



Percepciones de la población costarricense sobre la salud y los estilos de vida

INSTITUTO DE ESTUDIOS SOCIALES EN POBLACIÓN

OP'S 40

Setiembre 2005

ISSN 1659-0007

EQUIPO PROGRAMA ESTUDIOS DE OPINIÓN

Ana Lucía Bustos Vásquez
Raymi Padilla Vargas
Vilma Pernudi Chavarría
Irma Sandoval Carvajal
Norman Solórzano Alfaro

CONTENIDO

- 1 Salud y estilos de vida
 - a) Objetivos
 - b) Consideraciones metodológicas
- 4 I. Prácticas asociadas a estilos de vida saludable
- 5 II. Tiempo Libre y Actividad Física
- 5 III. Actitudes y prácticas de atención médica
- 6 IV. Hábitos de alimentación y control del peso
- 7 V. Servicios de Salud
- 8 VI. Resultados generales



30 aniversario

SALUD Y ESTILOS DE VIDA

Actualmente asistimos a un proceso de creciente complejidad de las relaciones entre los seres humanos, que está atravesado por los equilibrios tensionales y tensionados entre diversos sistemas: social, político, económico, cultural y ecológico, entre otros. Se trata, además, de un proceso de continuo cambio y transformación mediante el cual los seres humanos construyen y reconstruyen sus modos de vida, sus proyectos personales y societales, los cuales, en el mejor de los casos, están orientados al mejoramiento de su calidad de vida.

En ese contexto, cada vez más aparece la preocupación por los factores que pueden incidir en esa calidad de vida, de las personas y los colectivos sociales. Y un factor relevante es el estado de salud que gozan estos sujetos. Al respecto, la consideración sobre la salud de una población puede tener diversos abordajes:

- Desde una visión estática y reactiva, la salud se considera como un estado de partida, que si bien puede deteriorarse o perderse, no requiere mayor “inversión” o acción que aquella que demande una situación de crisis (enfermedad). Por tanto, salud es ausencia de (cuando mucho lucha contra las) enfermedades.
- Desde una visión dinámica y preventiva, se enfatiza en las acciones y estilo de vida que se asume como vía y facilitador de un estado saludable, cuya consideración trasciende la mera ausencia de enfermedad

e incluye una serie de aspectos (entorno, capacidad de desempeño, educación...).

En esa última orientación se inscribe el concepto que la Organización Mundial de la Salud ha acuñado sobre la salud, la cual concibe como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad. Además, hoy día, desde la sensibilidad de una sustentabilidad ecológica, se agrega que tal estado se logra si y solo se hace en atención al medio ecológico en que se desenvuelven los sujetos humanos concretos.

Asimismo, las situaciones adversas a las que pueden verse sometidos los seres humanos no son solamente de índole “natural”, como los llamados desastres naturales o las afecciones biológicas (enfermedades), sino que pueden ser de carácter social, cultural, económico, entre otros.

Por consiguiente, para lograr una comprensión cada vez más amplia y profunda del estado de salud de las personas y las poblaciones, debe hacerse un esfuerzo por lograr un abordaje multifactorial que de cuenta de la trasversalidad de dimensiones y enfoques psicológicos, políticos, sociológicos, ecológicos, demográficos, etc., considerando variables como estilos de vida, ingresos, dietas, hábitos, empleo, educación, estructura familiar, habitabilidad de las infraestructuras, saneamiento ambiental, entre otros

De esta manera, la discusión sobre los *estilos de vida* cobra realce en la medida que son una expresión sintética, teórica y operacionalmente determinable, en la

(continúa en página 3)

El objetivo del Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO-UNA) es promover y generar propuestas de transformación de las sociedades, mediante la investigación social en su contexto social, económico y político, en procura del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

En la búsqueda de condiciones de igualdad, justicia y equidad, la misión del IDESPO-UNA es la de contribuir con el desarrollo de la sociedad, produciendo y diseminando información estratégica de su población, mediante acciones académicas integradas, tanto en el contexto nacional como internacional.

De esta manera se busca cumplir con el objetivo específico de ofrecer a las instituciones públicas y privadas información estratégica sobre las variables demográficas, socioeconómicas y culturales que caracterizan el desarrollo de la sociedad costarricense.

El Programa de Estudios de Opinión constituye uno de los procesos académicos más sistematizados y antiguos que tiene el IDESPO-UNA. Dentro de este programa se realizan las encuestas de opinión de las series Pulso Nacional y Perspectivas Ciudadanas.

Una investigación sobre la opinión de la ciudadanía respecto del tema que sea, debe comprender, al menos, dos caras, a saber: por un lado, se trata de recuperar las percepciones y consideraciones de la ciudadanía como punto de partida para generar una opinión pública y, por otro lado, devolver a esa ciudadanía una información ciudadana que le sea oportuna, productiva y efectiva. Ambas caras constituyen lo que podemos denominar una opinión pública informada.

Una opinión ciudadana oportuna es aquella que es accesible cuando se requiere y está disponible en códigos descifrables por cualquier ciudadano o ciudadana. Es productiva cuando es susceptible de generar y movilizar procesos de toma de decisión, con criterios y orientaciones claras; y es efectiva cuando es verificable por cualquier persona y susceptible de producir y potenciar su incidencia política.

Esta es una publicación periódica del IDESPO-UNA, que comprende aproximadamente cinco números al año.

(viene de la portada)

que converge esa multiplicidad de factores. Además, en el campo de la salud, aporta un carácter dinámico a los procesos personales y sociales orientados a alcanzar aquel estado integral de bienestar.

La correlación entre estado de salud y estilos de vida saludable marca un proceso de reflexión y praxis que lleva a los sujetos a asumir activamente la responsabilidad por la propia salud y a las colectividades e instituciones a ordenar sus esfuerzos y recursos en esta materia, de manera racional y eficiente.

Además, la adopción de estilos de vida saludable supone un proceso comunicacional y educativo. No basta con brindar información sobre situaciones de riesgo para la salud (ej., campañas publicitarias contra el fumado), sino que es necesario generar estrategias culturales integrales para la adopción de nuevos patrones de conducta.

En esa medida, la mayor información de que disponemos hoy en día sobre los factores de riesgo para la salud deben insertarse en procesos de educación que lleven a reconocerlos y a crear un “sentido común” proclive a adoptar esos patrones de conducta. La educación para la salud, así como la implementación de servicios de salud, públicos, suficientes, de calidad, accesibles, son retos prioritarios en las estrategias para el desarrollo humano sustentable, en la medida que ofrecen una base para la ampliación de las capacidades de la población y el pleno desarrollo del potencial humano.

Todo esto supone, correlativamente, el impulso y realización de procesos de investigación con diversas orientaciones. Por eso, el Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), de la Universidad Nacional, desarrolla un estudio sobre la salud y los estilos de vida en la población costarricense; y lo hace desde las múltiples y diversas percepciones de la ciudadanía en este campo.

En este caso, para especificar el campo de estudio, los estilos de vida saludable que contribuyen al fortalecimiento y mantenimiento de un estado de salud, entendido de la forma en que se definió más atrás, están identificados con la incorporación de conductas referidas a la *buena alimentación*, la *realización de ejercicios* de forma regular y a procesos de *relación interpersonal* en entornos sociales y ambientales sustentables y de calidad.

Por ello, la consulta a la ciudadanía costarricense está referida a estas dimensiones y lo que nos ocupa en adelante es conocer, desde la opinión ciudadana, si los estilos de vida saludable son una práctica cotidiana entre la población costarricense.

a) Objetivos

- 1) Conocer la opinión de la ciudadanía en torno a su estado de salud y las prácticas personales y sociales que pueden estar incidiendo en este.
- 2) Determinar actitudes y prácticas saludables en que incurre la población costarricense.

b) Consideraciones metodológicas

La población de estudio estuvo conformada por todas las personas de 18 años y más, residentes en viviendas particulares con teléfono en el territorio nacional.

Se seleccionó una muestra aleatoria de teléfonos en forma sistemática. Las personas se eligieron mediante una muestra de cuota probabilística distribuida por sexo y grupos de edad (Cuadro A).

El tamaño de la muestra fue de 600 personas; tiene un error máximo de muestreo de 4% y un nivel de confianza del 95%. La información fue recolectada del 3 al 8 de agosto del 2005.

Cuadro A
Características personales de la población entrevistada
Agosto, 2005

Características	Porcentaje (n = 600)
SEXO	100.0
Hombre	50.0
Mujer	50.0
EDAD	100.0
18-24 años	20.0
25-34 años	27.5
35-44 años	22.5
45-54 años	13.3
55 años y más	16.7
ESTADO CIVIL	100.0
Soltero(a)	34.1
Casado(a)	47.2
Separado(a) y o Divorciado(a)	7.2
Unión libre	6.5
Viudo(a)	5.2
NIVEL EDUCATIVO	100.0
Ninguno	1.4
Primaria	31.4
Secundaria	39.1
Parauniversitaria	1.5
Universitaria	26.7

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

I. PRÁCTICAS ASOCIADAS A ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Iniciamos el recorrido consultando a la población costarricense acerca de las actividades que realiza con mayor frecuencia; así, se logró identificar que las actividades que realizan las personas entrevistadas (Cuadro 1) pueden ser agrupadas en tres categorías:

Actividades que implican “movimiento” y actividad física son:

- Caminatas al aire libre.
- Seguir algún programa de ejercicios.

Actividades espirituales y de relajación mental

- Leer algún libro que le guste.
- Práctica yoga.
- Prácticas espirituales.

Actividades de esparcimiento y recreación

- Pasear.
- Acudir a algún balneario.
- Acudir a algún lugar para cuidados físicos (spa, clínica).

Si se unen las frecuencias de realización “*todos los días*” y “*tres a cuatro días a la semana*” para las actividades correspondientes a estos tres grupos, se puede observar con mayor claridad aquellas prácticas que podrían estar asentadas como *hábito* en la vida cotidiana de las personas entrevistadas.

Cuando se observa la práctica de las actividades mencionadas en relación con el sexo de las personas entrevistadas, en cuatro casos hay diferencias estadísticamente significativas al 5%. Así, en la *práctica habitual de la lectura*, la realización de *prácticas espirituales* y el *consumo de vegetales* es mayor la incidencia cuando se trata de las mujeres; pero en el caso de la *práctica de algún deporte* se evidencia una mayor incidencia por parte de los hombres (Cuadro 2).

Estos datos evidencian que la construcción de género inclina el comportamiento de las mujeres a la realización de algunas prácticas socialmente asignadas al ámbito de lo “privado”.

Por otra parte, ante la pregunta de si los(as) costarricenses tienen un estilo de vida saludable, 87% de las personas entrevistadas opinan que estos(as) tienen *poca o ninguna* condi-

ción que les permita asumir estilos de vida saludable (Gráfico 1). Si se relaciona este dato con el grado de regularidad en la práctica de las actividades indicadas en el Cuadro 1, en el que las actividades realizadas “*una vez al mes o nunca*” en su mayoría constituyen porcentajes superiores al 40%, se pone en evidencia que las personas entrevistadas no están identificando en sus prácticas habituales formas que les permita mantener estilos de vida saludable.

Si se valora la información recopilada considerando la apreciación de las personas entrevistadas con respecto a si la población costarricense tiene estilos de vida saludable, se ve que, según el sexo, no existen diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, si se analizan en correspondencia con el nivel educativo, se observa una diferencia estadísticamente significativa al 5%, por cuanto a mayor nivel educativo en las personas entrevistadas existe una mayor consideración respecto a que los costarricenses presentan estilos de vida poco saludables. En términos porcentuales se puede observar, por ejemplo, que la población que posee un nivel de instrucción universitaria presenta una diferencia de más de diez puntos porcentuales respecto a los de nivel de instrucción más baja en esta categoría (Cuadro 3).

Al consultarle a las personas entrevistadas acerca de su entorno inmediato y la relación con el mantenimiento de una vida saludable, estas opinan, en alta proporción, que su entorno es favorable y que les permite acceder a niveles de vida sanos (Gráfico 2). Esto podría resultar contradictorio si se recuerda que anteriormente las personas habían mencionado en alta proporción que los costarricenses no poseen estilos de vida saludables; sin embargo, es relevante acotar en este aspecto que las personas presentan una tendencia a valorar de forma positiva su inmediatez, pero cuando vuelven la mirada a su propio núcleo familiar, laboral, vecinal, tienden a apreciar las situaciones de su realidad cotidiana de forma menos adversa. Es importante rescatar que no se presentan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad o nivel educativo de las personas entrevistadas ante tal apreciación.

Si se atiende a las razones por las cuales se considera que el entorno familiar es favorable, las personas entrevistadas establecen una relación con la visión ambiental que poseen. De esta manera, caracterizan sus diversos entornos como “*ambiente sano, limpio y libre de contaminación*” (31%); además, señalan la existencia de un “*ambiente tranquilo*” (15.5%). La unión de estos dos aspectos constituye cerca de 47% de las razones para establecer que el entorno favorece estilos de vida saludable; por tanto, la sensación de “tranquilidad”,

“limpieza”, “no contaminación” constituyen para las personas entrevistadas el mejor estado para poder acceder a ese tipo de estilos de vida (Cuadro 4).

Aunado a lo anterior se podría identificar un segundo grupo de razones relacionados con la práctica y realización de ejercicios (11.7%), con el acceso a instalaciones para realizarlos (13.7%) y la existencia de una buena alimentación (11.5%); estos factores aluden, en conjunto (37%), a espacios que facilitan una vida saludable (Cuadro 4).

Aquellas personas que tienen una percepción de su entorno menos positiva, justifican su posición con la no realización de ejercicios (17%), además por la falta de acceso a instalaciones deportivas (13.5%). Resulta relevante destacar que 18% de las razones están relacionadas con una sensación de inseguridad ciudadana, lo cual se observa si se agrupan las razones de “*el ambiente no es seguro, ni tranquilo*” (10%) con la “*presencia de drogas y conflictos sociales*” (8%), aludiendo así a un factor que obstaculiza los estilos de vida saludable en el entorno inmediato (Cuadro 4).

La concepción de entorno se podría decir que se amplía y escapa de lo estrictamente natural trascendiendo al espacio de lo social, un ejemplo de ello es la mención del entorno laboral como aspecto relevante para fomentar estilos de vida saludable; en este caso 12% de las personas entrevistadas lo consideran así. Otro aspecto a considerar es que las personas mencionan como impedimento el “*no poseer medios económicos para que se tengan estilos de vida saludable*” (7%) (Cuadro 4). Todas estas aseveraciones –aunque con porcentajes relativamente bajos– constituyen nuevos elementos para la realización de estudios específicos al respecto.

Cuando las personas entrevistadas valoran sus relaciones interpersonales en espacios de mayor cercanía, manifiestan tener *mucha satisfacción* con su entorno familiar en 84% de los casos, y, en general, tienen un alto grado de satisfacción con sus relaciones en el ámbito de estudio, trabajo y vecinal, pues cada uno de estos espacios es valorado así en más de 60% de los casos. Sin embargo, es importante considerar que en estos últimos tres entornos mencionados la valoración de *poco* y *nada* satisfechos reúne porcentajes mayores a 34% (Cuadro 5).

Valorando estas apreciaciones con las señaladas en párrafos anteriores, se podría considerar que las personas expresan grados de empatía con los(as) otros(as) y su percepción de

salud incluye a “*baja escala*” la necesidad de establecer redes de contacto interpersonal más allá de las establecidas en su núcleo familiar, lo que en la mejor de las condiciones estimularía el fortalecimiento de estilos de vida saludables, en equilibrio con aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

II. TIEMPO LIBRE Y ACTIVIDAD FÍSICA

Reflexionar acerca de un estilo de vida saludable implica acercarse a todas aquellas actividades que realizan las personas en su tiempo libre y que, en general, incorporan una expresión lúdica de desprendimiento de los roles prescritos en su rutina diaria.

En este sentido las personas entrevistadas mencionan actividades que realizan en su tiempo libre (Cuadro 6), las cuales se pueden clasificar de la siguiente forma:

- **Actividades que requieren algún esfuerzo físico** como “*caminar*” y “*practicar algún tipo de deporte*” (26.5%).
- **Actividades que requieren esfuerzo físico “moderado”** como realización de “*actividades recreativas*” (bailar, pasear, compartir con familiares y amigos) y “*realizar labores domésticas*” (28.2%).
- **Actividades que no requieren mayor esfuerzo físico** como ver televisión, escuchar música, chatear, descansar, confeccionar manualidades, leer y hacer tareas escolares, que en conjunto constituyen 41% de las menciones.

III. ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Las personas entrevistadas consideran que su estado de salud es *muy bueno* y *bueno*, ya que cerca de 75% hace mención de ello (Cuadro 7), lo cual se confirma cuando se les pregunta si le ha sido diagnosticada alguna enfermedad, pues más de 80% de las personas entrevistadas responden que *no* (Cuadro 8). Sin embargo, es relevante rescatar que en el año 2004 las personas entrevistadas consideraban que su estado de salud era *bueno* y *muy bueno* en 83.5%¹ de los casos, evidencián-

¹ Instituto de Estudios Sociales en Población, 2004: *Pulso Nacional*, IDESPO-UNA, N° 35, agosto.

dose una diferencia estadísticamente significativa al 5% con respecto al presente año. Esto podría estar reflejando una percepción de deterioro en el estado de salud de las personas y las poblaciones.

Por otro lado, respecto a ciertas prácticas de cuidado preventivo, cerca de 48% de las personas entrevistadas dice que se realiza chequeos médicos sin estar enfermos; este es un aspecto positivo, pues evidencia la aplicación de una práctica recomendada para mantener estados de salud óptimos (Gráfico 3).

Además, más de 50% de las personas entrevistadas han utilizado algún medicamento recetado por su médico y 75% afirma que concluye sus tratamientos médicos. Solo 25.5% de la población entrevistada menciona haber utilizado algún tratamiento de medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, medicina naturista) y haber utilizado algún medicamento recomendado por un familiar, vecino o amigo (Cuadro 9).

Las enfermedades que más dicen padecer las personas entrevistadas, y que han sido diagnosticadas por un profesional de la medicina, son: colesterol alto (16%); hipertensión (15.5%); triglicéridos altos (13%) y asma o bronquitis crónica (12%). Estas enfermedades fueron mencionadas en la consulta realizada en el año 2004 respecto de la cual hay algunas diferencias en términos porcentuales, por ejemplo, “*asma o bronquitis crónica*” presenta una diferencia de cinco puntos porcentuales; las enfermedades relacionadas con “*úlceras del estómago*” marcan una diferencia en cuatro puntos porcentuales, siendo que estas son estadísticamente significativas al 5% (Gráfico 4).

Es relevante anotar que este año el mayor porcentaje se ubica en enfermedades relacionadas con estados depresivos, 19% de las personas entrevistadas dice haber sido diagnosticado con esta situación. En el año 2004 esta enfermedad fue mencionada por 15% de las personas entrevistadas, la diferencia entre ambos datos es de cuatro puntos porcentuales y representa estadísticamente una diferencia al 5%. Ante ello, es relevante poner atención a una enfermedad que no alude, en un primer momento, a una dificultad de carácter físico, y, en alguna medida, se asocia con las consecuencias de los procesos de modernización que contribuyen a desestabilizar y alterar los estados de salud, física, emocional y social de las personas.

IV. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y CONTROL DEL PESO

Al consultar acerca de cómo se sienten las personas en relación con su peso, 55% de estas mencionan tener un peso *normal*; este resultado evidencia, con respecto al año 2004, un aumento de cinco puntos porcentuales, y la diferencia es estadísticamente significativa al 5%. El porcentaje de las personas que consideran tener un peso *alto* se mantiene en 34% y el porcentaje de *muy alto* presenta una disminución de alrededor de seis puntos porcentuales con respecto al dato registrado en el año 2004, siendo esta disminución estadísticamente significativa al 5% (Cuadro 11).

Solamente 36% de las personas entrevistadas menciona estar tratando de bajar de peso (Gráfico 5), siendo mayoritariamente las mujeres las que se esfuerzan en ello (47%) (Cuadro 12), mientras que solo 26% de los hombres lo hace; la diferencia de veintiún puntos porcentuales es estadísticamente significativa.

Las acciones que realizan la personas para bajar de peso están ubicadas en el espacio de la realización de ejercicio y el cambio de hábitos alimenticios, ya que estas prácticas son mencionadas, de forma combinada, por 23% de las personas entrevistadas. Luego, estos aspectos se mencionan por separado y se obtiene que el consumo de alimentos constituye un factor muy importante para la población cuando se les consulta acerca del control del peso (Cuadro 13)

Si se unen las categorías relacionadas con la alimentación se tiene que las personas entrevistadas mencionan *cambios en hábitos alimenticios* (23%), *eliminar o reducir una de las comidas del día* (20%) y *consumir alimentos saludables* (11%); estas tres prácticas, en conjunto, constituyen 54% de las acciones asociadas al control del peso (Cuadro 13).

Haciendo una relación directa entre lo anteriormente mencionado y la consulta acerca de si un profesional de la salud les ha dado algún consejo sobre su peso, se tiene que solo 25% de los casos menciona que le ha pasado tal situación (Gráfico 6). Entre las recomendaciones dadas por los especialistas en salud están: *mejorar hábitos alimenticios* y *consumir alimentos saludables* (45%) y la incorporación de la *práctica de ejercicios* en la vida diaria (23%) (Cuadro 14).

Si bien las personas hacen referencia directa a la práctica de una alimentación balanceada, es importante conocer cuáles son los alimentos que constituyen parte de la dieta habitual de la población costarricense. Por eso se consultó acerca del consumo de ciertos alimentos, ante lo cual se obtuvo que en la dieta de los(as) costarricenses es muy importante el consumo de arroz (94%) y frijoles (81%), pues estos alimentos están presentes *todos los días o 3 a 4 veces a la semana*. El consumo de pan y galletas *más de cuatro días a la semana* es identificado por 75% de las personas entrevistadas (Cuadro 16).

Las pastas son consumidas *uno o dos días a la semana* por 54% de las personas entrevistadas. El consumo de productos lácteos se identificó según los datos recopilados con porcentajes inferiores al 55%; sin embargo, también son alimentos importantes en la dieta del costarricense el consumo de leche (21%), queso (38%) y natilla o crema dulce (36%), en la categoría de *1 ó 2 veces a la semana* (Cuadro 16).

1 ó 2 días a la semana las personas entrevistadas mencionan el consumo de carnes “blancas” o “rojas”. El pollo es el alimento que más consumen las personas *1 ó 2 días a la semana*, pues 46% de los casos se ubican en este producto, seguido el consumo de pescado, atún o sardina (43%) y el consumo de carnes rojas (37%) *1 ó 2 días a la semana* (Cuadro 16).

El consumo de *frutas y vegetales* en general es identificado por la población entrevistada en 73% y 67%, respectivamente, señalándose que el consumo de estos productos se hace *más de cuatro días a la semana* (Cuadro 16). Los datos registrados muestran, según sexo, que las mujeres consumen habitualmente (*más de cuatro días a la semana*) más vegetales que los hombres; la diferencia en términos porcentuales es de 13 puntos y es estadísticamente significativa al 5% (Cuadro 2).

V. SERVICIOS DE SALUD

En el tema de la salud siempre es de vital importancia desarrollar aspectos relacionados con los servicios de atención. En Costa Rica, el sistema de seguridad social permite la existencia de una amplia cobertura en infraestructura; en todas las provincias existen hospitales, clínicas y centros de atención primaria en salud. Sin embargo, resulta necesario consultar a la población si considera que estos servicios satisfacen o cubren sus necesidades reales.

Valorando los datos con respecto al año 2004 se evidencian reducciones en términos porcentuales en la categoría de “*han mejorado*”. Se observa, por ejemplo, una reducción en la mejora de los *servicios materno infantil* en más de diez puntos porcentuales; igual diferencia se nota en la *cobertura*;

en los servicios de planificación familiar la diferencia es de siete puntos porcentuales. La *calidad* en los servicios de salud se mantiene constante y para este año 39% de las personas entrevistadas reporta que ha mejorado (Gráfico 7).

Las personas entrevistadas opinan en 70% de los casos que los servicios de salud no son suficientes para satisfacer las necesidades de seguridad sanitaria de la población costarricense (Gráfico 8), aunque este porcentaje disminuye con respecto del año pasado. Entre las principales razones para opinar de esta manera está la “*falta cobertura y mayor inversión en infraestructura*” y la “*falta de profesionales (médicos) especialistas en el área de la salud*”, aunada a la “*falta de recursos humanos, económico y tecnológico*” para brindar mejor atención (Cuadro 18).

En cuanto a calidad en el servicio, el tiempo de espera para poder acceder a la atención médica es una de las razones por las cuales las personas entrevistadas consideran que los servicios de salud existentes son insuficientes (15 %) (Cuadro 18). Contrario a esto, las personas entrevistadas consideran que los servicios de salud son suficientes en 30% de los casos (Gráfico 8) y valoran la existencia de una amplia *cobertura en infraestructura* (50%); asimismo, en 33% de los casos se sostiene que existe un *servicio bueno oportuno y ágil* (Cuadro 18).

También, 61% de las personas entrevistadas evidencia grados elevados de satisfacción (*muy satisfactorios y satisfactorios*) con los servicios de atención primaria, los servicios de emergencia (61%) y los servicios de especialistas (59%) (Cuadro 19). Respecto al año 2004, estos servicios mantienen la misma valoración ya que, por ejemplo, 59% de las personas entrevistadas opinaba que los servicios de atención primaria era *muy satisfactorio y satisfactorio* (cfr. IDESPO, 2004).

Al consultarle a la población costarricense acerca del grado de afectación que han sufrido los servicios de salud ante las denuncias de actos de corrupción, se obtiene que estos se han visto afectados *mucho*; así lo evidencia 62% de la población entrevistada (Cuadro 21). Además, entre las razones que arguyen mencionan que estos actos de corrupción *afectan la imagen de confianza y seguridad* hacia la institución (54%). Aunado a ello 42% hace mención al *desvío de dineros que impacta negativamente los servicios* (Cuadro 22).

Finalmente, las personas entrevistadas que consideran que los servicios se han visto afectados *poco o nada* con las denuncias de actos de corrupción (Cuadro 21) constituyen el restante 38% de las opiniones, mientras que 51% de las razones de poco considera que los *servicios se han mantenido igual* y que *no se percibe cambio alguno* (Cuadro 22).

VI. RESULTADOS GENERALES

Prácticas asociadas a estilos de vida saludable

Cuadro 1

Distribución relativa de personas entrevistadas que han realizado en los últimos seis meses actividades asociadas a estilos de vida saludable

Agosto 2005

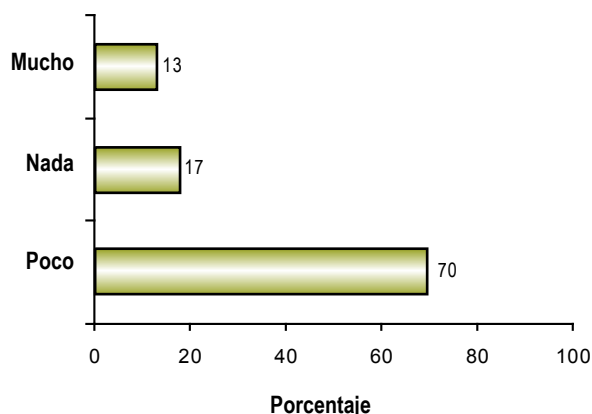
Actividades	Todos los días	3 a 4 días a la semana	1 a 2 días a la semana	1 vez al mes o nunca	Total
Caminatas al aire libre	25.7	11.6	19.7	43.0	100
Seguir un programa de ejercicios	12.9	9.7	10.7	66.8	100
Pasear	2.5	6.5	27.5	63.5	100
Leer algún libro que le guste	25.7	7.3	12.0	55.0	100
Practicar algún deporte	7.8	7.9	17.3	67.0	100
Practicar yoga	2.0	1.7	1.7	94.6	100
Prácticas espirituales	13.5	5.7	19.4	61.4	100
Acudir a algún balneario	1.2	1.3	8.4	89.0	100
Acudir a algún lugar para cuidados físicos (spa, clínica)	0.9	1.8	3.5	93.8	100

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Gráfico 1

Distribución relativa del grado en que las personas entrevistadas consideran que la población costarricense tiene un estilo de vida saludable

Agosto 2005



Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 2

Distribución relativa las actividades asociadas a estilos de vida saludable que han realizado las personas entrevistadas con frecuencia en los últimos seis meses, según sexo

Agosto 2005

Actividad	Frecuencia							
	Todos los días		3 -4 días		1-2 días		1 vez al mes, o nunca	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Comer frutas	51.0	56.0	20.3	18.3	21.0	18.3	7.7	7.3
Comer vegetales ¹	42.5	54.7	17.7	19.0	23.7	14.3	16.1	12.0
Caminatas al aire libre	26.3	25.0	9.3	14.0	21.0	18.3	43.3	42.7
Leer algún libro que le guste ¹	19.1	32.3	8.0	6.7	14.4	9.4	58.5	51.5
Seguir un programa de ejercicios	13.0	12.7	10.0	9.3	12.0	9.3	65.0	68.7
Practicar algún deporte ¹	10.1	5.7	11.7	4.0	25.2	9.3	53.0	81.0
Prácticas espirituales ¹	7.4	19.5	4.4	7.1	17.9	20.9	70.3	52.5
Pasear	2.3	2.7	7.7	5.4	25.7	29.2	64.3	62.8
Practicar yoga, tai chi, meditación	2.0	2.0	1.0	2.3	1.7	1.7	95.3	94.0
Acudir a algún balneario o lugar de descanso	1.7	0.7	1.0	1.7	7.1	9.7	90.2	88.0
Acudir a algún lugar para cuidados físicos	0.7	1.0	1.0	2.7	2.7	4.3	95.7	92.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005. • ¹ Estadísticamente significativa al 5% • H: Hombre M: Mujer

Cuadro 3

Distribución relativa por nivel educativo del grado en que las personas entrevistadas consideran que la población costarricense tiene un estilo de vida saludable

Agosto 2005

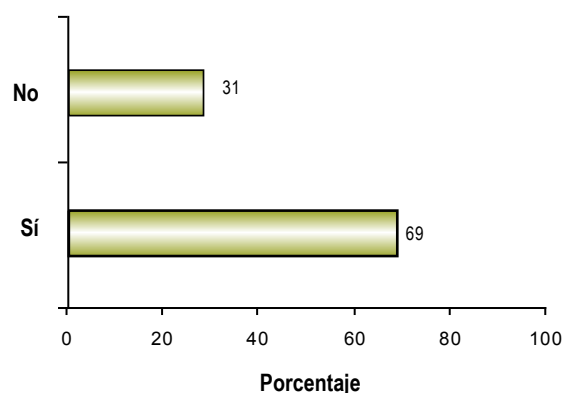
Grado de consideración	Nivel educativo			
	Ninguno (n=8)	Primaria (n=188)	Secundaria (n=233)	Universitaria (n=169)
Muy Saludable	25.0	23.9	7.7	5.9
Poco Saludable	62.5	63.8	73.4	73.4
Nada Saludable	12.5	12.2	18.9	20.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: IDESPPO, agosto 2005.

Gráfico 2

Distribución relativa de la consideración de las personas entrevistadas acerca de que el entorno favorece un estilo de vida saludable

Agosto 2005



Fuente: IDESPPO, agosto 2005.

Cuadro 4

Distribución relativa de las razones de las personas entrevistadas para considerar que el entorno familiar favorece o no favorece un estilo de vida saludable

Agosto 2005

Razones	%
Razones de Sí (n=401)	100.0
Ambiente sano, limpio y libre de contaminación	30.9
Hay tranquilidad, ambiente tranquilo	15.5
Acceso a instalaciones deportivas y recreativas (parques)	13.7
Practican algún tipo de deportes, hacen ejercicios	11.7
Consumen alimentos saludables, se alimentan bien	11.5
Buenas relaciones interpersonales en el ámbito familiar y vecinales	6.5
No hay drogas ni vicios	5.0
Existencia de servicios básicos (agua potable, electricidad)	4.7
Otras	0.5
Razones de No (n=178)	100.0
No realizan ejercicios, actividad física	16.9
No hay acceso a instalaciones deportivas ni recreativas	13.5
Las condiciones laborales no se lo permiten	12.4
El ambiente no es seguro ni tranquilo	10.1
Hay contaminación ambiental	9.6
Hay drogas y conflictos sociales	8.4
Otras	8.4
No se poseen medios económicos para mantener estilos de vida	7.3
No consumen alimentos saludables	6.7
Se vive en una zona urbana carente de áreas verdes	5.1
No cuentan con servicios básicos	1.7

Fuente: IDESPPO, agosto 2005.

Cuadro 5

Distribución del grado de satisfacción de las personas entrevistadas con sus relaciones en el entorno laboral, familiar, de estudio y vecinal

Agosto 2005

Entorno	Total	Mucho	Poco	Nada
Laboral y profesional	100.0	66.0	28.8	5.1
Familiar	100.0	84.4	14.9	0.7
Vecinal	100.0	62.8	31.8	5.4
Estudio	100.0	60.7	28.8	10.5

Fuente: IDESPPO, agosto 2005.

Tiempo Libre y Actividad Física

Cuadro 6

Distribución relativa de menciones de las principales actividades que realizan las personas entrevistadas en su tiempo libre
Agosto 2005

Actividades	% de menciones
Actividades que requieren mayor esfuerzo físico	26.5
Practicar algún tipo de deporte	15.5
Caminar	11.0
Actividades que requieren esfuerzo físico moderado	28.2
Compartir con familiares y amigos	11.1
Pasear (ir a la playa, montaña, ir de compras)	7.7
Realizar labores domésticas	5.5
Realizar actividades recreativas como bailar	3.9
Actividades que requieren esfuerzo físico mínimo	41.0
Ver televisión escuchar música, chatear	16.4
Lectura y hacer tareas escolares	11.6
Realizar prácticas religiosas, espirituales	5.6
Descansar	5.2
Confeccionar manualidades	2.2
Otros	4.3
Total	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Actitudes y prácticas de atención médica

Cuadro 7

Distribución relativa de la consideración del estado de salud de las personas entrevistadas
Agosto 2005

Valoración	Porcentaje
Muy Bueno	27.9
Bueno	47.1
Regular	21.4
Malo	2.3
Muy malo	1.2
Total	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 8

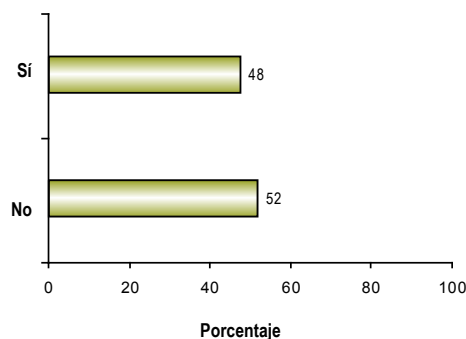
Distribución de enfermedades que han sido diagnosticadas por un médico a las personas entrevistadas
Agosto 2005

Enfermedades	Sí	No	TOTAL
Úlcera de estómago	9.7	90.3	100.0
Enfermedad del corazón	5.7	94.3	100.0
Asma o bronquitis crónica	12.2	87.8	100.0
Colesterol alto	15.9	84.1	100.0
Hipertensión (presión alta)	15.5	84.5	100.0
Estados depresivos	19.0	81.0	100.0
Triglicéridos altos	13.2	86.8	100.0
Diabetes (azúcar alto)	4.0	96.0	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Gráfico 3

Distribución de personas entrevistadas que se han realizado chequeos médicos durante este último año sin estar enfermas
Agosto 2005



Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 9

Porcentajes de personas entrevistadas que dice haber realizado algunas de las siguientes prácticas de atención médica
Agosto 2005

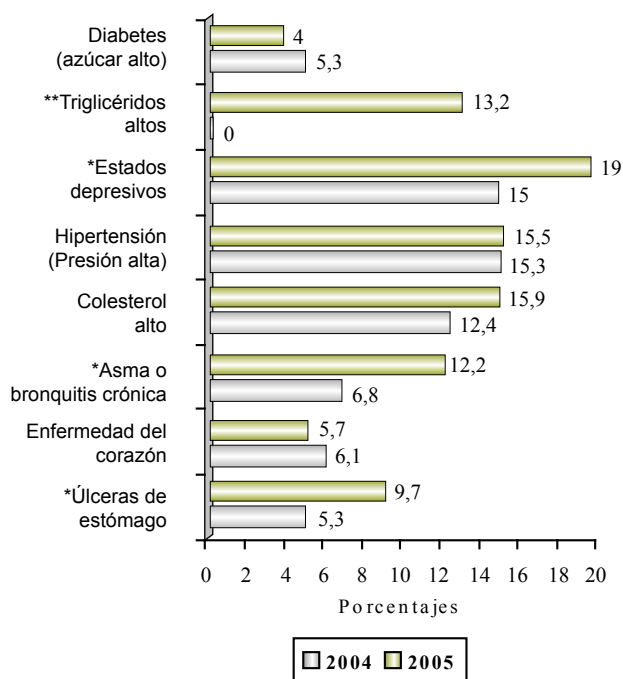
Prácticas	%
Ha utilizado algún medicamento recetado por su médico	58.3
Ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad	53.9
Ha utilizado algún tratamiento de medicina alternativa	25.5
Ha utilizado algún medicamento que le haya recomendado un familiar o amigo	25.5
Acostumbra usted a concluir los tratamientos médicos	74.7

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Gráfico 4

Porcentajes de personas entrevistadas que dicen padecer alguna de las siguientes enfermedades

Agosto 2004 y Agosto 2005



Fuente: IDESPO, agosto 2005.

*Diferencia estadísticamente significativa al 5% respecto al año 2004.

** No se preguntó en el 2004.

Cuadro 10

Distribución relativa de personas entrevistadas que dicen haber limitado actividades cotidianas por alguna molestia de salud

Agosto 2005

Ha limitado sus actividades	Sí	No	Total
Al menos a la mitad de un día	25.5	74.5	100.0
Al menos un día	20.6	79.4	100.0
Por más de un día	18.7	81.3	100.0
Por más de 10 días	10.0	90.0	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Hábitos de alimentación y control del peso

Cuadro 11

Distribución relativa de la percepción de su peso por parte de las personas entrevistadas

Agosto 2004 y Agosto 2005

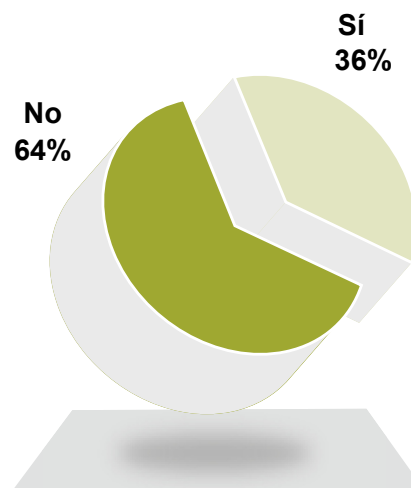
Percepción del peso	2004	2005
Normal	50.1*	54.8*
Alto	34.3	34.0
Muy alto	7.8	2.0
Bajo	7.8	9.2
Total	100.0	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

*Diferencia estadísticamente significativa al 5%

Gráfico 5

Distribución de personas entrevistadas según si están tratando de bajar de peso actualmente



Agosto 2005

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 12

Distribución relativa de personas que están tratando bajar de peso, según sexo

Agosto 2004

¿Usted está tratando de bajar de peso?	Sexo	
	Hombre	Mujer
Sí	25.7	47.2
No	74.3	52.8
Total	100.0	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Prueba estadísticamente significativa al 5%

Cuadro 13

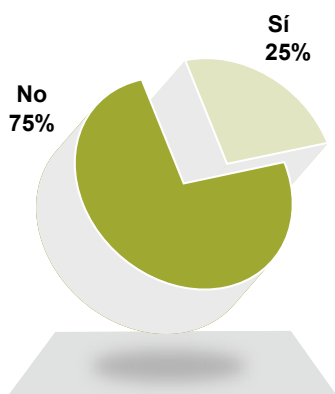
Distribución relativa de las acciones que están realizando las personas entrevistadas para bajar de peso
Agosto 2005

Acciones para bajar de peso	%
Combinan realización de ejercicios y cambios en hábitos alimenticios	23.4
Cambio en hábitos alimenticios	22.7
Eliminar, reducir una de las “comidas” del día	20.1
Realizan algún tipo de ejercicio	18.4
Consumo de alimentos saludables	10.7
Consumo de medicamentos para bajar de peso	3.2
Otros	1.4
Total	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Gráfico 6

Distribución relativa de personas entrevistadas a las que un profesional de la salud les ha dado consejos sobre su peso



Agosto 2005

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 14

Distribución relativa de las recomendaciones sobre su peso que han recibido las personas entrevistadas de un profesional de la salud
Agosto 2005

Consejos	Sí
Mejorar hábitos alimenticios incorporando el consumo de alimentos saludables	45.2
Realización de ejercicios	23.0
Controlar el peso / Bajar de peso o aumentar de peso	19.3
Combinar práctica de ejercicios y mejora de hábitos alimenticios	8.9
Otros	3.7
Total	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 15

Distribución relativa de personas según su masa corporal, por sexo
Agosto 2004 y Agosto 2005

Índice de Masa corporal ^{1/}	Hombres*		Mujeres**	
	2004	2005	2004	2005
Bajo peso	2,7	4,2	7,3**	4,1**
Normal	49,1	50,9	51,4	56,0
Sobrepeso	41,9*	36,2*	24,7	26,6
Obesidad	6,2	8,7	16,7	13,3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

1/ El índice de masa corporal se calcula con la información de la percepción sobre su propio peso brindada por las personas entrevistadas, según la siguiente fórmula: peso (en kilos)/estatura (en centímetros) al cuadrado.

* En el caso de los hombres, solamente los que se perciben con sobrepeso presentan una diferencia estadísticamente significativa al 5% entre los años 2004 y 2005.

** En el caso de las mujeres, solamente las que se perciben con bajo peso presentan una diferencia estadísticamente significativa al 5% entre los años 2004 y 2005.

Cuadro 16

Distribución relativa de la frecuencia del consumo de alimentos de las personas entrevistadas
Agosto 2005

Consumo de alimentos	Todos los días	3-4 días a la semana	1-2 días a la semana	1 vez al mes o nunca	Total
Leche	38.7	13.0	21.0	27.3	100.0
Queso	17.3	20.7	38.3	23.8	100.0
Natilla o crema dulce	8.2	13.4	36.2	42.2	100.0
Arroz	87.2	6.6	4.1	2.0	100.0
Frijoles	72.9	8.4	10.5	8.1	100.0
Pastas	8.2	12.9	54.3	24.6	100.0
Pan o galletas	62.6	12.8	15.3	9.4	100.0
Tortillas	22.6	12.0	33.2	32.1	100.0
Cereales de desayuno	12.5	8.6	16.2	62.7	100.0
Carne res o cerdo	13.5	22.6	36.7	27.2	100.0
Pollo	9.5	27.5	45.6	17.4	100.0
Pescado, atún o sardina	6.5	18.2	43.3	31.9	100.0
Embutidos (paté, salchichas, salchichón...)	4.8	9.3	32.0	53.8	100.0
Repostería	3.8	8.3	22.4	65.5	100.0
Hamburguesas, tacos, perros calientes, chalupas	3.0	5.1	16.1	75.8	100.0
Golosinas de paquetes (papas, yucas, plátanos...)	6.2	7.9	16.0	69.9	100.0
Golosinas dulces (confites, cajetas, chocolates)	10.4	8.2	21.0	60.4	100.0
Gaseosas	8.9	11.1	16.5	63.5	100.0
Jugos procesados (cajita o botella)	9.2	9.3	17.7	63.8	100.0
Comer frutas	53.4	19.3	19.7	7.6	100.0
Comer vegetales	48.6	18.4	19.1	14.0	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 17

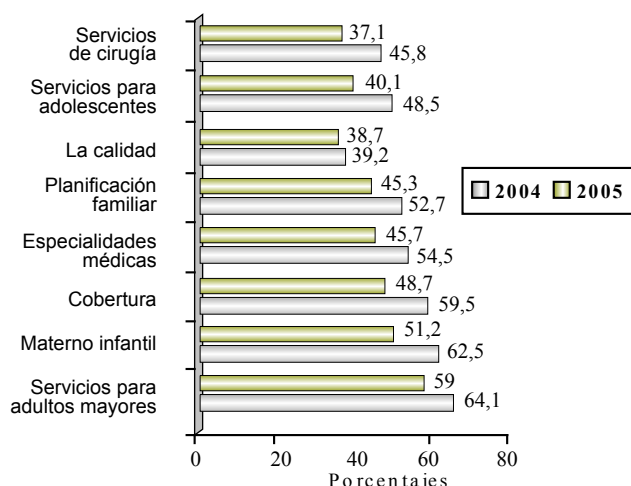
Distribución de la opinión de las personas entrevistadas sobre los servicios de salud de la CCSS
Agosto 2004 y Agosto 2005

Servicios de salud de la CCSS	Total		Han mejorado		Siguen igual		Han disminuido	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
La cobertura	100.0	100.0	59,5	48,7	27,7	40,0	12,8	11,3
La calidad	100.0	100.0	39,2	38,7	41,9	43,1	18,9	18,2
Los servicios materno infantil	100.0	100.0	62,5	51,2	31,3	38,8	6,2	9,9
Los servicios para adolescentes y jóvenes	100.0	100.0	48,5	40,1	40,8	48,4	10,7	11,5
Los servicios para personas adultas mayores	100.0	100.0	64,1	59,0	27,3	31,1	8,6	9,9
Los servicios de cirugía	100.0	100.0	45,8	37,1	38,4	50,7	15,8	12,1
Las especialidades médicas	100.0	100.0	54,5	45,7	35,7	42,1	9,8	12,3
Los servicios de planificación familiar	100.0	100.0	52,7	45,3	41,1	46,7	6,2	8,0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Gráfico 7

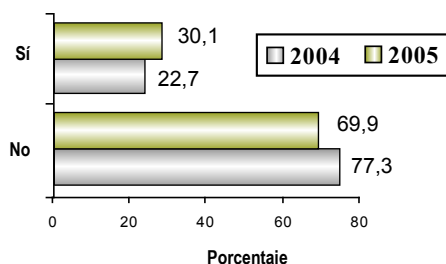
Porcentaje de personas que dijeron que los servicios de salud han mejorado
Agosto 2004 y Agosto 2005



Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Gráfico 8

Distribución relativa de la consideración de las personas entrevistadas sobre la existencia de suficientes servicios de salud para cubrir todas las necesidades de la población
Agosto 2004 y Agosto 2005



Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 18

Distribución relativa de las razones de las personas entrevistadas acerca de la suficiencia para cubrir todas las necesidades de la población en los servicios de salud
Agosto 2005

RAZONES DE SÍ (n=169)	100.0
Amplia cobertura en infraestructura de EBAIS y centros hospitalarios	50.3
Buen servicio y atención médica oportuna y ágil	33.1
Es bueno, pero se requiere de mayor inversión en especialidades médicas	9.5
Se protege la salud de toda la población	4.1
Es bueno pero el aumento en la población y la lejanía de algunos lugares impide que se brinde servicio a todos	1.8
Otras	1.2
RAZONES DE NO (n= 404)	100.0
Falta cobertura, se requiere de mayor inversión en infraestructura hospitalaria y compra de medicamentos	34.4
Faltan profesionales (médicos) especialistas en áreas específicas de la salud	17.6
Mucho tiempo de espera para obtener cita de consulta externa y servicios de especialistas	15.3
Falta recursos humanos, económico y tecnológico para mejorar el servicio	12.6
Servicio excluyente y poco solidario por aumento de población y condiciones de pobreza	10.4
Falta mejorar calidad y compromiso humana del personal médico y administrativo en el área de la salud	6.7
Proliferación de enfermedades y padecimientos que no se tratan en el sistema de salud pública	0.7
Otras	2.2

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 19

Distribución relativa del grado de satisfacción de las personas entrevistadas con algunos servicios de salud
Agosto 2005

Servicios de salud	Total	Muy satisfactorios o satisfactorios	Poco satisfactorios	Nada satisfactorios	No conoce
Servicios de atención primaria	100.0	61.2	33.4	4.0	1.4
Servicios de emergencia	100.0	60.6	29.2	8.7	1.4
Servicios de especialistas	100.0	58.6	33.7	6.4	1.2
Servicios de internamiento	100.0	54.3	35.1	7.9	2.6

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 20

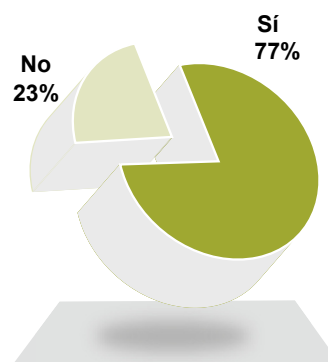
Distribución relativa del grado de acuerdo con las personas entrevistadas con posibles estrategias para superar la crisis de la CCSS
Agosto 2005

Posibles estrategias para superar la crisis de la CCSS	Muy de acuerdo y de acuerdo	Muy en desacuerdo y en desacuerdo	Total
Que los exámenes clínicos sean realizados solo en los laboratorios de la Caja	44.5	55.5	100.0
Que la Caja solo cubra los servicios de atención primaria (EBAIS)	27.6	72.4	100.0
Que la administración y atención en los hospitales pase a la empresa privada	23.3	76.7	100.0
Que los asegurados paguen una cuota adicional por los servicios de especialistas	18.0	82.0	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Gráfico 9

Distribución relativa de personas entrevistadas que consideran necesario que los servicios de salud públicos ofrezcan tratamientos de medicina alternativa
Agosto 2005



Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 21

Distribución relativa de la consideración de las personas entrevistadas acerca del grado de afectación de los servicios de salud por las denuncias de corrupción en la CCSS
Agosto 2005

Grado de afectación	Porcentaje
Mucho	62.3
Poco	23.8
Nada	13.9
Total	100.0

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

Cuadro 22

Distribución relativa de las razones de las personas entrevistadas para considerar que los servicios de salud se han afectado debido a las denuncias sobre corrupción en la CCSS
Agosto 2005

Razones de mucho (n=344)	100
Afecta la imagen de confianza y seguridad de la institución	53.8
El desvío de dinero impacta negativamente en los servicios (compra de equipo, medicamentos e infraestructura)	42.2
Otras	3.5
Ns/Nr	0.6
Razones de poco (n=121)	100
Servicios siguen igual, no hay cambios	51.2
Hay desconfianza e inseguridad hacia la institución	24.8
Las denuncias son a los directivos no a los funcionarios que brindan el servicio	9.1
Recortan recursos de necesidad para los pacientes	5.0
Otras	7.4
Ns/Nr	2.5
Razones de nada (n=69)	100
Buen servicio y atención /Sigue igual, no hay cambios	94.2
Otras	4.3
Ns/Nr	1.4

Fuente: IDESPO, agosto 2005.

ENTREVISTADORES Y ENTREVISTADORAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

Alejandra Villalobos Román
Alexander Charpantier Ramírez
Alexandra Calvo Chaves
Álvaro Andrés Rojas Espinoza
Ana Laura Araya Vásquez
Angie Rojas Delgado
Andrea Fernández
Aracelly Arias Sáenz
Aurelia Martínez Zúñiga
Carmen Quesada García
Cintya Guzmán Cambronerio
Cynthia Sofía Ávila Hernández
Daniel Hernández Sánchez
Dayana Campos Sancho
Dayana Mora Alfaro
Deily Aguilar Martínez
Douglas Ramírez Mora
Eder Acosta Barrios
Eduardo Ruiz Otoyá
Elsa López Hernández
Emanuel Bolaños Mora
Emiliano Víquez Alas
Erika Salas Soto
Ester Vindas Calvo
Evelyn Gómez Solano
Florice Benavides Salas
Gloria Morales Chavarría
Greivin Elizondo Sánchez
Inelca Barker Meza
Ingrid Guzmán Campos
Ingrid Rivera Trejos
Javier García Araya
Jemelyn Araya González
Jennifer Maroto Villalobos
Jessica De la O Conejo
Johan Cubillo Hernández

Johana Sandí
Jonathan Corrales Badilla
Jorge Arce Garro
José Mora Cubero
José Luis Rodríguez Arias
José Pablo Jiménez Cerdas
Juan Pablo Rodríguez Angulo
Karen Ramírez Rodríguez
Karen Rodríguez Parreaguirre
Karla Román Ocampo
Karla Portillo Alvarado
Karla Vanesa Obando Bustos
Katherin Susana Vargas Murcia
Kenneth Eduardo Molina Paniagua
Laura Cristina Benavides Picado
Leonardo Alfaro Rojas
Lidieth Maroto Rojas
Ligia Elena Fonseca Vargas
Luis Diego Soto Kiewit
Luis Edgardo Delgado Montoya
Magaly Jiménez Picado
Magaly Rodríguez López
Marcela Román Rodríguez
Marco López Salas
Marcos Enrique Herrera Vega
María Villalobos Guzmán
María Eneida Chavarría Segura
María Flor López Hernández
María Gabriela Marín Mena
Mariana Jiménez Arce
Marianela Villalobos Cortés
Maricelle Vargas Guido
Mariela Villalobos Esquivel

Marvin Quirós Valerio
Mauren Cortés González
Máximo A. Fernández Rodríguez
Milagro Monge Fallas
Mónica Minerva Jaén Solera
Nancy Parajeles Sánchez
Nathalia Cruz Morales
Nelson Umaña Cordero
Noeth Gerardo Lobo Sánchez
Norberto Alonso Rojas Murillo
Pamela Arce Loaiza
Pamela Camacho Mora
Priscilla Chinchilla Araya
Priscilla Hernández Víquez
Ramón Espinoza Góngora
Rebeca Montoya Jiménez
Rebeca Delgado Dávila
Rebeca Rojas Zeledón
Roberto Jesús Herrera Solís
Roy González Sancho
Sandra Espinoza Quesada
Sandra Vargas Céspedes
Sharon Bolaños Tozo
Susan Morán Segura
Wendy Jenkins Sanabria
Yahaira Jiménez Arce
Yannine Andrea Romero Vásquez
Yency Morales Chaves
Yorlenny Jiménez Gómez

SUPERVISORAS DE ENCUESTA

Susan Delgado Montes
Rebeca Espinoza Herrera

MANEJO DE DATOS Y CODIFICACIÓN

Gisella Segura Espinoza
Alcides López Cascante
Carlos Sánchez Rojas
Carlos Jobson Vargas

Equipo responsable
**Programa Estudios de
Opinión**

Ana Lucía Bustos Vásquez
Raymi Padilla Vargas
Vilma Pernudi Chavarría
Irma Sandoval Carvajal
Norman Solórzano Alfaro

© Instituto de Estudios Sociales
en Población

Facultad de Ciencias Sociales
Universidad Nacional
Teléfonos (506) 237-1104,
(506) 277-3442

Apartado Postal 86-3000 Heredia
[Http://: www.una.ac.cr/idespo](http://www.una.ac.cr/idespo)
Costa Rica, América Central



30 aniversario



Diseño, diagramación e impresión en el Programa de Publicaciones e Impresiones de la UNA

Esta obra se terminó de imprimir en setiembre del 2005