Ministerio de Salud de Costa Rica
Organización Mundial de la Salud
Oficina regional de la Organización Panamericana de la Salud

Las desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico - poblacional

Grupo asesor de la Ministra de Salud
Sr. Miguel Gutiérrez Saxe
Sr. Ronulfo Jiménez
Sr. Guido Miranda
Sra. Sonia Marta Mora
Dra. Leda Muñoz
Dr. Eduardo López
Dr. Philippe Lamy

Editor
Dr. Humberto Montiel Paredes

Revisores
Dra. Maria del Rocio Saenz
Dr. Eduardo López Cárdenas
Dr. Cesar Gamboa Peñaranda
Dra. Maria Elena López
Dra. Darling Castañeda
Dr. Philippe Lamy

Edición gráfica
Xinia Bustamante C., OPS/OMS

Fotografia
Archivo OPS/OMS
Centro de Investigación y Conservación del Patrimonio Cultural

WA900
O-686d Organización Panamericana de la Salud
Desigualdades de salud en Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud . -- San José, C.R. : OPS, 2003.
40 p. ; 28 cm. – (Serie Análisis de Situación de Salud ; no. 8)

ISBN: 92 75 32490

1. INIQUIDAD EN SALUD.
2. EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD. 3. ESTADO DE SALUD.
4. MORTALIDAD DIFERENCIAL.
5. FACTORES SOCIOECONOMICOS.
6. COSTA RICA. I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. Título. III. Serie.

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

San José, Costa Rica, Enero 2004.

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

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

Índice

I. Tendencias en la situación de salud 6
  1.1. El contexto socioeconómico 6
  1.2. Población y tendencias 7
  1.3. Tendencias de la mortalidad 10

II. Las brechas en salud 13
  2.1. Definición de espacios geográficos – poblacionales 13
  2.2. Caracterización socio-demográfica 13
  2.3. Diferenciales de mortalidad 20
  2.4. Diferenciales de morbilidad 25

III. Las metas del milenio en Costa Rica 26

IV. Conclusiones 28

V. Recomendaciones 30

VI. Referencias bibliográficas 32

VII. Anexos 33
  7.1. Indicadores básicos de salud 2003 y Objetivos de Desarrollo del Milenio 33

Presentación

La búsqueda de la equidad en la salud plantea la necesidad de la detección de los grupos más necesitados, y las autoridades de salud están persiguiendo intensamente este objetivo alentados por la disponibilidad creciente de datos de salud desagregados a nivel subnacional.

Los diversos análisis sanitarios realizados en Costa Rica han revelado la existencia de tasas desiguales en relación a algunas enfermedades a nivel nacional y subnacional, así como en la magnitud de las disparidades en la salud entre regiones y en las poblaciones al interior de ellas.

Las desigualdades de salud reflejan las importantes desigualdades sociales y económicas de índole estructural que aun prevalecen en el país y estas desigualdades sanitarias y socioeconómicas están estrechamente enlazadas entre sí con los determinantes demográficos, ambientales y de otros tipos.

Por consiguiente, la manifestación de desigualdades de salud que se observan en el país no parece deberse única o principalmente a la riqueza acumulada o disponible sino, más bien, al grado de distribución equitativa de la riqueza en la población. Esta comprobación está exigiendo un nuevo compromiso y es que toda la información fidedigna que muestre una situación de inequidad en un aspecto específico de la salud se debe traducir en acciones y decisiones políticas e intervenciones prácticas encaminadas a disminuir la inequidad en la salud.

El presente documento tiene como propósito fundamental evidenciar algunas desigualdades en salud mediante una aproximación a la desagregación de los valores de indicadores seleccionados a nivel nacional, de regiones y cantones, a partir de la información disponible en el país. Esta evidencia de desigualdades se plantea como una primera aproximación empírica a la identificación de inequidades. Presenta las tendencias poblacionales y el perfil de morbimortalidad conocido del país.

Esta publicación es parte de la serie Análisis de Situación de Salud que se han preparado con el Ministerio de Salud y la colaboración de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Costa Rica. En esta ocasión este documento es producto del Grupo Consultivo de la Ministra de Salud con participación del Representante de OPS/OMS en el país y apoyo técnico de la Representación.

I. Tendencias en la situación de salud

1.1. El contexto socioeconómico

Costa Rica es un país situado en la región centroamericana, con una extensión territorial de 51.100 Km2 y una población de 3.810.179 según el censo del año 2000. Un rasgo característico de su desarrollo socio-económico ha sido la inversión que el Estado ha puesto en el ámbito de lo social, por lo que a pesar de tener un bajo PIB per cápita ($4.009 en el 2001) si se compara con naciones industrializadas, muestra indicadores de desarrollo social que son similares a los alcanzados por países desarrollados, tales como: índice de desarrollo humano de 0,832 en el 2002, tasa de analfabetismo de 4,8%, una proporción de hogares definidos como pobres (18,5%), o sea aproximadamente uno de cada 5 hogares del país y una tasa de desempleo que se mantiene entre el 5-6 % con pocas variaciones desde hace varias décadas.

El país ha obtenido logros en la reducción de la desnutrición y en el control de los problemas carenciales de micronutrientes, principalmente hierro, ácido fólico, yodo y vitamina A en la población. El descenso en los indicadores de talla/edad a los 7 años de edad, reflejado en los datos de los censos de talla realizados entre 1979 y 1996 muestra el efecto de la mejora en las condiciones sociales en la salud y nutrición de la población hasta los siete años de edad ya que el porcentaje de niños con retardo en talla disminuyó de 20,4% en 1979 a 7,4% en 1997, además se produjo un aumento de la talla promedio de 2,0 cms desde 1981 (Ministerio de Salud, 2002).

En el campo de la salud, Costa Rica se ha destacado por la elevada cobertura de servicios y la asignación de una proporción del PIB en salud que, a pesar de la crisis que enfrenta el país en el ámbito económico, permanece en cifras cercanas al 6%. Desde los años setenta el país formuló e implementó una política de salud que estableció principios fundamentales como la universalidad, solidaridad y equidad en salud. La extensión de servicios, en todos los niveles de atención de la salud permitió elevar las coberturas de los programas fundamentalmente preventivos de salud rural y comunitaria. Ello se reflejó en el incremento de las coberturas de atención primaria de la salud, del seguro de enfermedad y maternidad, de atención hospitalaria del parto, de pensiones por invalidez, vejez y muerte, entre otros (cuadro 1).

El proceso de reforma de la salud, que se gesta desde los años ochenta, refuerza los principios básicos de la salud que el país ha impulsado desde hace varias décadas, pero indica la necesidad de readecuar el modelo de atención, que debe asumir la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en todos los niveles de atención y con un enfoque integral de la salud, así como fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud. Este es un proceso que ha mostrado avances pero que se encuentra en proceso de desarrollo, por lo que debe de irse consolidando en el tiempo.

Cuadro 1

Indicadores del contexto socioeconómico y de la respuesta institucional.
Costa Rica, 1998-2001

INDICADOR	1998	1999	2000	2001	2002
Índice Desarrollo Humano	0,889	0,801	0,797	0,821	0,832
PIB per cápita (US$)	3.761,9	4.116,2	4.065,1	4.087,0	4.116,9
% Hogares pobres (Total)[1]	19,7	20,6	20,6	20,3	20,6
% Hogares pobres (Rural)	22,4	23,5	25,4	25,2	
Tasa Desempleo Abierto (%)					
Total	5,6	6,0	5,2	6,1	6,4
Urbano	5,4	6,2	5,3	5,8	6,8
Rural	5,7	5,8	5,1	6,5	5,6
Hombres	4,4	4,9	4,4	5,2	5,6
Mujeres	8,0	8,2	6,8	7,6	7,9
Índice de precios al consumidor		10,11	10,25	10,96	
Relación entre ingreso familiar per cápita promedio del V quintil y I quintil	8,5	9,1	9,7	11,2	10,7
Tasa de mortalidad infantil (TMI)	12,6	11,8	10,2	10,8	11,2
Esperanza de vida al nacer (EVN)	77,0	77,3	77,7	77,7	78,5
Tasa de aseguramiento del seguro de salud	71,2 Censo 1984		81,8 Censo 2000		
%Población cubierta por modelo readecuado de atención de salud (EBAIS)	60,9	69,3	81,1	80,7	87,7
% Nacimientos hospitalarios	93,8	95,3	95,6	95,5	99,3

Fuente:
1. Memorias del Ministerio de Salud, años 1998 - 2001.
2. PNUD. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, 1998, 1999, 2000 y 2001.
3. MIDEPLAN. Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible. Principales indicadores sociales de Costa Rica.
4. CCSS. Dirección Actuarial, Anuarios Estadísticos, años respectivos
5. Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Hogares.
6. Estado de la Nación Noveno informe 2002.

1.2. Población y tendencias

El IX Censo Nacional de Población, realizado en junio del 2000, indica que a esa fecha Costa Rica alcanzó un total de 3.810.179 habitantes, siendo el 4,9 % de sexo masculino y el 50,06 % femenino, con una tasa de crecimiento anual en el período intercensal (1984-2000) de 2,8 %) (Rangos de crecimiento –0,1 a 7,5 %).

Para el año 2000 el 59,0 % de la población reside en zona urbana (crecimiento anual de 3,8% (1984-2000)) y el 41,0 % en zona rural (crecimiento anual de 1,7%), mostrando que el crecimiento en la zona urbana en el mismo periodo es superior al promedio nacional (2,8%) y al ritmo de crecimiento de la población rural.

Para el año 2000, la tasa de alfabetismo de la población mayor de 10 años fue de 95,2%, es similar para ambos sexos, mostrando un mejoramiento del 2,1% con respecto al censo de 1984, San José es la provincia con mayor nivel de alfabetización, Puntarenas, Limón y Guanacaste con menor nivel de alfabetización.

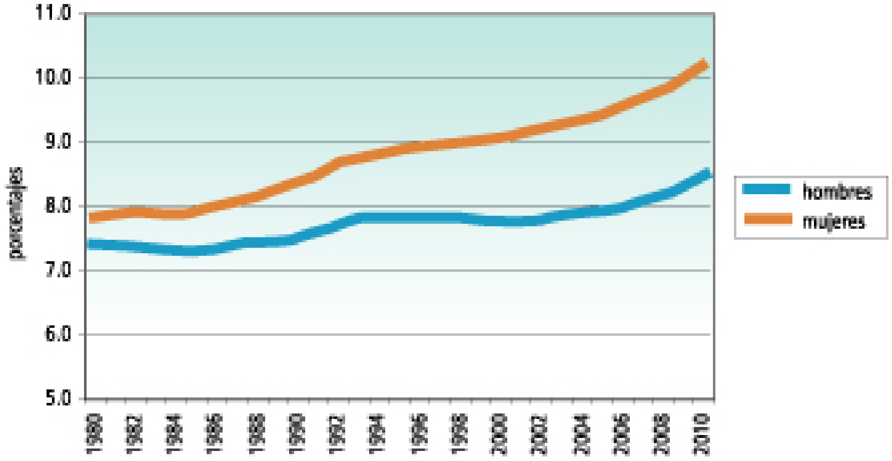
En cuanto a los servicios básicos en las viviendas individuales habitadas, los resultados muestran que el 96,7 % tiene electricidad, el 89,5% tiene servicio sanitario conectado al alcantarillado público o tanque séptico, el 89,3 % consume agua de un acueducto y el 97,0% se abastece de agua por medio de tubería. Con respecto al censo de 1984, en general se registró un incremento de la disponibilidad de los servicios básicos, fundamentalmente en acceso a la electricidad y al tipo de servicio sanitario.

En la pirámide de población se observa que la estructura de población de Costa Rica ha cambiado dramáticamente en los últimos 50 años, redujo el peso relativo de los grupos más jóvenes (de 0 a 14 años) de un 46% en 1970 a 32.7% en 1998 y a 31,9% en el 2000 e incrementó la proporción de personas con 65 años o más, que pasa de 3.2% a 5,6% en esos períodos.

Los efectos más directos del envejecimiento se reflejan en el aumento de la relación de dependencia de los mayores de 65 años con respecto a la población en edad productiva (de 15 a 64 años). En la década del 2000 esa relación aumenta de 7,8% a 8,5% en los hombres y de 9,1% a 10,2% en las mujeres. Estos cambios en la estructura de edades modifican sustancialmente el perfil epidemiológico de la población y la demanda de servicios (gráfico 1).

Gráfico1

Relación de dependencia de los mayores de 65 años



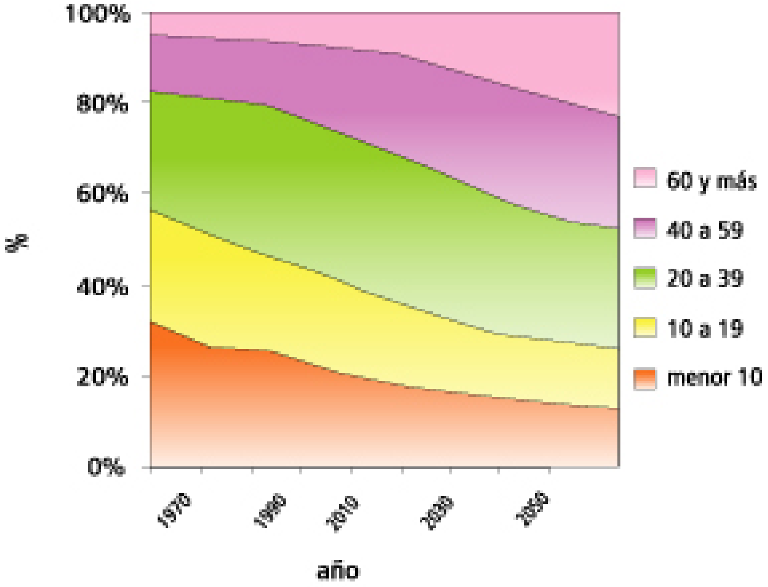
En la relación de dependencia así mismo se observa como, según proyecciones de población, al término del 2010 la relación de dependencia aumentará en un punto porcentual tanto en hombres como en mujeres, es decir, que la proporción de habitantes que dependerá directamente de la población económicamente activa aumentará en un 10% a lo actual. Lo anterior traerá más demanda sobre los servicios con menor oferta de recurso (gráfico 1).

La tasa global de fecundidad disminuyó a la mitad entre 1970-2000 (de 5,1 a 2,53 hijos), con un ritmo descendente más acentuado durante los años setenta, que tiende a estabilizarse a partir de los ochenta y reanuda la tendencia hacia la reducción durante los noventa y continua hasta llegar a la cifra de 2,09 hijos (tasa global de fecundidad de reemplazo). La tasa bruta de mortalidad se reduce de 6,6 a 3,9 por 1000 habitantes entre 1970 y 2000, pasando por una estabilización durante el periodo 1998-2000.

Esta disminución en la tasa de mortalidad, aunado a una fecundidad que redujo su descenso hasta la fecundidad de reemplazo y a una inmigración cuya magnitud se estima que es importante, determinan un crecimiento anual superior a 2.5%, por lo que la población continuará aumentando durante los próximos años. Se proyecta que para el año 2030 la población de Costa Rica sobrepasará los 6 millones y la proporción de individuos de 60 y más años será cercana al 17%. (gráfico 2)

Gráfico 2

Distribución relativa de grupos de edad de la población.
Costa Rica, 1970 a 1998.



Fuente: Cálculos con datos de defunciones del Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud

Con respecto a las tendencias migratorias internacionales, a raíz de los conflictos bélicos y el deterioro de las condiciones económicas y sociales de países vecinos y de la región como: Nicaragua, Colombia, Argentina y Venezuela. Costa Rica ha mostrado un incremento de la inmigración, cuya magnitud no se ha cuantificado con precisión, pero se estima que es importante el peso en el crecimiento poblacional.

La expectativa de vida del costarricense se mantiene sin variaciones desde 1990 hasta 2001 en alrededor de 77,7 años. Para el año 2002 se observa un incremento de 0,8 años (76,3 para los hombres y 81,0 para las mujeres), como resultado de la estabilización de la tasa de mortalidad infantil que durante la década de los noventa muestra oscilaciones sin que se evidencie una tendencia hacia la reducción; la reducción de la mortalidad general; la reducción de la tasa global de fecundidad a nivel de reemplazo y el aumento proporcional que, desde 1985, muestran las tasas de mortalidad por algunas patologías como enfermedades del aparato circulatorio, tumores y causas externas.

Cuadro 2

Tendencias en algunos indicadores demográficos.
Costa Rica, 1998-2001

INDICADOR	1998	1999	2000	2001
Tasa bruta de mortalidad x1000	3,9	3,9	3,9	
Tasa bruta de natalidad x 1000	20,5			20,1
Tasa global de fecundidad x mujer	2,4		2,5	2,09
Crecimiento anual promedio por década (%)	2,6 (90-1999)		2,8 (2000-2009)	
Razón <5 años/>64 años	2,2			
Razón de dependencia demográfica (%) x 100	60,0		60,0	

Fuente: 1.INEC, Censo nacional de población 2000, 2.Ministerio de Salud-OPS Indicadores Básicos de Salud 2002
3.Ministerio de Salud-OPS. Análisis Sectorial de Salud 2002.

1.3. Tendencias de la mortalidad

Las variaciones más importantes de la mortalidad en Costa Rica se produjeron durante los setenta, al reducirse la proporción de defunciones por enfermedades transmisibles (de 31,7 en 1970 a 10,7% en 1980) y afecciones mal definidas (de 10,9 a 8,4%) e incrementarse el peso relativo de las enfermedades del aparato circulatorio (de 19,5 a 23,8%), los tumores (de 9,9 a 16,4%) y las causas externas (de 6,6 a 13,2%). Esa misma tendencia, aunque menos acentuada, se observa durante los ochenta a los noventa: las enfermedades transmisibles continúan su descenso hasta alcanzar un 7,5%, las patologías del sistema circulatorio aumentan a 27,9%

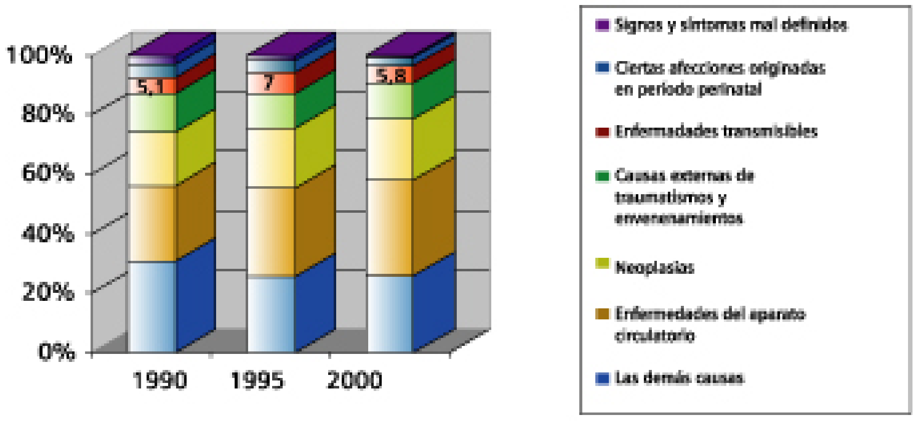
y el porcentaje de defunciones por tumores se incrementa a 9,8%. Sin embargo, la década de los noventa se caracteriza por una estabilización de la mortalidad proporcional.

De acuerdo con la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles –que incorpora las patologías infecciosas y parasitarias, las infecciones respiratorias, neumonías y meningitis- desciende de 210,8 por 100.000 habitantes en 1970 a 23 por 100.000 en 2000, y se mantiene sin cambios desde entonces. El mismo comportamiento muestran las patologías "mal definidas" al pasar de 72,4 por 100.000 habitantes en 1970 a 4 por 100.000 en 2000.

Una tendencia contraria se observa en la tasa de mortalidad por tumores que de 66,2 por 100.000 habitantes en 1970 pasa luego a incrementarse progresivamente a 81 por 100.000 habitantes en 2000. Las enfermedades cardiovasculares decrecen entre 1970 y 1980 (de 129,7 pasan a 102,7 por 100.000 habitantes) y luego aumentan hasta 124 por 100.000 habitantes en 2000, ubicándose como la primera causa de muerte en el país desde 1971 (gráfico 3).

Gráfico 3

Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas según año de ocurrencia Costa Rica 1990 - 2000

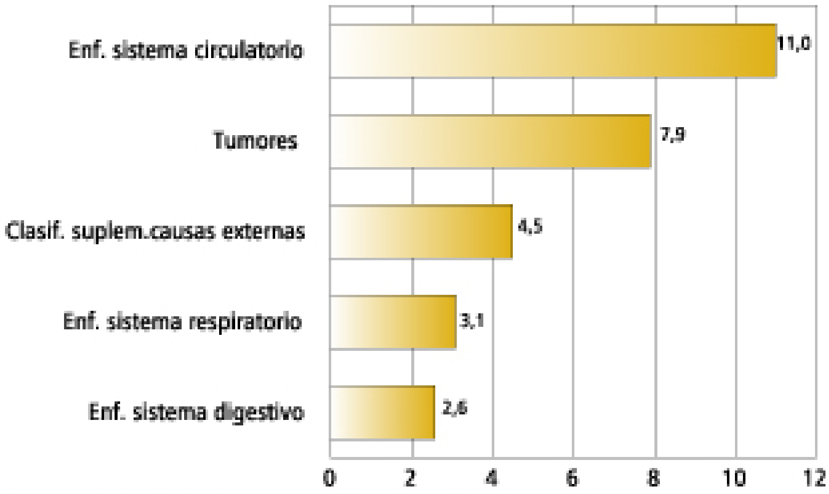


Fuente: Base de datos de defunciones del CCP y el INEC

Al continuar el análisis de la mortalidad por los cinco grandes grupos de causas hasta el año 2002, se observa la misma tendencia es decir, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupa el primer lugar, le siguen los tumores malignos, en tercer lugar las causas externas, seguido por las enfermedades del sistema respiratorio y en quinto lugar las enfermedades del aparato digestivo. A continuación se presenta el comportamiento del año 2002.

Gráfico 4

Mortalidad por los cinco primeros grandes grupos de causas.
Costa Rica 2002
(tasa por 10.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad Información Estadística M.Salud

El análisis de la mortalidad infantil muestra un patrón similar, con una reducción acentuada entre 1970 y 1980 (de 61,5 a 19,1 por 1000 nv), y un descenso lento a 10,8 por 1000 nv hasta el 2000. Ambas fracciones de la mortalidad: neonatal y residual descienden, aunque ésta última decrece en mayor medida, al pasar de 36,3 a 7,9 por 1000 n.v. (gráfico 5). Durante los años ochenta la mortalidad infantil se reduce hasta 15,3 en 1990 y luego muestra, hasta el 2000, un patrón de oscilación que refleja un estancamiento del indicador. En este análisis es necesario considerar la disminución en el número absoluto de muertes en menores de 1 año así como la disminución de la natalidad.

Al observar la tasa de mortalidad infantil por cantones en el periodo 1994-1997, 35 cantones presentan tasas más altas que la nacional (13,03 por 1000 nv) y en el periodo 1998-2001, 34 cantones presentan cifras superiores a (11,35 por 1000 nv). Los 10 cantones que mantienen tasas altas en ambos cuatrienios son: Talamanca, Dota, Matina, Liberia, Sarapiquí, Coto Brus, Los Chiles, Limón, Abangares y Siquirres. Esta situación podría estar asociada a problemas de accesibilidad de la atención del grupo materno infantil, las bajas condiciones socioeconómicas de estas poblaciones y al incremento de las muertes por Malformaciones Congénitas.

II. Las brechas en salud

2.1. Antecedentes en la definición de espacios geográfico-poblacionales

Es posible identificar en Costa Rica diversos esfuerzos dirigidos a identificar zonas hacia las cuales priorizar los recursos. La identificación de cantones rezagados, la construcción de mapas según nivel de pobreza y la elaboración de "índices" representan algunas de estas iniciativas: MIDEPLAN diseñó en 1987 el "Índice de Desarrollo Social" que es medido en función de ocho indicadores sociales y UNICEF diseñó el "índice de vulnerabilidad infantil" que es otro indicador de desarrollo, construido por un conjunto de 31 indicadores categorizados en seis factores sintéticos e intenta clasificar los cantones del país según el grado de vulnerabilidad de la infancia y también se dispone de la agrupación por condiciones sociodemográficas que agrupa los cantones en 5 áreas.

El Índice de Desarrollo Social estratifica los cantones del país en 5 grupos de cantones y la agrupación sociodemográfica distribuye los cantones en 5 áreas definidas por condiciones sociodemográficas (Área Metropolitana, Resto Urbano, Rural Valle Central, Urbana fuera del Valle y Rural fuera del valle). Pero estas dos agrupaciones de cantones no coinciden y al relacionarlas con algunos indicadores "trazadores" de salud son susceptibles de cambios a nuevas agrupaciones.

2.2. Caracterización socio-demográfica:

La pobreza es mayor en las áreas ubicadas fuera del valle central, particularmente las zonas más rurales y alejadas del centro de la capital.

El promedio del índice de desarrollo social es inferior en las áreas ubicadas fuera del valle central, y esa diferencia es más acentuada en el área rural, en la que se ubican cantones que, como Talamanca, tienen un índice con valor "cero". Coincidiendo con esa distribución, las áreas metropolitana y urbana del valle central no tienen cantones ubicados en las categorías de alta y muy alta vulnerabilidad infantil, mientras que, por el contrario, en la zona urbana fuera del valle central, el 84,6% de los cantones pertenecen a las categorías de vulnerabilidad más altas.

Con respecto al nivel educativo, el área rural fuera del valle central tiene una proporción de población que no asistió a la escuela que duplica el valor del porcentaje encontrado en el área metropolitana.

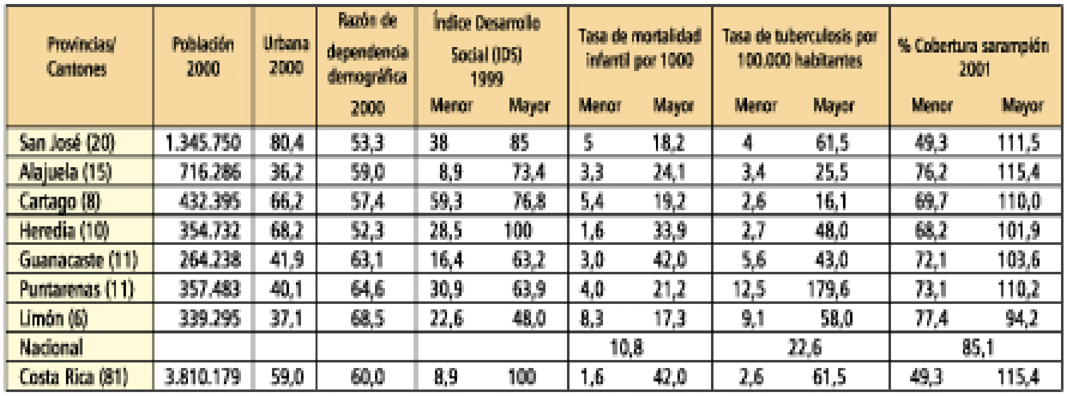
Interesa señalar que las tasas de desempleo son más altas en el área urbana fuera del valle central y la metropolitana, situación que podría interpretarse como contradictoria, ya que esta última muestra un mayor desarrollo social. Una posible explicación a este comportamiento del desempleo puede encontrarse al analizar la relación entre pobreza y desempleo, pues si se analiza el desempleo en la población pobre de las zonas centrales del país se encuentra que es más alto que en las regiones más urbanas: 17% de desempleo en las personas pobres de la región central, mientras que en regiones más alejadas como la Chorotega y la Brunca el desempleo de la población pobre es de 8,3% y 8,7%, respectivamente (Encuesta Nacional de Hogares, 1997).

Esta situación refleja que la asociación entre pobreza y empleo difiere según el nivel de urbanización de las poblaciones y que el indicador “desempleo abierto” es una categoría que incluye una amplia gama de posibles situaciones si se vincula con el análisis de la pobreza.

Los espacios geográfico-poblacionales muestran diferencias en la estructura familiar de los hogares: una mayor proporción de mujeres jefes de hogar, de mujeres divorciadas y población femenina económicamente activa más alta en el área metropolitana. Las áreas urbana y rural del valle central tienen mayor porcentaje de mujeres casadas, mientras que las áreas ubicadas fuera del valle central tienen una proporción muy superior de parejas en “unión libre”

Cuadro 3

Distribución de indicadores de salud en los cantones de las provincias de Costa Rica
2002



Provincias/ Cantones	Población 2000	Urbana 2000	Razón de dependencia demográfica 2000	Índice Desarrollo Social (IDS) 1999		Tasa de mortalidad infantil por 1000		Tasa de tuberculosis por 100.000 habitantes		% Cobertura sarampión 2001	
				Menor	Mayor	Menor	Mayor	Menor	Mayor	Menor	Mayor
San José (20)	1.345.750	80,4	53,3	38	85	5	18,2	4	61,5	49,3	111,5
Alajuela (15)	716.286	36,2	59,0	8,9	73,4	3,3	24,1	3,4	25,5	76,2	115,4
Cartago (8)	432.395	66,2	57,4	59,3	76,8	5,4	19,2	2,6	16,1	69,7	110,0
Heredia (10)	354.732	68,2	52,3	28,5	100	1,6	33,9	2,7	48,0	68,2	101,9
Guanacaste (11)	264.238	41,9	63,1	16,4	63,2	3,0	42,0	5,6	43,0	72,1	103,6
Puntarenas (11)	357.483	40,1	64,6	30,9	63,9	4,0	21,2	12,5	179,6	73,1	110,2
Limón (6)	339.295	37,1	68,5	22,6	48,0	8,3	17,3	9,1	58,0	77,4	94,2
Nacional						10,8		22,6		85,1	
Costa Rica (81)	3.810.179	59,0	60,0	8,9	100	1,6	42,0	2,6	61,5	49,3	115,4

Fuente: (1). Situación de salud en Costa Rica. Indicadores básicos 2002 (2). Indicadores de salud cantonales 2002.

Por esta razón para agrupar estos cantones y poder apreciar mejor las brechas y su relación con indicadores de salud como: La mortalidad infantil, la incidencia de tuberculosis y la cobertura de sarampión, se analiza para cada provincia el valor máximo y mínimo de los cantones así como el valor promedio nacional para cada uno de estos indicadores.

El cuadro 3 muestra varios indicadores de salud de los 81 cantones del país, agrupados en provincias, y para cada uno de estos indicadores se expresa un valor mínimo y máximo al interior de cada provincia para estudiar la gran variabilidad existente a nivel subnacional y la comparación con el promedio nacional para establecer las diferencias.

Índice Desarrollo Social (IDS): El cantón con el mayor valor a nivel nacional (100), es 11 veces mayor que el cantón con el menor valor a nivel nacional (8,9), a lo interno de las provincias, la mayor desigualdad se aprecia en la provincia de Alajuela donde el valor máximo es 8 veces mayor que el valor mínimo, y la menor desigualdad se aprecia en la provincia de Cartago donde el valor máximo es 1,2 veces mayor que el valor mínimo.

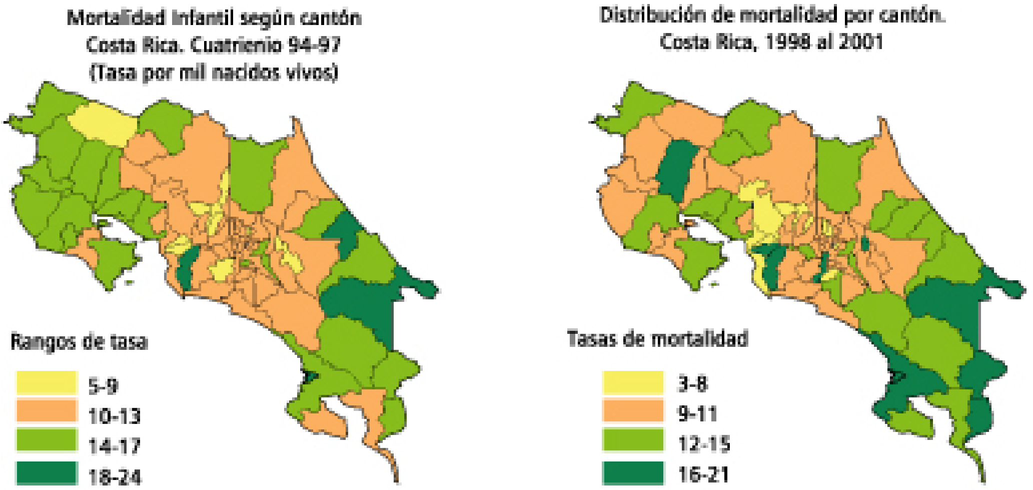
Tasa de mortalidad infantil: El cantón con el mayor valor a nivel nacional (42,0), es 26 veces mayor que el cantón con el menor valor a nivel nacional (1,6), a lo interno de las provincias, la mayor desigualdad se aprecia en la provincia de Heredia donde el valor máximo es 21 veces mayor que el valor mínimo y la provincia de Guanacaste donde el valor máximo es 14 veces mayor que el valor mínimo. Existen un total de 38 cantones a nivel nacional que están por debajo del promedio nacional de 10,8 por 1000 nv, el resto de los 43 cantones están por encima de ese valor. Existen 15 cantones con el valor más alto de 15 por 1000 nv. Los valores de la mortalidad infantil observados en los cantones nos sugieren que existen tres niveles de agrupación de cantones:

Grupo 1 cantones (38) por debajo de la tasa nacional de mortalidad infantil de 10,8 por 1000 nv
Grupo 2 cantones (34) con mortalidad infantil entre 10-20 por 1000 nv
Grupo 3 cantones (4) con mortalidad infantil entre 20-40 por 1000 nv

Los 10 cantones que tienen las tasas más altas son: Talamanca, Dota, Matina, Liberia, Sarapiquí, Coto Brus, Los Chiles, Limón, Abangares y Siquirres (ver mapa 1).

Mapa 1

Mortalidad infantil por cantón.
Costa Rica, 1994 - 2001.



Mortalidad infantil según cantón
Costa Rica. Cuatrienio 94-97
(Tasa por mil nacidos vivos)

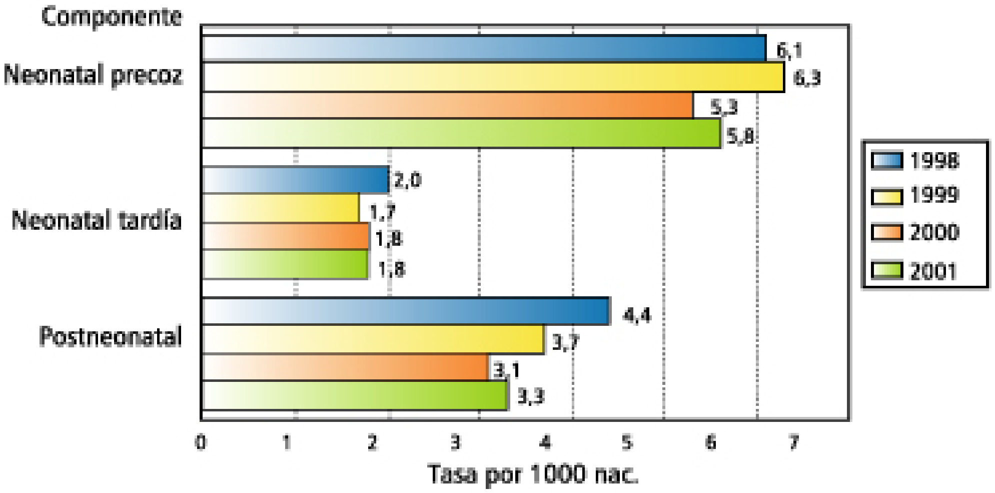
Distribución de mortalidad por cantón.
Costa Rica, 1998 al 2001

Fuente: INEC, Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

Las causas de mortalidad infantil indican que la reducción más acentuada ocurrió en la proporción de enfermedades infecciosas y parasitarias, que reducen su peso relativo de 36,4% en 1970 a 10,8% en 1980 y las patologías respiratorias (de 18,5% en 1970 pasan a 11,7% en 1990). Al disminuir el número de defunciones atribuidas a estas causas se incrementa la proporción de muertes asociadas a afecciones perinatales y malformaciones congénitas, que representan en 1998, el 47,2% y 26,9% del total de muertes infantiles. A principios de los noventa se reporta un descenso del número de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, que luego se estabiliza, y se mantiene en un 5%. La proporción de muertes por patologías respiratorias se mantiene sin cambios importantes desde principios de los ochenta, con cifras cercanas al 12% del total de defunciones en menores de un año.

Gráfico 5

Mortalidad infantil según componentes. Costa Rica 1998-2001
(tasa por 1000 nacimientos)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

Las muertes infantiles son predominantemente neonatales. En el período comprendido de 1998 al 2001, la mortalidad neonatal ha tenido un leve descenso pasando de 8,1 por mil en el 2000 a 7,4 por mil en el 2001.

El mayor peso de esta mortalidad se ubica en el componente neonatal precoz (los primeros 7 días de vida), en el cual la tasa descendió un 10% del año 1998 al 2001 lo que podría asociarse a una mejor atención perinatal en el segundo nivel de atención. El componente de neonatal tardío (de 8 días hasta antes de los 28 días) presenta una tendencia a la estabilización. En ese período la tasa de mortalidad infantil ha descendido de 12,6 a 10,8, de los cuales 1,1 corresponde al período posneonatal, (28 días hasta 11 meses 29 días). Lo anterior confirma que si se quiere mantener esta tasa de mortalidad infantil en descenso, será necesario intervenir con mayor fuerza en los determinantes neonatales de esta.

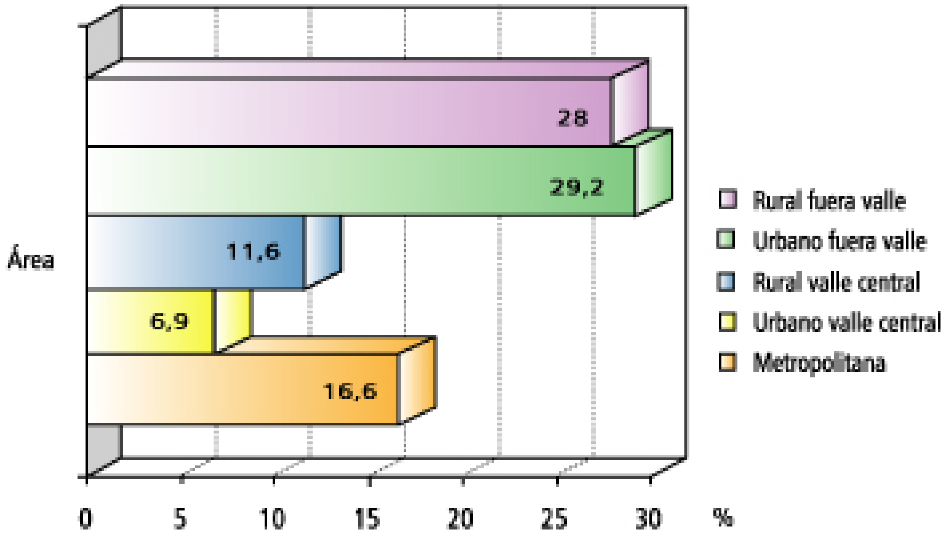
Tasa incidencia de tuberculosis: El cantón con el mayor valor a nivel nacional (61,5), es 23 veces mayor que el cantón con el menor valor a nivel nacional (2,6), a lo interno de las provincias, la mayor desigualdad se aprecia en la provincia de Heredia donde el valor máximo es 18 veces mayor que el valor mínimo y la provincia de San José donde el valor máximo es 15 veces mayor que el valor mínimo. La menor desigualdad se aprecia en la provincia de Limón donde el valor máximo es 6 veces mayor que el valor mínimo. Los valores de la tasa de tuberculosis observados en los cantones nos sugieren que existen tres niveles de agrupación de cantones:

Grupo 1 cantones (51) por debajo de la tasa nacional de 22,6 por 100.000 hb
Grupo 2 cantones (20) entre 22 – 60 por 100.000 hb
Grupo 3 cantones (3) mayores de 60 por 100.000 hb

Los 10 cantones que tienen las tasas más altas son: Coto Brus (179,6), Golfito (115,3), Turrubares (61,5), Talamanca (58,0), Puntarenas (50,7), San Pablo (48,0), Abangares (43,0), Santa Cruz (39,2), Osa (38,7) y La Cruz (36,4).

Gráfico 6

Incidencia de tuberculosis según área geográfica
Costa Rica, 1998
- Tasas por 100000 habitantes -



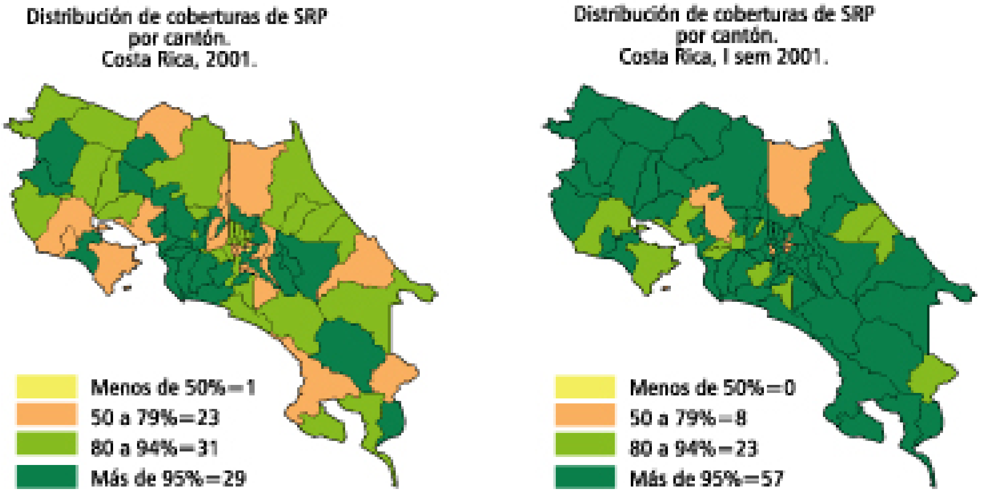
Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Unidad de Información Estadística, Ministerio de Salud

En el incremento de la incidencia de la tuberculosis han confluido varios elementos: multirresistencia a antimicrobianos usados tradicionalmente en su tratamiento, aparición de casos asociados al SIDA, dificultades en la sostenibilidad de los programas de control de la enfermedad y necesidad de readecuar sus estrategias de atención a la complejidad de la población que sufre de esta enfermedad y requiere de un control y supervisión prolongada y supervisada. La población con tasas de incidencia más elevadas se concentran en las áreas fuera del valle central, con las consiguientes dificultades de acceso y supervisión en su tratamiento y en el área metropolitana, afectando, fundamentalmente, las poblaciones con mayor hacinamiento y problemática social.

Cobertura de vacunación de sarampión: El cantón con el mayor valor a nivel nacional (115.4), es 2 veces mayor que el cantón con el menor valor a nivel nacional (49.3). Del total de 81 cantones a nivel nacional 54 están por encima del promedio nacional de cobertura del 85%, o sea que 27 cantones están por debajo del promedio nacional y solo 29 cantones están por encima del 95% de cobertura (cobertura óptima para poder interrumpir la transmisión), el resto de 52 cantones están por debajo de este porcentaje. Los valores de la cobertura de vacunación de sarampión observados en los cantones nos sugieren que existen tres niveles de agrupación de cantones:

Grupo 1 cantones (27) con coberturas menores a 85%
Grupo 2 cantones (4) con coberturas entre 85% - 95%
Grupo 3 cantones (50) con coberturas por arriba de 95%

Las coberturas de sarampión, en comparación al año anterior, han mejorado en un 16%, aumentando los cantones con cobertura del 95% o más, pasando de 29 cantones en el 2001 a 50 cantones en el 2002.


Distribución comparativa de coberturas para SRP por cantones.
Costa Rica, 2001 a I semestre 2002.

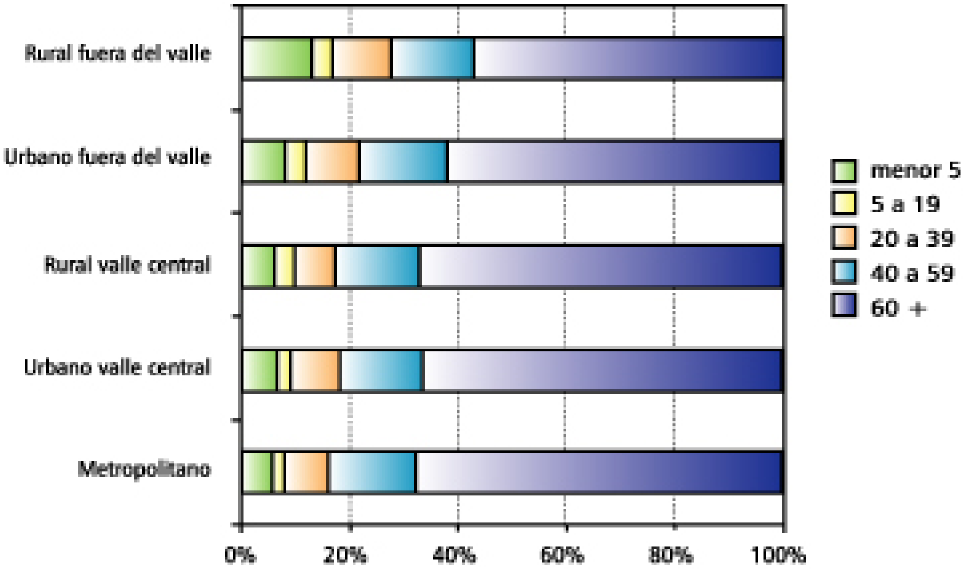
Distribución de coberturas de SRP por cantón. Costa Rica, 2001.
Menos de 50%=1
50 a 79%=23
80 a 94%=31
Más de 95%=29
Distribución de coberturas de SRP por cantón. Costa Rica, I sem 2001.
Menos de 50%=0
50 a 79%=8
80 a 94%=23
Más de 95%=57

2.3. Diferenciales de mortalidad

La mortalidad de menores de cinco años representa el 12,9% del total de defunciones en el área rural fuera del valle central, mientras que ese valor es de 5,4% en el área metropolitana. Coincidiendo con esa mayor mortalidad prematura en las zonas ubicadas fuera del valle central, un 61,7% y 57,2% de las defunciones ocurren en personas de 60 años y más en las áreas urbana y rural de esta zona, mientras que el 67,7% de las muertes ocurren en ese grupo de edad en el área metropolitana (gráfico 7).

Gráfico 7

Mortalidad proporcional de la población según grupo de edad y área geográfica. Costa Rica, 1998



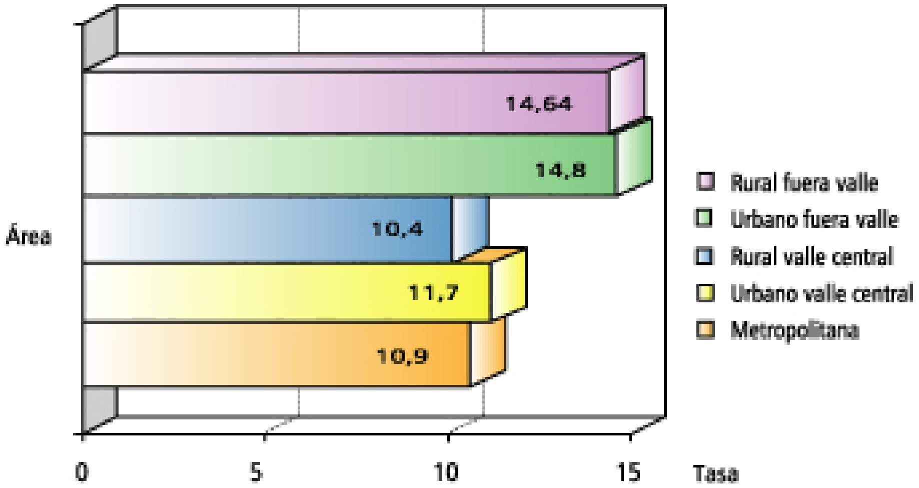
Fuente: Cálculos a partir de defunciones reportadas en el Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud

El análisis de las tasas de mortalidad infantil muestra una tendencia similar a la de menores de 5 años, con un riesgo mayor de morir en el menor de un año (gráfico 8), que tiene una tasa de mortalidad infantil de 14,6 y 14,8 por 1000 nv el área rural y urbana fuera del valle central, respectivamente, mientras que el área metropolitana alcanza un tasa de 10,9 por 1000 nv, cifra que solo es superada por el área rural del valle central (10,4 por 1000 nv).

La mortalidad en el menor de cinco años es superior en el área urbana fuera del valle central (tasa de mortalidad de 341,2 por 100000) si se compara con el área metropolitana (Tasa de mortalidad de 264,5 por 100000). Interesa señalar que el área rural del valle central es la que logra las tasas menores de mortalidad en los grupos de menor edad, con una tasa bruta de mortalidad de 3,6 por 1000, cifra que solo es superada por el área rural fuera del valle (3,3 por 1000) y que es inferior a la nacional y a la de las demás áreas.

Gráfico 8

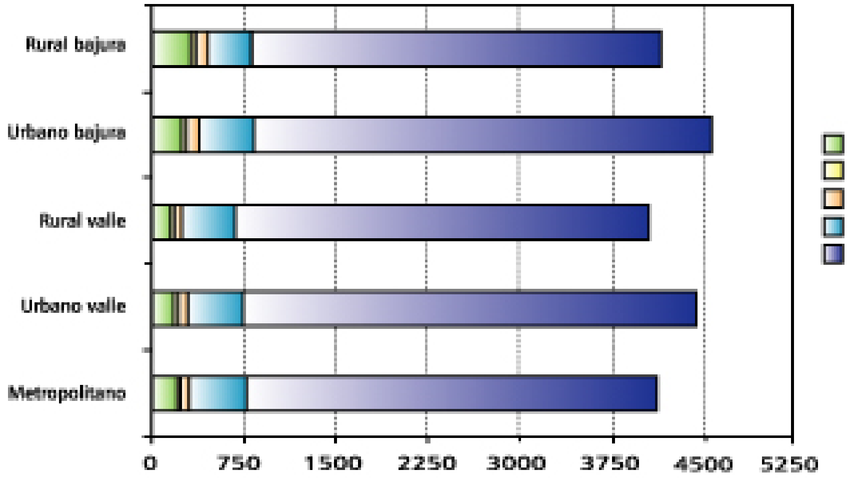
Mortalidad infantil según área geográfica
Costa Rica, 1998
- Tasas por 100000 n.v. –



Fuente: Cálculos elaborados a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos y Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud

Gráfico 9

Tasas de mortalidad según grupo de edad y área geográfica
Costa Rica, 1998
-Tasas por 100 000 habitantes -



Fuente: Cálculos con datos de defunciones del Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud.

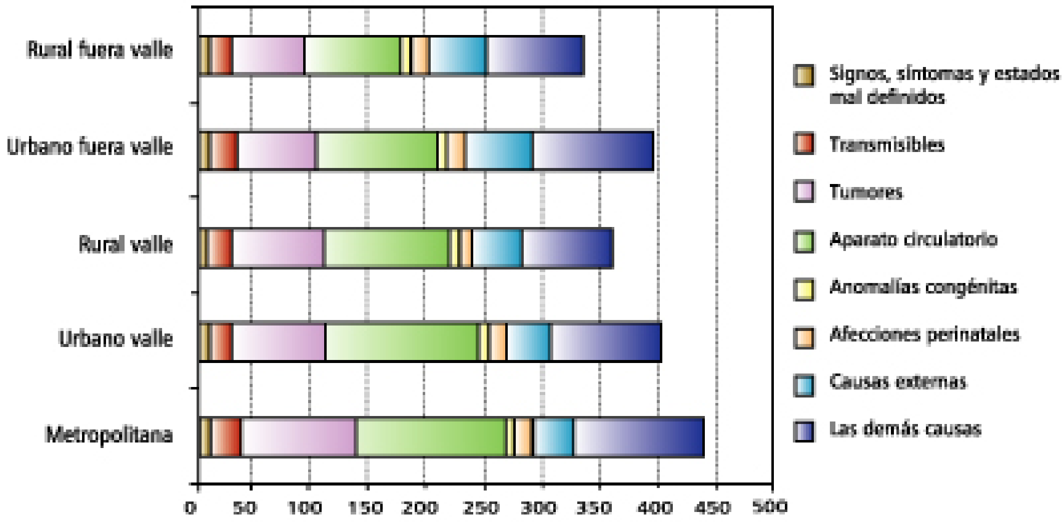
En los gráficos 10, 11 y 12, se observan diferencias importantes en la mortalidad por enfermedad cardiovascular y tumores en las diversas áreas geográficas, donde en el área metropolitana, el riesgo de morir por tumores de tráquea, bronquios y pulmón es 1,92 veces mayor que el de la población del área rural fuera del valle central. Por el contrario, el riesgo de morir por un cáncer uterino es superior en el área urbana fuera del valle central.

Con respecto a las patologías del aparato circulatorio, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es 1,8 veces superior en el área metropolitana si se compara con el área rural fuera del valle central y esa relación es similar en lo que respecta a la hipertensión arterial (1,3 veces mayor). Por el contrario, la mortalidad por afecciones perinatales y causas externas es más elevada en las áreas que se encuentran fuera del valle central.

Gráfico 10

Tasas de mortalidad según área. Costa Rica, 1998

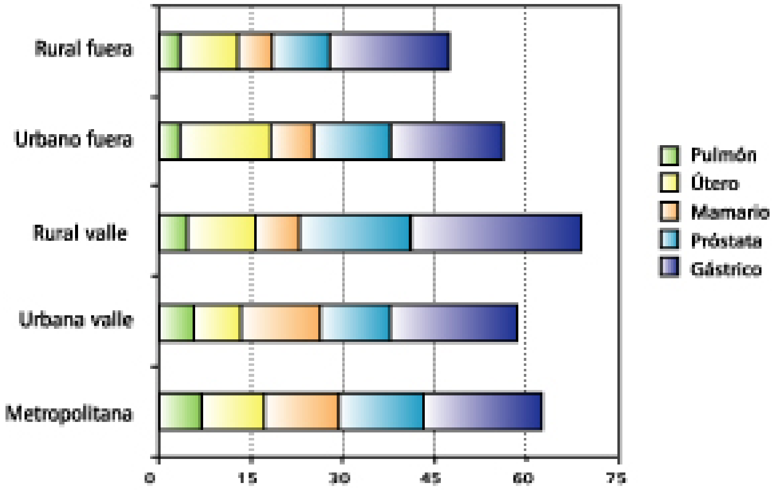
-Tasas por 100 000 habitantes -



Fuente: Cálculos con datos de defunciones del Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud.

Gráfico 11

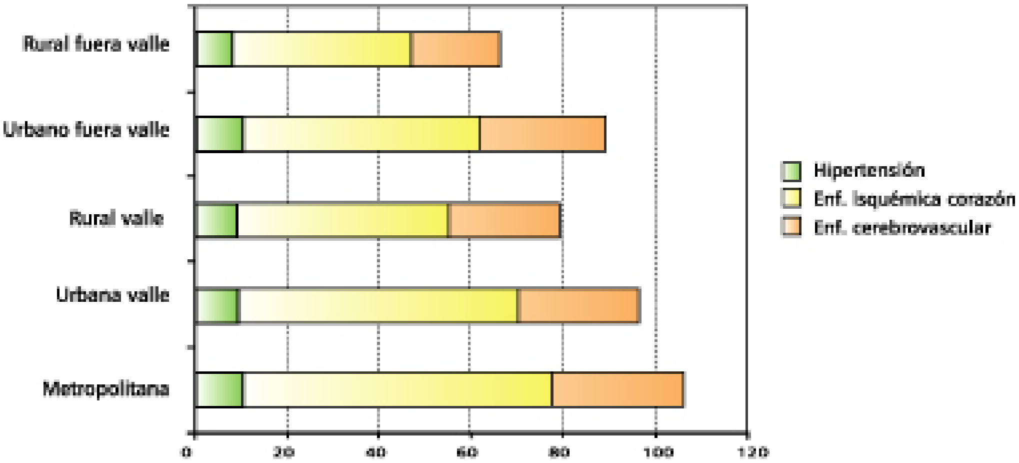
Tasas de mortalidad por tumores seleccionados según área.
Costa Rica, 1998
-Tasas por 100 000 habitantes-



Fuente: Cálculos con datos de defunciones del Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud.

Gráfico 12

Tasas de mortalidad por enfermedades del corazón según área.
Costa Rica, 1998
-Tasas por 100 000 habitantes-



Fuente: Cálculos con datos de defunciones del Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud.

En lo que respecta a los diferenciales de mortalidad de acuerdo con el sexo, muestran que el riesgo de morir, con excepción de la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular, que es superior en la mujer, es significativamente mayor en el hombre, sobre todo para las categorías de causas externas y de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Solamente no se encontraron diferencias significativas de acuerdo con el sexo para la mortalidad por anomalías congénitas.

2.4. Diferenciales de morbilidad

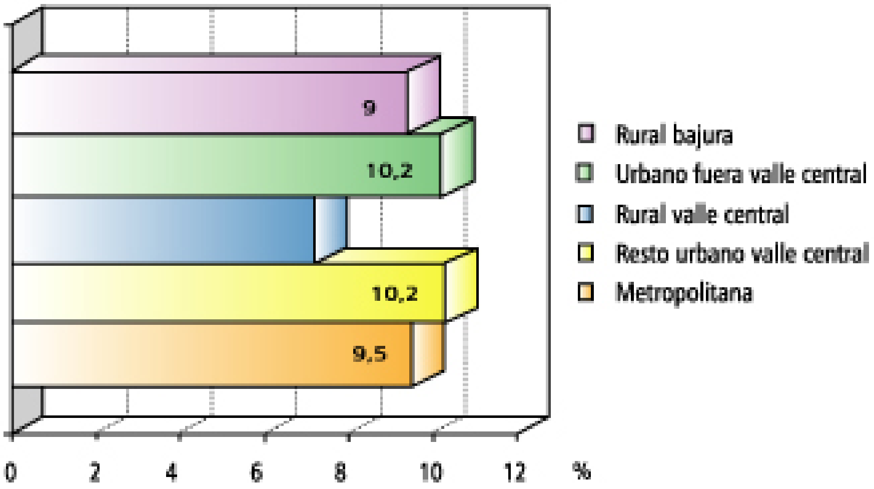
La diabetes es una enfermedad cuya etiología está asociada con factores como la obesidad, sedentarismo y las dietas bajas en fibra y altas en grasa, condiciones que son más prevalentes en las áreas urbanas. El gráfico 13 indica que la prevalencia de diabetes mellitus es más baja en las áreas rurales, tanto dentro como fuera del valle central. El área urbana fuera del valle central enfrenta la dificultad de atender este tipo de enfermedades crónicas, así como afecciones de índole infecciosa vinculadas con la pobreza y otras patologías sociales como es la tuberculosis y la sífilis congénita. Además, la disponibilidad de recursos constituye otra dificultad, pues la mayor concentración de infraestructura y personal se ubica en las áreas cercanas a la capital del país, por lo que el área urbana fuera del valle central deberá afrontar el desafío de atender patologías complejas con mayor restricción de recursos.

Gráfico 13

Prevalencia de diabéticos de 40 o más años según área geográfica.

Costa Rica, 1998

- Tasas por 100 habitantes –



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, 1998

La prevalencia de diabetes en Costa Rica se estimó en un 4,6% en 1995 en 5% en el 2000% y se espera ascienda al 7% en el 2025. La tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus en el período de 1995 al 2001 muestra ya una tendencia al aumento.

III. Las metas del milenio en Costa Rica

Las desigualdades en salud que internamente el país tiene y que han sido planteadas en este documento ponen de manifiesto que aunque algunos objetivos de desarrollo del milenio se han alcanzado en términos de promedios nacionales, existen aun bolsones de pobreza estancada. Los objetivos del milenio, entendidos como el marco referencial para medir los progresos del país, se convierten en una prioridad ante la cual el gobierno y la cooperación internacional deben responder en forma decidida y a través de alianzas con otros socios y actores. El desafío es muy serio y demanda de la cooperación Sur - Sur el máximo esfuerzo para poder tener incidencia en el diseño de nuevas políticas globales, dirigidas a una distribución más equitativa de los productos del desarrollo.

Las metas de desarrollo del milenio consisten en 8 objetivos con 18 metas y 48 indicadores, los objetivos son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre: acceso a oportunidades
2. Alcanzar la educación primaria universal: habilidades para la vida
3. Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres:
   como una forma de inequidad.
4. Reducir la mortalidad en la niñez: condiciones y calidad de vida
5. Mejorar la salud materna: condiciones y calidad de vida
6. Luchar contra el VIH/ SIDA, el paludismo y otras enfermedades: prevención.
7. Asegurar la sostenibilidad ambiental: agua, interiorización de los costos ambientales.
8. Promover la alianza mundial para el desarrollo: agenda verde, marrón y azul. PYMES.

Los compromisos con las metas del milenio a nivel del país, para su cumplimiento requieren de:

- Reconocimiento de los macrodeterminantes de la salud
- Identificación de brechas de desigualdad
- Identificación de las áreas de intervención
- Focalización de las acciones integrales según necesidades
- Consolidación del sistema nacional de salud: RECURSOS
- Movilización de recursos: con base a necesidades

Esto plantea que es necesario en Costa Rica realizar el énfasis en el reconocimiento en los temas siguientes:

- La brechas en salud
- Las nuevas reglas y nuevos actores
- La mayor participación ciudadana
- El enfoque del derecho a la atención en salud
- Un escenario de mayor flujo de migraciones
- La necesidad de privilegiar la salud colectiva

En anexos se detallan los valores en los indicadores básicos de salud que corresponden directamente o que están relacionados con las metas del milenio para Costa Rica, durante el periodo 2001-2002. El análisis de algunos de estos indicadores por categorías nos permite realizar las siguientes observaciones:

El cumplimiento de los valores de las metas del milenio para Costa Rica, plantea algunos retos interesantes como es el caso de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna.

Caso pobreza:

Para el caso de la pobreza, la cual se encuentra actualmente en valores de aproximadamente 18% (2002), su reducción a la mitad plantearía una reducción en base a valores de 1990 (20,3%) a 10% este valor es muy factible de lograr en 12 años.

Aunque existen 15 cantones con valores menores a la media nacional de Índice de Desarrollo Social (IDS) que es de 46,9%.

Caso mortalidad infantil:

Para el caso de la mortalidad infantil, la cual se encuentra actualmente en valores nacionales de 11,1 por 1.000 nacidos vivos (2002), su reducción en 2/3 partes plantearía una reducción en base a valores de 1990 (14,4 por 1.000 nv) a 4,9 por 1.000 nacidos vivos, este valor es imposible de lograr en 12 años. Pareciera que es más factible la reducción en 1/3 a nivel nacional, lo cual plantearía un valor de 9,65 teniendo como referencia el mismo valor de 1990. A nivel subnacional 34 cantones presentan valores por encima del valor nacional (11,1 por 1.000 nv) e incluso 2 cantones tienen valores superiores a 20 por 1.000 nv y 16 cantones tienen valores iguales o mayores a 15 por 1.000 nv.

En relación al porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión los valores para el año 2002 son de 93,3% a nivel nacional y de las (7) provincias del país solo (4) tiene niveles útiles de cobertura, es decir por encima del 95%.

Caso mortalidad materna:

Para el caso de la mortalidad materna, la cual se encuentra actualmente en valores nacionales de 3,8 por 10.000 nv (2002), su reducción en 3/4 partes plantearía una reducción en base a valores de 1990 (1,5 por 10.000 nv) a 1,1 por 10.000 nv, este valor es factible de lograr en 12 años. A nivel subnacional habría que precisar los cantones con valores por encima del valor nacional.

Caso paludismo y otras enfermedades graves:

Para el caso de la malaria, la cual se encuentra actualmente en valores nacionales de un IPA de 0,75 por 1.000 hb (2002), con una población del 33,61% en riesgo de contraer malaria su reducción es completamente factible de cumplir en el plazo de 12 años, incluso podríamos decir que es un problema bajo control en el país. Solo la provincia de Limón mantiene un IPA superior al nacional (1,88 por 1.000 hb).

En relación a la tuberculosis, la cual se encuentra actualmente en valores nacionales de 15,9 por 100.000 hb (2002), su reducción es completamente factible de cumplir en el plazo de 12 años. 25 cantones tienen tasas con valores por encima del valor nacional y de estos aproximadamente 10 duplican y hasta triplican este valor.

IV. Conclusiones

1. A pesar de los avances que Costa Rica ha alcanzado en términos de desarrollo humano, persisten aun diferencias importantes en las distintas poblaciones al interior del país (provincias y cantones). La formulación e implementación de políticas, planes y formas organizadas de intervención requiere de un profundo conocimiento de las dinámicas sociales y económicas de las poblaciones y del rezago o avance en el que ellas se encuentran.

2. Las variaciones más importantes de la mortalidad en Costa Rica se produjeron durante los setenta, al reducirse la proporción de defunciones por enfermedades transmisibles y afecciones mal definidas e incrementarse el peso relativo de las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores y las causas externas. Esa misma tendencia, aunque menos acentuada, se observa durante los años ochenta a los noventa donde las enfermedades transmisibles continúan su descenso, las patologías del sistema circulatorio aumentan y el porcentaje de defunciones por tumores se incrementa. Sin embargo, durante la década de los noventa no se ha podido avanzar en la reducción de la mortalidad por patologías de origen infeccioso que otros países desarrollados han logrado controlar.

3. Una tendencia contraria se observa en la tasa de mortalidad por tumores que pasa a incrementarse progresivamente en el año 2000. Las enfermedades cardiovasculares decrecen entre 1970 y 1980 y luego aumentan, ubicándose como la primera causa de muerte en el país desde 1971.

4. El análisis de la mortalidad infantil muestra un patrón similar, con una reducción acentuada entre 1970 y 1980, y un descenso lento hasta el año 2002. Ambas fracciones de la mortalidad infantil: la neonatal y la residual descienden, aunque ésta última decrece en mayor medida. Durante los años ochenta la mortalidad infantil se reduce hasta 15,3 en 1990 y luego muestra, hasta el año 2002, un patrón de oscilación que refleja un estancamiento del indicador.

5. Los valores de la mortalidad infantil observados en los cantones nos sugieren que existen tres niveles de agrupación de cantones:

   - Grupo 1: cantones (38) por debajo de la tasa nacional de mortalidad infantil de 10,8 por 1000 nv.
   - Grupo 2: cantones (34) con mortalidad infantil entre 10-20 por 1000 nv.
   - Grupo 3: cantones (4) con mortalidad infantil entre 20-40 por 1000 nv.

   El cantón con el mayor valor a nivel nacional (42,0) es 26 veces mayor que el cantón con el menor valor a nivel nacional, a lo interno de las Provincias la mayor desigualdad se observa en la Provincia de Heredia y Guanacaste.

   Los 10 cantones que tienen las tasas mas altas son: Talamanca, Dota, Matina,
   Liberia, Sarapiquí, Coto Brus, Los Chiles, Limón, Abangares y Siquirres.

6. La expectativa de vida del costarricense se mantuvo sin variaciones desde 1990 hasta el 2001 en alrededor de 77,7 años, para el 2002 se observa un incremento de 0,8 años. Este incremento es resultado de la estabilización de la tasa de mortalidad infantil que durante la presente década muestra oscilaciones sin que se evidencie una tendencia hacia la reducción; la reducción de la tasa global de fecundidad a niveles de reemplazo y el aumento proporcional que, desde 1985, muestran las tasas de mortalidad por algunas patologías como enfermedades del aparato circulatorio, tumores y causas externas. Por lo que es prioritario identificar acciones a corto, mediano y largo plazo, que permitan que el país avance en la identificación de acciones para enfrentar este cambio en la estructura demográfica.

7. Los valores de la cobertura del sarampión observados en los cantones nos sugieren que existen tres niveles de agrupación de cantones:

   - Grupo 1 cantones (27) con coberturas menores a 85%
   - Grupo 2 cantones (4) con coberturas entre 85% - 95%
   - Grupo 3 cantones (50) con coberturas por arriba de 95%.

8. Las coberturas de vacunación de Sarampión, en comparación al año anterior, han mejorado en un16%, aumentando los cantones con cobertura del 95% o más, pasando de 29 cantones en el 2001 a 50 cantones en el 2002.

9. Los valores de la tasa de incidencia de tuberculosis observados en los cantones nos sugieren que existen tres niveles de agrupación de cantones:

    - Grupo 1 cantones (51) por debajo de la tasa nacional de 22,6 por 100.000 hb
    - Grupo 2 cantones (20) entre 22 – 60 por 100.000 hb y
    - Grupo 3 cantones (3) mayores de 60 por 100.000 hb.

    Los 10 cantones que tienen las tasas más altas son: Coto Brus (179,6), Golfito (115,3), Turrubares (61,5), Salamanca (58,0), Puntarenas (50,7), San Pablo (48,0), Abangares (43,0), Santa Cruz (39,2), Osa (38,7) y La Cruz (36,4).

10. Se observa como, según proyecciones de población, al término de la próxima década la relación de dependencia aumentará en un punto porcentual tanto en hombres como en mujeres, es decir, que la proporción de habitantes que dependerá directamente de la población económicamente activa aumentará en un 10% a lo actual para el término del 2010. Lo anterior traerá más demanda sobre los servicios con menor oferta de recurso.

11. La mortalidad de menores de cinco años representa el 12,9% del total de defunciones en el área rural fuera del valle central, mientras que ese valor es de 5,4% en el área metropolitana y las tasas de mortalidad muestran una tendencia similar, con un riesgo mayor de morir en el menor de un año.

V. Recomendaciones

Ante esta situación, destaca la importancia de diseñar nuevos modelos teórico-metodológicos de análisis que permitan profundizar en la identificación de inequidades en las desigualdades o diferencias planteadas en este documento, a partir de fuentes de información existentes e incrementar la eficiencia en el uso de la información facilitando el análisis de las disparidades en las condiciones de salud en el país.

El conocimiento de las tendencias en los perfiles de salud es de fundamental utilidad para identificar disparidades en la distribución de la enfermedad y muerte. Estas deberían reducirse al promover una mayor equidad en la distribución de recursos y un empleo más eficiente de la tecnología disponible en salud.

A partir del análisis realizado en este documento es posible plantear algunas reflexiones que el país deberá considerar dado el perfil de salud que enfrenta:

1. Mantener y fortalecer como prioridad la estrategia de atención primaria para la reducción de enfermedades infecciosas, crónicas y carenciales, así como para avanzar en el mejoramiento de factores relacionados con las condiciones de saneamiento básico y vivienda.

2. El estancamiento en la frecuencia de las carencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas prevenibles, como la infección respiratoria y la diarrea, el resurgimiento de

enfermedades infecciosas que se creían superadas como el dengue y la malaria, el incremento de las enfermedades crónicas y el incremento de enfermedades como la tuberculosis y el VIH/SIDA y ciertas enfermedades febriles hemorrágicas, señalan la complejidad de la situación de salud que enfrenta Costa Rica.

3. Analizar e implementar estrategias innovadoras para prevenir el incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Para ello, es indispensable avanzar en el control de los determinantes de estas patologías, por lo que la promoción de la salud representa una condición indispensable así como la organización de programas basados en las necesidades específicas en Salud.

4. A partir de las necesidades, aplicar el principio de equidad en la priorización de acciones que permitirían reducir la prevalencia de problemas de tipo agudo, crónicos y carenciales y planificar recursos en función de criterios de costo-beneficio, si se desea lograr más impacto con los recursos que se disponen.

5. En la búsqueda de la equidad en salud existen dificultades conceptuales y prácticas, además de las limitaciones relacionadas con el acceso a información, mencionadas previamente. Otro elemento importante se refiere al criterio de evitabilidad de las diferencias en salud, pues las condiciones mórbidas inevitables se irán haciendo evitables con el progreso científico y social que alcancen las poblaciones.

6. Continúan ocurriendo muertes evitables y prematuras, pues muchas enfermedades solamente han desplazado el momento del deceso hacia los grupos de mayor edad, existe evidencia de que es posible reducir la proporción de estas defunciones prematuras e incluso evitar la ocurrencia de nuevos casos mediante estrategias dirigidas a modificar factores de riesgo relacionados con condiciones de vida.

7. La investigación resalta como una herramienta indispensable, dado que aún enfrentamos muchos vacíos de conocimiento con respecto a los factores de riesgo y su distribución epidemiológica, así como la efectividad de las intervenciones que permitirían controlar estos problemas de salud. Los grupos de riesgo de padecer estas patologías han ido cambiando a través del tiempo, por lo que es indispensable implementar sistemas de vigilancia que faciliten las investigación, el análisis y monitoreo que permitan identificarlos.

8. Los sistemas de información tradicionales se han convertido en grandes registros de datos en los que las instituciones invierten gran cantidad de recursos pero que, sin embargo, no se utilizan para prever situaciones, profundizar en el conocimiento de la situación de salud e identificar estrategias costo-efectivas que apoyen la toma de decisión. Se debe de mantener la idea de crear un sistema de información en salud centrado en el Ministerio de Salud que sea realmente eficiente y oportuno.

VI. Referencias bibliográficas

1. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Nutrición 1996: Consumo aparente de alimentos en la población costarricense*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 1996
2. Costa Rica. Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Caja Costarricense de Seguro Social. 1998. *Encuesta de hogares de propósitos múltiples: módulo de empleo, julio de 1997. San José, Costa Rica: Área de Estadística y Censos del Ministerio de Economía, Industria y Comercio.*
3. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES). 1997. *Principales indicadores sociales.* San José, Costa Rica: Serie MIDEPLAN/SIDES N°2.
4. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Memoria Anual. Costa Rica, 1998.*
5. Organización Panamericana de la Salud. 1996. *Uso de Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología*. Bol Of Sanit Panam. 17:1-6.
6. Proyecto Estado de la Nación. 1997. *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: un análisis amplio y objetivo de la Costa Rica que tenemos a partir de los indicadores más actuales.* 1ed, San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación.
7. Rosero L. 1998. *Mortalidad y esperanza de vida. En Foro Nacional de Salud: "Hacia la construcción colectiva de la salud", Costa Rica*.
8. Sáenz MI, Durán O, Oviedo LA, Trejos JD. 1998. *Diseño y construcción de un índice de vulnerabilidad infantil para Costa Rica*. San José, Costa Rica: UNICEF y Segunda Vicepresidencia de la República.
9. Ministerio de Salud – OPS/OMS, *Situación de Salud en Costa Rica. Indicadores Básicos 2002.*
10. OPS/OMS, *Situación de Salud en las Ameritas. Indicadores Básicos 2002.*
11. Ministerio de Salud – OPS/OMS. *Indicadores de Salud. ¿Mejoro la Equidad? Costa Rica 1980-2000.*
12. Ministerio de Salud – OPS/OMS. *Indicadores de Salud Cantónales, Costa Rica 2002.*
13. Ministerio de Salud – OPS/OMS. *Análisis Sectorial de Salud en Costa Rica 2002*.
14. Proyecto Estado de la Nación, Noveno informe *"Un análisis amplio y objetivo sobre la Costa Rica que tenemos a partir de los indicadores más actuales 2002".*

VII Anexos

Indicadores básicos de salud que corresponden o están relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Indicadores socioeconómicos

	13	15	17			18			25	27
	Índice de Desarrollo Humano IDH	Tasa de desempleo	Población con acceso a servicios de agua potable %			Población con acceso a servicios de alcantarillado %			Nacimientos hospitalarios %	Nacimientos fuera del matrimonio %
			Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural		
	2001	2001		2000			2000		2002	2000
Costa Rica	0.821	6.1	95.0	99.6	91.,5	96.3	98.0	94.8	99.3	52.7

	30		32 (ODM 8)		
	Repitencia %		Alfabetismo 10 y más años %		
	Primaria	Secundaria	Total	Hombres	Mujeres
	2000	2000	2000		
Costa Rica	8.2	9.3	95.2	95.0	95.5
Provincias					
San José	7.9	8.5	97.0	97.0	97.1
Alajuela	8.0	8.4	94.3	93.8	94.7
Cartago	7.4	11.1	95.4	95.4	95.4
Heredia	7.2	10.0	96.8	96.8	97.0
Guanacaste	8.7	8.4	93.3	92.8	93.7
Puntarenas	9.7	11.3	92.2	91.9	92.5
Limón	9.7	10.3	92.3	92.1	925

Indicadores de mortalidad

	34(ODM 16)	35 (ODM 14)
	Tasa de mortalidad materna x 10.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos
	2002	2002
Costa Rica	3.80	11.1
Provincias		
San José	3.72	11.6
Alajuela	5.13	9.9
Cartago	1.38	9.8
Heredia	3.21	9.3
Guanacaste	3.94	12.2
Puntarenas	2.74	12.3
Limón	5.35	12.8

Indicadores de morbilidad

	55(ODM 23)	59	60	61	62	64	65	66
	Incidencia de sarampión defunciones registradas	Población riesgo de malaria No.	Población riesgo de malaria %	IPA malárico x 1.000 hab.	Casos reportados de malaria	Tasa de incidencia anual de SIDA x 100.000 hab.	Razón hombre/mujer casos de SIDA	Incidencia de bajo peso al nacer (menor 2.500 g) %
	2002	2002	2002	2002	2002	2002	2000	2002
Costa Rica	0	1356020	33.61	0.75	1021	2.05	4.0	6.9
Provincias								
San José	0	0	0	0	4	2.98	N/D	N/D
Alajuela	0	216414	27.92	0.06	125	1.4	N/D	N/D
Cartago	0	67325	14.51	0	0	1.5	N/D	N/D
Heredia	0	45887	11.89	0.33	15	1.8	N/D	N/D
Guanacaste	0	277187	100.00	0.04	12	1.6	N/D	N/D
Puntarenas	0	371533	100.00	0.42	155	1.6	N/D	N/D
Limón	0	377674	100.00	1.88	710	1.3	N/D	N/D

Indicadores de recursos, acceso y cobertura

	83 (ODM 17)		84(ODM 19)	87	88(ODM 15)
	Atención de salud por personal capacitado %		Uso de anticonceptivos mujeres, todo método %	Cobertura de inmunizaciones BCG niños menores de 1 año %	Cobertura de inmunizaciones sarampión niños menores de 1 año %
	Prenatal	Parto			
	2002	2002	2002	2002	2002
Costa Rica	70.6	97.5	96.0	91.6	93.6
Provincias					
San José	N/D	N/D	N/D	91.0	87.5
Alajuela	N/D	N/D	N/D	89.1	97.2
Cartago	N/D	N/D	N/D	93.6	99.0
Heredia	N/D	N/D	N/D	136.7	100.4
Guanacaste	N/D	N/D	N/D	97.0	98.3
Puntarenas	N/D	N/D	N/D	91.3	92.6
Limón	N/D	N/D	N/D	94.9	93.3

Fuente: MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN ACTUARIAL C.C.S.S
I.N.E.C 2000
ENCUESTA HOGARES I.N.E.C.
INFORME DESARROLLO HUMANO,PNUD.

SIMBOLOGÍA:

ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
🟥	Indicador que corresponde a ODM
🟫	Indicador relacionado a ODM

Indicadores básicos por provincia y cantón
Costa Rica 2002

Provincia y cantones	Índice de desarrollo social %	(ODM 14) Tasa de mortalidad infantil por 1.000 n.v	Cobertura BCG %	(ODM 15) Cobertura SRP 1 A y 3 M %	Tasa de incidencia de sida por 100.000 hab.	(ODM 23 y 24) Tasa de tuberculosis por 100.000 hab.
	2002	2002	2002	2002	2002	2002
Costa Rica	46,9*	11.1	91.6%	93.6%	2.1	15.9
San José	**59.6**	**11.6**	**91%**	**87.5%**	**3.0**	**17.3**
San José	63.7	13.6	110.2%	7549.0%	5.2	30.9
Escazú	73.3	16.5	69.1%	70.5%	3.6	7.1
Desamparados	66.1	12.7	90.7%	101.6%	0.9	19.5
Puriscal	51.8	13.4	72.3%	96.4%	0.0	9.8
Tarrazú	43.3	0.0	100.0%	82.9%	0.0	0.0
Aserrí	51.2	11.8	73.6%	90.3%	0.0	15.3
Mora	61.7	8.7	61.9%	106.5%	0.0	21.2
Goicoechea	66.7	12.0	94.9%	85.4%	3.2	16.1
Santa Ana	55.8	6.6	71.5%	91.0%	2.7	15.9
Alajuelita	58.7	7.2	67.2%	94.5%	1.2	17.1
Vasquez de Coronado	71.0	11.8	92.3%	103.8%	3.2	4.8
Acosta	47.3	3.2	87.7%	91.8%	0.0	36.0
Tibas	70.6	12.6	59.5%	80.4%	4.2	19.5
Moravia	70.5	17.0	91.9%	71.5%	3.8	5.7
Montes de Oca	85.0	9.3	105.5%	65.8%	3.8	15.1
Turrubares	49.1	0.0	32.3%	107.2%	0.0	0.0
Dota	45.9	16.2	79.7%	98.2%	0.0	0.0
Curridabat	73.3	12.5	93.7%	85.0%	3.1	9.2
Pérez Zeledón	48.9	5.9	98.7%	104.5%	3.9	3.1
León Cortés	38.0	20.4	80.1%	105.0%	0.0	8.0
Alajuela	**54.4**	**9.9**	**89.1%**	**97.3%**	**1.4**	**10.3**
Alajuela	61.5	7.9	88.2%	98.5%	2.1	14.0
San Ramón	54.6	14.0	90.7%	86.4%	4.0	6.7
Grecia	67.0	6.8	98.0%	97.5%	1.4	14.1
San Mateo	59.0	0.0	26.6%	85.5%	0.0	35.6
Atenas	68.8	12.3	68.2%	93.0%	0.0	0.0
Naranjo	55.4	7.9	72.8%	96.7%	0.0	7.4
Palmares	73.4	6.0	80.1%	95.9%	0.0	3.1
Poas	61.4	9.3	94.4%	105.3%	0.0	3.7
Orotina	64.6	11.1	98.9%	97.0%	0.0	11.9
San Carlos	45.5	10.0	92.5%	94.1%	1.5	10.2
Alfaro Ruiz	67.1	21.9	86.3%	100.5%	0.0	0.0
Valverde Vega	70.3	11.0	68.3%	121.3%	0.0	5.8
Upala	17.4	17.6	103.4%	103.1%	0.0	5.2
Los Chiles	8.9	9.8	100.2%	98.0%	0.0	14.5
Guatuso	40.5	12.3	55.6%	115.9%	0.0	14.0
Cartago	**63.6**	**9.8**	**93.6%**	**99.0%**	**1.5**	**10.4**
Cartago	66.7	10.6	107.0%	98.6%	1.4	5.0
Paraíso	62.0	8.8	94.7%	110.5%	1.7	5.2
La Unión	62.7	9.8	64.5%	97.6%	2.3	17.1
Jiménez	59.3	9.8	99.0%	98.4%	6.9	13.8
Turrialba	53.6	13.2	106.0%	87.3%	0.0	23.8
Alvarado	76.8	10.1	86.8%	114.9%	0.0	0.0
Oreamuno	65.4	11.0	89.9%	99.5%	2.4	7.2
El Guarco	61.8	1.4	88.5%	107.8%	0.0	2.8

Provincia y cantones	Índice de desarrollo social %	(ODM 14) Tasa de mortalidad infantil por 1.000 n.v	Cobertura BCG %	(ODM 15) Cobertura SRP 1 A y 3 M %	Tasa de incidencia de sida por 100.000 hab.	(ODM 23 y 24) Tasa de tuberculosis por 100.000 hab.
	2002	2002	2002	2002	2002	2002
Costa Rica	46,9*	11.1	91.6%	93.6%	2.1	15.9
Heredia	**71.4**	**9.3**	**89.3%**	**100.4%**	**1.8**	**9.3**
Heredia	67.8	8.0	136.7%	112.4%	2.7	13.3
Barva	63.3	14.4	80.4%	89.8%	0.0	20.0
Santo Domingo	70.2	7.6	51.3%	95.4%	0.0	2.7
Santa Bárbara	69.4	6.0	78.6%	99.6%	3.2	3.2
San Rafael	67.3	19.0	66.8%	97.4%	5.0	15.0
San Isidro	78.5	4.1	60.0%	98.4%	0.0	11.3
Belén	94.9	12.3	57.9%	85.5%	0.0	9.4
Flores	100.0	10.3	62.6%	86.8%	0.0	0.0
San Pablo	74.3	0.0	33.7%	96.3%	4.5	0.0
Sarapiquí	28.5	9.0	86.9%	99.2%	0.0	3.8
Guanacaste	**47.5**	**12.2**	**97.0%**	**98.3%**	**1.8**	**24.9**
Liberia	48.9	15.5	111.0%	99.7%	4.0	38.0
Nicoya	48.4	18.6	97.2%	86.2%	2.3	20.7
Santa Cruz	52.8	8.6	99.4%	102.4%	0.0	37.3
Bagaces	43.9	3.0	87.1%	100.7%	0.0	11.6
Carrillo	46.1	10.6	100.9%	101.6%	3.5	17.3
Cañas	49.9	5.7	95.1%	88.8%	0.0	19.9
Abangares	43.1	7.3	65.1%	104.2%	5.9	41.2
Tilarán	63.2	13.1	91.5%	102.7%	0.0	16.5
Nandayure	53.1	14.9	99.3%	118.1%	0.0	0.0
La Cruz	16.4	17.9	91.3%	98.6%	0.0	17.3
Hojancha	56.9	15.5	84.5%	116.3%	0.0	0.0
Puntarenas	**45.4**	**12.3**	**91.3%**	**92.6%**	**1.6**	**19.7**
Puntarenas	54.8	11.2	87.8%	80.0%	4.7	39.3
Esparza	62.8	14.5	97.6%	100.7%	0.0	7.8
Buenos Aires	22.2	13.9	92.3%	110.3%	0.0	7.1
Montes de Oro	63.9	0.0	99.4%	96.4%	0.0	16.7
Osa	41.3	12.6	101.5%	91.8%	0.0	23.4
Aguirre	47.5	7.3	112.8%	100.7%	0.0	9.2
Golfito	44.0	9.6	92.6%	98.4%	0.0	14.7
Coto Brus	30.9	16.9	81.2%	83.7%	2.5	9.9
Parrita	47.9	16.0	79.8%	105.0%	0.0	0.0
Corredores	35.4	15.2	92.6%	98.7%	0.0	13.4
Garabito	48.3	7.4	86.6%	91.3%	0.0	15.7
Limón	**33.1**	**12.8**	**94.9%**	**93.3%**	**1.3**	**22.7**
Limón	48.0	13.3	96.1%	103.7%	3.1	22.8
Pococí	43.8	11.0	98.6%	87.9%	0.9	17.2
Siquirres	36.4	13.9	85.1%	83.2%	0.0	12.4
Talamanca	0.0	18.4	109.0%	95.9%	3.5	35.1
Matina	22.6	9.9	92.0%	86.0%	0.0	56.3
Guácimo	47.8	13.0	82.9%	101.1%	0.0	12.9

* Indice de Desarrollo Social corresponde al año 2001

Fuente: Ministerio de Salud Unidad de Información Estadística.