la relación de dependencia juvenil y la tasa de crecimiento del ingreso nacional, tanto como de la tasa de dependencia por sí misma. La aplicación del modelo en varios países y experiencias tuvo resultados muy satisfactorios, encontrándose relaciones negativas entre la dependencia juvenil y las tasas de ahorro después de controlar por el efecto interactivo entre dependencia y crecimiento del producto. Sin embargo, a pesar de estos resultados alentadores, Higgins y Williamson (1996) señalan que el modelo no supera la crítica de que la relación entre la tasa de dependencia y la tasa de ahorro es del tipo estado-estable, donde la tasa de dependencia no recupera la dinámica del cambio transicional, es decir, no considera las tendencias del cambio en la estructura por edad.[1]

Los trabajos de Higgins (1998), Higgins y Williamson (1996 y 1997) desarrollan modelos dinámicos al contemplar el efecto de tasa de dependencia sobre el ahorro como variable intrínseca a la transición demográfica al introducir en el modelo diversos grupos de edad o generaciones, en lugar de los modelos anteriores de estado estacionario. En este modelo se demuestra que las tasas de dependencia deprimen el ahorro para los primeros grupos de edad; en un segundo momento, cuando se reducen las tasas de dependencia por efecto de una fecundidad en descenso, las tasas de ahorro se incrementan hasta llegar a su tope para los grupos de edad productiva; y a partir de ahí, cuando dominan las tasas de dependencia por aumento de los grupos de edad avanzada, las tasas de ahorro vuelven a disminuir. En el caso de la inversión, el efecto es diferente: para los primeros grupos de edad la inversión es mayor que la oferta de ahorro, ya que en esta etapa del ciclo se demandan montos considerables para la creación de empleos y capacitación, así como de infraestructura social entre otros rubros y esta necesidad crece y se hace máxima en los grupos de edad en plena productividad. Para los de edad avanzada las necesidades de inversión son menores que la inducción de los ahorros. Como resultado de estos cambios, el balance en cuenta corriente es deficitario para los primeros grupos de edad y superavitario para los grupos de edad más avanzada. Esto quiere decir que los países pueden pasar de un estado de dependencia de los capitales extranjeros durante su etapa de inicio de transición demográfica, a un estado de exportadores de capital cuando se hacen más maduros o están en transición avanzada.

4.6 ESPECIFICACIONES DEL MODELO

La especificación del modelo que se explica en esta sección se basa en la literatura que discute la relación del ahorro como función de variables que miden el cambio demográfico, como se describe en

1. El efecto de la variable crecimiento del producto en el modelo de Mason asume estado estable de la población y del crecimiento de la productividad. Más que inconsistente, la tasa de dependencia juvenil se permite variar sólo como simple función incrementada del estado estable del crecimiento de la población.

los trabajos de Higgins y Williamson (1997) y Higgins (1998). Para introducir el efecto del cambio demográfico se divide la población en grupos de edad definidos como sigue: 0-4, 5-9, 10-14,...,60-64, 65+, que se introducen en el modelo a través de las siguientes variables indicadoras, *J*, que toma el valor de uno si el individuo *i* se encuentra el grupo de edad *k* al tiempo *t*, donde *i=1,...,N; t=1,...,T* y cero en otro caso. Al transformar las variables de la estructura por edad en los valores *Z*, el modelo resultante es:

$$S_t = \lambda + \gamma_1 g + \lambda_3 tcr + \gamma_1 z_1 + \gamma_2 z_2 + \lambda_4 z_1 g + \lambda_5 z_2 g + \mu_t$$

Los aspectos metodológicos de modelo pueden ser consultados en el anexo y en Mejía (2000). Las variables z_1, z_2 obtenidas agrupan toda la información demográfica del modelo; es decir, la estructura por edad de la población. No obstante, estas variables no tienen ninguna interpretación económica o demográfica dentro del modelo, su finalidad consiste únicamente en evitar problemas de especificación, como se indica en el anexo metodológico.[2]

Por último, la elección de las variables explicativas se basa en el trabajo de Higgins (1998), en el que se usa el crecimiento de la productividad del trabajo como variable explicativa (*g*), así como el efecto conjunto del crecimiento en la productividad y las variables demográficas. La productividad del trabajo se calculó dividiendo el PIB entre el número de trabajadores obtenidos de las cuentas nacionales. El modelo usa la tasa de crecimiento de la productividad. La variable dependiente se expresa como proporción del PIB. Además, se incluye el tipo de cambio real para incluir el efecto de los años de crisis sobre el modelo (*tcr)*. El tipo de cambio real se calculó multiplicando el tipo de cambio nominal de México por el índice de precios implícitos del PIB de los Estados Unidos de América, entre el índice de precios implícitos del PIB de México, obtenidos del Fondo Monetario Internacional.

La variable dependiente será el ahorro, la inversión o el saldo en cuenta corriente de la balanza de pagos, dependiendo del modelo que se pretenda estimar. Estas estimaciones se harán siguiendo la identidad: *cc=s-i*, donde *cc* representa el saldo en cuenta corriente, *s* la oferta de ahorro e *i* la demanda de inversión. Con esto último, se introduce en la especificación el efecto no sólo del ahorro, como en trabajos previos,[3] sino el de la inversión y el saldo entre estas dos variables o flujos netos de capital.

4.7 RESULTADOS EMPÍRICOS

En este apartado presentan los resultados de la estimación de los coeficientes de la ecuación para el ahorro, la inversión y el balance en cuenta corriente, respectivamente. Los resultados estadísticos se muestran en el Cuadro 4.1 y los Gráficos 4.5 a 4.7.

Los resultados del modelo para el ahorro muestran que las variables demográficas (z_1, z_2) resultaron significativas y los signos de los coeficientes son los correctos –positivo para z_1 y negativo para z_2, por lo que se deduce que el comportamiento del ahorro puede ser explicado por efecto del cam-

2. Una vez estimado el modelo, se usan los coeficientes de dichas variables para obtener los coeficientes del modelo original revirtiendo el proceso que se ha descrito en este apartado para la obtención de dichas variables

3. Los modelos de Taylor y Mason se basan en el efecto de la tasa de dependencia sobre el ahorro únicamente.

bio demográfico. Asimismo, aún cuando la variable que representa la productividad del trabajo no resulta significativa, las variables que miden el efecto cruzado (z_1g, z_2g) resultan significativas y, por lo tanto, puede deducirse que la interacción de los efectos demográficos y la tasa de crecimiento de la productividad es importante en la determinación del ahorro, que es congruente con la intuición del trabajo de la teoría de la variable tasa de crecimiento de Mason. De igual forma, la variable del tipo de cambio real resultó significativa y, con ello, puede decirse que variaciones en los términos de intercambio inciden en la determinación del ahorro.[4]

CUADRO 4.1

COEFICIENTES DE REGRESIÓN PARA EL AHORRO, LA INVERSIÓN Y CUENTA CORRIENTE SEGÚN VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLES	AHORRO	INVERSIÓN	CUENTA CORRIENTE
	Coeficiente	**Coeficiente**	**Coeficiente**
c (1)	-0-12	-0,07	-0,05
t	(-1,63)	(-1,43)	(-0,55)
Z_1	0,27	0,29	-0,01
t	(2,43)	(3,85)	(-0,11)
Z_2	-0,03	-0,03	0,00
t	(-3,20)	(-5,19)	(0,21)
G	-1,64	-0,14	-1,15
t	(-0,86)	(-0,11)	(-0,63)
Tcr	0,35	-6,10	6,45
t	(0,10)	(-2,67)	(1,51)
Z_1g	-5,52	1,34	-6,86
t	(-2,31)	(0,84)	(-2,30)
Z_2g	0,36	-0,11	0,47
t	(1,98)	(-0,91)	(2-07)
R^2	0,60	0,77	0,31

En los resultados para la inversión, como en la ecuación para el ahorro, todas las variables resultaron significativas, excepto por el término constante y la productividad del trabajo. Por lo tanto, las variables demográficas, los efectos cruzados y el tipo de cambio real, presentan evidencia de incidir de manera positiva en la determinación de la inversión, como lo hicieron para el caso del ahorro.[5]

4. El resultado de la R-cuadrada ajustada, la gráfica para el ajuste del modelo y la prueba Cusum de cambio estructural, muestran que la regresión para el ahorro se ajusta de manera aceptable. Además, la prueba Durbin-Watson, así como la Breusch-Godfrey, dan fe de que el modelo no presenta autocorrelación, mientras que la prueba de White confirma la ausencia de heterocedasticidad. Finalmente, la prueba F muestra que, en general, el modelo es aceptable al rechazar la prueba de hipótesis (todo es al 5 por ciento) de que los coeficientes en su conjunto no son significativos.

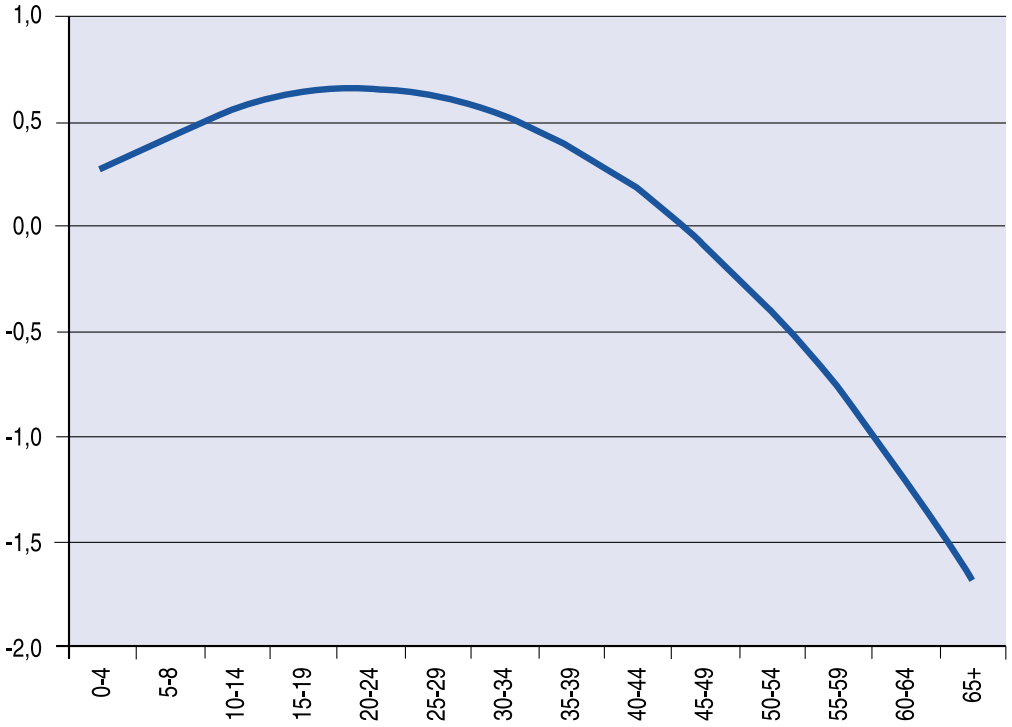
5. En cuanto al ajuste del modelo para la inversión, la R2, el ajuste del modelo y la prueba Cusum dan muestra de una buena estimación. Por su parte, la prueba F indica que, en su conjunto, los coeficientes son significativos a un nivel del 95 por ciento de confianza. La prueba de heterocedasticidad de White indica que el modelo se encuentra en

Por último, el modelo para el balance en cuenta corriente no representa una buena estimación en términos estadísticos, pues las únicas variables que resultan significativas son los efectos cruzados. Además, la R^2 no se encuentra dentro de los rangos aceptables.[6]

Considerando únicamente los resultados de los modelos para el ahorro y la inversión, debido a que fueron los que mostraron los mejores resultados estadísticos, puede gráficamente mostrarse el efecto demográfico sobre las variables dependientes. Para ello, el proceso de construcción de las variables que entran en el modelo (z_1, z_2) se invierte para recuperar los catorce coeficientes para las variables *dummy* con las que se inició esta construcción, considerando aisladamente el efecto de cada grupo de edad sobre el ahorro por medio de estos coeficientes.

GRÁFICO 4.6

COEFICIENTES DEMOGRÁFICOS: AHORRO



el límite de la región de rechazo, a un nivel del 5 por ciento, aunque a un nivel de 10 por ciento no se daría evidencia alguna de presencia de heterocedasticidad. Sin embargo, aún cuando todos los estadísticos dan muestra estadística suficiente para considerar como aceptable el modelo, las pruebas Durbin-Watson y Breusch-Godfrey indican que el modelo da muestras de correlación serial entre las variables, también con un nivel del 5 por ciento de significancia.

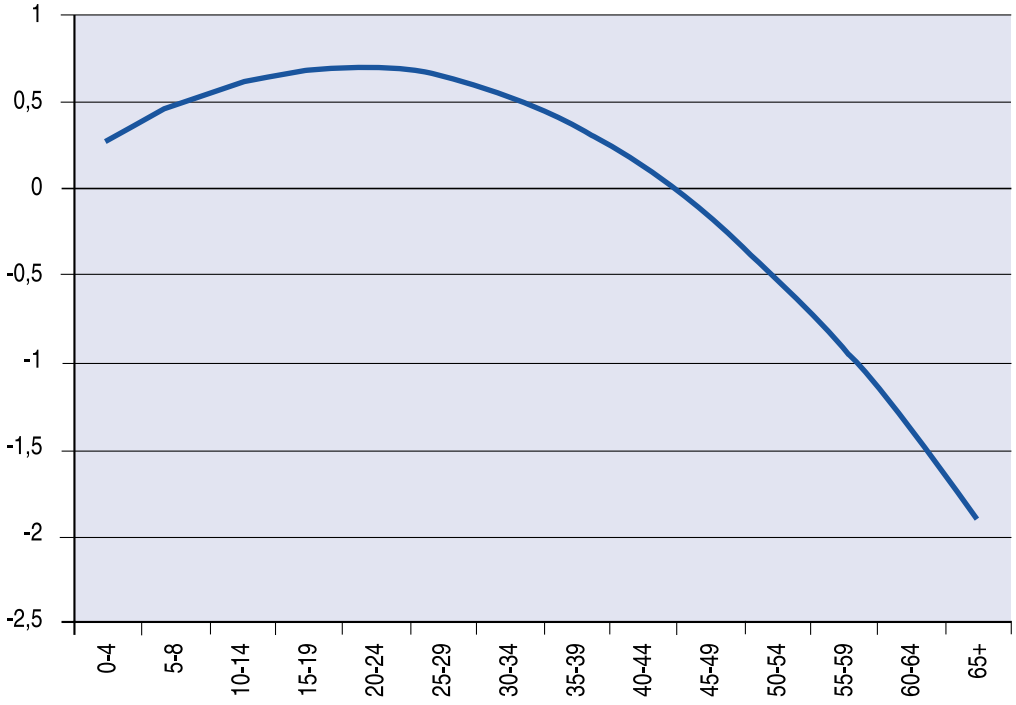
6. De esta forma, aun cuando la prueba *t* falló en casi todas las variables, la prueba F rechaza la hipótesis de que, en su conjunto, las variables no son significativas. Por otro lado, la pruebas Durbin-Watson y la Breusch-Godfrey son aceptables y, por ello, puede rechazarse la presencia de autocorrelación. De igual forma, la prueba de White es aceptable, por lo que no hay evidencia de heterocedasticidad.

Los Gráficos 4.6 y 4.7 muestran el comportamiento de los estimadores, donde se observa que el efecto de la tasa de dependencia juvenil sobre los ahorros –representado en ambos gráficos para los primeros grupos de edad (0-4, 5-9 y 10-14)– es positivo pero relativamente menor respecto a los siguientes grupos, lo que indica que si bien no se comprueba el efecto negativo de la dependencia juvenil sobre las tasas de ahorro, su efecto aunque positivo es menor que en los siguientes grupos. Los coeficientes son crecientes y positivos para los grupos en plena edad productiva, alcanzan su tope en el grupo de edad 20-24 y luego tienden a reducirse, congruente con la teoría de la dependencia. Los coeficientes aparecen con valores negativos a partir del grupo de edad 45-49 años, con el comportamiento esperado de que la tasa de dependencia adulta tienda a deprimir el ahorro.

El gráfico de la inversión muestra un comportamiento similar y el efecto de la tasa de dependencia juvenil es mayor para el ahorro que para la inversión, lo cual es un elemento que lleva a importar capital del exterior. Los coeficientes de inversión alcanzan su tope en el grupo de edad 20-24 y de ahí en adelante, el efecto tiende a reducirse hasta hacerse negativo en el grupo de edad 45-49. Esta tendencia de los coeficientes muestra que la tasa de dependencia juvenil eleva la demanda de inversión y que las personas en edad avanzada tienden a disminuir la inversión.

GRÁFICO 4.7

COEFICIENTE DEMOGRÁFICOS: INVERSIÓN

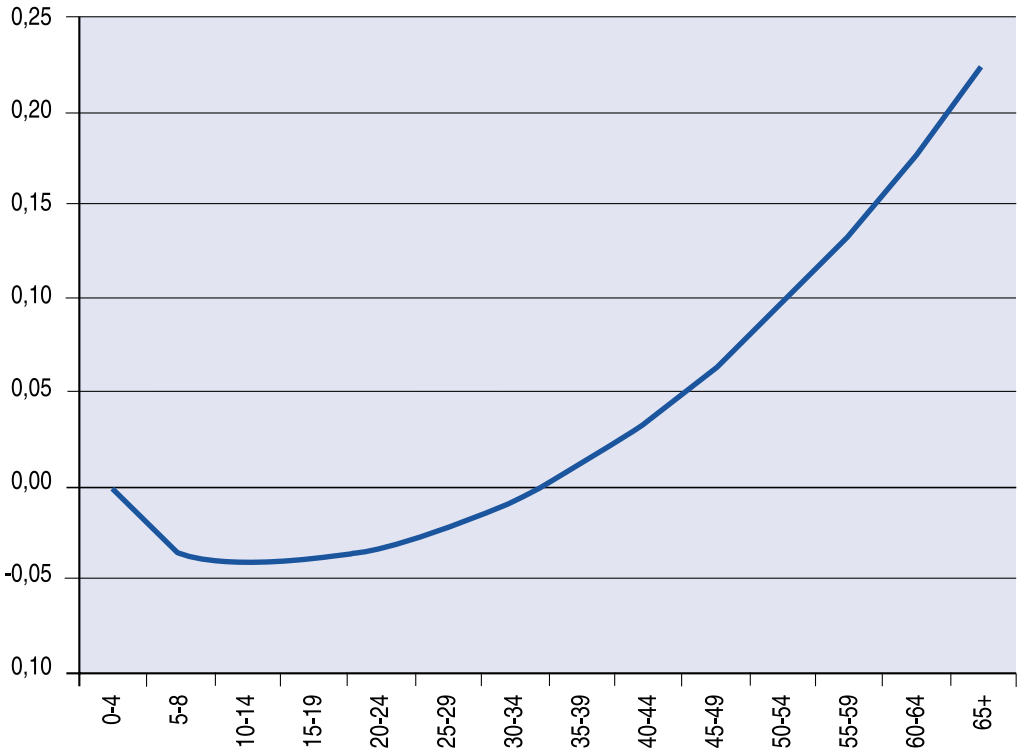


Para el caso del saldo en cuenta corriente, el modelo resulta poco adecuado para explicar un efecto del cambio demográfico sobre los flujos de capital neto. Esto se puede notar en el Gráfico 4.8, en el que se observa un déficit desde los primeros grupos de edad, que disminuye –e incluso el saldo puede volverse positivo o superavitario– para los grupos de edad madura, donde las necesidades de

ahorro externo son menores. Observando este comportamiento, cabe señalar que no se está muy lejos del resultado deseado, pues en el gráfico se observa que para los primeros grupos de edad, los estimadores son indicadores deficitarios de acuerdo con la teoría de la dependencia, mientras que en las edades avanzadas tienden a ser positivos, indicando efectos superavitarios y parcialmente consistentes con lo esperado. Sin embargo, el ajuste del modelo no permite derivar implicaciones contundentes sobre de los efectos demográficos sobre el saldo en cuenta corriente.

GRÁFICO 4.8

COEFICIENTES DEMOGRÁFICOS:
CUENTA CORRIENTE



De regreso a los Gráficos 4.6 y 4.7, se observa que el comportamiento de la inversión y el ahorro tienen los máximos valores en el mismo momento del ciclo de vida, pero la inversión debería tomar valores más altos en grupos más jóvenes y el ahorro lo debería hacer en grupos de edad mayores, justo cuando este grupo de población está en planos elevados de productividad; no obstante, existe una mayor demanda de inversión que del ahorro asociada a la tasa de dependencia juvenil, la cual es necesaria para la creación de empleos e infraestructura y es consistente en forma discreta con la teoría de la dependencia juvenil; la menor demanda de inversión que del ahorro en las edades adultas es más consistente con la teoría.

4.8 IMPACTOS DEL CAMBIO DE LA ESTRUCTURA POR EDAD SOBRE EL AHORRO Y LA INVERSIÓN

Los resultados estimados con el modelo sirven de base para valorar el impacto del cambio en las tasas de dependencia sobre el ahorro y la inversión. Las valoraciones del efecto demográfico sobre el ahorro se calculan sobre las diferencias de las tasas de ahorro en cada periodo o año respecto al promedio de ellas en todo el periodo de 1951 a 1995. El mismo procedimiento se aplica para el caso de la inversión. De esta forma se puede conocer cuánto del cambio observado en las variables del ahorro o la inversión entre 1950 y 1995 pueden ser explicadas por cambios en la tasa de dependencia. De esta forma, utilizando los coeficientes obtenidos en el modelo para la z_1 y z_2, y las diferencias entre los valores del ahorro para el año en cuestión y el promedio resultante de todo el periodo, se puede aislar el efecto del cambio en el ahorro debido a los cambios en la tasa de dependencia.[7]

CUADRO 4.2

IMPACTO DE LOS CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL AHORRO Y LA INVERSIÓN RESPECTO AL PROMEDIO DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS
1950-1995

PERIODO	AHORRO	INVERSIÓN
1950-1954	-0,166	-0,188
1955-1959	-0,158	-0,175
1960-1964	-0,119	-0,128
1965-1969	-0,053	-0,051
1970-1974	0,023	0,033
1975-1979	0,090	0,104
1980-1984	0,135	0,150
1985-1989	0,141	0,151
1990-1994	0,105	0,105

De acuerdo con los valores dados de las variables económicas y los parámetros estimados, se observan para el periodo de 1950 a 1969 valores negativos en la tasa de ahorro respecto al promedio del periodo de 1950-1995; es decir, la tasa de ahorro en el período 1965-69 tuvo una diferencia de -5 puntos porcentuales por debajo del promedio registrado de 1950-1995, debido a la alta tasa de dependencia en ese tiempo. A partir de 1970 los efectos son positivos y crecientes. De hecho, se puede señalar que cuando la dependencia disminuye como efecto de una menor fecundidad y se reduce considerablemente la proporción de niños en la estructura por edad de la población, la tasa de ahorro fue 2 puntos porcentuales en 1970-74 por arriba del promedio de 1950-1995, debido a su transición a menores tasas de dependencia; la tasa de ahorro fue 10 puntos porcentuales mayor en 1990-94 que el promedio del periodo debido a su menor tasa de dependencia (Cuadro 4.2).

7. Efecto demográfico = B_{z1} / 1- $B_{1t-1}(Z_{1t} - Z_1) + B_{Z2}\,(Z_{2t} - Z_2)$. Donde Z_1 y Z_2 son los promedios de 1951 a 1995.

Con la inversión acontece una situación bastante similar a la del ahorro. Los dependientes generan menos demanda de inversión que los adultos, quienes tienen que ser equipados para el trabajo y transporte. Los valores de las estimaciones son negativos hasta 1970, año a partir del cual los valores son positivos y crecientes. Por ejemplo, debido a la alta dependencia en los años de 1965-1969, la inversión fue de -5 puntos porcentuales por abajo del promedio del periodo 1950-1995. A menores tasas de dependencia las necesidades de inversión aumentan: en 1970-1974 se estima que la tasa de inversión fue 3 puntos porcentuales mayor que el promedio del periodo, debido al cambio demográfico; y cuando se requieren mayores inversiones ante la fuerte demanda de empleo y otros servicios, se estima que la tasa de inversión fue 10 puntos porcentuales mayor en 1990-1994 respecto al promedio de ese periodo, debido al cambio en la estructura por edad. Estos resultados muestran que las altas tasas de dependencia están asociadas a menores demandas de inversión y menor demanda de capitales del exterior.

4.9 CONCLUSIONES

Los cambios demográficos experimentados en México en la última mitad del siglo XX, se caracterizaron por una reducción sistemática y paulatina de la mortalidad y, un tiempo después, una profunda disminución en la fecundidad. Estos cambios han modificado sustancialmente la estructura por edad de la población, que pasó de ser una población eminentemente joven en los años cincuentas y sesentas a ser una población "entrada en años". Durante la primera mitad del nuevo milenio se espera continuar con una esperanza de vida mayor a la actual, lo cual profundizará y acentuará el envejecimiento de las estructuras poblacionales.

A su vez, en la última mitad del siglo pasado se registraron incrementos sustantivos con fuertes oscilaciones en las proporciones del PIB dedicadas al ahorro y a la inversión. El ahorro, que representó un 11 por ciento en 1951, se dobló en 1987 y luego disminuyó con la aparición de las crisis económicas; y la inversión, que representó un 14 por ciento del PIB, aumentó al doble en 1981 y luego ha disminuido a niveles que se tenían en los ochentas. La recurrencia al financiamiento externo ha sido importante pero de niveles fluctuantes de alrededor de 3 a 6 por ciento, y en etapas de falta de ahorro se ha notado un incremento de la siempre deficitaria cuenta con el ahorro externo.

En este trabajo se discutió la hipótesis de la dependencia propuesta por Coale y Hoover en 1958, la cual consiste en que un alto crecimiento de la población producto de alta fecundidad y mortalidad reducida eleva las proporciones de población económicamente dependiente y, por tanto, aumenta la proporción del ingreso destinada al consumo a expensas del ahorro; en cambio, cuando la dependencia disminuye, causada por una menor fecundidad, se propicia la oportunidad para incrementar el ahorro y la inversión. A esta hipótesis se agrega la variante del ciclo de vida y de la tasa de crecimiento del ingreso desarrollada por varios autores. Igualmente, se discutió las tesis de Higgins y Williamson tanto en la reconstrucción de la hipótesis original de la tasa de dependencia –al introducir el concepto de las variaciones de la tasa de dependencia en el tiempo– así como los modelos que miden los efectos demográficos sobre el ahorro y la inversión.

Los resultados de la aplicación de los modelos económico demográficos muestran que el cambio en la estructura por edad ha tenido una influencia considerable para explicar los aumentos registrados en el producto per cápita de los países asiáticos (Bloom y Williamson, 1998); en este trabajo los modelos de cambio demográfico por la composición en las edades también muestran efectos sobre el ahorro y la inversión. Es decir, el efecto del cambio demográfico, en términos de lo que se ha denominado como "bono demográfico", tiene respaldo estadístico: la transición demográfica de altos a bajos niveles de fecundidad y mortalidad, transformó la estructura por edad, lo cual posibilitó el tránsito de altas tasas de dependencia observadas en los años setentas a tasas reducidas en los años próximos al 2000. Este cambio notable facilitó la generación de más ahorro e inversión. Se estima que hubo 10 puntos porcentuales más en la tasa de ahorro de 1990-1994 respecto al promedio de 1950-1995, debido al cambio en la estructura por edad, una vez controlados los efectos del crecimiento de la productividad del trabajo. Similar resultado se obtuvo para la inversión.

A futuro, esta relación tiende a profundizarse y permitirá ampliar la perspectiva ya alentadora de mayor generación de ahorro y/o inversión. Sin embargo, esto no quiere decir que los factores de cambio demográfico sean suficientes por sí mismos para determinar el crecimiento del ahorro y la inversión, es necesario aplicar políticas adecuadas para complementar los efectos demográficos sobre el comportamiento económico. De hecho en los periodos de crisis, como en 1994, se ha observado una reducción en el nivel de ahorro y la inversión, así como una mayor demanda de ahorro externo, por lo que ya se desaprovecharon las condiciones demográficas favorables para una mayor expansión económica. La efectividad de continuar con estos beneficios dependerá, en lo sucesivo, de la combinación de otras políticas económicas, sociales y culturales que ayuden a elevar el efecto positivo que sobre el ahorro y la inversión brinda la transición demográfica. Entre esas medidas debe destacarse, como necesidad imperiosa, la elevación del ingreso real de los hogares, el crecimiento del empleo bien remunerado y una sólida inversión en capital humano. Si se cumplen estos requisitos los rendimientos del bono demográfico serán aún mayores a los observados; por el contrario, si alguno de estos requisitos falla se perderá la posibilidad de generar las bases económicas suficientes para la consolidación del crecimiento económico y el desarrollo social y se desaprovecharán las ventajas que ya brinda el cambio demográfico.

Los cambios demográficos en el mediano plazo serán verdaderamente alentadores para estimular un mayor crecimiento económico; sin embargo, la dinámica demográfica de largo plazo generará retos adicionales. Uno de ellos tiene que ver con la creciente masa poblacional en edades avanzadas, conformada por volúmenes sin precedentes en la historia demográfica del país. Por ello, la existencia del problema del envejecimiento de la población, que inevitablemente acontecerá, crea la necesidad de preparar y planear desde hoy las previsiones de ahorro y de inversión requeridas para hacer frente a las nuevas demandas sociales; de no hacerlo, las perspectivas se vislumbran poco alentadoras para el futuro y las consecuencias podrían ser aún más complicadas a las experimentadas en años recientes.

BIBLIOGRAFÍA

Ando, Albert y Franco Modigliani (1963). "The life-cycle Hypothesis of saving", en *American Economic Review,* Vol. 5.

Aspe Armella, Pedro (1993). *El camino mexicano de la transformación económica.* México: Fondo de Cultura Económica.

Bloom E., David y Jeffrey Williamson G. (1998). "Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia", en *World Bank Economic Review,* Vol. 12, No.3.

Chackiel, Juan (2003). *América Latina 2000: ¿la oportunidad demográfica?* México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Coale, Ansley J. y Edgar M. Hoover (1958). *Population Growth and Economic development in Low-Income Countries.* Princeton: Princeton University Press.

CONAPO (1998). *Situación demográfica.* México: Consejo Nacional de Población.

_____ (1999a). *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas.* Por una sociedad para todas las edades. México: Consejo Nacional de Población.

_____ (1999b). *Situación demográfica,* México: Consejo Nacional de Población.

Fair, R. y K. Domínguez (1991). "Effects of the Changing U. S. Age Distribution on Macroeconomic Equations", en *American Economic Review,* Vol. 81.

Fry, Maxwell J. y Andrew Mason (1992). "The variable Rate-of-Growth Effect in the Life-Cycle Model", en *Economic Inquiry*, Vol. 20.

Greene, W. (1993). *Econometric Analysis.* Nueva York: Macmillan Publishing Company.

Higgins, Matthew (1998). "Demography, National Savings and International Capital Flows", en International Economic Review, Vol. 37, No. 2.

Higgins Matthew y Jeffrey Williamson (1999). *Asian Demography and Foreign Capital Dependence.* NBER Working Paper No. 5560.

Higgins, Matthew y Jeffrey Williamson (1997). "Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital", en *Population & Development Review,* Vol. 23 (2).

Lee, Ronald D. (1998). "Population Age Structure, Intergenerational Transfer, and Wealth. A new Approach, With Applications to the United States", en Lee, Ronald, W. D. Lee, Brian Arthur y Gerry Rodgers. *Economics of Changing Age Distributions in Developed Countries.* Oxford: Clarendon Press.

Leff, N. (1969). "Dependency Rates and Saving Rates", en *American Economic Review,* No. 59.

Mejía, Iván (2000). *La transición demográfica y su impacto económico.* Tesis de Maestría en Economía. México: El Colegio de México.

Ogawa, Naohiro, Gavin W. Jones y Jeffrey G. Williamson (1994) *Human Resources in Development along the Asia Pacific Rim.* Tokio: Population Research Institute, Nihon University.

Taylor, Alan (1995). "Debt, Dependence and the Demographic Transition: Latin America into the Next Century", en *World Development,* Vol. 23, pp. 869-879.

Taylor, Alan y Jeffrey G. Williamson (1994). "Capital flows to the New World as an Intergenerational Transfer", en *Journal of Political Economy,* Vol. 102, No. 2.

ANEXO METODOLÓGICO

El Modelo

La modelo que se explica en esta sección sigue las bases metodológicas publicadas por varios autores quienes expresan el ahorro como función de variables que miden el cambio demográfico como se describe en los trabajos de Higgins (1998) y Higgins & Williamson (1997). Para mayor detalle de los supuestos teóricos y de especificación estadísticas del modelo ver a Mejía (2000).

Para introducir el efecto del cambio demográfico se divide la población en grupos de edad definidos como sigue: 0-4, 5-9, 10-14,...,60-64, 65+, que se introducen en el modelo a través de las siguientes variables indicadoras, , que toma el valor de uno si el individuo *i* se encuentra el grupo de edad *k* al tiempo *t*, donde *i=1,...,N; t=1,...,T* y cero en otro caso.

Entonces la forma inicial del modelo es:

$$S_{it} = X_{it}\beta + \lambda + \alpha_1 Dl_{it} + ... + \alpha_j DJ_{jt} + U_{it}$$

donde S_{it} representa el ahorro del individuo *i* al tiempo *t*, X_{it} es un vector fila *(1xk)* de variables explicativas, β vector (*k*x*1*) de coeficientes, U_{it} es el término de error y $\lambda + \alpha_j$ es el término constante para un individuo de edad *j* al tiempo *t*. Ahora bien, sumando los elementos de la ecuación *i* en la expresión anterior se tiene:

$$S_t = X_t\beta + \lambda N_t + \alpha_1 N_{1t} + ... + \alpha_j N_{jt} + U_t$$

donde ,

$$S_t = \sum_{t=1}^{N_t} S_{it} \ , \ X_t = \sum_{t=1}^{N_t} x_{it} \ , \ U_t = \sum_{t=1}^{N_t} U_{it}$$

La expresión en términos per cápita de la ecuación anterior resulta de dividir ambos lados de la igualdad entre el total de la población; es decir:

$$s_t = x_t\beta + \lambda + \alpha_1 p_{1t} + ... + \alpha_J p_{Jt} + u_t$$

$$= x_t\beta + \lambda + \sum_{j=1}^{J} \alpha_J p_{jt} + u_t$$

donde $P_{jt} = \frac{N_{it}}{N_t}$ es la proporción de personas en el grupo de edad j sobre la población total, en donde:

$$\sum_{J=1}^{J} p_{jt} = \frac{\sum_{J=1}^{J} N_{jt}}{N_t} = \frac{N_t}{N_t} = 1$$

Sin embargo, si se pretende estimar el modelo anterior por mínimos cuadrados ordinarios, habría problemas de multicolinealidad. Para evitarlo se requieren dos supuestos sobre los coeficientes de las variables demográficas; a saber,

$$i) \qquad \sum_{j=1}^{J} \alpha_j = 0$$

$$ii) \qquad \alpha_j = \gamma_0 + \gamma_1 j + \gamma_2 j^2$$

La restricción de que la suma de los coeficientes de las variables demográficas sumen cero se debe a que la suma de las proporciones de la población suman uno y, por ello, son colineales con el término de intersección. Esta restricción implica que el término constante no se afecta si la distribución por edad no afecta la variable dependiente. La restricción de que los coeficientes se comporten como un polinomio de segundo grado implica que la relación entre la variable dependiente –el ahorro por ejemplo– y la proporción de la distribución por edad de la población cambia de manera suave.

Con el uso de estos supuestos el modelo se simplifica considerablemente y se resuelven los problemas de especificación mencionados. El procedimiento es el siguiente:[8]

$$\sum_{J=1}^{J} \alpha_j = \gamma_0 J + \gamma_1 \sum_{J=1}^{J} j + \gamma_2 \sum_{J=1}^{J} j^2 = 0$$

$$\Rightarrow \gamma_0 = -\frac{\gamma_1}{J} \sum_{J=1}^{J} j - \frac{\gamma_2}{J} \sum_{J=1}^{J} j^2$$

Sustituyendo en ii)

$$\alpha_j = -\frac{\gamma_1}{J} \sum_{J=1}^{J} j - \frac{\gamma_2}{J} \sum_{J=1}^{J} j^2 + \gamma_1 j + \gamma_2 j^2 = 0$$

$$= \gamma_1 \left(j - \frac{\sum_{J=1}^{J} j}{J} \right) + \gamma_2 \left(j^2 - \frac{\sum_{J=1}^{J} j^2}{J} \right)$$

8. La metodología descrita aquí fue desarrollada por Fair y Domínguez (1991).

Entonces,

$$\sum_{J=1}^{J} \alpha_j p_{jt} = \sum_{J=1}^{J} \left[\gamma_1 \left(j - \frac{\sum_{J=1}^{J} j}{J} \right) + \gamma_1 \left(j^2 - \frac{\sum_{J=1}^{J} j^2}{J} \right) \right] p_{jt}$$

$$= \gamma_1 \left(\sum_{J=1}^{J} j p_{jt} - \frac{1}{J} \sum_{J=1}^{J} j \sum_{J=1}^{J} p_{jt} + \right) \gamma_2 \left(\sum_{J=1}^{J} j^2 p_{jt} - \frac{1}{J} \sum_{J=1}^{J} j^2 \sum_{J=1}^{J} p_{jt} \right)$$

$$= \gamma_1 \left(\sum_{J=1}^{J} j p_{jt} - \frac{1}{J} \sum_{J=1}^{J} j \right) + \gamma_2 \left(\sum_{J=1}^{J} j^2 p_{jt} - \frac{1}{J} \sum_{J=1}^{J} j^2 \right) \text{ , ya que } \sum_{J=1}^{J} p_{jt} = 1$$

$$= \gamma_1 z_1 + \gamma_2 z_2$$

donde,

$$z_t = \sum_{j=1}^{J} j p_{jt} - \frac{1}{J} = \sum_{j=1}^{J} j \text{ , } z_2 = \sum_{j=1}^{J} j^2 p_{jt} - \frac{1}{J} = \sum_{j=1}^{J} j^2$$

Así, el modelo resultante es:

$$s_t = x_t \beta + \lambda + \gamma_1 z_1 + \gamma_2 z_2$$

Las variables z_1 , z_2 obtenidas agrupan toda la información demográfica del modelo; es decir, la estructura por edad de la población. No obstante, estas variables no tienen ninguna interpretación económica o demográfica dentro del modelo, su finalidad consiste únicamente en evitar problemas de especificación, como se indicó con anterioridad. Por ello, una vez estimado el modelo, se usan los coeficientes de dichas variables para obtener los coeficientes del modelo original revirtiendo el proceso que se ha descrito en este apartado para la obtención de dichas variables.

Por último, la elección de las variables explicativas se basa en el trabajo de Higgins (1998), en el que se usa el crecimiento de la productividad del trabajo como variable explicativa (*g*), así como el efecto conjunto del crecimiento en la productividad y las variables demográficas. La variable dependiente se expresa como proporción del PIB. Además, se incluye el tipo de cambio real para incluir el efecto de los años de crisis sobre el modelo (*tcr)*. De esta manera, el modelo estimado resulta:

$$S_t = \lambda + \lambda_1 g + \lambda_3 tcr + \gamma_1 z_1 + \gamma_2 z_2 + \lambda_4 z_1 g + \lambda_5 z_2 g + \mu_t$$

La variable dependiente será el ahorro, la inversión o el saldo en cuenta corriente de la balanza de pagos, dependiendo del modelo que se pretenda estimar. Estas estimaciones se harán siguiendo la identidad: *cc=s-i*, donde *cc* representa el saldo en cuenta corriente, *s* la oferta de ahorro e *i* la demanda de inversión. Con esto último, se introduce en la especificación el efecto no sólo del ahorro, como en trabajos previos,[9] sino el de la inversión y el saldo entre estas dos variables o flujos netos de capital. La productividad del trabajo se expresa como tasa de crecimiento.

9. Los modelos de Taylor y Mason se basan en el efecto de la tasa de dependencia sobre el ahorro únicamente.

5. ENVEJECIMIENTO E IMPACTO ECONÓMICO EN EL SEGURO DE SALUD DE COSTA RICA

FABIO DURÁN*

5.1 INTRODUCCIÓN

Costa Rica se encuentra en plena transición demográfica. El aumento sostenido en la expectativa de vida registrado en las últimas décadas, junto con la reducción también continúa en la tasa de fecundidad, han iniciado una transformación en el modelo demográfico de nuestro país, cuya característica fundamental es un incremento en el peso relativo de las personas mayores de 60 años respecto a los grupos de menor edad. Este proceso de envejecimiento demográfico en la población nacional es aún incipiente, aunque se prevé que en menos de medio siglo, los individuos con más de 60 años de edad, representarán casi una cuarta parte de la población total.

La población a nivel mundial también está envejeciendo rápidamente. De acuerdo con datos publicados por la División de Población del Departamento de Economía y Asuntos Sociales de las Naciones Unidas, en la actualidad una de cada diez personas tienen 60 años o más, en el 2050 la proporción subirá a uno de cada cinco y, en el 2150, a uno de cada tres. El fenómeno es particularmente marcado en los países en desarrollo; actualmente uno de cada cinco europeos es mayor de 60 años, y a mitad de siglo, la relación puede incrementarse en varios países a uno de cada dos.

El ritmo de envejecimiento en los países en desarrollo es sensiblemente más rápido que el experimentado décadas atrás en el mundo desarrollado. El tiempo requerido por muchos de los países desarrollados para duplicar su porcentaje de ciudadanos mayores de 65 años, por ejemplo, de 7 por ciento a 14 por ciento, ha sido extenso: 115 años en Francia, 85 en Suecia, 69 años en Estados Unidos, 45 en el Reino Unido. No obstante, este mismo incremento se espera que tenga una duración de 25 a 30 años en muchos países en desarrollo; lo cual reduciría dramáticamente el tiempo de respuesta con que cuentan los respectivos Estados para diseñar y poner en práctica políticas públicas de gran escala, cuyo propósito esencial sea reducir o aliviar los posibles impactos negativos de un número creciente de personas de la tercera edad.

En el ámbito de los sistemas de salud, el envejecimiento demográfico, supone una importante carga en la financiación futura de las atenciones brindadas. El hecho comprobado de que el gasto pro-

* El autor desea dejar constancia de su profundo agradecimiento a las personas e instituciones que hicieron posible esta investigación, especialmente los aportes de documentación e información de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social. En particular, se agradecen las contribuciones y comentarios del economista Gustavo Picado, que sin duda alguna aportaron mejoras a los modelos de análisis y al contenido de este documento.

medio de las personas ancianas es, en términos relativos, muy superior al del resto de la población, sugiere la posibilidad de que conforme transcurra el proceso de envejecimiento, muchos de los actuales sistemas de salud enfrenten problemas en cuanto a su sostenibilidad financiera. La evidencia disponible asocia este mayor gasto tanto con el uso más intensivo que hacen las personas de 60 años y más años de edad de los servicios de salud, como con el costo promedio más alto de estos servicios.

No obstante, diversos estudios e informes relacionados con el envejecimiento de la población en los países desarrollados reconocen que el aumento de la longevidad está acompañado de una mejora paralela en el estado medio de salud de los individuos de edad avanzada, un factor que puede reducir o aliviar el impacto del cambio demográfico sobre el gasto en salud. Pese a todo, las proyecciones más recientes elaboradas por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD), sitúan el crecimiento del gasto en salud causado por el envejecimiento de la población para el período 2000-2050, en porcentajes que oscilan entre un 3 y 3,5 por ciento del PIB; cifra que podría superar el 4 por ciento en algunos países como Australia, Canadá, Holanda, Nueva Zelanda y Estados Unidos.

Para los países en desarrollo, los costos derivados del aumento de la población anciana podrían resultar aún mayores. Por un lado, porque es posible que las ganancias en términos de esperanza de vida no necesariamente impliquen mejoras al estado medio de salud de las personas mayores. Se ha argumentado que la sobrevivencia de las nuevas cohortes de adultos mayores está más relacionada con los cambios en la tecnología médica que con los cambios en el estado nutricional u otras macro-determinantes de la salud. Por otro lado, porque los países en desarrollo deben enfrentar el reto y, en consecuencia, los costos asociados a la creación de una infraestructura y programas necesarios para llevar a cabo la provisión de los denominados "cuidados de larga duración".

Independientemente del nivel de gasto que exija el cambio demográfico, lo cierto es que resulta imprescindible que los gobiernos e instituciones del sector empiecen a considerar, oportunamente, el diseño de políticas que coadyuven al objetivo de contener los gastos futuros de los sistemas de salud, mediante instrumentos que permitan una asignación más eficiente y efectiva en términos de costos de los limitados recursos de que disponen nuestras economías. Pero además, a considerar otros elementos de entorno usualmente no agregados al análisis cuyo efecto económico global puede ser de tipo compensatorio y sopesar y potenciar los elementos internos que pueden también compensar un patrón secular de costos crecientes en el sector salud.

En el contexto costarricense, existe un avanzado proceso de transformación epidemiológica que, a diferencia de otras realidades nacionales, no está directamente asociado con la transición demográfica y el envejecimiento. En Costa Rica, aunque la población anciana es aún relativamente pequeña, las principales causas de muerte ya no muestran un patrón relacionado con enfermedades infecto contagiosas y predomina más bien un perfil típico de país desarrollado donde destacan las muertes por traumatismos, cáncer y enfermedades cardiovasculares. Se observa, por lo tanto, que no existe una exacta coincidencia entre ambos procesos, como parece haber sido la situación normal en otros contextos nacionales, especialmente de países industrializados.

Esta notoria particularidad pone de manifiesto que el sector salud costarricense debe abocarse a realizar las previsiones pertinentes, con el propósito de determinar las consecuencias de un proceso de envejecimiento que dejará sentir efectos adicionales sobre el perfil epidemiológico y, en consecuencia, sobre la demanda de servicios de salud y probablemente los costos futuros del sistema. Una de las preguntas fundamentales es si se requerirán aumentos futuros en el nivel de financiamiento para sostener un sistema de salud de igual o superior calidad que el actual, o bien, bajo cuáles condiciones ello sería necesario.

En procura de contribuir con esta justificada tarea, el presente trabajo tiene como objetivo fundamental explorar el impacto futuro del envejecimiento demográfico sobre las finanzas del Seguro de Salud, considerando simultáneamente otros efectos relacionados básicamente con el perfil epidemiológico, la demanda de los servicios de salud, el costo medio de estos servicios y las variables de financiamiento dentro del entorno macroeconómico del país. Para cumplir con tal propósito, se ha adoptado un modelo de simulación, desarrollado y aplicado con anterioridad por el autor (Durán, 1998). Este permite, con base en un conjunto de parámetros e hipótesis de comportamiento, simular el nivel y composición de los gastos e ingresos proyectados a largo plazo. Mediante las herramientas de modelización, es también posible contar con un conjunto de estimaciones respecto a las tasas de utilización futuras de los principales servicios de salud, desagregadas según sexo y grupo de edad.

La consistencia interna del modelo ha sido probada y ajustada a lo largo de los últimos años, lo mismo que su capacidad para simular los efectos de la transición demográfica, dado un conjunto de hipótesis sobre el comportamiento futuro de ciertos parámetros claves. En esta oportunidad, las proyecciones usan como punto de partida los datos registrados en el año 2002 y abarcan todo el período sucesivo hasta el año 2050. Los análisis comprenden diversos escenarios de simulación orientados a dar respuesta a las principales interrogantes desde el punto de vista de las políticas públicas de financiamiento del sistema sanitario costarricense.

5.2 EL ENVEJECIMIENTO Y LOS COSTOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Una de las preocupaciones centrales que genera el envejecimiento demográfico en el ámbito de los sistemas de salud nace de un principio libre de toda discusión: el gasto en salud de las personas mayores es, en términos relativos, muy superior al promedio del resto de la población. En consecuencia, el aumento constante de la cantidad y proporción de este grupo supone una importante fuente de tensión sobre la capacidad de los sistemas para costear las atenciones de salud en el futuro.

Pese a lo obvio que en apariencia resultan los argumentos anteriores, es conveniente examinar más a fondo ciertos aspectos relacionados con éstos. En concreto, se considera útil discutir sobre la magnitud que tienen los mayores gastos de las personas de edad avanzada, las causas que explican las brechas respecto a otras personas, y por último –quizás uno de los elementos más valiosos para los propósitos de este trabajo– los factores que pueden incidir en el aumento agregado de los gastos en salud de una sociedad con tendencia a envejecer.

En cuanto al punto inicial, es importante señalar que la cantidad de estudios o informes que aportan cierta evidencia sobre el gasto en salud de las personas mayores es escasa, y los pocos existentes se refieren casi en su totalidad a países desarrollados. Entre los más reconocidos destaca el estudio de Cutler y Meara (1997), quienes con información de distintas encuestas efectuadas a la población de los Estados Unidos en los últimos cuarenta años, concluyen que durante todo este período ha habido un dramático cambio en la composición del gasto médico, pues mientras éste se incrementa para todas las personas, el aumento ha sido desproporcionado para las personas muy jóvenes (con menos de un año de edad) y para los individuos de edades altas (con 65 y más años de edad). Además, tomando como parámetro el gasto medio de los individuos de 35 a 44 años de edad, las personas de entre 65 y 74 años gastaban 3,3 veces más, cifra que aumenta hasta 4,5 veces en el caso de los individuos entre 75 y 84 años y a 5,5 veces en las personas de más de 84 años.

Los resultados anteriores son consistentes con las cifras reportadas en los informes periódicos de la OECD, en los que el gasto sanitario de las personas mayores 65 años es 3,3 veces superior al resto de individuos. En el grupo de países seleccionados del Cuadro 5.1, se puede apreciar como esta relación es de casi 5 veces en algunos países. Con un nivel mayor de detalle, los datos relativos a Canadá, muestran el crecimiento dramático que ocurre en los gastos en salud conforme se progresa hacia edades más allá de los 65 años, arribando a casi 20 veces en aquellos individuos de 85 o más años de edad, respecto al grupo de 0 a 14 años.

CUADRO 5.1

RAZONES DE GASTO EN SALUD PROMEDIO DE DIFERENTES GRUPOS DE EDAD

SELECCIÓN DE PAÍSES DESARROLLADOS RAZÓN 65 Y MÁS RESPECTO A 0-64 AÑOS		CANADÁ RAZÓN RESPECTO 0-14 AÑOS	
PAÍS	RAZÓN	GRUPO DE EDAD	RAZÓN
Estados Unidos	3,8	0-14	1,0
Alemania	2,7	15-24	1,3
Francia	3,0	25-34	1,3
Canadá	4,7	35-44	1,3
Japón	4,8	45-54	1,7
Reino Unido	3,9	55-64	2,5
		65-74	4,6
		75-84	8,7
		85+	18,8

FUENTES: OECD, 2001 y Health Expenditures, StatCan, 2002.

La segunda cuestión, que atañe a cuáles son las causas de las brechas observadas entre los gastos de los distintos grupos de edades, ha producido un debate nada trivial en torno a dos posibles explicaciones, no excluyentes entre sí. Uno de los argumentos propuestos señala que el gasto en salud no está asociado *per se* con la edad sino, más bien, con la proximidad a la que se encuentra una persona de la muerte. Pero dado que la probabilidad de ocurrencia de esta situación es superior entre las

personas de mayor edad que entre aquellas más jóvenes, es lógico entender la concentración del gasto en estos primeros.

En la otra línea de razonamiento, las discrepancias en el gasto se deben a que la prevalencia de la mayoría de enfermedades aumenta con la edad. Casado (2000) sugiere una estrecha relación entre ambas explicaciones, pues comenta que las personas mayores con enfermedades crónicas sufren reducciones sensibles en su esperanza de vida y, por lo tanto, con frecuencia se encuentran en sus últimos años de vida. No obstante, queda abierta la posibilidad de que parte del mayor gasto relativo también sea producto del padecimiento de enfermedades que provocarán la muerte del individuo en un período de tiempo más extenso.

La conclusión útil en esta controversia es que el mayor gasto relativo de las personas mayores se debe a que su estado de salud es, en términos relativos, peor que el exhibido por el resto de la población. Este peor estado de salud será, en algunas ocasiones, resultado de enfermedades que les provocarán la muerte en unos pocos años mientras que, en otras oportunidades, de enfermedades que dejarán sentir sus efectos por un período de tiempo más prolongado. En última instancia, lo relevante es que en los próximos años, la cantidad de personas mayores que pueden estar en una u otra situación será mayor a la actual.

No obstante, es claro, que las variaciones en el estado de salud no son el único factor que condiciona la relación futura entre envejecimiento demográfico y gasto en salud. Cutler y Sheiner (1998) plantean una sencilla formulación matemática que permite comprender los principales factores que pueden incidir en esta relación. En un año cualquiera (t), estos autores consideran que el gasto sanitario total puede expresarse mediante la siguiente igualdad:

$$GST(t) = \sum_{e} G_e(t) * G_e(t) * N_e(t)$$

donde $N_e\,(t)$ es el número de personas en el grupo de edad e en el año t; $S_e\,(t)$ el estado de salud medio de las personas del grupo de edad e en el año t y $G_e\,(t)$ el gasto sanitario medio (condicionado a un determinado estado de salud) de las personas del grupo e en el año t.

Lógicamente, en el futuro cada una de estas variables experimentará cambios. Las variaciones $N_e(t)$ son simplemente el envejecimiento demográfico, medido por las variaciones en el número y peso relativo de los distintos grupos de edad. Los cambios en $S_e(t)$, tratan sobre la transformación en el tiempo de los perfiles de salud de los individuos que componen la población. En cuanto a $G_e(t)$, sus variaciones pueden provenir de al menos tres elementos: el costo de los distintos servicios o tratamientos, la intensidad con que se utilizan y, por último, el estado de desarrollo de las tecnologías médicas. En realidad, el curso que siga $G_e(t)$ depende en gran medida de la organización y estrategias aplicadas por una sociedad para atender las necesidades de salud de sus poblaciones.

Precisamente una de las hipótesis que más discrepancias provoca al momento de estimar el impacto futuro del envejecimiento sobre el gasto en salud, es la que trata sobre el estado de salud medio de las personas ancianas en las siguientes décadas. La discusión, llevada a cabo en los países desarrollados hace algunos años, enfrentó dos teorías con resultados contrapuestos.

Por un lado, la denominada "teoría de la compresión de la morbilidad", postulaba que las condiciones de vida de la población y los avances en la tecnología médica no sólo provocaban una reducción en las tasas de mortalidad, sino que además permitían que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales experimentaran un proceso de "compresión", es decir, se manifiesten en períodos cada vez más cortos antes de la muerte. Por lo tanto, los procesos de envejecimiento implican, tanto ganancias en términos de la esperanza de vida, como en el estado de salud medio de las personas mayores.

Por su parte, la otra teoría, denominada "expansión de la morbilidad", sostenía que la mayor longevidad debía atribuirse a que los avances médicos habían permitido que más personas mayores sobrevivieran a episodios de enfermedad que, hasta ese momento, conducían a la muerte de un modo inmediato. En consecuencia, el estado de salud de los supervivientes acaba siendo en la mayoría de los casos muy pobre, provocando que la mayor longevidad, implique en términos netos una reducción del estado de salud de la población anciana.

Casado (2001) en un recuento de la evidencia empírica disponible sobre el tema, relativa únicamente a países desarrollados, concluye que la mayor longevidad de las personas no ha implicado, al menos en los últimos años, reducciones paralelas en el estado de salud de las mismas. Por el contrario, Palloni (2000) considera que la sobrevivencia de las nuevas cohortes de adultos mayores está más relacionada con los cambios en la tecnología médica que con los del estado nutricional o el mejoramiento de la salud; una explicación que parece vincularse más con los procesos de envejecimiento de corta duración propios de los países en desarrollo.

Pero incluso en un entorno caracterizado por mejoras en el estado de salud medio de la población de mayor edad, es claro que el gasto en salud promedio destinado a este grupo –el componente $G_e(t)$– supera significativamente el incurrido en otros cohortes de individuos, tal como se apreció en la evidencia expuesta al inicio de este apartado. Las pruebas empíricas señalan al cambio tecnológico como el principal responsable del nivel y brechas observadas en el gasto de las personas mayores. El argumento reconoce que buena parte de los nuevos tratamientos sanitarios se desarrollan con el fin de tratar enfermedades que aquejan a este grupo, de modo que su adopción generalizada se señala como causa de los mayores gastos medios en salud.

Esta posición es apoyada por varias organizaciones internacionales interesadas en proponer acciones o intervenciones que reduzcan sus efectos negativos en los distintos países del mundo. Por ejemplo, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) señala en un informe presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en el año 2002 en la ciudad de Madrid, que:

> "(...) Existen pruebas evidentes de que los cambios demográficos tienen sólo una repercusión mínima en los gastos en concepto de asistencia sanitaria, mientras que una gran parte del aumento de los gastos en concepto de asistencia sanitaria están relacionados con los cambios tecnológicos, el costo de productos farmacéuticos y el equipo médico y una provisión ineficaz de la asistencia sanitaria (...)."

De esta manera, suponiendo al menos un estado de salud medio de las personas mayores similar al actual, parece que el incremento futuro en el gasto en salud no dependerá tanto de la transforma-

ción misma de la estructura poblacional por grupos de edades, sino más bien, de la intensidad con que se usan los servicios, el costo de las atenciones y el desarrollo de nuevas tecnologías médicas. Este es un hallazgo sumamente útil, pues ofrece la alternativa de controlar el impacto del envejecimiento demográfico en el gasto en salud, a través de una reorganización de los sistemas de salud y las formas habituales de proveer las atenciones de salud a los ancianos.

5.3 EL SEGURO DE SALUD

Costa Rica es un país que pese a sus limitaciones en términos de ingreso por habitante, ha logrado indicadores sociales muy similares a los exhibidos por los países desarrollados o de altos ingresos. En materia de salud, por ejemplo, en el 2001 el país pertenecía al grupo de los 30 países del mundo con más alta esperanza de vida al nacer (PNUD, 2002), y el indicador de mortalidad infantil de ese mismo año era uno de los más bajos de América Latina (OPS, 2002).

Sin obviar la importancia de las mejoras registradas en otros macrodeterminantes de la salud (alto grado de alfabetización de la población, sustancial progreso en las condiciones físicas de las viviendas, el acceso casi universal a servicios de agua potable, eliminación de excretas y desechos sólidos, los niveles de pobreza relativamente moderados, entre otros), es justo señalar que uno de los elementos distintivos de la extraordinarias ganancias en las condiciones de salud en nuestro país ha sido la organización y funcionamiento de un sistema de salud altamente integrado, donde el subsector de seguridad social, representado fundamentalmente por el Seguro de Salud, tiene la responsabilidad asignada por mandato constitucional de proporcionar bajo los principios de universalidad, solidaridad e igualdad, los bienes y servicios que se requieran para cubrir las necesidades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de todos los ciudadanos del país.

De esta forma, la cobertura legal de este seguro es, en términos de prestaciones, prácticamente del 100 por ciento de la población, en virtud de su carácter de universal; en tanto, la cobertura administrativa o estadística se aproxima al 90 por ciento. El restante 10 por ciento de la población, compuesto fundamentalmente por trabajadores asalariados o por cuenta propia con capacidad contributiva y sus familiares, goza de la opción de afiliarse en cualquier momento al Seguro de Salud y, de forma inmediata, acceder a todas las prestaciones otorgadas por éste. Las prestaciones médicas cubren una extensa gama de servicios que abarcan desde la gestión del primer nivel de atención en salud, hasta la administración de toda la red hospitalaria pública con que cuenta el país, donde se brindan procedimientos complejos y costosos.

Hasta hace poco tiempo, la participación de los proveedores privados de servicios de salud se consideraba como de poca o marginal importancia; no obstante, en los últimos años se ha registrado una tendencia expansiva de este grupo de oferentes, causada en parte por las deficiencias de los prestadores públicos, la voluntad de los consumidores y la iniciativa empresarial que ha descubierto nuevos nichos en el mercado de la salud. Los bienes y servicios adquiridos en este sector incluyen principalmente atenciones ambulatorias (consulta externa y tratamientos odontológicos), medicamentos, pruebas de laboratorio clínico, algunos exámenes de diagnóstico de alta tecnología y hospitalizaciones de menor complejidad y más corta estancia.

El gasto nacional en salud, de acuerdo con las estimaciones más recientes, fue equivalente a 7,4 por ciento del producto interno bruto (PIB) en el año 2001 (Ministerio de Salud, 2003), una cifra que no ha registrado grandes variaciones en los últimos años. La composición entre pública y privada pasó de 74 y 26 por ciento en 1991 a 70 y 30 por ciento repectivamente en el 2001, reflejando el reseñado mayor dinamismo del gasto privado. En el componente público, el gasto del Seguro de Salud representó aproximadamente un 4,5 por ciento del PIB, es decir, poco más de un 80 por ciento del gasto público total en salud.

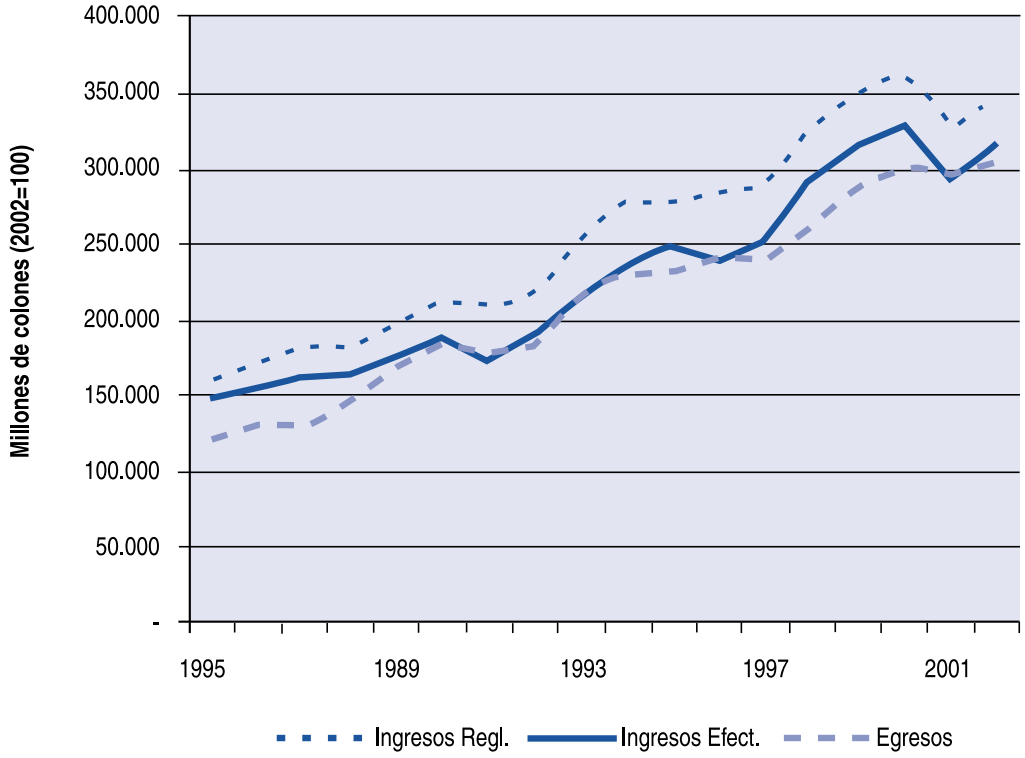
El financiamiento del Seguro de Salud proviene esencialmente de las contribuciones tripartitas (trabajador, patrono y Estado) aportadas en un monto equivalente al 15 por ciento de los salarios reportados por los trabajadores asalariados afiliados a este seguro. Si bien es cierto que el grupo de empleados públicos y privados registrados como asegurados directos activos en el Seguro de Salud tan sólo representaban un 18,4 por ciento en el año 2002, generaron un 81,5 por ciento del total de ingresos que recibe el régimen. El resto de contribuciones recibidas por concepto de los pensionados, asegurados voluntarios, por cuenta del Estado, la cuota del Estado como tal y otras modalidades contributivas menores, rondan el 10 por ciento de los ingresos totales.

En los años posteriores a la crisis de principios de los ochentas, el Seguro de Salud ha logrado consolidar una posición financiera equilibrada, con períodos cortos de superávit o déficit, que se han ido compensando en el tiempo. Los gastos en términos reales han crecido de manera continua, acompañados simultáneamente por incrementos en los ingresos, situación que ha permito operar dentro de márgenes financieros aceptables (véase Gráfico 5.1). No obstante, se ha señalado con insistencia que algunos mecanismos de racionamiento poco transparentes –tales como las listas y colas de espera, los biombos médicos, reducciones temporales en el suministro de ciertos medicamentos– han permitido la contención de aumentos adicionales en el gasto.

El crecimiento de los gastos se explica básicamente por dos factores: primero, la cobertura de un volumen de población creciente en términos absolutos, y segundo, la incorporación de beneficios adicionales o bien de tratamientos médicos cada vez más costosos, especialmente en el ámbito hospitalario. De acuerdo con el Cuadro 5.2, en el plano asistencial se ha producido un incremento en la oferta de servicios ambulatorios (consultas), pero en el ámbito hospitalario, el cual es el componente más costoso del sistema, el índice de camas por habitante, los egresos hospitalarios y las estancias hospitalarias por habitante, han venido reduciéndose. Por lo tanto, los aumentos en el nivel absoluto de gastos del Seguro de Salud estarían explicados en mayor medida por el creciente volumen de población y por deficiencias en la gestión.

GRÁFICO 5.1

SEGURO DE SALUD. EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS Y GASTOS REALES
millones de colones constantes, 2002=100



FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

CUADRO 5.2

SEGURO DE SALUD. INDICADORES DE OFERTA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

INDICADOR	1985	1990	2001
Consultas por habitante	2,8	2,7	3,8
Egresos hospitalarios por 1.000 habitantes	114,1	95,9	84,1
Estancias hosptitalarios por habitantes	0,7	0,6	0,5
Camas por 1.000 habitantes	2,6	2,2	1,5
Tasa de mortalidad infantil	18,9	14,8	10,8
Esperanza de vida al nacer	75,0	75,6	77,7

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

Por otra parte, la expansión de los ingresos está asociada también con dos factores: por un lado, la tasa de desempleo abierto se ha mantenido en niveles relativamente bajos, oscilando entre el 5,5 y 6,0 por ciento (véase Cuadro 5.3), lo que junto al incremento en la tasa de participación bruta, ha permitido contar con una base de población cotizante en constante aumento; en segundo lugar, los salarios reales cotizables han aumentado en forma prácticamente ininterrumpida, a una tasa anual

promedio de 2,7 por ciento durante el último decenio. Un aspecto interesante es que ambos elementos son relativamente exógenos a la gestión interna del Seguro Social, pues están determinados por el entorno macroeconómico del país, en particular, por el desempeño de la actividad productiva y el mercado laboral.

CUADRO 5.3

SEGURO SOCIAL DE COSTA RICA. ALGUNOS INDICADORES DE ENTORNO

INDICADOR	1970	1980	1990	2001
Crecimiento población (%)	2,7	3,0	2,6	2,1
Tasa bruta participación	30,5	34,7	38,0	42,4
Esperanza de vida al nacer	68,1	73,5	75,6	77,7
Tasa desempleo abierto		5,9	4,6	6,1

FUENTE: INEC.

Aunque en el futuro la sostenibilidad financiera continuará en gran medida dependiendo de estos factores, algunas disposiciones que se han adoptado en el presente, podrían agregarse positivamente en la consecución de este supremo objetivo. En particular, la obligatoriedad de los trabajadores independientes de contribuir con el Seguro de Salud, establecida en la *Ley de Protección al Trabajador* y programada para regir a partir del año 2006, puede constituir una fuente importante de recursos adicionales. Hasta el momento, las modalidades especiales de aseguramiento diseñadas para los trabajadores independientes –seguro voluntario y convenios especiales– han tenido un efecto modesto, tanto en términos de cobertura como de ingresos generados.

5.4 MODELO DE ESTIMACIÓN

En la actualidad, se ha reconocido que el impacto del envejecimiento sobre los costos de los sistemas de salud quizás sea menos severo que lo estimado hace algunos años. De igual manera, se ha definido como un fenómeno susceptible de intervención, particularmente en cuanto a la forma en que el sistema puede organizarse para brindar las atenciones requeridas por los ancianos y su capacidad para controlar el crecimiento del gasto debido a la adopción de nuevas tecnologías y terapias.

No obstante, pese a esta visión optimista del futuro, la preocupación de las autoridades sanitarias de muchos países continúa presente. El estudio *Fiscal Implications of Aging: Projections of Age-Related Spending*, publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) en el año 2002 estimó, para un total de 14 países miembros, que el porcentaje del gasto en salud aumentaría en el periodo 2000-2050 entre un 3 y un 3,5 por ciento del PIB, a consecuencia de los cambios demográficos de la población y sus implicaciones en otros campos. Pero para cinco países (Australia, Canadá, Holanda, Nueva Zelanda y Estados Unidos) este aumento alcanzaría el 4 por ciento o más.

En el caso de Costa Rica, el impacto financiero sobre el sistema de salud de las transformaciones demográficas y epidemiológicas asociadas con el envejecimiento de la población, no ha sido un tema

abordado con amplitud. Precisamente, uno de los objetivos centrales de este estudio, es producir un conjunto de estimaciones confiables respecto a los gastos, ingresos y el equilibrio financiero del Seguro de Salud en un período de tiempo que comprende desde el año 2002 hasta el 2050, con base en un modelo de simulación desarrollado por el autor (Durán, 1998). De manera adicional, se incluyen proyecciones en cuanto al cambio demográfico y los efectos en la estructura e intensidad del uso de los servicios de salud.

El modelo en cuestión incorpora explícitamente los cambios cualitativos y estructurales que se prevé ocurrirán en un horizonte temporal suficientemente largo, tanto por el lado del financiamiento como por el de los gastos, en el contexto de un programa de cobertura universal. El envejecimiento, la estructura de la demanda de servicios, la cobertura horizontal del programa, los precios relativos de los servicios (en términos unitarios), el cambio tecnológico en los servicios de salud, los salarios reales y la estructura productiva, figuran en la lista de aspectos críticos a considerar. En consecuencia, el modelo emplea un enfoque de carácter relativamente integral, que incorpora las relaciones entre el comportamiento del programa de protección, el funcionamiento de la economía general y la dinámica demográfica y epidemiológica.

El modelo permite realizar proyecciones de largo plazo, capturando diferentes efectos:

- Estructura por edades de la población nacional.
- Tasas de utilización promedio de los servicios de salud, por consultas y hospitalizaciones, según sexo y grupo de edad.
- Nivel de complejidad y costo asociado a los servicios de salud, según edad.
- Costo relativo de los servicios de salud, según tipo de servicios.
- Cobertura contributiva del Seguro de Salud.
- Evolución de salarios promedio reales de la población cotizante al Seguro de Salud.
- Otros indicadores básicos de utilización y gestión.

En forma esquemática, el Cuadro 5.4 presenta los principales parámetros que se emplean para llevar a cabo las proyecciones de interés. De extrema importancia, son aquellos vinculados con la utilización de los servicios y sus respectivos costos, así como los que corresponden a los ingresos por cuotas, pues determinan en gran medida el balance financiero del Seguro de Salud.

El concepto de gasto del Seguro de Salud, incluye además de los gastos propios de las atenciones a la salud, los gastos derivados del resto de prestaciones o actividades llevadas a cabo en la gestión de este seguro, en las que sobresalen las prestaciones económicas (subsidios por incapacidad, licencias por maternidad, ayudas para tratamientos en el exterior, libre elección médica, entre otros). Los gastos en bienes y servicios de salud (casi un 80 por ciento del gasto total) están determinados por el patrón de consumo de las consultas y hospitalizaciones y el costo unitario de cada uno de estos servicios. El otro rubro calculado directamente son los pagos por incapacidades laborales, mientras que los gastos de administración, en otras prestaciones económicas y otros gastos menores, se estiman como proporciones fijas del gasto total.

CUADRO 5.4

SEGURO DE SALUD. IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO Y LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD
Principales componentes y parámetros del modelo de estimación

GASTOS	INGRESOS
- Utilización de los servicios	**- Ingresos por cuotas**
Tasas de consultas	Tasa bruta de participación actividad económica
Tasas de egresos hospitalarios	Tasa de cobertura
Estancia hospitalaria media	Tasas de cotización
	Crecimiento salario medio cotizable
- Costos	Crecimiento PIB
Variación gasto fijo en consulta y hosp.	
Costo unit. Variable por consulta y estancia hosp.	**- Otros ingresos**
	Proporción población pobre
- Otros gastos	Crec. Contribución per capita Aseg. Cta.
Estado Proporción gasto otras prestac. Econ.	Proporción otros ingresos/masa cotizante
Proporc. Gasto de administración	Proporción faltante aportes estatales
Proporc. Otros gastos	
Tasa de incapacidades	
Días promedio por incapacidad	
Costo medio por día de incapacidad	

Las estimaciones de costos de servicios ambulatorios de salud recogen la utilización de servicios ambulatorios de toda índole, incluyendo consultas externas, médicas generales y especializadas, no médicas, visitas domiciliarias y otros tipos de consultas. Se incluyen también todas las consultas de los servicios de urgencias de los hospitales y clínicas. El gasto en consultas se divide en dos componentes: directo e indirecto. Este último se basa en un costo unitario promedio variable y en los valores proyectados de la población por edad y las tasas de consultas por edad.

El concepto de costo unitario variable contemplado incluye todos los servicios complementarios requeridos para causar una consulta, ya sean de diagnóstico o tratamiento, incluyendo el suministro de medicamentos. Además, la variable "gasto directo en consultas" pretende separar aquellos gastos que no varían proporcionalmente con el nivel de producción.

Las estimaciones de costos de servicios de hospitalización recogen los costos de utilización de todo tipo de servicios de hospitalización, es decir, aquellos que requieren internamiento. En forma similar que para el gasto en consultas, las estimaciones para los costos hospitalarios se basan en un costo unitario promedio por estancia hospitalaria, en valores proyectados de la población por edad y tasas de hospitalización y en la estancia media por edad. En todos los casos, se supone que el costo unitario por estancia es igual por sexo, aunque se reconoce que la separación por sexo es un refinamiento que se puede introducir, en función de la disponibilidad de la información pertinente.

Por el lado del financiamiento, las proyecciones de los ingresos por cuotas se basan en el número de trabajadores potencialmente afiliados a la seguridad social como asegurados directos activos, el sa-

lario medio cotizable por este grupo y una tasa media de cotización (13,8 por ciento). Las variaciones en el primer término están en función de la población económicamente activa (PEA), la tasa bruta de participación en actividades económicas y la tasa de cobertura del Seguro de Salud, todas ellas desagregadas según sexo. Las variaciones salariales son programadas, conforme al ritmo de crecimiento registrado en los últimos años por esta variable.

El cálculo de los aportes de los pensionados proviene de los pagos de pensiones totales proyectados para los distintos regímenes existentes en el país, multiplicada por la tasa de cotización global (14 por ciento). En concreto, se parte del gasto estimado para el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y, para el caso de los regímenes especiales para empleados públicos (Magisterio, Poder Judicial y Hacienda) y el Régimen No Contributivo de Pensiones (RNC), se aproxima con hipótesis respecto a la proporción de su gasto respecto al correspondiente al IVM. Las conjeturas en cuanto a los regímenes especiales, es que su gasto en el futuro descienda en relación con el incurrido por el IVM, mientras que la proporción del RNC se mantiene constante.

La contribución estatal por concepto de asegurados por cuenta del Estado se deriva de un parámetro de porcentaje de población nacional en condición de pobreza, el cual se utiliza para realizar simulaciones de cambio en niveles de pobreza a largo plazo. El parámetro de población pobre se multiplica por la proyección de población nacional y por un indicador de contribución per cápita por asegurado por cuenta del Estado. Por último, el componente Otros Ingresos, se deriva como una proporción constante de los ingresos por cuotas de asegurados directos activos, aunque en la aplicación del modelo desarrollado se pueden simular escenarios alternos para este parámetro.

5.5 RESULTADOS

Dada la incertidumbre que rodea la evolución futura de los insumos y parámetros del modelo, se ha considerado apropiado la construcción de tres posibles escenarios de proyección, apoyados en un conjunto de hipótesis que articulan una visión determinada de mediano y largo plazo. En concreto, existe un primer escenario denominado "base/intermedio", conformado por los parámetros actuales del sistema, con base en sus cambios recientes (últimos 5 a 10 años). Un segundo escenario "pesimista", donde se escogen valores extremos para los parámetros respectivos que reflejan ya sea menores ingresos y o mayores costos, según se detalla en el análisis de resultados; y en tercer lugar un escenario "optimista", representado por valores en los parámetros que implican ingresos más elevados y gastos más bajos.

Los parámetros e hipótesis de proyección para cada uno de los escenarios, se presentan en el Cuadro 5.5. El cambio demográfico en el período de estudio es un elemento predeterminado y común a todos los escenarios. Las cifras estimadas de la población nacional hasta el año 2050, corresponden a las elaboradas por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

CUADRO 5.5

SEGURO DE SALUD. PARÁMETROS BÁSICOS DE LOS TRES ESCENARIOS DE PROYECCIÓN

PARÁMETROS	ESCENARIOS		
	PESIMISTA	BASE	OPTIMISTA
- Utilización de los servicios			
Tasas de consultas	Crecimiento total del 20% hasta el 2050	Crecimiento total del 10% hasta el 2050	Constante
Tasas de egresos hospitalarios	Crecimiento total del 10% hasta el 2050	Constante	Reducción total del 10% hasta el 2050
Estancia hospitalaria media	Constante	Reducción total del 10% hasta el 2050	Reducción total del 20% hasta el 2050
- Costos			
Variación gasto fijo en consulta y hospitalización.	Crecim. 70% del gasto variable total hasta 2050	Crecim. 70% del gasto variable total hasta 2050	Crecim. 70% del gasto variable total hasta 2050
Costo unit. Variable por cons y estancia hosp.	Crecimiento 1,5% anual	Crecimiento 1,5% anual	Crecimiento 1,5% anual
- Otros gastos			
Tasa de incapacidades	Aumento total del 10% hasta el 2050	Reducción total del 10% hasta el 2050	Reducción total del 20% hasta el 2050
Días promedio por incapacidad	Aumento total del 10% hasta el 2050	Constante	Constante
Costo medio por día de incapacidad	Igual a crecim. salario	Igual a crecim. salario	Igual a crecim. salario
Prop. gasto otras prest. econ.	Constante	Constante	Constante
Prop. gasto de administración	Constante	Constante	Constante
Prop. otros gastos	Constante	Constante	Constante
- Ingresos por cuotas			
Tasa bruta de part. activ. econ.	Constante	Creciente según hipótesis recomendada	Creciente según hipótesis recomendada
Tasa de cobertura	Constante	Creciente hasta 65% hombres y mujeres, 2050	Creciente hasta 75% hombres y mujeres, 2050
Tasas de cotización	Constante	Constante	Constante
Salario medio cotizable	Crecimiento anual 0,5%	Crecimiento anual 1%	Crecimiento annual 1%
Crecimiento PIB	3% annual	3% anual	3% annual
- Otros ingresos			
Proporción población pobre	Constante (=12,9%)	Decreciente al 10% de la población total en 2050	Decreciente a 5% de la población total en 2050
Crec. Contribución p/capita Aseg. Cta. Estado	Constante (=1% anual)	Constante (=1% anual)	Constante (=1% anual)
Proporción faltante aportes estatales	Constante (=8,8%)	Decreciente hasta cero en el 2050	Decreciente hasta cero en el 2050
Prop. Otros ingresos/masa cotiz.	Constante	Constante	Constante

FUENTE: CCSS.

Proyecciones demográficas

Costa Rica se encuentra en plena transición demográfica. Las tasas de natalidad y mortalidad son moderadas con tendencia a la baja, el crecimiento de la población se aproxima a los niveles de sustitución y, si bien es cierto que la población muestra un incipiente grado de envejecimiento, los mayores aumentos se experimentarán en las próximas décadas. En la actualidad, el grupo de 60 años y más representa el 7,8 por ciento de la población total; no obstante, en el siguiente cuarto de siglo su participación se duplicará, arribando a una posición demográfica similar a la exhibida en el presente por aquellos países industrializados con población más envejecida. En el 2050, uno de cada cuatro habitantes del país superará los 60 años de edad, relación que significa en términos absolutos 1,6 millones de personas (véase Cuadro 5.6).

CUADRO 5.6

COSTA RICA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS GENERALES PROYECTADOS: 2002-2050

Porcentajes

INDICADOR	2002	2010	2020	2030	2040	2050
Distribución etaria población:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Menos de 20 años	40,7	36,5	33,2	29,2	25,9	24,1
20 a 59 años	51,5	54,5	54,1	53,7	54,0	51,9
60 y más años	7,8	9,0	12,7	17,1	20,1	24,0
Dependencia demográfica	15,0	17,0	23,0	32,0	37,0	46,0
Índice de sostenimiento demográfico	6,6	6,0	4,3	3,1	2,7	2,2

FUENTE: Elaboración propia.

El cambio demográfico también produce, al menos durante un determinado período de tiempo, un aumento en la proporción relativa de personas en edad de trabajar (20-59 años), un fenómeno denominado con frecuencia como el "bono demográfico". Este es un elemento básico al momento de formular las hipótesis sobre el posible desempeño futuro de las fuentes de financiamiento de la seguridad social, pues constituye el grupo de potenciales contribuyentes al Seguro de Salud. En este particular, es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

i. De acuerdo con la proyecciones demográficas disponibles, el incremento relativo en las personas en edad de trabajar, tendrá vigencia en el país hasta aproximadamente el año 2045; en los años siguientes, esta categoría perderá participación dentro de la población total.

ii. Pese al aumento en la proporción de personas en edad de trabajar, el Índice de Sostenimiento Demográfico (ISD) tendería a reducirse, pasando de 7 personas en edad de trabajar por cada persona mayor de 60 años en el 2002, a tan sólo 2 en el año 2050.

iii. Las ganancias que se puedan generar a favor de las finanzas de la seguridad social, dependen de dos elementos fundamentales: la participación de la personas en edad de trabajar en las actividades productivas remuneradas y la proporción de éstas inscritas en las modalidades de aseguramiento contributivo, sea como trabajadores asalariados o trabajadores independientes.

Dado el predominio que tienen los ingresos por cuotas en el esquema de financiamiento del Seguro de Salud, las hipótesis sobre la participación en la actividad económica y nivel de cobertura contributiva, son un par de conjeturas críticas al momento de tratar de precisar el equilibrio financiero de este régimen. En el escenario pesimista, el supuesto de indicadores constantes implica el estancamiento de la proporción de cotizantes respecto a la población total, según se muestra en el Cuadro 5.7.

CUADRO 5.7

INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEL SEGURO DE SALUD SEGÚN ESCENARIO
2002-2050

INDICADOR	2002	2010	2020	2030	2040	2050
PESIMISTA: Tasa bruta partic. activ. Económica	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44	0,44
Tasa cobertura contrib.	0,54	0,54	0,54	0,54	0,54	0,54
Índice Masculinidad Seguro Salud	2,20	2,19	2,17	2,16	2,13	2,12
Aseg. Directos Activos / Pobl. Total	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24
BASE (INTERMEDIO):						
Tasa bruta partic. activ. Económica	0,44	0,46	0,47	0,48	0,49	0,49
Tasa cobertura contrib.	0,54	0,56	0,58	0,60	0,63	0,65
Índice Masculinidad Seguro Salud	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7
Aseg. Directos Activos / Pobl. Total	0,24	0,26	0,27	0,29	0,31	0,32
OPTIMISTA:						
Tasa bruta partic. activ. Económica	0,44	0,46	0,47	0,48	0,49	0,49
Tasa cobertura contrib.	0,54	0,58	0,62	0,66	0,71	0,75
Indice Masculinidad Seguro Salud	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7
Aseg. Directos Activos / Pobl. Total	0,24	0,27	0,29	0,32	0,34	0,37

Por el contrario, el escenario base y el optimista, recogen la posibilidad conjunta de un aumento en la tasa de participación y la tasa de cobertura contributiva del Seguro de Salud, con el consecuente incremento en la proporción de cotizantes. La eficacia de esta hipótesis se sustenta en al menos dos circunstancias favorables. Por un lado, en las últimas décadas la tasa de participación laboral de las mujeres ha mostrado un crecimiento sostenido, en una tendencia que parece continuará en el futuro, conforme las nuevas generaciones de mujeres con un mayor grado de educación y una posición más abierta hacia el empleo fuera del hogar, ingresen al mercado laboral. Por otro lado, aunque la cobertura contributiva en la actualidad ronda el 54 por ciento, es factible una mejora sustancial de este indicador en los próximos años, gracias en principio, a dos disposiciones contenidas en *Ley de Protección al Trabajador* aprobada en el año 2001. Una se refiere a la obligatoriedad que tendrá a partir del 2006 la afiliación al Seguro de Salud de los trabajadores no asalariados, y la otra, a la disposición de mayores potestades administrativas e instrumentos jurídicos por parte de servicios de inspección de la CCSS, para combatir a los patronos que intentan eludir o evadir sus responsabilidades contributivas con la seguridad social.

El efecto compuesto de los incrementos en las tasas de participación y cobertura contributiva es una ganancia en la proporción de los cotizantes respecto a la población total, pasando de un 24 a un 32 por ciento del año 2002 al 2050, en el escenario base, y arribando a un 37 por ciento en el escenario optimista.

No obstante, es justo reconocer que el aumento en la cobertura contributiva podría enfrentar algunas dificultades en el corto y mediano plazo. La tasa de desempleo abierto, la tasa de subutilización de la mano de obra y el empleo informal han crecido en los últimos años; los indicadores de calidad del empleo han experimentado disminuciones significativas y las formas de contratación laboral no convencionales, aún más difíciles de fiscalizar en materia de obligaciones con la seguridad social, son cada día más frecuentes.

Una consideración adicional respecto a esta componente es que el aumento en la cobertura contributiva no tendrá un efecto lineal sobre los ingresos por cuotas del Seguro de Salud, pues una fracción elevada de los nuevos cotizantes reportarán salarios o ingresos inferiores al promedio de aquellos actualmente inscritos. Estos últimos corresponden, en buena parte, a empleados del Estado y de las empresas privadas más formales –donde el salario medio es más alto– en contraposición al colectivo de trabajadores no contribuyentes, que pertenecen en su mayoría a micro y pequeñas empresas, y a trabajadores independientes de actividades de baja acumulación de capital.

Proyecciones de utilización de servicios de salud

Previo a profundizar en los resultados de las proyecciones, conviene destacar algunas características de los patrones actuales de utilización de los servicios de salud. Primero, la estructura de las consultas por sexo y edad muestra una tasa de consumo más elevada en las primeras y últimas edades. De igual manera, las mujeres en edades intermedias requieren una cantidad mayor de consultas que otros grupos, situación asociada básicamente a las actividades reproductivas en edad fértil.

La tasa de egresos hospitalarios por habitante según sexo y edad presenta un comportamiento similar al de las consultas médicas, con la diferencia de que los índices en las primeras edades son menos elevados. Además, a partir de ciertas edades, los índices de estancia media hospitalaria crecen en relación directa con la edad, información a partir de la cual se puede concluir que las personas en las edades superiores no solo poseen una mayor frecuencia de internamientos hospitalarios, sino que la duración media de éstos es también mayor. Otro aspecto importante es que si bien las mujeres poseen una mayor tasa de egresos hospitalarios, la duración media de las estancias hospitalarias es poco menos del 50 por ciento del respectivo valor observado en los hombres.

En cada uno de los escenarios propuestos, se ha adoptado una estructura de tasas de utilización de servicios de salud inalterable en el tiempo, de modo que los escenarios de proyección consideran solo cambios en el nivel de las tasas. Se presentan a continuación los principales indicadores de utilización proyectados.

Respecto de la demanda de consultas médicas, tanto en el escenario pesimista (que supone un aumento total del 20 por ciento en la tasas específicas de consultas por habitante por grupo de edad

entre 2002 y el 2050), como en los escenarios base/intermedio y optimista (que suponen dicho aumento del 10 por ciento y nulo, respectivamente), la tasa media de consultas médicas por habitante se elevaría, reflejando el desplazamiento de una proporción cada vez mayor de población hacia aquellas edades con una mayor tasa de consultas.

En el escenario pesimista, la tasa media de consultas médicas por habitante pasaría de 3 a 4,3 entre 2002 y el 2050, para un aumento total del 40 por ciento; en el otro extremo, el escenario optimista implicaría también un aumento en dicha tasa de 3,0 a 3,6 consultas médicas por habitante en el mismo periodo, para un aumento total del 20 por ciento.

En este último caso (escenario optimista), la población se multiplicaría por 1,6 en los próximos 48 años, mientras que el número total de consultas médicas se multiplicaría por 1,9 en el mismo periodo; es decir, aún con tasas específicas de consultas por edad constantes, las consultas totales crecen un 20 por ciento por arriba del crecimiento de la población (el valor de la razón 1,9/1,6), lo cual está explicado exclusivamente por el cambio en la estructura por edades.

En los Cuadros 5.8 y 5.9 también se ilustran los resultados correspondientes a la proyección de las estancias hospitalarias. En forma similar a las consultas, un componente importante del cambio en las estancias hospitalarias totales estaría explicado por la modificación en la estructura por edades.

CUADRO 5.8

VARIACIÓN TOTAL EN POBLACIÓN NACIONAL, CONSULTAS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS, SEGÚN ESCENARIO 2002 - 2050

ESCENARIO	POBLACIÓN NACIONAL	CONSULTAS	ESTANCIAS
Pesimista	1,6	2,3	3,0
Base	1,6	2,1	2,4
Optimista	1,6	1,9	1,9

Es importante hacer énfasis en el resultado obtenido para la proyección de las estancias hospitalarias en el escenario optimista, en el sentido de que aún suponiendo que la **tasa de egresos hospitalarios por habitante** se reduce a cada edad en un 10 por ciento entre el 2002 y el 2050 y que la **estancia media hospitalaria** lo hace en 20 por ciento, el total de estancias hospitalarias crecería en 1,9 veces durante el período de la proyección, es decir, 20 por ciento por encima del crecimiento absoluto en el volumen de población. Nótese también que aún con estas hipótesis optimistas, la **estancia media hospitalaria** pasaría de 5,2 a 5,7, solo por efecto del cambio en la estructura por edades de la población.

Cuadro 5.9

INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEL SEGURO DE SALUD SEGÚN ESCENARIO
2002-2050

INDICADOR	2002	2010	2020	2030	2040	2050	VARIACIÓN 2050/2002
			PESIMISTA:				
Consultas por habitante	3,0	3,2	3,4	3,7	4,0	4,3	1,4
Egresos hospital por habitante	0,08	0,09	0,09	0,10	0,10	0,11	1,3
Estancias hosp. por habitante	0,43	0,47	0,53	0,62	0,71	0,79	1,8
Estancia hospitalaria media	5,2	5,4	5,9	6,4	6,8	7,2	1,4
Consultas totales por Aseg. Directo Activo	12,6	13,4	14,5	15,7	17,0	18,2	1,4
Egresos totales por Aseg. Directo Activo	0,35	0,36	0,38	0,41	0,44	0,46	1,3
Estancias totales por Aseg. Dir. Activo	1,8	2,0	2,2	2,6	3,0	3,3	1,8
Egresos hospit. por consulta	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,9
Estancias hosp. por consulta	0,14	0,15	0,15	0,17	0,18	0,18	1,3
Incapacid. laborales por Aseg. Dir. Activo	0,57	0,62	0,63	0,64	0,65	0,64	1,1
Días incapacidad por Aseg. Dir. Activo	5,1	5,5	5,6	5,6	5,8	5,7	1,1
			BASE (INTERMEDIO):				
Consultas por habitante	3,00	3,10	3,30	3,50	3,80	4,00	1,3
Egresos hospital por habitante	0,08	0,08	0,09	0,09	0,10	0,10	1,2
Estancias hosp. por habitante	0,43	0,45	0,49	0,55	0,61	0,64	1,5
Estancia hospitalaria media	5,20	5,40	5,70	6,00	6,30	6,50	1,2
Consultas totales por Aseg. Directo Activo	12,60	12,1	12,10	12,10	12,3	12,50	1,0
Egresos totales por Aseg. Directo Activo	0,35	0,33	0,31	0,31	0,32	0,31	0,9
Estancias totales por Aseg. Dir. Activo	1,80	1,70	1,80	1,90	2,00	2,00	1,1
Egresos hospit. por consulta	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,9
Estancias hosp. por consulta	0,14	0,14	0,15	0,16	0,16	0,16	1,1
Incapacid. laborales por Aseg. Dir. Activo	0,57	0,55	0,50	0,46	0,43	0,39	0,7
Días incapacidad por Aseg. Dir. Activo	5,10	4,90	4,50	4,10	3,80	3,50	0,7
			OPTIMISTA:				
Consultas por habitante	3,00	3,10	3,20	3,30	3,50	3,60	1,2
Egresos hospital por habitante	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09	1,1
Estancias hosp. por habitante	0,43	0,44	0,46	0,49	0,51	0,51	1,2
Estancia hospitalaria media	5,20	5,30	5,50	5,70	5,70	5,70	1,1
Consultas totales por Aseg. Directo Activo	12,60	11,60	10,90	10,5	10,10	9,80	0,8
Egresos totales por Aseg. Directo Activo	0,35	0,31	0,28	0,27	0,26	0,24	0,7
Estancias totales por Aseg. Dir. Activo	1,80	1,60	1,60	1,50	1,50	1,40	0,8
Egresos hospit. por consulta	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,9
Estancias hosp. por consulta	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,14	1,0
Incapacid. laborales por Aseg. Dir. Activo	0,57	0,52	0,45	0,39	0,35	0,30	0,5
Días incapacidad por Aseg. Dir. Activo	5,10	4,60	4,00	3,50	3,10	2,70	0,5

Para concluir este apartado, en el Cuadro 5.10 se muestran cifras sobre la proyección de la estructura por edad de la demanda de las consultas y hospitalizaciones, con el fin de ilustrar la forma que se manifiesta el cambio en la composición por edades de la población sobre dicha estructura.

CUADRO 5.10

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE CONSULTAS MÉDICAS Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS, SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD
porcentajes para años de proyección seleccionados

EDAD	2002	2025	2050
	CONSULTAS Y URGENCIAS		
Total	100,0	100,0	100,0
Menos de 15 años	28,1	19,5	13,8
15 a 59 años	51,2	54,6	48,0
60 y más años	14,7	25,9	38,2
	ESTANCIAS HOSPITALARIAS		
Total	100,0	100,0	100,0
Menos de 15 años	15,0	8,8	5,3
15 a 59 años	54,1	46,0	34,8
60 y más años	30,9	45,2	60,0

Tanto las consultas médicas como las estancias hospitalarias tenderían progresivamente a concentrarse en las edades superiores. Así, la proporción de consultas y estancias generadas por la población con edades de 60 y más años se duplicaría entre 2002 y el 2050, mientras que los dos grupos restantes de edades perderían su participación en la generación total de consultas y estancias. Estas cifras, en particular, permiten apreciar con claridad el importante impacto del envejecimiento de la población sobre la estructura de la demanda de servicios de salud.

Indicadores financieros y económicos

El conjunto de proyecciones generadas por el modelo de simulación se completa con las estimaciones de las principales variables financieras y económicas del Seguro de Salud. Los datos reportados brindan valiosa información sobre el posible comportamiento futuro de los gastos, los ingresos y el balance financiero. Los resultados más destacados para los tres escenarios propuestos se presentan en el Cuadro 5.11.

Las cifras relativas al gasto, revelan al menos tres aspectos de sumo interés. Primero, en cualquiera de los escenarios, el gasto estimado crece a un ritmo mucho mayor que el correspondiente a la población nacional. Así, en tanto la población nacional se multiplicaría por 1,6 veces en los próximos 48 años, el gasto se multiplicaría por 5,1 veces en el escenario pesimista y por 3,8 veces en el optimista. En segundo lugar, el gasto como porcentaje del producto interno bruto (PIB) crecería, tanto

en los escenarios pesimista y base, pero no en el optimista. Y tercero, los gastos como porcentaje de la masa salarial cotizable alcanzarían niveles sumamente elevados en el escenario pesimista, pasando del 15,2 por ciento en el año 2002 a 38,3 por ciento en el 2050; en el escenario optimista, la variación en dicho indicador sería más bien una disminución, reflejando el impacto favorable de otras variables ligadas al financiamiento, tales como el crecimiento en las tasas de participación, la cobertura y los salarios reales.

CUADRO 5.11

INDICADORES DE GASTOS DEL SEGURO DE SALUD SEGÚN ESCENARIO
2002-2050

INDICADOR	2002	2010	2020	2030	2040	2050	VARIACIÓN 2050/2002
PESIMISTA:							
Gastos totales (miles de millones)	299	434	638	895	1.198	1.537	5,1
Gasto anual por habitante (miles):	74	93	119	152	191	235	3,2
Serv. Ambulatorios	27	33	42	51	63	77	2,9
Serv. Hospitalarios	32	41	54	71	91	114	3,6
Incapacidades laborales temporales	3	4	4	4	5	5	1,4
Gastos como porcentaje de la masa salarial	15,2	18,4	22,4	27,2	32,6	38,3	2,5
Gastos como porcentaje del PIB	4,9	5,7	6,2	6,5	6,4	6,1	1,2
Gastos como porcentaje de los ingresos	87,0	100,0	113,0	125,0	136,0	147,0	1,7
Gastos como porcentaje de ingresos por cuotas	98,0	114,0	129,0	141,0	151,0	161,0	1,6
BASE (INTERMEDIO):							
Gastos totales (miles de millones)	299	420	599	818	1.067	1.334	4,5
Gasto anual por habitante (miles):	74	90	112	139	170	204	2,8
Serv. Ambulatorios	27	33	40	49	59	71	2,6
Serv. Hospitalarios	32	39	49	63	78	94	3,0
Incapacidades laborales temporales	3	4	4	4	5	5	1,5
Gastos como porcentaje de la masa salarial	15,2	15,7	16,6	17,6	18,6	19,5	1,3
Gastos como porcentaje del PIB	4,9	5,5	5,8	5,9	5,7	5,3	1,1
Gastos como porcentaje de los ingresos	87,0	88,0	89,0	90,0	91,0	92,0	1,1
Gastos como porcentaje de ingresos por cuotas	98	99	100	99	99,0	99,0	1,0
OPTIMISTA:							
Gastos totales (miles de millones)	299	407	560	743	941	1.141	3,8
Gasto anual por habitante (miles):	74	87	105	126	150	175	2,4
Serv. Ambulatorios	27	32	38	46	55	65	2,4
Serv. Hospitalarios	32	37	45	55	66	77	2,4
Incapacidades laborales temporales	3	4	4	4	4	4	1,3
Gastos como porcentaje de la masa salarial	15,2	14,7	14,6	14,6	14,6	14,5	1,0
Gastos como porcentaje del PIB	4,9	5,3	5,4	5,4	5,1	4,6	0,9
Gastos como porcentaje de los ingresos	87,0	83,0	80,0	77,0	75,0	73,0	0,8
Gastos como porcentaje de ingresos por cuotas	98,0	93,0	88,0	84,0	80,0	76,0	0,8

Las cifras presentadas en el Cuadro 5.12 revelan el papel tan importante que juegan las variables ligadas al financiamiento, en la sostenibilidad económica y financiera del Seguro de Salud en el largo plazo. Es importante destacar que según las hipótesis adoptadas sobre participación en la actividad económica, cobertura contributiva y crecimiento de salarios reales, el crecimiento en los ingresos podría quedar por debajo o por encima de la tendencia de crecimiento de los gastos. En el peor de los casos (escenario pesimista), los ingresos se multiplicarían por 3,0 veces entre 2002 y el 2050, mientras que en el escenario optimista la variación total sería de 4,6 veces.

CUADRO 5.12

INDICADORES DE INGRESOS DEL SEGURO DE SALUD SEGÚN ESCENARIO
2002-2050

INDICADOR	2002	2010	2020	2030	2040	2050	VARIACIÓN 2050/2002
PESIMISTA:							
Ingresos totales (miles de millones)	345	435	563	716	881	1.049	3,0
Ingreso anual por habitante (miles)	85	93	105	121	140	161	1,9
Ingreso cuotas anual por habitante (miles)	75	81	92	108	126	146	1,9
Ingresos como por ciento de los gastos	115,0	100,0	88,0	80,0	74,0	68,0	0,6
Ingresos cuotas como porcentaje de los gastos	102,0	88,0	78,0	71,0	66,0	62,0	0,6
Aportes estatales como porcentaje ingresos	7,5	8,5	8,4	8,1	7,8	7,6	1,0
Aportes estatales como porcentaje ingr. efectivos	8,2	9,4	9,2	8,9	8,6	8,4	1,0
BASE (INTERMEDIO):							
Ingresos totales (miles de millones)	345	480	670	907	1.170	1.444	4,2
Ingreso anual por habitante (miles)	85	103	125	154	186	221	2,6
Ingreso cuotas anual por habitante (miles)	75	91	112	140	172	207	2,7
Ingresos como porcentaje de los gastos	115,0	114,0	112,0	111,0	110,0	108,0	0,9
Ingresos cuotas como porcentaje de los gastos	102,0	101,0	101,0	101,0	101,0	101,0	1,0
Aportes estatales como porcentaje ingresos	7,5	7,7	6,9	6,1	5,5	5,1	0,7
Aportes estatales como porcentaje ingr. efectivos	8,2	8,3	7,3	6,3	5,6	5,1	0,6
OPTIMISTA:							
Ingresos totales (miles de millones)	345	490	698	962	1,258	1,572	4,6
Ingreso anual por habitante (miles)	85	105	130	163	200	241	2,8
Ingreso cuotas anual por habitante (miles)	75	93	118	151	188	229	3,0
Ingresos como porcentaje de los gastos	115,0	120,0	125,0	129,0	134,0	138,0	1,2
Ingresos cuotas como porcentaje de los gastos	102,0	107,0	113,0	120,0	126,0	131,0	1,3
Aportes estatales como porcentaje ingresos	7,5	7,2	5,9	4,8	3,9	3,2	0,4
Aportes estatales como porcentaje ingr. efectivos	8,2	7,7	6,2	5,0	4,0	3,2	0,4

Las conjeturas en torno a estos posibles efectos diferenciados tienen implicaciones directas sobre el correspondiente balance financiero proyectado. Así por ejemplo, en el escenario pesimista, a partir del año 2010 el balance financiero de operación anual se tornaría negativo, de modo que en el 2050, el déficit sería equivalente a un 32 por ciento del gasto total anual (véase Cuadro 5.13).

CUADRO 5.13

PROYECCIONES DEL BALANCE FINANCIERO PARA EL SEGURO DE SALUD SEGÚN ESCENARIO 2002-2050

INDICADOR	2002	2010	2020	2030	2040	2050	VARIACIÓN 2050/2002
	PESIMISTA:						
Ingresos totales (miles de millones)	345	435	563	716	881	1,049	3,0
Gastos totales (miles de millones)	299	434	638	895	1.198	1.537	5,1
Balance	46	1	-74	-179	-317	-488	-10,6
Balance como porcentaje de gastos	15,0	0,0	-12,0	-20,0	-26,0	-32,0	
Balance como porcentaje del PIB	0,8	0,0	-0,7	-1,3	-1,7	-2,0	
	BASE (INTERMEDIO):						
Ingresos totales (miles de millones)	345	480	670	907	1,170	1,444	4,2
Gastos totales (miles de millones)	299	420	599	818	1,067	1,334	4,5
Balance	46	60	71	89	102	110	2,4
Balance como porcentaje de gastos	15,0	14,0	12,0	11,0	10,0	8,0	
Balance como porcentaje del PIB	0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	
	OPTIMISTA:						
Ingresos totales (miles de millones)	345	490	698	962	1.258	1.572	4,6
Gastos totales (miles de millones)	299	407	560	743	941	1.141	3,8
Balance	46	83	138	219	317	431	9,4
Balance como porcentaje de gastos	15	20	25	29	34	38	
Balance como porcentaje del PIB	0,8	1,1	1,3	1,6	1,7	1,7	

En el escenario denominado base o intermedio, que representa precisamente la situación que se considera más plausible de las tres, el balance financiero de operación sería positivo para todos los años de la proyección; en este caso, hacia el 2050 el superávit de operación llegaría a un nivel del orden del 8 por ciento de los gastos anuales totales, pero con una tendencia a disminuir. Por otra parte, en el escenario optimista estos resultados mejorarían considerablemente, siendo creciente el superávit de operación a lo largo de todo el período de estimación.

Escenarios alternativos y efectos de las principales variables

Usando como insumo básico la misma información considerada en la sección anterior, es factible construir y explorar algunos otros posibles escenarios, con especial énfasis en la posición lograda en el balance financiero del Seguro de Salud. La estrategia a seguir es interpretar las proyecciones de

los gastos e ingresos producidas en los tres escenarios propuestos como independientes entre sí; luego se procede a combinar uno y otro componente según respondan a los supuestos: pesimistas, intermedios y optimistas. Se puede tener, por ejemplo, un escenario compuesto por un gasto pesimista pero un ingreso optimista, o bien uno que muestre la situación contraria.

De acuerdo con el Cuadro 5.14, la aplicación de esta lógica crea un total de nueve escenarios, tres de los cuales han sido estudiados previamente. Los porcentajes contenidos en las celdas de intersección representan los valores proyectados del balance financiero del Seguro de Salud para el año 2050, expresado en función del gasto total.

CUADRO 5.14

SEGURO DE SALUD. BALANCE FINANCIERO EN EL AÑO 2050, SEGÚN DIFERENTES ESCENARIOS RESPECTO A LA EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS E INGRESOS

ESCENARIOS		INGRESOS		
		PESIMISTA	BASE	OPTIMISTA
GASTOS	Pesimista	-31,8 por ciento	-6,1 por ciento	2,3 por ciento
	Base	-21,4 por ciento	8,0 por ciento	17,8 por ciento
	Optimista	-8,1 por ciento	26,6 por ciento	37,8 por ciento

Una de las conclusiones más notables derivadas de estas cifras es que indistintamente de las conjeturas que se hagan respecto a los gastos, no es posible arribar a un equilibrio financiero en condiciones pesimistas de ingresos. Incluso con hipótesis optimistas sobre el nivel de gasto, hacia el 2050 el déficit sería equivalente a un 8,1 por ciento del total de los gastos. Este interesante hallazgo pone de manifiesto la trascendencia que adquieren los ingresos en la consecución de la sostenibilidad del sistema de salud costarricense y, en consecuencia, la imperiosa necesidad futura de aumentar la participación contributiva y de mejorar los procesos de recaudación y cobro de contribuciones.

Por otro lado, un comportamiento pesimista de los costos puede enfrentarse satisfactoriamente en un único entorno: si ocurriesen condiciones optimistas de los ingresos; aunque el equilibrio parece bastante frágil a pequeñas variaciones adversas en uno o varios de los parámetros del modelo. De esta manera, las cuatro combinaciones que involucran gastos e ingresos base y optimistas, generan posiciones donde el balance financiero es positivo y con un margen de maniobra económica aceptable. En aquellos casos donde existe un componente base y otro optimista, es justo señalar que el superávit es aún mayor cuando el gasto se proyecta bajo este último tipo de hipótesis; situación que evidencia un mayor impacto de las disminuciones en las tasas de utilización de los servicios de consulta y hospitalización, en contraposición al efecto provocado por las más altas tasas de cobertura –propias del escenario optimista de los ingresos.

Un tema que también requiere atención, y que es sumamente útil para simular múltiples escenarios adicionales, es la sensibilidad de las proyecciones a cambios en los parámetros básicos del modelo. En este sentido, interesa conocer cuáles son las variaciones que sufre el balance financiero ante variaciones en estos valores, efectuados de manera individual, en tanto los restantes parámetros permanecen constantes.

Las estimaciones llevadas a cabo con tal propósito, están apoyadas en supuestos adoptados en el escenario base, en virtud de su mayor plausibilidad. El procedimiento adoptado consiste en dos pasos esenciales: (i) definición de un conjunto de posibles porcentajes que se podrían obtener en el balance financiero del año 2050, los cuales varían del 0 por ciento al 15 por ciento, y (ii) ajustar el valor de uno de los parámetros seleccionados hasta converger al porcentaje de balance financiero programado, mientras los demás parámetros se mantienen en todo momento cumpliendo con la hipótesis de comportamiento asumidas en el escenario base.

En el Cuadro 5.15 aparecen los principales resultados de este ejercicio de simulación. La columna equivalente a un 8 por ciento de balance financiero, se refiere a la situación ya conocida, generada a partir de los supuestos que configuran el escenario base. Las cifras ubicadas en la columna de 0 por ciento, representan los valores para cada uno de los parámetros, que permiten lograr una posición donde los ingresos y gastos se igualan, es decir, un balance financiero nulo. Por lo tanto, son mínimos o máximos –dependiendo de su especificación y efecto sobre los gastos o ingresos–, y forman los límites después de los cuales el Seguro de Salud enfrentaría un déficit de operación hacia el año 2050.

CUADRO 5.15

SEGURO DE SALUD. VARIACIONES EN EL BALANCE FINANCIERO DEL 2050 ANTE VARIACIONES EN LOS PRINCIPALES PARÁMETROS DEL MODELO

PARÁMETROS	BALANCE FINANCIERO 2050				
	0%	5%	8%	10%	15%
Ingresos					
Tasa de cobertura	57,5	62,0	65,0	66,5	71,0
Salario real cotizable (var. promedio anual)	0,8	0,9	1,0	1,1	1,20
Costos (variación anual del costo unitario directo)					
Consulta	1,9	1,6	1,5	1,4	1,1
Estancia	1,8	1,6	1,5	1,4	1,2
Ambas	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4
Tasas de utilización (de variación respecto a las tasas del año 2002)					
Consultas	32,5	20,0	10,0	5,0	-6,0
Estancias	4,5	-5,0	-10,0	-13,0	-20,0

De manera más concreta, la cifra de 0,8 por ciento correspondiente a la tasa de variación del salario promedio real cotizable, equivale a la tasa requerida a lo largo de todo el período de proyección, con el fin de asegurarse en el año 2050 un balance financiero absoluto, a la vez que la tasa de cobertura, la variación promedio de los costos unitarios de los servicios de consulta médica y hospitalización, las tasas de utilización de las consultas médicas y estancias medias, así como cualquier otro parámetro, se mantienen sin cambios. En línea con esta interpretación, un 5 por ciento de balance financiero (favorable) es consistente con un incremento de la tasa de variación de los salarios reales a 0,9 por ciento y uno de 10 por ciento con una tasa de 1,1 por ciento; lo cual aporta evidencia adicional sobre la sensibilidad del equilibrio financiero respecto a la evolución salarial

Una apreciación adicional que se deriva de este ejercicio, es que las hipótesis adoptadas en cuanto a la tasa de variación de los costos directos de las consultas médicas y hospitalizaciones –equivalente a 1,5 por ciento anual promedio en el escenario base– se encuentran en las vecindades del 1,7 por ciento, porcentaje que implicaría un entorno financiero de igualdad en gastos e ingresos. Por lo tanto, en el escenario intermedio, el margen de maniobra es estrecho en términos de los futuros incrementos en los costos de los servicios de salud, pues oscilaciones desfavorables de pequeña magnitud, pueden atentar contra la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud.

Con base en estos resultados y en los de otros escenarios de simulación no documentados en este trabajo, en el Cuadro 5.16 se resumen los principales factores determinantes del equilibrio financiero del Seguro de Salud, identificados según se trate de elementos exógenos o endógenos al sistema, y según si afectan los ingresos o los gastos.

CUADRO 5.16

SEGURO DE SALUD. FACTORES DETERMINANTES EN EL EQUILIBRIO FINANCIERO

TIPO	INGRESO	GASTOS
Exógenos	• Tasa de participación en la actividad económica (especialmente femenina)	• Crecimiento de los salarios internos. • Costo de la tecnología médica
Semi- Endógenos	• Cobertura contributiva, principalmente la correspondiente a los trabajadores no asalariados	• Estancia hospitalaria media • Tasas de hospitalización • Tasa de consultas
Endógenos	• Tasas de cotización • Nivel de evasión • Cumplimiento de contribuciones Estatales	• Tamaño del gasto directo o fijo incurrido por el sistema (determinado en especial por la inversión en infraestructura).

5.6 CONCLUSIONES

El envejecimiento demográfico plantea retos importantes para el sostenimiento económico del sistema de salud costarricense. La circunstancia probada de que las personas mayores requieren un gasto medio en atenciones a la salud superior al correspondiente a otros grupos de edad, supone una fuerte tensión sobre los recursos que invierte la sociedad para satisfacer las necesidades de salud de las personas, en un entorno de envejecimiento demográfico. Esto sin duda alguna constituye un tema de preocupación para los hacedores de las políticas sanitarias.

Dando por sentada la existencia de dicha tensión, la magnitud y dirección del impacto económico asociados al envejecimiento pueden ser o bien compensados o bien exacerbados por el comportamiento en una diversidad de factores interrelacionados, tanto por el lado de los ingresos como de los gastos.

A la par del envejecimiento, figuran otros fenómenos –también de carácter "exógeno" al sistema de salud, por la imposibilidad de manipularlos por parte de las autoridades de política– que poseen también una importancia significativa en términos de su posible impacto futuro sobre la economía del Seguro de Salud de Costa Rica. La capacidad de crecimiento de la economía, la evolución del mercado laboral y la tecnología médica, destacan como elementos determinantes en este ámbito.

Así por ejemplo, dado un escenario demográfico de envejecimiento y costos crecientes de atención en salud, el comportamiento del mercado laboral, tanto en lo que respecta al tamaño del sector informal como en lo atinente a la evolución de los salarios reales y la productividad, podría marcar la diferencia entre una evolución económica favorable o desfavorable.

De otra parte, si bien es cierto que la mayor intensidad en la demanda de atenciones en salud que muestran los ancianos provocará un aumento futuro en las tasas medias de consultas y estancias, el aumento en el gasto podrían estar más en función de otro factor: los costos asociados con la adopción y difusión de nueva tecnología médica y terapéutica.

A diferencia del carácter "exógeno" del proceso de envejecimiento, hay un conjunto de variables que sí pueden ser objeto de intervención en términos de políticas sanitarias y de gestión del sistema de salud. Las políticas y acciones para la extensión de la cobertura contributiva y para el control de la evasión de contribuciones, la estancia media hospitalaria o las tasas de egresos hospitalarios (ambos relacionados con los modelos de atención y gestión y con la selección de tecnología costo efectiva), son ejemplos claros de este tipo de variables.

Los resultados presentados en este documento ponen de manifiesto la importancia de introducir análisis cuantitativos que permitan conjugar y analizar simultáneamente el impacto de diversos elementos de cambio en el entorno, así como los efectos de las diversas políticas disponibles. Cuando los ejercicios de simulación son capaces de introducir la interacción de los diversos elementos que mayormente pueden influir en la economía del Seguro de Salud –agregando por ejemplo la perspectiva de análisis de los ingresos–, en vez de considerar en forma aislada solo el costo del envejecimiento, aparecen escenarios donde es factible lograr condiciones de equilibrio financiero y sostenibilidad económica en el largo plazo.

Dado lo anterior, un asunto capital para las políticas de financiamiento del gasto sanitario es cómo potenciar los efectos de aquella parte de los elementos de entorno e internos al sistema que pueden contrarrestar la parte creciente del costo sanitario explicada por el envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

AISS (2002). *Envejecimiento y vida productiva: protección social y sostenibilidad.* Documento presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Casado, David (2000). "Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades", en Gaceta Sanitaria de AES.

Cutler, David y Louise Sheiner (1998). *Demographics and medical care spending: standard and non-standard effects*. NBER Working Paper Series, Working Paper 6866.

Cutler, David y Ellen Meara (1997). *The medical costs of the young and old: a forty year perspective*. NBER Working Paper Series, Working Paper 6144.

CCSS (2003). *Análisis Técnica de Ingresos y Egresos de los Seguros Sociales, 2002.* Documento de Trabajo No. 13. San José, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Caja Costarricense de Seguro Social.

Durán, Fabio (1995). "Análisis Financiero a largo Plazo de los Sistemas de Pensiones: una aplicación al Seguro de Pensiones de Costa Rica". Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social. Atenas, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

_____ (1998) *El impacto económico del envejecimiento sobre el Seguro de Salud en Costa Rica: un análisis prospectivo*. Tesis de grado, Maestría en Gestión y Dirección de los Sistemas de Seguridad Social. Madrid, Universidad Alcalá de Henares.

Guzmán, José Miguel (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe.* Serie Población y Desarrollo No. 28, CEPAL.

Ministerio de Salud de Costa Rica (2003). *Análisis sectorial de Salud.* San José: Ministerio de Salud.

OECD (2001). *Fiscal Implications of Aging: Projections of Age-Related Spending*. Economics Department Working Papers, No. 305. Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo.

PNUD (2002). *Informe sobre Desarrollo Humano 2002. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza humana.* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Polloni, Alberto (2000). "Programmatic and policy aspects of population ageing and living arrangements", documento presentado en la *United Nations Technical Meeting of Population Ageing and Living Arrangements of Older Persons: Critical Issues and Policy Responses*. División de Población de las Naciones Unidas.

Quesada, Rodolfo (2002). *Costa Rica: Estimación y proyección de Población Económicamente Activa, 1990-2080.* Documento de Trabajo No. 32, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Caja Costarricense del Seguro Social.

Salazar, Virginia (2002). *Costa Rica: Estimaciones y proyecciones de población por edad y sexo, 1990-2080.* Documento de Trabajo No. 26, Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Caja Costarricense del Seguro Social.

6. EFECTO DEMOGRÁFICO EN LOS SISTEMAS DE PENSIONES

LUIS GUILLERMO LÓPEZ

6.1 INTRODUCCIÓN

Aunque tradicionalmente la variable demográfica ha constituido un importante determinante en el diseño y programación de los sistemas de pensiones, la evolución que en los últimos decenios ha mostrado la estructura poblacional en los diferentes países ha potenciado a esta variable, ubicándola como uno de los principales factores que condicionan la sostenibilidad financiera de los regímenes previsionales.

Concretamente, la transición demográfica –entendida como un envejecimiento relativo de la población– presenta como efecto inmediato un encarecimiento de los sistemas de pensiones en respuesta a la reducción que experimenta la relación población cotizante a población pensionada, lo cual se manifiesta en una mayor tasa de crecimiento en el gasto, respecto a los ingresos por contribuciones. Un ejemplo de lo anterior lo constituye la experiencia que en los últimos años han presentado los países europeos, los cuales en promedio han visto caer esta relación a niveles cercanos a 2. Este elemento explica las iniciativas de ajuste en las edades de retiro, que han caracterizado las reformas previsionales realizadas por tales países.

En el caso particular de Costa Rica –y especialmente en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social–[1] la relación señalada ha descendido desde 14 en 1970 hasta 6,3 en el 2003; y las proyecciones indican un valor de 3,1 en el indicador para el año 2040. Este comportamiento ya ha sido experimentado por países de transición demográfica avanzada, como Francia, Suecia y Japón, entre otros.

Ante la ausencia de acciones compensatorias a ese comportamiento, el costo de financiamiento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social ascendería a niveles económicamente insostenibles –18 por ciento de los salarios en el 2040– lo cual dimensiona claramente el efecto demográfico. Es precisamente este tipo de consideraciones las que se abordan en el presente análisis.

1. Principal régimen de protección básico, el cual cubre el 44,2 por ciento de la PEA, siendo la cobertura de todos los regímenes básicos el 50 por ciento de la PEA.

6.2 MARCO CONCEPTUAL

El envejecimiento poblacional está referido, fundamentalmente, a dos hechos: en promedio las personas viven un mayor número de años y la población de personas en edades superiores a los 65 años cobra un mayor peso relativo respecto a la población total. Esto se manifiesta en el denominado índice de dependencia, expresado como el cociente del total de personas mayores de 65 años entre la población de 15 a 64 años de edad.

Este fenómeno obedece básicamente a las reducciones que experimentan las sociedades tanto en la tasa de mortalidad como en la tasa de natalidad, lo que a su vez responde a los avances en la medicina, tecnología, educación e inserción de la mujer en el mercado laboral, principalmente. El ritmo de envejecimiento, derivado de ese comportamiento, determina los diferentes niveles en la transición demográfica[2] que atraviesan las distintas sociedades; tal es el caso de Uruguay caracterizado por una transición avanzada, o bien Bolivia en el otro extremo, con una transición incipiente. Los parámetros para tal clasificación pueden apreciarse en el Cuadro 6.1:

CUADRO 6.1
NIVELES DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

NIVEL DE TRANSICIÓN	CARACTERÍSTICAS
Incipiente	Tasa de mortalidad y natalidad elevadas.
Moderada	Disminución en la tasa de mortalidad y constancia en la tasa de natalidad.
Plena	Tasa de natalidad decreciente y baja tasa de mortalidad
Avanzada	Bajas tasas de natalidad y mortalidad

De conformidad con esta clasificación, Costa Rica se ubica en un nivel pleno de transición. Es destacable señalar que mientras las sociedades actualmente envejecidas, como las europeas, han demorado en este proceso de transición alrededor de 200 años, se estima que las naciones latinoamericanas recorrerán ese proceso en aproximadamente 50 años (Chakiel, 2000). Este mayor dinamismo del cambio demográfico encuentra su explicación en la conjugación de una serie de elementos, ligados tanto a cambios culturales reflejados de la experiencia europea, como a las nuevas tecnologías y técnicas médicas que se transmiten en muy corto plazo, desde los países mayormente desarrollados hacia los menos desarrollados. En igual o mayor orden de importancia, se encuentra la inserción de la mujer en el mercado laboral como elemento explicativo de la baja en las tasas de fecundidad.

El elevado ritmo de envejecimiento y la consecuente maduración de los sistemas de pensiones acarrea mayores dificultades para los países en desarrollo, en donde, a diferencia de los países industrializados, no se cuenta con el espacio y recursos necesarios para enfrentar los problemas de financiamiento y baja cobertura que, en general, caracterizan sus regímenes de pensiones. En respuesta

2. Tránsito de un régimen demográfico de equilibrio constituido por altas tasas de mortalidad y fecundidad, a uno con bajas tasas de mortalidad y fecundidad.

a esas restricciones, se presenta cada vez con mayor fuerza un replanteamiento de los esquemas de pensiones, con una orientación hacia el redimensionamiento de los objetivos y alcances de los programas públicos de pensiones, así como a la diversificación de los instrumentos de previsión social. En tal sentido, se procura un mayor espacio a la participación privada y a las iniciativas y responsabilidades individuales, a fin de concebir sistemas económicamente viables en el largo plazo.

Indiscutiblemente, esa mayor aceleración en la transición demográfica latinoamericana impone un importante reto, que además implica adaptar las diferentes instituciones a las nuevas condiciones demográficas. Lo anterior también abarca el caso costarricense, cuya población está inmersa en un cambio demográfico que duplicará en menos de 40 años la población mayor de sesenta años, en relación con la población total (Cuadro 6.2).

CUADRO 6.2

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, TASAS MEDIAS DE CRECIMIENTO E ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LA EDAD 1950-2000

AÑO CENSAL	ÍNDICE DEPENDENCIA PORCENTAJE (*)	POBLACIÓN		TASA CRECIMIENTO ANUAL(**) PORCENTAJE	
		TOTAL	60 AÑOS Y MÁS	TOTAL	60 AÑOS Y MÁS
1950	9,2	800.875	38.590	2,23	2,90
1963	11,1	1.336.274	69.836	3,94	4,56
1973	11,0	1.871.780	104.113	3,37	3,99
1984	11,5	2.416.809	158.144	2,32	3,80
2000	13,2	3.810.179	301.474	2,85	4,03

(*) Relación de la población de 60 y más años entre el grupo de 15 a 59 años

(**) Se utiliza la tasa de crecimiento exponencial: $(1/n.)\ \ln(N^{z+n}/N^{z})$.

FUENTE: INEC, Censos de Población.

6.3 PROYECCIONES DE POBLACIÓN

La tendencia decreciente y sostenida que durante las últimas décadas han mostrado las tasas de natalidad y mortalidad, conjuntamente con el conocimiento de las variables que han determinado ese comportamiento, permite realizar proyecciones de población por grupos de edad y sexo con gran precisión. Un ejemplo se muestra en el Cuadro 6.3:

La estructura poblacional clasificada por grupos de edad, por sí sola, constituye un indicador de la necesidad de promover ajustes en los requisitos de acceso a los beneficios de la jubilación. Esto, a efecto de mantener la consistencia actuarial en sus diferentes dimensiones, principalmente en la relación período laborado a período de disfrute, la cual, ante la ausencia de ajustes en las edades de retiro, se ve reducida como consecuencia del crecimiento sostenido en la esperanza de vida.

La evolución en la pirámide poblacional representa una clara manifestación del fenómeno de envejecimiento, anteriormente apuntado (véase Gráfico 6.1).

CUADRO 6.3

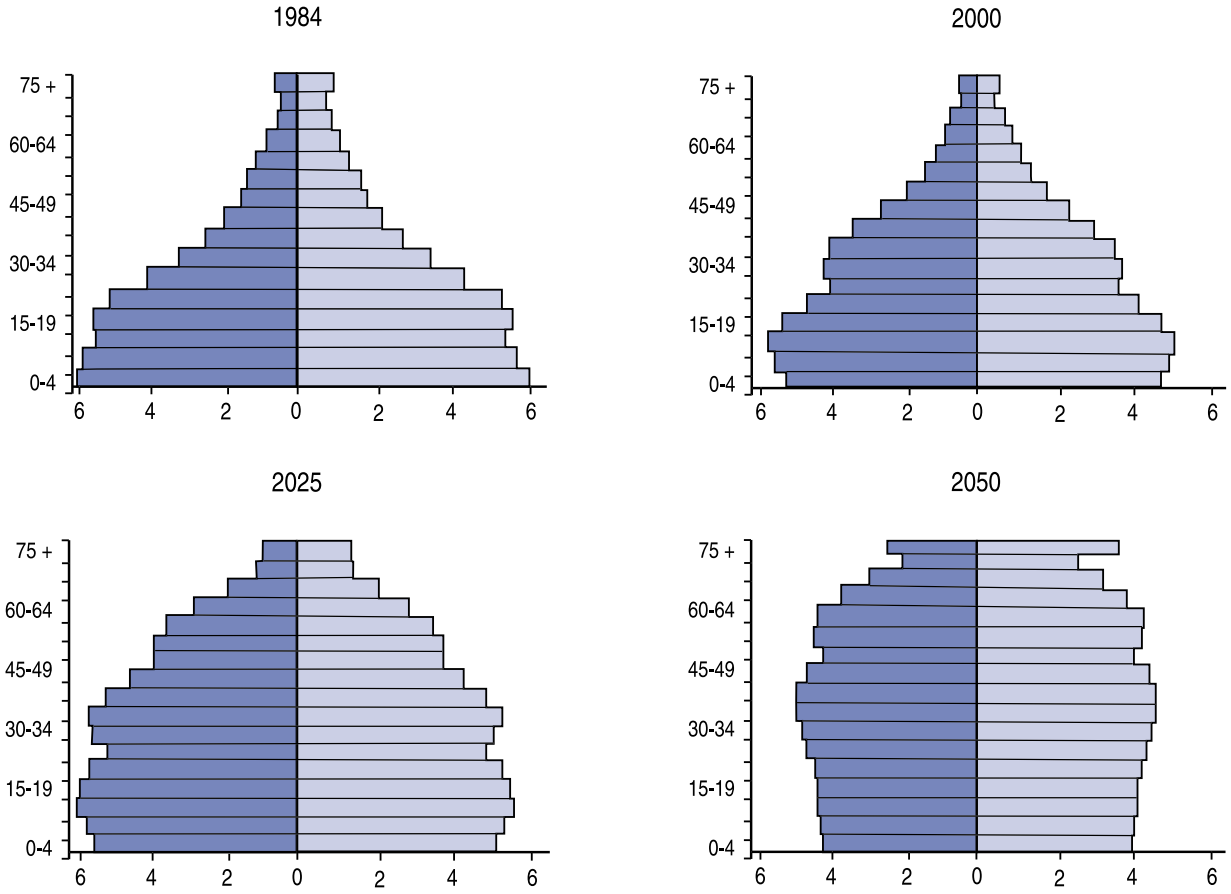
PROYECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN RELATIVA
DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS
2005-2080

AÑO	NÚMERO DE PERSONAS	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
2005	347.235	8,1	7,5	8,7
2010	421.226	9,0	8,4	9,7
2020	679.793	12,7	11,9	13,4
2030	1.010.295	17,1	16,2	18,1
2040	1.263.091	20,1	18,8	21,4
2050	1.564.156	24,0	22,5	25,5
2060	1.770.740	26,7	25,0	28,4
2070	1.945.941	29,4	27,5	31,3
2080	2.082.629	31,9	29,8	33,9

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

GRÁFICO 6.1

COSTA RICA. EVOLUCIÓN Y PROYECCIÓN DE LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES EN LA POBLACIÓN
Porcentaje



FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

Evidentemente este panorama demanda ajustes importantes en los esquemas previsionales, en razón del encarecimiento que implica la mayor carga demográfica, medida por el índice de dependencia (véase Cuadro 6.4).

CUADRO 6.4

COSTA RICA. PROYECCIÓN DEL ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LA EDAD 2005-2040

AÑO ÍNDICE	DEPENDENCIA DE LA EDAD*
2005	12,87
2010	14,20
2015	16,82
2020	20,38
2025	24,46
2030	27,90
2035	30,08
2040	33,12

* Población de 60 años y más / población de 15-59 años.

FUENTE: Costa Rica: Proyecciones de Población 1990-2080. Sección Análisis Demográfico. Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS

Conjuntamente con ese comportamiento, el dinamismo del mercado laboral se presenta como un elemento que eventualmente podría acentuar los efectos adversos sobre el sistema nacional de pensiones en la medida que la absorción de la nueva fuerza de trabajo se enfrente a limitaciones que contraigan la relación activo a pensionado.

6.4 SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES

Los sistemas nacionales de pensiones están referidos a la consistencia y articulación de los diferentes regímenes que conforman la protección económica ante las contingencias de la invalidez y la muerte, así como de la jubilación. Cuando los sistemas nacionales de pensiones son concebidos como empresas sociales, estos tienden a promover un determinado equilibrio entre las iniciativas e intereses de los diferentes sectores, permitiendo la coexistencia de la iniciativa privada y pública.

Los sistemas de pensiones no pueden concebirse ajenos al entorno económico, social y demográfico, de modo que, como parte importante de un entorno global, se encuentran sujetos a la evolución que en esos órdenes se produzca. En ese sentido, el dinamismo que intrínsecamente mantienen los regímenes previsionales demanda ajustes periódicos en su dimensionamiento, alcances y estructura, ya que en caso contrario no serán económicamente sostenibles en el largo plazo.

En ese contexto, la experiencia latinoamericana refleja cómo en las últimas dos décadas han surgido una serie de cuestionamientos respecto a la viabilidad de los regímenes previsionales, en los que el cambio demográfico, conjuntamente con la situación económica, han forjado fuertes presiones so-

bre la estructura de costos, propiciando en muchos casos cambios radicales en el modelo de protección,[3] transitando desde esquemas de beneficio definido hacia esquemas de contribución definida, con el consecuente sacrificio en términos de solidaridad.

En el caso de Costa Rica, la evolución de la política previsional en la última década se ha orientado hacia la armonización de los diferentes regímenes de protección, y recientemente, con la promulgación de la *Ley de Protección al Trabajador* en el año 2000, se propende hacia la articulación de los diferentes niveles de producción dentro de un sistema multipilar, estructurado como se ilustra en el Cuadro 6.5:

CUADRO 6.5

COSTA RICA. SISTEMA MULTIPILAR DE PROTECCIÓN

NIVEL DE PROTECCIÓN	COMPONENTES	SISTEMA FINANCIERO	GESTIÓN
Primer Pilar	Régimen IVM, CCSS Regímenes Ley Marco Régimen Poder Judicial Régimen Magisterio Régimen Hacienda	Contribución Indefinida Beneficio Definido	Pública
Segundo Pilar	Regímenes Complementarios Obligatorios	Contribución Definida Beneficio Indefinido	Privada
Tercer Pilar	Regímenes Complementarios Voluntarios	Contribución Definida Beneficio Indefinido	Privada

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

El primer pilar está orientado a brindar un nivel básico de protección, bajo un sistema de beneficio definido, dirigido a la colectividad nacional y observando los principios que permiten cierto nivel de distribución en el ingreso. Por otra parte, el segundo componente proporciona un nivel complementario de protección, estrictamente relacionado con la magnitud de los aportes realizados por el trabajador asalariado y regido para tal efecto por un sistema de capitalización plena individual.

Aunque la conformación del sistema multipilar constituye un gran avance en materia previsional, aún persisten ciertas deficiencias en los regímenes de base, sustitutivos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social. Tales deficiencias están relacionadas con una excesiva generosidad en el perfil de beneficios y una carga desproporcionada en el financiamiento estatal. Esto, como un reflejo de la presión ejercida sobre el Estado por parte de distintos grupos socio profesionales, al margen de los principio de proporcionalidad y viabilidad en la estructura contributiva, específicamente en lo que respecta a la cuota estatal.

3. Por ejemplo, los casos de Chile, México, El Salvador, Perú.

El peso relativo que representan esas obligaciones estatales generan un efecto significativamente negativo sobre las finanzas públicas y, por tanto, exige correcciones y reajustes que implican una revisión de la legislación sobre pensiones. Al margen de la situación costarricense, las nuevas tendencias doctrinarias en materia de pensiones conducen ineludiblemente a reexaminar el papel del Estado, el concurso privado y las iniciativas grupales e individuales dentro del sistema de previsión.

En cuanto al tercer componente, su protección se dirige al individuo como tal, y se materializa mediante los planes de ahorro individual para el retiro. En este caso el régimen de protección es voluntario y se encuentra en correspondencia con las posibilidades y aspiraciones individuales.

6.5 SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que administra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), empezó a operar en 1947. Durante las primeras tres décadas de existencia, la cobertura se dirigió, en forma obligatoria y mediante un proceso gradual, a los grupos de más fácil acceso y mayor capacidad contributiva (asalariados) para posteriormente orientarse al sector de no asalariados, a partir de 1975. Esta estrategia respondía a criterios actuariales, de modo que fuese posible ir progresivamente extendiendo la cobertura sin comprometer la sostenibilidad financiera del seguro.

Actualmente la cobertura conjunta de los diferentes regímenes del primer pilar[4] asciende a alrededor del 50 por ciento de la Población Económicamente Activa Total (PEA), ubicando a Costa Rica en uno de los primeros lugares en América Latina, conjuntamente con Argentina y Uruguay. Aunque el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS abarca el 44 por ciento de la PEA, este se ha mostrado estancado en las dos últimas décadas (véase Cuadro 6.6).

CUADRO 6.6

TASAS DE COBERTURA COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA 1960-2002

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1960	4,7	11,4	5,8
1970	20,7	35,3	23,4
1980	45,5	56,5	47,8
1990	42,7	44,5	43,2
2002	46,1	40,3	44,2

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

La acelerada extensión de la cobertura, en el caso de la mujer se explica, hipotéticamente, por cambios en los patrones culturales y en los modos de producción, así como en los niveles de educación alcanzados por el país.

4. Comprende el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Régimen de Hacienda, el Régimen del Magisterio, el Régimen del Poder Judicial y los regímenes cubiertos por la Ley Marco de Pensiones.

En cuanto al comportamiento de la cobertura en general, el rápido crecimiento en las primeras décadas, y luego el estancamiento es explicable por cuanto una vez cubiertos los sectores de más fácil identificación y mayor capacidad contributiva, se torna más difícil continuar con los restantes grupos. Ejemplo de ello es el sector de trabajadores independientes, el cual representa el 30 por ciento de la PEA, y del que solamente está cubierta una quinta parte.

Las proyecciones de cobertura para las próximas cuatro décadas apuntan a alcanzar un nivel de 55 por ciento de la PEA, de conformidad con la evaluación actuarial realizada en abril del 2003 por parte de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la Caja Costarricense de Seguro Social (véase Cuadro 6.7).

CUADRO 6.7

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE.
PROYECCIONES DE COBERTURA
2002-2040

AÑO	PEA TOTAL	PORCENTAJE DE COBERTURA
2002	1.775.835	44,2
2010	2.160.385	47,0
2020	2.529.442	49,5
2030	2.844.858	52,2
2040	3.058.114	55,0

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

El factor determinante para que estos niveles de cobertura reflejen porcentajes mayores, radica principalmente en el grado de respuesta y políticas que se implementen para la afiliación de la Población Económicamente Activa no asalariada, la cual muestra niveles importantes dentro de la PEA total (véase Cuadro 6.8).

CUADRO 6.8

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA TOTAL Y NO ASALARIADA
1960-2002

AÑO	PEA TOTAL (A)	PEA NO ASALARIADA (B)	PARTICIPACIÓN B/A
1960	374.251	126.656	33,8
1970	528.700	151.891	28,7
1980	779.089	192.746	24,7
1990	1.121.496	370.569	33,0
2002	1.775.835	554.519	31,2

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

Este comportamiento podría acentuarse aún más dependiendo de la capacidad de absorción de la nueva fuerza de trabajo por parte del mercado de trabajo formal, el cual, a su vez, podría estar condicionado por el cambio en los modos de producción y una inversión extranjera directa mayormente orientada hacia actividades intensivas en el uso del capital más que del trabajo.

Dado que la fuente principal de financiamiento del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte la constituyen los aportes, el contexto económico y particularmente la dinámica del mercado de trabajo, se torna fundamental analizar las relaciones actuariales básicas, como la relación cotizante a pensionado, cuyos valores proyectados se muestran en el Cuadro 6.9.

CUADRO 6.9

SEGURO DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE.
RELACIÓN COTIZANTE –PENSIONADO
2002-2040

AÑO	COBERTURA RESPECTO A LA PEA	RELACIÓN COTIZANTE/PENSIONADO
2002	44,0	6,8
2010	47,0	5,9
2020	49,5	4,7
2030	52,2	3,6
2040	55,0	3,1

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

Cabe destacar, que, aún y cuando el nivel de cobertura generado por el mercado laboral es fundamental en el financiamiento, el cambio demográfico se muestra como el elemento determinante en la relación descrita, ya que aún con incrementos en la tasa de cobertura, el radio de soporte cotizante a pensionado mantiene en forma sostenida un comportamiento decreciente. Obviamente, sin el dinamismo supuesto en el mercado laboral, la situación financiera actuarial del régimen resultaría más crítica, acelerándose el proceso de desequilibrio.

Lo anterior indica la importancia del mercado de trabajo como generador de cobertura, pues una mayor respuesta de este, conjuntamente con aumentos en la cobertura, permite prolongar los períodos de equilibrio del régimen. Sin embargo, el envejecimiento se muestra como el elemento crítico, ya que aún con un nivel de cobertura utópica del cien por ciento, el radio de soporte mencionado continuaría mostrando una tendencia descendente en el largo plazo.

6.6 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

La sostenibilidad financiera de un sistema de pensiones está referida a la consecución de un equilibrio financiero permanente, el cual depende de la dinámica demográfica, del perfil de beneficios y los requisitos que comportan el sistema, así como de la gestión financiera de los fondos.

En forma resumida, el equilibrio financiero del modelo puede representarse mediante la siguiente igualdad:

Ingresos = Gastos

$$12\, A_t\, \pi_t\, S_t + R_t = 13\, P_t\, (PP) + SEM_t + GA_t$$

donde:

$A_t = A_{t-1}\,(1 + d^{(A)}_t)$ representa la población de activos.

$P_t = P_{t-1}\,(1 + d^{(P)}_t)$ representa la población de pensionados.

$d^{(A)}_t$ es la tasa de crecimiento promedio de activos entre t-1 y t.

$d^{(P)}_t$ es la tasa de crecimiento promedio de pensionados entre t-1 y t.

$S_t = S_{t-1}\,(1 + \square_t)$ es el salario promedio para el año t.

$\square_t$ es el crecimiento en los salarios.

$SEM_t = SEM_{t-1}\,(1 + \square_t)$ representa el gasto en el Seguro de Salud.

$\square_t$ es el crecimiento real de los salarios (la diferencia entre $_t$ y la inflación).

$\square_t$ es la prima requerida o relación del gasto respecto a la masa cotizante.

R_t es el rendimiento de las reservas (en un sistema de reparto puro, se define $R_t = 0$),

$(PP)_t = (PP)_{t-1}\,(1+\square_t)$ es la pensión promedio.

$\square_t$ es la revalorización de las pensiones.

GA_t son los gastos de administración durante el año t.

Resulta evidente el protagonismo que en estas funciones presenta el aspecto demográfico, el cuál se convierte en un elemento desequilibrante cuando la tasa de crecimiento de los cotizantes es sostenidamente inferior, respecto a la de los pensionados. Este comportamiento compromete fuertemente la sostenibilidad financiera del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

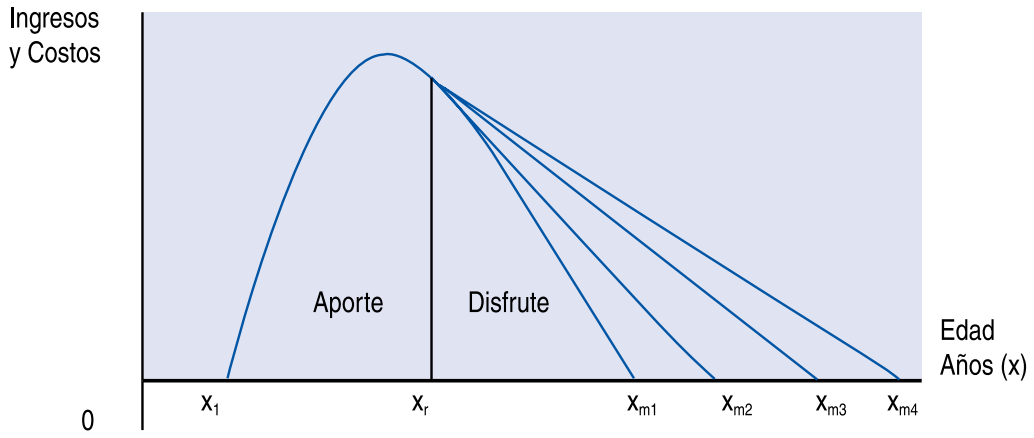
Paralelamente a la relación citada, los efectos se acentúan al considerar el cociente período cotizado a período de disfrute de los beneficios, el cual, desde una perspectiva estrictamente actuarial, se ve distorsionado por un crecimiento en la esperanza de vida, cuando esta no se acompaña de ajustes en las edades mínimas de retiro u otras medidas. Adicionalmente, esta relación está afectada por la ausencia de constancia en el trabajo, lo cual en ciertos casos determina bajas densidades de cotización.[5]

5. Corresponde al período de aporte, entre el período transcurrido desde el momento en que se ingresa a la fuerza de trabajo ocupada y el momento en que se consolida el beneficio de pensión. En Costa Rica esta se ubica aproximadamente en 0,70.

La representación gráfica de los elementos apuntados, refleja la tendencia del costo de los sistemas previsionales en aquellos países en donde se enfrenta un crecimiento sostenido en la esperanza de vida (véase Gráfico 6.2). Implícitamente, esta gráfica sugiere el análisis y discusión de los tres factores tradicionales de ajuste; a saber, incrementos en la edad de retiro, aumento en los porcentajes de contribución y reducciones en el perfil de beneficios.

GRÁFICO 6.2

RELACIÓN ENTRE INGRESOS-COSTOS Y EDAD EN UN SISTEMA DE PENSIONES



donde:

x_1 corresponde a la edad de inserción a la fuerza laboral.

x_r corresponde a la edad de retiro,

x_{m1}....x_{m4} corresponde a la edad de muerte.

Además de la resistencia natural a los ajustes, los factores citados eventualmente pueden presentar efectos adversos en términos de mayores presiones en el beneficio de invalidez e incapacidad, generados por aumentos en la edad mínima de retiro, o bien un menor ritmo de crecimiento en el empleo formal causado por mayores tasas contributivas y en ultimo término el efecto que en el principio de suficiencia genera la reducción en el perfil de beneficios.

No obstante lo anterior, un crecimiento en la esperanza de vida, sin los ajustes periódicos correspondientes en la edad mínima de retiro, genera mayores períodos de disfrute y consecuentemente un encarecimiento del régimen en términos relativos.

A pesar de tales efectos, las presiones de diferentes grupos de la sociedad civil impiden en muchos casos realizar los ajustes que el modelo demanda en respuesta al cambio demográfico, sugiriéndose medidas alternativas referentes a la gestión y a las primas de financiamiento, pero ignorando que estas son medidas complementarias y no sustitutivas. Particularmente, sobre esta última variable, debe actuarse con suma discrecionalidad, ya que en los sistemas contributivos los ajustes en las primas de cotización afectan la competitividad de las empresas, lo cual incide directamente sobre el empleo –principal origen del financiamiento– ya sea por reducciones en el nivel de producción o bien por una intensificación en el uso del capital.

Costa Rica no escapa a la problemática apuntada, en donde las proyecciones demográficas indefectiblemente conducen a una estructura de costos crecientes, explicada por la siguiente relación:

$$\frac{\frac{\overline{P}}{\overline{S}}}{\frac{C}{\overline{P}}} = \frac{P*\overline{P}}{C*S} = \frac{G}{M}$$

donde:

$\overline{P}$ es la pensión promedio

$\overline{S}$ es el salario promedio

P es el número de pensionados

C es e número de cotizantes

G es el gasto en pensiones

M es la masa cotizante

De conformidad con las proyecciones elaboradas por la Dirección Actuarial de la CCSS, la evolución en el costo de las pensiones como porcentaje de los salarios, muestra resultados realmente preocupantes (Cuadro 6.10).

CUADRO 6.10

PROYECCIÓN DE LA EVALUACIÓN EN EL COSTO DE LAS PENSIONES COMO PORCENTAJE DEL SALARIO 2002-2040

AÑO	$\frac{\overline{P}}{\overline{S}}$	$\frac{C}{P}$	$\frac{G * 100}{M}$	$\frac{G1 * 100}{M}$
2002	0,475	6,8	7,0	7,3
2010	0,474	5,9	8,0	8,3
2020	0,506	4,7	10,8	11,2
2030	0,525	3,6	14,6	15,1
2040	0,542	3,1	17,5	18,1

Nota: G^1 Corresponde a G más los gastos administrativos, aseguramiento en salud y prestaciones sociales.

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

El costo de las pensiones como porcentaje del salario (G^1/M), indica la prima de contribución que se requeriría para financiar el acelerado crecimiento en el gasto, el cual se encuentra impulsado, principalmente, por el envejecimiento de la población. Considerar niveles de contribución superiores al 10 o 12 por ciento resulta prácticamente inviable, dado el nivel de cargas sociales que actualmente enfrentan las empresas –aproximadamente 42 por ciento– así como los problemas fiscales que imposibilitan mayores obligaciones estatales.

A pesar de que en el cuadro anterior se ha supuesto un incremento moderado en la tasa de reemplazo $\overline{P}/\overline{S}$, la tendencia creciente en los costos se mantiene aún y cuando se suponga constante dicha tasa, ya que el costo ascendería de 7 por ciento en el 2002 a aproximadamente 16 por ciento en el 2040.

Dado el comportamiento en la variable demográfica C/P, mantener el costo de las pensiones en el nivel de contribución actual (7,5 por ciento) implica reducir al 23,3 por ciento la tasa de reemplazo o monto de pensión como porcentaje del salario, lo que, en el marco del principio de suficiencia que debe ostentar la cuantía de la pensión, resulta sencillamente deficiente. Además, y desde una perspectiva individual, esa insuficiencia se acentúa aún más debido a la deficiencia en la fórmula de cálculo,[6] ya que para los grupos mayormente expuestos a lo planteado por la teoría del ciclo de vida, la percepción de ingresos a partir de cierta edad asume en términos reales un comportamiento decreciente, especialmente en aquellos sectores en donde la generación de ingresos se encuentra en función de la productividad o bien del número de horas laboradas.

Al considerarse el escenario actual, en cuanto a la prima de financiamiento, requisitos y beneficios, los resultados proyectados reflejan un importante desequilibrio en el corto y mediano plazos. Esto por cuanto entre el 2005 y el 2010 se genera una insuficiencia de las contribuciones respecto al gasto, mientras que alrededor del 2020 surge un déficit operativo y consecuentemente empiezan a consumirse las reservas, las cuales desaparecerían en menos de cinco años (véase Cuadro 6.11).

CUADRO 6.11

PROYECCIÓN DE INGRESOS, RESERVAS Y COSTOS, 2002-2040
millones de colones corrientes

	GASTOS		INGRESOS					RESERVAS	
AÑO	ABSOLUTOS	% MASA SAL.	CUOTAS	INTERESES	OTROS	TOTALES	NETOS	ABSOLUTAS	COC. RES.
2001	95.240	7,3	98.157	49.832	0	147.989	52.749	352.726	3,15
2005	178.003	7,5	177.376	86.622	4.349	268.346	90.343	649.507	3,14
2010	372.424	8,3	335.388	153.155	8.700	497.243	124.819	1.222.842	2,95
2015	757.651	9,6	592.964	210.645	13.583	817.191	59.540	1.713.860	2,18
2020	1.546.838	11,2	1.038.014	152.011	22.945	1.212.970	(333.868)	1.054.955	0,90
2025	3.118.614	13,1	1.783.961	(416.910)	38.042	1.405.093	(1.713.521)	(4.157.461)	(0,78)
2030	6.096.445	15,1	3.035.481	(2.507.318)	62.447	590.610	(5.505.834)	(22.686.677)	(2,82)
2035	11.448.886	16,7	5.141.831	(8.468.751)	102.104	(3.224.817)	(14.673.703)	(74.719.811)	(5,24)
2040	20.911.658	18,1	8.676.550	(23.374.517)	166.458	(14.531.510)	(35.443.168)	(203.762.311)	(8,05)

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

6. Corresponde al 60 por ciento del salario promedio de los 48 salarios mensuales más altos de los últimos 60, más el 1 por ciento por cada año cotizado después de los primeros 20 años cotizados.

El objetivo fundamental de las reservas es coadyuvar al financiamiento mediante la generación de rendimientos. En este sentido, el decrecimiento de las reservas constituye un signo inequívoco de desequilibrio actuarial, que ha estado precedido por un desequilibrio financiero surgido en el momento en que las contribuciones resultan insuficientes para financiar el gasto.

Es precisamente la gestación del desequilibrio financiero lo que se pretende evitar con el diseño de las medidas correctivas desprendidas de las evaluaciones actuariales, de modo que si se logra prever con una adecuada anticipación, es posible diluir el costo de los ajustes en el tiempo. En caso contrario, los ajustes en términos de requisitos y beneficios tienden a extremarse e inclusive surge la probabilidad de transformaciones radicales en el modelo previsional.

Por otra parte, aunque las mejoras en la gestión y la extensión de cobertura son elementos que permitirán atenuar el desequilibrio, por sí solos no constituyen la solución, dado que el factor que subyace como elemento desequilibrante es el cambio demográfico, tal como lo muestran las proyecciones mostradas en el Cuadro 6.12, en donde se han supuesto fuertes incrementos en la extensión de cobertura.

CUADRO 6.12

PROYECCIÓN DE COSTOS BAJO LA HIPÓTESIS
DE UNA COBERTURA DEL 90 POR CIENTO DE LA PEA

AÑO	TASA DE COBERTURA	RADIO DE SOPORTE	PRIMA DE REPARTO	COCIENTE DE RESERVA
2003	0,45	6,7	7,3	3,2
2005	0,47	6,7	7,2	3,3
2010	0,54	6,7	7,3	3,4
2015	0,61	6,5	7,8	3,3
2020	0,67	6,0	8,7	2,7
2025	0,73	5,5	9,9	1,8
2030	0,79	5,0	11,0	0,5
2035	0,85	4,6	12,2	(1,0)
2040	0,90	4,3	13,2	(2,8)

FUENTE: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, CCSS.

El hecho de que el desequilibrio se posponga durante aproximadamente 10 años respecto a la situación actual, no deja de ser útil; sin embargo resulta insuficiente dada la necesidad de garantizar el equilibrio a largo plazo. Lo anterior sugiere abordar la variable demográfica en cualquier alternativa de solución, tal como se ha hecho en otros países que atraviesan problemas de sostenibilidad originados por el envejecimiento poblacional.

6.7 CONCLUSIONES

Aunque tradicionalmente el factor demográfico ha constituido una variable fundamental en el diseño de los regímenes previsionales, su protagonismo a nivel mundial ha tendido a acentuarse, principalmente en los países en vías de desarrollo. Esto en razón de que el proceso de envejecimiento poblacional en estos países ha mostrado un ritmo de aceleración muy superior, ya que mientras en los países europeos la transición demográfica ha dilatado alrededor de 200 años, las estimaciones muestran que en los países en desarrollo la transición señalada se realizará en una cuarta parte de dicho período. Este menor espacio de tiempo, conjuntamente con las marcadas diferencias en la disponibilidad de recursos, plantea un reto importante en la sostenibilidad de los sistemas de pensiones.

En los últimas dos décadas, gran parte de las países latinoamericanos ha emprendido importantes reformas en sus sistemas de pensiones, los cuales en algún grado fueron inspirados en la reforma iniciada por Chile en 1981. Aunque los motivos que han impulsado los ajustes han sido diversos –propiciando en algunos casos cambios radicales en el modelo provisional– el factor demográfico se presenta como el eje fundamental sobre el que se ha debido enfatizar, en aras de continuar garantizando la sostenibilidad financiera. En este sentido, un cambio radical de modelo, la conformación de sistemas multipilares, ajustes en las primas de contribución e incrementos en las edades de retiro, constituyen algunas de las acciones que se han adoptado para alcanzar o continuar garantizando la estabilidad de los sistemas de pensiones. Obviamente, las medidas que se adopten están condicionadas, tanto por aspectos sociales como por el entorno económico que caracteriza a cada uno de los diferentes países.

En respuesta al envejecimiento relativo que enfrenta Costa Rica y que se manifiesta en una relación cotizante a pensionado cada vez menor, desde finales de la década de los ochentas los estudios realizados por la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS han venido planteando la necesidad de llevar a cabo ajustes en el régimen de pensiones, algunos de los cuales fueron parcialmente acogidos en la reforma de 1991 –en donde originalmente la edad de retiro propuesta era de 65 años– al incrementarse la edad de retiro de 55 a 60 años para las mujeres y de 57 a 62 años para los hombres. Aunque tal medida –conjuntamente con un cambio en la fórmula de cálculo– proporcionó mayor oxigenación al régimen, los efectos del cambio demográfico demandan nuevos ajustes que permitan prolongar los períodos de equilibrio y garantizar la tan anhelada sostenibilidad financiera. En este sentido, el análisis de la situación actual y la identificación de soluciones trasciende de más allá de la gestión, en donde el entorno económico y la dinámica del mercado laboral resultan también determinantes.

Las proyecciones financieras del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte para las próximas cuatro décadas, son ampliamente reveladoras en cuanto a los problemas de sostenibilidad que presenta el régimen en el orden financiero-actuarial. Al respecto, resulta preocupante que bajo las condiciones y requerimientos actuales, entre el año 2005 y el 2010 se presentará una insuficiencia de las contribuciones respecto al gasto, en tanto que alrededor del año 2020 las reservas inician en términos absolutos una reducción que culminará con su extinción en un plazo de cinco años. Resulta conveniente señalar que, aún y cuando paralelamente existen problemas relacionados con la cobertura y otros propios del entorno económico, el aspecto considerado como el motor del desequilibrio es el elemento demo-

gráfico, reflejado en el envejecimiento poblacional y consecuentemente en el encarecimiento del régimen. Indiscutiblemente este panorama debe llamar a la reflexión, al análisis y a la identificación conjunta de alternativas de solución por parte de los diferentes sectores de la sociedad, dado el riesgo de insolvencia a que está expuesto el principal régimen previsional costarricense.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar G. Roger (1991). *Monografía: Regímenes Financieros en Sistemas de Reparto y Capitalización.* San José: Caja Costarricense del Seguro Social.

Arias L. Rodrigo (2003). Evaluación *Actuarial del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.* San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

Bonilla Alejandro (1996). *Análisis de los Nuevos Sistemas Previsionales de la Seguridad Social de América*. Panamá: Primera Conferencia de Actuarios a Nivel Internacional.

Chackiel Juan (2000). *El Envejecimiento de la Población Latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?* CEPAL, Serie Población y Desarrollo, No.4.

INEC (varios años). *Censo de población y vivienda.* San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

López V. Luis Guillermo (2003a). *Extensión de Cobertura en el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

_____ (2003b). *Resumen Ejecutivo Diagnóstico del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

Mesa Lago, Carmelo (2000). *Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina*. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 93.

Salazar F., Virginia (2003). *Envejecimiento de la Población Costarricense*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

TERCERA PARTE

LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y PENSIONES

7. PANEL DE DISCUSIÓN

7.1 EDGAR MOHS

NULIDAD DE CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PERSONAS

Hace unos pocos años se produjeron algunos comentarios en la prensa europea sobre un hecho ocurrido en el Reino Unido en relación con la educación, que me interesa destacar debido a su semejanza con otro observado en Costa Rica desde hace varios años en relación con la atención médica.

Algunos destacados miembros laboristas del parlamento inglés han criticado severamente a los gobiernos de la señora Thatcher y del señor Major calificándolos de elitistas por promover en las diferentes escuelas y colegios la selección según estándares académicos. Para los laboristas tales prácticas están dividiendo a la población inglesa y atentan contra principios políticos "sagrados". Los más radicales llegaron a afirmar que llevar a cabo exámenes de admisión era inmoral y exaltaron las virtudes igualitarias y democráticas de los programas políticos sin restricciones para el ingreso.

Mostrando una posición tan fuerte y beligerante, cualquier persona habría creído que jamás un parlamentario laborista tendría a sus hijos en escuelas, colegios o universidades con restricciones para la admisión. La sorpresa ha sido conocer que esto no es así y que los hijos de los laboristas más sobresalientes por su lucha contra la enseñanza privada o selectiva, están siendo enviados precisamente a estos centros. Estas posturas contradictorias ya no nos sorprenden pero en cuanto a sensibilidad social recuerdan con mucha claridad el conocido aforismo universal que dice: "Dime de qué blasonas y te diré de qué careces".

Pregonar una cosa y hacer lo contrario o recomendar para la población en general lo que no se desea para uno mismo es un mal de muchos políticos que también hemos conocido en Costa Rica y uno de los ejemplos con que podemos ilustrar este fenómeno es el de los servicios regulares de atención médica en el Seguro Social.

Durante años, ciertos dirigentes políticos y funcionarios del Seguro Social pretendieron destruir los servicios médicos privados alegando que este tipo de atención es mercantilista y opuesta a principios de solidaridad y equidad. No obstante esto, en el momento en que ellos o sus familiares direc-

tos eran víctimas de alguna enfermedad o accidente, nunca dudaron en buscar la mejor asistencia médica privada dentro o fuera del Seguro Social.

¿Cómo entender que lo que se condena para los demás sea precisamente lo que se escoge para uno mismo? Este fenómeno sólo es posible comprenderlo como un acto de hipocresía o porque uno no se haya enfermado nunca de gravedad y por lo tanto no conoce el vía crucis que debe recorrerse para encontrar una mano franca en la enmarañada red de los servicios regulares.

Se puede entender que el más recalcitrante detractor de los servicios privados, llegado el momento de enfermarse, quiera y a veces exige que lo vea el mejor especialista y le otorguen el servicio más personal (privado) posible, porque hasta que pierde la salud el paciente descubre que lo ha perdido todo. Por eso se entiende... lo que no es posible entender ni aceptar, es que en la forma más egoísta posible, ese mismo genuino sentimiento humano se le niegue a los demás pacientes y que al dolor causado por la enfermedad se le sume el propinado por la incomprensión, el maltrato y hasta la humillación. Este doble estándar es lo inaceptable.

Ahora, los servicios actuales del Seguro Social no tienen que ser inexorablemente malos o inhumanos; muchos lo son porque el sistema tradicional de ofrecer servicios asistenciales públicos en manos de sindicatos, es muy deficiente y no se ha querido cambiar (con enormes dificultades se han introducido algunos cambios que constantemente están amenazados de desaparecer debido a que funcionarios y sindicatos confunden todo el tiempo los esfuerzos por mejorar la atención de los pacientes con intentos para eliminar derechos de los empleados y le tienen horror patológico a los términos orden y disciplina, reestructuración o privatización. Me explico. En términos de Toffler, los seguros sociales como el costarricense fueron una respuesta para una sociedad en gran parte "agraria" y en su mayoría muy poco exigente. En las naciones desarrolladas, esa sociedad fue sustituida por otra "industrial", y los seguros evolucionaron a sistemas mixtos y, en los albores de la sociedad "informatizada", tales sistemas continúan avanzando hacia formas más personales, eficientes y transparentes. Como entre nosotros además, en ese plazo la patología cambió de aguda a crónica, en el momento actual se presenta una colisión frontal entre las necesidades de la población y el mismo servicio impersonal, mecánico y deficiente que con muy honrosas excepciones se ofrece en clínicas y hospitales desde hace 50 años. Debemos volver a las fuentes originales de inspiración cuando se privilegió también a los enfermos y abandonar la etapa desalmada, donde un grupo de exaltados ha querido privilegiar únicamente a los sanos y exterminar sin compasión a los enfermos.

Cuando un paciente ingresa a un hospital debería sentirse como cuando se aborda un avión; seguro, bien atendido y en un ambiente amigable. Esto no es un sueño, es lo que ya sucede en los países que comprendieron oportunamente la importancia de abandonar esquemas anacrónicos, actualizar sus agendas ideológicas y reestructurarse. Todos estamos de acuerdo en la importancia trascendental de tener una institución como el Seguro Social, pero todos también nos hemos convencido de que es impostergable su transformación para poner de primero a los enfermos... porque se han quedado de último.

Enormes virajes en salud

Los tiempos actuales se caracterizan por la enorme velocidad del cambio en todas direcciones; la época en que las decisiones podían dejarse para mañana, se acabó. Sin embargo, viejos mitos luchan denodadamente por sobrevivir y encuentran eco en algunas personas que fingen tener una sensibilidad "*passè*" y en ciertos políticos que buscan lucrar electoreramente.

Por ejemplo, en el campo social se planteó en el pasado que la educación superior debe ser pública y gratuita para todos y que todo ciudadano tiene derecho a una vivienda suministrada por el Estado; también se afirmó que el gobierno debe prestarle a cada ciudadano una atención médica personal y de excelente calidad. Pero la historia reciente nos enseñó que esto es materialmente inviable y sociológicamente indeseable porque en todo país donde se intentó el resultado fue un desastre social, económico y político, toda vez que sin la participación directa responsable y plena de cada ciudadano, no existe ninguna posibilidad de atender estas necesidades en forma apropiada y sostenida.

Mas mi propósito es explicar por qué persisten estos mitos y por qué deben desparecer. Tomemos el caso de la atención médica. Para explicar bien este caso debemos decir primero que existe acuerdo en cuanto a que los asuntos más generales y gran parte de lo que llamamos salud pública y servicios básicos de salud, pertenecen en principio a la esfera del gobierno, es decir, a lo público, empero, conforme vamos pasando de lo colectivo a lo individual, o sea, a la atención médica de un enfermo en singular, el servicio que se presta se hace privado, personal y en consecuencia sale de la órbita pública y se coloca en la particular; ¿por qué? Porque el diálogo y la relación personal entre un médico y su paciente o es privado o no existe. Desde luego, aquí privado no quiere decir que el paciente paga la cuenta; puede hacerlo si puede, pero si no puede la cuenta la paga el Seguro Social o un seguro de otra naturaleza o el Estado en casos de indigencia o cualquiera de estos paga una parte y el individuo la otra. La obligación del Estado no es dar todos los servicios y pagar todas las cuentas, sino velar porque la calidad de las prestaciones sea la mejor posible, que nadie deje de ser atendido y que se organicen los más variados sistemas financieros para poder pagar los costos de un sistema de servicios necesariamente mixto, porque ya todos sabemos que la calidad del servicio médico se precipita a niveles muy bajos cuando se elimina la privacidad de la relación médico-paciente.

Recapitulando: una parte de las acciones de prevención de las enfermedades puede ser de orden público porque tiene carácter colectivo y la otra parte es individual, tiene carácter personal y depende de la responsabilidad individual. Pero como muchas enfermedades y accidentes no pueden evitarse, es necesario organizar servicios médicos competentes y según niveles de complejidad para atender adecuadamente a todos los enfermos, lo cual es tarea sumamente difícil pero fundamental y requiere mucha dedicación, seriedad y recursos cuantiosos toda vez que la calidad de vida y la vida misma, dependen de una buena y oportuna atención médica cuando se sufre un accidente o se produce una enfermedad grave.

Después de ensayar muchos esquemas y discutir acaloradamente durante muchos años, en Europa están enterrando los viejos mitos de la atención médica e incluso en los países de gran tradición socialista se han producido enormes virajes en estos últimos años. Ahora existe un fuerte consenso en

cuanto a que tanto el Estado como la sociedad civil, son responsables de la debida organización del sistema de salud. Dicho sistema debe tener las siguientes características:

1. Ser universal y descentralizado con énfasis en la prevención y la atención primaria, pero con excelentes servicios médicos para los enfermos.
2. Para lograr lo anterior, los servicios médicos deben ser públicos, privados y mixtos.
3. Deben establecerse sistema de coopago con excepción para los indigentes y ciertos padecimientos crónicos.
4. La mayoría de los servicios médicos básicos y auxiliares debe organizarlos el sector privado.
5. Las instituciones gubernamentales deben velar por la universalidad, equidad, ética, oportunidad y eficiencia de los servicios.
6. Diversidad y competencia deben mantener los costos en bandas razonables y garantizar la calidad.

Salud pública y medicina

Esculapio, el dios griego de la medicina tuvo dos hijas: Panacea, diosa de la medicina clínica, e Hygeia, diosa de la salud pública. Desde entonces quedó claro que no se trata de escoger entre una u otra sino de trabajar con pasión en ambos campos.

Cuando un médico se gradúa se le abren varios caminos; puede ser, por ejemplo, médico general, especialista, investigador, gerente de servicios de salud, profesor universitario o trabajar en salud pública. También puede combinar algunas de estas actividades

Hoy nos vamos a referir únicamente al ejercicio de la medicina en cuanto a atender a los pacientes y a la especialidad de salud pública como una función en la que no se atiende a pacientes, sino problemas generales o específicos que dañan la salud de las personas o las comunidades; parte muy importante de estas funciones es la prevención general, como cuando se construye un acueducto, se decomisan alimentos en mal estado o se declara estado de emergencia nacional con motivo de una epidemia.

Se trata, entonces, de dos campos de acción muy diferentes, aunque se complementan y ambos son sumamente importantes. Desde un punto de vista institucional, la salud pública es una responsabilidad del Ministerio de Salud y la atención a los pacientes de la Caja Costarricense de Seguro Social; la atención de los pacientes incluye la prevención individual o personal, ya que en el momento de ver a un paciente el médico debe educarlo para la prevención de las enfermedades mediante la adopción de hábitos y estilos de vida adecuados; también se protegerá a los enfermos vacunándolos; con atención prenatal a la embarazada, haciendo diagnóstico precoz de hipertensión arterial o cáncer, entre otros. Y todo esto tendrá que hacerse persona por persona, individualmente, porque esa es la característica del ejercicio de la medicina en cualquiera de sus modalidades de servicio.

Desde luego que, para ser buen médico clínico, es necesario ser estudioso, dedicado, responsable y tener espíritu de servicio y sólidos principios morales.

Ahora, en el caso de la salud pública el especialista en esta rama de la medicina, además de poseer los mismos atributos precitados, debe tener vocación para trabajar con las comunidades en busca de soluciones referidas a la calidad del ambiente, el control de riesgos que amenacen al pueblo o barrio, la seguridad de los alimentos, la eliminación de la pobreza y la coordinación de los comités de salud; existen múltiples actividades propias de este campo, pero las anteriores son suficientes para dar una idea de él.

¿Cuál es la importancia de estas definiciones?

La importancia consiste en aclarar para comprender; mucha gente confunde la salud pública con la atención médica, por eso creen que el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social son un caso de duplicación institucional y que una sola puede hacerse cargo de todo. Pero ya hemos visto que no existe tal duplicación, pues, aunque es necesaria la coordinación, cada una debe cumplir funciones generales o especializadas muy diferentes; la salud pública es esencialmente colectiva mientras la medicina clínica es personal. Como ambas son fundamentales para el bienestar y el desarrollo, deben estar presentes tanto en el nivel central como en el regional y el local; las implicaciones de estos conceptos en la organización del Sistema Nacional de Salud, la enseñanza del personal y la financiación del sector son obvias.

Definir criterios y describir fenómenos son características fundamentales de la ciencia y, en este sentido, Esculapio fue uno de los primeros científicos de la mitología clásica.

Transición demográfica y su impacto en nuestro sistema de salud

Quisiera agradecer a los organizadores de este evento que me hayan invitado para participar esta tarde con ustedes.

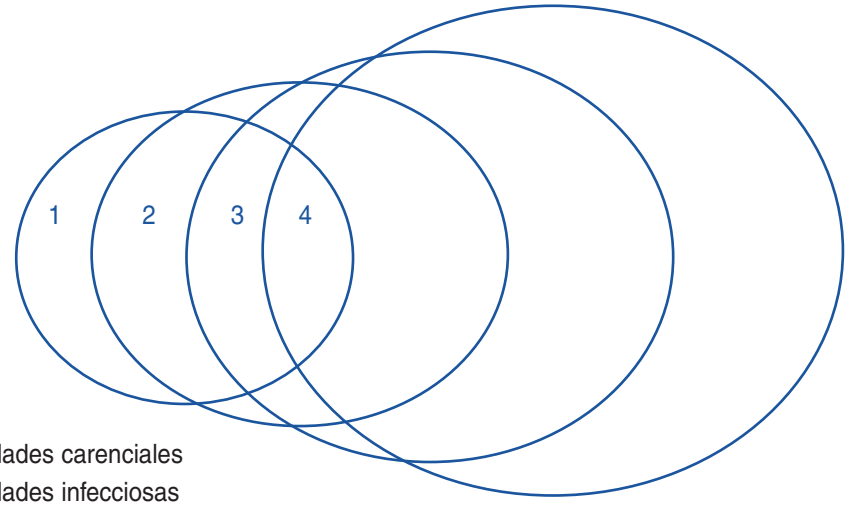
Yo me voy a referir a algunos de los impactos que me parecen importantes de la transición demográfica que hemos vivido, iniciando con un repaso de la situación que teníamos hace algunos años.

En 1965 la mortalidad en niños menores de un año de edad era muy elevada, representaba el 38 por ciento del total de muertes y la mortalidad de 50 años y más representaba el 35 por ciento; es decir, era porcentualmente menor la mortalidad en mayores de edad que en menores de un año de edad. Podemos ver que 35 años después, en el 2000, los menores de un año de edad representaron solo el 5,3 por ciento y, como es más natural, los mayores de 50 años de edad representaron prácticamente el 75 por ciento del total de muertes. Esto ilustra el cambio enorme que hubo en nuestro país, que ocurrió en muy pocos años (una década aproximadamente). Un cambio similar necesitó casi cien años para llevarse a cabo, por ejemplo, en los países de Europa.

Eso nos causó todo un desequilibrio, una inestabilidad. Cambiar tan rápido, en tan pocos años, requirió un ajuste muy fuerte, una reingeniería prácticamente conceptual de las instituciones y de los

recursos materiales, hubo que capacitar nuevo personal, volver a capacitar al personal existente, entre otras cosas. En realidad, durante esos años el país vivió este proceso de cambio con gran intensidad y quiero ilustrar esta situación con este esquema de paradigmas en salud (Gráfico 7.1).

GRÁFICO 7.1
ESQUEMA DE PARADIGMAS DE LA SALUD



1 = De las enfermedades carenciales
2 = De las enfermedades infecciosas
3 = De las enfermedades crónicas
5 = Del ADN

En 1965, en nuestro país prevalecía el paradigma de las enfermedades carenciales, según el cual era muy poco lo que las intervenciones en salud podían modificar en la condición de salud de los costarricenses y que tal condición solo iba a cambiar como consecuencia del desarrollo económico y social. Entonces se decía que la ignorancia, el analfabetismo y la pobreza en que vivía un gran sector de la población eran los responsables de esa situación y solo cuando estas causas cambiaran entonces podríamos esperar cambios en la morbilidad y en la mortalidad del país. Ese paradigma fue sustituido alrededor de los años setentas por otro que decía que las intervenciones en salud, específicas y en todo el país, eran capaces de poder cambiar la situación que prevalecía, especialmente la producida por enfermedades infecciosas, enfermedades prevenibles por vacunación, por problemas de desnutrición, etcétera. Al haberse producido ese cambio y pasar del paradigma de las enfermedades carenciales al de las enfermedades infecciosas –en buena parte como consecuencia de las ideas que el doctor Mata había desarrollado en sus investigaciones en Guatemala– hubo que llevar a cabo una gran reestructuración en el país, poniendo en primer lugar el control de las enfermedades infecciosas, lo cual fue determinante para que la mortalidad infantil perdiera importancia dentro de la mortalidad total. A este esquema siguió luego el de las enfermedades crónicas, en donde simplemente estas enfermedades se vuelven las dominantes en el país; es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades metabólicas, malformaciones congénitas y las afecciones perinatales en los niños. Al ser estos padecimientos los predominantes, decimos que llegamos a una etapa en que el paradigma se enfoca hacia el control de las enfermedades crónicas, lo cual significa

que nuevamente hay que hacer una serie de ajustes para atender adecuadamente tales enfermedades, que requieren de elementos muy diferentes a los que se necesitaron anteriormente. Desde luego, la historia de este proceso evolutivo de la salud y la enfermedad en el hombre no termina ahí y hemos comenzado ya a ver el surgimiento de un nuevo paradigma, el paradigma del Ácido Desoxirribonucleico (ADN), pero en esta oportunidad no vamos a detenernos en esto.

El doctor Rosero demostró mediante cálculos de regresión múltiple que el paradigma anterior, que decía que solo el desarrollo económico nos traería prosperidad en el campo de la salud, no era correcto. Él demostró que la reducción de la fecundidad explica tan solo el 5 por ciento de la reducción de la mortalidad, que la atención sanitaria en el nivel primario contribuyó en un 45 por ciento, que intervenciones en salud a los otros niveles contribuyó en un 32 por ciento y el progreso socioeconómico de esa época contribuyó en un 22 por ciento; una contribución importante por supuesto, pero no era como nosotros habíamos creído antes, que el 90 por ciento prácticamente iba a depender de que hubiera desarrollo socioeconómico, quedó claro que las intervenciones en salud fueron fundamentales.

Por supuesto que si nosotros sumamos este aspecto entonces es posible que las intervenciones en salud tengan un impacto todavía mayor. Por eso es que esta primera parte, inicia con este pensamiento de Hammer: "*El éxito en el pasado no significa el éxito en el futuro*… y más bien las fórmulas para el éxito de ayer son garantías de fracaso para mañana". Porque algo que sucedió entre nosotros es que debido al rápido y profundo éxito que habíamos tenido, algunas personas creyeron que ya no había nada más que hacer, y que con únicamente seguir profundizando ese paradigma íbamos a resolver todos los problemas; pero otros nos dimos cuenta de que el paradigma de enfermedades crónicas representa precisamente otro cambio muy grande en las políticas, la concepción de los problemas y las mismas instituciones.

Nuevas Orientaciones

Esos cambios tienen que ver con los cambios demográficos que se desarrollaron paralelamente con los cambios que mencioné antes. Estamos sugiriendo que la ciencia y la tecnología, con su desarrollo vertiginoso, le causan un gran "problema" a la medicina, porque la obligan a renovarse permanentemente; así, en el siglo XXI tendrá características especialmente como las siguientes:

La prevención y la atención primaria seguirá siendo fundamental, no hay duda que actuar en la primera etapa contra las enfermedades, promoviendo la salud, seguirá siendo muy importante y, más bien, ahí es mucho el camino que todavía tenemos que recorrer y muchos los cambios que tenemos que implementar. Y menciono uno: el de salud mental, solo para decirles que la salud mental se convirtió, en el mundo y en nuestro país, en el principal problema sanitario de este siglo, al punto que estamos viendo que este problema será cada vez mayor y puede tener muchas causas, pero una de ellas es la velocidad del cambio que estamos viviendo en todas direcciones, que está modificando la naturaleza humana. La misma naturaleza humana que se formó durante miles años, está cambiando ahora y, mientras cambia, está sufriendo una gran inestabilidad.

En el pasado no le pusimos atención al tema de la salud mental y de hecho ha sido como la cenicienta de todos los programas y de todas las políticas de salud, lo cual se demuestra muy bien si revisamos la asignación del presupuesto del Ministerio de Salud. Por ejemplo, el gasto para atender este tipo de patologías representa únicamente el 0,1 por ciento, pese a que es la principal causa de consulta y de enfermedad actualmente.

Los recursos de los rubros de desarrollo y rehabilitación tendrán que seguir creciendo muy rápidamente. A las enfermedades crónicas y hereditarias, que han pasado casi inadvertidas, como es el caso de la salud mental, se les dará mayor atención. En parte este gran cambio se va a deber a los medios de diagnóstico, a la nueva terapéutica, a trasplantes de órganos que no van a ser espectaculares ni noticia de primera página en los periódicos, sino un procedimiento de rutina en el curso de este siglo XXI; pero además vamos a tener un usuario más educado, mejor informado, que ejerza sus derechos y una nueva ética que las reglamente.

Esto es nada más para decir algo que está ocurriendo no solo en el campo de la salud pública sino en el de los hospitales y la atención médica. Para ilustrar ese cambio también hemos dejado en el pasado los diagnósticos cruentos y tardíos, los medicamentos poco efectivos y una atención impersonal. Hay diagnósticos no invasivos, o sea no cruentos, más tempranos, medicamentos más efectivos y una atención que tiende a ser –y tiene que ser– más individual, porque si bien los problemas antiguos se podían manejar en una forma colectiva o masiva, los problemas de enfermedad crónica no se pueden manejar así, tienen que manejarse individualmente, lo cual complica mucho la organización de los servicios de salud y desde luego los encarece. Pero lo que quiero subrayar aquí es que la medicina que nosotros practicábamos anteriormente se puede llevar a cabo en lo que todos conocemos como el hospital, o sea, el hospital tradicional, pero la nueva medicina –la medicina de enfermedades crónicas– necesita de otra estructura, de un ambiente que sea más académico, necesita transformar ese hospital en un centro de ciencias médicas. Esto no quiere decir que hay que destruir hospitales y construir de nuevo centros de ciencias médicas, sino que el cambio es más bien un cambio conceptual.

Estamos hablando de un nuevo paradigma de atención médica en relación con el cambio demográfico que hemos tenido y de transformaciones que en política de salud nos está obligando a hacer ese cambio. Vuelvo a insistir en lo mismo: estas nuevas estrategias requieren desconcentrar y descentralizar, una nueva gerencia y darle una mayor importancia a la calidad. Pero será necesario un nuevo código de ética para establecer nuevos compromisos con los sindicatos y mejorar la capacidad resolutiva en los niveles intermedios y locales. Esto se basa en que necesitamos desarrollar un nuevo paradigma, debemos cambiar para sobrevivir y, lo repito, debemos pasar del hospital tradicional, tal y como lo conocimos –sobre todo los hospitales nacionales de San José– a los centros de ciencias médicas para que puedan atender adecuadamente las nuevas necesidades de los pacientes en esta era de enfermedades crónicas.

Lo que ha venido sucediendo en el campo de la organización de las instituciones mayores de atención médica en nuestro país –de donde pasamos de la "espontaneidad" y la anarquía, donde cada institución era independiente y hacía razonablemente lo que su junta directiva le indicaba– es un cambio de un proceso de descentralización en que resolvemos los problemas y se crean otros nuevos, a un proceso de descentralización sistémica que realmente dé solución a los problemas.

Observamos también los cambios que ha habido en el manejo de las enfermedades en el país. Nosotros pasamos de un diagnóstico basado en un criterio personal a la elaboración de normas para poder homogeneizar y evaluar los resultados, al uso de protocolos en el manejo de las distintas enfermedades y esto, que parece tan sencillo, sin embargo requirió de bastantes años para poder ser implementado en nuestro sistema de salud y representa en una forma muy puntual, otro de los grandes cambios que ha habido que llevar a cabo en relación con el impacto demográfico y las políticas de salud.

Por otra parte, ahora estamos pasando a un sistema de atención médica prehospitalaria –que siempre ha existido, pero ha existido en una forma muy reducida –que consiste en agotar todas las instancias previas a enviar un paciente directamente al hospital–, como la consulta externa, y que solo cuando se determina, en una forma selectiva y programada, que el paciente requiere una intervención mayor o un examen muy especializado, se envían a una instancia hospitalaria a ocupar una cama por un tiempo corto. Esto es un gran cambio porque ahora el promedio de estancia en un hospital por paciente es de muy pocos días, mientras antes era de semanas o hasta un mes. De manera que esto significa otra gran reorganización porque además se debe agregar un nuevo elemento a este sistema de atención médica que es la atención poshospitalaria. En este contexto, el hospital sigue siendo el elemento central del sistema de atención médica pero no es todo, no hace atención prehospitalaria ni poshospitalaria, sino que de estas se encargan estructuras de mucho menor costo para completar este sistema de atención médica moderno y para contener los costos de la hospitalización que cada vez son mayores y serán espectacularmente altos en un futuro próximo.

Conclusiones preliminares

Estamos llamando a la reconciliación de algunas etapas que inicialmente nuestro país pasó en relación con la atención a los enfermos –en las que predominaron la sensibilidad, la compasión y la solidaridad– para dar paso unos años o unas décadas después a criterios técnicos y científicos que condujeron a la masificación de la medicina, para finalmente retomar la elaboración de normas y la incorporación de principios y valores. En este pequeño esquema estamos diciendo que en estas tres etapas debemos tratar de reconciliarlas en un enfoque que sea global o integral. Lo que concluimos es que la prevención de las enfermedades es hoy aún más importante que en el pasado en nuestro país, porque los recursos que se requieren para atender adecuadamente los problemas crónicos son tan grandes que si nosotros no hacemos un gran esfuerzo en esta primera línea de acción, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, el país no va a poder costear lo que significa atender enfermos crónicos en una forma mejor, además de que los pacientes de la tercera edad van a ser cada vez mayores, y que ellos tienen necesidades muy especiales y su atención eleva mucho el costo de nuestro sistema de salud.

Reitero que los problemas de salud mental son ya predominantes en nuestro país, y van a serlo más en los próximos años. La Organización Mundial de la Salud ha declarado que el problema sanitario más grande del siglo XXI es la enfermedad mental y que la depresión es la enfermedad crónica más común, mucho más que las enfermedades cardiovasculares, que el cáncer, etcétera. De hecho, la depresión será la enfermedad dominante en este siglo y, para lidiar exitosamente con este tipo de

enfermedades, tenemos que pasar a una atención más personal en un sistema desconcentrado, para lo cual todavía nos falta mucho camino por andar, y debemos hacer una reasignación de recursos –tanto públicos como privados– y precisamente tratar que los recursos públicos y privados coincidan en la atención de los enfermos, porque de otra manera el sector público solo no va a poder atender adecuadamente estos problemas. Muchas gracias.

7.2 RÓGER AGUILAR

Efectos de la transición demográfica en los sistemas de pensiones

Muy buenas tardes, me corresponde hablarles sobre el impacto de la evolución demográfica en los sistemas de pensiones. Voy a hacer énfasis en un modelo de financiamiento de la jubilación –que fue expuesto anteriormente por don Guillermo López– para tratar de aislar cuál es el efecto demográfico en los costos de los sistemas de pensión.

Antes me gustaría hacer una introducción. Tenemos a la vista el envejecimiento de la población y en los próximos años veremos un aumento en la proporción de personas mayores de 80 años. Este fenómeno, ya lo mencionó el doctor Mohs, es la cronocidad. En el caso de la Caja, el seguro de salud se encarga de los cuidados de salud de esta población y el sistema de pensiones provee el pago de las primas para financiarlo.

Pero entonces aparece un nuevo tipo de prestaciones conforme esta población comienza a tener importancia dentro de la población en general, que es lo que llamamos los servicios sociales. Para darles una idea de los problemas que enfrentamos hoy, en el Hospital Blanco Cervantes frecuentemente dejan una cantidad de viejitos abandonados. Cuando este grupo de la población comienza a tener importancia, no solo la seguridad social debe preocuparse por tener un ingreso y así proveer los cuidados de salud, sino que aparecen otros problemas como el mencionado. La respuesta que se ha dado mundialmente es a través del sistema de pensiones. Los sistemas de pensiones, entonces, deben también prever la cobertura de prestaciones sociales.

Si pensamos en los padecimientos crónicos, los hospitales comienzan a tomar medidas –como el hospital de día o, en otros países por ejemplo, la atención domiciliar– porque un día de estancia de un paciente hospitalizado es muy caro y en estos casos la estancia es bastante prolongada. Esto obliga a buscar otros procedimientos para atender estas personas, lo que hace que se ejerza una cierta presión sobre el régimen de prestaciones sociales.

¿Qué es lo qué está haciendo la Caja para atender este problema? Tiene unas reservas previstas de unos cuantos miles de millones de colones y dispone de unos recursos de las primas del sistema de pensiones para financiar estos nuevos programas que van a ir apareciendo como consecuencia del impacto del envejecimiento de la población.

Veamos cómo es que impacta el gasto hoy. En el siguiente cuadro (véase Cuadro 6.10) se presenta lo que llamamos índice de pensión –denotado como $\overline{P}/\overline{S}$– que puede ser visto como porcentaje los salarios cotizables. Este indicador incluye el pago de las pensiones, también el aguinaldo –valga mencionar que las pensiones reciben aguinaldo, igual que el salario, pero el aguinaldo en el salario no es afecto a las contribuciones– y el pago del seguro de salud para los pensionados, que es un porcentaje sobre el monto de pensión que paga; eso nos da un monto promedio de pago de pensión dividido entre los salarios. Aquí observamos que las proyecciones que hemos hecho crecen fundamentalmente porque el monto de la pensión está en función del número de años que la persona cotiza al llegar a la edad de jubilación; mientras hoy ese promedio anda en 23 o 24 años, a la vuelta de 20 años creemos que va a andar entre 32 y 33 años, por lo que el monto de la pensión va a ir subiendo. En sistemas maduros de pensiones se puede esperar que, a largo plazo, este índice se estabilice porque hay un cierto margen: los salarios crecen por encima de la inflación mientras que las obligaciones que tenemos para el monto de las pensiones están ligadas a la inflación, es decir, los aumentos de pensiones pueden estar entre el aumento de los precios y la revalorización de los salarios, de manera que hay un margen que nos puede hacer prever en el modelo, que llamamos de reparto demográfico, que este índice se va a estabilizar.

Un ejercicio sería que este índice se llegara a estabilizar en 50 por ciento; incluso alguien podría decir que, si tomamos en cuenta la *Ley de Protección al Trabajador* y suponemos que los nuevos contribuyentes, aparte de la pensión de la Caja, van a ajustar en una cuenta individual unos activos jubilatorios, en cuyo caso este índice se podría reducir a 40 por ciento. Pero para ver cuál es el efecto de la transición demográfica a largo plazo en el sistema, hicimos un ejercicio en que esto se estabiliza en el 50 por ciento.

En el cuadro también se muestra la relación entre activos (cotizantes) y pensionados en las condiciones que tenemos actualmente, derivada de la probabilidad con que se pensiona la gente. Hoy estamos hablando de 6,8 activos por pensionado y se proyecta a 3 activos por pensionado en el 2040.

Para calcular el costo de las pensiones, que es el que ahora nos interesa –porque lo que está en la quinta columna incluye gastos de administración y una previsión para los servicios sociales que mencioné antes; el modelo lo que prevé es que se tome el mencionado índice de pensión y se divida entre la relación activos a pensionados; por eso lo llamamos un modelo de reparto demográfico.

Cuando en los sistemas de pensiones basados en el modelo tradicional de reparto se toma el monto de las pensiones y se divide entre los salarios se obtiene los costos en términos de los salarios. En este modelo lo que estamos haciendo es tomando una relación financiera –que puede ser entre la pensión promedio y el salario promedio o los volúmenes– y la dividimos entre esta relación de cotizantes por pensionado. Como este último término está en el denominador, este costo aumenta conforme este número es más pequeño, de manera que el modelo precisamente nos permite hacer previsiones acerca de qué metas de tipo demográfico debemos fijarnos para garantizar el equilibrio y la estabilidad financiera de largo plazo.

Se tiene previsto que la relación salario a pensiones en Costa Rica se llegará a estabilizar; quizás no en esta época, pero posiblemente en unos 20 años. Si suponemos que efectivamente este indicador se estabiliza en, digamos, 50 por ciento y hay que dividirla entre una relación cotizante a pensiona-

do de 3, obtenemos un costo bastante alto –por ahí de 16,1– sin contar otros costos adicionales, sin considerar lo que va a costar la salud, la educación; es decir, comienza a ver uno que estos costos van a dejar de ser viables y que una manera para que estos costos se mantengan por debajo de dichos niveles, es que este último número no sea tan bajo. Por ejemplo, la contribución actual en el sistema de pensiones de la Caja es del 7,50 por ciento entre los salarios, pensar en el largo plazo subir esa prima al 10 u 11 por ciento no tendría mucho problema, pero ya llevarlo al 18 o 20 por ciento, parece poco factible. Entonces, con este modelo que llamamos de reparto demográfico fijamos las baterías sobre la relación cotizante a pensionado y la idea es que este número no decrezca con la velocidad que se tiene previsto en esos momentos. Hay lugares donde es 1,5. Imagínense, ya ahí es difícil resolver el problema de las pensiones; nosotros todavía estamos en 6,8, en diez años todavía tenemos 6, pero hay que tomar medidas ahora precisamente.

Ahora, ¿cuáles son los instrumentos que se tienen a la mano para que este número no decrezca tan rápido? Obviamente como se trata de una proporción de activos a pensionados, hay una probabilidad con que se entra a la fuerza de trabajo y otra probabilidad con la que se sale de ahí, pero estas probabilidades están condicionadas a un período de actividad al salir. De lo que se trata, entonces, es de aumentar ese período de actividad para que esta proporción no se reduzca tan rápidamente, lo que significa una política de aumentos paulatinos en las edades de retiro.

Esta opción debe ser considerada porque lo que estamos viendo en estas proyecciones, y si lo analizamos bajo la óptica del modelo que he tratado de esbozar, es que los costos van a llevar a niveles que son poco viables, poco factibles, y que la manera en que este problema se puede resolver es esa, aumentado las edades de retiro. O sea, lo que se demuestra aquí, usando este modelo, es que un fondo de pensiones no puede mantener edades de retiro fijas a largo plazo si hay aumentos en las expectativas de vida a las edades de retiro. Si uno supone, como pasa en algunos países de Europa y aquí no andamos muy lejos, que cada 10 años la esperanza de vida aumenta casi un año –para nosotros algunos meses– se debe pensar qué hacer con esos meses que va a aumentar la esperanza de vida; si se opta por dejar las edades de retiro fijas, lo que se está diciendo es que todo lo que haga el país, ahora y hacia el futuro, para mejorar las condiciones de vida y para aumentar las expectativas de vida a esas edades, se va a consumir en el pago de pensiones con el consecuente desequilibrio.

Los problemas estructurales de los sistemas de pensiones no se resuelven cambiando los métodos de financiamiento, sino ajustando todas las condiciones que desencadenan los desequilibrios. Particularmente, el método de financiamiento de capitalización individual no es una solución al problema de las pensiones en Costa Rica y, en todo caso, debemos reconocer que dicho método conlleva riesgos muy importantes en cuanto al nivel de los beneficios que se pueden obtener y a la capitalización de los aportes, ya sea por las condiciones en el mercado interno o por el tipo de cambio monetario y otras variables.

Lo que nosotros proponemos es que una parte de ese aumento sea para que la persona siga contribuyendo y otra parte para que disfrute un poco más también de la pensión, precisamente ese es el tema de fondo. Con esto quiero llamar la atención de que no es posible mantener equilibrio a largo plazo en un sistema de pensiones en que las expectativas de vida, respecto a la edad de jubilación aumentan, mientras que las edades de retiro se mantienen fijas. Muchas gracias.

7.3 RODOLFO PIZA*

Muchas gracias por la invitación y un saludo de admiración a los que me acompañan en la mesa. Tuve la oportunidad de leer uno de los trabajos de investigación de esta actividad –el de don Fabio Durán– y debo decir que comencé a eliminar algunas cosas de mi presentación, pues sin duda estaban mejor fundamentadas en el referido trabajo.

Voy a empezar por hablar del impacto demográfico y de las políticas públicas en salud y pensiones. Voy a hablarles de las dos cosas, empezando por el campo de la salud. Obviamente el impacto tiene mucho que ver con el gasto del Seguro Social, entre otras cosas, porque el Seguro Social representa aproximadamente dos tercios del gasto total en salud en nuestro país y buena parte del gasto público de salud –alrededor de un 6 por ciento del PIB– corresponde a la Caja. Por consiguiente, uno puede proyectar que, más o menos, la otra tercera parte es gasto privado o de algunas otras instituciones públicas que tienen mucho menor peso en la proyección.

Por esta razón el tema del financiamiento y de los gastos de la Caja Costarricense del Seguro Social es importante de abordar. El segundo elemento a considerar es el impacto del cambio demográfico, que es mucho más difícil de medir en el campo de la salud que en el de las pensiones, ya que en materia de salud probablemente el tema es actuarialmente muy complejo y políticamente es difícil hacer las reformas.

El campo de las pensiones es menos complejo actuarialmente, aunque sí es muy complejo, desde el punto de vista político, hacer las reformas necesarias. Empecemos señalando algunas fortalezas de la Caja Costarricense de Seguro Social: es un sistema relativamente eficiente, que ha logrado una cobertura muy amplia y unos índices buenos para el nivel de gastos si se compara con otras sociedades más desarrolladas y con sociedades menos desarrolladas; es decir, si uno decide cuánto dinero se gasta en salud o en pensiones, se puede considerar que es un sistema relativamente eficiente. Haré hincapié en la frase **relativamente eficiente** y en la palabra **sistema**, porque cuando veamos las debilidades, vamos a observar que es un sistema con un diseño eficiente, pero no necesariamente su operación es todo lo eficiente que debería ser, lo es solo relativamente. Eso es una buena base para enfrentar algunos de los problemas que tenemos.

Costa Rica presenta un buen perfil demográfico para los próximos años, desde el punto de vista de los ingresos y de los gastos, lo cual es una oportunidad para hacer los cambios necesarios y es también una oportunidad ver lo que ocurre con la economía, el empleo y los salarios. La Caja particularmente es una institución muy ligada al desarrollo de la economía. Si la economía crece un 5 por ciento en el año, uno puede prever que los ingresos de la Caja crecen, con toda seguridad, entre un 7 y un 8 por ciento en términos reales, si la economía crece un 2 por ciento, uno puede prever, con casi bastante certeza, que los ingresos reales de la Caja crecerán entre el 2 y medio y el 3 por ciento. Obviamente –y eso unido al tema del mercado de trabajo– esto incluye la formalización del mercado laboral y la incorporación de la mujer al mercado formal del trabajo, entre otras cosas. De esta manera, en la medida en que crezca la economía se tiene una relación directa con el promedio de los salarios del país (de hecho crecen un poco más históricamente –por lo menos los de quienes cotizan

* Intervención de Rodolfo Piza en el panel de discusión en la I Jornada Anual de la Academia de Centroamérica. Esta transcripción no fue revisada por el autor.

a la Caja– que lo que crece el promedio de la economía; hay años en que no ocurre esto, pero si uno revisa 20 años atrás uno observa este comportamiento).

Hay también una oportunidad, hay reformas legales aprobadas, compromisos de gestión, desconcentración de hospitales, *Ley de Protección al Trabajador*, una mayor autonomía y diversificación de proveedores. Actualmente, en el área metropolitana de San José casi la mitad de los servicios de salud son provistos por entidades que no son de la Caja Costarricense de Seguro Social a nivel de clínicas y EBAIS, ya sean de cooperativas, de empresas privadas o incluso de la Universidad de Costa Rica. De manera que hay una mayor diversificación, que brinda una oportunidad al procurar más posibilidades de competir y así lograr comparaciones de prestación de servicios entre unos y otros.

Del otro lado, es innegable que hay debilidades: una operación relativamente ineficiente y sobrerregulada tanto interna como externamente. Hay regulaciones excesivas en algunos campos, por ejemplo algunos acuerdos con grupos profesionales: después de leer esas 100 páginas y esos 100 artículos de algún convenio uno se pregunta ¿qué hace el director del hospital si aquí está todo definido, cuántas consultas?, ¿cómo son las consultas?… etcétera. Eso impone inflexibilidades en el sistema.

Entre las debilidades también hay que citar la dependencia muy fuerte de las planillas y de un estado sobre endeudado, sobre todo en pensiones, pero también en salud; pensamos que el 85 por ciento de las reservas de pensiones están en manos del Estado y que, aunque pague unas tasas de interés buenas en este momento, lo que pase con ese Estado pone en una situación de incertidumbre el futuro del sistema de pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social. Hay también un desconocimiento del sistema de seguridad social y de sus limitaciones inherentes por parte de los propios actores externos, los usuarios y también de los propios empleados; es decir, se cree que prácticamente la seguridad social le debe dar todo a todos, cuando lo más probable es, como decía Beberich, que le dé algo decoroso a todos. Él decía que no se podía sostener un sistema que pretenda dar todo a todos ni debe dársele todo a algunos, sino buscar un sistema que le dé una base decorosa a toda la sociedad.

Obviamente hay otros problemas más complejos, más específicos de motivación y de control de resultados. Entre las amenazas, hay demandas crecientes, de la sociedad, de los empleados, de los tribunales, que no hacen sino encarecer las contrataciones. El tratamiento de los aumentos de salarios me parece que debería ser manejado más directamente entre las instituciones –es decir, entre los patronos y sus propios profesionales–; en todo caso eso incide fuertemente en el proceso y da lugar a un crecimiento automático de remuneraciones de trabajadores. Hay también demandas de prestaciones mayores y más sofisticadas que, consecuentemente, son mucho más costosas. Si eso ocurre ahora, ¿qué pasa con el cambio en el perfil demográfico?; si eso ocurre ahora que tenemos 8 por ciento de la población mayor de 60 años, ¿qué va a pasar cuando esa población mayor de 60 años sea del 24 por ciento, es decir, se multiplique por 3 y además sepamos, por estudios internos y externos, que probablemente la población mayor de 60 años, en promedio, va a requerir cuatro o cinco veces más servicios de salud que un muchacho de 14 años?, eso va a tener un impacto de magnitudes muy importantes en el caso del seguro social y creo que la presentación de don Fabio Durán señala muchos de esos elementos. Eso nos indica, además, que si en el resto de los países del mundo el gasto

en salud anda en el 9 por ciento del PIB, en nuestro país tendríamos que esperar un aumento porcentual del gasto de salud, como porcentaje del PIB. Eso parece ser inevitable y probablemente es recomendable ya que la gente, conforme más vive, más espera de los servicios de salud.

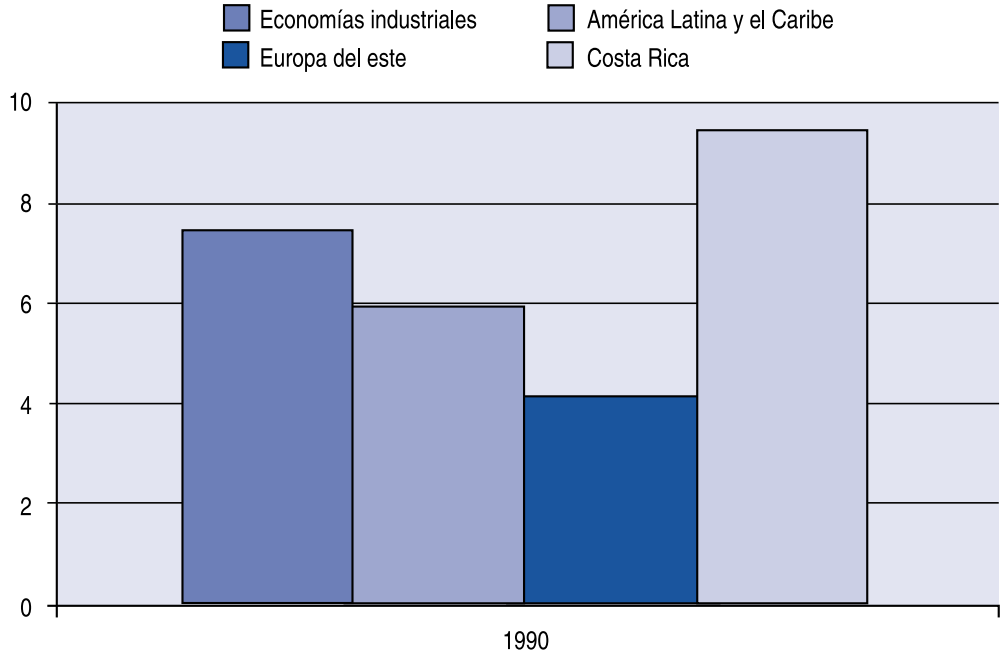
En salud ocurre algo muy diferente a la educación. En educación es relativamente previsible el gasto, se sabe, más o menos, cuántos muchachos están naciendo y, por lo tanto, sabemos cuántos muchachos van a necesitar educación, aunque necesitamos mucha más educación y de mayor calidad. Pero en el caso de salud, entre más y mejores servicios se tengan, más y mayores demandas se exigen. Entre mejor le vaya a la población, probablemente más frustrada quede, porque cuando una persona se moría por no tener un *by pass*, probablemente cuando se le hace un *by pass*, los cálculos multiplican por 20 el gasto en salud de esa persona. ¡Y gracias a Dios!, porque el sistema existe para eso; de alguna manera, nosotros ahorramos para tener una buena salud en la vejez, a sabiendas que la proporción del gasto personal se incrementa en los años de la tercera edad.

En relación con la esperanza de vida, lo importante a destacar es la relación con economías industriales, puesto no es mucha la diferencia de Costa Rica con otras sociedades. La caída de la mortalidad infantil de los últimos 20 años coincide con el aumento en la esperanza de vida.

El punto es que el gasto de salud como porcentaje del PIB en Costa Rica alcanza un 9 por ciento y el promedio de las economías desarrolladas es alrededor del 8 por ciento (véase Gráfico 7.2); otras, como la de Europa del Este o como las de América Latina y el Caribe, andan entre el 6 y el 4,5 por ciento. Lo cierto del caso –y ahí hay que advertir que en Estados Unidos representa entre el 13 y el 14 por ciento– es que en Alemania, Suiza y Francia es un 10 por ciento, pero que también en Inglaterra y España, por ejemplo, es menos del 8 por ciento.

GRÁFICO 7.2

GASTO EN SALUD PARA VARIOS PAISES SELECCIONADOS
como porcentaje del PIB



A manera de reflexión, probablemente el gasto público debe representar cerca del 70 por ciento del gasto total en salud. La proporción del gasto privado ha crecido, pero debo advertir que Costa Rica es de los países que tiene mayor proporción de gasto público en salud respecto del total y probablemente, de ese 70 por ciento, el 85 por ciento sea gasto de la Caja Costarricense del Seguro Social. Eso significaría que actualmente alrededor de un 30 por ciento del gasto de salud es gasto privado. Es verdad que en los próximos años todavía nuestro perfil demográfico si lo vemos en el porcentaje de población mayor de 60 años es bastante mejor que el de Estados Unidos. De manera de que aunque tengamos la esperanza de vida al nacer prácticamente equivalente a la de Estados Unidos, lo cierto es que en ese país hay una mayor proporción de la población con más de 60 años. Nosotros vamos para allá, alcanzaremos esos porcentajes allá por el año 2050, 2060 en lugar del 2020 de acuerdo con el informe de don Fabio Durán. Obviamente también tenemos diferencias en la edad promedio de jubilación.

En todo caso, habría que advertir que si comparamos la esperanza de vida, el nivel de empleo y desempleo y el nivel de gasto público en salud, observamos algunas cosas en el marco comparado. Yo hice un ejercicio, basado en datos del Informe de la OIT del 2000, en el que tomé el gasto de cada uno de los países y observé cuál era la relación con la esperanza de vida, con el empleo y con el crecimiento económico. El resultado fue que una mayor relación de gasto social sí da lugar a una mayor esperanza de vida, por lo menos ambas variables están correlacionadas. No quiero decir que son relaciones de causa–efecto, por lo que no se puede afirmar ni que mayor gasto provoca más desempleo o más informalidad. Lo que sí es cierto es que probablemente cuando el gasto supera el 20 por ciento hay un problema y que cuando baja del 12 por ciento hay un problema. El gasto de Seguridad Social en Costa Rica según la OIT es el 13 por ciento del PIB, porque no solo incluye seguro social, sino que incluye también Asignaciones Familiares y otros gastos que se cargan a esos programas o programas de desempleo.

CUADRO 7.1

COMPARACION DE ALGUNAS VARIABLES SOCIOECONOMICAS
DE UN CONJUNTO DE PAISES LATINOAMERICANOS

PAÍS SEGÚN NIVEL DE DESARROLLO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (PROMEDIO 1995-2000)	GASTO PÚBLICO DE SEGURIDAD SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB	CRECIMIENTO ECONÓMICO	TASA DE DESEMPLEO
Argentina	72,9	12,4	1,7	16,3
Chile	74,9	11,3	5,2	5,3
Uruguay	73,9	22,4	1,5	10,2
Costa Rica	76,6	13,0	2,9	5,7
Centroamérica (promedio)	70,0	8,0	2,3	8,0
América Latina (promedio)	69,2	8,8	2,2	7,8

FUENTE: Elaboración propia en base con base en datos de la OIT.

Pero lo cierto es que eso ya nos da un margen y un ámbito de que si Costa Rica tiene 13 por ciento también tiene una posibilidad, una oportunidad de crecimiento. Pero esta posibilidad no es ilimitada, porque crecer mucho más también puede impactar en el régimen de empleo, en la formalización del empleo y por lo tanto en la evasión de la declaración, entre otras cosas.

Pero ¿cómo se financia el sistema? Aproximadamente un 32 por ciento por ingresos tributarios. En salud el porcentaje mayor (86 por ciento) y es 75 por ciento en pensiones, dado que una parte importante son ingresos de capital, por ejemplo inversiones. El sector privado aporta alrededor del 50 por ciento, el sector público alrededor del 52 por ciento y, a pesar de que son una tercera parte del total de cotizantes del sistema, o sea 30 por ciento, los independientes aportan el 2 por ciento.

En el área de salud, los ingresos tributarios son el 10 por ciento y en intereses son el 8 por ciento, las transferencias representan el 3,7 por ciento, (2,7 por ciento del gobierno central) y el sistema de ingresos de capital aporta cerca del 3,2 por ciento. Lo que quiero decir es que buena parte del financiamiento no depende del Estado, depende fundamentalmente de cargas sobre las planillas, actuales, las del pasado y los ingresos de capital que ya se han generado. Es un sistema que se financia básicamente a través de las planillas por el sector formal, patronos y trabajadores del sector estatal y del sector público. De manera que un 40 o 45 por ciento que representa el sector informal usa el sistema de salud y usa una parte también relativamente más pequeña de pensiones pero no tiene un aporte prácticamente significativo al sistema. En realidad, el promedio de aumento anual en los últimos años de la planilla de ingresos ha estado entre el 2 y el 8 por ciento en términos reales, de manera que podemos hablar de un 5 por ciento de crecimiento promedio.

Hay un aumento anual de trabajadores del 3 por ciento, ese sí es el promedio anual de trabajadores que cotiza, de manera que crece un poquito más de lo que crece la población actual. Una parte importante de ese fenómeno es la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, es observable que esta incorporación se ha dado a un ritmo rápido, a veces de un año a otro cambia un 1 por ciento la composición de la población económica activa. Ya anda por un 34 por ciento. Lo que es esperable en sociedades más desarrolladas es 45 por ciento, sin embargo hay países de Europa que tiene índices muy parecidos al nuestro (cerca de una tercera parte), como Italia y España. Pero todavía nosotros tenemos un margen, que es limitado, de incorporación de la mujer al mercado formal de trabajo que le da oportunidades de ingresos a la Caja; aunque lo más probable es que allá por el año 2020 ya no veremos esos ingresos tan importantes de incorporación de la mujer.

El mayor impacto sobre los ingresos fundamentalmente debe esperarse a largo plazo, por el efecto del crecimiento económico, no hay ninguna otra medida. Eso no quiere decir que en las próximos dos décadas todavía estemos esperando los ingresos del seguro social que generará el bono demográfico, eso va a depender en mucho del mercado de trabajo, que también se viene en función del crecimiento económico. Esto permitirá un mayor crecimiento de ingresos al seguro social, probablemente por cuotas obrero-patronales. También hay algún margen, no muy grande, en que ocurra una mejora de la recaudación, en la evasión y en la morosidad pero sobre todo en la evasión. En la morosidad el seguro social tiene más bien un buen comportamiento, ésta normalmente no pasa del 3 por ciento como porcentaje del total del seguro social y no pasa del 5 por ciento del cobro, realmente no veo mucha mayor oportunidad de mejorar por la vía de bajar todavía esos indicadores. Pro-

bablemente en el futuro, por el cambio también del perfil demográfico, no va a poder esperarse todo del lado de los ingresos del sistema del modelo de cuotas obrero-patronales, es decir, todavía el Seguro Social tiene una posibilidad de financiarse en los próximos años vía cuotas obrero-patronales pero esto no es ilimitado, probablemente no va ser suficiente al menos que queramos cargar la planilla a niveles tan superiores que podamos afectar también el propio crecimiento económico y el desarrollo de las empresas.

¿Qué se debe esperar del lado de los gastos? En mi opinión, un aumento porcentual del gasto por el cambio del perfil demográfico, por el cambio del perfil epidemiológico y también por demandas crecientes de la sociedad y de tribunales, que obligan a generar mayor gasto. Uno debería esperar –y eso ocurre en casi todos los países, no es solo un fenómeno costarricense– que ese cambio va a implicar mayor gasto no solo en el seguro social, sino también mayor gasto en servicios de salud privados, lo que ya podemos observar. Deberíamos observar esa mayor demanda de servicios privados, la mayor demanda de servicios públicos y el mayor gasto en ambos rubros, y ha sido así en otras sociedades que tienen perfiles similares.

En relación con el empleo, en 1993 se decía en Estados Unidos: "bueno, ¿cuáles son los empleos que van a crecer más en los próximos 15 años?". De las diez profesiones donde más crecería el empleo, siete son del área de salud; o sea, probablemente el mayor crecimiento de necesidad de empleo de la sociedad será en el área de salud, o de servicios sociales, también de trabajo social, probablemente por la atención a la tercera edad y también por la mayor demanda de servicios, simplemente es una cuestión a tomar en cuenta.

Así las cosas, ¿cómo lograr equilibrios?, ¿qué se debe hacer? Lo primero que se debe hacer, por un lado, es aumentar razonablemente los ingresos por encima de la inflación. Aumentarlos tomando en cuenta los datos que ya vimos, pero siempre se puede –y ahí hay un margen importante– también contener proporcionalmente el crecimiento de los gastos, por lo menos el crecimiento de los gastos que no se deriva de más servicios necesarios en función de las condiciones objetivas. Eso se puede y se debe hacer y se ha hecho. También ser más eficiente y equitativo cada año en la asignación y aplicación de los presupuestos es muy importante, se puede decir que hasta el año 1988 en el presupuesto de la atención primaria, aunque se hacía un gran discurso que la prioridad era la atención primaria, los gastos eran el 15 por ciento, en el año 2002 ya se pasó al 23 o al 24 por ciento, de manera que hubo un cambio, sobre todo a partir del presupuesto de 1999, y un cambio formal, creado, esperado y decidido no por azar sino por una decisión; eso implicaba que el gasto en EBAIS iba a crecer más que el gasto en los hospitales, el gasto en clínica preventiva iba a crecer más y así ocurre claramente en el presupuesto. Otro reto es equilibrar un poco más las inequidades del sistema. Debo decir que hay áreas de salud que tenían asignaciones presupuestarias por habitante 12 veces mayores que otra, de manera que ahí hay un margen para ser más equitativo, aunque de todas maneras el sistema tendrá que trabajarse siempre en todas esas direcciones.

En 1980 nosotros teníamos más de 3 consultas por habitante, habíamos bajado en los años ochentas a 2,8 y a 2,7, lo cual se mantuvo hasta el año 1995. Pero actualmente está en 3,8, o sea volvió a crecer como nunca el número de consultas. También volvió a crecer la mortalidad infantil, pero también es verdad que en esos mismos 20 años, se redujo el número de egresos, las estancias y las ca-

mas por habitante, de manera que el sistema hizo algo no solo en una administración sino en varias administraciones, hizo algo para lograr mayores equilibrios; pero tampoco es ilimitado, yo no creo que se pueda bajar las camas por habitante, es decir, por mucho giro que se le de a las camas no se va a poder, no se puede esperar eso porque quedaríamos sin servicio.

En el tema de pensiones hay dos temas de suma importancia: en primer lugar, garantizar la sostenibilidad de Invalidez, Vejez y Muerte y, a la vez, hacer un esfuerzo para universalizar el régimen no contributivo para las personas mayores que no tengan pensión y estén en situaciones de pobreza. Con dolor, se observa que se gasta más de 120 mil millones de colones en el presupuesto de pensiones con cargo al presupuesto nacional y con 15 mil millones más de pensiones al régimen no contributivo, probablemente no habría una sola persona mayor de 65 años sin una pensión que le permitiera superar el nivel de pobreza –porque actualmente tienen pensión pero por debajo del nivel de pobreza y no lo tiene toda la población. Ese es un esfuerzo impostergable que tendrá que hacer la sociedad si de verdad este es un sistema solidario, que no es lo que ocurre.

Continúo haciendo hincapié en la necesidad de completar el sistema de reparto con uno universal de capitalización individual. Para lograr esto simplemente hay que aplicar lo dispuesto en la *Ley de Protección al Trabajador*; por lo que desde el punto de vista legislativo ya se completó, y hay que seguir avanzando en la práctica.

También habrá que analizar el manejo y la composición de las reservas y las inversiones. No creo que en el futuro se pueda tener tanto concentrado en manos del Estado. Yo habría querido como una política, antes de salir de la Caja, que en el año 2000 eso llegara a ser alrededor del 50 o 60 por ciento y no del 85 por ciento. Debo decir que el Estado en estos momentos paga una buena cuota e incluso compite, ya que cuando la Caja sale, cada semana, a pedir quién ofrece tasas de interés, generalmente el Estado crecía todos los años un poquito más que lo que ofrecía el mercado por banco, por lo que realmente ha ido invirtiendo más en bonos del estado, lo cual supone algún riesgo –si bien no en lo inmediato– en el mediano y largo plazo.

También habrá que plantear una revisión de la pensión por invalidez. Nuestro país en algunos casos tiene índices de invalidez más propios de Bosnia-Herzegovina o Kosovo; parece que algo raro sucede.

En las pensiones con cargo al presupuesto nacional me parece que inevitablemente habrá que plantear el tema de la edad y de las cuotas para aplicar la edad por pensión. A mí me gustaría ver un sistema en que, sin importar si es "especial" o no o si tiene mejores prestaciones, la edad de retiro debería ser igual que a la de la Caja. Cuando se habla de las pensiones de privilegio, una de las cosas que se olvida decir es que es más privilegiada una persona que se pensione a los 50 años con 100.000 colones que una persona cuya pensión es de 800.000 con 70 años, ya que la primera pasa menos años cotizando y 20 años más como pensionado. Pero este es un tema que inevitablemente tiene que ver con la edad, lo cual no implica que no se pueda permitir una jubilación anticipada con recargo actuarial. Debería permitirse –y eso generaría menor presión sobre el sistema de pensiones– que si una persona quisiera, por ejemplo, pensionarse 5 años antes, pueda hacerlo, pero sabiendo que en lugar de que le den 100.000, le tocarán 65.000 –es decir, un recargo del 35 por ciento.

Permitir que trabajadores públicos con más de 250 cuotas, si así lo quieren, mantengan su régimen actual, que aporta mayor porcentaje de su salario de acuerdo con los estudios actuariales, a mí me parecería un buen avance. Pero no es suficiente, y en el caso de las pensiones de la Caja, retomo las ideas del libro blanco que presenté en el año 2001: una reforma gradual de la edad y el número de cuotas para la jubilación hasta llegar a los 65, un aumento de tres meses en la edad mínima de jubilación, por cada año, y también en el número de cuotas –porque también hay que advertir que no es solo un problema de edad. Eso implicaría también un aumento decenal de las cuotas obrero-patronales y estatales en un 1 por ciento, empezando en el 2010, siguiendo en el 2020 y en 2030.

Eso va a ser inevitable, porque si nos vamos solo por la edad llevaríamos a la gente a los 70 años, si nos vamos solo por las cuotas las llevaríamos a 16 o 17 por ciento en pensiones. También hay que revisar la fórmula de cálculo de la pensión. En la propuesta, la cuantía de la pensión como porcentaje del salario promedio real, supone un 50 por ciento del salario promedio real, más el 1 por ciento por cada año cotizado, por encima de 25 años, más 6 por ciento por cada año postergado. Pero lo importante en esto es permitir una jubilación anticipada, con recargo actuarial, hasta 5 años antes. En Francia existe se este sistema o, alternativamente, permiten que los trabajadores con más de 240 cuotas mantengan, si quieren, el sistema actual de beneficios. El sistema debería plantear opciones, obviamente el resultado final sería, como lo puse en el libro blanco y con eso termino, que podríamos tener un sistema vigente por lo menos hasta en los años cuarentas de este siglo, en lugar de que se caiga en los años veintes. Yo, por mi edad, preferiría que me dijeran que me van a aumentar un poquito la cuota, que me van a aumentar un poquito la edad y que me van a bajar un poquito el monto de la pensión, en relación con el salario de referencia, que vivir en la incertidumbre que vivimos todos, de no saber qué va a pasar con el sistema o de hacerle pequeños ajustes, que al final no sean integrales actuarialmente. Muchas gracias.

7.4 EDGAR ROBLES

Situación del mercado de pensiones en Costa Rica

Nuestro sistema de pensiones tradicional –o el más antiguo, que es el de la Caja Costarricense de Seguro Social– se inspiran en los esquemas de pensión que se crearon en la primera mitad del siglo XX en Europa y que se basan en los escritos de Otto Von Bismarck, quien nació en Alemania en 1815 durante la época de la Revolución Industrial. Por eso es que estos sistemas de pensiones se denominan "bismarckianos" o de reparto y son esquemas que parten de un beneficio definido, en el sentido de que la prestación que recibe la persona al final de su edad laboral, depende de la historia salarial reciente, a partir de una fórmula donde el monto de la pensión es una proporción determinada de los salarios de los últimos años. Las prestaciones generalmente tienen un tope en procura de la solidaridad del fondo.

En contraposición, los esquemas más contemporáneos son de contribución definida y se basa en cuentas individuales. Eso significa que las personas aportan una proporción determinada de su salario y el monto de la pensión va a depender de lo haya acumulado a lo largo de la vida laboral y de los rendimientos que obtengan esos dineros que reflejan la gestión de la administradora de los fondos, esto es, la operadora de pensiones en el caso costarricense. Más adelante se comentará sobre este caso de los esquemas de pensiones de contribución definida.

Volviendo a los esquemas bismarckianos, los estudios muestran que el porcentaje del salario de la tasa de reemplazo que debería recibir una persona al pensionarse para que continúe con un ritmo de vida similar al que tenía cuando estaba laborando, es el equivalente a entre un 60 y un 75 por ciento del último salario cotizado.

El problema es precisamente cuando de adviene un cambio poblacional o generacional y que hace que cada vez hayan menos personas que contribuyen por pensionado, o sea, cada vez las personas que están dando su contribución son menos y cada vez los pensionados son más, en términos relativos. Esto está sucediendo actualmente en los Estados Unidos, cuando los llamado "*baby boomers*" de los sesenta alcancen la edad de pensionarse. Es en este punto en donde se comienza a perder lo que se llama el equilibrio actuarial; o sea, cuando traídos todos los flujos de ingresos y gastos a valor presente se empieza a crear un desequilibrio, que desde el punto de vista actuarial trae problemas de sostenimiento del régimen de pensiones. Por tanto, se plantean en las discusiones las distintas soluciones o reformas necesarias para volver al equilibrio actuarial, en el sentido de que se tiene que aumentar el número de cuotas, o bien bajar la tasa de reemplazo –o sea el porcentaje del salario se recibirá como pensión–, aumentar el monto y el porcentaje de la cotización, mejorar la gestión del fondo, aumentar su rentabilidad para que se amplíe la cobertura, o subir la edad de retiro.

Casualmente, Bismarck estableció arbitrariamente la edad de retiro para las pensiones con carga a presupuesto público en 65 años, en una época –finales del siglo XIX– en la que la expectativa de vida era 45 años, bajo la creencia de que muy poca gente podría alcanzar la edad de retiro y disfrutar de una pensión. Hoy día, la esperanza de vida ha cambiado dramáticamente, por lo que existe un porcentaje apreciable de la población que vivirá por encima de los 65 años.

Las reformas a las pensiones de reparto en Costa Rica, han estado en la palestra de discusión costarricense en los últimos años y hay medidas que pueden ser adoptadas pero tienen un límite. Por ejemplo, no se pueden aumentar las cuotas indefinidamente, pues existe un tope arriba del cual bajaría la recaudación, por evasión o por desincentivo al trabajo. Tampoco se puede aumentar continuamente la edad de retiro porque llega un momento en que nos vamos estar retirando a los 75 años y ese no es el objetivo de un esquema de pensiones que pretende mejorar el bienestar de la población. Más bien, el sentido indica que se deben empezar a cerrar aquellos portillos del régimen de pensiones que permite que gente se pensione a los 38, 40 y 45 años, lo cual es frecuente en nuestro país. De hecho, si se revisan las pensiones que se han otorgado en los regímenes con cargo al presupuesto público, se pueden encontrar casos de personas de 40 años que reciben están recibiendo pensión u otras que recibieron una pensión por invalidez cuando tenían 40 años y que tienen más de 20 años de usufructuar esos beneficios y que van a seguir recibiendo esa pensión del Estado por

mucho tiempo más; de continuar estas anomalías, el resultado final es que el sistema se empiece a afectar financieramente y eventualmente quiebre.

La discusión sobre lo que nosotros observamos en el régimen de pensiones costarricense apenas está comenzando en Europa. Ellos están proponiendo estas reformas que en Costa Rica se plantearon con anterioridad y precisamente la discusión consiste en virar hacia sistemas de contribución definida, como oposición a beneficio definido. Contribución definida es el sistema nuevo que tenemos en Costa Rica, en donde lo que hacemos es aportar un monto específico de nuestros salarios y el monto de la pensión es variable, porque va a depender de cuál es nuestra historia salarial y de lo que hemos ingresado nosotros al sistema; por lo que pasamos de un sistema de reparto –en donde hay un fondo común– a un sistema de cuentas individuales.

La reforma de la *Ley de Protección al Trabajador* partió del hecho de que de continuar las tendencias actuales, la tasa de reemplazo para la pensión de la Caja Costarricense de Seguro Social tenga que disminuir del 60 por ciento del promedio del salario de los últimos años que se paga hoy en día, a un 40 por ciento. Si se hacen los cálculos con supuestos normales, bajo el nuevo esquema si una persona trabaja unos 40 años, recibe una rentabilidad real promedio del 6 por ciento y tiene un crecimiento en su salario en promedio similar al crecimiento histórico de la economía (que es 4 por ciento), todos esos datos generan una tasa de reemplazo, más o menos del 20 por ciento del último salario. Así las cosas, la reforma lo que planteó es que si vamos a disminuir la tasa de reemplazo del 60 al 40 en la Caja, el nuevo pilar de pensiones proveerá ese 20 por ciento que se estaría perdiendo. De esta forma, al final de nuestras vidas laborales, la pensión para las personas que ingresan al sistema en estos años sería similar a la que tienen las personas que están saliendo del sistema en las circunstancias actuales.

Por tanto, a grandes rasgos, la historia de las pensiones costarricenses es que hemos partido de un sistema de reparto y decidimos no desmantelar este sistema como lo hicieron otros países como Chile y El Salvador, sino que hemos creado un sistema complementario para que en conjunto ambos sigan proveyendo una pensión de aproximadamente el 60 por ciento del último salario cotizado.

Revisemos algunas estadísticas básicas de nuestro sistema de pensiones que se encuentran en el Cuadro 7.2. Dentro del régimen básico de la Caja Costarricense de Seguro Social –o sea, el régimen que llamamos de beneficio definido o de reparto– tenemos un poco más de 920.000 personas (lo que representa un 55 por ciento de la fuerza laboral), y aproximadamente 207.000 personas pensionadas; el tamaño del fondo de la Caja es de unos 1.300 millones de dólares, lo cual representa aproximadamente un 6,5 por ciento del PIB. Bajo estándares internacionales eso no es mucho, y de hecho si ustedes ven el crecimiento del nuevo pilar obligatorio de pensiones, con cuentas individuales, este porcentaje va a ser superado rápidamente en unos pocos años. En cuanto al fondo de pensiones de los maestros o del Magisterio Nacional, este es más pequeño que el de la Caja, pero posee una proporción de pensionados a cotizantes mayor.

El nuevo sistema de contribución definida incluye el régimen voluntario y régimen obligatorio de pensiones, el primero es un poco más viejo pues inició a mediados de los noventa, mientras que el obligatorio ya tiene alrededor de 1.300.000 cuentas, lo que representa casi tres cuartas partes de la fuerza laboral costarricense. Entre ambos ya se ha acumulado, a diciembre de 2002, cerca de 900 mi-

llones de dólares, prácticamente en 8 años, mientras que la Caja logró acumular 1.400 millones en el lapso de 40 años. Es palpable que las velocidades de crecimiento son muy distintas, o sea, estamos comparando un sistema que ya está maduro, como el de la Caja, con un sistema nuevo y que tiene una expectativa de crecimiento muy alta.

Finalmente tenemos las pensiones que son de reparto, pero con cargo al presupuesto público. Estas son las pensiones en donde existieron y existen cotizaciones más elevadas, pero que nunca se creó el fondo pues el Estado como empleador nunca contribuyó con su parte y simplemente hacía las deducciones a los salarios y no las contabilizaba como gastos de salarios. Ahí aproximadamente existen 17.000 contribuyentes para 45.000 pensionados, por lo que se nota que hay una disparidad bastante fuerte. Vean ustedes que la proporción de contribuyentes a pensionados en la Caja, es de más de 4 contribuyentes por cada pensionado, mientras que con las pensiones con cargo a presupuesto público la estadística es a la inversa, pues tenemos casi 3 pensionados por cada contribuyente y, en efecto, eso representa casi un 2 por ciento del PIB de gasto para el Gobierno (aproximadamente 400 millones de dólares).

CUADRO 7.2

SISTEMA DE PENSIONES COSTARRICENSE. ESTADÍSTICAS BÁSICAS
diciembre 2002

	NÚMERO DE CONTRIBUYENTES	PORCENTAJE DE LA FUERZA LABORAL	NÚMERO DE PENSIONADOS	TAMAÑO DEL FONDO (MILLONES) DE DÓLARES)	PORCENTAJE DEL PIB
Sistema básico (beneficio definido)				**1.492**	**6,6**
Régimen básico	966.151	57,0	209.594	1.487	6,6
CCSS	928.937	54,8	207.667	1.307	5,8
Maestros	37.214	2,2	1.927	180	0,8
Regímenes complementarios	70.977	4,2	7.787	5 0,0	
Sistema privado (contribución definida)				**879**	**3,9**
Régimen voluntario	225.400	13,3	0	641	2,8
Régimen obligatorio	1.266.866	74,7	0	238	1,1
Reparto con cargo al presupuesto	**19.964**	**1,0**	**45.135**	**398**	**1,8**

En el régimen básico la tasa de cotización es de 7,5 por ciento, si le agrega la contribución del Estado de 0,25 por ciento. El régimen voluntario de pensiones complementarias aporta un 4,25 por ciento. Existe un régimen voluntario para aquellas personas que quieran recibir una pensión al final de su vida laboral un porcentaje mayor al 20 por ciento de su último salario y además existen regímenes complementarios creados por leyes especiales, que son los que poseen instituciones públicas como los bancos públicos, el Poder Judicial, el ICE y como lo tenía RECOPE.

En la Superintendencia de Pensiones están registrados cuarenta y nueve fondos administrados por ocho entidades. BN-Vital y Banex concentran el 71 por ciento de la industria de este nuevo pilar de

pensiones –el pilar que se creó mediante el sistema voluntario y obligatorio. De acuerdo con las cifras a marzo del 2003, este nuevo sistema tiene 900 millones de dólares, siendo el más importante el régimen voluntario que tiene mayor edad, mientras que la agregación de las pensiones obligatorias y el Fondo de Capitalización Laboral suma más del 30 por ciento de ese monto.

Si se analiza el crecimiento trimestral, entre diciembre 2003 y marzo 2002, el sistema está creciendo el 12 por ciento, no anualizado sino solo en el trimestre, o sea, existe un crecimiento acelerado en la industria. En cuanto a participación de mercado en el régimen obligatorio de pensiones, la operadora que administra una mayor cantidad de fondos es BN-Vital, seguida por Popular Pensiones e Interfin-Banex.

Si se observa la composición de la cartera de las operadoras se nota que en el mercado existe lo que se denomina poco papel, esto es, las operadoras están teniendo problemas para diversificar sus carteras fuera de lo son títulos del sector público. De hecho, las inversiones se concentran en un 91 por ciento en títulos del Estado. Pero, ¿cuál es el problema de esta concentración? El problema radica en que si ustedes tienen un sistema de pensiones que depende exclusivamente del Estado, en realidad el sistema no se va a ser muy diferente a un sistema con cargo a presupuesto público, en el caso de que el Estado se declare insolvente y no pueda honrar los bonos que poseen las operadoras de pensiones y tendría que hacerse cargo de las pensiones en curso de pago al igual que se tiene que hacer hoy; en otras palabras, una política sana de diversificación lo que nos dice es que tiene que haber una participación más ponderada entre el sector público y el sector privado. Actualmente la participación del sector privado es de un poco menos del 9 por ciento y es básicamente un poco en títulos accionarios –casi exclusivamente de la Cervecería Costa Rica– y el resto son fideicomisos o bonos que crea el propio sistema financiero.

El rendimiento de ese régimen obligatorio de pensiones ha tenido una tendencia claramente creciente, la entrada en vigencia de la valoración a precios de mercado provocó una revalorización de los bonos, pero ciertamente el rendimiento nominal está muy por encima del 20 por ciento (en promedio está, de hecho, alrededor del 24 por ciento), lo cual genera una tasa de rentabilidad real de alrededor del 14 o 15 por ciento, cifras bastante altas para el nivel de riesgo que se maneja según estándares internacionales.

Si vemos la parte de capitalización laboral, nuevamente BN-Vital es el más fuerte, seguido de la Caja Costarricense, que desplazó al Banco Popular. El crecimiento aquí es mucho más fuerte porque el sistema se ideó de esa forma y hay dineros que fluyen primero al fondo de capitalización para luego ser pasado al fondo de pensiones. Consecuentemente, en los últimos 12 meses, a marzo, el tamaño del fondo se había triplicado, esto es, creció 200 por ciento.

Nuevamente en este caso vemos el mismo problema que se señaló para el caso del régimen de pensiones obligatorio y es que está altamente concentrado en el sector público y especialmente en un tipo de título que es el de tasa básica pasiva. La rentabilidad es bastante alta para lo que se hubiera esperado al inicio de esta ley.

Y finalmente tenemos la parte del régimen voluntario de pensiones. Esta es la parte más importante del fondo, en donde precisamente Interfin-Banex y BN-Vital tienen la mayor participación y en

donde predomina una participación mayoritaria en dólares. Se observa que la gran mayoría del capital administrado está en dólares, moneda que tiene un crecimiento anual del 33 por ciento o sea hay una preferencia de ahorrar en pensiones de forma voluntaria y en dólares, en donde, nuevamente, vemos a BN-Vital e Interfín-Banex con la mayor (casi la totalidad) cartera en el mercado en dólares.

El otro aspecto es que la cartera en dólares está más diversificada; aquí sí encontramos una mayor participación del sector privado, debido a que existe una mayor diversidad de títulos emitidos en dólares en el mercado nacional. La rentabilidad ha venido dando sobresaltos –nuevamente se nota un brinco importante en el período de entrada en vigencia de la valoración a precios de mercado– y aquí algunos dicen que el mercado está un poco "alterado" porque vemos rentabilidades en dólares entre el 10 y el 20 por ciento, lo cual nuevamente nos ha indicado que es un producto sumamente atractivo para generar un ahorro con algunas inconsistencias en cuanto a legislaciones anteriores que permitían a ciertos fondos tener recursos a la vista y que no se convirtieran en un producto de pensiones, sino un producto de inversión. Pero al fin de cuentas, es verídico el hecho de que la rentabilidad que están generando estas operadoras de pensiones es bastante atractivo para los inversionistas.

A pesar de que en este documento no se incluyen las perspectivas de crecimiento de la industria a largo plazo, claramente la curva de crecimiento no se ha achatado, o sea, seguimos experimentando un crecimiento exponencial. Esto quiere decir que pronto vamos a tener en Costa Rica una cantidad de dinero a disposición de la economía para financiar una serie de proyectos que hasta el momento no se han financiado –con algunas excepciones, tal es el caso del fideicomiso de Peñas Blancas– a pesar de que la ley permite crear este tipo de fideicomisos. Este tipo de fondos pueden utilizarse para financiar infraestructura siempre y cuando las emisiones guarden ciertas características definidas en los reglamentos, como que sean calificadas y seriadas por ejemplo. Estos proyectos por financiar tendrán que convertirse en el futuro cercano en una necesidad si es que queremos mantener las rentabilidades de los fondos de pensiones en los niveles actuales.