



Población y Salud en Mesoamérica

E-ISSN: 1659-0201

revista@ccp.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Campos Vargas, Mariana

La población con discapacidad en los censos del siglo XX en Costa Rica

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 11, núm. 1, julio-diciembre, 2013, pp. 1-43

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44628565001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 11, número 1, artículo 1

Julio - diciembre, 2013

Publicado 1 de julio, 2013

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

La población con discapacidad en los censos del siglo XX en Costa Rica

Mariana Campos Vargas



Protegido bajo licencia Creative Commons

Centro Centroamericano de Población

La población con discapacidad en los censos del siglo XX en Costa Rica

Population with disability during 20th Century censuses in Costa Rica

*Mariana Campos Vargas*¹

RESUMEN

En este trabajo se logró conocer los criterios de clasificación empleados para definir a la población con discapacidad en los registros censales del siglo XX en Costa Rica y, por consiguiente, una aproximación a las formulaciones conceptuales para referirse al grupo en estudio. Además, se caracterizó a ese segmento poblacional a partir de diferentes variables: sexo, edad, estado civil y distribución geográfica. También se abordaron otros aspectos como fueron: alfabetismo, nivel de educación, ocupación, jefatura de hogar y vivienda. Entre los hallazgos más destacables se encuentra la permanencia, en los registros censales del siglo XX, de un concepto de discapacidad basado en la deficiencia, lo que definió los criterios de clasificación para esa población en esas fuentes. Asimismo se constató, por una parte, la asociación entre discapacidad e inequidad en esa centuria y, por la otra, la fragilidad de los vínculos de parentesco en ese grupo poblacional con respecto al conjunto de hogares de Costa Rica a fines de ese siglo. Las fuentes empleadas en esta investigación fueron los censos de población de Costa Rica del siglo XX. En el procedimiento con los datos, se llevó a cabo un análisis descriptivo de distribución de frecuencias.

Palabras claves: Discapacidad, censos, criterios de clasificación, formulación conceptual, características socio-demográficas.

ABSTRACT

This research discloses the classification criteria used to define the population with disability in the twentieth century census records in Costa Rica and therefore gives an approximation of the conceptual formulations needed to refer to the examined group. Additionally, a segment of the population has been characterized by sex, age, marital status and geographical distribution. Other aspects like literacy rate, education level, occupation, head of household and housing were also dealt with. The disability concept based on deficiency, which defined the classification criteria for the population in those data sources, is among the most significant findings of this research. Furthermore, it was found not only a relation between disability and inequity during that century, but also the fragility of family ties in that population group as compared to the rest of Costa Rican households at the end of the century. Data sources used for this research were the population censuses in Costa Rica during the twentieth century. Data processing was primarily based on the descriptive analysis of frequency distribution tables.

Keywords: Disability, census, classification, conceptual development, socio-demographic characteristics.

Recibido: 8 nov. 2012

Aprobado: 7 mayo 2013

¹ Universidad de Costa Rica. COSTA RICA. mariana.campos@ucr.ac.cr

1. INTRODUCCIÓN

En el último tercio del siglo XX, el Estado costarricense ha tenido una reorientación de su quehacer. Una de sus áreas de trabajo es el diseño y la puesta en práctica de políticas sociales, con el objetivo de compensar diferencias y exclusiones generadas en el seno de la sociedad, y esto lo hace a partir de la focalización, sustentada en objetivos de igualdad de oportunidades, donde ha tomado interés el análisis y abordaje de grupos prioritarios: mujeres, adultos mayores y población en condición de discapacidad², entre otros.

Hacia esas poblaciones se han dirigido distintos programas en el área de la educación, la salud, la vivienda y la capacitación, con el propósito de orientar los recursos fiscales escasos, lo que coincide con el nuevo estilo de desarrollo y con lineamientos de órganos externos.

La promulgación en Costa Rica de la Ley #7600, “Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” (1996)³, ha constituido el marco legal para atender las necesidades de ese segmento de la población y para la formulación de políticas públicas dirigidas hacia ese sector en las últimas décadas.

Esa ley buscaba la igualdad de oportunidades, la eliminación de la discriminación y proponía la inclusión, para propiciar el acceso a la educación, al trabajo, a los servicios de salud, a los medios de transporte, información y comunicación, mediante el establecimiento de reformas a códigos y leyes vigentes, por ejemplo, al Código Penal, Civil y de Familia, a la Ley Fundamental de Educación y Ley General de Salud (Ley #7600, 1996; Vargas, 1996).

No obstante, cabe mencionar que diferentes tipos de agrupaciones y centros, a nivel nacional, venían promoviendo y exponiendo las necesidades de ese segmento poblacional.

Cuando se promulgó la Ley #7600 en Costa Rica, en otros países ya se habían llevado a cabo estudios sobre la materia, donde se habían aplicado distintos conceptos, métodos y clasificaciones, y además varios organismos internacionales habían dictado un conjunto de lineamientos. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980)⁴ y, en una revisión posterior, creó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, las

²La discapacidad es en parte un fenómeno socio-cultural. Su construcción deviene de la interacción de diversos actores en un contexto sociocultural determinado, donde la noción salud/ enfermedad y los factores del entorno social han sido sopesados de manera distinta a través del tiempo y en ese sentido fueron diseñados modelos de atención y se definieron y ejecutaron políticas públicas. En las últimas décadas del siglo XX, se han asociado condiciones de salud y del entorno social de manera integral para la formulación del concepto, la atención y las políticas vigentes. La discapacidad puede ser una condición temporal o permanente, con diferentes grados: leve, moderada, severa; de diversa naturaleza: cognitiva, sensorial, funcional; y requiere de redes de apoyo familiar, comunitaria y estatal, entre otras. Ver al respecto: Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001): Clasificación Internacional de Funcionamiento Discapacidad y Salud (CIF), en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42419/1/9243545426.pdf>

³ La Gaceta #102 del 29 de mayo de 1996 contiene 85 artículos y un transitorio. El reglamento de la Ley corresponde al Decreto Ejecutivo #26831 del 23 de marzo de 1998.

⁴ Definió la deficiencia como pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica y la discapacidad como toda restricción o ausencia de capacidad de realizar una actividad debida a una deficiencia.

Discapacidades y la Salud (CIF, 2001)⁵, lo que permitió conceptualizar a esa población, al definirla “como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en que vive esa persona. A causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo, mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo” (Cáceres, 2004).

También, la Organización de Naciones Unidas (ONU) estableció un “Programa de Acción Mundial para los Impedidos” (1982) y, una década después, dictó “Normas uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” (1993), con lo cual se dimensionó la importancia, características demográficas y socioeconómicas de ese grupo poblacional.

En Costa Rica, con el propósito de tener un diagnóstico de la población con discapacidad, fue elaborado, de manera conjunta por el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, la Oficina Panamericana de Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, un documento titulado “La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas” (2000), el cual toma como base la información del Censo de Población del 2000. En ese trabajo fue utilizada por primera vez la información registrada en ese censo, bajo el ítem sobre discapacidad. A partir de esa fuente, fue elaborada una caracterización de la población con discapacidad, constituida según esos datos, por el 5,35% del total de personas censadas y descrita a partir de distintas variables, entre estas: sexo, edad, localización por provincia y región, tipo de discapacidad, población ocupada, desocupada, activa, inactiva, acceso a educación, vivienda, trabajo y servicio de salud.

La legislación del año 1996 en Costa Rica y las directrices impulsadas desde los organismos internacionales en el último tercio del siglo XX, constituyeron un marco apropiado para ofrecer mejores condiciones para la población con discapacidad e inclusive facilitaron que, en el último censo del siglo XX (2000), se registrara ese segmento poblacional, lo que permitió una descripción de ese grupo para esa fecha censal.

Esa trayectoria en materia de legislación y de investigación permitió, en este trabajo, plantear una mirada retrospectiva que fuese más atrás del último tercio del siglo XX, en la búsqueda de un estudio de la población con discapacidad en el pasado.

En este primer esfuerzo, el objetivo de este trabajo ha sido caracterizar a ese grupo a partir de diferentes variables socio-demográficas en fuentes censales del siglo XX en Costa Rica, lo que además permitió conocer los criterios de clasificación empleados en esos registros censales para ese segmento de la población y, por consiguiente, una aproximación a las distintas formulaciones conceptuales para referirse al grupo en estudio a lo largo del siglo XX⁶. Algunas de las ventajas de la información censal para abordar este tipo de estudio son: resulta ser la única fuente de datos

⁵ La deficiencia partió de una conceptualización similar a la emitida en 1980, pero la discapacidad se concibió como la limitación en la actividad y la restricción en la participación, como resultado de deficiencias en el marco de la interacción del individuo con factores contextuales, ambientales y personales.

⁶ Como señala Eduardo Arriaga, la formulación conceptual para referirse a la población con discapacidad no solo ha variado a través del tiempo, también hay dificultad en establecer una rigurosidad objetiva en la definición de discapacidad, debido a la subjetividad del que ofrece las respuestas en el censo al definir el grado en que la persona adquiere esa condición (Arriaga, s.f).

de cobertura universal, permite la desagregación geográfica y socioeconómica y, además, en otras fuentes, los datos presentan insuficiencia (Schkolnik, 2009).

Las variables empleadas en este trabajo fueron: composición de la población por sexo y grupos de edad, estado civil y distribución geográfica. También se abordaron características socioculturales y laborales como fueron: alfabetismo, nivel de educación, ocupación, jefatura de hogar y vivienda. En el procedimiento con los datos se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias.

Por otra parte, cabe mencionar que este trabajo comparte intereses con las investigaciones históricas que han tratado temas como la asistencia y la marginalidad social, la salud pública, la política social y los regímenes de bienestar.

Acerca de esas temáticas, las contribuciones más abundantes y continuas de los historiadores se ubican a partir de los años noventa. Entre las pioneras se pueden citar: “El paso del cometa: estado, política social y cultura popular en Costa Rica (1800-1950)” (Molina y Palmer, 1994), “La voluntad radiante: cultura impresa, magia y medicina en Costa Rica 1897-1932” (Molina y Palmer, 1996), “De curanderos a médicos: una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica 1800-1949” (Marín, 1995). Nuevos aportes llegaron con el nuevo siglo, al publicarse: “Civilizando a Costa Rica: la configuración de un sistema de control de las costumbres y la moral en la provincia de San José, 1860-1949” (Marín, 2000); “Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)” (Malavassi, 2003); “Pobreza e historia en Costa Rica: determinantes estructurales y representaciones sociales del siglo XVII a 1950” (Viales, 2005); y recientemente: “Prostitución, honor y cambio cultural en la provincia de San José de Costa Rica 1860-1940” (Marín, 2007).

Las investigaciones desde otras disciplinas han constituido aportes relevantes al abordar el tema de la discapacidad desde diferentes aspectos como: características de la población, enfermedades congénitas, accidentes, rehabilitación, educación especial, integración, mercado laboral, derechos humanos y participación en procesos electorales⁷.

Como se mencionó líneas arriba, en este trabajo se aborda el estudio de la discapacidad a partir de fuentes censales del siglo XX en Costa Rica, un aspecto poco tratado en la producción disponible en el país.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Las fuentes de información consultadas fueron los seis censos de población del siglo XX. Se examinó la boleta censal respectiva y el ítem que registró a la población con discapacidad en cada caso. Los datos de los censos de 1927 y del año 2000 se procesaron mediante el programa en línea Public Data Queries (PDQ) del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica (CCP-UCR).

⁷ La producción proviene de diferentes instituciones y disciplinas. Algunos ejemplos son: Murillo, 1992; Araya, Mora y Serrano, 1993; Rojas y Villalobos, 1995; Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 1994, 1997; INCIENSA, 2000; Tribunal Supremo de Elecciones, 2005.

Las variables empleadas en esos dos registros fueron: composición de la población por sexo y grupos de edad, estado civil y distribución geográfica. También se consideró: alfabetismo, nivel de educación, ocupación, jefatura de hogar y vivienda. En el procedimiento se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos mediante distribución de frecuencias.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Las fuentes censales en el siglo XX en Costa Rica y la discapacidad: Criterios de clasificación

En el siglo XX se levantaron seis censos, uno en la primera mitad del siglo, en el año 1927, otro en 1950 y en las décadas siguientes se llevaron a cabo registros en 1963, 1973, 1984 y en el 2000.

En todos los censos se hizo referencia a la población con discapacidad, pero los criterios para registrarla y clasificarla fueron diferentes. En el primero y último censo del siglo XX, se empleó como variable la condición de discapacidad que podía presentar el conjunto de la población. En las otras fechas censales, se hizo referencia a esa condición solamente al clasificar a la población por actividad económica y, además, se llevó a cabo de forma agregada con otros segmentos de la población.

El censo de 1927 fue el primero del siglo XX, los datos consignados sobre discapacidad se registraron bajo el ítem “condición mental y física”, que considera a la persona como: sorda, muda, ciega o demente.

A fines de esa centuria, en el registro del 2000, se estableció que la discapacidad era “un tema que se incluye por primera vez en Censos Nacionales respondiendo a la necesidad de información del Consejo Nacional de Rehabilitación (CNREE) y a la ampliación de oportunidades según la ley 7600, Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad en Costa Rica (29 de mayo de 1996)”. Además, se definió la discapacidad como cualquier deficiencia permanente, física, mental o sensorial, que dificulte a las personas realizar actividades cotidianas de manera independiente. Se estableció que las deficiencias podían ser de origen congénito (desde el nacimiento) o adquiridas (por enfermedad o accidente). Se registraron como las más comunes: ceguera parcial o total, sordera parcial o total, retardo mental, parálisis y amputación, trastorno mental y otras.⁸

⁸ La ceguera parcial o total y la sordera parcial o total consiste en la pérdida de la capacidad visual o auditiva respectivamente; el retardo mental resulta de las dificultades significativas en el funcionamiento intelectual y el aprendizaje de conceptos y actividades prácticas. Parálisis y amputación comprende la pérdida, parálisis o dificultad de funcionamiento o movilidad de una o varias partes del cuerpo; trastorno mental son enfermedades que provocan serios problemas de adaptación y comportamiento social de las personas y en “otras” discapacidades se incluyó la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la fibrosis quística, el labio leporino, la hemofilia, la mudéz y la epilepsia (INEC, 2000).

En el censo del año 2000, se afirmó que era la primera vez que se registraba a la población con discapacidades en el país, cuando en el año 1927 ya se había realizado un primer levantamiento y en información censal previa y posterior a ese registro se llevaron a cabo otros esfuerzos⁹.

Con respecto a la clasificación de las discapacidades en esos dos registros, en el año 1927 se empleó una clasificación sensorial y psíquica, mientras que en el del año 2000 también se tomó en cuenta las que hacían referencia a las discapacidades físicas y además se planteó su origen: congénito o adquirido.

En ese último censo, las necesidades explícitas de una institución como el Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE)¹⁰ incidieron en la formulación de esa nueva variable¹¹ para el diseño de la boleta censal.

En lo concerniente a los censos de los años 1950, 1963, 1973 y 1984, el tema de discapacidad no se incluyó como ítem para el conjunto de la población.

En el caso del censo de 1950, cuando se clasificó a la población económicamente inactiva en la categoría correspondiente a “otro estado,” se incluyó –de forma agregada– a la población retirada por ancianidad o incapacitada para el trabajo, la recluida en un penal, en un asilo de caridad o de enfermedades mentales o aquella con otros factores que la imposibilitara para trabajar, como fue el caso de los ciegos y paralíticos, según lo indicado en esa fuente¹².

En el levantamiento del censo de 1963 –del cual se dispone de una muestra del 5% del total de la población censada–, en el descriptor “condición de actividad económica”¹³ se registró en forma desagregada a las personas ocupadas y desocupadas. En ese último grupo se incluyó a quienes eran estudiantes, las personas dedicadas a los oficios domésticos, los pensionados, los rentistas, los internados en instituciones, a las personas que no aplica ese descriptor, a otras personas y también a enfermos físicos y mentales.

Esa última categoría no se desagregó, pero reunía al 1% de los censados en el grupo de desocupados, del cual el 65% eran varones y un 35% eran mujeres. De ese conjunto, el 45% eran personas de 12 a 49 años¹⁴ y el 55% restante eran mayores de esa edad. Además, el 75% residía en las provincias de San José (42%), Alajuela (23%) y Cartago (10%), de los cuales un 33% se ubicaba en el área metropolitana y un 40% en el resto de la región central, mientras que en las otras regiones solo se localizaba un 25% de los enfermos físicos y mentales censados en el

⁹ Por ejemplo, el censo de población de 1864 registró a “los mental y físicamente impedidos” bajo los siguientes criterios y datos: 228 personas ciegas, 569 sordo-mudas, 165 imbeciles, 165 dementes y 337 impedidos (Censo de población de Costa Rica, 1864).

¹⁰ La institución fue instalada oficialmente en noviembre de 1973. Es la instancia que orienta, planifica, crea, organiza y coordina programas y servicios de rehabilitación y educación especial en el país (Ley #5347, 1973).

¹¹ Cabe mencionar que para ese censo también se incluyó la etnia y la estructura de hogar en la boleta.

¹² La población inactiva reunió un 37% en quehaceres domésticos, un 20% de estudiantes, un 41% de menores, rentistas y pensionados y un 2% pertenecía a “otro estado” (DGEC, 1953).

¹³ La “condición de actividad” se refiere a la clasificación de la población de acuerdo a su participación en el mercado de trabajo.

¹⁴ Cabe anotar que no se registró la población menor de doce años.

descriptor indicado¹⁵. Otra variable socio-cultural indicó que solo un 55% de esa población sabía leer y escribir, del cual el 53% únicamente había cursado primaria y un 43% no tenía ningún grado.

En los otros dos censos, también se mencionó la discapacidad cuando se hizo referencia a la “condición de actividad económica” para la población mayor de 12 años. En el censo de 1973, ese descriptor hizo referencia a personas empleadas, desempleadas, rentistas, a los estudiantes, a las ocupadas en oficios domésticos, a quienes buscaban trabajo por primera vez y a “otro”. Esa última clasificación incluyó, en forma agregada en la boleta censal, ciegos, parálíticos, personas con deficiencias físicas que no desempeñaban ninguna ocupación. Además, niños que terminaron la escuela, no trabajaban, ni buscaban trabajo, y personas mayores de 65 años. También incluyó mendigos, vagabundos y antisociales (DGEC, 1974). Esa clasificación agregada no permitió acceder a la población objeto de interés en este trabajo. Lo mismo ocurrió con el censo de 1984, donde la categoría “otro” incluyó –además de lo señalado en el censo anterior– a los residentes en cárceles, conventos, asilos y hospitales (DGEC, 1985).

En los registros mencionados de la segunda mitad del siglo XX, con excepción del censo del año 2000, la discapacidad fue una variable tomada en cuenta solamente para conocer la condición de la actividad económica de la persona, además solo fueron registrados los mayores de doce años y, por otra parte, se llevó a cabo en forma agregada con otros segmentos de la población para cada una de esas fechas censales.

De acuerdo con la clasificación empleada en los registros de 1950, 1963, 1973 y 1984, la discapacidad se consideró una condición que inhabilitaba para el trabajo. Por ejemplo, como se mencionó anteriormente, en el censo de 1950 las personas con discapacidad fueron catalogadas como inactivas económicamente; en otras fechas censales se clasificaron junto a otros segmentos que poseían esa condición: adultos mayores y niños.

También en esos años la población con discapacidades fue considerada enferma e incluso fue clasificada junto a segmentos marginales de la población: mendigos, vagabundos y antisociales. En esas cuatro fechas censales, se enfatizó en la enfermedad como deficiencia que llevó a la restricción para la actividad laboral y a la marginalidad social de esa población.

Por otra parte, la información fragmentaria y agregada de los datos que se refieren a ese grupo poblacional, en los censos de 1950, 1963, 1973 y 1984, no permitieron un mayor acercamiento a ese segmento, en esos cuatro momentos.

El foco de atención en este trabajo se centró en el primero y el último censo de ese siglo¹⁶, donde la discapacidad fue una variable considerada para el conjunto de la población.

¹⁵ Los porcentajes por provincia fueron: San José 42%, Alajuela 23%, Cartago 10%, Heredia 4%, Guanacaste 8%, Puntarenas 8% y Limón 5%. La distribución porcentual por región fue la siguiente: región metropolitana 33%, resto de Región Central 40%, Chorotega 8%, Pacífico Central, 7%, Brunca 5%, Huetar Atlántica 5%, Huetar Norte 3% (Censo de población, 1963).

¹⁶ Es importante señalar que las Encuestas de Hogares de propósitos múltiples disponibles en línea para el lapso 1976-2008 muestran para los años de 1993, 1996, 1998 y 1999 bajo el ítem “condición de actividad” o “condición de no activo” a las personas que presentaban discapacidad permanente para trabajar.

En las boletas de los censos de 1927 y el del año 2000, las clasificaciones empleadas fueron limitadas para abordar las discapacidades de la población en cada fecha. En 1927 solo emplearon cuatro categorías y, aunque a fines del siglo XX se utilizó una clasificación más amplia, se agregó en “otras” una variedad de condiciones que resultaron significativas en el conjunto de las demás, como se podrá constatar más adelante.

En el primer censo del siglo XX, la pregunta formulada en la boleta del registro fue definida a partir de condiciones sensoriales y mentales: ceguera, sordera, mudéz y demencia. Esa clasificación fue limitada, pues, por una parte, trató de incluir en una de las categorías – demencia– condiciones diferentes y, por otra, no incluyó otras condiciones que pudieron ampliar ese abanico de posibilidades.

Ese sí fue el propósito en el último censo de esa centuria, pues se amplió esa clasificación (ceguera parcial o total, sordera parcial o total, retardo mental, parálisis y amputación, trastorno mental y otras), además se enfatizó en el carácter permanente¹⁷ de cada condición y se definió en dos casos el grado de la deficiencia (parcial o total). Por otra parte, la categoría “otras” abarcó condiciones muy diferentes (enfermedad pulmonar obstructiva, fibrosis quística, labio leporino, epilepsia, hemofilia, mudéz), por lo cual resultó limitada para conocer la importancia de cada una de esas condiciones en el conjunto de la población costarricense y del segmento estudiado.

Aun cuando se crearon nuevas categorías en el registro del año 2000, como fueron parálisis y amputación, retardo mental y trastorno mental, para clasificar al segmento en estudio, el concepto de discapacidad empleado se refirió solo a la deficiencia. Aunque en ese momento se dispuso de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980), emitida en 1980 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el país se había promulgado la Ley #7600 (1996), que hizo referencia a las deficiencias pero además tomó en cuenta la interacción con diversas barreras, entre estas las físicas, sociales y culturales, lo cual le dio un giro a la definición de discapacidad empleada en el país, la formulación de ese ítem en la boleta censal del año 2000 solo amplió las categorías para clasificar las deficiencias con respecto a las definidas en el primer censo del siglo XX, lo que hizo el panorama más diverso y también más cercano a las condiciones de esa población.

Acerca de las funciones mentales en la población con discapacidades registradas en 1927 y en el año 2000, la demencia fue empleada como categoría única en la clasificación del primer levantamiento, mientras que, en el censo del 2000, fueron empleadas dos categorías: el retardo mental y el trastorno mental. Esa última incluyó la demencia, junto a otro tipo de trastornos¹⁸.

¹⁷La Organización Mundial de la Salud OMS recomendó en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980) registrar las discapacidades con seis o más meses de evolución.

¹⁸Para la clasificación de enfermedades, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dispone y recomienda, desde la segunda mitad del siglo XX, el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades llamada CIE. Además, a partir de 1980, se contó con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) que hizo referencia –entre muchas otras– a deficiencias intelectuales y otras deficiencias psicológicas, instrumento vigente en el momento en que se diseñó esa boleta censal. También, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría ha publicado varias ediciones revisadas (1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000) del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) que tiene gran difusión a nivel mundial.

Con respecto al formato de la redacción de la pregunta formulada en la boleta para cada censo referida a la discapacidad y a la carga que recayó sobre el declarante, estos fueron aspectos que definieron los resultados de la aplicación de ese ítem, tanto en 1927 como en el año 2000.

En el primer año, en la boleta censal se formuló una interrogante acerca de cuatro condiciones, donde el informante podía no declarar ninguna de estas por varias razones. Porque no presentó ninguna discapacidad, porque tuvo una condición diferente a las definidas en el ítem o porque no quiso declarar en ese momento y, por tanto, el registrador dejó las casillas vacías. Por esas razones, el porcentaje que no declaró fue de 99% y solo registró un 0.37% de la población con alguna discapacidad en 1927.

En el censo del 2000, la formulación en la boleta fue: “¿Tiene alguna deficiencia permanente como...? Después de la pregunta se ofrecieron las seis alternativas mencionadas líneas arriba y una casilla para dar una respuesta negativa. En ese caso, las condiciones definidas en el ítem fueron cinco, también se contó con una casilla disponible para “otras”, donde el declarante especificó una condición diferente a las cinco anteriores y la última opción fue para responder negativamente. En esa fecha, el porcentaje de personas que no declararon alguna discapacidad fue de 93%, un 5,3% declaró alguna de las condiciones citadas y el porcentaje ignorado fue de un 1%. Hubo un mayor control en las respuestas debido al diseño formulado, si se compara con los resultados de la otra fecha censal.

Los instrumentos diseñados para la recolección de la información en cada año censal se enfocaron en la deficiencia, definida como la pérdida o anormalidad de una estructura o funciones psicológicas, fisiológicas o anatómicas. Ese enfoque fue definido en un contexto socio-histórico por los distintos profesionales que atendieron o tuvieron relación con la población con discapacidad, con respecto a distintas nociones, entre estas salud/enfermedad y la construcción social del mismo concepto de discapacidad, e incidió en la interpretación de las demás personas y grupos.

En el transcurso del siglo XX, los diferentes actores que intervinieron en la atención para la población con discapacidad configuraron cuatro modelos de atención y a cada uno correspondió un concepto de discapacidad: el modelo tradicional donde las personas recibieron la denominación de lisiados e impedidos y se constituyeron en sujetos susceptibles de asistencia, caridad, protección y cuidado; el segundo modelo fue el de rehabilitación, donde la atención se centró en la intervención profesional de especialistas para restablecer capacidades en el individuo. El siguiente se ha llamado de autonomía personal, con equiparación de oportunidades y facilitador del entorno físico y social. Y el último fue denominado de inclusión y derechos, donde las leyes, la política pública y los servicios deben adaptarse al desarrollo humano y aceptar la diversidad. No obstante las diferencias enunciadas, se dio la coexistencia de esos modelos en el tiempo en el contexto de marcos sociohistóricos distintos.

Fue así como, a lo largo del siglo, mientras en una etapa se enfatizó en un modelo donde las condiciones físicas, sensoriales y mentales de la población se asociaron con la enfermedad, condición que generó restricción, limitó la actividad y la participación, en otro momento, se podrían destacar los componentes de la salud y del entorno social, que podrían facilitar la integración al conjunto social de la población con discapacidad.

El modelo de atención con un enfoque basado en deficiencias enfatizó en un concepto de salud que partió del individuo, de la “normalidad” de sus estructuras y funciones fisiológicas y de la ausencia de enfermedad. Bajo ese modelo, la discapacidad se consideró un problema del individuo causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, de esa manera se aplicó el modelo médico-biológico y la deficiencia se observó como síntoma de enfermedad. El individuo resultaba un sujeto enfermo que debía de ser tratado para buscar la normalización mediante tratamiento y rehabilitación, en la búsqueda de su inclusión. Por otra parte, como ya se señaló, ese grupo de la población fue objeto de la caridad, la asistencia social y la reclusión, situaciones que favorecieron la dependencia y la exclusión.

El lapso donde se diseñó y levantó el censo de 1927 correspondió al régimen liberal de bienestar¹⁹. En ese momento el paradigma biologista estuvo presente en el discurso y la práctica médica, además permeó la política pública que, en el área de salud, enfatizó en la higiene²⁰.

En esa etapa, en un esfuerzo por controlar las epidemias y atender los enfermos, una de las acciones importantes fue impulsar la creación de más centros hospitalarios. En esa tarea, en el Hospital San Juan de Dios (1852) se buscó separar los “enfermos mentales” de otro tipo de pacientes. Con ese propósito se estableció el asilo Chapuí (1890) (CCSS, 2002) y se puso en marcha un modelo de atención respaldado por la comunidad de médicos del país.

Esos pacientes eran declarados en “estado de enajenación mental” por el médico de pueblo y la autoridad superior certificaba esa declaración para su internamiento. Los tres primeros médicos que estuvieron a la cabeza de esa institución fueron el Dr. Eduardo Pinto, el Dr. Tomás Calnek y el Dr. Maximiliano Bansen (Rodríguez, 1991).

El Dr. Vicente Lachner afirmó con respecto a la necesidad de la creación de ese hospital lo siguiente: “(...) el número de aquellos desgraciados iba aumentando de un modo alarmante y no pudiendo los hospitales por su pobreza y falta de comodidad hacerse cargo de ellos, los familiares se veían obligados a conservarlos en sus casas y cuando no era posible los infelices vagaban por las calles atendidos a la caridad pública o eran reclusos en las cárceles” (Lachner, 1902, p.187). Acerca de las causas de las enfermedades mentales, Lachner (1902, p.190) refirió que “más de la

¹⁹En los distintos regímenes de bienestar, lo que ha operado es la distribución de responsabilidades sociales entre el mercado, el Estado, la familia y la esfera comunal. Ese enfoque ha tenido dos críticas importantes reseñadas por Viales (2007). Una se refiere a la premisa de continuidad y estatidad en detrimento de las explicaciones que afectan el cambio social. La otra minimiza el legado histórico de las instituciones estatales como elementos principales en la consolidación de los regímenes de bienestar. Por eso Viales (2007) propone relacionar el estudio del régimen de bienestar con el de acumulación y el de ciudadanía y tomar en cuenta los criterios que Carlos Barba denomina “aspectos que delimitan la identidad de diversos modelos” (Viales, 2007).

²⁰ El interés de los organismos internacionales se concentró en controlar enfermedades contagiosas y epidémicas. Las Conferencias Sanitarias Internacionales pretendieron internacionalizar e institucionalizar la higiene pública. Se llevaron a cabo catorce conferencias entre 1851 y 1938 celebradas en Francia, Italia, Austria-Hungría y Estados Unidos, con la representación por país de médicos y diplomáticos. En el caso de las repúblicas americanas, algunos de esos países firmaron convenciones sanitarias desde fines del siglo XIX, esa fue la situación de Argentina, Brasil y Uruguay (1887). Por otra parte, la Primera Conferencia Internacional Americana se llevó a cabo en 1889 en Washington y, de acuerdo con una de sus resoluciones, en la Convención Sanitaria Internacional (1902) se estableció la Oficina Sanitaria Internacional (1902-1923), que pasó a denominarse en 1923 Oficina Sanitaria Panamericana, para obtener su actual nombre Organización Panamericana de la Salud OPS en 1958. Costa Rica participó en 1924 en la séptima conferencia sanitaria panamericana encargada del estudio y la aprobación del Código Sanitario Panamericano, que, con varias enmiendas, se mantiene vigente en la actualidad.

mitad de las enfermedades mentales entre nosotros se debe a la defectuosa selección matrimonial, inmensa responsabilidad que pesa sobre los padres de familia”.

Por otra parte, cabe mencionar que en esa etapa las carteras de Salud y Educación trabajaron de manera estrecha, por esa razón fue promulgado el Decreto Ejecutivo #6 del 1 de setiembre de 1914, que instauró, en el Reglamento Médico-Escolar, la inspección de establecimientos de Instrucción Pública, donde se estipuló la necesidad de observar a los niños “física y mentalmente anormales”²¹. Esas disposiciones fueron retomadas en varias oportunidades. Una de estas fue en 1937, cuando el Ministerio de Salubridad²² destinó algunas partidas del presupuesto para que su personal estudiara a los “niños anormales” y, además, en esa ocasión quedó claro el interés por organizar una escuela para ellos, idea precursora de la enseñanza especial.

La labor con niños con discapacidad la impulsó el profesor Fernando Centeno Güell (1908-1993), a su regreso de España en la década de 1940. Esa tarea la inició con siete niños con problemas mentales, sordomudez y tartamudez. Luego impulsó la creación de la Escuela de Enseñanza Especial, una iniciativa de profesionales y padres de familia, con apoyo del Poder Ejecutivo.

Ese centro tuvo como finalidad “cuidar el aspecto mental y físico del niño deficiente, mediante una instrucción adecuada o desarrollando sus capacidades para el trabajo manual” (Centeno, 1941, p.4), bajo el principio de gratuidad de la enseñanza y para niños de ambos sexos en edades de 7 a 14 años. Su ley constitutiva (Ley #61, 1944) estableció de interés público la educación de los niños con retraso mental, trastorno auditivo, de la vista, vocal o impedimento físico que lo limitara para recibir lecciones en la escuela común. Su plan educacional contempló internados, clases y talleres de aprendizaje de oficios. En esa institución, la deficiencia predominó en la conceptualización de la discapacidad y se incorporó el aspecto rehabilitador.

Los argumentos anteriores ofrecen evidencias complementarias a lo indicado en las líneas precedentes, con respecto a las prácticas médicas y educativas, a las políticas dirigidas hacia esa población y a la conceptualización de la discapacidad en esa época.

Como se constata, diversos grupos como las juntas de caridad, el cuerpo de médicos, incorporado a la Facultad de Medicina, algunos órganos como la Secretaría de Instrucción Pública o Salubridad Pública y los grupos políticos impulsaron tanto modelos de atención como acciones dirigidas a la población con alguna discapacidad, tales como la reclusión-segregación, la intervención médica o profesional, la protección y la observación.

Aunque ese paradigma, el biólogo,²³ ha sido cuestionado por los estudiosos de la discapacidad por ser esencialmente patológico, hacer omisión del contexto sociocultural, proponer la mono causalidad biológica como explicación y la normalidad, así como por sujetar la inclusión a la rehabilitación, predominó en buena parte del siglo XX.

²¹El fundador del Departamento Sanitario-Escolar fue Luis Felipe González Flores.

²²La Ley #24 del año 1927 estableció la creación de la Secretaría de Salubridad Pública.

²³Ese paradigma posibilitó el conocimiento minucioso del cuerpo humano y su fisiología, identificó patologías de carácter infeccioso y produjo medicamentos y vacunas para erradicarlos, lo que propició el desarrollo de la farmacología y, además, favoreció el avance de la tecnología médica que culminó con el trasplante de órganos (Guimarães, 2008).

En el caso del censo del 2000, la discapacidad se enfocó de nuevo en la deficiencia, aún cuando su diseño y levantamiento tuvo de contexto socio-histórico el desarrollo del régimen estatal-proteccionista de bienestar (1949-2000), aunque en su fase de pérdida de calidad e implementación de ajustes (Martínez, 2007). Durante ese régimen, el Estado profundizó en su intervención en la prestación directa de servicios a la población, donde el segmento poblacional en estudio fue un destinatario de esas prestaciones. Además, en esa etapa, el país contó con directrices promulgadas por organismos supranacionales en el ámbito de la salud y la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) definió el concepto de salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Según esa definición, la salud no consiste en la ausencia de enfermedades, noción sobre la que gravitó el concepto en la etapa previa. Además, abordó tres dimensiones: la corporalidad, lo mental y su carácter social y no puramente individual, con lo cual amplió el concepto anterior y planteó la interdisciplinariedad en ese campo. Esa formulación tuvo críticas (utópica, estática, ambigua) y fue el punto de partida para nuevas definiciones como fue el concepto de promoción de la salud²⁴. Esa nueva formulación enfatizó en la interdisciplinariedad, en el carácter social, y priorizó en acciones preventivas²⁵. Esos paradigmas estuvieron presentes en los conceptos y las políticas emanadas en materia de discapacidad desde ese órgano supranacional.

Al respecto los criterios emitidos en esa materia por la Organización de Naciones Unidas ONU²⁶ (1945) y luego por dos de sus instancias: la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1946) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), así como la Organización de Estados Americanos (OEA, 1948) develaron cambios en los conceptos para designar a ese grupo, unos más restrictivos y otros más inclusivos: retrasados, impedidos, enfermos mentales y personas con discapacidad. También cambió el modelo de atención, se pasó de un modelo biomédico donde lo prioritario fue la rehabilitación del paciente, a un modelo social basado en la interacción entre la población y el entorno, donde lo esencial fue la integración. Más recientemente se pasó a un modelo inclusivo de ciudadanía, donde se aseguraron garantías plenas de sus derechos²⁷. En ese desarrollo la coexistencia de modelos no fue una excepción.

Actualmente, la OMS define la discapacidad como un término que abarca deficiencias (problemas en las estructuras o funciones corporales), limitaciones en la actividad (dificultades para ejecutar tareas) y restricciones en la participación (problemas para participar en situaciones vitales) (OMS, 2012).

²⁴Henry Sigerist (1891-1957), médico e historiador, mencionó el concepto por primera vez en 1945. Luego Marc Lalonde, cuando era ministro de salud de Canadá (1974), lo planteó como estrategia para mejorar las condiciones de salud de la población.

²⁵El concepto planteó debilidades, entre estas: el Estado resulta el principal promotor de la salud, contrapuesto a la tendencias prevaletentes en el último tercio del siglo XX donde se enfatiza en la reducción del papel estatal; se fundamenta en la hipótesis de que las personas están dispuestas a participar activamente en la promoción de la salud (Guimarães, 2008).

²⁶La ONU en los inicios de su gestión desde su Comisión Social estableció algunas disposiciones.

²⁷A partir de la década del noventa, las disposiciones emanadas desde esos órganos fueron más continuas, en consonancia con esa nueva formulación. La adopción en 1993 de las Normas Uniformes constituyó un instrumento para la elaboración de políticas y fue la base para la cooperación técnica y económica, e incorporó la perspectiva de los Derechos Humanos (Blanco y Sánchez, 2006, p.39-40).

Los distintos conceptos y modelos de atención permearon tanto la comunidad de profesionales ligados a la atención del grupo con discapacidad como la política pública en el país en esa etapa.

Ese fue el caso en la epidemia de poliomielitis (1954), pues se contó con personal capacitado enviado por la OMS, también con el apoyo de médicos, fisioterapeutas y técnicos especialistas en prótesis de varios países del continente (Murillo, 1992, p.71-72) y con el trabajo de ortopedistas nacionales, como lo fueron José Luis Orlich y Edgar Jiménez (Ortiz, 1996, p.136). Cuando pasó esa emergencia, la tarea se concentró en la rehabilitación y, para preparar personal, el Dr. Humberto Araya Rojas impulsó la cooperación internacional y el surgimiento del Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE, 1966) para la atención de ese grupo (Murillo, 1992, p.72). Además, cada uno de los servicios de rehabilitación física del Hospital San Juan de Dios y del Hospital México entró en funcionamiento y el Hospital Nacional de Niños (1964) dispuso del servicio de fisioterapia. Tres años después de su inauguración en el servicio de consulta externa se estableció la sección de labio y paladar hendido y luego se abrió la clínica para atender a esos niños. Unos años después, el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE, 1977) fue desarrollado para dotar al país de una institución para la atención de personas con discapacidad neuromúsculoesquelética, instancia que abrió sus puertas como parte del sistema al cual tuvo derecho el asegurado de la Caja Costarricense de Seguro Social CCSS²⁸.

En el ámbito de las discapacidades sensoriales, hubo varias iniciativas. La Asociación Amigos del Ciego (1955) y el Patronato Nacional de Ciegos (PANACI, 1957) nacieron para la protección, habilitación y rehabilitación de la persona con ceguera. Además, para regular y coordinar todas las actividades de grupos afines (Ley #2171, 1957).

En el campo de la educación especial,²⁹ un esfuerzo que le dio continuidad al trabajo en esa área fue la labor del Centro de Educación Especial Neuropsiquiátrica Infantil (1968). Más tarde, el Ministerio de Educación Pública desarrolló el programa de aulas diferenciadas (1974), luego llamadas aulas integradas (1979), que operaron como secciones ubicadas en escuelas regulares para facilitar el intercambio entre los niños con discapacidades y los que no presentaban esa condición.

A lo largo del período, se prepararon técnicos y profesionales en las áreas de atención requeridas para la población con discapacidad. El área, en medicina, educación especial, rehabilitación profesional, se vio fortalecida y las especialidades poco a poco se fueron afianzando, actualizando y conformando: audición y lenguaje, defectos visuales, retardo mental, problemas neuromusculoesqueléticos, problemas neuropsiquiátricos y emocionales, dificultad en el aprendizaje, entre otros, aunque no existió un programa estructurado.

El ente que se constituyó en coordinador de la atención de la población con discapacidad, fue el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (Ley #5347, 1973), una instancia que atendió demandas específicas de ese segmento y coordinó la colaboración de órganos no gubernamentales y de apoyo externo, tareas que continuaron en el último tercio del siglo XX,

²⁸Por aplicación de la ley #5349 del 24 de setiembre de 1973 se hizo el traslado a la CCSS.

²⁹ La Ley Fundamental de Educación (1957) definió la Educación Especial como aquella que se imparte a niños y adolescentes cuyas características físicas, mentales, emocionales y sociales los ubican fuera de la categoría normal de las personas (Ley #2160, 1957).

fundamentadas en la Ley #7600, “Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”, emitida en 1996. Esa ley estableció el desarrollo integral de la persona con discapacidad en igualdad de condiciones, oportunidad, derechos y deberes que el resto de los habitantes del país.

En las décadas de los ochenta y noventa, continuó la gestión del CNREE, la cual se vio acompañada de las disposiciones establecidas en los planes nacionales de gobierno y de la labor de la rectoría emanada de los ministerios e instituciones involucradas con la atención y demandas de la población con discapacidad.

Las políticas nacionales en materia de discapacidad fueron articuladas en cuatro ejes: políticas para la institucionalidad comprometida con la población con discapacidad, políticas para la accesibilidad y la calidad de vida, políticas para la participación plena y para la investigación y cooperación. Sus principios fueron: igualdad, no a la discriminación, participación, autonomía personal y accesibilidad. Dio pie a la conformación de Comisiones Institucionales en Materia de Discapacidad, CIMAD, instancias que articularon el accionar de las instituciones públicas.

En el transcurso de ese período, distintos sujetos estuvieron involucrados en la atención de la población con discapacidad: órganos estatales, civiles, religiosos e internacionales. También participaron grupos de distintas profesiones: médicos, terapeutas, enfermeros, microbiólogos, trabajadores sociales, educadores y abogados, así como la misma población objeto de atención, todos actores responsables de prácticas, conceptos y políticas dirigidas a ese sector.

La trayectoria institucional reseñada mostró el énfasis en el modelo rehabilitador para la atención de las personas con discapacidad, un modelo que tuvo su origen en los mutilados de la Primera y Segunda Guerra Mundial, donde la discapacidad radicó en el sujeto que tuvo un daño –una deficiencia– que limitó su capacidad y, por tanto, era necesario restablecer y rehabilitar al individuo para integrarlo a la sociedad, y para eso era preciso eliminar u ocultar la diferencia. Además, ese modelo propició políticas públicas de compensación, como la asistencia y la seguridad social.

Hacia las últimas décadas del siglo XX, Costa Rica contó con directrices internacionales y legislación nacional que concebía la discapacidad en tres dimensiones: deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación, e impulsó un modelo social sustentado en la igualdad de oportunidades, basada en derechos, autonomía, capacidad y respeto a la diversidad.

El énfasis mostrado en la trayectoria institucional de la segunda mitad del siglo XX es una constatación que complementa los argumentos indicados páginas atrás, acerca del concepto de discapacidad empleado en las boletas del último censo del siglo XX, donde la deficiencia fue el único criterio empleado de los tres componentes que tuvo la definición al finalizar ese siglo.

Como se ha constatado, la discapacidad es una construcción conceptual que ha tenido que ver con la noción de salud-enfermedad y del entorno social, factores que han sido sopesados de muy distinta manera a través del tiempo.

En el diseño de las boletas censales para cada una de las fechas mencionadas (1927 y 2000), la definición de discapacidad empleada enfatizó en deficiencias, que hacen referencia a la

enfermedad o a una condición de salud, y ese criterio tuvo relevancia en el recuento que se hizo de ese segmento de la población en el transcurso del siglo XX.

3.2 Características generales de los censos de población de 1927 y del año 2000

La ley #135 del 18 de agosto de 1925 autorizó el levantamiento del primer censo del siglo XX en Costa Rica y se nombró a don José Guerrero Arguedas como Director de la Oficina Nacional del Censo, según Decreto Ejecutivo #12 del mes de marzo de 1927.

El censo fue de derecho, pues enumeró a la población en el lugar habitual de residencia. Se inició la labor el 11 de mayo de 1927, y se expresó que se había escogido esa fecha por las siguientes razones:

“1º- A esa fecha han cesado los movimientos migratorios de la población debido a excursiones y temporadas veraniegas.

2º- No hay lluvias fuertes que imposibiliten el movimiento del personal del censo.

3º- No están levantándose cosechas.

4º- Las siembras previas a la estación lluviosa están terminadas o a punto de terminarse.

5º- Las escuelas y colegios están trabajando y su personal puede colaborar en alguna forma al mejor éxito del censo” (Guerrero, 1928).

Para llevar a cabo el levantamiento censal, se designaron diferentes puestos: agentes y subagentes provinciales, auxiliares cantonales, agentes especiales, encargados de distrito, enumeradores y un cuerpo de intérpretes para la provincia de Limón.

Todos esos puestos fueron ocupados por personal de la administración pública, tales como maestros de escuela, miembros del Resguardo Fiscal, jefes políticos, agentes de policía y particulares interesados en colaborar. Todos ellos obtuvieron un permiso temporal en su trabajo habitual y recibieron entrenamiento para llevar a cabo la tarea.

Además, se contó con la colaboración de la oficina de correos, con una campaña publicitaria³⁰ y, gracias al apoyo en equipo ofrecido por el Banco Nacional de Seguros, las fórmulas del censo fueron tiradas en un polígrafo Ditto (Guerrero, 1928).

La boleta original del censo registró³¹: lugar de residencia, nombre de la persona, tenencia de vivienda y propiedades, sexo, edad, relación con el jefe de familia, color o raza, estado civil, ciudadanía, educación, lugar de nacimiento y lengua, ocupación, categoría ocupacional, lugar de trabajo, inscripción en el registro cívico y condición mental y física.

Los datos fueron publicados hasta 1960, por una controversia acerca de sus resultados (Robles, 1986, p. 13; Guerrero, 1928, p. 12).³² En la actualidad, la consulta del padrón original es

³⁰ Se distribuyeron 150.000 hojas, tituladas “A los habitantes del país” con información referente al censo. Véase publicidad en la ilustración #1.

³¹ Véase fotografía digital de la boleta original en la ilustración #2.

³² Jiménez estableció la omisión censal de 1927 en 3,5% (Jiménez, 1967).

restringida: los datos de identidad, color o raza y condición mental y física no son asequibles³³. No obstante, el Centro de Investigaciones Históricas, en colaboración con el Centro Centroamericano de Población, puso a disposición del público una base de datos en línea que permitió trabajar con la mayor parte de esa información.

El último censo de población y vivienda en Costa Rica se levantó al concluir el siglo XX. La base administrativa y jurídica quedó respaldada con la promulgación del Decreto #28198 del 5 de noviembre de 1999, que declaraba el censo de derecho, al igual que el de inicios de siglo, e iniciaba el empadronamiento el 28 de junio del 2000.

El proceso de trabajo censal se desarrolló en tres etapas. En la primera, se estableció la base jurídica y administrativa, la definición temática y un censo experimental en el cantón de Mora, así como el cronograma, el presupuesto y la cartografía. En la siguiente fase, se capacitó al personal docente del Magisterio Nacional, para cumplir la función de supervisión y empadronamiento y se recopiló la información. En la etapa poscensal, se llevó a cabo la revisión, codificación, procesamiento y validación, para publicar resultados generales en agosto de 2001. La labor reunió a 23000 personas, quienes fungieron como supervisores, empadronadores, críticos, codificadores y digitadores. Además, se impulsó una campaña en diferentes medios de comunicación, tanto para informar al público, como para lograr una amplia participación (Ilustración #3).

Los temas abordados en las preguntas de ese censo de población se refirieron a: características socio-demográficas, educativas y económicas, incorporando algunas novedades con respecto a los registros de otros años, tales como, un ítem sobre discapacidad, otro sobre grupo étnico y uno más acerca de la estructura de hogares. En el de vivienda, se recopiló información acerca de cantidad y distribución geográfica de las viviendas, el tipo, ocupación y tenencia, así como, el tipo de materiales y el estado de techos, paredes y pisos. También se preguntó acerca de: servicios de agua, electricidad, sanitarios, número de aposentos, tenencia de artefactos y combustible para cocinar (Ilustración #4).

Actualmente, esa información³⁴ está disponible en línea, gracias al esfuerzo llevado a cabo entre el Instituto de Estadística y Censos (INEC) y el Centro Centroamericano de Población (CCP).

Esas dos instantáneas censales –1927 y 2000– están insertas en la evolución demográfica de Costa Rica en el siglo XX, aspecto que se aborda de inmediato.

3.3 El contexto demográfico y los censos de población de 1927 y del año 2000

La dinámica demográfica, entendida como la síntesis de los hechos relacionados con el tamaño y crecimiento de la población, con su composición de acuerdo con diversos atributos (sexo, edad) y con su distribución espacial³⁵, ha tenido una evolución temporal, espacial y social diferenciada en

³³ Por disposición del Archivo Nacional de Costa Rica, en acato a una interpretación de la Procuraduría General de la República, los datos referidos a los nombres de las personas, la raza y las discapacidades físicas y mentales no son asequibles en el padrón original.

³⁴ El porcentaje de error estimado en las cifras nacionales fue de 2,9 para esa fecha censal (Rosero, 2004).

³⁵ Esos hechos dependen del nivel y fluctuaciones de los llamados fenómenos demográficos: nupcialidad, fecundidad, mortalidad, migraciones internas e internacionales (Torrado, 1997, p. 250).

el transcurso del siglo XX. Las instantáneas censales de los años 1927 y 2000 corresponden a dos momentos distintos de esa evolución.

La primera fecha censal se ubica en el lapso 1864-1963, correspondiente al continuo aumento demográfico experimentado en el país por un siglo, asociado a una tasa alta de natalidad y un descenso gradual en el nivel de mortalidad. El registro del año 2000 se localiza en la etapa 1963-2000, caracterizada por un descenso drástico del crecimiento demográfico y después por una estabilidad relativa, proceso relacionado con una baja en la tasa de natalidad y un descenso sostenido de la mortalidad.

En el primer lapso, el aumento demográfico obedeció fundamentalmente a un descenso gradual en el nivel de mortalidad³⁶, proceso donde el cambio de ritmo se constató entre 1927-1950, asociado con un mejoramiento relativo en las condiciones de higiene y en el sistema de salud en el país (Pérez, 1978), donde el Ministerio de Salud (1927) comenzó a jugar un papel importante y luego, en los años cuarenta, los avances en el sistema hospitalario y de seguridad social favorecieron un descenso firme y continuo,³⁷ con una caída de un 50% (1940-1960). Esas condiciones hicieron mejorar la esperanza de vida al nacimiento,³⁸ que para mediados de siglo fue de 55,7 años.

Después de 1950, tuvo lugar en el país la mayor expansión demográfica registrada, donde el descenso de la mortalidad fue acompañado de un aumento en la fecundidad, incremento también observado en otros países latinoamericanos y atribuido a dos factores: el descenso rápido de la mortalidad después de la Segunda Guerra Mundial, proceso que se extendió hasta la primera parte de las décadas de 1950-1960, y al aumento de la nupcialidad, la cual se mantuvo elevada durante esos decenios, posiblemente estimulada por la coyuntura económica favorable, después del segundo conflicto mundial.

En el segundo lapso (1963-2000), los efectos de la expansión demográfica se mantuvieron en las primeras décadas de esa etapa, debido a la baja sostenida de la mortalidad y una natalidad alta. Al bajar esta en los años sesenta, en un plazo muy corto, se inició un descenso paulatino en el ritmo de la tasa de crecimiento de la población, que se mantuvo relativamente estable hasta el último tercio del siglo.

Esa declinación obedeció a la modernización, dimensión pequeña del país, alto grado de integración nacional, permeabilidad y elevado nivel educativo, mientras que el programa público de planificación familiar solo aceleró el proceso para adoptar un patrón de menor fecundidad (Rosero, 1978, p.10). Se ha afirmado que la modernización implicó acceso a nuevos tipos de

³⁶ De inicios de siglo a 1940, las causas de muerte citadas para todo el país fueron: malformaciones congénitas, lesiones debidas al parto e infecciones del recién nacido, y las exógenas fueron: las infecciosas y parasitarias, las del aparato respiratorio, diarrea y enteritis. En 1920 se reportaron 2298 casos de muerte por influenza en el país, de los cuales el 33% se registró en la provincia de San José, situación que hizo descender la tasa de crecimiento natural. En los años cuarenta las causas más citadas fueron: tuberculosis, paludismo, anquilostomiasis, y una década después, las del corazón, el aparato circulatorio, el cáncer y la anemia (DGEC, 1907-2000; González, 1991, p. 57).

³⁷ En América Latina, solo Argentina, Uruguay y parcialmente Cuba se alejaron de ese patrón, donde la mortalidad descendió y aumentó la fecundidad en forma simultánea (González, 1991; Benítez, 2004; Pérez, 2010).

³⁸ La esperanza de vida al nacimiento es una de las mejores medidas para conocer la evolución de la mortalidad en un país, proceso relacionado con la calidad en las condiciones de vida y la situación médico-sanitaria (nutrición, higiene, acueductos, letrización y servicios médico-hospitalarios de cobertura universal).

servicios sociales (salud, educación, trabajo, vivienda, seguridad social), con nuevas pautas de consumo y aspiraciones materiales. Según Luis Rosero, el elemento clave del descenso fue el fenómeno de irradiación hacia las áreas rurales y grupos de menor educación. Por esa razón, se ha afirmado que el período 1960-1970 fue crucial en el cambio del comportamiento reproductivo en Costa Rica (Rosero, 1979, p.13; Behm y Guzmán, 1979, p.17).

Con respecto a la mortalidad³⁹, se constató una disminución en todos los grupos de edad, pero las ganancias más importantes y primeras fueron en los menores de cinco años y en la mortalidad infantil en general⁴⁰, lo que se reflejó en una tasa de mortalidad de 3,8%, una tasa de mortalidad infantil de 10,2% y una esperanza de vida de 77,7 años al finalizar el siglo (Rosero, 2004).

La evolución demográfica de Costa Rica en esa centuria definió la estructura de edades de la población. En la primera fecha censal, un porcentaje importante se ubicó en edades de 0 a 14 años, más de la mitad en edades activas y una moderada en edades de 60 años y más. En el 2000, se redujo la proporción de la población en edades menores a los 14 años, aumentó la que estaba en edad de laborar, mientras que el envejecimiento demográfico fue evidente para fines del siglo XX, como se observa en la tabla #1 (Fernández y Robles, 2008; Cáceres, 2004).

En la última fecha censal (2000), se observa una estructura etaria que muestra un aumento de la población en edad de trabajar, eso es lo que se ha denominado bono demográfico. Esa situación planteó efectos importantes en la relación de dependencia, pues esta se redujo, al pasar de 70 personas en edades no productivas en 1984, a 60 en el año 2000.⁴¹

Por otro lado, en la mayor parte del siglo XX, el aumento de la población nacional fue producto del crecimiento natural, pues, en las primeras décadas de esa centuria, la inmigración internacional, procedente básicamente de Jamaica y Nicaragua, cuyo destino primordial fueron las zonas bananeras, perdió importancia, hacia 1914. No obstante, en los dos últimos decenios del siglo pasado, cobró de nuevo importancia la inmigración nicaragüense, con una estimación en el país de 315000 personas, donde aproximadamente el 65% tenía edades entre los 15 y los 44 años, un contingente de individuos en edades productivas (Rosero y otros, 2000).

En el transcurso del siglo XX, la distribución de la población no fue homogénea en la geografía nacional. Con el levantamiento del censo de población de 1927, fueron registrados movimientos de población internos, donde las provincias de San José, Puntarenas, Guanacaste y Limón fueron favorecidas con saldos positivos (Jiménez, 1956). A fines de ese siglo la provincia de San José siguió concentrando un volumen importante de habitantes. La distribución de la población a nivel provincial en las dos fechas censales se observa en la tabla #2.

Una posibilidad de apreciar los cambios que a nivel territorial-administrativo se dieron en cada uno de esos años es observar el número de cantones por provincia que fueron creados en cada

³⁹ A fines de siglo tomaron importancia enfermedades como el cáncer y otras clasificadas como patologías sociales: accidentes de transporte, suicidios, homicidios, cirrosis y diabetes.

⁴⁰ Esa situación la comparte Costa Rica con otros países de América Latina (Chackiel y Palut, 1994, p. 17-18).

⁴¹ Al incorporarse un volumen importante a la fuerza de trabajo la situación puede mejorar en los próximos años, pero la relación puede revertirse al envejecer la población y no tomar provisiones que resultarían de la acumulación en previsión de necesidades de consumo en la vejez (Robles, 2005).

fecha: mientras que en el año 1927 existían 58 cantones, en el 2000 ya existían 81. El detalle se observa en la tabla #3.

Otra forma de apreciar la distribución de la población en el territorio es a partir de las regiones socio-económicas, donde se observa que el área central del país se mantuvo como la más poblada para cada año censal, como se aprecia en las tablas #4 y #5.

Con la creación del área metropolitana de San José en 1956, se concentraron servicios, instituciones gubernamentales y desarrollo manufacturero. Ese espacio y sus áreas aledañas formaron un foco de atracción para la población, pues, además de la ciudad de San José, su expansión incorporó a las capitales de provincia de Cartago, Heredia y Alajuela, lo que consolidó el espacio urbano metropolitano.

La dinámica de ese espacio le fue dando ese carácter conforme al crecimiento rápido de la población y debido a que los nuevos requerimientos del estilo de desarrollo fueron ampliando ese espacio, modificando la tierra agrícola en urbana, con destinos nuevos: manufactura, servicios y residencia. Los procesos de expansión urbana reportaron un mayor desarrollo hacia el este de la capital y luego hacia el oeste.

En los últimos veinte años del siglo XX, los cambios se aceleraron y la tercerización de la economía reforzó la nueva orientación del área, acompañada de un proceso de suburbanización.

El contexto demográfico y los datos acerca de la estructura y distribución de la población permitieron ubicar, de una mejor manera, la información referida a la población en condición de discapacidad, recopilada en los datos de los registros censales de principio y fines del siglo XX.

3.4 La discapacidad en 1927 y en el año 2000

3.4.1 Características generales

Dos fotografías censales permitieron una aproximación al conocimiento de la discapacidad en la población de Costa Rica en el siglo XX. En la primera instantánea, la población que no declaró discapacidad alguna fue el 99,63 % y solo un 0.37% tuvo alguna de las cuatro discapacidades que se registraron en el censo de 1927: ceguera, sordera, mudez o demencia.

Pese a constituir un porcentaje ínfimo, resulta la única referencia cuantitativa al respecto, afectada tanto por la omisión calculada en el censo, como también por la negación en la declaración, para evitar el señalamiento social, la compasión o la burla, aunque algunas personas con discapacidad ya habían sido objeto de la caridad y del interés de la política pública. Ese fue el caso de los enfermos mentales recluidos en el Hospital San Juan de Dios desde 1867 y luego en el asilo Chapuí. También, la disposición establecida en 1914 en el reglamento del Servicio de Medicina Escolar Infantil para observar a los estudiantes física e intelectualmente anormales dio cuenta del interés de los hacedores de la política pública en esa materia.

A fines del siglo XX, las personas en esa condición constituían el 5,35% de la población, un 93% se declararon sin ninguna discapacidad y un 1% fue declarada como ignorada. La prevalencia de

discapacidad fue relevante, puesto que en la región y en el resto del mundo constituía un 8% (García y otros, 2006), y de ese porcentaje un 1% se refería a discapacidad severa (MSP, CNREE, OPS, 2004). La tabla #6 muestra los datos indicados para cada fecha censal en Costa Rica.

3.4.2 Composición y distribución de la población con discapacidad

En el transcurso del siglo XX, se distinguen dos períodos con respecto a la estructura por edad de la población. Un primer momento, que se extendió desde inicio de siglo hasta la década del sesenta, donde más del 40% de la población se ubicó en edades de 0-14 años, coincidente con el levantamiento del registro de 1927. A partir de los años sesenta, se iniciaron los cambios que dieron como resultado una reducción notable en ese grupo de edad, un aumento en la población activa y en las edades correspondientes al adulto mayor, etapa donde se llevó a cabo el último censo del siglo XX. Esos procesos estuvieron asociados con la baja en la natalidad y baja sostenida de la mortalidad, un incremento general en la expectativa de vida al nacer, en el contexto de mejoras importantes en las condiciones de higiene, salud y educación en el país.

En la tabla #7 se observa la proporción de la población con discapacidad por sexo y grupos de edad para cada año censal. Tanto en 1927 como en 2000 los hombres presentaron una mayor prevalencia de discapacidad, pero no fue significativa. Con respecto a la distribución por rangos de edad, los mayores de 60 años resultaron ser el grupo que más destacó, con un 1,9% en el primer registro y un 21,6% al cierre del siglo.

En el último registro censal (año 2000), el envejecimiento demográfico está asociado con una mayor prevalencia de deficiencias y discapacidades. El subgrupo de población mayor de ochenta años se ha caracterizado por una mayor prevalencia de discapacidades físicas y mentales, retirados de la fuerza laboral, viudos y dependientes (Ramírez, 1998).

En la figura #1 se observa la proporción de la población por grupos de edad. Son evidentes las tendencias para cada fecha censal. Las variaciones por sexo no fueron significativas en ninguno de los dos registros.

La distribución en la geografía nacional de la población con discapacidad no ha sido uniforme en el transcurso del siglo XX. Los datos para el año 1927 refieren que las áreas donde se había concentrado ese segmento poblacional fueron los asentamientos de la región central del país, pues, como ya se mencionó, ese espacio tradicionalmente ha mostrado concentración de población. No obstante, se debe considerar que en el levantamiento de ese registro hubo problemas de recolección de datos, particularmente en las zonas costeras y alejadas de la región central, por lo que se presentó subregistro. La distribución en la proporción por provincias de la población con discapacidad se observa en la tabla #8.

En el censo de 1927, la mayor concentración de ese grupo poblacional se dio en las provincias de Cartago y Heredia. Al estudiar la proporción de ese grupo con respecto a la población en cada cantón, se observó que los cantones que más destacaron en esas provincias fueron Oreamuno (1%) en Cartago y San Isidro (1,5%) en Heredia. En el caso de las otras provincias, la proporción

fue: con un 1% los cantones de Acosta en San José, Poás en Alajuela y Cañas en Guanacaste, mientras que, Esparta en Puntarenas mostró 1,4% y en Limón su cantón central obtuvo un 0,5%.

En el año 2000, Guanacaste resultó la provincia más connotada (7%) con respecto a las demás, donde destacó el cantón de Santa Cruz con un 9% de población con discapacidad, en relación con el conjunto de la población cantonal. Por su parte, Puntarenas y Limón mostraron un 6% en esa distribución. En el primer caso destacó el cantón de Osa con un 8%, mientras que en la otra provincia, el cantón de Pococí mostró un 7% de población con discapacidad en el conjunto de la población de ese lugar.

Las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Heredia se acercaron al promedio nacional con un 5%. En San José, el cantón de Turrubares agrupó a la mayor proporción de población con discapacidad (9%), seguido de Acosta y Puriscal, ambos con un 7%. En el caso de Alajuela, con excepción de cuatro cantones que mostraron un 5%: Central, Atenas, Naranjo y Los Chiles, los otros once obtuvieron 6% en la distribución del segmento poblacional en estudio.

En los cantones de Jiménez y Turrialba en Cartago, destacó la mayor proporción de población con discapacidad (6%) en esa provincia. En Heredia el cantón que sobresalió fue Sarapiquí con un 6%.

Al considerar la distribución de la población según estado civil, se deben tomar en cuenta factores extrínsecos que pueden afectar ese comportamiento: el equilibrio entre los sexos, la estructura por edad de la población y el aumento en la esperanza de vida, pues esa última condición se asocia con la proporción de personas en viudez.

En el censo del año 1927 la situación conyugal de la población de Costa Rica mostró diferencias con respecto a quienes presentaron alguna discapacidad. En ese año se observó que, del total de personas unidas en el país, un 0,28% presentó alguna discapacidad, mientras que cerca de un 1% de los que no presentaron ligamen correspondió a personas con discapacidad.

En 1927 la distribución de la discapacidad no fue homogénea para ambos sexos. En la población masculina el 1% de quienes estuvieron en unión conyugal fueron individuos con discapacidad. En el caso de las mujeres en unión, el 0,1% presentaba discapacidad. La prevalencia de discapacidad fue por lo tanto mayor en los hombres unidos que entre las mujeres unidas. Con respecto a quienes permanecieron sin ligamen en ese año censal, la proporción fue de un 1% en ambos sexos.

En el año 2000, del conjunto de población que estuvo casada o unida un 6% presentó alguna discapacidad. Del grupo de individuos solteros, viudos, divorciados o separados, un 7% presentaba discapacidad. Acerca del estado conyugal por sexo, la situación fue la siguiente en el 2000: un 7% de los hombres que se mantuvieron en unión presentaron alguna discapacidad, en el caso de las mujeres en unión el porcentaje de discapacidad fue de 5%. En el 2000 el 6% de los hombres no unidos y el 8% de las mujeres no unidas presentaron alguna discapacidad (Tabla #9).

3.4.3 Características socioculturales y laborales de la población con discapacidad

La aproximación a algunas características socioculturales de la población objeto de estudio se logró mediante la medición del alfabetismo y el nivel educativo. Los datos que se exponen a continuación hacen referencia a esas características.

En el censo de 1927, un 48% de la población de Costa Rica sabía leer y escribir, un 25% no sabía leer ni escribir y el resto de los habitantes no declaró esa condición. Un 40% de costarricenses tenía algún grado educativo, un 57% no declaró y un 3% dijo no tener ninguno. Esos datos permiten una aproximación a las condiciones de alfabetismo y escolarización, donde cerca de la mitad de la población del país reunía esas condiciones.

Del conjunto de la población del país que sí sabía leer y escribir en aquella época un 0,2% presentó alguna discapacidad. En el caso de quienes se declararon analfabetos, una cifra cercana al 1% se registró como ciego, sordo, mudo o demente (Tabla #10). Por otra parte, de la población inscrita en primaria solo un 0,2% presentó alguna discapacidad y de quienes asistieron a la secundaria solo un 0,1% tuvo esa condición. Esos datos refieren la poca o escasa incorporación al sistema educativo de ese segmento en relación con el conjunto de la población del país (Tabla #11).

En el registro del año 2000, el 81% de la población costarricense sabía leer y escribir, un 9% no lo hacía y el otro grupo reunió a niños de 0 a 4 años. Las personas que declararon algún grado de educación fueron el 84% de los censados y un 16% fue población donde no aplicó ese descriptor.

En esa fecha censal, del conjunto de la población del país, la proporción de personas con discapacidad que sabía leer y escribir fue de un 5%, mientras que la proporción de personas analfabetas con discapacidad fue de un 11,6%. Con respecto al nivel de instrucción, un 6,5% de los individuos inscritos en primaria presentaron esa condición y para cada uno de los niveles de kínder, secundaria, parauniversitaria y universitaria se registraron cifras entre 3% y 3,5% de personas con discapacidad.

Esa información reveló las posibilidades de incorporación de la población en estudio al sistema educativo costarricense a fines del siglo XX, lo que cambió el panorama que caracterizó el año 1927.

Al cierre del siglo XX, los esfuerzos de distintos actores individuales y sociales y la legislación puesta en práctica –que culminó con la promulgación de la Ley #7600 (1996) – tuvieron sus efectos en ese segmento de la población costarricense para acceder al sistema educativo.

Con respecto a la estructura ocupacional del país, las dos fechas censales puntuales retratan dos momentos de su desarrollo. Por una parte, en la década del veinte, una Costa Rica donde los oficios agrícolas eran predominantes y los sectores de servicios, artesanal y de transportes, muy ligados al ámbito agropecuario. Por otra, un país con una fuerza laboral, donde las actividades en servicios caracterizaron el fin de siglo.

Al observar las ocupaciones de la población en estudio para las dos fechas censales se constató que en esos dos momentos el sector agropecuario fue el más connotado.

En el año 1927, en el sector agrícola, en el área de transporte y en el grupo de personas sin oficio se ubicaron cifras cercanas a un 1% de población con discapacidad, mientras que en los demás sectores, la proporción fue inferior a ese porcentaje.

A fines del siglo XX, el detalle de las ocupaciones mostró a la población estudiada incorporada a la fuerza laboral del país, donde además del sector agropecuario (7,7%), destacaron los oficios no calificados con un 5%, lo que ubicó a esas personas en un nivel bajo en el extremo de la estructura ocupacional. También se constató que ese segmento poblacional laboró en otras áreas como fueron: artesanal, industria y manufactura (4%), ventas y servicios (4%), operación y montaje de máquinas (3%) y en trabajos de nivel técnico y profesional (3%). La tabla #12 ofrece la información detallada para los dos registros censales.

3.5 Jefatura de hogar en la población con discapacidad

Las cifras de 1927 registraron un 0,53% de los hogares de Costa Rica encabezados por personas con discapacidad. Al cierre del siglo XX, un 8% de los hogares eran jefeados por una persona con discapacidad, como se aprecia en la tabla #13.

Para el segmento poblacional en estudio, en las dos fechas censales se observó una mayor proporción de discapacidad en mujeres como cabezas de hogar. En 1927 esa proporción fue cercana a un punto (0,6%) y la cifra en el 2000 mostró a un 10,3% de mujeres jefas de hogar con discapacidad, situación probablemente asociada con fenómenos sociodemográficos, por ejemplo, la sobrevivencia femenina y el cambio en el patrón de unión y disolución de parejas, en el caso del registro de fin de siglo. En la tabla #14 se ofrecen los datos para ambas fechas, donde también se constata una proporción importante de jefes de hogar en edades superiores a los 65 años. A partir de ese rango de edad, fue en aumento la proporción del número de hogares a cargo de jefes con discapacidad en el año 1927. En el censo del 2000, tanto en las mujeres como en los hombres cabezas de hogar, la proporción alcanzó valores superiores al 8% a partir de los 45 años, tal y como se observa en la figura #2.

Con respecto al estado civil, en 1927 la proporción de los jefes y jefas de hogar con discapacidad representó el 1% de los no unidos, dato asociado con la condición de viudez. En el censo del 2000, la proporción de hombres y mujeres cabezas de hogar con discapacidad representó un 7% de quienes estuvieron en unión conyugal y un 11% de quienes no permanecían con algún lazo marital. En esa fecha censal, al igual que en 1927, tanto los jefes como las jefas de hogar enfrentaron su condición de discapacidad en la viudez, pero, además, en el año 2000 las disoluciones de las uniones y la soltería mantuvieron a ese segmento poblacional sin compañía.

Por otra parte, en el año 1927 la proporción de jefes de hogar con discapacidad en la estructura ocupacional mostró a un 1% dentro del grupo que no declararon oficio y a un 2% de aquellos que se declararon sin oficio. En las demás labores la proporción fue inferior a uno. Con respecto a la condición laboral de los jefes de hogar, la proporción fue de un 2% en aquellas personas que no declararon categoría ocupacional. En las demás condiciones fue menor a uno.

En el año 2000, con respecto a los grupos de ocupación, la proporción de aquellos jefes de hogar en los que no aplicó el descriptor fue la más alta, con un 17%, seguido del sector agropecuario y

pesca, con un 8%, para luego mostrar una proporción de un 6% en ocupaciones no calificadas, condición que los colocó en situación de vulnerabilidad social. Acerca de su condición laboral, destacó una proporción de un 12% en trabajo familiar y un 6% como trabajador por cuenta propia. En las categorías de patrono y asalariado la proporción fue de 4% en ambas. La información señalada devela la precariedad de esa población en el mercado laboral.

Sobre la estructura de hogares, el detalle corresponde al año 2000⁴², donde se observó una mayor proporción de hogares de jefes con discapacidad en los de tipo unipersonal con un 13%, seguido de los hogares colectivos (10,7%), luego un 9,9% en los no conyugales y un 6,3% en los conyugales. En la figura #3 se aprecia la distribución respectiva, datos que denotan la laxitud y debilidad de los lazos de parentesco en el segmento en estudio.

Dentro de ese conjunto de hogares, se identificaron como más vulnerables los que estaban en condición de hacinamiento (7%), donde la proporción de discapacidad fue de un 8% los encabezados por mujeres y de un 6% aquellos a cargo de hombres.

3.6 Características generales de la vivienda

La vivienda constituye un soporte material para un conjunto de actividades individuales, sociales y familiares, y a la vez resulta una mercancía y un bien de consumo.

Entre los dos censos de inicios y fines del siglo XX, se han podido apreciar algunos cambios con respecto a la estructura por sexo, edad, estado civil, localización espacial, alfabetismo, escolaridad y ocupaciones del conjunto de la población con discapacidad. Acerca de las condiciones de vivienda solo se tuvo el retrato de las condiciones en que vivió la población en el año 2000⁴³.

En Costa Rica, en el año 2000, el 59% de las personas cabezas de hogar habitaban en una casa propia y un 12% se encontraba pagando su vivienda. Es decir, más del setenta por ciento eran dueños de su casa. El 16% alquilaba, un 10% vivía en casa cedida y un 2% en precario.

En relación con el conjunto de los jefes de hogar del país que tenía casa propia, la proporción del segmento en estudio fue de un 10% y un 5% de las cabezas de hogar formó parte de quienes estaban pagando su vivienda. De aquellos que alquilaban la vivienda, un 5% eran jefes en condición de discapacidad. En el grupo de personas a las que les prestaban la casa para vivir, un 9% eran jefes en esa condición y de los que vivieron en precario, un 9% de los jefes del segmento en estudio formó parte de ese grupo. La situación de ese segmento poblacional fue vulnerable, al constatar una proporción importante de hogares que vivieron en precarios en ese año.

Por otra parte, el 63% de los hogares del país tenían su vivienda en buen estado, un 26% ocuparon casas en estado regular y un 11% en mal estado. La proporción de hogares a cargo de jefes con discapacidad con respecto a esa distribución fue la siguiente: un 7% habitó en casas en buen estado, un 10% vivía en las casas que estaban en condición regular y un 13% en las que se encontraban en mal estado.

⁴² Sólo con el examen de los padrones originales se podría identificar la estructura de hogar en 1927.

⁴³ Aunque en el registro de 1927 se consignó en la boleta original el dato acerca si se era propietario de casa o no, en la base de datos no está disponible esa información.

Como ya se señaló, el segmento de los hogares en estudio presentó una condición vulnerable con respecto a las viviendas, circunstancia que se vio reforzada con la situación de hacinamiento que presentaron esos hogares. En el país, el hacinamiento fue de un 9% y en el caso de los hogares de los jefes con discapacidad la proporción fue de un 7%. La situación de hacinamiento no fue homogénea por zonas de residencia: un 8% de quienes vivieron en la zona rural dispersa eran jefes de hogar con discapacidad, un 7% correspondió al área rural concentrada y en los casos de la zona urbana y periferia urbana la cifra fue de 6%. Los datos mostrados constatan la vulnerabilidad en esos hogares.

Acerca de los artículos electrodomésticos disponibles en esos hogares, la situación fue la siguiente. Con respecto al uso de combustible para cocinar, un 15% de los hogares del país que usaron leña o carbón con ese propósito correspondió al segmento de hogares en estudio. En el caso de otros aparatos electrodomésticos (refrigeradora, lavadora, televisor, teléfono, microondas, computador), la proporción de los hogares que sí tuvieron esos objetos en cada caso fue menor al 10%. Las tablas #14 y #15 ofrecen esos datos.

3.7 Tipos de discapacidades en los censos de población de 1927 y del 2000

Como se indicó en las páginas precedentes, las cuatro discapacidades que se registraron en el censo de 1927 fueron: ceguera, sordera, mudez y demencia. La distribución porcentual de la población que declaró alguna discapacidad se representó en la figura #4. Como se observa en 1927, el mayor porcentaje correspondió a las personas que declararon sordera (51%), seguido de quienes tuvieron demencia (23%), luego mudez (14%) y de último ceguera (12%).

El registro del año 2000 presentó un panorama más diverso, con respecto a las discapacidades declaradas por la población en el año censal de 1927. En el 2000 las discapacidades registradas fueron: ceguera parcial o total, sordera parcial o total, retardo mental, parálisis y amputación, trastorno mental y otras, como se muestra en la figura #4.

La distribución porcentual en ese año mostró en primer término la ceguera (31%) como causa de discapacidad. En "otras condiciones" se agrupó: enfermedad pulmonar obstructiva, fibrosis quística, labio leporino, mudez y epilepsia, grupo que ocupó el segundo lugar en la distribución porcentual (27%). La parálisis y la amputación (14%) resultaron ser la tercera causa de discapacidad en el país en el año 2000. Reunió a personas con parálisis cerebral, dificultad física por poliomielitis, artritis severa, malformación congénita, pacientes con mal de Parkinson y con amputación.

La sordera dejó de ser tan significativa en el año 2000 (13%) como lo fue en 1927, mientras que el retardo mental (9%) agrupó a las personas con síndrome de Down y todos los grados de retardo mental conocidos. En el caso del trastorno mental (6%) el censo incluyó: psicosis, esquizofrenia, neurosis, demencias y depresión permanente (INEC, 2000, p. 24).

Con respecto a las discapacidades por sexo, no se presentaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, tanto en el censo de población de 1927, como en el del año 2000. En la figura #5 se observa el detalle para la primera fecha censal. Los datos para el fin de siglo se muestran en la

figura #6, donde destacó el grupo de “otras enfermedades”, ahí el porcentaje fue mayor para las mujeres. Esa variable no se pudo desagregar en las seis condiciones de salud que reunió.

En 1927, la condición de sordera no mostró mayores diferencias con respecto los grupos de edad menores a los sesenta años, después de esa edad tomó importancia. En el caso de la demencia y la mudez, estas se presentaron en población en edad activa. La ceguera tuvo el mayor registro en población de 75 y más años, como se constata en la figura #7.

En el censo del 2000, el porcentaje de ciegos y sordos aumentó conforme tenían más edad. En el caso del retardo mental, este se presentó, en mayor porcentaje, en la población menor de 25 años. Las personas parálíticas y amputadas y las que padecían de trastorno mental se distribuyeron en forma similar en todos los rangos de edad. Aquellas que presentaron otras enfermedades tuvieron un peso relativo menor con respecto a otro tipo de discapacidades, eran un menor porcentaje a partir de los 75 años. El detalle se encuentra en la figura # 8.

4. CONCLUSIONES

El concepto de discapacidad empleado en el diseño de las boletas censales del siglo XX asoció al segmento poblacional que presentó esa condición con la enfermedad y la deficiencia, y con la vulnerabilidad y la marginalidad social.

En las boletas censales de 1927 y del año 2000 la deficiencia fue el criterio empleado en el ítem de discapacidad para el levantamiento de la información, aunque fue distinto el contexto sociohistórico en que fue formulado el concepto. En la primera fecha censal, la discapacidad fue considerada un problema individual causado por una patología (paradigma biologista).

En el segundo momento, solo se consideró la deficiencia (el tipo y grado de pérdida o anomalía de estructuras o funciones fisiológicas) y no se utilizaron los otros dos componentes de la discapacidad en la conceptualización vigente: la limitación en la actividad (tareas vitales) y la restricción en la participación (aspectos facilitadores o de barrera del ambiente físico-social y personal). Ese aspecto determinó los resultados del recuento de ese segmento poblacional en cada fecha censal. En un primer momento restringido a cuatro categorías y al cierre del siglo XX ampliado a seis.

El diseño y levantamiento de los censos de población del siglo XX tuvo lugar en el contexto de dos regímenes de bienestar diferentes: el liberal (1870-1940's) y el estatal-proteccionista (1949-2000), etapas donde se construyó un concepto de discapacidad para cada momento y surgió una institucionalidad que transitó de la asistencia a la universalización de prestaciones y servicios sociales básicos destinados a la atención del conjunto de la población y al segmento específico estudiado. La fase de declive en la calidad y en la sostenibilidad de la prestación de servicios del régimen estatal-proteccionista que tuvo lugar en las últimas décadas del siglo XX coincidió con la promulgación de la Ley #7600, “Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” (1996), cuya aplicación en programas requirió de inversión social.

Los datos censales develaron la relación de la discapacidad con otros ejes de inequidad, como la pobreza y la exclusión, en particular, en el acceso a bienes y servicios, tales como la educación, la vivienda y el trabajo.

Los datos confirmaron el binomio envejecimiento-discapacidad que otros estudios ya han sustentado. Al respecto se señala:

- a) En las dos fechas censales la proporción de personas de 60 años y más fue el grupo más connotado con discapacidades con respecto a otros grupos de edad, donde destacaron las discapacidades sensoriales como la visual y auditiva.
- b) El envejecimiento demográfico reportado en el de fin de siglo con un 5,6% de personas mayores de 65 años mostró a ese rango de edad con una mayor prevalencia de discapacidades. En el grupo de personas con 60 años y más reportado en este trabajo, el dato que se mostró llegó al 22% de personas de ese grupo registrado con discapacidades, lo que pone de relieve la relación entre cantidad y calidad de años vividos. La ausencia en esa fuente de información acerca del grado de severidad de la discapacidad impidió un acercamiento preciso a esa relación.
- c) En el censo del año 2000 la proporción de hogares unipersonales (13%) y colectivos (11%) mostró la fragilidad de los vínculos de parentesco en ese grupo poblacional con respecto al conjunto de los hogares de Costa Rica, si consideramos, además, que la proporción de hogares con jefe o jefa adulto (a) mayor con discapacidad fue de un 23%.
- d) El análisis diferencial entre quienes presentaron una discapacidad por vejez y aquellos que envejecieron y además convivieron toda o parte de su vida con una discapacidad no fue viable con los datos disponibles en las fuentes consultadas. Un análisis desde esa perspectiva llevaría a una aproximación acerca de los rasgos que configura el proceso de envejecimiento para cada discapacidad.

5. REFERENCIAS

- Araya, F., Mora, Z. y Serrano, S. (1993). *Participación de la familia en el proceso de rehabilitación del niño y el adolescente con distrofia muscular*. TFG, Universidad de Costa Rica.
- Arriaga, E. (s. f.). *El uso de datos censales en el análisis de discapacitados*. Universidad Nacional de Córdoba: Argentina. Recuperado de www.redaultosmayores.com.ar/buscador/.../SALUD077_Arriaga.pdf.
- Behm, H. y Guzmán, J. M. (1979). *Diferencias socioeconómicas del descenso de la fecundidad en Costa Rica, 1960-1970*. CELADE. Séptimo Seminario Nacional de Demografía: Costa Rica.
- Benítez Zenteno, R. (2004). Transición demográfica en América Latina. Tendencias y consecuencias sociales. Recuperado de <http://www.inapam.gob.mx/Transicióndemograficaenaméricalatina.pdf>
- Blanco, E. y Sánchez Salcedo, A. M. (2006). Enfoque de la discapacidad en los organismos internacionales. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* # 65. Recuperado de http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/65/Est03.pdf

- Cáceres, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio. Revista electrónica de audiolología*, 2 (3) p. 74-77. Recuperado de <http://www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf>
- Cáceres Rodas, R. (2004). Estado de salud físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica. *Población y salud en Mesoamérica*, 1 (2) Artículo 3. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/revista>
- Caja Costarricense de Seguro Social (2002). Hospital Nacional Psiquiátrico. Memoria.
- Centeno, F. (1941). La Escuela de Enseñanza Especial (Su origen, finalidad, organización y funcionamiento). San José: Imprenta Nacional.
- Chackiel, J. y Palut, R. (1994). América Latina. Tendencias demográficas con énfasis en la mortalidad. *Notas de población*. (Chile) XXII n. 60.
- Censo de población de Costa Rica, 1864. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/bvp/censos/1864/1864c06-cr.pdf>
- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (1994). *Población con discapacidad registrada entre enero de 1990 y junio de 1994*. El Consejo: Costa Rica.
- Costa Rica. Asamblea Legislativa. Asesoría Presidencial para los asuntos de población con discapacidad (1998). Ley 7600 sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial: Costa Rica.
- Dirección General de Estadística y Censos. Anuarios Estadísticos (1907-2000).
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía y Hacienda (1953). Censo de Población (22 de mayo 1950). DGEC: Costa Rica.
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía y Hacienda (1974). Censo de población de 1973. DGEC: Costa Rica.
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía y Hacienda (1985).
- Encuestas de hogares de Costa Rica. Recuperado de <http://encuestas.ccp.ucr.ac.cr/metodo/concepto.htm>
- Fernández, X. y Robles, A. (Coordinadores). (2008). Informe estado de la situación del adulto mayor en Costa Rica. San José: Costa Rica, sn, 2008. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/espam.html>
- García, E. y otros (2006). *Daño, discapacidad, minusvalía. Análisis del enfoque asistencial*. Curso anual de auditoría médica. Recuperado de <http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Discapacidad.pdf>
- Guerrero Arguedas, J. (1928). Introducción. Oficina Nacional del Censo N° 974. San José, 27 de febrero de 1928. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/censos/1927/introduccion.htm>
- Guimarães, A. (2008). Historia, paradigmas y modelos de atención de salud: reflexiones desde la perspectiva brasileña. *Diálogos. Revista Electrónica*, Número Especial, 412-424. Recuperado de <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/dialogos.htm>
- González, E. (1991). Evolución Histórica de la población de Costa Rica 1840-1940. UNED: Costa Rica.
- INCIENSA (2000). *Centro de registro de enfermedades congénitas. Prevalencia de enfermedades congénitas por provincias y cantones. Costa Rica 1987-2000*. Tres Ríos, INCIENSA: Costa Rica.
- INS Estadísticas del Instituto Nacional de Seguros (INS). Recuperado de <http://www.portal.ins-cr.com>

- Jiménez, R. (1967). Proyección de la población de Costa Rica por sexo y grupos de edad 1965-1990. *Revista de Estudios y Estadísticas*, n°8.
- Jiménez Castro, W. (1956). *Migraciones internas en Costa Rica*. Capítulo V: Unión Panamericana: Washington.
- Lachner, V. (1902). Apuntes de higiene pública, organizaciones, instituciones y profesiones relacionadas con ese ramo. *Revista de Costa Rica en el siglo XIX*. Tomo I.
- Ley #24. Creación de la Secretaría de Salubridad Pública del 3 de junio de 1927. Recuperado de <http://www.pgr.go.cr/SCIJ/>
- Ley #61. Ley constitutiva de la Escuela de Enseñanza Especial del 15 de marzo de 1944. Recuperado de <http://www.pgr.go.cr/SCIJ/>
- Ley #2171 del 30 de octubre de 1957. Ley del Patronato Nacional de Ciegos. Recuperado de <http://www.pgr.go.cr/SCIJ/>
- Ley #2160 del 25 de setiembre de 1957. Ley Fundamental de Educación. Recuperado de http://www.pgr.go.cr/scij/index_pgr.asp (El artículo 27 fue reformado con la Ley 7600 del 2 mayo de 1996)
- Ley #5347. Ley de creación del CNREE de 11 de noviembre de 1973. Recuperado de http://www.pgr.go.cr/scij/index_pgr.asp
- Malavassi, P. (2003). *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*. Editorial de la Universidad de Costa Rica: Costa Rica.
- Marín, J. (1995). De curanderos a médicos: una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica 1800-1949. *Revista de Historia*, 32 UCR-UNA: Costa Rica.
- Marín, J. (2000). *Civilizando a Costa Rica: la configuración de un sistema de control de las costumbres y la moral en la provincia de San José, 1860-1949*. Bellarbare: Costa Rica.
- Marín, J. (2007). *Prostitución, honor y cambio cultural en la provincia de San José de Costa Rica 1860-1940*. Editorial Universidad de Costa Rica: Costa Rica.
- Martínez, J. (2007). Regímenes del bienestar en América Latina. Fundación Carolina. Recuperado de http://www.fundacioncarolina.es/es_Es/publicaciones/.../DT11.pdf
- Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Organización Panamericana de Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud (2004). La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas. OPS: Costa Rica. Recuperado de www.bvs.sa.cr/php/situacion/discapacidad.pdf
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Planificación del Trabajo (1997). *Apuntes sobre personas con discapacidad*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: Costa Rica.
- Molina, I. y Palmer, S. (editores). (1994) *El paso del cometa: estado, política social y cultura popular en Costa Rica 1800-1950*. Editorial Porvenir: Costa Rica.
- Molina, I. y Palmer, S. (editores). (1996). *La voluntad radiante: cultura impresa, magia y medicina en Costa Rica 1897-1932*. Editorial Porvenir: Costa Rica.
- MOPT. Estadísticas del Ministerio de Obras Públicas y Transportes. Recuperado de <http://www.mopt.go.cr>
- Murillo, S. (1992). *Evolución histórica conceptual y práctica de la rehabilitación en Costa Rica (1940-1990)*. Tesis SEP. Universidad de Costa Rica.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2001). Clasificación Internacional de Funcionamiento Discapacidad y Salud (CIF). Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42419/1/9243545426.pdf>
- OPS (2004). *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. OPS: San José. Recuperado de <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf>
- ONU (2012). La ONU y las personas con discapacidad. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y20.htm>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). Temas de salud. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Ortiz, R. (1996). Memorias del Hospital Nacional de Niños. Dr. Carlos Sáenz Herrera y su asociación. San José: Asociación Pro-Hospital Nacional de Niños.
- Pérez, H. (1978). Las variables demográficas en las economías de exportación: el ejemplo del valle central de Costa Rica (1800-1950). *Avances de Investigación* (7) CIH-UCR: Costa Rica n. 7.
- Pérez, H. (s. f.). América Latina en la transición demográfica 1800-1980. *Población y salud en Mesoamérica*, 7, (2) archivo 1 enero-junio 2010. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/7/7-2/7-2-1a/index.htm>
- Ramírez, O. (1998). Factores determinantes de los arreglos de convivencia de la población adulta mayor. Tesis. Universidad de Costa Rica.
- Robles, A. (1986). Patrones de población en Costa Rica. *Avances de Investigación* #14. CIH-Universidad de Costa Rica.
- Robles, A. (2005). Cambio demográfico, inversión social y diferencias generacionales en Costa Rica. *Notas de población* (Chile) n. 82 (2005): 69-94. Recuperado de <http://www.ccp.ucr.ac.cr/bvh>
- Rodríguez, M. (1991). Reseña Histórica. Hospital Nacional Siquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres. Recuperado de www.binass.sa.cr/bibliotecas/hhp/textos/rhistoriahnp.pdf
- Rojas, M. y Villalobos, M. (1995). *Discapacidad y familia*. Tesis. Universidad de Costa Rica.
- Rosero, L. (1978). *Dinámica demográfica, planificación familiar y política de población en Costa Rica*. CONAPO: Costa Rica.
- Rosero, L. (1979). *El descenso de la natalidad en Costa Rica*. CONAPO. Asociación Demográfica Nacional: Costa Rica.
- Rosero, L. y otros (2000). Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/manuscritos/nicasmigra/InforNicamigra.pdf>
- Rosero, L. (2004). La explosión demográfica en Costa Rica. Cuadro 1. *Costa Rica en el siglo XX* Tomo II Editorial UNED. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/demografia/rosero23.pdf>
- Schkolnik, S. (2009). América Latina. Discapacidad a partir de los censos y otras fuentes. Seminario Taller “Los censos de 2010 y la salud” CELADE-CEA-CEPAL-UNFPA: Santiago de Chile. Recuperado de http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/37635/UNFPA-Susana_Schkolnik_2.pdf
- Tribunal Supremo de Elecciones (2005). Proceso electoral costarricense accesible a personas con discapacidad y adultas mayores. TSE: Costa Rica.
- Torrado, S. (1997). Vivir apurado para morir joven (Reflexiones sobre la transferencia intergeneracional de la pobreza). En: Otero, Hernán y Guillermo Velásquez

(compiladores). Poblaciones argentinas: Estudios de demografía diferencial PROPIEP. Programa conjunto del Instituto de Estudios Histórico Sociales “Profesor Juan Carlos Grosso y del Centro de Investigaciones Geográficas: Argentina.

Vargas, O. (1998). Ley #7600, igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. *Revista costarricense de Trabajo Social*, (7). Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica: Costa Rica.

Viales, R. (ed.) (2005). *Pobreza e historia en Costa Rica: determinantes estructurales y representaciones sociales del siglo XVII a 1950*. Editorial Universidad de Costa Rica: Costa Rica.

Agradecimiento

Agradezco la lectura de la primera versión (2010) de este documento al M. Sc. Juan Carlos Vargas, profesor de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.

Ilustración #1



Campana publicitaria.
Diario de Costa Rica, miércoles 27 de abril de 1927, p. 8.

Ilustración #2

A photograph of a historical population census document from Costa Rica, dated 1927. The document is a large, multi-column table with handwritten entries. The header at the top reads "REPUBLICA DE COSTA RICA" and "CENSO GENERAL DE POBLACION". The table contains numerous columns of data, including names, addresses, and demographic information, all written in cursive handwriting.

Censo de poblaci3n de Costa Rica (1927).
Archivo Nacional de Costa Rica.

Ilustración #3



Campaña publicitaria.
La Nación, 6 de junio del 2000, p. 13.

Ilustración #4

8. ¿Tiene ___ alguna deficiencia permanente como ...

... ceguera parcial o total? 1

... sordera parcial o total? 2

... retardo mental? 3

... parálisis, amputación? 4

... trastorno mental? 5

Otra _____ 6
(Especifique)

No tiene. 7

Boleta censal.
IX Censo Nacional de Población, 2000.
Instituto Nacional de Estadística y Censos, p. 330.

Tabla #1.
Costa Rica: Distribución relativa de la población por grupos de edad y sexo (1927, 2000)

Característica	1927	2000
	(N=471 524)	(N=3 810 179)
Edad		
0-14	41	32
15-59	54	60
60 y más	5	8
% hombres	50	50

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927 y 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #2.
Costa Rica: Distribución relativa de la población por provincia (1927, 2000)

Provincia	1927	2000
San José	32	35
Alajuela	21	19
Cartago	15	11
Heredia	8	9
Guanacaste	11	7
Puntarenas	6	9
Limón	7	9
Total	100	100

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927 y 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.c>

Tabla #3.
Costa Rica: Número de cantones por provincia (1927, 2000)

Provincia	1927	2000
San José	17	20
Alajuela	11	15
Cartago	7	8
Heredia	8	10
Guanacaste	8	11
Puntarenas	4	11
Limón	3	6
Total	58	81

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927 y 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #4.
Costa Rica: Distribución relativa de la población por regiones, 1927

Región	%
Central	40
Alajuela-San Ramón	15
Turrialba-Reventazón	5
Pacífico Norte	18
Pacífico Sur	9
Norte	3
<u>Atlántica</u>	<u>8</u>
Total	100

Elaboración propia. Fuentes: Arodys Robles. Patrones de población en Costa Rica 1860-1930. Avances de Investigación #14 CIH-Universidad de Costa Rica, 1986. Censo de población de Costa Rica 2000. Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #5.
Costa Rica: Distribución relativa de la población por regiones, 2000

Región	%
Central	27
Alajuela-San Ramón	38
Turrialba-Reventazón	5
Pacífico Norte	8
Pacífico Sur	8
Norte	5
<u>Atlántica</u>	<u>9</u>
Total	100

Elaboración propia. Fuentes: Arodys Robles. Patrones de población en Costa Rica 1860-1930. Avances de Investigación #14 CIH-Universidad de Costa Rica, 1986. Censo de población de Costa Rica 2000. Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #6.
Costa Rica: Población con discapacidad (1927, 2000)

Característica	1927	2000
Población con discapacidad	1738	203731
Prevalencia de discapacidad	0,37	5,35

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000. Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #7.
Costa Rica: Prevalencia de la discapacidad por sexo y grupos de edad (1927, 2000)

Característica	1927	2000
Sexo		
Hombres	0,4	5,5
Mujeres	0,3	5,2
Edad		
0-14	0,1	2,2
15-59	0,4	4,9
60 y más	1,9	21,6

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #8.
Costa Rica: Prevalencia de discapacidad por provincia (1927, 2000)

Provincia	1927	2000
San José	0,4	4,9
Alajuela	0,5	4,8
Cartago	0,5	4,9
Heredia	0,2	5,4
Guanacaste	0,4	6,2
Puntarenas	0,4	7,0
Limón	0,3	6,1

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #9.
Costa Rica: Prevalencia de discapacidad por estado civil (1927, 2000)

Estado civil	1927	2000
Unidos	0.3	6.1
No Unidos	0.7	6.8

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #10.
Costa Rica: Prevalencia de discapacidad por alfabetismo (1927, 2000)

Sabe leer y escribir	1927	2000
Si	0,2	5,1
No	0,7	11,6

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #11.
Costa Rica: Prevalencia de discapacidad por nivel de educación (1927, 2000)

Nivel	1927	2000
Kinder/Preparatoria	-	2,7
Primaria	0,2	6,5
Secundaria	0,1	3,2
Parauniversitaria	-	3,5
Universitaria	-	2,7

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #12
Costa Rica: Prevalencia de discapacidad por sector ocupacional (1927, 2000)

Sector	1927	2000
Agropecuario	0,5	7,7
Transporte	0,8	-
Sin oficio	0,8	
Artesanal, construcción y manufactura	0,3	4,2
Hogar	0,3	-
Empresario y	0,3	-
Técnico y profesional	0,2	2,6
Ventas y servicios	0,1	4
Administrativo	0,1	2,4
No calificado	-	5,2
Maquinaria	-	3,2
Profesional y científico	-	2,1
Directivo	-	2,4

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #13
Costa Rica: Jefes de hogar con discapacidad (1927, 2000)

Característica	1927	2000
% hogares con jefe con discapacidad	0,5	8,1
Cantidad total de hogares	94793	960098

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #14.
Costa Rica: Proporción de jefes y jefas de hogar con discapacidad por sexo y grupos de edad (1927, 2000)

Característica	1927	2000
Sexo		
Hombres	0,5	7,5
Mujeres	0,7	10,3
Edad		
15-64	0,3	5,8
65 y más	2,6	23,2

Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #15.
Costa Rica: Prevalencia de discapacidad en la jefatura de hogar, según posesión de aparatos electrodomésticos en el hogar, 2000

Electrodoméstico	Hogar posee electrodoméstico	
	Sí	No
Refrigeradora	8	11
Lavadora	7	11
Televisión	7	13
Teléfono	7	9
Microondas	5	9
Computador	4	9

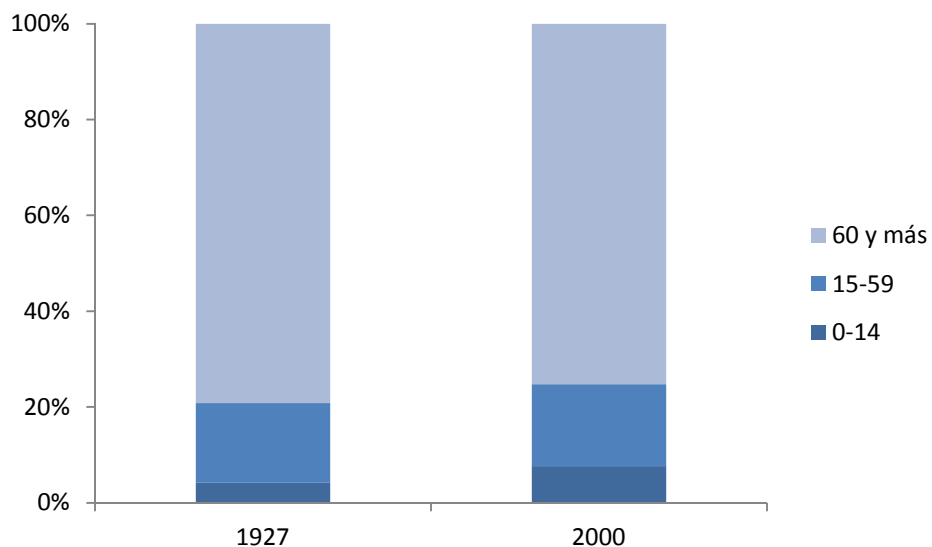
Elaboración propia. Fuente: Censo de población de Costa Rica 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Tabla #16.
Costa Rica: Proporción de la población con discapacidad, según tipo de combustible para cocinar disponible en el hogar (2000)

Tipo de combustible	Proporción
Leña o carbón	15
No cocina	14
Otro	12
Gas	8
Electricidad	7

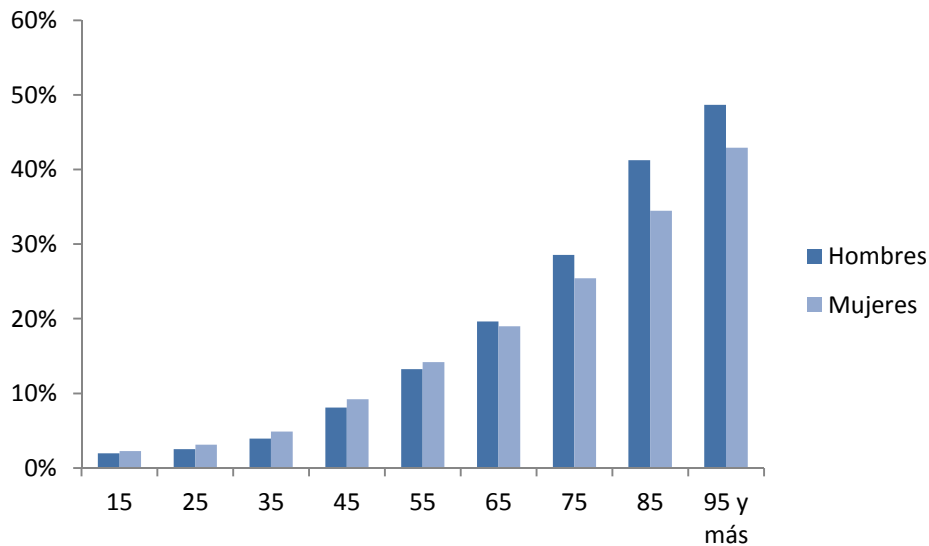
Elaboración propia. Fuente: Censo de población de Costa Rica 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #1.
Costa Rica: Proporción de la población con discapacidad por grupos de edad (1927-2000)



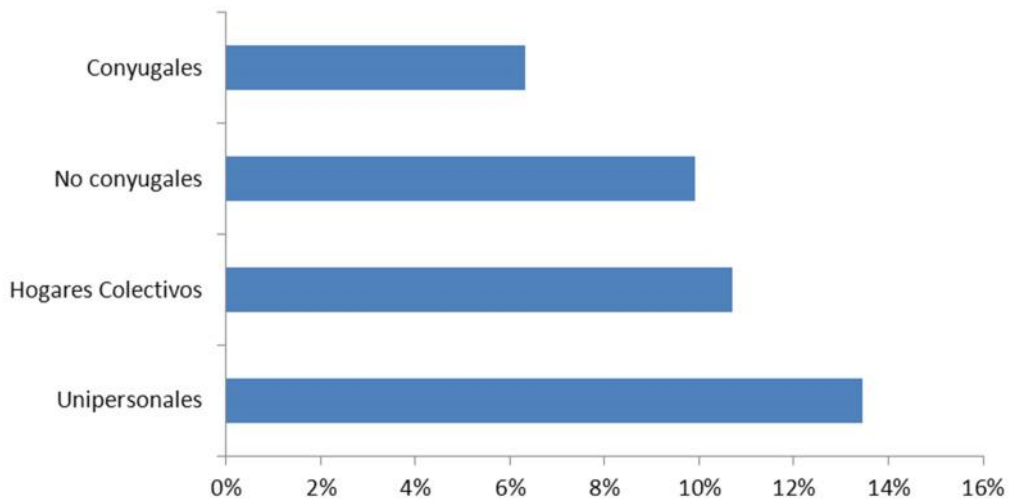
Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #2.
Costa Rica: Proporción de jefes de hogar con discapacidad por sexo y grupos de edad (2000)



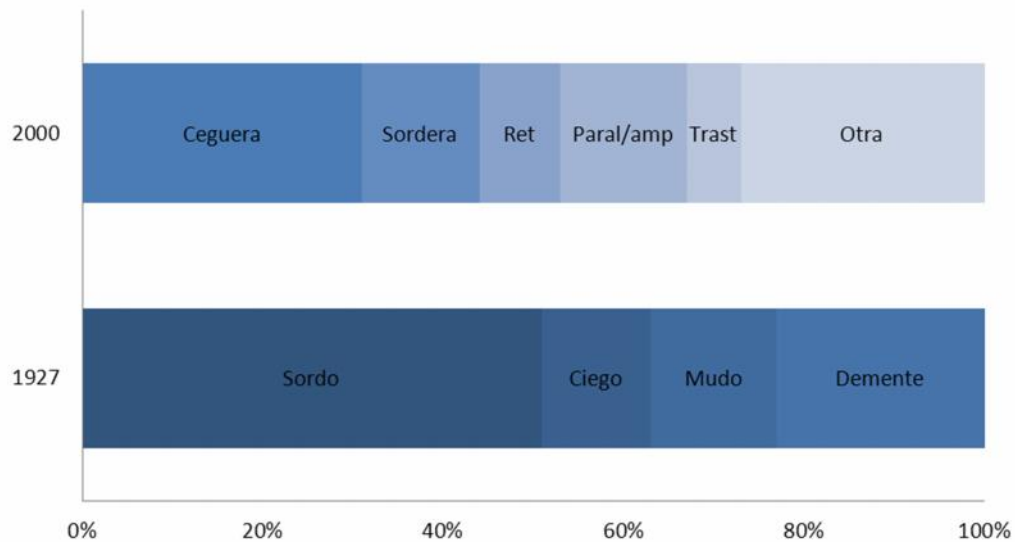
Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #3.
Costa Rica: Proporción de los hogares de jefes con discapacidad por tipo (2000)



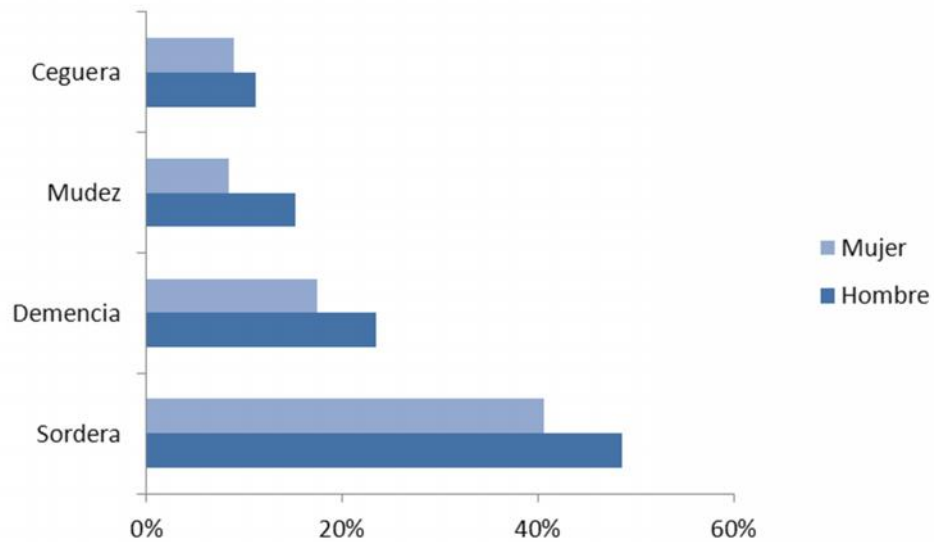
Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #4.
Costa Rica: Distribución relativa del tipo de discapacidad en la población (1927-2000)



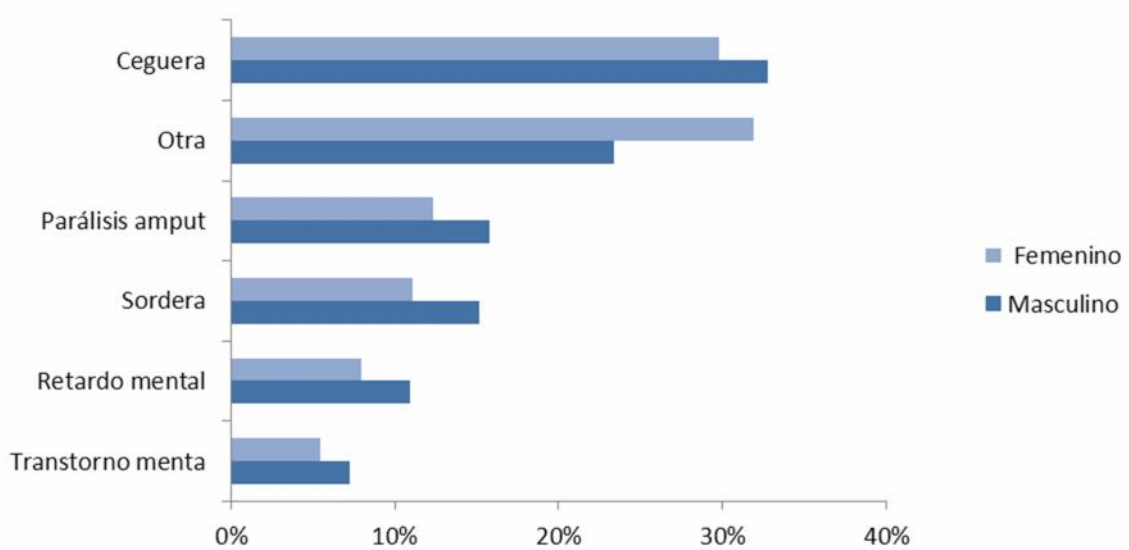
Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927, 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #5.
Costa Rica: Distribución relativa del tipo de discapacidad por sexo (1927)



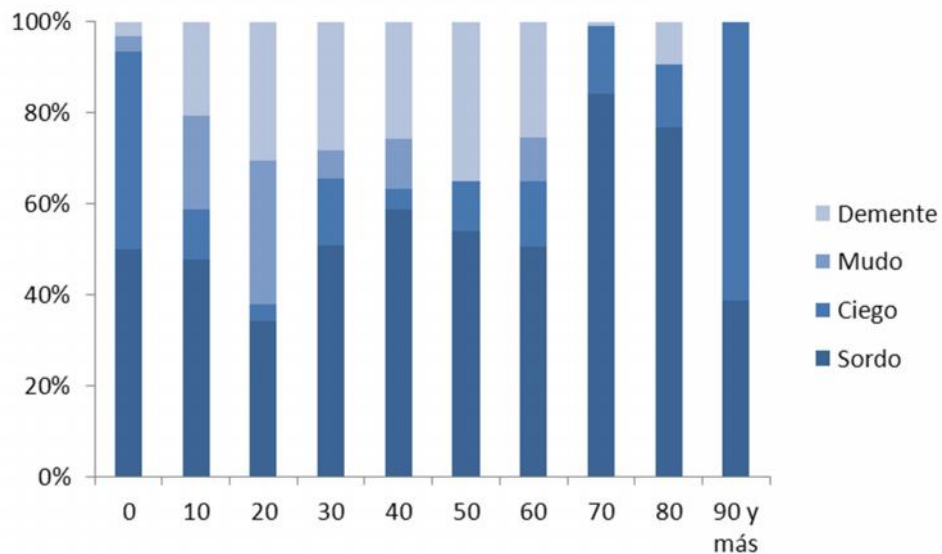
Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #6.
Costa Rica: Distribución relativa del tipo de discapacidad por sexo (2000)



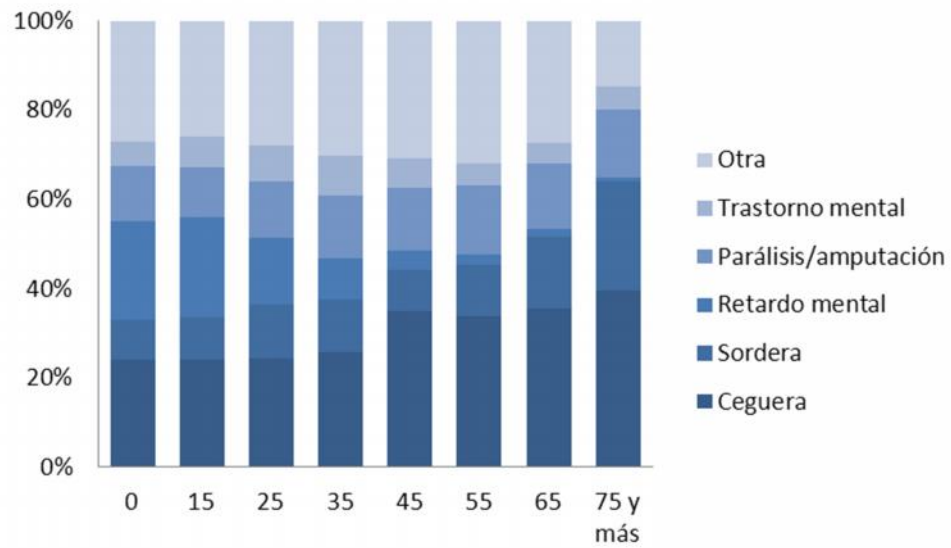
Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 2000.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #7.
Costa Rica: Distribución relativa del tipo de discapacidad por grupos de edad (1927)



Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 1927.
 Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>

Gráfico #8.
Costa Rica: Distribución relativa del tipo de discapacidad por grupos de edad (2000)



Elaboración propia. Fuente: Censos de población de Costa Rica 2000.
Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr>