

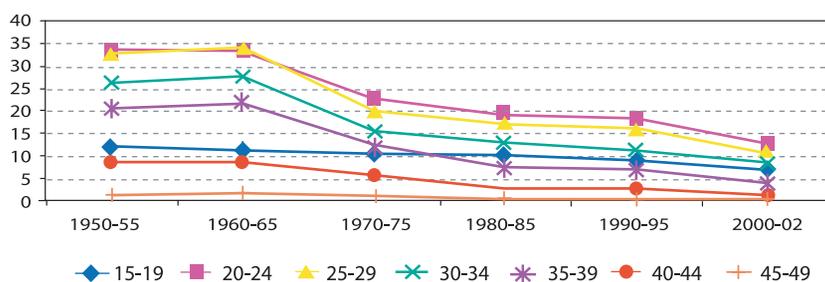
Fecundidad

La tasa global de fecundidad ha venido reduciéndose, llegando en 2003 a ser 2,08, tasa considerada “de reemplazo”, que es el mínimo necesario para que la población se renueve a sí misma en ausencia de migración.⁶⁰

Esta reducción se da en todos los grupos de edad de las mujeres en edad fértil, siendo que las mujeres de 30 años y más presentan la mayor reducción. Las que contribuyen con más nacimientos a la natalidad en general, es el grupo de mujeres entre 20 y 29 años.⁶¹

Gráfico 41

**Tasas de fecundidad específica por edad
Costa Rica, 1950 - 2002**



Fuente: CCSS, 2003

Los nacimientos de madres menores de 20 años han venido aumentando en proporción al total de nacimientos. Entre 1992 y 2002 aumentaron de 16,5% del total a 20,3%. Sin embargo, como se observa en el gráfico anterior, también para este grupo se ha reducido la tasa de fecundidad, aunque de manera menos marcada.

Del mismo modo, los nacimientos de madres nicaragüenses han aumentado de 3.000 en 1991 a 9.700 en 1999, lo que representa un 12,3%, es decir, un comportamiento reproductivo en aumento.⁶²

⁶⁰ Estado de la Nación (2004).

⁶¹ CCSS (2003).

⁶² OPS (2003).

Cuadro N°5
Nacimientos de madres menores de 20 años de edad.
Costa Rica 1992- 2003

Año	Nacimientos	Nacimientos de madres < 15 años	Nacimientos de madres de 15 a 19 años	Nacimientos de madres < 20 años (#)	Nacimientos de madres < 20 años (%)
1992	80164	459	12741	13200	16,5
1993	79714	480	12901	13381	16,8
1994	80391	501	13838	14339	17,9
1995	80306	564	14196	14760	18,4
1996	79203	538	14416	14954	18,9
1997	78018	526	14723	15249	19,5
1998	76982	569	14805	15374	20
1999	78326	597	15444	16041	20,4
2000	78178	611	15999	16610	21,2
2001	76401	601	14860	15461	20,2
2002	71144	473	13981	14454	20,3
2003	72938	479	14356	14835	20,3

Fuente: Estado de la Nación (2004).

De acuerdo con datos del IX Censo de Población (2000), se observa diferencias importantes en la fecundidad de las mujeres en edad fértil dependiendo de su escolarización, su inserción al aparato productivo, si tienen acceso a los programas de salud reproductiva y materno-infantil y según otros aspectos relacionados con el nivel socioeconómico.⁶³

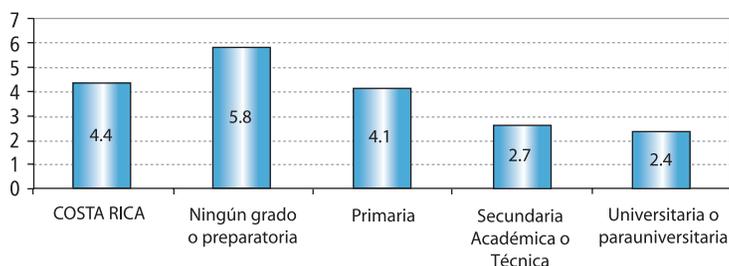
Las mujeres indígenas de 12 años y más que declararon haber tenido hijos / as vivos / as tienen en promedio 5,84 hijos / as cuando no tienen ningún grado de instrucción. Este número decrece progresivamente a mayor grado de instrucción hasta llegar a la universitaria.⁶⁴

⁶³ INAMU, Área Especializada de Información (2003 b).

⁶⁴ Idem.

Gráfico 42

Promedio de nacimientos de mujeres indígenas de 12 o más años por nivel de instrucción. Costa Rica, 2000

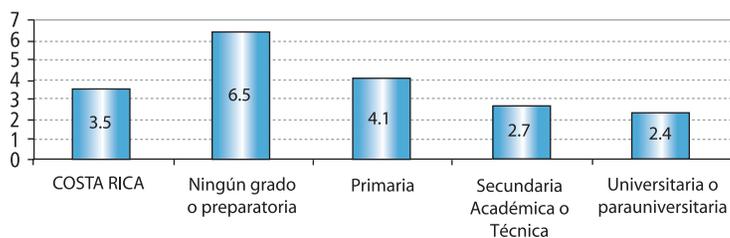


Fuente: INAMU, Área Especializada de Información

Igualmente para las mujeres afro-costarricenses, entre las mujeres mayores de 12 años, el promedio de hijos / as llega a 6,45 para aquellas que no tienen ningún grado de instrucción, reduciéndose de manera notoria a medida que aumenta el nivel de instrucción.⁶⁵

Gráfico 43

Promedio de nacimientos de mujeres afrocostarricenses de 12 o más años, por nivel de instrucción. Costa Rica, 2000



Fuente: INAMU, Área Especializada de Información

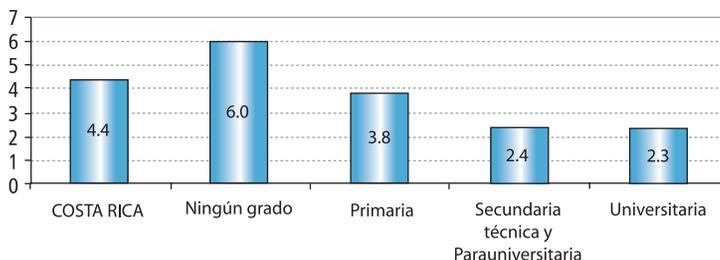
Entre las mujeres migrantes se observa una situación semejante respecto a la disminución del promedio de nacimientos a mayor escolaridad.⁶⁶

⁶⁵ Idem.

⁶⁶ Idem.

Gráfico 44

Promedio de nacimientos de mujeres migrantes de 12 o más años por nivel de instrucción. Costa Rica, 2000



Fuente: INAMU, Área Especializada de Información

En la fecundidad general se describen cuatro determinantes próximos. A continuación se presenta las características de estos determinantes para las mujeres costarricenses, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, (ENSR-99).

Porcentaje de mujeres en relaciones de pareja:

Según la ENSR-99, la proporción de mujeres unidas en la muestra de mujeres de 18-44 años fue 68%. En esta encuesta la condición de “unión” incluyó el matrimonio y la unión libre.

Uso de métodos anticonceptivos:

La literatura sobre la transición de altos a bajos niveles de fecundidad en la región abunda en evidencias en el sentido que ésta ocurrió predominantemente por el incremento del uso de anticonceptivos. Los países de mayor prevalencia de uso de métodos son los de más baja fecundidad (Cuba por ejemplo, aunque allí el aborto es practicado legalmente lo que da la posibilidad a la mujer de recurrir a él), o son aquellos en los que el promedio de hijos por mujer se ha reducido más aceleradamente (Brasil y México) en las últimas décadas ⁶⁷.

En Costa Rica, la prevalencia anticonceptiva aumentó de 75% a 80% entre 1992 y 1999. El aumento fue especialmente entre las mujeres jóvenes y con anticonceptivos hormonales. Como contrapunto, el uso del condón disminuyó de 16% a 11%. Además, solo 3% de las entrevistadas conocían la anticoncepción de emergencia, que, según la Organización Mundial de la Salud, son “métodos hormonales que pueden ser usados para prevenir un embarazo luego de una relación sexual sin protección. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no interrumpen el embarazo, por lo tanto no son una forma de aborto”⁶⁸.

⁶⁷ Bay, G., Del Popolo F, Ferrando D. (2003).

⁶⁸ OMS (1998).



El uso actual de métodos para las mujeres unidas varió entre 70% en el grupo 15-19 años y 84% en el grupo 35-39.

La prevalencia anticonceptiva es sustancialmente menor entre las mujeres no unidas, especialmente entre las jóvenes menores de 30 años (22%), mientras que entre las no unidas mayores de 30, alcanza 43% y se eleva a 80% para todas las mujeres unidas. ⁶⁹

En el 2001, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia realizó un estudio exploratorio de conductas de riesgo en adolescentes. Para ello aplicó dos instrumentos a 585 adolescentes 10 a 12 años y 1.161 de 13 a 17 años. Este estudio reveló que el porcentaje de adolescentes que refieren actividad sexual y no han utilizado nunca el preservativo en sus relaciones sexuales, asciende a un 30%. Únicamente un 35% señala haberlo utilizado siempre. Las mujeres reportan un porcentaje de 43% mientras que los hombres reportan que 22% no ha utilizado nunca el preservativo, evidenciando el mayor riesgo al cual se exponen las mujeres. ⁷⁰

Cabe anotar que un 61% de la población adolescente del grupo 13 a 17 que refirió ser sexualmente activa mencionó usar el preservativo como método anticonceptivo, los anticonceptivos orales ocupan el segundo lugar con 17%. Un 39% de las mujeres y 47% de los varones no utilizan ningún método anticonceptivo ⁷¹. Estos datos ameritan ser corroborados a partir de otras fuentes (estadísticas de los servicios o la demanda en lugares seleccionados).

En relación con el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, la ENSR-99 encontró que sólo el 29,8% de las mujeres utilizó anticonceptivos en su primera relación sexual. De estos el 48,7% correspondió a métodos modernos, principalmente anticonceptivos orales, el 34,7% al condón y el 17% a métodos naturales, particularmente el ritmo. Se determinó que la prevalencia del uso del condón es más alta en los grupos de menor edad.

Inicio de actividad sexual:

En cuanto a la práctica de las relaciones sexuales, la Encuesta de Salud Reproductiva señaló que el 85,6% de las mujeres en Costa Rica entre 18 y 44 años ha tenido relaciones sexuales. El 50% tuvo su primera relación sexual entre los 16 y los 21 años habiendo en promedio iniciado su vida sexual activa a los 18,6 años, siendo para las mujeres rurales seis meses menor. A mayor escolaridad, el inicio de las relaciones sexuales es más tardío. Las mujeres con nivel de primaria las iniciaron a los 18 años, mientras que las que tienen educación superior las iniciaron a los 21,3 años.

El 40% de las mujeres han iniciado su práctica sexual estando solteras; otro aspecto importante es la frecuencia de las relaciones sexuales en función directa con el nivel de

⁶⁹ Chen y col. (2001).

⁷⁰ CCSS-PAIA (2001).

⁷¹ Idem.

escolaridad, a mayor nivel de escolaridad más alta es la frecuencia y la condición o estado de la unión al inicio de su vida en convivencia en donde las mujeres en el área metropolitana se unen en matrimonio con mayor frecuencia que el área rural, es decir que la práctica de unión libre es más frecuente en el área rural.

Según esta encuesta, el 50% de las mujeres costarricenses tuvo su primera relación sexual entre los 16-21 años, la edad promedio se centra en 18,6 años ⁷².

También se determinó que los compañeros sexuales de las mujeres en la primera relación tuvieron 23,3 años en promedio. Sin embargo el 50% de las mujeres tuvieron su primera experiencia sexual con compañeros 18 años mayores que ellas. Además, a mayor escolaridad se reporta relaciones sexuales más frecuentes: las mujeres con educación superior presentaron una práctica sexual 23% más frecuente que las mujeres con nivel de secundaria. La práctica de la sexualidad premarital fue más frecuente en las zonas rurales donde alcanzó un porcentaje de un 43,5% en comparación con un 33% y un 40% en el área metropolitana y el resto urbano del país respectivamente.

El estudio de la CCSS en adolescentes reveló que 20% de las mujeres de 13 a 17 años y 31% de los varones de la misma edad refirieron haber iniciado actividad sexual. La edad de inicio se estableció entre los 14 y los 16 años, el punto máximo en los 15.

Nivel de abortos provocados:

Los datos disponibles sobre abortos son los que provienen de los practicados en los servicios de la CCSS. Dado que la interrupción voluntaria del embarazo es penalizada por la ley, es de suponer que un número importante de abortos provocados queda sin registrar.

Un dato complementario aparece en la encuesta de riesgos del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), cuando entre la población adolescente, un 33% de mujeres y 25% de varones responden afirmativamente al preguntarles si "conocen a una mujer menor de 18 años que haya abortado".⁷³

Según datos de la CCSS en el 2003 hubo 8.038 egresos por aborto en los hospitales de la CCSS ⁷⁴. No existe información sobre el número de abortos provocados atendidos en el sector privado, ni cuántos de los egresos de establecimientos públicos o privados tienen aborto provocado por diagnóstico.

⁷² Chen M., Rosero-Bixby L., Brenes G., León M. González M., Vanegas J. (2001).

⁷³ CCSS (2001).

⁷⁴ CCSS, 2004, cuadro 56.

Cuadro N°6

Abortos realizados en hospitales de la CCSS. Costa Rica 1980-2002	
Años	Promedio
1980-1985	7.274,8
1986-1991	8.313
1992-1997	8.805
1998-2002	8.854

Fuente: CCSS y Estado de la Nación.

En Costa Rica, el aborto solo es legal si se practica para evitar un riesgo a la vida de la madre. En cualquier otro caso aparece tipificado en el Código Penal (artículos 118 –120) como delito contra la vida, estableciéndose penas de prisión hasta de diez años para quien provocara el aborto y de hasta 3 años para la mujer que consienta en provocárselo.

Asimismo el Código Procesal Penal (Art. 281) establece la obligación para los “médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejercen cualquier ramo del arte de curar” de denunciar en caso de conocer que una mujer se ha provocado un aborto, a no ser que hayan tenido conocimiento del hecho por una situación que quede amparada por el secreto profesional. Como un elemento que ilustra el esfuerzo represivo de esta legislación llama la atención que se incluya a las parteras en este artículo, ya que la misma no es una profesión reconocida en Costa Rica.

La ENSR-99 investigó acerca de la opinión y la percepción de las mujeres con respecto al aborto, construyendo un índice que estableció cinco categorías: totalmente en contra, medianamente en contra, ni a favor ni en contra, medianamente a favor y totalmente a favor. Se encontró que 55,1% de las mujeres en edad fértil estaba totalmente en contra del aborto y 37,7% medianamente en contra porque aceptaron la posibilidad del aborto en los casos de riesgo a la salud de la madre o a su vida o en casos de incesto.

Patrones familiares y de conducta reproductiva

Los nacimientos fuera del matrimonio han venido aumentando. Pasaron de representar un 38,5% en 1990 a constituir el 47,1% en 1999, el 52,7% en el 2000 y más del 55% del total de nacimientos en el 2002.⁷⁵ Probablemente en correspondencia con ello, el porcentaje de hogares con jefatura femenina pasó de ser 17,5% en 1984, a 22,7% en el 2000 y 25,5% en el 2003.⁷⁶

⁷⁵ INEC. Estadísticas vitales 2005. (abril 2004).

⁷⁶ Idem.

Entre 1990 y el 2000 el porcentaje de nacimientos inscritos sin padre conocido se incrementó del 21% al 31,3%.⁷⁷ A partir de la aprobación de la Ley de Paternidad Responsable en abril de 2001, los mismos se redujeron sustancialmente pasando a un 8% en el 2002.⁷⁸

En el 2003, el 57,2% de los nacimientos ocurrieron fuera del matrimonio ⁷⁹. Del total de 72.938 nacimientos, 14.654 fueron de padre ignorado. Este hallazgo debe analizarse conjuntamente con los cambios en la estructura de las familias, teniendo en cuenta la disminución de los hogares nucleares con hijos y el aumento (de 4,9 en 1987 a 7% en el 2002) de los hogares unipersonales. También se nota como tendencia el aumento en número de los hogares monoparentales, especialmente aquellos que tienen por jefe a una mujer.⁸⁰

La ENSR-99 determinó que el número promedio de hijos deseados pasó de 4,3 de acuerdo con la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986, a 2,7 en la encuesta de 1999. Asimismo las mujeres que respondieron que deseaban tener un nuevo hijo "pronto / dentro de un año" pasó del 23,1% en la encuesta de 1992, a representar el 39,4% en la de 1999.⁸¹

En cuanto a la atención hospitalaria del parto, pasó del 93,5% en 1992 a 99,4% en el 2002 ⁸². El Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI) determinó para 1999 que el control prenatal es menos frecuente en madres adolescentes y en mujeres en condiciones de pobreza o con inadecuadas condiciones de vida. Si bien el 84% del total de madres asistió al control prenatal, para las madres adolescentes esta cifra fue del 75%. Del total de embarazadas un 62% tuvo 5 controles o más y un 45% tuvo 4 o menos controles prenatales (menos de los 5 que exigen las normas). En el grupo de menores de 20 años las que tuvieron menos de los controles de los que exigen las normas sumaron 71%. Entre las madres con necesidades básicas insatisfechas la asistencia a controles prenatales fue de un 75%, mientras que entre las madres pertenecientes a hogares con necesidades satisfechas fue de 92%⁸³. Este hallazgo refleja la influencia de las condiciones de vida en el acceso a la atención de salud.

El control prenatal es una intervención que contribuye a disminuir el riesgo para la madre y el niño, gracias a la detección temprana de complicaciones del embarazo.

Del total de partos atendidos en la CCSS el porcentaje de cesáreas en el período 1992-2002 fue en promedio un poco superior al 21%, con diferencias pequeñas entre los años comprendidos en el mismo, que fueron de 20,9% a 22,8%⁸⁴.

⁷⁸ Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2003).

⁷⁹ Mideplan/SIDES (2004).

⁸⁰ Estado de la Nación (2004).

⁸¹ Idem.

⁸² Ministerio de Salud (2002) y (2003).

⁸³ Ministerio de Salud (2003 b).

⁸⁴ Con base en datos publicados en Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2003).

Fertilización in vitro

El voto por mayoría de la Sala Constitucional de octubre del 2000 prohibiendo la fertilización in vitro en Costa Rica, niega a las mujeres infértiles la posibilidad de concebir y reproducirse, lo cual interfiere con su autonomía en el ejercicio de sus derechos reproductivos y derechos que deben ser garantizados por los estados.⁸⁵ La autodeterminación, en materia de derechos sexuales y reproductivos, debe ser respetada ya que es central para la identidad personal, la dignidad y el significado de la vida.⁸⁶

Mujeres con discapacidad y salud sexual reproductiva

Un estudio realizado por CENARE reveló que el 88% de las mujeres con discapacidad nunca se ha realizado un papanicolau y el restante 12% lo hizo antes de adquirir la condición discapacitante, estableciendo como principales causas para que las mujeres no acudan a los servicios de salud, la inaccesibilidad de la infraestructura y los malos tratos que reciben por parte del personal.⁸⁷

El estudio señala la falta de condiciones adecuadas en los servicios de la CCSS para la atención de mujeres con discapacidad que se advierte por ejemplo en la ausencia de camillas especiales para realizar exámenes ginecológicos a personas con discapacidad y que los equipos para tomar mamografías no son aptos para mujeres que no pueden estar de pie. Así también identificó como problema la falta de preparación del personal de salud para atender a personas con discapacidad, lo cual resulta en actitudes ofensivas y lleno de prejuicios hacia mujeres con discapacidad que mantienen una vida sexual y reproductiva activa.

VIH / SIDA

Según la Unidad de Estadística del Ministerio de Salud sobre VIH / SIDA, desde 1986 (año en que se reporta el primer caso para mujeres) se registraron en el país un total de 2.467 casos de SIDA de los cuales 314 eran mujeres, que representan el 12,8 % del total de casos.⁸⁸ La tasa de morbilidad para el 2003 es 2,7 por 100.000.

En Costa Rica se registra una tendencia ascendente en el número de casos de SIDA desde 1983 hasta 1998. Desde 1998 la tendencia es descendente. La infección por VIH muestra una tendencia ascendente sostenida.

⁸⁵ Informe Sombra CEDAW. Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Costa Rica. Diciembre 2002.

⁸⁶ John A., *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies* (1994).

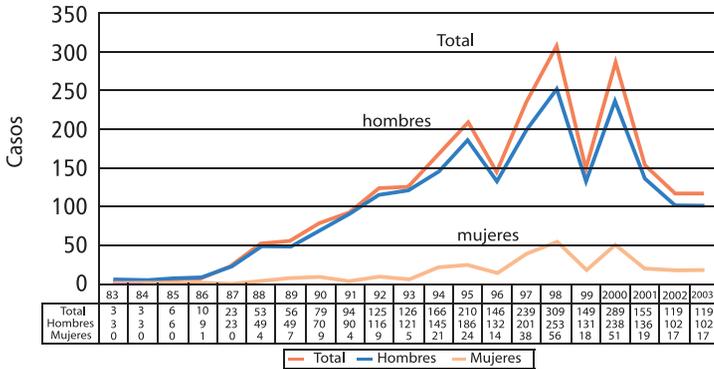
⁸⁷ Artiaga, S., CENARE.

⁸⁸ Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia Epidemiológica (2004).



Gráfico 45

Casos registrados de SIDA según año y sexo.
Costa Rica 1983-2003* (Cifras absolutas)



*año 2003 cifras preliminares
Fuente: Unidad de Estadística M. Salud.

Entre los años 1988 y 1993 la incidencia de casos nuevos de SIDA dependió fundamentalmente de la población de sexo masculino, llegando en 1992 a un riesgo relativo 24 veces superior para los hombres en relación con las mujeres.

A partir de 1994 comienza a aumentar de manera significativa el riesgo para la población femenina. Aunque los hombres mantienen un riesgo mucho más alto que las mujeres, la proporción se redujo a casi la mitad de lo que era antes de 1993, dada la importancia que adquiere la transmisión sexual en personas heterosexuales. La razón hombre / mujer ha disminuido hasta 3,73 en el 2003.

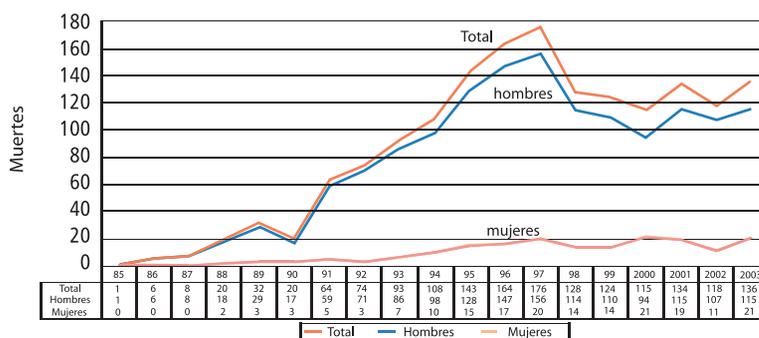
Las mujeres con SIDA en su mayoría se ubican en los grupos de edad que van de 25 a 44 años. La probabilidad de desarrollar la enfermedad cambia según grupos de edades. En los niños de 0 a 9 años, el riesgo es el más bajo, depende de la transmisión madre-hijo. A partir del grupo de edad de 15-19 años, el riesgo aumenta exponencialmente, los grupos de mayor riesgo son el de 30-34 y 35-39. A partir de los 40 años, el riesgo tiende a disminuir de manera sostenida.

Es necesario señalar que a pesar que el grupo 30-39 es el de mayor riesgo de presentar manifestaciones clínicas de SIDA, no necesariamente es el grupo donde más activamente se trasmite el VIH. Ello se debe a que el periodo de incubación es de varios años. Si se habla de transmisión del VIH, el riesgo más alto incluye el grupo 20 – 49 años, de acuerdo a los datos estadísticos disponibles.⁸⁹

⁸⁹ OPS (2004).

Con respecto a la mortalidad por SIDA, igualmente entre 1985 y 1997, se produce un aumento anual casi constante del número de defunciones para ambos sexos, siendo mayor el número de defunciones de hombres. Después de 1997 las defunciones totales y las de hombres específicamente disminuyen, este comportamiento se atribuye al uso de los anti retrovirales. El número de defunciones femeninas se mantiene constante, sin que se haya establecido hasta el momento las razones para esta situación

Gráfico 46
Tendencia de la mortalidad por SIDA según año y sexo.
Costa Rica 1985-2003(Cifras absolutas)



Fuente: INEC, Unidad de Estadística M. Salud.

En cuanto al grupo de edad que presenta un mayor porcentaje de muertes es el de 35 a 39 años con un total de 32 muertes (23,5%), le sigue el de 30 a 34 con 18 muertes (13,2%). Cabe destacar que el mayor porcentaje de muertes (85,2%) está comprendido entre los 25 y 59 años.

Las intervenciones para reducir el riesgo están diseñadas para promover las conductas sexuales seguras y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. En los adolescentes se busca que retrasen su primera relación sexual; en las personas sexualmente activas que practiquen el sexo seguro, especialmente utilizando el condón, y que limiten el número de parejas sexuales. Para que los individuos cambien su comportamiento, necesitan no sólo un conocimiento básico del VIH y de su riesgo de infección, más importante es que aprendan cómo pueden protegerse y tengan acceso a servicios y productos apropiados, como los condones. También deben percibir que su entorno apoya las prácticas seguras.

La prevención del VIH va más allá de evitar las conductas de riesgo, también requiere un cambio de las condiciones políticas y socio económicas que hacen a algunas personas más vulnerables al SIDA.

Si bien el VIH / SIDA ataca a personas de toda condición, los desfavorecidos y sin educación generalmente son más vulnerables. Por ejemplo, las mujeres analfabetas, las que tienen escasas oportunidades de trabajo y acceso limitado a información y servicios de salud, corren mayor riesgo de verse involucradas en sexo sin protección a cambio de dinero, lo que



aumenta su vulnerabilidad al VIH. La explotación sexual comercial de menores de edad y el incentivo financiero que los hombres adultos ofrecen a niñas y adolescentes en muchos países, aumenta su vulnerabilidad de contraer el VIH. La inseguridad económica, los desplazamientos causados por conflictos y desastres, al analfabetismo, la violencia, el abuso y la exclusión social privan a millones de personas de la capacidad de protegerse a sí mismos y a otros contra el VIH.⁹⁰

En cuanto a la posibilidad de transmisión por vía perinatal, sigue produciéndose en el país un número relativamente importante de mujeres embarazadas que no reciben un adecuado seguimiento prenatal. Según el Diagnóstico Situacional de la CCSS, el 22% de las mujeres embarazadas no asiste al servicio de consulta prenatal lo que plantea un alto riesgo de que no se haga el diagnóstico del VIH y no se aplique en los casos positivos las medidas necesarias para prevenir el contagio del VIH / SIDA en el feto y el recién nacido.⁹¹ Cada año se reportan casos de niños con SIDA evitables en gran medida con tratamiento, a partir de la atención materno-infantil.

2. Diabetes mellitus

Es una de las diez primeras causas de muerte en todos los países de la Región y tiende a afectar más frecuentemente a las mujeres, particularmente después de los 50 años.

La prevalencia de la diabetes mellitus en Costa Rica se estimó en un 4,6% en 1995, en un 5% en el 2000 y se espera que ascienda al 7% en el 2025.⁹² Esta enfermedad es un factor de riesgo significativo para el daño vascular coronario, renal o periférico y contribuyó con 7,6 y 9,1% de las consultas de mujeres y varones respectivamente en el 2003.

Un estudio en el cantón de Puriscal (área rural de la provincia de San José) mostró una prevalencia de diabetes mellitus de 2,7% en hombres y 3,3 en mujeres rurales y de 4,5 y 1,7% en hombres y mujeres urbanos, respectivamente.⁹³

El estudio CARMEN en Cartago, determinó una prevalencia total de diabetes de 4,0%. En las mujeres fue casi dos veces mayor, 5 y 3,1% para los hombres.

De acuerdo con la información de la Unidad Estadística del Ministerio de Salud en el 2003 hubo 827 muertes por diabetes, las cuales representan un 5,23 % de las muertes totales para una tasa de 20 por 100.000 habitantes.

La diabetes mellitus ocupa el sexto lugar entre las causas individuales de muerte para las mujeres, aparece a partir del grupo 20 a 44 años. Muestra una disminución al pasar de una

⁹⁰ Lamptey P., Wigley M., Carr D., Collymore I. (2002). De frente a la pandemia del VIH / SIDA. Population Bulletin. Vol. 57, N° 3. Septiembre de 2002.

⁹¹ Citado en Ministerio de Salud y otros (2004).

⁹² Ministerio de Salud (2003 b).

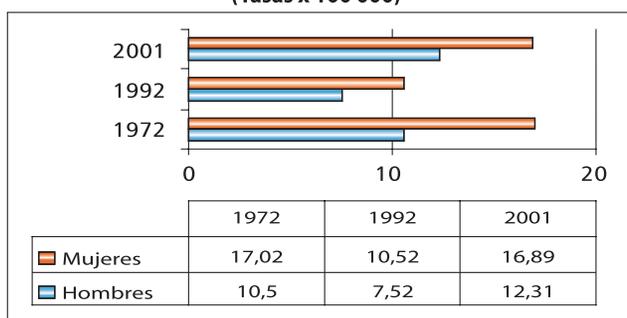
⁹³ MINSAL-INCIENSA (2003).

tasa de 2,6 para las mujeres en 1972 a 1,4 en 2001 y en los hombres de 2,1 en el mismo periodo. Similar situación se observa en el grupo de 45 a 64 años y en el grupo de 65 años y más. Esta disminución en la mortalidad puede estar relacionada a una mejora en la sobrevivencia, lo que debería acompañarse de una mejor calidad de vida, pero no se ha establecido esta relación.

Con respecto al grupo de edad en que se presentan las muertes por diabetes, los mayores de 60 años y más presentan el 81,5 % del total de casos por esta causa. El 58 % corresponde al sexo femenino.

Gráfico 47

Mortalidad por Diabetes Mellitus en los últimos tres decenios, según sexo. Costa Rica 1972, 1992 y 2001 (Tasas x 100 000)



Fuente: CCSS 2003.

La mortalidad por diabetes mellitus en Costa Rica ha venido en aumento. Las tasas específicas se elevan conforme aumenta la edad y las manifestaciones de enfermedad renal son las principales causas de muerte del paciente diabético.

Los cambios en la frecuencia y mortalidad mostrarán una tendencia a agravarse conforme aumenta la prevalencia de obesidad, factor de riesgo de diabetes mellitus, y se acentúa el envejecimiento de la población.

3. Tabaquismo

En relación al tabaquismo, factor asociado a más riesgo de varios tumores, según la ENSR, el tabaquismo en las mujeres en edad fértil ha disminuido. Comparando los resultados con la encuesta de 1992, tanto el porcentaje de mujeres que alguna vez ha fumado diariamente como la prevalencia del fumado (fuman actualmente) presenta una ligera disminución. El porcentaje de mujeres que ha fumado alguna vez diariamente pasó de 17% en 1992 a 14% en 1999. La reducción en la prevalencia del fumado es de dos puntos porcentuales, pasando de 8% en 1992 a un 6% en 1999.

Estudios del IAFA revelan que en 1995, el 35,2% de la población de 12 a 70 años ha fumado tabaco alguna vez en la vida. La prevalencia en el último año alcanzó 18,3% y en el último mes llega a 17,5%. La misma fuente revela que 17% de varones y 11,1% de mujeres iniciaron el consumo de tabaco antes de los 12 años. Entre los 13 y los 15 años inicia un 33,8% de varones y 24,2% de mujeres⁹⁴. En 2002, esta misma fuente reveló 30% de prevalencia de vida de consumo de tabaco.⁹⁵

Un estudio en una muestra significativa de adolescentes 12 a 19 años reveló una prevalencia de consumo en el último año de 20,5%.⁹⁶

La encuesta de riesgos en adolescentes de la CCSS reveló que la edad del primer contacto con el tabaco en quienes han fumado un cigarrillo completo alguna vez, es 14 años. Menos de 1% de adolescentes entre 10 y 12 años y 14% en el grupo 13 a 17 afirmaron fumar actualmente. Muchos más hombres que mujeres continúan fumando.

En relación con los factores de riesgo más importantes respecto al fumado en adolescentes es interesante observar que 64,2% de los que fuman actualmente tienen amigos que fuman, 26,6% tiene hermanos que fuman, 20,8% padre que fuma y 12,7% madre que fuma.

En cuanto al acceso a los cigarrillos, a pesar que existe por ley una prohibición a la venta de cigarrillos a menores de edad, 80,9% aseguran conseguir los cigarros en pulperías o mini super y 10,4% en bares y cantinas.⁹⁷

El tabaquismo continúa siendo uno de los problemas prevenibles que afecta a la salud y la calidad de vida de las personas. Actualmente se sabe que el tabaco está asociado por lo menos con tres grupos de afecciones: enfermedades cardíacas, cáncer del aparato respiratorio, digestivo y urinario e infecciones respiratorias y enfisema, todos ellos problemas frecuentes de morbilidad y mortalidad en Costa Rica. En Costa Rica, las muertes atribuidas al tabaquismo representaron un 7% de todas las defunciones ocurridas en 1993.

4. Nutrición

Según las Encuestas Nacionales de Nutrición de 1982 y 1996 se observa una mejoría del estado nutricional de preescolares mediante una disminución de 6% a 5% de la desnutrición moderada y severa (peso para la edad <-2DE) y del 8% a 6% en el retardo de crecimiento durante el período 1982-1996. ⁹⁸

En la población escolar se encontró 17% de niños y niñas con adelgazamiento y 15% con sobrepeso, según el índice de masa corporal (IMC). En el período comprendido entre los

⁹⁴ IAFA (s.f.).

⁹⁵ OPS (2004).

⁹⁶ Bejarano J, Sáenz M, Ugalde F (1999).

⁹⁷ CCSS-PAIA (2001).

⁹⁸ Perfil nutricional de país: Costa Rica (1999).

años 1979 y 1997 el porcentaje de retardo de crecimiento en escolares de primer grado disminuyó de 20% a 7% (talla para la edad < - 2 desviaciones estándar).

En las mujeres de 15 a 19 años de edad la prevalencia de bajo peso fue de 1% y 23% con sobrepeso. El grupo de mujeres de 20 a 59 años de edad presentó un serio problema de obesidad, el cual debe ser considerado como la prioridad nutricional en la salud pública de este grupo, como lo indica el aumento de 40% en 1982 a 50% en 1996 mientras que el déficit nutricional disminuyó de 17 a 8%.

Las anemias nutricionales continúan representando un problema moderado de salud pública, especialmente en niños, niñas y mujeres. La anemia en mujeres en edad fértil alcanzó 15,4% en el sitio centinela metropolitano y 14,6 en el rural en los años 1999 y 2000 respectivamente.⁹⁹

La carencia de vitamina A en preescolares constituye un problema de salud pública leve con una prevalencia de 9% (retinol sérico <20 µg/dL) . Sin embargo, el 31% presentó carencia "marginal", lo cual representa un alto riesgo de desarrollar carencia de vitamina A. Por otra parte, sólo el 1% de las madres lactantes presentó carencia de vitamina A. La carencia de yodo en el nivel nacional no constituye un problema de salud pública.

a) Sobrepeso y obesidad

En Costa Rica se ha venido incrementando la proporción de población con sobrepeso u obesidad. Las Encuestas Nacionales de Nutrición muestran un aumento de estos dos padecimientos para diferentes grupos poblacionales.

En 1996 se encontró que el grupo de mujeres de 15 a 19 años presentó un 23,2% de sobrepeso. Entre 1982 y 1996 aumentó el sobrepeso en las mujeres de 20 a 44 años de edad pasando de 34,6% a 45,9%. En 1996 el porcentaje registrado fue mayor para la zona rural (50,6%), en comparación con la zona metropolitana (42,2%) y la zona urbana (44,8%). En las mujeres de 45 a 59 años el aumento fue de 55,6% a 75% en el mismo período.¹⁰⁰ Por otro lado, en el 2000, la Universidad de Costa Rica realizó una encuesta de adultos mayores del área rural del valle central incluyendo la periferia urbana. La mencionada encuesta determinó que 35% de los adultos mayores tenían sobrepeso y 18% algún grado de obesidad; existen diferencias por sexo, la proporción de mujeres obesas es más del doble de la de hombres.¹⁰¹

En la encuesta realizada en el 1999 en el distrito de Damas del cantón de Desamparados, sitio centinela en alimentación y nutrición representativo de la zona metropolitana, se determinó un 6% de sobrepeso en el grupo de preescolares, habiendo sido de 7,1% en los niños y en las niñas de un 4,9%.¹⁰² En las mediciones realizadas a través del indicador peso para talla se encontró obesidad en un 5,9% para los niños y 6,1% para las niñas.

⁹⁹ OPS (2003)

¹⁰⁰ Vigilancia Nutricional, Ministerio de Salud, 2001.

¹⁰¹ OPS. La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica (2004).

¹⁰² Ministerio de Salud (1999).

Para el grupo de mujeres de 19 a 44 años un 56,4% presentó algún grado de sobrepeso y obesidad. El 36,3% correspondió a sobrepeso, el 17,6% a obesidad 1 y el 2,5% a obesidad 2.

En el grupo de hombres de 19 a 59 años se encontró que el 58,8% presentó algún grado de sobrepeso y obesidad. El 43,1% correspondió a sobrepeso, el 14,7% a obesidad 1 y el 1,0% a obesidad 2.¹⁰³

En la encuesta realizada en el 2000 en San Antonio de Nicoya, sitio centinela en alimentación y nutrición representativo de la zona rural, se encontró que para la población preescolar de acuerdo con el indicador peso para edad, el sobrepeso fue mayor en las niñas que en los varones (2,8 y 0,9%, respectivamente). Sin embargo en relación con la obesidad esta fue ligeramente mayor para los varones (3,6%) que para las niñas (2,8%) .

En la población escolar el porcentaje de niñas con sobrepeso fue mayor que el de los varones (18,4 y 9,1% respectivamente), lo que evidencia un aumento pues en 1996 había sido establecido en 9,3%.¹⁰⁴

Entre los adolescentes, las mujeres presentaron un 16,7% de sobrepeso, y los hombres un 13,5%.¹⁰⁵

En el grupo de mujeres de 19 a 44 años de edad, el 56,6% presentó algún grado de sobrepeso y obesidad. El 35,2% correspondió a sobrepeso, el 19,9% a obesidad 1 y el 1,5% a obesidad 2.¹⁰⁶

En el 2001, en Cartago se evaluaron los factores alimentario nutricionales protectores o de riesgo para enfermedades no transmisibles en el área urbana del cantón central. La población en estudio fueron personas entre 15 y 64 años, la muestra fueron 2.246 personas, el muestreo estratificado con un nivel de confianza de 95% y un error de 2,75%.

Dicho estudio exploró el estado nutricional de la población adulta usando el índice de masa corporal como criterio diagnóstico.

En la población de 15 a 19 años, se sobrepeso con más frecuencia en las mujeres que en los varones (22 y 18% respectivamente). En la población 20-64 años, las diferencias por sexo revelan que las mujeres presentaron una prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad (60,4%) que los varones, 58,1%.

Los gráficos muestran las variaciones según edad, se puede apreciar que a mayor edad aumenta la frecuencia y la severidad de malnutrición por exceso, particularmente en las mujeres.

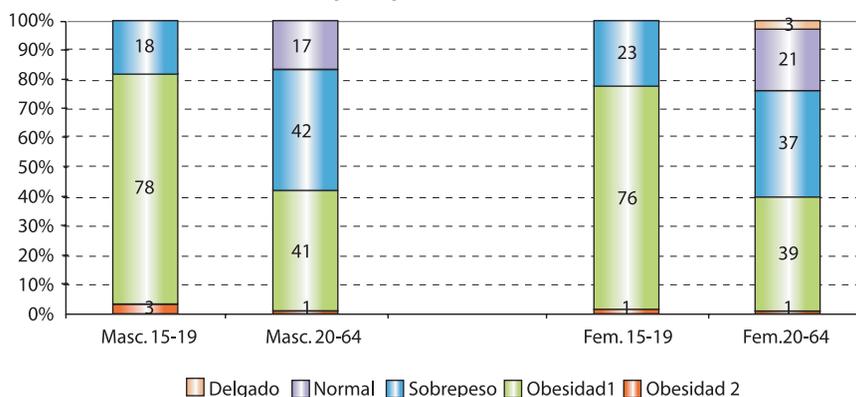
¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Idem.

¹⁰⁵ Idem.

¹⁰⁶ Idem.

Gráfico 48
Estado nutricional de la población según índice de masa corporal por sexo. 2001



Fuente: Encuesta CARMEN, Cartago 2001

En las últimas décadas, se observa un notable incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a estilos de vida no saludables. Estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebro vasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

Otro aspecto crítico de las ECNT es el alto costo que representan para los servicios de salud el tratamiento y la rehabilitación de pacientes con estas afecciones, factores que acentúan las inequidades existentes.

La obesidad merece especial atención, ya que es en sí misma una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras. El estudio y abordaje de la obesidad no pueden desligarse otras ECNT, es un fenómeno complejo que constituye un impedimento físico severo, pero reversible. Su tratamiento debe tener un enfoque multifactorial, en el cual se deben manejar los problemas psicológicos asociados a ésta, corregir las prácticas alimentarias inadecuadas, prescribir un programa de actividad física controlado y descartar la presencia de causas secundarias de obesidad. Si se corrige a tiempo también es posible reducir el riesgo de las enfermedades asociadas.¹⁰⁷

Aunados a ello, debe tomarse en cuenta el rol de los determinantes sociales, económicos, educativos y culturales en el proceso que conduce a la obesidad y de ésta a otras patologías.

b) Desnutrición

En la encuesta realizada en 1999 en el distrito Damas de Desamparados, para la población en edad preescolar se encontró menores índices de desnutrición en las niñas que en los

¹⁰⁷ Gómez (1999).

varones. Según el indicador peso para edad, en las niñas se presentó un 10,8% de desnutrición leve y en los niños un 19,2%. De acuerdo con peso para talla la desnutrición leve fue 6,9% en las mujeres y 7,1% en los hombres. No se encontró desnutrición moderada ni severa en ninguno de ellos.¹⁰⁸

En este grupo, la desnutrición crónica es más frecuente (19,4%) que el adelgazamiento (7,0%). Las mujeres presentaron mayor porcentaje de talla normal (80,4%) que los hombres (74,7%), en ninguno se presentó retardo severo.¹⁰⁹

Para la población escolar (208 sujetos) se encontró menor prevalencia de adelgazamiento en las mujeres (5,2%) que en los hombres (11,7%).

Al evaluar el grupo de mujeres de 19 a 44 años de edad se observó que el 2,0% presentó déficit nutricional. Esto significó una leve reducción para el área metropolitana que en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996, fue 2,2%.

En la comunidad centinela de San Antonio de Nicoya, en el 2000 en 217 preescolares, se observó que la desnutrición en la población preescolar es predominantemente de tipo crónica. Según el indicador talla para edad es 26,2% y con el indicador peso para talla es 18,9%.¹¹⁰

De acuerdo con el indicador peso para edad, se aprecia una mayor desnutrición moderada en los hombres (6,4%) en contraste con un 5,6% presentado por las mujeres. Los hombres presentaron un 25,5% de desnutrición leve y las mujeres un 21,5%.

De acuerdo con el indicador peso para talla la prevalencia de desnutrición moderada fue igual en ambos sexos (1,9%). En cuanto a la desnutrición leve, el grupo de las mujeres presentó una prevalencia de 20,6 mientras que para los hombres fue 13,6%.

En relación con el indicador talla para edad, en las niñas se encontró un 27,1% con algún grado de retardo, mientras que ellos fue 25,4%. Lo anterior dejó ver una situación nutricional desfavorable para las niñas durante un período más prolongado, lo cual se refleja en una mayor prevalencia de talla baja.¹¹¹

El estudio de la población escolar se realizó a través de una muestra de 235 escolares. De acuerdo con los resultados, se encontró que los hombres presentaron un mayor porcentaje de delgadez (10,0%), mientras para las mujeres fue de 8,0%.¹¹²

En este estudio, en 210 adolescentes de ambos sexos, no se observaron diferencias por sexo en cuanto a déficit nutricional según peso para talla.

¹⁰⁸ Ministerio de Salud (1999).

¹⁰⁹ Idem.

¹¹⁰ Ministerio de Salud (2000b).

¹¹¹ Idem.

¹¹² Idem.

En el grupo de mujeres de 19 a 44 años de edad evaluado, el 3,1% presentó déficit nutricional.

De acuerdo con los datos de la CCSS se observa una significativa disminución de las tasas de mortalidad causadas por la desnutrición en la población. De una tasa de 10,4 para mujeres en 1972 y 10,4 para hombres se ha pasado a 0,2 para mujeres y 0,4 para hombres en 2001.¹¹³

Sin embargo, como causa de consulta externa la deficiencia de la nutrición pasó de representar el 0,22% del total de consultas para las mujeres y el 0,29% para los hombres en 1987 a representar el 0,39% y 0,60% respectivamente en 2003. Como causa de egreso hospitalario pasó de constituir el 0,10% de las hospitalizaciones de mujeres y 0,24% de las de hombres en 1987 a representar 0,04% y 0,08% respectivamente en 2001.

En el grupo de menores de un año la deficiencia en la nutrición como causa de consulta externa ha pasado de representar el 0,82% de las consultas de mujeres y 0,75% de niños en 1987, a ser 1,14% y 1,26% respectivamente en 2002.

Como causa de egreso hospitalario ha disminuido para ambos sexos y como causa de mortalidad registra una disminución drástica pasando de una tasa general de 193,25 por 100.000 en 1972, a no registrar casos en 2001.

En el grupo de uno a cuatro años la deficiencia en la nutrición como causa de consulta externa pasó de representar el 0,69% de las consultas de niñas y 0,66% de niños en 1987, a ser 2,7% y 2,2% respectivamente en 2002.

Como causa de egreso hospitalario disminuyó ligeramente para ambos sexos y como causa de mortalidad se pasó de una tasa de 16,7 para los varones (por 100.000) y 13,1 para las mujeres en 1972, a una tasa de 0,65 para las niñas y no registrar casos para los varones en 2001.¹¹⁴

c) Dislipidemias

En la encuesta CARMEN, realizada en Cartago en el 2001, se analizaron 894 muestras, determinando la prevalencia de valores limítrofes y altos (riesgo), según grupo de edad y sexo, lo cual reveló que estos problemas aumentan con la edad.

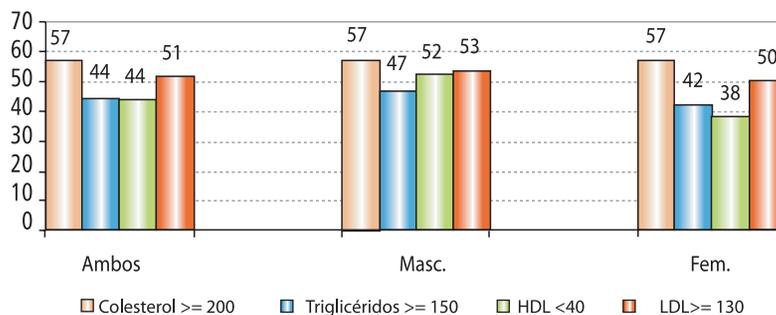
Las prevalencias de colesterol alto e hipertrigliceridemia fueron similares para mujeres y varones. El HDL-colesterol, factor protector de enfermedad cardiovascular, se observa una alta prevalencia de valores < 40 mg/dl en todos los grupos de edad, se muestran grandes diferencias por sexo, entre los 20 y 54 años. Las mujeres mostraron menos valores bajos de HDL colesterol que los hombres, situación que se invierte en el grupo 55 a 64 años, posiblemente asociada a la disminución hormonal en ellas.

¹¹³ CCSS (2003).

¹¹⁴ CCSS (2003).

LDL-colesterol, es de interés clínico, las mujeres presentaron mayor prevalencia de LDL limítrofe (> 130 mg/dl) que los hombres y mostraron valores similares de LDL elevados.

Gráfico 49
Prevalencia de dislipidemias por sexo. Cartago 2001



Fuente: Encuesta CARMEN - Cartago, 2001

d) Consumo de alimentos

Con respecto al consumo de alimentos existe poca información desagregada por sexo. En la encuesta CARMEN, examinaron diferencias entre mujeres y hombres en algunas prácticas alimentarias. El consumo de la grasa visible de las carnes es menos frecuente en las mujeres que en los varones. Lo mismo sucede con beber refrescos gaseosos y agregar sal a la comida después de servida.

Las mujeres también refirieron con más frecuencia haber realizado cambios alimentarios en los meses previos. Se reportó: aumentar consumo de vegetales, de frutas, disminuir grasa, azúcar, harinas y sal. La diferencia más grande se registró para el aumento de vegetales (49,1% para las mujeres y 26,3 para ellos). No se indagó si estos cambios favorecieron a toda la familia.

e) Actividad física y ejercicio físico

Existen pocos estudios sobre actividad y ejercicio físico. Un estudio realizado por el IAFA mostró que 53% de la población entre 12 y 70 años de edad no realizaban ningún tipo de ejercicio, un 24% efectuaba poco o moderado ejercicio y solamente 23% lo realizaba en forma constante.¹¹⁵

5. Enfermedades inmunoprevenibles

Las enfermedades inmuno prevenibles, han presentado en los últimos años una importante tendencia a la reducción, como resultado de la mejoría en los servicios de vacunación que

¹¹⁵ OPS (2003).

ha permitido alcanzar altas coberturas aumentando el número de cantones con coberturas óptimas.

De acuerdo con los datos que la CCSS publica para los años 1972, 1992, 1997 y 2001, la difteria y la poliomielitis aguda dejan de aparecer como causa de mortalidad en los últimos años que se mencionan y el sarampión en los dos últimos.

La tasa de mortalidad por tétanos que en 1972 fue 9,86 para los hombres y 7,40 para las mujeres, en el 2001 fue 0,05 para los hombres y no aparece como causa de mortalidad para las mujeres. La tuberculosis pulmonar pasó de una tasa de mortalidad de 6,68 para los varones y 5,75 para las mujeres en 1972, a 2,06 para los varones y 1,17 para las mujeres en 2001.

En las menores de un año se continúa registrando mortalidad por tos ferina, con una tasa en el 2001 de 8,07 para las mujeres en contraste con 2,55 para los varones, lo que significa una importante reducción con respecto a 1972 en que la tasa de mortalidad fue 28,36 para las niñas y 23,95 para los varones. La difteria, la poliomielitis, el tétanos y el sarampión no aparecen como causa de muerte en los últimos años. La influenza pasó de registrar una tasa de mortalidad en 1972 de 30,79 para los varones y 28,36 para las niñas a no registrar casos en 1992 y 1997 y una tasa de 2,69 para las niñas en 2001 y ningún caso para los varones.

En el resto de grupos de edad no aparecen defunciones en ninguno de los dos sexos a causa de las enfermedades que se mencionan.

Asimismo no se registran casos de mujeres que hayan muerto por tétanos en los últimos años y únicamente en el grupo de mayores de 65 años la influenza aparece como causa de mortalidad en las mujeres registrando una tasa de 1,75 en el 2001.

Con excepción de las diferencias en menores de un año en cuanto a las muertes causadas por tos ferina que arriba se mencionan, en el comportamiento de la mortalidad por las demás enfermedades prevenibles por inmunización que registra la CCSS, no se aprecian disparidades significativas entre los dos sexos.

Con respecto a morbilidad, de acuerdo con los datos de la CCSS, el sarampión ha dejado de aparecer como causa de hospitalización para ambos sexos. La varicela aparece en el 2001 como causa del 0.36% de las atenciones de urgencias que brindó la CCSS para los hombres y 0.27% de las de mujeres.¹¹⁶

6. Violencia

Entre los grandes grupos de causas de muerte, el de causas externas es el que mayores diferencias por sexo exhibe, mientras la tasa de mortalidad por este grupo de causas en el

¹¹⁶ CCSS 2003.

2001 fue de 17,96 para las mujeres, fue de 66,03 por 100.000 para los hombres. La razón de masculinidad en la mortalidad por estas causas tiene una tendencia relativamente estable, habiendo sido de 3,37 en 1972, de 3,42 en 1992, de 3,96 en 1997 y de 3,67 en el 2001.¹¹⁷

Estas diferencias por sexo se acentúan en los grupos de edad que abarcan de los 15 a los 64 años, como puede observarse en el cuadro a continuación. Llama la atención las altas tasas de mortalidad para ambos sexos en el grupo de 65 años y más.

Cabe destacar que la suma de todas las causas violentas (39,6%), ocupa el primer lugar en años de vida potencial perdidos (AVPP), lo que evidencia que este tipo de causas está afectando población joven y en edad productiva.

Cuadro N° 7

Mortalidad por causas externas por grupo de edad y sexo
Costa Rica 2001
(tasas por 100.000 habitantes)

Edad	2001		
	total	hombres	mujeres
General	42,36	66,03	17,96
Menor de uno*	7,85	5,10	10,76
De uno a 4	16,12	17,89	14,27
De 5 a 9	8,13	10,22	5,91
De 10 a 14	10,91	15,79	5,73
De 15 a 19	29,93	50,33	8,49
De 20 a 44	50,18	87,09	11,50
De 45 a 64	58,69	100,84	16,44
De 65 y más	178,21	216,27	144,47

Fuente: CCSS 2003.

a) Accidentes de tránsito

Según información del Ministerio de Salud, en el 2003 fallecieron 623 personas por accidentes de tránsito lo que representa un 3,94 % de las muertes totales. La mortalidad muestra una reducción en el 2003, pasó de una tasa ajustada de 15,4 en el 2002 a 14,5 por 100.000 hab.

¹¹⁷ Con base en datos de la CCSS (2003).

* La diferencia entre ambos sexos que se observa en este grupo de edad en los datos publicados por la CCSS para el 2001, no constituye una tendencia de acuerdo con datos disponibles para años anteriores, en los que el índice de masculinidad ha ido de 1.20 a 1.39 (CCSS, 2003).

De acuerdo al sexo en el que se presentan las muertes por esta causa en el 2003, en varones se registra un total de 518 muertes (83,14 %) y en mujeres 105 (16,8 %). El grupo de edad que presenta la tasa más elevada es el grupo de 75 y más con 42,44 por 100.000 habitantes.

Según la CCSS, entre las causas externas, los accidentes de tránsito presentan una sobremortalidad masculina. La tasa para los hombres fue 28,3 por 100.000 y para las mujeres de 5,6, lo que implica 5,39 hombres muertos por esta causa por cada mujer.

En el grupo de edad de 15 a 19 años la razón de masculinidad para el 2001 llegó a 13,28 y para el grupo de 20 a 44 años fue de 7,24.¹¹⁸ La mayor tasa de mortalidad por esta causa para ambos sexos correspondió al grupo de edad de 65 años y más, casi duplicando las tasas de los grupos de 20 a 44 años y de 45 a 64 años y cuadruplicando la del grupo de 15 a 19 años.

b) Suicidio

El suicidio ocupa el cuarto lugar entre las muertes por causas violentas, mostrando una tendencia constante al aumento. Su tasa pasó de 2,39 por 100.000 habitantes en 1970 a 6,97 en el 2002.¹¹⁹

Según el Ministerio de Salud, en Costa Rica en el 2003 ocurrieron un total de 317 suicidios para una tasa ajustada de 7,3 por 100.000 habitantes, lo cual representa un incremento del 12.8% de los casos con respecto al año anterior. Con relación al sexo, 264 fueron en hombres (83,3%) y 53 mujeres (16,7%).

La tasa total ajustada por sexo y edad en el trienio 2000-2002 fue de 6,2 por 100.000 habitantes, mostrando importantes diferencias por sexo. El riesgo de morir es mucho mayor para los hombres para quienes, en el período que se menciona, fue de 10,5 mientras que la de las mujeres fue de 1,7 por 100.000.¹²⁰ Los datos disponibles no permiten establecer las diferencias por sexo en intentos de suicidio.

c) Homicidio

Los homicidios ocupan el tercer lugar entre las muertes violentas, mostrando una tendencia constante al aumento. En el 2003 se registraron un total de 285 homicidios de los cuales, 249 fueron hombres (87,4%) y 36 mujeres (11,3%). La tasa en el 2003 fue 2,2 por 100.000 para las mujeres y 12 para los varones. Con respecto al grupo de edad el que presenta la mayor tasa es el grupo de 25 a 29 años con una tasa de 12,5 por 100.000 hab. Cabe destacar que el 90 % de los casos se dan a partir de los 15 años y hasta los 64 años. En el 2003 se nota un incremento del 21% de los casos con respecto al año anterior.

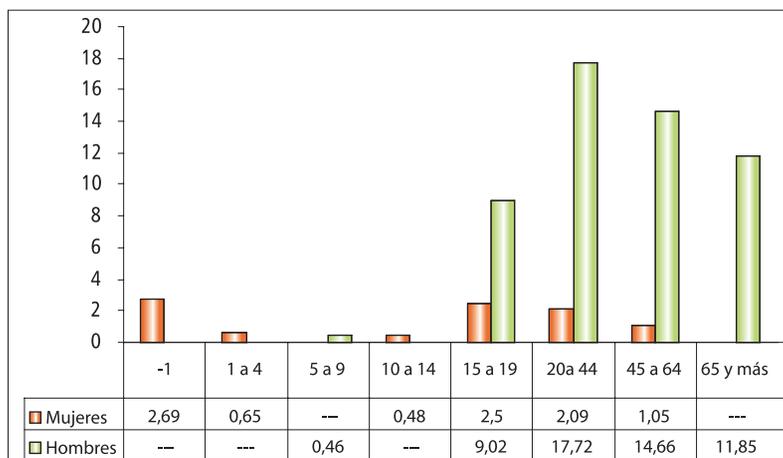
¹¹⁸ CCSS 2003.

¹¹⁹ Ministerio de Salud, OPS/OMS (2004 b).

¹²⁰ Idem.

Gráfico 50

Mortalidad por homicidio por grupo de edad, según sexo Costa Rica 2001 (tasas x 100 000)



Fuente: CCSS 2003.

7. Violencia Intrafamiliar

De acuerdo con la información suministrada en el documento “La violencia social en Costa Rica”, el problema de la violencia intra familiar tiende a hacerse cada vez más visible en la sociedad costarricense¹²¹. Una muestra de ello es el aumento sostenido de las denuncias ante el Poder Judicial y otros organismos que se ha producido particularmente desde 1995 en que fue aprobada la Ley contra la Violencia Doméstica.

De acuerdo con las informaciones mencionadas, las solicitudes de medidas de protección ante las oficinas judiciales, pasaron de 32.643 en el 2000 a 43.929 en el 2001, lo que implica un aumento casi del 35%. De las mismas, el 89,6% fueron solicitadas por mujeres y el 86,5% fueron solicitadas solicitan en contra de sus compañeros o ex-compañeros.¹²²

La línea telefónica especializada “Rompe el Silencio” en el 2002 atendió 70.128 llamadas por violencia doméstica y violencia sexual, de las cuales el 94% correspondieron solicitudes de apoyo para mujeres víctimas de violencia.¹²³ De las llamadas denunciando situaciones de violencia sexual, el 98% correspondió a casos de mujeres.

En el 2003 las líneas 911 y 800-300-3000 atendieron más de 25.000 llamadas por estas causas. La Delegación de la Mujer y el Área de Violencia de Género del INAMU atendió

¹²¹ Idem.

¹²² Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2002 b).

¹²³ Idem.



6.021 mujeres en el 2003 y 5.866 en el 2004, en su mayoría víctimas de violencia intrafamiliar. Los tres albergues para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar administrados por el INAMU acogieron a 80 mujeres en 1995, 749 en el 2000 y 367 en el 2003.¹²⁴

El Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) de la UCR, realizó la Primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, estableciendo que un 58% de las costarricenses asegura haber sufrido algún tipo de violencia. El estudio determinó que 643.347 mujeres del país (49,6%) son afectadas por la violencia psicológica, 498.922 (38,2%) por la violencia sexual, y 590.829 (45,4%) por la violencia física, la mayoría de ellas sobre todo entre los 25 y los 49 años, durante la edad reproductiva.

Uno de los mitos que se rompió con este estudio, es que son las mujeres con más baja escolaridad las más afectadas por la violencia, porque las cifras muestran que 520 de las 908 entrevistadas, más de la mitad de la muestra, cuentan con secundaria y universidad completa o incompleta. Se demostró que la violencia física y sexual contra las mujeres es un problema social de grandes dimensiones, pues además del 58% que ha sufrido algún tipo de violencia a partir de los 16 años, para una cuarta parte de las entrevistadas, un 24,2%, el problema es frecuente ya que han sufrido cuatro o más incidentes de agresión física o sexual.

Entre los tipos de violencia física las entrevistadas manifestaron haber sido golpeadas con algún objeto, empujadas, tomadas por el brazo, abofeteadas, pateadas, mordidas o golpeadas con el puño, quemadas, bañadas con agua caliente o semi ahorcadas o ahogadas, y atacadas con cuchillo o arma de fuego. La violencia sexual se manifestó con relaciones sexuales forzadas, caricias en su cuerpo contra su voluntad o con actividad sexual forzada con una tercera persona.

Los resultados confirman hallazgos de otros estudios nacionales e internacionales: el mayor riesgo de vivir violencia lo tienen las mujeres con hombres cercanos y en particular con sus parejas. Más del 80% de las violaciones contra mujeres mayores de 16 años en el país son cometidas por hombres con quienes las mujeres tienen o tenían una relación familiar o de pareja.¹²⁵

La violencia contra las mujeres tiende a ser crónica y prolongada, a tener como objetivo no la aniquilación sino el control, se asocia frecuentemente con abuso sexual, se reporta y se registra con mucho menor frecuencia, muy a menudo, es tolerada por la ley y la costumbre.¹²⁶

De 1998 al 2004 fueron asesinadas en razón de su género 155 mujeres (por violencia intrafamiliar y sexual), estableciéndose que el 80% fueron cometidos por personas participantes del círculo familiar.

¹²⁴ INAMU. Área de violencia de género y servicio 9-1-1.

¹²⁵ CIEM-INAMU (2003).

¹²⁶ OPS (2004).

En el 2003, el Servicio de Trabajo Social del Hospital Raúl Blanco Cervantes atendió 6.021 casos de agresión a la mujer. Entre los casos de adultos mayores, hubo 155 casos de mujeres y 93 casos de hombres.¹²⁷

La violencia de género tiene impacto sobre la salud sexual y reproductiva. En general, la violencia de género puede ser física, sexual o emocional, con frecuencia coexisten cuando se trata de violencia por parte de la pareja.

La violencia contra la mujer es producto de la subordinación de la mujer por cuestiones de género. Se sabe que hay cuatro factores consistentemente asociados con la violencia:

- Normas de superioridad del hombre y sentido de propiedad de la mujer
- Control masculino de los ingresos de la familia
- Nociones de la masculinidad que se vinculan a la dominación y el honor.
- Control masculino de la toma de decisiones a nivel de la familia.¹²⁸

La violencia de género aumenta el riesgo de problemas ginecológicos como sangrado vaginal, dolor menstrual, secreción vaginal anormal, disfunción sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, dispareunia (coito doloroso).

Además, las consecuencias en la salud reproductiva, son: embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, bajo peso al nacer, muerte fetal.

En la salud general, se ha mencionado, trastornos funcionales, síntomas físicos, auto percepción de mala salud, incapacidad permanente y obesidad severa.

En la salud mental, estrés post traumático, depresión, ansiedad, fobias, trastornos de la alimentación, disfunción sexual, baja autoestima, abuso de sustancias.

Los síntomas como dolor crónico, síndrome de colon irritable, trastornos digestivos, somatización, fibromialgia también se mencionan como consecuencias de la violencia de género. Del mismo modo, algunas conductas como fumar, abuso de alcohol y drogas, inactividad física, comer en exceso.¹²⁹

¹²⁷ MIDEPLAN / SIDES (s.f.).

¹²⁸ PATH, 2001.

¹²⁹ PATH, 2001.

Conclusiones

Este primer esfuerzo por sistematizar y analizar con perspectiva de género la actual situación de salud de las mujeres se basa en los datos más recientes disponibles.

- Para las mujeres existe una sumatoria de procesos desfavorables para la salud, entre otras: la pobreza de los hogares con jefatura femenina aunada a su baja escolaridad, potenciada por salarios más bajos, la labor en pequeñas empresas, más altos niveles de desempleo y subempleo. Adicionalmente, el acceso a la atención de salud de tipo familiar así como bajas coberturas para las no remuneradas, las que trabajan en servicio doméstico, las migrantes. A ello se suma un menor acceso al seguro de pensiones.
- El índice de desarrollo relativo al género y el índice de potenciación de género revelan que la situación de las mujeres aún dista de ser equitativa.
- Acerca de la salud de la población menor de un año, las mujeres recibieron menos atenciones de salud que los varones, en primer lugar por afecciones peri natales. En el 2003 la tasa de mortalidad de niñas fue 9,17 y la de niños fue 11,0.
- En la población de 1 a 4 años, también las mujeres recibieron menos atenciones de salud. En ambos sexos las respiratorias fueron las más frecuentes y las Causas Externas la primera causa de muerte, pero sólo mujeres murieron por homicidio.
- Para la población de 5 a 9 años, las mujeres también recibieron menos atenciones. En primer lugar por afecciones respiratorias, sin diferencias por sexo. En mujeres, ya aparece embarazo, parto y puerperio en urgencias. La tasa de mortalidad es la más baja, las causas externas ocupan el primer lugar, menos frecuentes en las mujeres.
- Respecto a la población femenina de 10 a 14 años, el embarazo, parto y puerperio es la segunda causa de hospitalización, lo más frecuente fue el parto normal seguido de aborto. La mortalidad, es más baja para las mujeres que para ellos, primero debido a causas externas con valores más bajos para ellas.
- En la población de 15 a 19 años, el embarazo parto y puerperio, representó 79% de egresos de las mujeres y el segundo lugar en urgencias. La tasa de mortalidad de las mujeres es más baja.
- En la población de 20 a 44 años, la población femenina consultó por embarazo, parto y puerperio en primer lugar. Ellas murieron sobre todo por tumores (cáncer de mama, luego el de cuello uterino, gástrico y leucemia).

- Para la población de 45 a 64 años de edad, las consultas más frecuentes fueron por el sistema circulatorio y endocrinas y metabólicas, y en urgencias por las respiratorias. Se hospitalizaron por respiratorias y endocrinas y metabólicas; la diabetes mellitus representó 3,5% de egresos de mujeres. Las mujeres murieron por cáncer de mama, seguido por cuello uterino y estómago, luego el de colon y recto y el de otros órganos genitales femeninos. La tasa de mortalidad femenina es más baja.
- En la población de 65 y más años, las mujeres consultaron por el sistema circulatorio y respiratorio; tuvieron menos egresos que ellos. Su mortalidad es más baja que en varones, pero más alta que en otras edades. Para las mujeres, las causas son infarto al miocardio seguido de enfermedad cerebro vascular.
- La mortalidad general ha disminuido, según OPS en 2000-2005 la tasa ajustada para las mujeres es 442,7 por 100.000 habitantes y 603,7 para los varones.
- En 2002, la tasa de mortalidad por sexo y grupos de edad, fue menor en mujeres para todos los grupos, excepto el de 5 a 9 que fue similar para ambos sexos.
- Respecto a la mortalidad materna, en Costa Rica en 2003 la razón de mortalidad materna fue 3,3 por 10.000 nacidos vivos, el 36% de causas son prevenibles.
- Con relación al grupo de causas tumores malignos, para las mujeres el cáncer de mama ha pasado al primer lugar como causa de enfermedad y muerte.
- Con respecto a la mortalidad de mujeres por enfermedades del aparato circulatorio, el infarto al miocardio es la primera causa. La segunda es la enfermedad cerebro vascular, seguida por la isquemia crónica del corazón y luego la hipertensión.
- Entre los factores que determinan la mortalidad cardiovascular están: la obesidad, diabetes mellitus (ambas más frecuentes en mujeres) y la dislipidemia, a su vez, determinadas por dietas bajas en frutas y vegetales, altas en grasas saturadas y en carbohidratos simples.
- Sobre la nutrición, el sobrepeso y la obesidad, factores de riesgo de diabetes mellitus, varios tumores y enfermedades cardiovasculares, son más frecuentes en las mujeres de toda edad y muestran tendencia al aumento.
- La tasa global de fecundidad ha venido reduciéndose. En 2003 fue 2,08, considerada "de reemplazo". Se redujo especialmente en las de 30 y más años. Las de 20-29 contribuyen con más nacimientos. Las menores de 20 años aportaron 20,3% de nacimientos en el 2002. Existen diferencias según escolarización, etnia, migración, inserción laboral, acceso a los programas de salud reproductiva y materno-infantil y otras condiciones de vida.

- En Costa Rica, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos aumentó a 80% en 1999, especialmente entre las jóvenes y entre usuarias de anticonceptivos hormonales; pero disminuyó el uso del condón, solo 3% conocían la anticoncepción de emergencia. En adolescentes 13-17 que tienen actividad sexual se mencionó el uso del preservativo, seguido de anticonceptivos orales. Sin embargo, 39% de ellas y 47% de ellos dicen no utilizar ningún anticonceptivo, con riesgo de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual.
- Respecto al inicio de relaciones sexuales, a mayor escolaridad el inicio es más tardío. Entre adolescentes, el punto máximo está en los 15 años.
- Los nacimientos fuera del matrimonio se redujeron a 8%, a partir de la Ley de Paternidad Responsable. Las familias están cambiando, las nucleares con hijos han disminuido, aumentaron las unipersonales y monoparentales, especialmente las que tienen jefe mujer, afectadas además por necesidades básicas insatisfechas y salarios más bajos.
- El riesgo de SIDA ha aumentado significativamente para las mujeres, la razón hombre / mujer ha disminuido hasta 3,73 en el 2003. Ellas, en su mayoría se ubican entre 25 y 44 años. La prevención del VIH, más allá de evitar conductas de riesgo, requiere que las mujeres, para protegerse, obtengan acceso y control de sus recursos.
- Sobre el tabaquismo, según la CCSS el primer contacto con el tabaco es a los 14. Menos de 1% de adolescentes de 10-12 años y 14% de 13-17 afirman fumar actualmente. Muchos más hombres que mujeres continúan fumando.
- Las causas externas presentan las mayores diferencias por sexo, la tasa para las mujeres 17,96 y 66,03 por 100.000 para los hombres en 2001. Los accidentes de tránsito están en primer lugar en riesgo de morir para mujeres y hombres, más bajo para las mujeres. Para ellas, siguen "otros accidentes", luego homicidios y en cuarto lugar el suicidio.
- En violencia intra familiar, el 89,6% de las medidas de protección fueron solicitadas por mujeres en contra de sus compañeros o ex-compañeros. La Primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, estableció que 58% de las costarricenses asegura haber sufrido violencia: 49,6 por la psicológica, 38,2% por la sexual, y 45,4% por la física; la mayoría de ellas entre 25 y 49 años. Más de la mitad de entrevistadas cuentan con secundaria y estudios universitarios. Por otro lado, entre 1998 y 2004 fueron asesinadas 155 mujeres (por violencia intra familiar y sexual), el 80% fueron cometidos por personas del círculo familiar. Estos datos muestran que la violencia física y sexual contra las mujeres es un problema social de grandes dimensiones.
- Las desigualdades que persisten en la sociedad costarricense condicionan que las mujeres tengan menor acceso a la salud bajo los principios de equidad, universalidad y solidaridad; como consecuencia ellas están en mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la falta de equidad de género.

Recomendaciones

- Promover procesos investigativos de los problemas de salud más importantes de las mujeres, así como sus determinantes para obtener datos recientes desagregados por sexo y realizar el monitoreo de las acciones en curso dirigidas a atenderlas.
- Coordinar e integrar las acciones que ejecutan distintas instituciones y sectores en beneficio de las mujeres a fin de impulsar procesos favorables para su salud combatiendo la pobreza femenina, generando empleos remunerados con salarios equitativos, promoviendo el aseguramiento directo y mejorando el acceso al seguro de pensiones.
- Urge desarrollar un trabajo de discusión intersectorial para identificar los indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud, lo que se constituiría en una herramienta indispensable para la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres, ya que contribuiría a documentar desigualdades, formular y evaluar políticas.
- Adicional al enfoque curativo, impulsar acciones para la prevención y la promoción de la salud de las mujeres, particularmente en mortalidad materna, tumores malignos (en especial en cáncer de mama y útero) así como para las enfermedades del aparato circulatorio, el sobrepeso y la obesidad.
- La promoción de la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres requiere el respeto a los derechos sexuales y reproductivos para que las decisiones en el ejercicio de la sexualidad (inicio de las relaciones sexuales, práctica de sexo seguro, número de parejas sexuales, etc.) estén basadas en información amplia, reciente y confiable. Esta medida, aunada a los cambios en las condiciones políticas y socio económicas que hacen más vulnerables a algunas personas, contribuirán al control de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH / SIDA.
- En relación con la problemática de la violencia, específicamente la de género, promover que las mujeres obtengan acceso y control de sus recursos permitirá enfrentar las desigualdades sociales originadas por las diferencias por género. Promover que los varones se involucren en la superación de estas desigualdades potenciará los resultados.
- A futuro es necesario la continuación de estudios similares que permitan dar una mirada más profunda de las expresiones sociales que se manifiestan en el proceso salud-enfermedad-muerte, desde una perspectiva de género.
- **La promoción de la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres requiere el respeto a los derechos sexuales y reproductivos para que las decisiones en el ejercicio de la sexualidad (inicio de las relaciones sexuales, práctica de sexo**



seguro, número de parejas sexuales, etc.) estén basadas en información amplia, reciente y confiable. Esta medida, aunada a los cambios en las condiciones políticas y socio económicas que hacen más vulnerables a algunas personas y principalmente a las mujeres, contribuirán al control de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH / SIDA.

V. Bibliografía consultada

Arrizabalaga J., Calañas-Continente A., Vidal J., Masmiquel L., Díaz-Fernández M. García-Luna P, Monereo S., Moreiro J., Moreno B., Ricart W., Cordido F. (2003). Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinol Nutr* 2003;50(Supl 4):1-38

Bay, G., Del Popolo F, Ferrando D. (2003). Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población Santiago de Chile, septiembre de 2003. Serie Población y Desarrollo, 43.

Bejarano J, Sáenz M, Ugalde F (1999). Tabaco y recreación en adolescentes escolarizados de Centroamérica, Panamá y República Dominicana. *Rev. Costarric. Salud Pública* 8(14).1-8, JUL 1999.

Brenes, Isabel. "El aborto inducido en Costa Rica: actitudes y práctica". Actualidad demográfica de Costa Rica. San Jose, C.R.: PCP, 1995. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/plani/aborto.htm> . Consultado 8 de Septiembre de 2004.

Caja Costarricense de Seguro Social (2004). Gerencia de División Médica. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud. Estadísticas generales de los servicios de atención de la salud, 1980-2003. Primer tomo. Producción de servicios. Serie: estadísticas de la salud, no.5-j.a. Agosto 2004

CCSS (2003). Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo. Costa Rica 1987, 1992, 1997 y 2002. Serie Estadísticas de la Salud. No. 8C. Noviembre 2003.

CCSS-PAIA. (2001). Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica, múltiples aristas, una tarea de todos y todas. Noviembre, 2001. San José, Costa Rica.

Centro Centroamericano de Población. Capacitación a distancia. Curso Análisis Demográfico. Universidad de Costa Rica. http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia_03/. Consultado el 12/10/04

Chen M., Rosero-Bixby L., Brenes G., León M. González M., Vanegas J. Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de

CIEM-INAMU. (2003). Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres. San José, 2003.

Eaton L. (2003). World cancer rates set to double by 2020. *BMJ VOLUME* 326 5 APRIL 2003

Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Informe 10. Programa Estado de la Nación. Primera edición. Octubre, 2004.

Gómez G., Alvarado M. (1999). Obesidad y mecanismos reguladores del apetito. *Rev. méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica)* v.34 supl. San José 1999

Guzmán S., Rosello M. (2002). Consumo de frutas en una población adulta de Costa Rica. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Vol 52, No. 1.

Hernández W. (2000). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago. Rev. costarric. Salud Publica;9(16):55-64, jul. 2000

Hitchcock P., Pugh J. (2002). Management of overweight and obese adults. BMJ Volume 325 5 October 2002

IAFA (s.f.). Consumo de tabaco. Disponible en: <http://www.netsalud.sa.cr/ms/iafa/pag2.html>. Consultado 15/11/2003.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000: Resultados Generales / Instituto Nacional de Estadística y Censos. —San José, C.R. : INEC; 2001

Jacoby E. Bull F., Neiman A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14(4), 2003.

Lamprey P., Wigley M, Carr D. Collymore I. (2002). De frente a la pandemia del VIH / SIDA. Population Bulletin. Vol. 57, No. 3. Septiembre de 2002

Meneses M., Monge M. (1999). Actividad física y recreación. Rev. costarric. salud pública v.8 n.15 San José dic. 1999

MINSAINCIENSA. (2003). Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, Cartago 2001. San José, Costa Rica. Octubre 2003.

MINSAIN. (s.f.) Sistema Nacional de Análisis de la mortalidad infantil y del sistema nacional de evaluación de la mortalidad materna. Informe anual 2003. Costa Rica

MINSAIN. (2004). Registro Nacional de Tumores, Unidad de Información Estadística, Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirvigil/tasasmortalidadmujeres8099.xls> y <http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirvigil/tasasmortalidadhombres8099.xls>. Consultado 17/12/2004.

MINSAIN (2004). Unidad de Estadística.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES) Disponible en: <http://www.mideplan.go.cr/sides/social/>. Consultado 12/10/04.

OPS (2003). 100 años de salud, Costa Rica siglo XX. San José, julio 2003.

OPS (2003). Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica. Serie Análisis de Situación. San José, octubre de 2003.



OPS (2003). Migración y salud en Costa Rica: elementos para su análisis. San José, Costa Rica. 2003.

OPS (2004). Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del siglo XXI. Sección 3. Washington, 2004.

OPS (2004). Situación actual de la salud mental en Costa Rica. San José, enero de 2004

OPS. (2004). La situación de VIH / SIDA en Costa Rica. San José, enero de 2004.

OPS. (2004). La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José, enero de 2004.

OPS (2004). Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos.

Peña M., Bacallao J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la Región. Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health 10(2), 2001.

Program for appropriate technology in health (PATH) (2001). Reproductive health, gender and human rights: a dialogue. Washington, 2001.

Roselló M., Guzmán S. (2003). Mortalidad por infarto agudo de miocardio: distribución geográfica y lugar de ocurrencia. Costa Rica, 1970 – 2002. Rev. costarric. cardiol v.5 n.3 San José dic. 2003

Rojas, A. (s.f.). Sobre la salud sexual y salud reproductiva. Área gestión para de políticas públicas para la equidad del Instituto Nacional de las Mujeres. San José.

Serró L., Laclé A., Coto C. (2003). ¿Sobrepeso o “achicamiento” en escolares de sexto grado de un área urbano marginal del área metropolitana?. Rev. costarric. salud pública v.12 n.22. San José jul. 2003.

UNFPA. (2004) Estado de la población mundial 2004. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/328_filename_sp_swp04.pdf. Consulta 13/10/04

WHO (1998) Emergency contraception: A guide to the provision of services. WHO/FRH/FPP/98.19 http://www.who.int./reproductive-health/publications/FPP_98_19/FPP_98_19_chapter2.en.html. 1998.

World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases advance final draft copy. WHO Technical report Series 916 (embargoed Monday, March 3, 00.01 GMT) Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva, 2003

World Health Organization. (2003). Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020. Press release 3 April 2003.

Anexo

Indicadores básicos de salud y género - Costa Rica 2002 y 2003

Indicadores demográficos	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Masculina	Total	Femenina	Masculina	Total	
Población total	1.989.485	2.056.352	4.045.837		2.048.966	2.120.706	4.169.672	
Población extranjera (% año 2000)	3,9	3,9	7,8				7,8	
Esperanza de vida al nacer (años)	80,97	76,17	78,1		78,6	76,3	81,1	
Índice de desarrollo humano			0,82				0,834	
Índice de desarrollo relativo al género			0,814				0,824	
Índice de potenciación de género			0,579				0,670	
Tasa global de fecundidad			1,9				2,1	
Tasa bruta de natalidad (por mil)			17,5				17,5	
Nacimientos totales	34.276	36.686	71.144		35.762	37.176	72.938	
Nacimientos de mujeres menores de 20 años			14.454 (20,3%)				14.835 (20,3%)	
Indicadores de salud	2002	2002	2002	2002	2003	2003	2003	
	Femenina	Masculina	Total	Femenina	Masculina	Total	Total	
Tasa bruta de mortalidad infantil	9,2	11,0	10,5	9,2	11,0	10,1		
Tasa de mortalidad de menores de 0 a 4 años (por 1000 nacidos vivos)	2,1	2,7	2,4					
Defunciones totales	6.357	8.647	15.004		6.851	8.949	15.800	
Defunciones fetales	209	256	465		ND	ND	ND	
Defunciones infantiles	346	447	793		328	409	737	
Defunciones 1 a 4 años	63	88	151					
Defunciones 5 a 14 años	84	122	206					
Defunciones 15 a 24 años	156	388	544					
Defunciones 25 a 44 años	471	1.055	1.526					
Defunciones 45 a 64 años	1.153	1.847	3.000					
Defunciones 65 y más años	4.073	4.635	8.708					
Defunciones de edad ignorada	11	65	76					
Abortos atendidos hospitales CCSS			8.332				8.967	
Tasa de mortalidad materna (por 10.000)	3,8			3,3				
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	3,2	4,2	3,7	3,3	4,2	3,8		
Homicidios (cifras absolutas)	31	205	236	36 (11,3%)	249 (87,4%)	285		
Suicidios (cifras absolutas)	40	241	281	53 (16,7%)	264 (83,3%)	317		
Defunciones por diabetes	289	225	515					

Anexo

Indicadores básicos de salud y género - Costa Rica 2002 y 2003

Indicadores de salud	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Total	Total	Femenina	Masculina	Total	
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito								
Tasa de mortalidad por cáncer de mama	ND	ND			5,6	28,3		
Tasa de mortalidad por cáncer de estómago	ND	ND			11,27			
Tasa de mortalidad por cérvix invasor	ND	NA			10,15	23,67		
Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón	ND	ND			5,6	NA		
Tasa de mortalidad por cáncer de colon	ND	ND			4,55	9,99		
Tasa de mortalidad por cáncer de próstata	NA	ND			6,12	6,62		
Tasa de mortalidad por suicidio (ajustada por 100.000)	1,8	11,7	7,9		NA	15,89		
Incidencia de cáncer de mama					2,2	13,3		7,3
Incidencia de cáncer de piel					37,88			
Incidencia de cáncer de cérvix					33,99	41,29		
Incidencia de cáncer de estómago					18,17	NA		
Incidencia de cáncer de colon					18,64	35,22		
Incidencia de cáncer de próstata					7,41	6,5		
Incidencia de cáncer de pulmón					NA	46,1		
Mortalidad por SIDA	11	107	118		11,28			
Razón hombre / mujer SIDA					21	115		136
Nutrición población adulta según IMC (Encuesta CARMEN. Cartago, 2001) a/								5,48
<i>Población 15-19 años (%)</i>								
Delgado, IMC < 18,5					1	1		
Normal, IMC 18,5 – 24,9					76	78		
Sobrepeso, IMC > 25					23	18		
<i>Población 20-64</i>								
Delgado					0	0		
Normal					39	41		
Sobrepeso					37	42		
Obesidad I, IMC 25 - 29,9					21	17		
Obesidad II, IMC > 30					3	0		
Colesterol > = 200					57	57		57

Anexo

Indicadores básicos de salud y género - Costa Rica 2002 y 2003

Indicadores de salud	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Total	Total	Femenina	Masculina	Total	
Triglicéridos >= 150					42	47	44	44
HDL < 40					38	52	44	44
LDL >= 130					50	53	51	51
Prevalencia de vida de violencia física o sexual (%)					58	ND	ND	ND
Uso de métodos anticonceptivos (%)					96			

Indicadores educativos	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Total	Total	Femenina	Masculina	Total	
Alfabetismo 10 y más años					95,5	95	95,2	95,2
Estudiantes reprobados en escuelas (%)	4,9	7,0	6,0	6,0				
Estudiantes reprobados en escuelas nocturnas (%)	9,4	5,2	10,8	10,8				
Estudiantes reprobados en colegios (%)	9,9	15,0	12,4	12,4				
Tasa de asistencia escolar, niños 10 a 14 años, laboran < 20 horas (%)	83,1	71,2	74	74				

Indicadores económicos	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Total	Total	Femenina	Masculina	Total	
PBI per cápita (US\$1990)							3.227	3.227
PBI per cápita (colones)							1.481,4	1.481,4
PEA (%)	35,2	64,8	100	100	35	65	100	100
Población pobre (%)	9,8	9,2	23,5	23,5				
Hogares pobres (%)								18,5
Gasto nacional en salud (% del PBI)								6,68
Hogares con jefatura femenina (%)								25,1
Ingreso promedio real	118.892	145.358	136.183	136.183	20% < que hombres			
Ingreso promedio, mayores de 15 años, educación superior no universitaria, laboran 40 horas /semana	199.345	317.305	ND	ND				
Tasa de desempleo abierto	7,9	5,6	6,4	6,4	8,2	5,8	6,7	6,7
Tasa de ocupación total	35,2	69,1	51,8	51,8	38,5	73,3	55,5	55,5
Tasa de participación 15 a 24 años	35,4	63,3	ND	ND				
Tasa de participación 25 a 34 años	53,8	96,9	ND	ND				

Anexo

Indicadores básicos de salud y género - Costa Rica 2002 y 2003

Indicadores económicos	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Total	Femenina	Masculina	Total		
Tasa de participación 15 a 64 años	44,7	83,6	ND					
Tasa de participación 65 + años	7,3	32,8	ND					
Tasa de participación 25 a 54 años	52	96,1	ND					
Tasa de subempleo visible	6,8	3,9	4,9	7,0	4,6	5,5		
Tasa de subempleo invisible	2,2	3,8	3,3	2,2	3,1	2,8		
Porcentaje de ocupados en cargos de directivos, gerentes y administradores	1,7	2,6	ND					

Indicadores acceso a servicios	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Total	Femenina	Masculina	Total		
Atención prenatal por personal capacitado (%)				96,0	NA			
Cobertura contributiva de la seguridad social (%)	82,9	75,7	79,4			85		
Población ocupada, 12 y más años, cubierta por seguridad social (%)	83,4	74,8	77,7					
Población ocupada en el sector informal, 12 y más años, cubierta por seguridad social (%)	71	58,2	63,2					

Indicadores criminalidad	2002		2002		2003		2003	
	Femenina	Masculina	Total	Femenina	Masculina	Total		
Tasa de víctimas de homicidio				2,2	12	7,2		
Tasa de homicidas				0,4	9,2			
Denuncias en la Delegación de la Mujer	5.354	ND	ND	6.021	ND	ND		

^{a)} Datos corresponden a 2001

NA no aplica

ND no disponible

Fuentes:

Centro Centroamericano de Población

<http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/evida.htm>

<http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/tasas.htm>

<http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/mortalidad.htm>

Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Informe 10. Programa Estado de la Nación. Primera edición. Octubre, 2004.
Instituto Nacional de Estadística y Censos
<http://www.inec.go.cr/BoletinIndicadores.pdf>

Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
<http://www.inamu.go.cr/Indicadores/AccesoConoc.html>
<http://www.inamu.go.cr/Indicadores/CalidadVida.html>
<http://www.inamu.go.cr/Indicadores/Violencia.html>

Ministerio de Salud de Costa Rica. Boletín epidemiológico.
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirvigil/boleptide5203.doc>

Ministerio de Salud de Costa Rica. Unidad de Estadística.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES) Disponible en:
<http://www.mideplan.go.cr/sides/social/Observatorio del Desarrollo>.

http://www.odd.ucr.ac.cr/vistazo/indicadores/hoy/entorno_social.htm
<http://www.odd.ucr.ac.cr/vistazo/indicadores/hoy/hogares.htm>
<http://www.odd.ucr.ac.cr/vistazo/indicadores/hoy/ingreso.htm>
<http://www.odd.ucr.ac.cr/vistazo/indicadores/hoy/pobreza.htm>
<http://www.odd.ucr.ac.cr/vistazo/indicadores/hoy/salud.htm>

Organización Internacional para el trabajo (OIT)
<http://www.oitsial.org.pa/tdl/inserttd.php?v=td41&l=0&p=cos>

Secretaría de Información Integrada Centroamericana. de información económica centroamericana.
http://www.sieca.org.gt/Publico/CA_en_cifras/Serie_33/Poblacion/044_Pob%20CRI_Ind%20Demog_web.htm

Serie Análisis de Situación de Salud

1. Situación de Salud, Costa Rica 2007
2. Indicadores de salud: ¿Mejoró la equidad?
3. Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis
4. Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica
5. Situación del estado nutricional y alimentario de Costa Rica
6. Costo y financiamiento de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos
7. Factores de los plequridos en la salud y el ambiente en Costa Rica
8. Desigualdades de salud en Costa Rica: Una aproximación geográfica poblacional
9. La violencia social en Costa Rica
10. Situación actual de la salud mental en Costa Rica
11. La situación de VIH/SIDA en Costa Rica
12. La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica
13. Calidad del agua potable en Costa Rica: situación actual y perspectivas
14. La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas
15. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica
16. Salud de las mujeres en Costa Rica. Un análisis desde la perspectiva de género