

# Salud de las mujeres en Costa Rica

Un análisis desde la perspectiva de género





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

# Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde la perspectiva de género





*A nuestra compañera de ideales :*

*Florencia Castellanos Braña*

*Iniciaste este proyecto como uno más de tus retos;  
pero el azar de la vida impidió que culminaras tu  
obra, pues volaste hacia los rebaños del Señor.*

*De ahí quienes estábamos contigo emprendimos  
nuestro deber moral de seguir lo que empezaste  
para que no quedara como un sueño inconcluso.*

*Sin embargo la esencia de tu ser quedó plasmada en  
cada letra, en cada línea, en cada pensamiento, de la  
misma forma como tu alegría quedará grabada por  
siempre en nuestros corazones.*

*Gracias por enseñarnos a sonreír y ver la luz en  
medio de la tormenta.*

*Siempre estarás presente a pesar de tu ausencia.*



### **Grupo de trabajo**

Marielos Rojas, Ministerio de Salud  
Florencia Castellanos, consultora independiente  
Carmen Marín, consultora independiente  
Xinia Bustamante, OPS/OMS  
Humberto Montiel, OPS/OMS

### **Revisión técnica**

Lily Jara, Unidad de Género, Etnia y Salud, OPS/WDC  
Ileana Quirós, CCSS  
Ana Rojas, INAMU  
Rosa María Vargas, Ministerio de Salud  
Ana Elena Badilla, Fondo de Población  
Patricia Salgado, Fondo de Población

### **Edición**

Xinia Bustamante C., OPS/OMS

### **Fotografía**

Archivo OPS/OMS

**ISBN** 92 75325863

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, Abril 2005

Puede ser consultado en: [www.netsalud.sa.cr](http://www.netsalud.sa.cr) y [www.cor.ops-oms.org](http://www.cor.ops-oms.org)

# Índice

<b>Introducción</b> .....	9
<b>I. Contexto demográfico y socioeconómico</b>	
1. Contexto demográfico.....	11
2. Contexto socioeconómico.....	13
3. Mujeres y seguridad social.....	17
<b>II. La salud de las mujeres por grupos de edad</b>	
1. Población menor de un año.....	22
2. Población de 1 a 4 años.....	24
3. Población de 5 a 9 años.....	27
4. Población de 10 a 14 años.....	31
5. Población de 15 a 19 años.....	34
6. Población de 20 a 44 años.....	37
7. Población de 45 a 64 años.....	41
8. Población de 65 y más años de edad.....	45
9. Tendencias de la mortalidad general.....	50
10. Tendencias de la mortalidad infantil.....	57
11. Tendencias de la mortalidad materna.....	60
<b>III. Algunos temas de salud para las mujeres</b>	
1. Salud sexual y reproductiva.....	62
2. Diabetes mellitus.....	74
3. Tabaquismo.....	75
4. Nutrición.....	76
5. Enfermedades inmuno prevenibles.....	83
6. Violencia.....	84
<b>IV. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	89
<b>V. Bibliografía consultada</b> .....	93
<b>Anexo</b>	
Indicadores básicos de salud y género. Costa Rica, 2002 y 2003.....	96

## Índice de gráficos

<b>Gráfico No.</b>		<b>Página</b>
1	Menores de un año: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	22
2	Menores de un año: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	23
3	Menores de un año: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	23
4	1 a 4 años: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	24
5	1 a 4 años: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	25
6	1 a 4 años: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	25
7	1 a 4 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001	27
8	5 a 9 años: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	28
9	5 a 9 años: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	29
10	5 a 9 años: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	29
11	5 a 9 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001	30
12	10 a 14 años: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	31
13	10 a 14 años: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	32
14	10 a 14 años: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	32
15	10 a 14 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001	33
16	15 a 19 años: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	35
17	15 a 19 años: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	35
18	15 a 19 años: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	36
19	15 a 19 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001	37
20	20 a 44 años: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	38

21	20 a 44 años: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	39
22	20 a 44 años: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	39
23	20 a 44 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001	40
24	45 a 64 años: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	42
25	45 a 64 años: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	43
26	45 a 64 años: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	43
27	45 a 64 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001	45
28	65 a más años: Causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002.	47
29	65 a más años: Causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001.	47
30	65 a más años: Causas más frecuentes de egresos hospitalarios por sexo. Costa Rica, 2001.	48
31	65 a más años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001	50
32	Tasas estandarizadas de mortalidad por infarto agudo del miocardio, según sexo. Costa Rica 1970-2002	52
33	Incidencia de los tumores malidnos más frecuentes en mujeres. Costa Rica 1990-2000	53
34	Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres. Costa Rica 1990-2003	53
35	Incidencia de los tumores malignos más frecuentes en hombres. Costa Rica 1990-2000	55
36	Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en hombres. Costa Rica 1990-2003	56
37	Tasa de mortalidad infantil. Costa Rica, 1972, 1992, 1997 y 2002	58
38	Tasa de mortalidad infantil según sexo, año y provincia. Costa Rica, 2003	58
39	Tasas de mortalidad materna (por 10 000). Costa Rica, 1998-2003	61
40	Tasas de mortalidad por sexo (por mil). Costa Rica, 2002	62
41	Tasa de fecundidad específica poe edad. Costa Rica, 1950-2002	63
42	Promedio de nacimientos de mujeres indígenas de 12 o más años, por nivel de instrucción. Costa Rica, 2000	65
43	Promedio de nacimientos de mujeres afrocostarricenses de 12 o más años, por nivel de instrucción. Costa Rica, 2000	65

44	Promedio de nacimientos de mujeres migrantes de 12 o más años por nivel de instrucción. Costa Rica, 2000	66
45	Casos registrados de SIDA según año y sexo. Costa Rica 1983-2003	72
46	Tendencia de la mortalidad por SIDA según año y sexo. Costa Rica 1985-2003	73
47	Mortalidad por Diabetes Mellitus en los últimos tres decenios, según sexo. Costa Rica 1972, 1992 y 2001	75
48	Estado nutricional de la población según índice de masa corporal por sexo. Encuesta CARMEN, Cartago 2001	79
49	Prevalencia de dislipidemias por sexo. Cartago 2001	82
50	Mortalidad por homicidio por grupo de edad, según sexo. Costa Rica 2001	86

## Índice de cuadros

Cuadro No.		Página
1	Costa Rica: Indicadores demográficos 2000 y 2003	12
2	Costa Rica: Evolución de la cobertura contributiva de los seguros de salud (SEM) y de pensiones (SIVM) de la CCSS, según sexo y forma de inserción, 1990 – 1995 - 2000	20
3	Costa Rica: Cobertura contributiva aparente de los seguros sociales, según sexo y forma de inserción en el mercado de trabajo, 2000	21
4	Tasas de mortalidad infantil por año según provincia de residencia y sexo. Costa Rica, 1998-2003	59
5	Nacimientos de madres menores de 20 años de edad. Costa Rica, 1992 - 2002	64
6	Abortos realizados en hospitales de la CCSS. Costa Rica 1980 – 2002	69
7	Mortalidad por causas externas por grupo de edad y sexo. Costa Rica 2001 (tasas por 100.000 habitantes)	84



## Introducción

Costa Rica es reconocido como un país con importantes logros en salud para su población, así lo visibilizan los indicadores básicos de salud. Sin embargo, éstos no dan cuenta de la situación de grupos específicos, como por ejemplo la salud de las mujeres. La mayoría deja ver que existen condiciones generales favorables para la atención de la salud, aunque se ocultan o invisibilizan situaciones de inequidad, en especial de las mujeres, cuyas condiciones de vida conllevan diferencias en el nivel de riesgo y en el acceso a la atención de salud.

El presente documento constituye un esfuerzo por avanzar en la sistematización de la información disponible sobre la salud de las mujeres. Es un primer acercamiento para documentar la situación de salud de distintos grupos de edad y analizar las diferencias por sexo, evidenciando los hechos, avances y desafíos en la construcción de la salud en Costa Rica.

Es reconocido que la salud de las personas y de las mujeres en particular, no es un simple producto biológico sino resulta de las condiciones de vida, de la calidad de los recursos disponibles, de la respuesta social a las necesidades y problemas de salud, del medio ambiente y del propio desarrollo personal. Como señala Marcela Lagarde “la salud no es un hecho que sucede de pronto, sino que se construye cada día, a cada paso, desde antes de nacer”<sup>1</sup>. Ello implica que la salud en tanto un hecho social, se desarrolla acorde con la particular ubicación de cada grupo social en la estructura productiva.

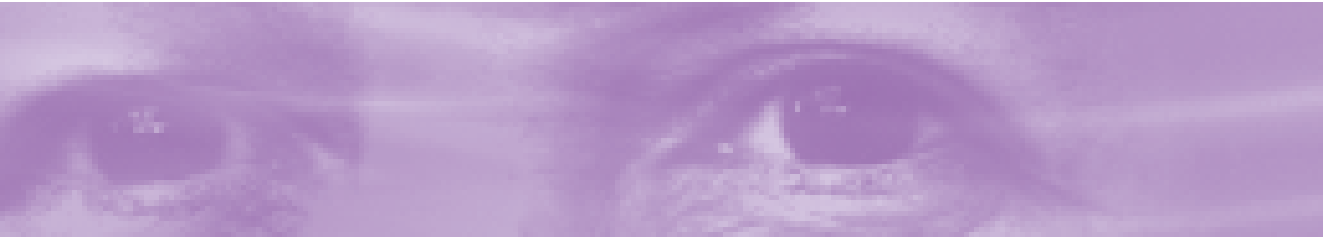
A lo largo de los datos presentados aquí sobre el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad, de las necesidades de atención, encontramos importantes diferencias por sexo. Estas diferencias van más allá de lo biológico y reflejan las consecuencias de condiciones de vida diferenciadas.

La persistencia de estas diferencias en el tiempo, es evidenciada por los datos de salud disponibles en el país y reafirman que las mismas no fortuitas, sino que descansan en las condiciones diferenciadas de acceso y control de los recursos. En ello intervienen una multiplicidad de procesos, por ejemplo, la manera en que las personas se relacionan con los demás, la manera en que se alimentan, en que trabajan, en que descansan, en que realizan actividades físicas, cómo les afecta la violencia, de qué manera buscan y obtienen atención de salud, cómo perciben el mundo. Todo ello se relaciona con roles socialmente asignados, es decir, es producto de una construcción social, en la cual se encuentra la socialización de género.

Este documento busca responder a la necesidad de disponer de información específica sobre la situación de salud de las mujeres, los principales problemas que las afectan y los avances

---

<sup>1</sup> Lagarde, Marcela (1998).



que se han venido experimentando en la construcción de su salud como resultado de la aplicación de políticas y programas como insumo para evaluar la respuesta que el país está dando a los compromisos nacionales y los asumidos internacionalmente.

Trata de abordar aspectos, que traducen las ventajas o desventajas para uno u otro sexo, crean diferencias injustas entre hombres y mujeres, las cuales pueden ser superadas. Estos tienen que ver con la relación que existe entre formas diferenciadas de socialización de género y el estado de salud, la atención de la salud y los procesos de gestión de la salud.

Con lo anterior se pretende avanzar para que la atención de la salud de la población y, en particular de las mujeres, sea abordada con una perspectiva que relacione los distintos aspectos, sean vistos como parte de un todo indivisible que guarda relación con el desarrollo y la historia colectiva y personal de varones y mujeres, en comunidad con su entorno y como parte del desarrollo social.

Ilustrando la situación de salud de las mujeres, buscamos que sus necesidades y problemas vitales queden evidenciadas y sean retomadas de manera específica, en los instrumentos de política de salud y en los programas que se diseñen y ejecuten en el país. Esta es una tarea imprescindible en el avance hacia una atención integral de la salud.

En éste contexto, el presente documento contiene cuatro secciones. La primera presenta el contexto demográfico y socio económico de Costa Rica en el año 2003. En la segunda encontrará los datos de las principales atenciones de salud que distintos grupos de edad demandaron a la Caja Costarricense de Seguridad Social, para los años 2001 y 2002, en algunos casos se dispone de información para el año 2003, no se dispone de datos del sector privado. La tercera aborda algunos temas de salud de interés de las mujeres. Finalmente, la cuarta y última sección plantea conclusiones y recomendaciones. El anexo contiene indicadores básicos de salud y género para los años 2002 y 2003, datos recopilados en este trabajo.

# Contexto demográfico y socioeconómico

## 1. Contexto Demográfico

De acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos la población de Costa Rica en el 2003 son 4,169,672 personas de las cuales 2,048,966 son mujeres y 2,120,706 son hombres, lo que representa 49,1% y 50,9% de la población, respectivamente.<sup>2</sup>

Según el Censo de Población realizado en el 2000, el grupo étnico afro costarricense representó el 1,9% de la población total, la etnia indígena el 1,7% y los extranjeros el 7,8% de los habitantes.<sup>3</sup>

Con respecto a la población extranjera, en Costa Rica a partir de los inicios de la década de los noventa se observa un aumento significativo de la inmigración de nicaragüenses. Según el Censo de Población del 2000, un 78% de los inmigrantes provienen de Nicaragua, de ellos 54% son mujeres.

### La situación demográfica

Estructura de la población por edad y sexo

Para el 2000 Costa Rica deja definitivamente el perfil de población joven que la caracterizaba en 1950 y muestra un paulatino ritmo de envejecimiento, en el que los menores de 15 representan el 31,9 (en vez de 42,9) y los de 65 años y más el 5,6 (en lugar del 2,9 por ciento de 50 años atrás). Esta estructura es el resultado de una mortalidad baja y estable, una fecundidad en descenso y una inmigración internacional que se incrementó durante las dos últimas décadas <sup>4</sup>. Para el 2003, un 59% de la población reside en el área urbana y 41% lo hace en el área rural.

### Principales indicadores demográficos

El cuadro 1 presenta los principales indicadores demográficos de Costa Rica obtenidos según los datos del Censo 2000, y consigna las variaciones al 2003. La esperanza de vida al nacer, es la más larga de los países centroamericanos<sup>5</sup>. Estos indicadores sitúan a Costa Rica entre los países con mejores indicadores demográficos en el mundo.

<sup>2</sup> INEC (2003 c)

<sup>3</sup> INAMU (2003)

<sup>4</sup> INEC (2001)

<sup>5</sup> UNFPA (2004)

**Cuadro N° 1**

<b>Costa Rica: Indicadores demográficos</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>
<b>Fecundidad</b>		
Nacimientos anuales	78 959	72 938
Tasa bruta de natalidad (por mil)	20,1	17,7
Tasa global de fecundidad	2,4	2,1
<b>Mortalidad</b>		
Defunciones anuales	15 011	15 800
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	3,8	3,8
Esperanza de vida al nacimiento		
Total	77,7	78,6
Hombres	75,3	76,3
Mujeres	80,2	81,1
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	10,2	10,1
<b>Estructura de la población</b>		
0 - 14	31,8	29,7
15 - 64	62,9	64,8
65 y más	5,3	5,6
<b>Razón de dependencia</b>	58,9	54,3

<sup>1</sup> Fuente: Estimaciones y proyecciones de población, INEC y CCP, 2002.

<sup>2</sup> Fuente: MIDEPLAN SIDES, 2004

## Natalidad

En el 2003 se registró un total de 72.938 nacimientos en el país con una tasa de natalidad de 17,7 por mil habitantes. La tasa de natalidad ha venido disminuyendo progresivamente, con un descenso rápido hasta 1975 y desde entonces se hace más lento. Esta disminución es parte de la transición demográfica de la población costarricense, en la cual toman parte los servicios de salud, con la oferta de métodos modernos de anticoncepción.

## Tendencias en la estructura de la población

De acuerdo con el aumento de la población adulta mayor registrado por el Censo de Población del 2000 y las proyecciones realizadas por INEC-CCP, se estima que la población de 60 y más años de edad en el 2030 será igual a la cantidad de menores de 15 años y que para el 2050 constituirá la cuarta parte de la población del país. De acuerdo con los censos de población de 1973, 1984 y 2000 se advierte una clara tendencia a la disminución de la

cantidad relativa de hombres en comparación con las mujeres entre las personas adultas mayores. El índice de masculinidad pasó de 99 en 1973 a 91 en el 2000.<sup>6</sup> Esta tendencia se explica por la tasa de mortalidad más elevada en los varones en todos los grupos de edad. De acuerdo con esta tendencia, para las mujeres aumentarán los requerimientos de atenciones de salud de tipo curativo, preventivo y promocional.

## 2. Contexto socioeconómico

En los diez años que van de 1994 al 2003, Costa Rica mostró la tasa promedio de crecimiento del PBI más alta de América Latina, 4,3%.

No obstante, dado que ese crecimiento se basa en gran medida en inversión extranjera, el pago de factores al exterior ha adquirido también una importancia mayor, en especial a partir de 1998. La tasa promedio de crecimiento real del ingreso nacional disponible bruto per cápita, en el periodo 1992-2003 fue de apenas 2%.<sup>7</sup> Esto evidencia, según lo señalado por el Estado de la Nación, la desarticulación entre los sectores más dinámicos y el resto de la economía.

La inflación durante la década anterior fue aproximadamente de un 14,4% en promedio por año. En el 2003 se redujo ligeramente llegando a ser del 9,87%.<sup>8</sup>

### Pobreza y empleo

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos el porcentaje de hogares en pobreza pasó de 20,6% en 2000 a 18,5% en el 2003 y a 21,5% en el 2004.

Para el 2003, el 25,5% de los hogares tenía jefatura femenina para un número de 228.377 hogares. De estos 54.838 hogares eran pobres (32,5%), de los cuales 16.927 estaban en pobreza extrema (30,9%) y 37.911 estaban en condiciones de pobreza (69,1%).<sup>9</sup> Entre el 2000 y el 2003 el porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina aumentó tanto en áreas urbanas como rurales, especialmente en las primeras, donde llegó a 40,3%.

En cuanto al empleo, la distribución de las oportunidades de trabajo mostró importantes diferencias por sexo. De los nuevos puestos de trabajo creados entre 1990 y 2003, 297.894 fueron ocupados por hombres y 272.292 por mujeres. Las oportunidades para ellos estuvieron en los sectores de comercio (34,9%), servicios sociales (20,4%), actividades financieras (16,5%), transporte y comunicaciones (13,7%) y construcción (13,4%). La mayoría de empleos para las mujeres se generaron en servicios sociales (48%), comercio (34%) y actividades financieras (8,9%).

---

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud (2004).

<sup>7</sup> Estado de la Nación (2004).

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> INEC (2003 c)

En cuanto al ingreso de los ocupados, los ingresos promedio reales muestran diferencias por género: los ingresos de las mujeres son inferiores en un 20% a los de los hombres y las desigualdades entre ambos no registraron variaciones significativas en los últimos años.

Las mujeres que participan del empleo se enfrentan a problemas como el desempleo, el subempleo, la ubicación en ocupaciones y puestos de trabajo en los que existe una menor retribución económica, dificultades de acceso al empleo para las mujeres jóvenes y sin experiencia o bien para las que se retiran durante algunos años del empleo (muchas veces por atender a hijas e hijos pequeños).

Las mujeres que se incorporan al mercado de trabajo tienen, en promedio, un nivel de educación mayor que el de los hombres. Las mayores diferencias se dan en el nivel universitario; mientras 4 de cada 10 mujeres asalariadas poseen algún año de universidad, solamente 2 de cada 10 hombres se ubican en ese nivel de educación. Esto es importante, porque las principales variaciones salariales en las actividades económicas se manifiestan cuando se consideran altos niveles de educación. Si se analiza a los asalariados que tienen algún año de educación universitaria y que trabajan 40 horas o más, se observa que en la rama de industrias manufactureras los hombres ganaban un 7% más que las mujeres en 1990 y en el 2003 recibieron un 38,3% más. Sin embargo, en otras actividades las diferencias en ese nivel educativo se han reducido. Por ejemplo, en comercio, los hombres percibían un 63,2% más que las mujeres en 1990, pero para el 2003 la diferencia disminuyó al 59,8%. Y en servicios, los hombres pasaron de ganar un 48,1% más que las mujeres a un 24,1%. Por otra parte, en los niveles más bajos de educación, las diferencias salariales son menores y además, muestran una tendencia a la baja en el mismo periodo.<sup>10</sup>

La igualdad de oportunidades, acorde con un acceso a la educación, debe vincularse a la igualdad de reconocimiento económico por el trabajo realizado. Este aspecto evidencia las condiciones de inequidad que existen en la sociedad, las mujeres se cuentan entre los grupos menos favorecidos.

La tasa de desempleo abierto ha ido aumentando, pasando de 5,6 en 1998 a 6,7 en el 2003. Para las mujeres pasó de 8,0 en 1998 a 6,8 en 2000 y a 8,2 en 2003. Este aumento se ha producido en el medio urbano donde pasó de 6,7 a 7,6, mientras en el rural se mantiene básicamente igual (9,6) con ligeras variaciones durante el período 1998-2003. Para los hombres pasó de 4,4 en 1998 a 5,8 en 2003.<sup>11</sup>

El 20,2% de los adolescentes en edades entre 15 y 17 años está en la fuerza trabajo (el 8,4% de las mujeres y 31,6% de los hombres). El trabajo doméstico exclusivo en los propios hogares es su principal forma de ocupación, está en 25% entre las adolescentes y en 4% para los jóvenes.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Estado de la Nación (2004)

<sup>11</sup> INEC (2003 c).

<sup>12</sup> Proyecto Estado de la Nación (2003)

## Migración y pobreza

Como ya se mencionó, la mayoría de la población migrante en Costa Rica proviene de Nicaragua. Las condiciones de pobreza y discriminación en ese país llevan a contingentes importantes de mujeres, entre quienes más se acentúan estas variables, a buscar nuevas formas de generar ingresos para la manutención de su familia. De ahí, la creciente incorporación de este grupo al mercado laboral. Como alternativa, un número significativo decide migrar hacia Costa Rica en busca de mejores oportunidades de trabajo. Sin embargo, en suelo costarricense deben enfrentarse a condiciones que las ponen en situación de desventaja: menor oferta de trabajo, ingresos más bajos que los percibidos por los hombres y ocupación de puestos de trabajo en los que se vulnera sus derechos.

De los hogares integrados por población migrante en Costa Rica, el 55% tiene como jefa a una mujer, por encima del 25% rural y 33% urbano registrados en Nicaragua. Aunque algunas nicaragüenses laboran en el sector agrícola e informal, la mayoría de ellas lo hace como domésticas en suelo costarricense.<sup>13</sup>

## Educación

El Censo del 2000, mostró que el alfabetismo de la población mayor de 10 años fue de 95,2%, con proporciones similares para ambos sexos, mostrando un incremento del 2,1% con respecto al Censo de 1984.

Se ha logrado una matrícula universal en primaria. La preocupación por las bajas coberturas en secundaria ha conducido a la realización de esfuerzos para ampliarla, produciéndose un aumento en los últimos cinco años de 6,8 puntos en la tasa neta de escolaridad, pasando de 55,0% en 1999 a 66,2% en 2003. Sumando la modalidad de educación abierta alcanza el 75%, lo que quiere decir que al menos uno de cada cuatro jóvenes está fuera del sistema educativo.<sup>14</sup> De acuerdo con los datos disponibles solo un 32,5% de los estudiantes de secundaria llega a su graduación sin repetir ningún año. Las mujeres adolescentes con un 62% en asistencia escolar, superan a los hombres en cuatro puntos porcentuales.<sup>15</sup>

En el curso de la última década los cambios tecnológicos han creado nuevas oportunidades para el acceso a una serie de herramientas señaladas como claves para una inserción laboral exitosa. Se trata del dominio del inglés, acceso a computadoras, a Internet y a la educación universitaria, entre otras. Las mejoras en las coberturas de la educación en los años noventa operaron a favor de los quintiles más ricos: no obstante los logros de escolaridad que muestran todos los grupos, esta siguió siendo baja: en el caso de los quintiles más pobres la escolaridad promedio alcanzó primaria incompleta y, para los más ricos, secundaria o primer año de universidad <sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> OIT, 2003.

<sup>14</sup> Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2002 b).

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Estado de la Nación (2004).

## Desarrollo Humano

En el 2003, el índice de desarrollo humano en Costa Rica fue 0,834. Este indicador tiene como propósito aportar información que permita examinar si los países ofrecen oportunidades e invierten en generar capacidades de sus habitantes<sup>17</sup>.

El valor del IDH desciende cuando se toma en cuenta las desigualdades que sufren las mujeres en educación, salud e ingresos en consonancia con su ubicación en el escenario laboral y en la participación política.

El índice de desarrollo relativo al género (refleja la desigualdad en el progreso entre el hombre y la mujer), fue 0,824 en 2003, quiere decir que cuando los varones obtienen 100 oportunidades, las mujeres sólo obtienen 82. Cabe señalar que Costa Rica ostenta el primer lugar entre los países centroamericanos en este indicador.

La posición de las mujeres que se mide por el índice de potenciación de género (IPG) tuvo un valor de 0,670 (significa que las mujeres tienen un 67% de las oportunidades de participación en la toma de decisiones en comparación con los varones). Costa Rica se ubicó en el mismo año en la posición 19 entre los países para los cuales se calculó el indicador, en atención al porcentaje de mujeres legisladoras y altas funcionarias y directivas, teniendo en cuenta que la participación femenina en la Asamblea Legislativa aumentó de 12,3 a 35% entre el periodo 1990-94 y 2002-2006.<sup>18</sup>

## Ejercicio político

La participación política está reconocida como un derecho humano de las mujeres y no se limita a los partidos políticos, aunque éstos representan un espacio donde las mujeres pueden ejercerlo. En el país, la participación femenina se da y estimula con mayor fuerza en los niveles de base, disminuyendo en aquellos donde se toman las decisiones políticas más importantes, a pesar de la elevada preparación académica, amplio conocimiento, experiencia política de las mujeres y de su participación como candidatas a los puestos.

Con el fin de eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres en este campo, se han impulsado medidas de acción afirmativa en el marco de políticas de diferenciación hacia la igualdad. Estas políticas tratan "desigualmente" a quienes son desiguales, con el fin de disminuir las diferencias económicas, culturales, sociales y políticas entre las personas y los grupos.

Desde 1996, se aplican en el país las cuotas mínimas del 40% de participación femenina en los puestos de elección popular. Con estas cuotas se busca garantizar la efectiva integración de las mujeres a los órganos de decisión de un partido y otras agrupaciones sociales, así como a los puestos de elección popular<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Estado de la Nación (2004).

<sup>18</sup> Idem.

<sup>19</sup> Área Ciudadanía Activa-INAMU (2002).



En resumen, la situación de las mujeres es claramente menos ventajosa que la de los hombres en términos de ejercicio político.

### 3. Mujeres y seguridad social

De acuerdo con la información proveniente de la Encuesta de Hogares 2000 ajustada con los datos del Censo por el INEC<sup>20</sup>, el seguro de salud cubre al 71% de los ocupados, el seguro de pensiones al 53%, y el seguro de riesgos del trabajo al 51%.<sup>21</sup>

En términos generales, las mujeres no tienen una situación desventajosa con relación a los hombres si no se entra a considerar al servicio doméstico. Entre las asalariadas de las empresas privadas, las mujeres muestran en los tres seguros, una mayor cobertura que los hombres pues influye el hecho que en los sectores agricultura y construcción donde las condiciones del empleo son precarias, la participación de las mujeres es mucho menor. Ahora bien, si se toma en cuenta el servicio doméstico, en el cual la cobertura del seguro de las mujeres está por debajo del 10%, resulta que en el sector privado las mujeres están mucho menos aseguradas que los hombres.<sup>22</sup>

En el sector público las mujeres empleadas presentan una cobertura semejante a la de los hombres en cuanto al seguro de enfermedad y maternidad. En el seguro de pensiones se observan diferencias que se relacionan con la incorporación de las mujeres a regímenes especiales como son el magisterio, el Poder Judicial y otros.

Con respecto a la evolución de la cobertura de los seguros de salud y pensiones, las cifras sugieren una ligera ampliación de la cobertura. Para las mujeres asalariadas del sector privado, en la primera mitad de los años 90 se concentra la ampliación en el seguro de salud, produciéndose un cierto deterioro de la situación en la segunda mitad de la década. Para las mujeres del sector público la cobertura se mantiene alrededor del 100% y para las no asalariadas se produce un aumento que las lleva al 97% en el 2000, debido al impacto de la Reforma del Sector Salud.

En el seguro de pensiones, se observan las mismas tendencias para las mujeres asalariadas del sector privado, es decir un aumento en la primera mitad de los 90 y una ligera disminución en la segunda. Las del sector público aumentaron ligeramente la cobertura pasando de 57% en 1990 a 60% en el 2000. Las no asalariadas experimentaron un significativo aumento pasando de 3% en 1990 a 33% en el 2000.

El empleo creció a tasas anuales bastante superiores a las de los hombres. Entre 1990 y el 2000 el empleo de los hombres creció a un ritmo anual de 2%, y el de las mujeres en 3,8%. En correspondencia el número de hombres asegurados en la cobertura distributiva de los

---

<sup>20</sup> Ajuste realizado para el total de ocupados por sexo, respetando la misma estructura por tipo de inserción (INAMU: 2003 b).

<sup>21</sup> Ministerio de Salud (2003).

<sup>22</sup> Idem.

seguros de salud creció al 3,4% anual y las mujeres al 4,3%. En el seguro de pensiones, los hombres aumentaron al 4% anual y las mujeres al 5,5%.<sup>23</sup>

Lo anterior querrá decir que "... la fuerte incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no fue acompañada de un proceso de precarización, al menos masivo, en sus condiciones laborales."<sup>24</sup> (Cuadro 2).

Con respecto a la cobertura del seguro de salud, esta es mayor para las mujeres que para los hombres, sin embargo esta se produce a través del aseguramiento indirecto. Un 23% de los hombres de 12 años o más no tiene seguro de salud, contra un 16% de las mujeres. Pero cerca de la mitad de las mujeres (49%) de 12 años o más, aparece como asegurada familiar, mientras que para los hombres ese porcentaje es del 18%, lo que deja ver que el aseguramiento familiar es la principal forma de acceso de las mujeres al seguro de salud. En ello influye el hecho de que las mujeres se mantienen en condición de personas no remuneradas (70% de las mujeres de 12 años o más).<sup>25</sup> El aseguramiento por el Estado es ligeramente mayor para las mujeres, lo que las convierte en aseguradas directas, sin embargo las mayores diferencias se observan a partir del aseguramiento familiar, el cual se produce aún cuando la mujer desarrolla actividades remuneradas. Un 15% de las mujeres asalariadas y un 48% de las que trabajan por su cuenta tiene este tipo de seguro.<sup>26</sup>

En relación con el seguro de pensiones, globalmente se observa una situación desventajosa para las mujeres, ya que el 71% de las mismas, de 12 años o más, no cotizan ni disfrutan de sus beneficios. Mientras que para los hombres dicha condición baja al 53%. Esta situación se relaciona con la condición no remunerada en que se mantienen mayoritariamente las mujeres. Sin embargo, la cobertura del seguro de pensiones resulta también menor entre las mujeres con actividades remuneradas. Mientras que el 68% de los hombres con trabajo asalariado cotiza al seguro de pensiones, en el caso de las mujeres lo hace el 64% y de las que desempeñan trabajo doméstico, solamente el 21%.<sup>27</sup>

En el caso de trabajo por cuenta propia, mientras que el 20% de los hombres con trabajo independiente contribuye al seguro, las mujeres lo hacen en un 8%.

Si bien el porcentaje de mujeres de 12 años o más beneficiarías del seguro corresponde al 12% y el de los hombres es 9%, dentro de la población no remunerada esto se invierte, tanto entre los que mantienen una vinculación con el mercado de trabajo, como entre los plenamente inactivos e incluso entre los efectivamente pensionados.

Con respecto al seguro de riesgos del trabajo los datos globales son similares a los relativos al aseguramiento de salud. (Ver cuadro N° 3)

---

<sup>23</sup> Idem.

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Idem.

<sup>26</sup> Idem.

<sup>27</sup> Idem.

Si se analiza a la población de mujeres asalariadas de acuerdo con el tamaño de la empresa, se observa que la cobertura total y la contributiva aumenta al ser mayor el tamaño del establecimiento. Solo un 41% de las asalariadas de micro negocios se encuentran aseguradas de manera directa y, entre ellas, un 17% lo hace por cuenta propia. Un 24% de ellas no tiene ningún seguro y en general hacen un fuerte uso del aseguramiento familiar y por el Estado. Dentro de los asegurados directos, las mujeres acuden con mayor frecuencia al seguro independiente.

Lo anterior es significativo, ya que alrededor del 50% de la población económicamente activa (PEA) femenina se encuentra, precisamente, en establecimientos de 1 a 4 personas, es decir pequeñas empresas. El grupo más vulnerable resulta ser el conformado por las que están sufriendo de desempleo abierto, pues el 45% se encuentra sin acceso alguno.

Las inactivas están conformadas por dos grupos: las estudiantes y las que se encuentran administrando el hogar, cuya forma básica de acceso es por la vía familiar. Este grupo representa la mitad de las mujeres de 12 años o más y el 73% de las no remuneradas. El resto de las mujeres inactivas, que representan el 5% de las mujeres en edad productiva, se encuentran en un 56% aseguradas por el Estado, con lo que parecen conformar un grupo de pobreza.<sup>28</sup>

Retomando la cobertura total de los tres tipos de seguros durante el último decenio, el panorama general es de estabilidad en el acceso. Esto significa que los sectores relegados en el 2000, estaban en esa situación en 1990 y no se percibe ninguna tendencia hacia el cierre de las brechas por tipo de inserción. Con ello nos encontramos que las personas asalariadas de las microempresas, del servicio doméstico, por cuenta propia y desempleados visibles siguen en una posición de rezago en el acceso con relación al resto de las personas de 12 o más años de edad.<sup>29</sup> (Cuadro 3).

En relación con las condiciones de aseguramiento de migrantes nicaragüenses, 8 de cada 10 no asegurados son mujeres económicamente inactivas, niños menores de 12 años, desocupados, ocupados en el sector informal no agrícola, sector tradicional agrícola y el servicio doméstico en el que predominan las mujeres.<sup>30</sup>

En resumen, para las mujeres existe una sumatoria de procesos desfavorables para la salud, la pobreza de los hogares con jefatura femenina aunada a su baja escolaridad, salarios más bajos por igual trabajo que los varones, predominio del trabajo en pequeñas empresas, niveles más altos de desempleo y subempleo. Adicionalmente, predomina el aseguramiento familiar y bajas coberturas para las no remuneradas, las que trabajan en servicio doméstico, las migrantes.

---

<sup>28</sup> Idem.

<sup>29</sup> Idem.

<sup>30</sup> OPS (2003).

## Cuadro 2

Costa Rica: Evolución de la cobertura contributiva de los seguros de salud (SEM)<sup>al</sup> y de pensiones (SIVM)<sup>bl</sup> de la CCSS, según sexo y forma de inserción, 1990 – 1995 - 2000  
(Asegurados directos o contributivos como porcentaje de la población ocupada según la Encuesta de Hogares del INEC)

Forma de inserción al mercado de trabajo	Mujeres – Seguro de salud			Hombres – Seguro de Salud			Mujeres – Seguro de pensiones			Hombres – Seguro de pensiones		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000	1990	1995	2000
<b>Datos de empleo sin ajustar</b>												
Todos los ocupados	77	80	81	69	75	78	49	52	57	49	52	59
Asalariados	77	79	76	76	78	79	62	67	65	72	72	75
Sector privado	65	72	67	72	74	75	64	70	66	71	73	75
Empresa privada	85	89	86	72	74	75	83	87	85	71	73	75
Servicio doméstico	11	11	10	66	48	35	11	11	10	66	48	34
Sector público	106	100	101	92	98	97	57	57	60	77	66	78
No asalariados	77	81	97	55	67	76	3	5	33	3	5	25
<b>Datos de empleo con ajuste censal<sup>2</sup></b>												
Todos los ocupados	67	70	70	64	69	72	43	45	50	46	48	55
Asalariados	67	69	66	70	72	73	54	58	57	67	67	69
Sector privado	57	63	59	66	68	69	56	61	58	65	68	69
Empresa privada	74	78	75	66	68	70	72	76	75	65	68	69
Servicio doméstico	10	10	9	61	44	32	10	10	9	61	44	32
Sector público	93	87	88	85	90	89	50	50	52	71	61	72
No asalariados	67	71	84	50	62	70	3	5	29	3	4	23

<sup>1</sup> Incluye patronos, trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados

<sup>2</sup> Ajustando estimaciones de la Encuesta de Hogares para hacer coincidir estimaciones de población y distribución por zonas a los resultados censales

<sup>al</sup> Seguro por enfermedad y maternidad

<sup>bl</sup> Seguro por invalidez, vejez y muerte

**Nota aclaratoria:** El cuadro 2 muestra datos sin ajustar y ajustados. En algunos casos, cuando se trata de datos sin ajustar, el porcentaje excede a 100%, es porque se basan en población estimada. Por otro lado, los datos ajustados se basan en la población real y por ello siempre son inferiores a 100.

### Cuadro 3

#### Costa Rica: Cobertura contributiva aparente de los seguros sociales, según sexo y forma de inserción en el mercado de trabajo, 2000

(Asegurados directos o contributivos como porcentaje de la población ocupada según la Encuesta de Hogares del INEC)  
datos porcentuales

Forma de inserción al mercado de trabajo	Cobertura aparente del SEM <sup>a/</sup>			Cobertura aparente del SIMM <sup>b/</sup>			Cobertura aparente del SRT <sup>c/</sup>		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>Datos de empleo sin ajustar</b>									
Todos los ocupados	79	78	81	59	59	57	56	55	58
Asalariados	78	79	76	72	75	65	79	81	76
Sector privado	73	75	67	72	75	66	76	79	69
Empresa privada	78	75	86	78	75	85	83	80	91
Servicio doméstico	11	35	10	11	34	10	4	13	4
Sector público	99	97	101	70	78	60	93	91	95
No asalariados <sup>1</sup>	81	76	97	27	25	33	0	0	0
<b>Datos de empleo con ajuste censal <sup>2</sup></b>									
Todos los ocupados	71	72	70	53	55	50	51	51	51
Asalariados	70	73	66	65	69	57	72	75	66
Sector privado	66	69	59	65	69	58	69	73	61
Empresa privada	71	70	75	71	69	74	75	74	80
Servicio doméstico	10	32	9	10	32	9	4	12	3
Sector público	89	89	88	63	72	52	83	84	83
No asalariados	74	70	84	24	23	28	0	0	0

<sup>1</sup> Incluye patronos, trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados

<sup>2</sup> Ajustando estimaciones de la Encuesta de Hogares para hacer coincidir estimaciones de población y distribución por zonas a los resultados censales

<sup>a/</sup> Seguro por enfermedad y maternidad

<sup>b/</sup> Seguro por invalidez, vejez y muerte

<sup>c/</sup> Seguro por riesgos de trabajo

## II. La salud de las mujeres por grupos de edad

Los datos que se ofrecen a continuación provienen del Departamento de Estadística de los servicios de salud de la CCSS.<sup>31</sup> Las fuentes son el registro nacional de defunciones, el registro continuo de los egresos hospitalarios de la CCSS, las encuestas periódicas que realizó la CCSS para conocer las características de las personas que acuden a los servicios de

<sup>31</sup> CCSS (2003).

Consulta Externa y a los servicios de Urgencias y la Unidad de Estadística del Ministerio de Salud. Cabe anotar que la información reportada es la más reciente que se pudo ubicar y que no se cuenta con datos del sector privado.

En correspondencia con lo anterior los datos presentados en esta sección corresponden al 2002 para la Consulta Externa. Para egresos hospitalarios, atenciones de urgencias y mortalidad al 2001.<sup>32</sup>

Con respecto a la salud de las nicaragüenses, es poca la información existente. Se sabe que demandan atención en porcentaje menor que su representación en la población nacional, lo cual indicaría una tendencia a usar menos los servicios de salud. Para las mujeres, las causas más frecuentes de búsqueda de atención son gineco-obstétricas, consultas generales, controles prenatales; acuden a EBAIS con más frecuencia que los nicaragüenses.<sup>33</sup>

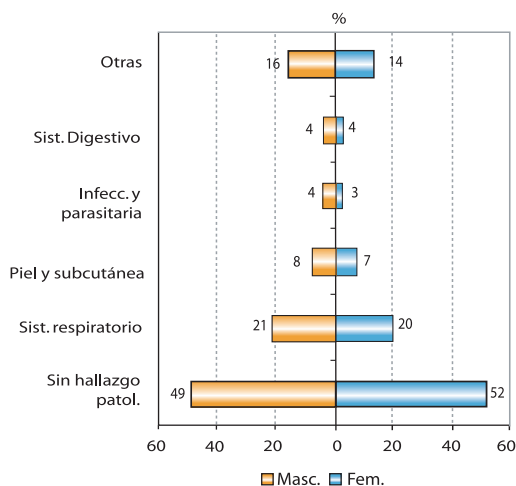
## 1. Población menor de un año

La población menor de un año consumió el 5% del total de consultas externas y atenciones de urgencia en los años 2002 y 2001 respectivamente.

Las mujeres recibieron 47, 43 y 44% de las atenciones de consulta externa, urgencias y egresos, proporción menor a la de los varones. La distribución de las atenciones por grandes grupos de causas puede verse en los gráficos a continuación.

**Gráfico 1**

**Menores de un año: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2001**



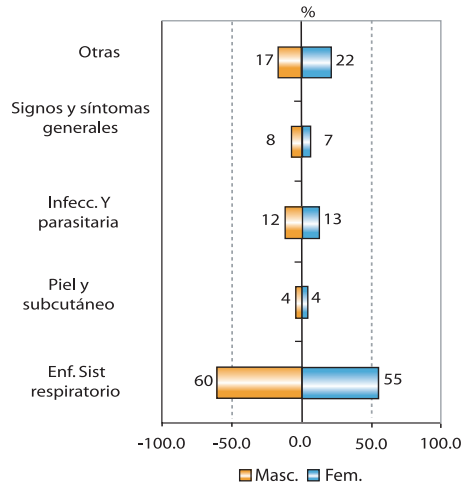
Elaboración a partir de datos de CCSS (2003). Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo. Costa Rica 1987, 1992, 1997 y 2002. Serie Estadísticas de la Salud. No. 8C. Noviembre 2003.

<sup>32</sup> Idem.

<sup>33</sup> OPS (2003).

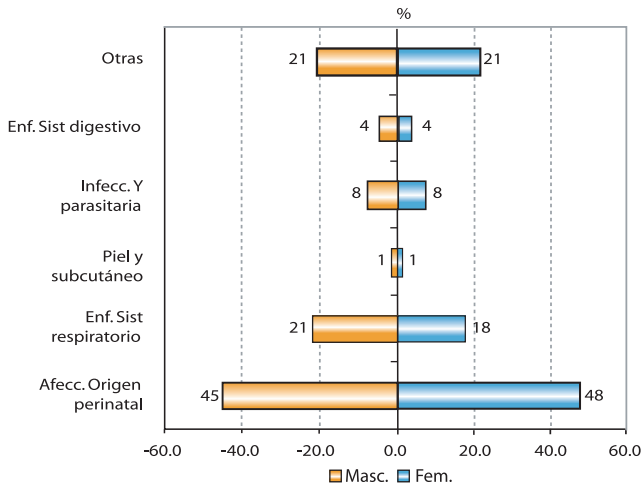
**Gráfico 2**

**Menores de un año: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001**



**Gráfico 3**

**Menores de un año: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

En consulta externa, la causa más frecuente sigue siendo el control de salud sin patología, el control del niño sano ha venido mostrando un avance continuo para ambos sexos, pasando del 23% en 1997 al 50% del total de consultas para este grupo de edad en el 2002. El avance en controles de salud está en relación con el cumplimiento de metas acordado en los compromisos de gestión.

Las afecciones del sistema respiratorio ocupan el primer lugar en consultas externas y en urgencias y el segundo lugar en egresos. En egresos el primer lugar, casi el 50%, lo ocupan las afecciones del periodo perinatal, entre ellas las "otras afecciones" y la ictericia del recién nacido.

Respecto a las atenciones de urgencia que brinda la CCSS, más del 35% de ellas en este grupo de edad se deben a las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. Se observa un aumento en el peso relativo de la diarrea de las enfermedades de las vías respiratorias inferiores y del estado asmático en ambos sexos.

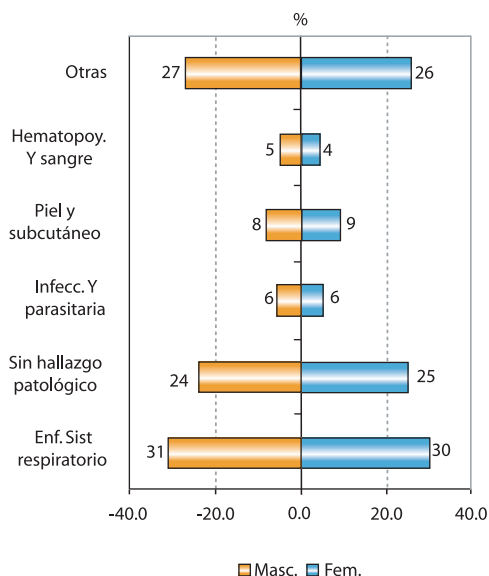
## 2. Población de 1 a 4 años

En este grupo de edad, las mujeres recibieron 48, 46 y 42% de las atenciones de consulta externa, urgencias y egresos, proporción más baja que la recibida por los varones.

La distribución de las atenciones por grandes grupos de causas puede verse en los gráficos a continuación.

**Gráfico 4**

**1 a 4 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002**

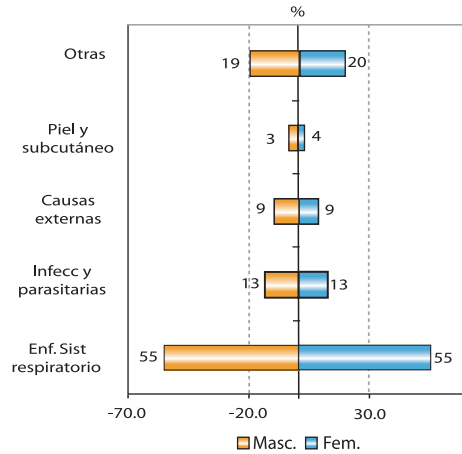


Elaboración a partir de datos de CCSS (2003). Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo. Costa Rica 1987, 1992, 1997 y 2002. Serie Estadísticas de la Salud. No. 8C. Noviembre 2003.



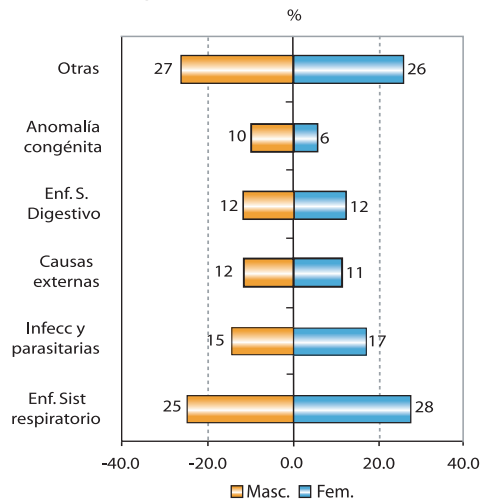
**Gráfico 5**

**1 a 4 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001**



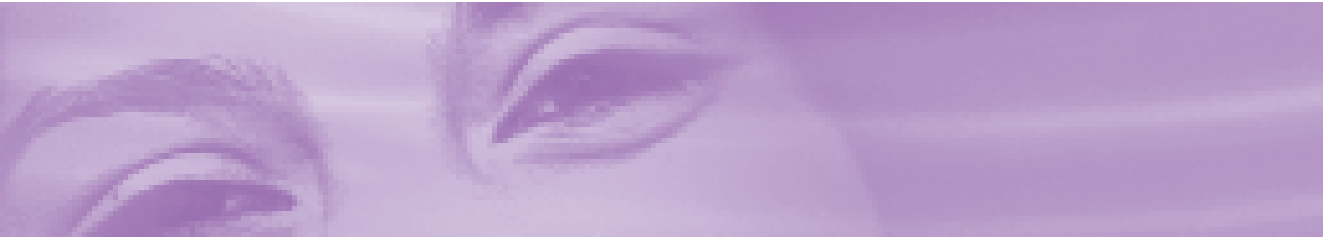
**Gráfico 6**

**1 a 4 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

Para ambos sexos las enfermedades del sistema respiratorio fueron la causa más frecuente de consulta externa, atenciones de urgencia y egresos.



En consulta externa, el segundo lugar lo ocupan “piel y subcutáneo”, especialmente las afecciones inflamatorias.

En atenciones de urgencia y egresos, el segundo lugar lo ocupan las “infecciosas y parasitarias”, especialmente las infecciones intestinales. En urgencias, destaca que el estado asmático aumentó a 5,1% como motivo de consulta .

En este grupo, las lesiones por causas externas ocupan el tercer lugar en atenciones de urgencias y egresos para ambos sexos.

La aparición de causas externas como origen de la consulta externa, las atenciones de urgencia y los egresos se relaciona con la mayor actividad de este grupo de edad, además de la disminución de la contribución de las causas infecciosas y parasitarias.

## **Mortalidad**

En el 2001 la tasa de mortalidad por cien mil de las mujeres de 1 a 4 fue menor que para los varones, 51,24 y 53,66 respectivamente.

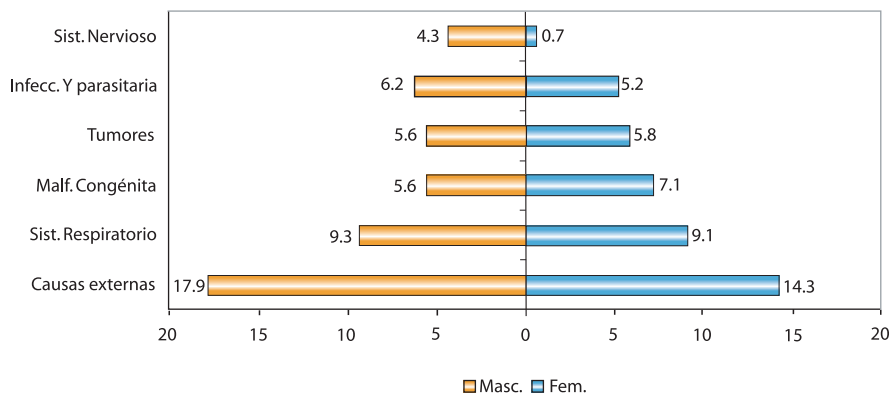
Para ambos sexos, la primera causa de muerte fueron las Causas Externas, ocupando el primer lugar las defunciones por ahogamiento y sumersión accidental, con una tasa más baja para las niñas que para ellos (5,84 y 8,02 respectivamente). En este grupo se registra mortalidad por homicidio, pero sólo para las mujeres con 0,65 por 100.000, por el momento no se han determinado las causas.

En segundo lugar aparece el grupo Sistema Respiratorio, con las defunciones por neumonía y bronconeumonía y en el tercero las Infecciosas y Parasitarias, especialmente infecciones intestinales. Aunque estas se mantienen dentro de las primeras causas de mortalidad para ambos sexos, es notable la reducción respecto a años previos.

La mortalidad por algunas enfermedades prevenibles por inmunizaciones como la tuberculosis, la difteria, tos ferina, tétanos y poliomielitis dejan de aparecer como causa de muerte para ambos sexos a partir de los datos que la CCSS publica para 1972 y subsecuentes. La difteria y polio no existen desde 1974, el sarampión deja de aparecer a partir de 1997.

**Gráfico 7**

**1 a 4 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

### 3. Población de 5 a 9 años

Las mujeres recibieron 48, 46 y 41 por ciento de las atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalizaciones, respectivamente, proporción menor que la de los varones.

El total de consultas externas para este grupo de edad ha venido aumentando de 471.750 para ambos sexos en 1987 a 639.895 en el 2002.

Las consultas externas, atenciones de urgencia y egresos tienen como primer grupo de causas a las afecciones del sistema respiratorio que explican casi el 30%, 50% y 20% respectivamente, con valores similares para ambos sexos. En este grupo de causas, el subgrupo más frecuente fue "otras afecciones agudas de las vías respiratorias superiores"

Existe una tendencia al aumento en el porcentaje de consultas por tumores, sobre todo para los varones. También aumentó el porcentaje en el grupo "endocrinas y metabólicas", específicamente tiroides y deficiencias de la nutrición en mujeres; diabetes mellitus y obesidad / hiperalimentación en varones. Por otra parte se observa una disminución de consultas por anemia y por enfermedades infecciosas y parasitarias. Se registran, casos de sífilis y venéreas para las niñas en 1997 y en 2002 (0,02% y 0,09% respectivamente) y a partir de los datos de 1997 aparecen casos de SIDA para ambos sexos.

En urgencias, las Causas Externas están en segundo lugar, la más frecuente es el trauma de la cabeza. En las mujeres, aparece el embarazo, parto y puerperio como causa de atenciones

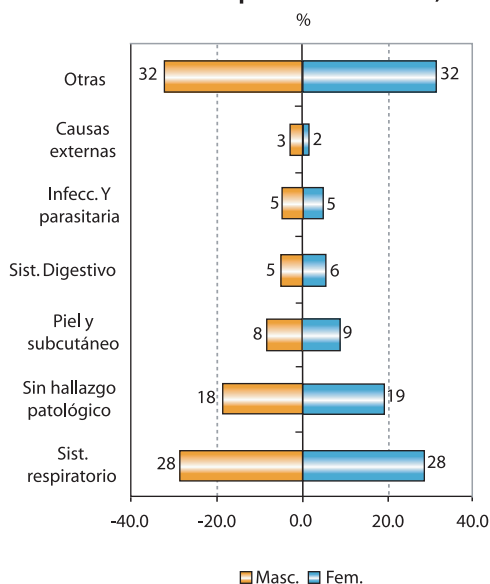
de urgencia con un 0,07% de atenciones en 2001, posiblemente en relación con abuso sexual.

En egresos, las del Sistema Digestivo ocupan el segundo lugar y representaron el 14,5% para las niñas y 16,9% para ellos en el 2001, la causa más frecuente fue la apendicitis. El tercer lugar lo ocupan las Causas Externas, siendo más frecuentes las fracturas. El síndrome del niño maltratado representa siempre un porcentaje mayor en hospitalizaciones de niñas que de niños, con 0,85% y 0,31% respectivamente, como indicio de la situación de desventaja de las mujeres.

Entre las enfermedades infecciosas y parasitarias destaca la reducción de la meningitis como causa de hospitalización para ambos sexos, pasando de 4,8% para las niñas y 4,4% para los varones y en 1987, a representar 0,3% y 0,4% respectivamente en 2001. Se registran casos de SIDA en ambos sexos en el 2001, por dilucidarse en qué medida traduce la trasmisión prenatal.

**Gráfico 8**

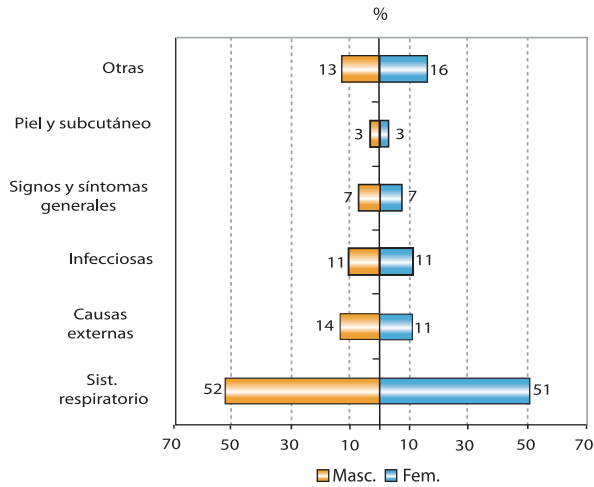
**5 a 9 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002**



Elaboración a partir de datos de CCSS (2003). Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo. Costa Rica 1987, 1992, 1997 y 2002. Serie Estadísticas de la Salud.

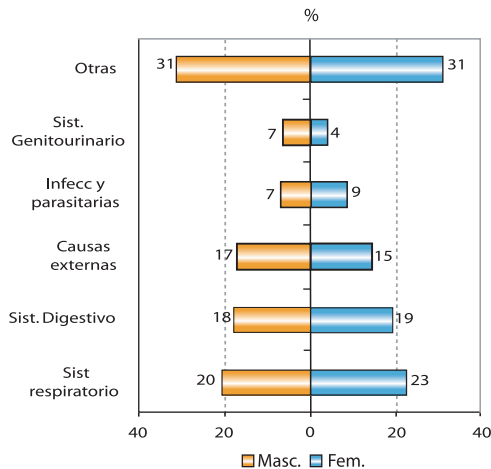
**Gráfico 9**

**5 a 9 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001**



**Gráfico 10**

**5 a 9 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

Cabe señalar la presencia de consultas por casos de infecciones de transmisión sexual y SIDA en éste grupo de edad. Este dato evidencia la necesidad de establecer la magnitud del abuso sexual, los factores asociados y definir intervenciones eficaces para su control, dadas sus consecuencias en términos sociales y de salud.

Aunque el abuso sexual es un problema que afecta a ambos sexos, es de destacar que no sólo es más frecuente en niñas, por su condición de subordinación, sino que ellas además están expuestas al riesgo de embarazo no deseado y sus consecuencias sociales, económicas y educativas, como lo evidencia el dato que embarazo, parto y puerperio ya aparece como causa de egreso.

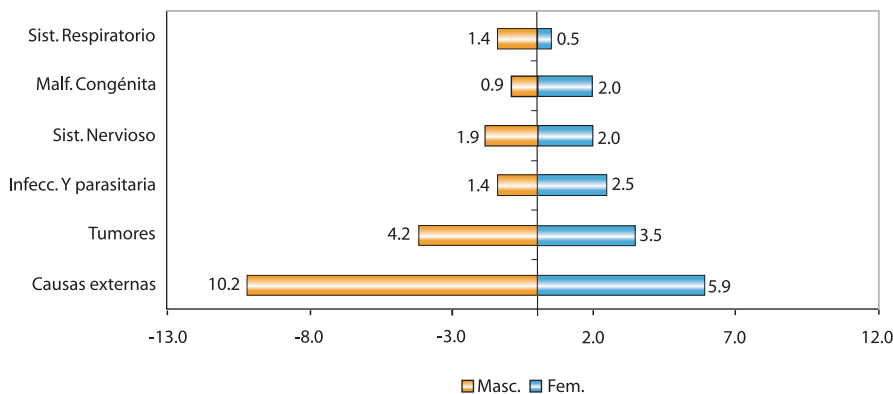
## Mortalidad

La tasa de mortalidad para este grupo de edad es la más baja, para las mujeres 18,2 y para los varones fue 22,3 por 100.000.

Las causas externas ocupan el primer lugar. Entre estas destacan el atropello de vehículo de motor, el ahogamiento y la sumersión accidental para ambos sexos, todos son menos frecuentes en las mujeres.

**Gráfico 11**

**5 a 9 años: Tasa de mortalidad por 100,000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

## 4. Población de 10 a 14 años

Las mujeres recibieron 50, 46 y 46% de las consultas externas, atenciones de urgencia y hospitalizaciones en los años reportados.

En consulta externa, el grupo de causas que predomina son las del Sistema Respiratorio, en particular "otras afecciones del aparato respiratorio". Las consultas sin enfermedad son más frecuentes en las niñas que en los varones. Las enfermedades de la piel ocupan el tercer

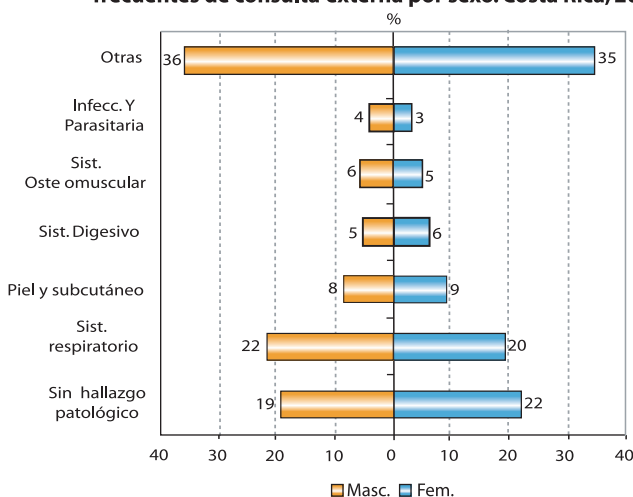
lugar representando 8,4% para los varones y 9,2% para las niñas. Para las mujeres los trastornos del sistema digestivo se sitúan a continuación con 6,2% del total de consultas, y el 5,2% de las consultas de los varones.

En atenciones de urgencia, predominan las del Sistema Respiratorio, las más frecuentes son las afecciones agudas de las vías respiratorias superiores". En segundo lugar están las Causas Externas, con 24,0% para los varones y 14,2% para las niñas. El embarazo, parto y puerperio representa 1,46% de atenciones a las niñas.

Para las niñas la principal causa de hospitalizaciones fueron las del Sistema Digestivo, especialmente apendicitis. El embarazo, el parto y el puerperio aparecen en segundo lugar con 16,5% en 2001; lo más frecuente fue el parto normal con 4,3% seguido del aborto con 1,4%. En tercer lugar están las Causas Externas, con 10,5% para las mujeres, menos frecuente que para los varones para quienes representa 21,1%.

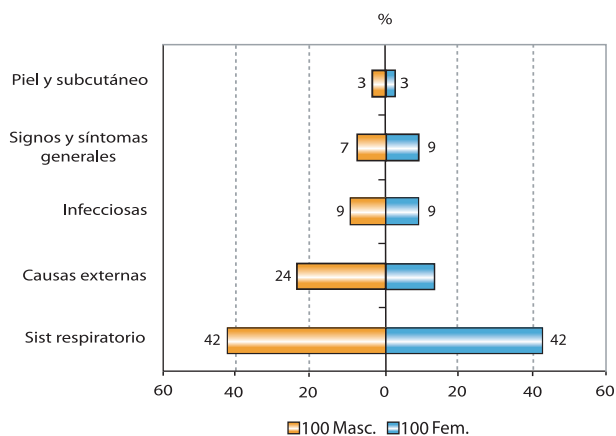
En cuanto a las enfermedades del Sistema Genitourinario, los trastornos de la mama representan un porcentaje más alto para los varones que para las niñas, como parte del crecimiento y desarrollo correspondiente a esta edad, pues la ginecomastia es un motivo frecuente de consulta.

**Gráfico 12**  
**10 a 14 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002**

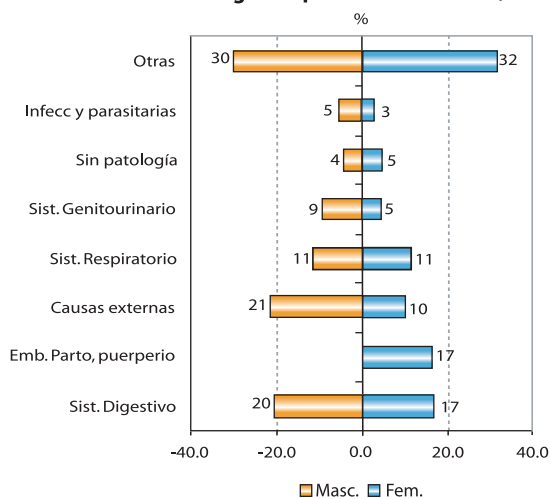


Elaboración a partir de datos de CCSS (2003). Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo. Costa Rica 1987, 1992, 1997 y 2002. Serie Estadísticas de la Salud. No. 8C. Noviembre 2003.

**Gráfico 13**  
**10 a 14 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001**



**Gráfico 14**  
**10 a 14 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.



## Mortalidad

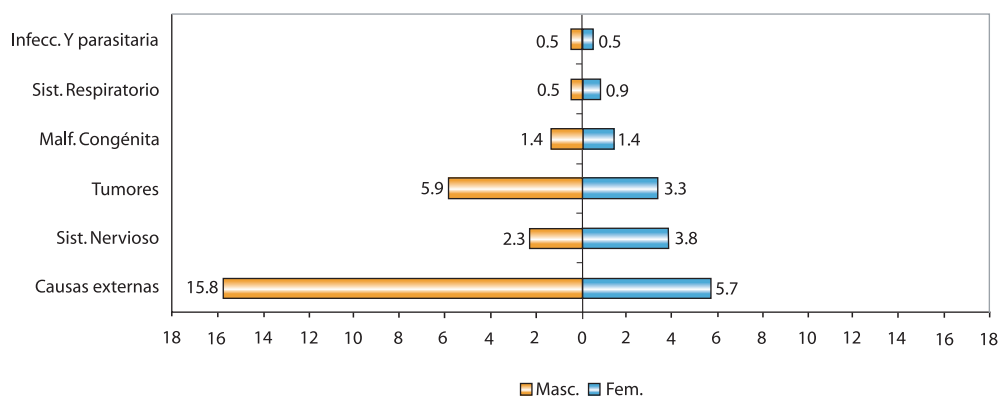
En cuanto a la mortalidad, la tasa es notoriamente más baja para las mujeres (19,1) que para los varones (29,3 por cien mil).

Las causas externas se presentan como las de más alta mortalidad para este grupo, para las mujeres es 5,7 por 100.000 en 2001, notoriamente más baja que la de los hombres que llegó a 15,8. Entre estas causas, los "otros accidentes con vehículo de motor" fue la causa más frecuente para las mujeres. No existe información si las mujeres fallecidas en los accidentes eran conductoras o pasajeras del vehículo.

Además, para los varones resultaron significativos los atropellos con vehículo de motor y el ahogamiento y sumersión accidental. La tasa de suicidios es 0,5 para las mujeres y 1,8 para los varones, mientras que sólo las mujeres fueron víctimas de homicidios, con una tasa de 0,5 por cien mil. La mortalidad femenina frecuentemente está asociada a violencia intra familiar y el agresor pertenece al entorno familiar.

**Gráfico 15**

**10 a 14 años: Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

La presencia de causas externas y suicidio como demanda de atención de los varones está reflejando la influencia de las condiciones sociales de las mujeres que privilegia la pasividad de la mujer y su dependencia al varón y en ellos las manifestaciones agresivas, respuestas que pueden contribuir al fenómeno de la violencia como problema social.

En todos los grupos vistos hasta el momento, menores de un año, 1 a 4, 5 a 9 y 10 a 14, de manera consistente hay una menor demanda de consultas externas, atenciones de urgencia y hospitalizaciones para las mujeres.

## 5. Población de 15 a 19 años

A partir de este grupo de edad se registra un mayor consumo de servicios por parte de las mujeres en todas las áreas de atención: urgencias, consulta externa y hospitalización, con 75, 61 y 84% de las atenciones. El motivo más importante está relacionado con la función reproductora, el embarazo, parto y puerperio es el que demanda más atenciones de salud en las mujeres.

La primera causa de consulta externa es "sin hallazgo patológico" \* que en el caso de las mujeres alcanza 40,9%, mientras que para los varones representa 16,2%.

Para las mujeres los padecimientos del sistema genitourinario ocupan el segundo lugar como causa de las consultas (11%), nuevamente en mayor porcentaje que en los hombres (3,1%).

Las enfermedades respiratorias representan también una proporción importante (9,3%) para ellas y 18,4% para los varones.

Las enfermedades de la piel y tejido subcutáneo significaron el 6,2% de la consulta de las mujeres y 12,5% de la de los varones. Le siguen en importancia los trastornos del aparato digestivo, especialmente la gastritis y la duodenitis, más frecuentes en las mujeres.

Las causas externas son más frecuentes en los varones, alcanzando el 5,0% y 1,0 en las mujeres. Los trastornos mentales ocupan un lugar importante como causa de consulta, 3,5% para ellas y 5,2% para ellos.

En cuanto a las atenciones de urgencia, las causas relacionadas con el Sistema Respiratorio ocupan el primer lugar, especialmente las "infecciones agudas de las vías respiratorias superiores". El embarazo, parto y puerperio ocupan el segundo lugar al representar el 16,6%, entre estas el embarazo normal produjo 5,4%. En tercer lugar se sitúan las Causas Externas, menos frecuentes en las mujeres (7,5%) y representaron el 28,8% para los varones.

Las jóvenes se ven afectadas también por enfermedades del sistema digestivo, con 7,1% para las mujeres en contraste con 4,0% de los hombres. Así también las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon en 2001 el 6,9% de las atenciones a mujeres y 7,9% de las de los varones.

En cuanto a las hospitalizaciones el número que corresponde a mujeres es en mucho superior al de los varones. Para el 2002 se contabilizaron 24.638 egresos hospitalarios de mujeres y 4.864 de hombres.

La población de este grupo de edad se hospitaliza poco, sin embargo, la causa más importante para las mujeres está relacionada con el embarazo parto y puerperio, con 79% de los egresos de las mujeres. El parto normal se ha venido reduciendo como causa de

---

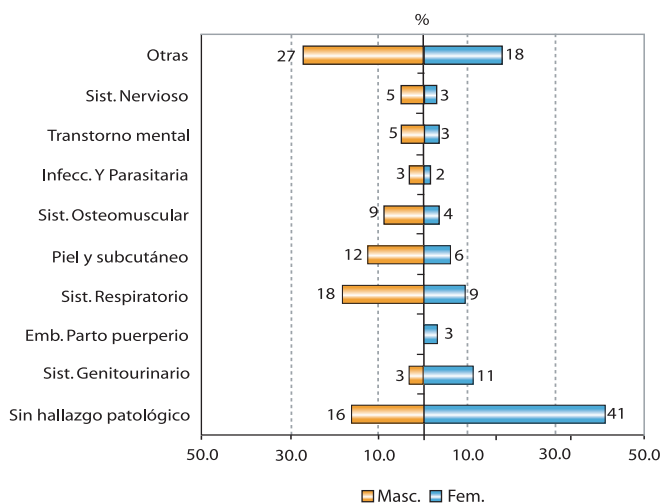
\* Nota aclaratoria: "sin hallazgo patológico" (terminología usada por la CCSS), entiéndase por sin enfermedad

hospitalizaciones y ocupó 22,3%, seguido de traumatismo obstétrico (11,3%), amenaza de parto prematuro (7,2%), aborto (5,9%) y otras.

Para las mujeres la segunda causa de hospitalización son las enfermedades del sistema digestivo (especialmente apendicitis). Las lesiones por causas externas para las mujeres constituyeron sólo 1,9% de los egresos, mientras que para los varones alcanzaron el 25,2%, con predominio de las fracturas.

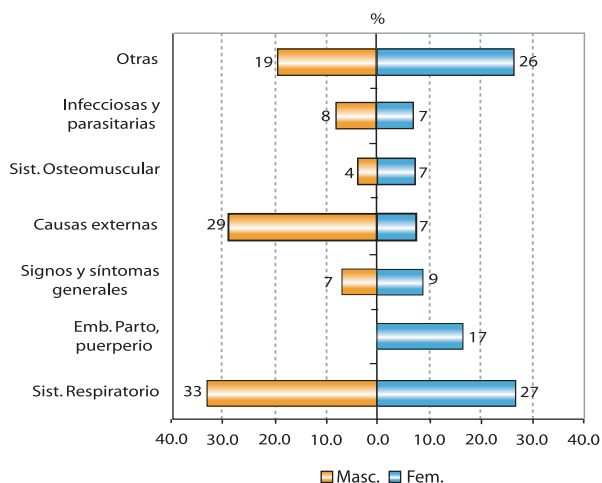
**Gráfico 16**

**15 a 19 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo, Costa Rica 2002**



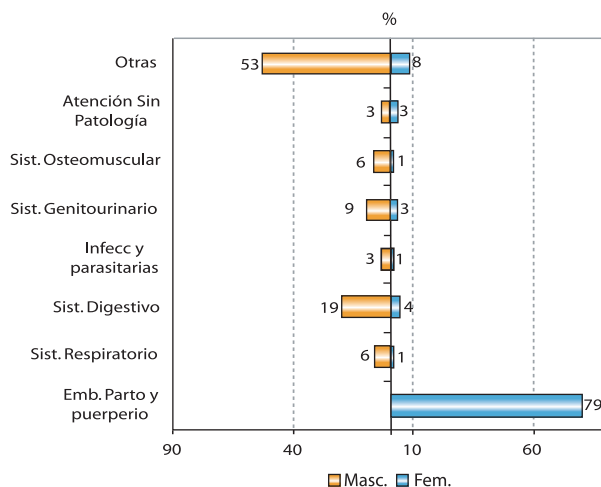
**Gráfico 17**

**15 a 19 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo Costa Rica 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

**Gráfico 18**  
**15 a 19 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

El aumento en el número y proporción de embarazos en este grupo en el 2003, está en relación con el inicio de las relaciones sexuales, que dependiendo de la protección anticonceptiva, pueden exponer al riesgo de embarazo no deseado, de infecciones de transmisión sexual, de VIH / SIDA.

La sexualidad es uno de los temas alrededor de los cuales las sociedades han construido un conjunto de tabúes y estereotipos, que provocan serias dificultades para que el tema no sea tratado con facilidad en distintos escenarios, como la familia y la escuela. La sexualidad tiene un importante papel en el establecimiento de relaciones interpersonales e íntimas con amigas / os, novios /as, esposos /as, así como también la relación que se establece con uno /a mismo /a. La sexualidad se construye, vive y experimenta de manera distinta si se es hombre o mujer, niña /o, adolescente, persona adulta mayor, o bien, persona con alguna disminución de sus capacidades físicas o mentales<sup>34</sup>.

## Mortalidad

La mortalidad en este grupo de edad es baja para ambos sexos y ha venido disminuyendo hasta alcanzar 35,9 por 100.000 para las mujeres y 73,6 para los varones en el 2001.

Las causas externas constituyen la principal causa de mortalidad para ambos sexos en este grupo de edad con una tasa de 8,5 por 100.000 para las mujeres, muy por debajo de la de los varones que fue de 50,3. Entre estas, las principales causas para las mujeres fueron el

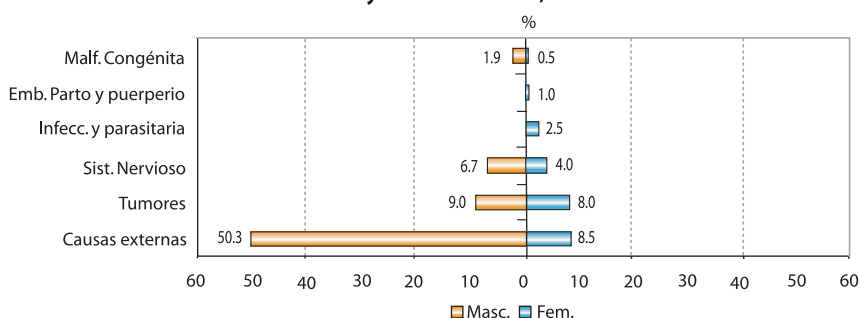
<sup>1</sup> Mabel Burin (1999), citada por Rojas, A. (s.f.). Sobre la salud sexual y salud reproductiva. Área gestión de políticas públicas para la equidad del Instituto Nacional de las Mujeres. San José.

suicidio con una tasa de 3 por 100.000 (5,7 para los varones) y el homicidio con una tasa de 2,5 para las mujeres y 9,0 para los varones.

La mortalidad de las jóvenes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se ha reducido significativamente, pasando de 7,76 en 1972 a 1,00 en 2001.

**Gráfico 19**

**15 a 19 años. Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

## 6. Población de 20 a 44 años

Las mujeres de este grupo de edad recibieron el 75, 61 y 83% de las consultas externas, atenciones de urgencia y hospitalizaciones.

En consulta externa, el primer lugar para las mujeres, lo ocupa “sin enfermedad”, con 32,8%. Este dato se interpreta como apariencia de salud, posiblemente está en relación con controles que se han incrementado como producto del fortalecimiento del primer nivel de atención<sup>35</sup>.

En segundo lugar, las enfermedades del Sistema Genitourinario representaron 14% para las mujeres lo que implicó una gran diferencia con los hombres para quienes esta causa significó el 4,9% de las consultas. Entre ellas la inflamación del útero, vagina y vulva (3%), los trastornos menstruales (3,3%) y las enfermedades genitales (3,2%) fueron las más importantes.

En tercer lugar, las enfermedades respiratorias fueron causa del 8,2% de las consultas de las mujeres y 15,1% de las de los hombres. Las del sistema osteomuscular y del sistema

<sup>35</sup> CCSS 2003.

digestivo representaron el 6,4% y 6,3% respectivamente para las mujeres y para los hombres representaron el 14,2% y 9,3%.

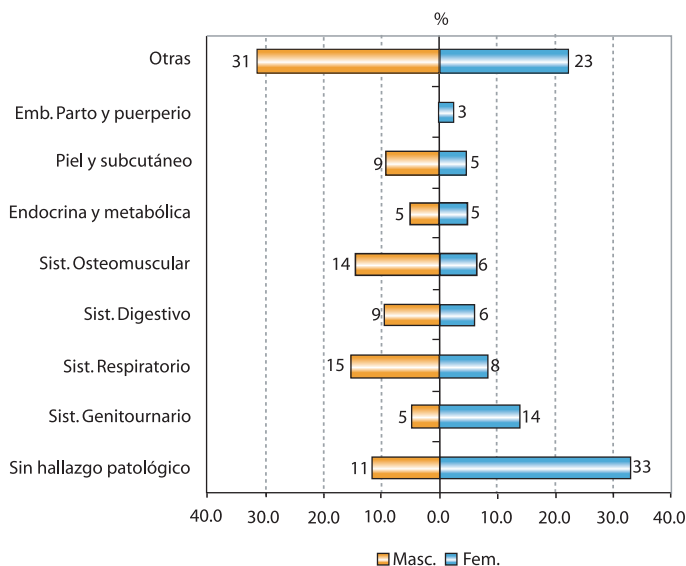
El embarazo, parto y puerperio fue la segunda causa de atenciones de urgencia en las mujeres con 13,9% del total. El embarazo normal ocupó el primer lugar con el 4,3% y el aborto pasó a representar el 0,42% en 2001.

En relación con los egresos de las mujeres, éstos han disminuido, al descender la fecundidad, lo que redujo el número de partos. En el año 2001 significó el 63,3% del total de egresos para las mujeres, lo que implica que sólo por esta causa el número de hospitalizaciones de mujeres triplicó el total de las de los varones.

Las causas externas representaron para las mujeres el 1,7% y para los varones el 21,5% de los egresos hospitalarios, lo que significó 2,5 hombres por cada mujer. Las fracturas sumadas a heridas y traumatismos internos e intracraneales representaron 0,6% de las hospitalizaciones para las mujeres, mientras que para los hombres esas tres causas sumadas representaron el 15,2%.

**Gráfico 20**

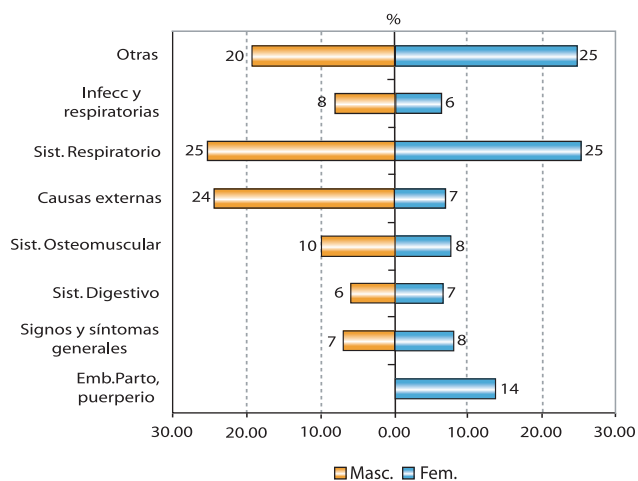
**20 a 44 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002**



Elaboración a partir de datos de 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.

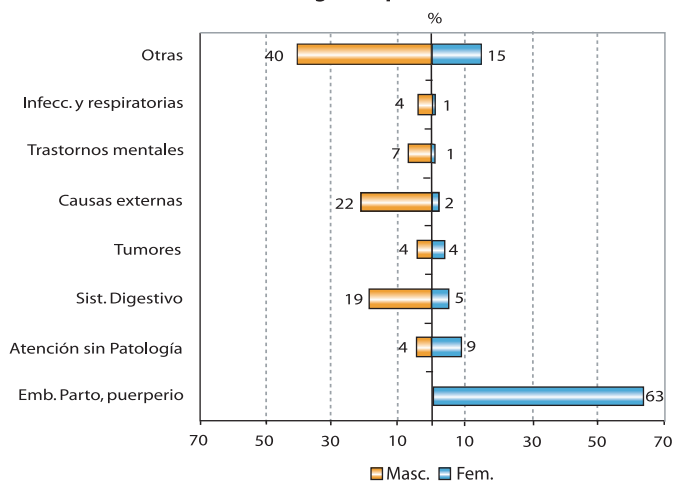
**Gráfico 21**

**20 a 44 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001**



**Gráfico 22**

**20 a 44 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

## Mortalidad

En cuanto a la mortalidad de las mujeres de este grupo de edad, las causas principales son los tumores con una tasa de 23,5 por 100.000. El cáncer de mama alcanzó una tasa de 3,8 seguido

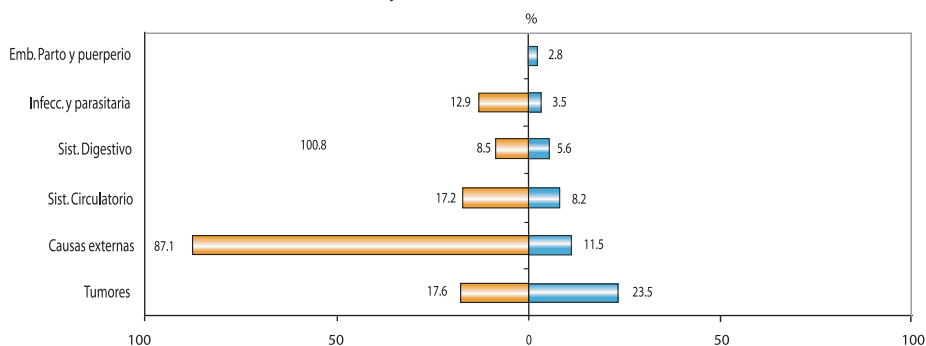
por el cáncer de cuello uterino con 3,7, el cáncer gástrico con 2,8 y la leucemia con 2,5. Para los hombres los tumores representaron el segundo grupo de causas de mortalidad con una tasa de 17,6, las tasas más elevadas la tienen leucemia (2,7) y el cáncer gástrico (2,62).

Las causas externas representan la segunda gran causa de mortalidad entre las mujeres de este grupo con una tasa de 11,5, muy por debajo de la correspondiente a los hombres que fue 89,4. Para las mujeres los accidentes con vehículos de motor alcanzaron una tasa de 5,1 mientras que para ellos fue 36,9. La mortalidad por colisión de vehículos ha experimentado un importante descenso, en particular para los varones que son los más afectados.

Los suicidios, en 2001 alcanzaron una tasa de 2,2 para las mujeres y 12,2 para los varones. De manera similar los homicidios alcanzaron una tasa de 2,0 para las mujeres, mientras que la tasa fue de 17,7 para los varones.

La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en 2001 alcanzó una tasa de 8,2 para las mujeres y de 17,2 para los hombres. Para las mujeres, la enfermedad cerebro vascular fue la más importante como causa de mortalidad con una tasa de 2,4, mientras que para los hombres fue 2,7. El infarto alcanzó para las mujeres una tasa de 1,7 por 100.000, mientras que para los hombres alcanzó una tasa de 4,7. La enfermedad hipertensiva tuvo una tasa de mortalidad para las mujeres de 0,3 y para los varones de 2,1.

**Gráfico 23**  
**20 a 44 años. Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001**

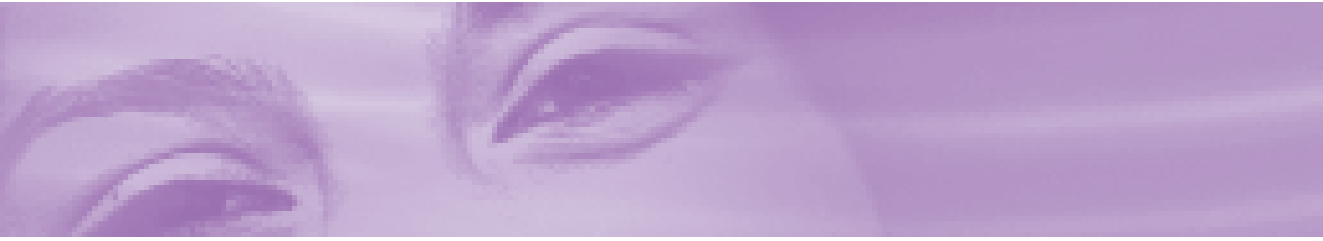


Elaboración a partir de datos de CCSS (2003). Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo. Costa Rica 1987, 1992, 1997 y 2002. Serie Estadísticas de la Salud. No. 8C. Noviembre 2003.

## 7. Población de 45 a 64 años de edad

Las mujeres recibieron 69, 59 y 59 por ciento de las consultas externas, atenciones de urgencia y hospitalizaciones respectivamente.





En el 2002, en la consulta externa las primeras causas fueron las enfermedades del sistema circulatorio y las endocrinas y metabólicas, cada una con el 14,5% para las mujeres, específicamente la hipertensión representó el 11,5%. En el caso de los hombres este grupo de causas representó el 14,0%.

Entre las enfermedades endocrinas y metabólicas destaca la diabetes mellitus, porque sus complicaciones afectan diversos órganos pudiendo producir ceguera, daño renal, cardiopatía, entre otros.

Los datos anteriores dejan ver que en esta población se comienzan a manifestar las consecuencias del estilo de vida y de las condiciones socio económicas sobre la salud.

En tercer lugar se sitúan los padecimientos del sistema osteo muscular, que representaron el 11,1% de las consultas de las mujeres en el 2002, los padecimientos más comunes fueron las artropatías y las dorsopatías con 5,2% y 3,4% respectivamente. Las enfermedades del sistema genitourinario representaron el 9,3% de las consultas de las mujeres, las enfermedades del sistema respiratorio el 7,2% y las del sistema digestivo (gastritis y duodenitis) el 6,3%.

Para las mujeres las causas más frecuentes para acudir a la atención de urgencias son las enfermedades respiratorias con 27,9% de las atenciones. De ellas las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores representaron el 12,5% en 2001, para los hombres también fueron la causa más frecuente, con 22,5%.

Para las mujeres el segundo grupo de causas fueron las enfermedades del Sistema Osteomuscular, con 11,5% y 13,5% para los hombres. Las dorsalgias fueron el problema más frecuente.

En tercer lugar se sitúan las lesiones por Causas Externas las cuales ocuparon el 7,6% de las atenciones a mujeres, mientras que para los hombres representaron el 15,3%.

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 7,5% para las mujeres, la hipertensión esencial representó 5,3%. Para los hombres este grupo significó 5,8%, siendo la hipertensión esencial el 3,6% de la misma. Las enfermedades del Sistema Genitourinario causaron el 6,1% de las atenciones de urgencias de las mujeres en 2001 y el 4,9% de las de hombres.

Entre las atenciones de urgencias destacan las atenciones por enfermedades endocrinas y metabólicas, la diabetes mellitus representó 3,9% de las atenciones para mujeres en 2001. Como principal causa de egresos para las mujeres aparecen las enfermedades del Sistema Genitourinario con 16,9% y 8,4% en los hombres.

Las enfermedades del Sistema Digestivo causaron el 15,0% de las hospitalizaciones de las mujeres, siendo la cisto-colelitiasis la más frecuente con un 7,8%.

Los tumores representaron 14,8% de las mismas, el leiomioma uterino fue el más frecuente con 3,7% de los egresos hospitalarios.

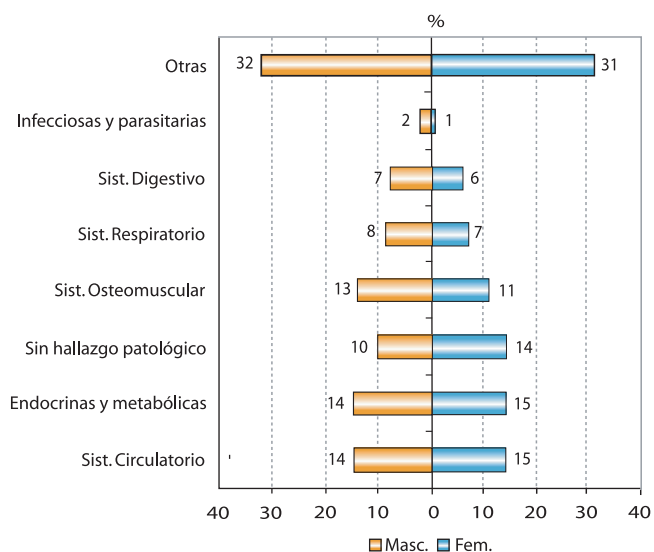
En cuarto lugar para las mujeres se ubican las enfermedades del Sistema Circulatorio (hemorroides, várices, enfermedad del corazón). Para los hombres este grupo ocupó el segundo lugar con el 15,9% del total de hospitalizaciones, correspondiendo a la enfermedad del corazón un 6,4%.

Las hospitalizaciones por enfermedades del sistema respiratorio representaron el 5,8% para las mujeres y las enfermedades endocrinas y metabólicas el 5,1%. Entre estas la diabetes mellitus con 3,5% de los egresos hospitalarios de mujeres de 2001, significó una disminución con respecto a años anteriores, 6,6% en 1987.

Los trastornos mentales ocuparon el 3,1% de los egresos de mujeres y el 4,8% de los de varones con cifras absolutas cercanas entre sí.

**Gráfico 24**

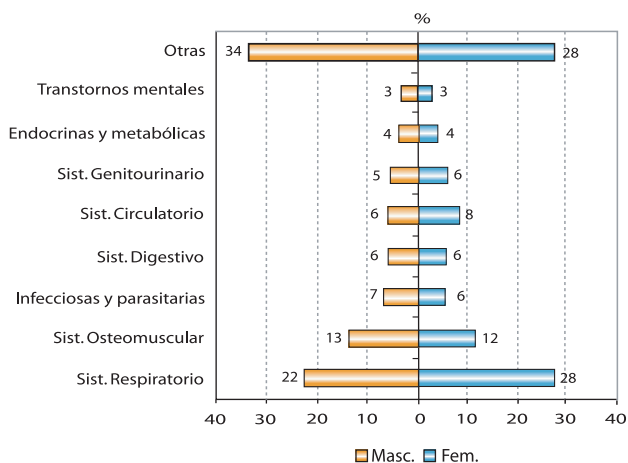
**45 a 64 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002**



Elaboración a partir de datos de 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.

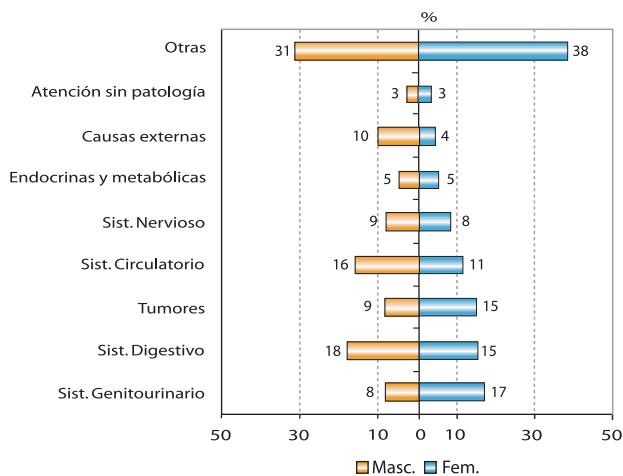
**Gráfico 25**

**45 a 64 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001**



**Gráfico 26**

**45 a 64 años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

## Mortalidad

La mortalidad, al igual que en los grupos de edad anteriormente analizados, mantiene una mayor mortalidad masculina con una razón de 1,5 hombres por cada mujer en el 2001.

Los tumores tienen la más alta tasa de mortalidad para las mujeres de este grupo, siendo 146,20 por 100.000 en el 2001 (144,46 para los hombres). La tasa más alta corresponde al cáncer de mama que en 2001 alcanzó una mortalidad de 26,23, seguido por el cáncer de cuello uterino con una tasa de 22,73 y el cáncer de estómago con una tasa de 18,54. Posteriormente se sitúan el cáncer de colon y recto con una tasa de 9,09 para ese mismo año y el de otros órganos genitales femeninos (8,04). Entre los hombres la tasa de mortalidad por tumores es de 144,46, siendo el cáncer gástrico la causa de mortalidad principal con una tasa de 35,59. Es seguido por el cáncer de tráquea, bronquios y pulmones con una tasa de 12,91 (6,30 para las mujeres), el cáncer de hígado y vías biliares (10,82), el cáncer de próstata (10,12) y el cáncer de colon y recto (8,72).

La mortalidad por enfermedades del sistema digestivo alcanzó en 2001 una tasa de 35,68 para las mujeres, representando aproximadamente la mitad de la de los hombres (70,48). Entre estas la cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado tuvieron tasas de 10,14 y 10,84 respectivamente para las mujeres. Para los hombres estas enfermedades alcanzaron tasas de 26,87 y 18,49 respectivamente.

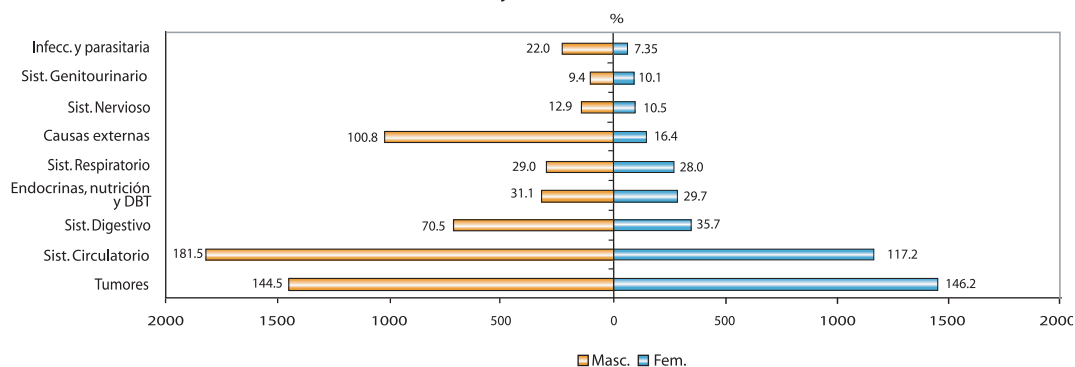
Las enfermedades del sistema respiratorio en el 2001 tuvieron tasas de 27,98 para las mujeres y 28,96 para los hombres. Entre ellas la neumonía y bronconeumonía, así como la obstrucción crónica de las vías respiratorias tuvieron para las mujeres tasas de 7,69.

El quinto lugar en la mortalidad de las mujeres lo ocuparon las enfermedades endocrinas, con una tasa del 29,73 en 2001 (31,06 para los hombres). La diabetes mellitus alcanzó una tasa de mortalidad del 27,28 para las primeras y 30,01 para los segundos en ese año.

Las causas externas alcanzaron para las mujeres en 2001 una tasa de 16,44, mientras que para los hombres esta fue de 100,84. Las principales diferencias se sitúan en otros accidentes con vehículo automotor (24,43 para los hombres y 4,90 para las mujeres), suicidio (15,35 para los hombres y 1,40 para las mujeres), homicidio (14,66 para los hombres y 1,05 para las mujeres) y atropello de vehículo automotor (14,31 para los hombres y 1,40 para las mujeres).

La mortalidad por SIDA alcanzó para los hombres una tasa de 14,67 en 1997 y 12,21 en 2001. Para las mujeres las tasas fueron 2,14 y 1,05 respectivamente.

**Gráfico 27**  
**45 a 64 años. Tasa de mortalidad por 100.000 por causa y sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

## 8. Población de 65 años y más de edad.

En la población de 65 y más años, las mujeres recibieron 58, 54 y 50 por ciento de las consultas externas, atenciones de urgencia y hospitalizaciones.

En consultas externas, en primer lugar aparecen las enfermedades del sistema circulatorio con el 20,2% del total de consultas para las mujeres en 2002 y 19,3% de las de los hombres. Entre estas la principal fue la hipertensión con el 15,8% de las consultas de las mujeres y 13,8% de las de los hombres.

En segundo lugar se ubican las enfermedades endocrinas y metabólicas representando el 17,1% para las mujeres y el 13,2% para los hombres. La diabetes mellitus ocupó el 11,4% de las consultas de las mujeres y el 9,4% de las de los hombres. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema osteomuscular con el 9,8% de las consultas de las mujeres y el 9,0% de las de los hombres.

Fueron también importantes en el 2002 las enfermedades del sistema respiratorio con el 6,5% de las consultas de las mujeres. Las enfermedades del sistema digestivo representaron para las mujeres el 5,9%, entre estas las más importantes fueron la gastritis y duodenitis con el 2,2% del total de consultas de las mujeres.

Las consultas sin enfermedad han aumentado pasando a representar 11,3% para las mujeres y 9,8% para los hombres.

Las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar en las atenciones de urgencias, con 26,5% del total de las mujeres y 29,0% de los hombres. Las infecciones

agudas de las vías respiratorias fueron la causa más frecuente representando el 8,9% para las mujeres y 8,2% para los hombres.

La segunda causa de las atenciones de urgencias, muy por debajo de las anteriores, fueron las enfermedades del sistema circulatorio con el 12,0% de las atenciones a mujeres y el 11,9% de las atenciones a hombres. La hipertensión esencial fue la principal (5,9% de las atenciones a las mujeres y 4,8% de las atenciones a hombres).

Las lesiones por causas externas ocuparon el 10,6% de las urgencias de mujeres mientras que para los hombres fueron el 8,8%, siendo este el único grupo de edad en el que se producen más atenciones a las mujeres por esta causa. Los porcentajes de atención correspondientes a traumatismos en las extremidades (hombro-brazo, antebrazo-codo, mano-muñeca, cadera-muslo, pierna, tobillo y pie) son ligeramente superiores para las mujeres marcando la diferencia que se menciona.

En cuarto lugar se sitúan las enfermedades del sistema osteomuscular, registrando el 8,5% de las atenciones a mujeres y 8,9% de las atenciones a los hombres en 2001. Entre estas las artropatías y la dorsalgia fueron las más frecuentes.

En cuanto a los egresos, éstos fueron menores para las mujeres que para los hombres con una razón de masculinidad de 1,01 en 2001.

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la principal causa de hospitalizaciones para este grupo de edad, alcanzando el 19,3% de los egresos hospitalarios de mujeres y el 20,9% de las de hombres. De estas, las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar con el 7,34% de las hospitalizaciones de las mujeres y 9,4% de las de los hombres.

Las enfermedades del sistema respiratorio constituyeron el 13,5% de las hospitalizaciones de las mujeres y 12,4% de las de los hombres, siendo la neumonía la principal con el 3,2% de las hospitalizaciones de las mujeres.

Las enfermedades del sistema nervioso y los sentidos ocuparon el tercer lugar en las hospitalizaciones, en particular por los padecimientos de los ojos y anexos que representaron 10,7% de las hospitalizaciones de mujeres y el 8,8% de los hombres.

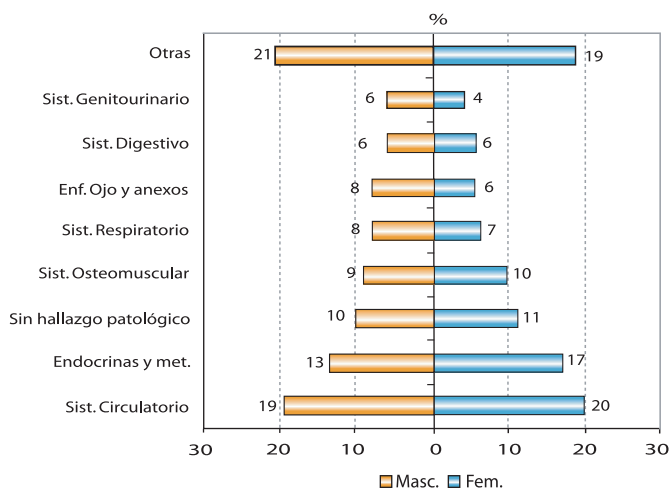
Las hospitalizaciones por tumores alcanzaron 8,4% de las mujeres en 2001 y 10,2% para los hombres. Entre las mujeres el cáncer que más hospitalizaciones provocó fue el cáncer de mama con un 1,2%, mientras que para los hombres fue el de próstata con 2,2%.

Las causas externas, a diferencia de los otros grupos de edad, ocasionaron más hospitalizaciones de mujeres que de hombres, en correspondencia con el alto número de fracturas que experimentaron las primeras. Las fracturas específicamente constituyeron la

causa del 5,0% de las hospitalizaciones de mujeres y 2,4% de las hospitalizaciones de hombres. Este grupo de causas representó para las mujeres el 7,9% de las hospitalizaciones y para los hombres el 6,2%.

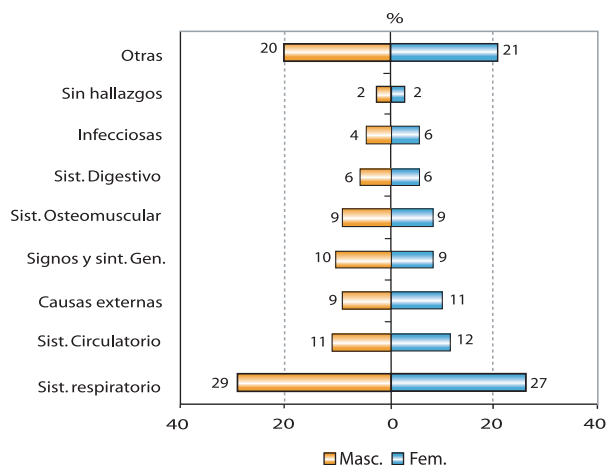
**Gráfico 28**

**65 y más años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de consulta externa por sexo. Costa Rica, 2002**



**Gráfico 29**

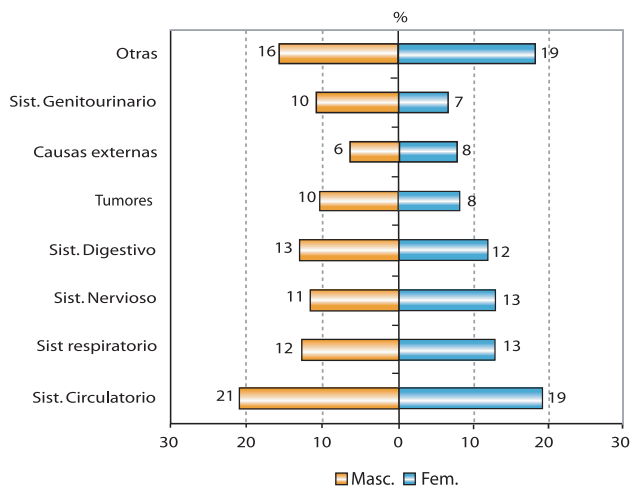
**65 y más años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de atenciones de urgencia por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

**Gráfico 30**

**65 y más años: Distribución porcentual de las causas más frecuentes de egresos por sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

Cabe indagar las razones para el cambio observado en la relación hombre-mujer de las causas externas como motivo de atención. Entre las posibles explicaciones tenemos la disminución de la densidad ósea como consecuencia de la osteoporosis y es necesario documentar si están asociadas la agresión o la negligencia para con la mujer de la tercera edad.


## Mortalidad

En este grupo de edad las tasas de mortalidad son más bajas para mujeres que para hombres pero para ambos sexos son más altas que en cualquier otro grupo de edad.

Las enfermedades del sistema circulatorio tienen las tasas de mortalidad más altas, siendo en 2001 de 1.649,62 por 100.000 para las mujeres y 1.883,21 para los hombres. Entre estas el primer lugar lo ocupó el infarto con una tasa de 457,06 para las mujeres y 656,71 para los hombres. En segundo lugar se sitúa la enfermedad cerebro vascular con una tasa de 420,29 para las mujeres y 410,81 para los hombres, seguida de la enfermedad isquémica crónica del corazón con tasas de 281,94 para las mujeres y 316,01 para los hombres.

El siguiente grupo de causas de mortalidad en orden de importancia, fueron los tumores con tasas de 789,79 para las mujeres y 1.251,20 para los hombres en el 2001. Entre ellos el principal fue el cáncer gástrico con una tasa de 143,6 para las mujeres seguido por cáncer





de mama (80,55), cáncer de colon y recto (76,18), cáncer de hígado y vías biliares (66,55), cáncer de páncreas (52,54), cáncer de cuello uterino (49,91) y cáncer de tráquea, bronquios y pulmones (47,28). Para los hombres la mortalidad por cáncer se situó principalmente en cáncer de próstata (276,51), cáncer gástrico (263,67), tráquea, bronquios y pulmones (129,37), colon y recto (84,93), hígado y vías biliares (81,98).

Las enfermedades del sistema respiratorio alcanzaron en el 2001 una tasa de mortalidad de 527,11 para las mujeres y 619,18 para los hombres. De estas la obstrucción crónica de las vías respiratorias tuvo la tasa de mortalidad más alta siendo 278,44 para las mujeres y 338,72 para los hombres, seguida por la neumonía y bronconeumonía con 128,71 para las mujeres y 146,15 para los hombres.

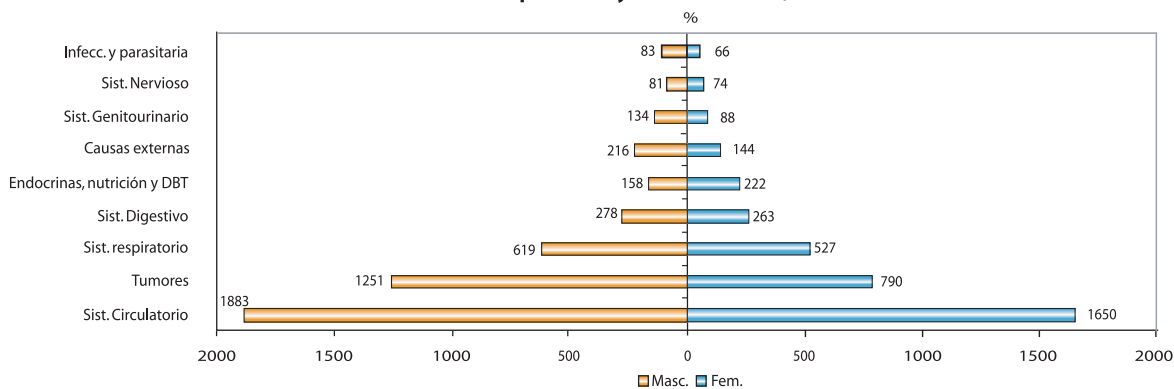
Las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema digestivo fueron de 262,68 para las mujeres y 277,50 para los hombres, habiendo experimentado un aumento paulatino desde 1972 en que las tasas fueron de 182,58 para las mujeres y 208,94 para los hombres. De ellas la insuficiencia vascular intestinal fue la que más alta tasa de mortalidad tuvo para las mujeres siendo de 41,15. Para los hombres la principal fue la cirrosis hepática con una tasa de 44,44.

En quinto lugar aparecen las enfermedades endocrinas, nutrición y metabólicas, que en 2001 llegaron a tasas de mortalidad de 297,74 para las mujeres y 206,08 para los hombres. Dentro de estas la diabetes mellitus constituye la más importante, con una tasa de 211,89 para las mujeres y 150,10 para los hombres.

Esta enfermedad registró en 1972 tasas de 264,04 y 168,87 respectivamente, pasando en 1992 a 134,41 y 95,34, hasta llegar a las actuales que significan un aumento con respecto a años previos.

También aparece como causa de mortalidad la desnutrición, aunque ha disminuido de manera significativa, especialmente para las mujeres. Para ellas pasó de ser 30,9 por 100.000 en 1972, a ser 12,45 en 1992 y 1,75 en 2001. Para los hombres pasó de 32,61 en 1972, a 10,74 en 1992 y 6,91 en 2001, cabe indagar en qué medida la desnutrición aparece como causa asociada a otros padecimientos.

**Gráfico 31**  
**65 y más años. Tasa de mortalidad por 100.000**  
**por causa y sexo. Costa Rica, 2001**



Elaboración a partir de datos de 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.

## 9. Tendencias de la mortalidad general

La mortalidad ha venido disminuyendo progresivamente desde 1941, se aprecia que el descenso fue más rápido hasta 1975, a partir de entonces, la tendencia es a una disminución más lenta.

El mejoramiento de las condiciones de vida (abastecimiento de servicios básicos y acceso a los servicios de salud) son parte de las explicaciones para ésta tendencia.

Aunque ha habido una reducción general de la probabilidad de morir, el envejecimiento de la población se acompaña de un aumento de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus, enfermedades del sistema circulatorio y obstrucción crónica de las vías respiratorias. Las muertes por anemia, alcoholismo, neumonía y bronconeumonía, complicaciones del parto, malformaciones congénitas y causas perinatales se han reducido<sup>36</sup>.

La CCSS señala que la población entre 1972 y 1992 se multiplicó por 1,7; las defunciones lo hicieron por 1,1; lo que implica una reducción de la tasa de mortalidad bruta de 588 a 484 defunciones por 100.000 habitantes (5,88 a 4,84 por 1000). En condiciones normales en cualquier población, la mortalidad femenina es siempre menor que la masculina y, así ha sido en Costa Rica; pero además, en el mencionado periodo la diferencia se amplió.<sup>37</sup>

La tasa ajustada para las mujeres es 442,7 por 100.000 habitantes y 603,7 para los varones, según reporta OPS para el periodo 2000-2005.

<sup>36</sup> CCSS (2003).

<sup>37</sup> Idem.

## Causas más frecuentes de mortalidad

Las causas más frecuentes de mortalidad general son en primer lugar las enfermedades del “aparato circulatorio” (37,9%), en segundo lugar los “tumores” (10,5%), en tercero “causas externas” (8,2%), en cuarto las enfermedades del “aparato respiratorio” (3,7%) y en quinto las del “aparato digestivo” (2,7%). Todas las demás causas contribuyen con 8,2%.<sup>38</sup>

Las diferencias por sexo disponibles en relación se analizan para los dos primeros grandes grupos de causas.

## Enfermedades del aparato circulatorio

En el 2003, las muertes por esta causa disminuyeron en 3,84%, en comparación con el 2002.

Desde 1970 la mortalidad por las enfermedades cardiovasculares ha constituido la principal causa tanto en hombres como en mujeres. El 48% correspondió a la enfermedad isquémica del corazón y de ésta, dos tercios al infarto agudo de miocardio (IAM).<sup>39</sup>

Las tasas de mortalidad por IAM en mujeres disminuyeron ligeramente de 27,2 por 10.000 habitantes (IC 95% 23,5-30,9) en 1970-1974 a 25,1 (IC 95% 24-26,2) en el 2000-2002. Para los hombres aumentó de 40 (IC 95% 35, 3-44, 8) a 45 en los mismos periodos (IC 95% 42,0-48,1).<sup>40</sup>

En segundo lugar se ubica la enfermedad cerebro vascular más frecuente en mujeres que en hombres. Para las primeras pasó de una tasa de 25,7 en 1972 a 30,7 en 1992 y a 30,3 en 2001. En los hombres pasó de 23,7 en 1972 a 28,9 en 1992 y a 25,3 en 2001, y en el 2003 en 22,7.<sup>41</sup>

En tercer lugar aparece la enfermedad isquémica crónica del corazón con una tasa ligeramente superior para los hombres en comparación con las mujeres y en cuarto lugar la enfermedad hipertensiva, que en 2001 presenta una tasa ligeramente inferior en las mujeres en comparación con los hombres, en el 2003 tiene una tasa de 17,19.

Entre los factores que explican las diferencias por sexo tenemos la edad, conocido factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, explica que la sobrevida disminuya notablemente en personas mayores de 65 años de edad. Además destaca el comportamiento de las tasas femeninas a partir de los 45 años por ser casi la mitad de las masculinas, datos similares a los reportados en otros países. Agrega que el exceso de mortalidad en los hombres se ha atribuido al simple hecho que ser varón se considera el principal factor de riesgo no modificable. También menciona que ciertos factores de riesgo como tabaquismo y licor son

---

<sup>38</sup> Unidad de estadística, Ministerio de Salud (2004).

<sup>39</sup> Roselló M., Guzmán S. (2003).

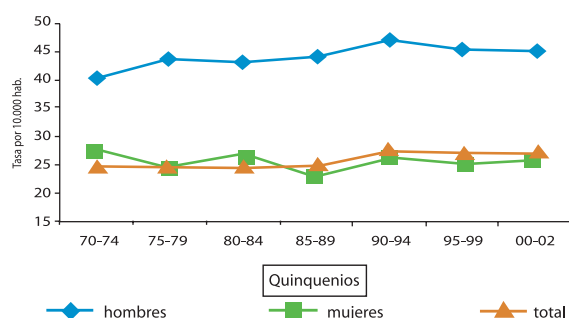
<sup>40</sup> Roselló M., Guzmán S. (2003).

<sup>41</sup> CCSS (2003).

menos frecuentes en las mujeres y su esperanza de vida es superior. Sin embargo, en Costa Rica tampoco se conoce con exactitud, los motivos de la menor mortalidad cardiovascular de las mujeres.

El gráfico 32 evidencia las diferencias por sexo en la mortalidad por IAM en el periodo 1970-2002.

**Gráfico 32**  
**Tasas estandarizadas de mortalidad por infarto agudo del miocardio, según sexo. Costa Rica 1970-2002**



Existe evidencia que sólo un número limitado de factores determinan en mayor medida la carga de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y éstos son la obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus. A su vez, éstos están determinados por la alimentación escasa en frutas y vegetales, alto consumo de grasas saturadas y carbohidratos simples. Por lo anterior es importante considerar los aspectos alimentario nutricionales como factores que favorecen la incidencia de enfermedades no transmisibles<sup>42</sup>, en particular las enfermedades cardiovasculares.

### Tumores malignos

La Organización Mundial de la Salud estima que la incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50 % y llegar a 15 millones de nuevos casos en el 2020.

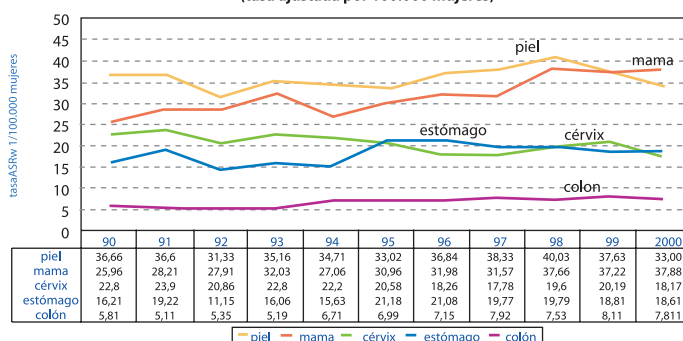
Según datos de la Unidad de Estadística, Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud, se presentan aproximadamente 7.500 nuevos casos de cáncer al año. En el 2003 murieron 3.405 personas a causa de tumores malignos, lo cual representa un 20 % del total de muertes.

<sup>42</sup> Escobar, citado por MINSA (2003).

## Incidencia y mortalidad del cáncer en mujeres

En cuanto a la incidencia de cáncer en mujeres según los más frecuentes, el primer lugar lo ocupa en el 2000 el cáncer de mama con una tasa ajustada de 37,88 por 100.000 mujeres, le sigue el de piel con 33,00, en tercer lugar el de estómago con 18,61, el cuarto lugar lo ocupa el cáncer de cérvix y en quinto el de colon.

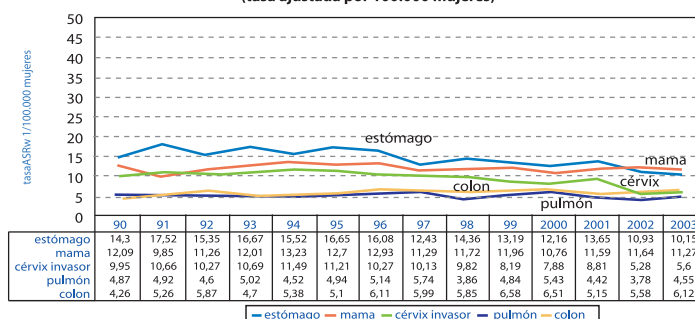
**Gráfico 33**  
**Incidencia de los tumores malignos más frecuentes en mujeres**  
**Costa Rica 1990-2000**  
 (tasa ajustada por 100.000 mujeres)




Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística Registro Nacional de Tumores

Con respecto a la mortalidad el primer lugar le corresponde al cáncer de mama con una tasa ajustada de 11,27, le sigue el de estómago con 10,15, en tercer lugar colon con 6,12, en cuarto el de cérvix y en quinto el de pulmón.

**Gráfico 34**  
**Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres**  
**Costa Rica 1990-2003**  
 (tasa ajustada por 100.000 mujeres)



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística Registro Nacional de Tumores



Con respecto a la tendencia en la incidencia de los principales tipos de neoplasias malignas en las mujeres, destaca en forma importante el cáncer de piel que durante toda la década de los noventa ocupó el primer lugar de incidencia.

Pero debido a un descenso en sus cifras de incidencia en el último bienio de los noventa y un aumento gradual del cáncer de mama sobretodo en el segundo quinquenio de esta década, el cáncer de mama en el 2000 pasa a ocupar el primer lugar con un incremento porcentual en sus tasas de más del 45% en 10 años.

El tercer lugar fue ocupado en el primer quinquenio de los noventa por el cáncer invasor del cuello uterino, pero a partir de la segunda mitad de la década de los noventa el tercer lugar de incidencia es ocupado por el cáncer de estómago. El cáncer de colon ocupa el quinto lugar de incidencia.

El cáncer de estómago que ha ocupado la mayoría del tiempo el primer lugar por muertes en mujeres fue desplazado al segundo lugar por las neoplasias malignas de la glándula mamaria. Este cambio se presentó en el 2002, queda esperar la tendencia que seguirá en los próximos años.

Un fenómeno similar al anterior se ha observado con las neoplasias malignas de cérvix y colon; en donde luego que la mayor parte del tiempo el cáncer de cuello uterino ocupaba el tercer lugar por mortalidad es desplazado al cuarto lugar por el cáncer de colon en el 2002, dada la tendencia creciente del cáncer de colon en las mujeres.

Para el quinto lugar, ocupado por la neoplasia maligna del pulmón, la diferencia con el cáncer de hígado es estrecha. Incluso en varios años este último ha superado las muertes por cáncer de pulmón, por lo anterior se puede afirmar que el quinto lugar es compartido por estos dos tipos de cáncer.

### **Incidencia y mortalidad del cáncer en hombres**

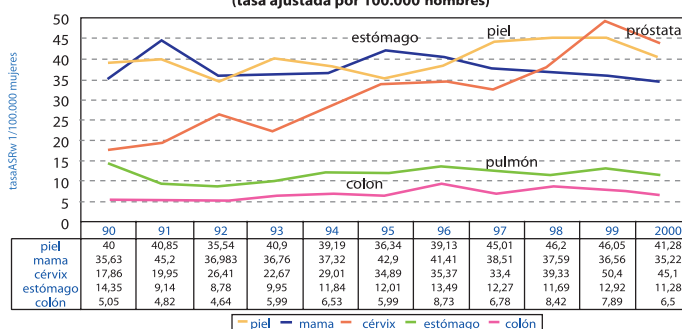
Durante la gran mayoría de la década de los noventa el primer lugar de incidencia en los hombres ha sido ocupado por las neoplasias malignas de piel y estómago.

Sin embargo, el cáncer de próstata ha mostrado un crecimiento vertiginoso a lo largo de los noventa. Precisamente este cáncer ha experimentado el mayor crecimiento en sus tasas de incidencia al pasar de una tasa de 17,86 en 1990 a 45,10 en el 2000 (un incremento porcentual superior a 150%)

De esta forma la tendencia actual ubica a la neoplasia maligna de la glándula prostática en el primer lugar en incidencia en los hombres, seguido por el cáncer de piel y en tercer lugar el de estómago.

Con cifras muy inferiores a las ya presentadas se encuentran el cáncer de pulmón en cuarto lugar y el cáncer de colon en el quinto.

**Gráfico 35**  
**Incidencia de los tumores malignos más frecuentes en hombres**  
**Costa Rica 1990-2000**  
 (tasa ajustada por 100.000 hombres)



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística Registro Nacional de Tumores

El cáncer que ocasiona la mayor cantidad de muertes en los hombres es el cáncer de estómago. Este cáncer muestra una franca tendencia al descenso (una reducción porcentual en las tasas de mortalidad de más del 35% en 14 años) pero sigue siendo el más importante en mortalidad.

El cáncer de próstata, que ha ocupado el segundo lugar la mayor parte del tiempo, empieza a mostrar un acercamiento importante al cáncer gástrico (la tasa ha mostrado un incremento superior a 50% desde inicios de los noventa hasta el 2003).

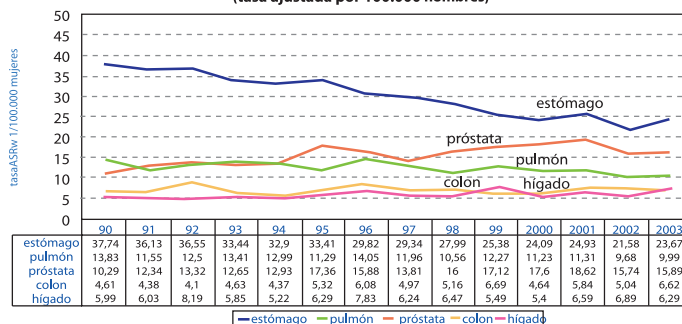
En el tercer lugar las neoplasias malignas del pulmón han mantenido su posición a través del tiempo sin mostrar variaciones significativas.

En cuarto y quinto lugar se ubican el cáncer de colon e hígado respectivamente.

Como dato preocupante se anota que 25% de los casos ocurren en menores de 45 años, edades en que el cáncer tiene un comportamiento más agresivo. La mayor concentración de casos se presenta en San José, donde reside la mayor concentración de población del Valle Central.<sup>43</sup>

<sup>43</sup> Ministerio de Salud (2003 b).

**Gráfico 36**  
**Mortalidad por los tumores malignos más frecuentes en hombres**  
**Costa Rica 1990-2003**  
 (tasa ajustada por 100.000 hombres)



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Estadística Registro Nacional de Tumores

Se ha producido un aumento en la incidencia de cáncer de cuello de útero in situ, que se da principalmente en mujeres de 25 a 49 años y una disminución de cáncer invasor, que presenta una mayor incidencia en las mujeres mayores de 40 años, incrementándose con la edad. Este comportamiento se atribuye a la puesta en funcionamiento del programa de tamizaje de este padecimiento.<sup>44</sup>

### Otros factores relacionados con la mortalidad

Es importante considerar otros factores relacionados con los cambios en el contexto social ocurrido en el período. Cabe mencionar las afecciones y muertes asociadas con el comportamiento y estilos de vida, que comprenden los accidentes de tránsito, otras clases de accidentes, la diabetes, el alcoholismo y el uso de drogas ilícitas. La tasa de mortalidad por causas externas en el periodo 2000-2005 se ajusta a 23,1 por 100.000 mujeres y para los varones es 73,6 por 100.000.

También han emergido enfermedades y muertes generadas por conductas sociales como uno de los principales problemas de la salud pública costarricense. El rasgo más notable de este nuevo perfil es que exige una atención en salud de mayor costo, dada la complejidad de las enfermedades y la inversión que requieren las acciones preventivas.<sup>45</sup>

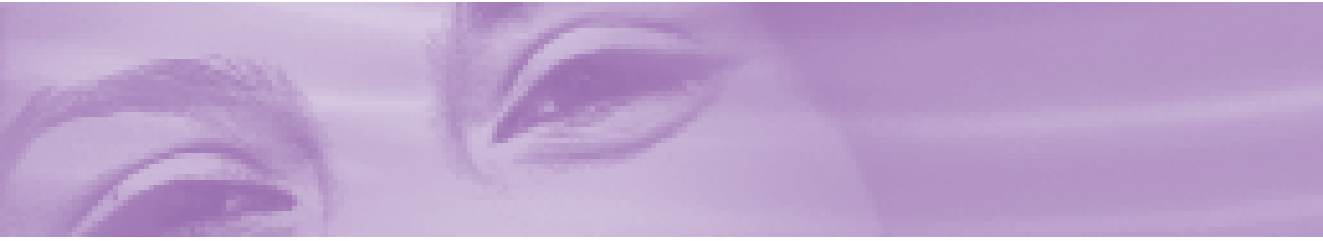
Según la Organización Mundial de la Salud, los cambios en la dieta y el estilo de vida que han ocurrido con la industrialización, urbanización, desarrollo económico y la globalización de los mercados se han acelerado en la década pasada<sup>46</sup>. Aunado a ello, se conoce que el acceso a los beneficios del desarrollo difiere entre zonas geográficas y grupos específicos de población trayendo como consecuencia distintas condiciones de vida que se relacionan con el estado de salud de hombres y mujeres.

<sup>44</sup> Idem.

<sup>45</sup> Estado de la Nación (2004).

<sup>46</sup> World Health Organization (2003).





Mientras que los estándares de vida han mejorado, la disponibilidad de alimentos se ha incrementado y se ha hecho más diversa, ha aumentado el acceso a los servicios pero también ha habido consecuencias negativas en términos de patrones dietéticos inadecuados (dietas ricas en energía, altas en grasa, particularmente grasa saturada y baja en carbohidratos no refinados), disminución de la actividad física (transporte motorizado, automatización de las labores domésticas, disminución de las tareas manuales en el trabajo, particularmente las que demandan mayor gasto energético, y tiempo discrecional que se dedica principalmente a distracciones que no demandan esfuerzo físico), incremento del uso del tabaco y el consecuente aumento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta entre la población pobre.

Estos cambios en los patrones dietéticos y en el estilo de vida, las enfermedades crónicas no transmisibles se han constituido en causas importantes de muerte y discapacidad tanto en países en desarrollo como en países en transición, aumentando la carga de los presupuestos de atención a la salud.

Los niveles actuales de tabaquismo y los estilos de vida no saludables son las causas principales. OMS sostiene que si se adoptan medidas preventivas, puede reducirse el cáncer en 30%<sup>47</sup>. Para ello se requiere políticas efectivas de salud pública por parte de los gobiernos para disminuir el tabaquismo así como impulsar estilos de vida saludables. El envejecimiento de la población contribuirá a aumentar el número de casos de cáncer a nivel mundial.

## **10. Tendencias de la mortalidad infantil**

La tasa de mortalidad infantil en el país, ha disminuido progresivamente desde 1941. La mortalidad infantil del 2003 es la más baja que se ha registrado en el país. En términos absolutos ocurrieron 72.938 nacimientos y 737 muertes infantiles, lo que significa 1794 nacimientos más y 56 muertes menos que en el 2002.<sup>48</sup>

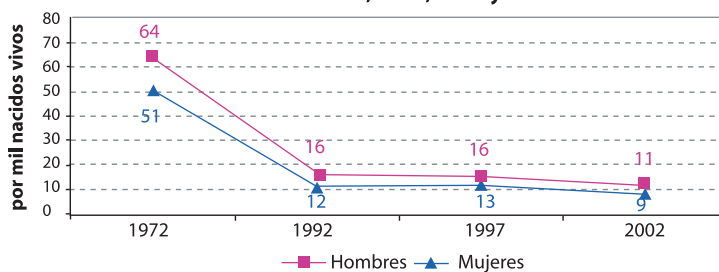
Observando las diferencias por sexo en la mortalidad infantil en Costa Rica, encontramos que la tasa nacional es más alta en los niños que en las niñas. Si se toman los datos correspondientes a los años 1998-2003 esta característica se ha presentado de manera

---

<sup>47</sup> WHO (2003).

<sup>48</sup> INEC (2004 b).

**Gráfico 37**  
**Tasa de mortalidad infantil**  
**Costa Rica 1972, 1992, 1997 y 2002**

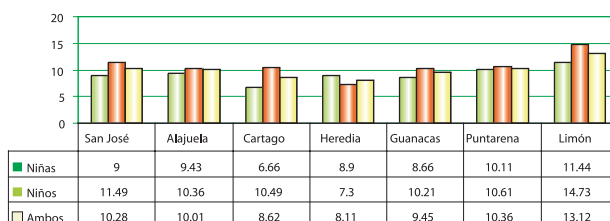


Fuente INEC: Unidad de Estadística del Ministerio de Salud

constante. En el 2003 la tasa de mortalidad de las niñas fue de 9,17, mientras que la de los varones fue 11,0.<sup>49</sup>

La tendencia a una mayor sobre vivencia de las mujeres en la infancia y en particular en el grupo de menores de un año, se considera universal y genéticamente determinada.<sup>50</sup>

**Gráfico 38**  
**Tasas de mortalidad infantil según sexo, año**  
**y provincia Costa Rica, 2003**



Fuente INEC: Unidad de Estadística del Ministerio de Salud

<sup>49</sup> Ministerio de Salud. Dirección Servicios de Salud, 2004

<sup>50</sup> Gómez, Elsa (1997)

Esta tendencia, sin embargo, no se observa en todas las provincias entre los años 1998-2003. La relación mostró una diferencia a favor de los varones en Guanacaste en el 1999, en Heredia en el 2000 y en el 2003 y en Cartago en el 2002.<sup>51</sup>

En los cuatro casos anteriores, las tasas de mortalidad infantil para los años mencionados, han estado por debajo de la tasa nacional.

Las afecciones originadas en el período perinatal constituyen la principal causa de las defunciones infantiles en el país. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el 2003 se registró el menor número de defunciones de menores de un año en la historia del

**Cuadro N° 4**  
**Tasas de mortalidad infantil por año según provincia de residencia y sexo**  
**Costa Rica, 1998-2003**

Provincia de Residencia	Año					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Costa Rica</b>	<b>12.60</b>	<b>11.78</b>	<b>10.21</b>	<b>10.82</b>	<b>11.15</b>	<b>10.10</b>
Hombres	14.36	13.24	11.59	12.04	12.12	11.00
Mujeres	10.76	10.23	8.76	9.55	10.09	9.17
<b>San José</b>	<b>12.14</b>	<b>12.20</b>	<b>10.67</b>	<b>11.62</b>	<b>11.63</b>	<b>10.28</b>
Hombres	15.00	14.20	11.95	13.02	12.41	11.49
Mujeres	9.13	10.04	8.28	10.17	10.78	9.00
<b>Alajuela</b>	<b>11.75</b>	<b>10.02</b>	<b>9.61</b>	<b>9.23</b>	<b>9.90</b>	<b>10.01</b>
Hombres	12.70	11.29	10.01	9.97	10.70	10.36
Mujeres	10.76	8.69	9.18	8.44	9.06	9.43
<b>Cartago</b>	<b>12.25</b>	<b>11.02</b>	<b>9.83</b>	<b>8.81</b>	<b>9.78</b>	<b>8.62</b>
Hombres	13.91	11.33	10.46	9.90	8.78	10.49
Mujeres	10.54	10.69	9.16	7.66	10.84	6.66
<b>Heredia</b>	<b>9.78</b>	<b>12.82</b>	<b>8.08</b>	<b>9.44</b>	<b>9.31</b>	<b>8.11</b>
Hombres	10.38	14.31	7.86	10.43	10.90	7.30
Mujeres	9.14	11.13	8.32	8.36	7.63	8.90
<b>Guanacaste</b>	<b>14.25</b>	<b>10.61</b>	<b>10.20</b>	<b>9.34</b>	<b>12.21</b>	<b>9.45</b>
Hombres	15.34	9.98	11.16	11.44	13.68	10.21
Mujeres	13.12	11.37	9.21	7.09	10.63	8.66
<b>Puntarenas</b>	<b>14.68</b>	<b>13.59</b>	<b>10.30</b>	<b>13.51</b>	<b>12.33</b>	<b>10.36</b>
Hombres	15.76	14.38	11.13	14.97	13.14	10.61
Mujeres	13,56	12.80	9.44	11.98	11.45	10.11
<b>Limón</b>	<b>15.20</b>	<b>12.44</b>	<b>11.76</b>	<b>12.69</b>	<b>12.48</b>	<b>13.12</b>
Hombres	16.92	15.60	14.91	13.73	15.98	14.73
Mujeres	13.37	9.07	8.59	11.61	9.45	11.44

Fuente: INEC (2004 b).

<sup>51</sup> Ministerio de Salud. Dirección Servicios de Salud, 2004

país, con un valor de 10,1 muertes por mil nacidos vivos. Esta tasa es baja, pero podría ser aún más baja, se considera que 4 de cada 10 muertes son prevenibles y la tasa es más baja en países que tienen una esperanza de vida similar a la de Costa Rica. La mitad se debe a afecciones peri natales y un tercio a malformaciones congénitas.<sup>52</sup>

Al igual que para la población general, la contribución de las enfermedades transmisibles a la mortalidad infantil ha disminuido. En el 2000 fue 7,9% y en el 2002 se redujo a 3,4%<sup>53</sup>. Actualmente el sector salud está suplementando con ácido fólico a todas las gestantes que acuden a control prenatal. Esta intervención es eficaz para prevenir las malformaciones congénitas del sistema nervioso.

## 11. Tendencia de la mortalidad materna

Las muertes o defunciones maternas son las que ocurren cuando una mujer está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la finalización del embarazo, independientemente de la duración de este, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.<sup>54 55</sup> Se considera un indicador importante para evidenciar inequidad, en tanto estas muertes resultan prevenibles en la mayoría de los casos.

Costa Rica exhibe tasas bajas en este indicador, en comparación con otros países. De acuerdo con los datos disponibles, entre 1998 y 2003 las mismas han oscilado entre 1,6 y 3,3 por 10.000 nacidos vivos.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Salud Materna <sup>57</sup> las 24 muertes ocurridas en el 2003, tuvieron por causas: Complicaciones del trabajo de parto y parto, trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio, infecciones puerperales, embolismo líquido amniótico, coagulación intravascular diseminada, síndrome de Hellp, sangrados en el tercer trimestre, hemorragia posparto. Las causas asociadas fueron: SIDA, bronconeumonía, insuficiencia cardíaca congestiva, hepatopatías, pancreatitis aguda, púrpura trombocitopénica, malformación arteriovenosa cerebral. El Sistema también considera que un 36% fueron prevenibles. Estas muertes ocurrieron en 21 costarricenses, dos nicaragüenses y una de otra nacionalidad.

---

<sup>52</sup> Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Primera edición. Octubre 2004.

<sup>53</sup> Ministerio de Salud. Indicadores básicos. Situación de salud de Costa Rica. 2003.

<sup>54</sup> CCSS. 2003.

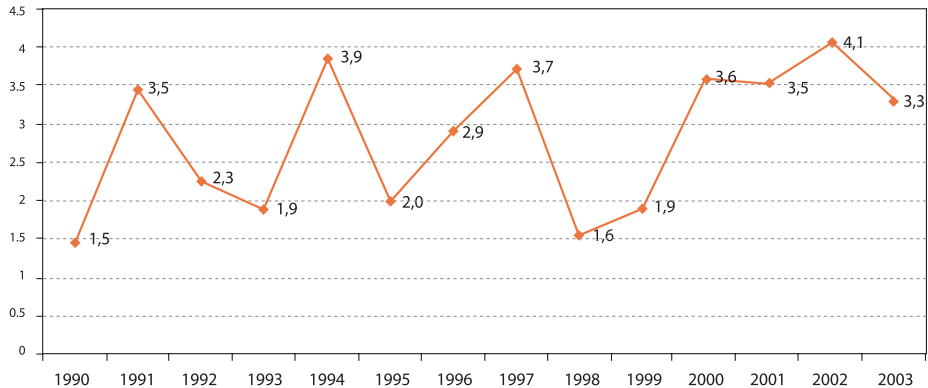
<sup>55</sup> Para medir la mortalidad materna se usa la razón de mortalidad materna, que indica la probabilidad que una embarazada fallezca por causa relacionada con el embarazo, el parto, el período puerperal o con su atención. También se denomina tasa de mortalidad materna, a pesar que se trata de una razón, no de una tasa. Se calcula: #muertes por causas relacionadas con el EPP / # de nacidos vivos durante un mismo período\* 100.000.

<sup>56</sup> Ministerio de Salud (2002 b).

<sup>57</sup> Sistema Nacional de Salud Materna. Ministerio de Salud, Febrero de 2004.

**Gráfico 39**

**Tasas de mortalidad materna (por 10 000)  
Costa Rica, 1998-2003**



Fuente: Ministerio de Salud, Sistema Nacional de evaluación Mortalidad Materna.

Se mencionan como factores que inciden: la falta de oportunidad de los traslados, lo que se evidencia porque la mayoría de los fallecimientos se producen en los hospitales nacionales, referidos de los hospitales periféricos y regionales. También la falta de aplicación de las normas de atención prenatal principalmente aquellas relacionadas con la valoración del riesgo del embarazo, la falta de prioridad a la atención de la embarazada en el servicio de emergencias de los hospitales, así como la captación tardía y la inasistencia al control prenatal. Otros factores que intervienen son los relacionados con la atención del parto y post parto inmediato<sup>58</sup>, entre ellos la ausencia de referencia oportuna en casos de alto riesgo obstétrico, inopia del recurso humano especializado y la falta de capacitación adecuada para la atención de la embarazada y la atención del parto por parte del personal de salud.<sup>59</sup>

Los factores mencionados se potencian con las condiciones de vida de las mujeres de los sectores menos favorecidos desde el punto de vista económico y social, lo que aumenta el riesgo de presentar complicaciones o muerte por el inicio tardío o ausencia de control prenatal y atención del parto y puerperio. Esta relación aún no ha sido explorada para documentar su magnitud y efecto.

### Tasa de mortalidad por sexo y grupos de edad

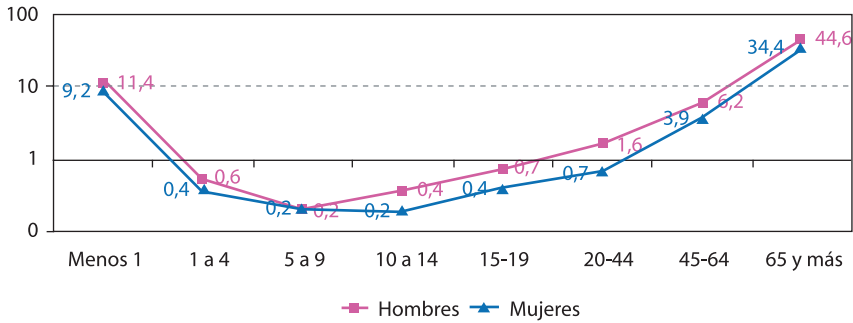
En el 2002, la mortalidad fue más elevada en varones que en mujeres para todos los grupos de edad mencionados más arriba, con la única excepción del grupo 5 a 9.

<sup>58</sup> Ministerio de Salud (2003 b).

<sup>59</sup> Ministerio de Salud (s.f.). Sistema Nacional de análisis de la mortalidad infantil y del sistema nacional de evaluación de la mortalidad materna



**Gráfico 40**  
**Tasas de mortalidad por sexo (por mil)**  
**Costa Rica, 2002**



Elaboración a partir del cuadro 38: Departamento de Estadística de los Servicios de Salud de la CCSS.

### III. Algunos temas de salud para las mujeres

#### 1. Salud sexual y reproductiva

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994, la define “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

##### Salud sexual

Se entiende por salud sexual la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionada con la sexualidad, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales en igualdad de oportunidades, derechos y responsabilidades.

El presente documento hace una aproximación a la salud sexual y reproductiva con la información disponible para Costa Rica.

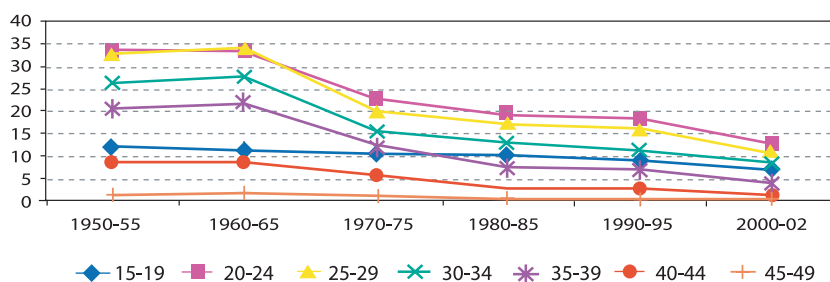
## Fecundidad

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.<sup>60</sup>

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.<sup>61</sup>

**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.<sup>62</sup>

<sup>60</sup> Estado de la Nación (2004).

<sup>61</sup> CCSS (2003).

<sup>62</sup> 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.<sup>63</sup>

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.<sup>64</sup>

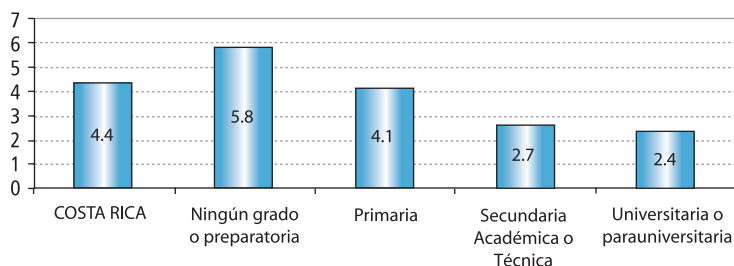
<sup>63</sup> INAMU, Área Especializada de Información (2003 b).

<sup>64</sup> Idem.



**Gráfico 42**

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

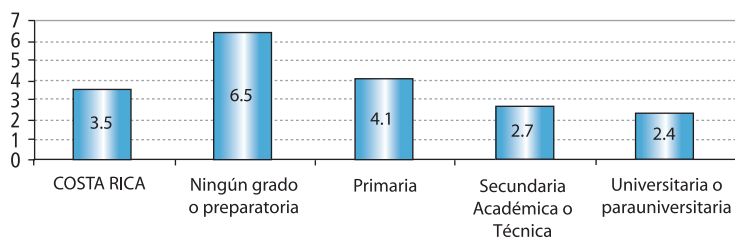


Fuente: INAMU, Área Especializada de Información

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.<sup>65</sup>

**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

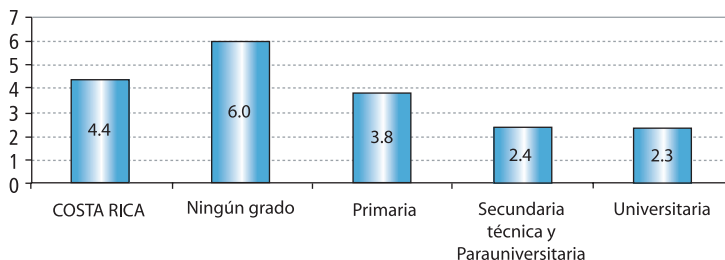
Entre las mujeres migrantes se observa una situación semejante respecto a la disminución del promedio de nacimientos a mayor escolaridad.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Idem.

<sup>66</sup> 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.

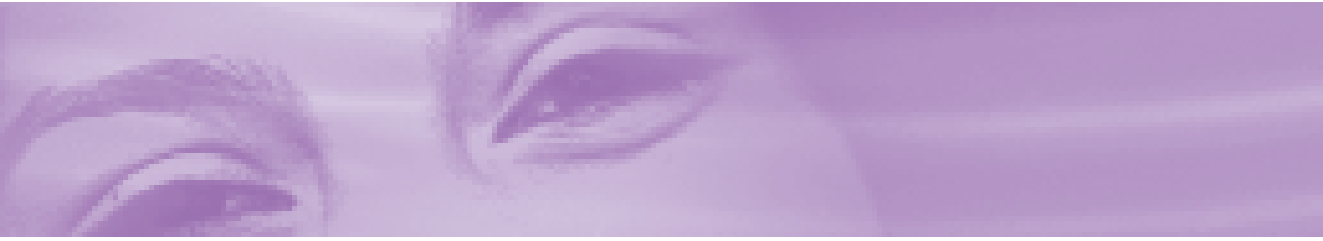
### Uso de métodos anticonceptivos:

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 <sup>67</sup>.

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”<sup>68</sup>.

<sup>67</sup> Bay, G., Del Popolo F., Ferrando D. (2003).

<sup>68</sup> 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. <sup>69</sup>

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. <sup>70</sup>

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 <sup>71</sup>. 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

---

<sup>69</sup> Chen y col. (2001).

<sup>70</sup> CCSS-PAIA (2001).

<sup>71</sup> 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 <sup>72</sup>.

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".<sup>73</sup>

Según datos de la CCSS en el 2003 hubo 8.038 egresos por aborto en los hospitales de la CCSS <sup>74</sup>. 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.

---

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

<sup>73</sup> CCSS (2001).

<sup>74</sup> 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.<sup>75</sup> 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.<sup>76</sup>

<sup>75</sup> INEC. Estadísticas vitales 2005. (abril 2004).

<sup>76</sup> Idem.

Entre 1990 y el 2000 el porcentaje de nacimientos inscritos sin padre conocido se incrementó del 21% al 31,3%.<sup>77</sup> 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.<sup>78</sup>

En el 2003, el 57,2% de los nacimientos ocurrieron fuera del matrimonio <sup>79</sup>. 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.<sup>80</sup>

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.<sup>81</sup>

En cuanto a la atención hospitalaria del parto, pasó del 93,5% en 1992 a 99,4% en el 2002 <sup>82</sup>. 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%<sup>83</sup>. 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%<sup>84</sup>.

---

<sup>78</sup> Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2003).

<sup>79</sup> Mideplan/SIDES (2004).

<sup>80</sup> Estado de la Nación (2004).

<sup>81</sup> Idem.

<sup>82</sup> Ministerio de Salud (2002) y (2003).

<sup>83</sup> Ministerio de Salud (2003 b).

<sup>84</sup> 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.<sup>85</sup> 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.<sup>86</sup>

## 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.<sup>87</sup>

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.<sup>88</sup> 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.

---

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

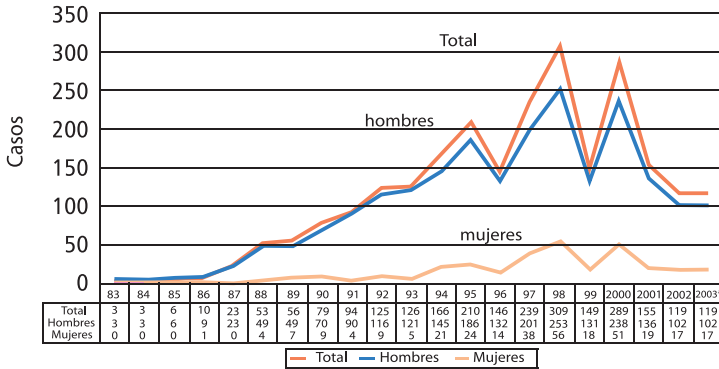
<sup>86</sup> John A., *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies* (1994).

<sup>87</sup> Artiaga, S., CENARE.

<sup>88</sup> 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.

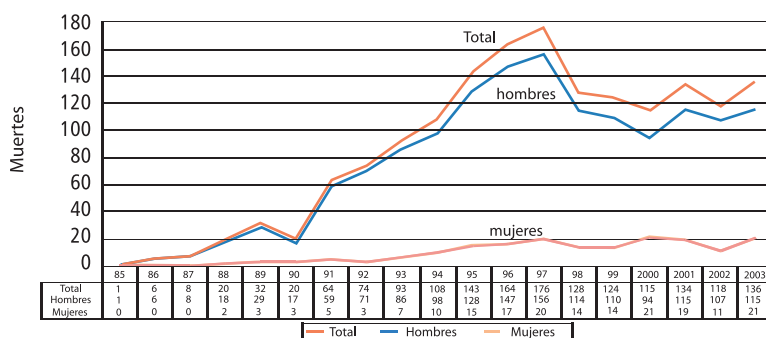
Es necesario señalar que a pesar que el grupo 30-39 es el de mayor riesgo de presentar manifestaciones clínicas de SIDA, no necesariamente es el grupo donde más activamente se trasmite el VIH. Ello se debe a que el periodo de incubación es de varios años. Si se habla de transmisión del VIH, el riesgo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

<sup>89</sup> 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.<sup>90</sup>

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.<sup>91</sup> 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.<sup>92</sup> 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.<sup>93</sup>

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

---

<sup>90</sup> 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.

<sup>91</sup> Citado en Ministerio de Salud y otros (2004).

<sup>92</sup> Ministerio de Salud (2003 b).

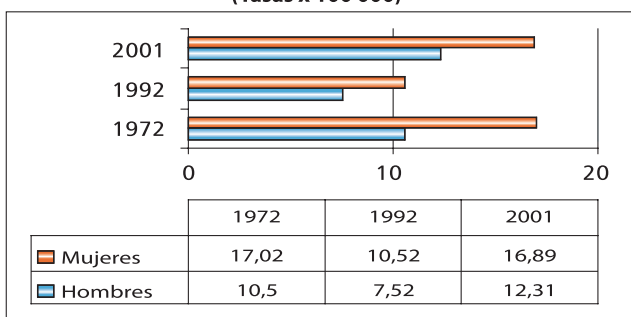
<sup>93</sup> MINSA-INCIENSA (2003).

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 sobrevivida, 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 mujeres<sup>94</sup>. En 2002, esta misma fuente reveló 30% de prevalencia de vida de consumo de tabaco.<sup>95</sup>

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

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.<sup>97</sup>

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. <sup>98</sup>

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

---

<sup>94</sup> IAFA (s.f.).

<sup>95</sup> OPS (2004).

<sup>96</sup> Bejarano J, Sáenz M, Ugalde F (1999).

<sup>97</sup> CCSS-PAIA (2001).

<sup>98</sup> 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.<sup>99</sup>

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.<sup>100</sup> 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.<sup>101</sup>

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%.<sup>102</sup> 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.

---

<sup>99</sup> OPS (2003)

<sup>100</sup> Vigilancia Nutricional, Ministerio de Salud, 2001.

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

<sup>102</sup> 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.<sup>103</sup>

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%.<sup>104</sup>

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

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.<sup>106</sup>

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.

---

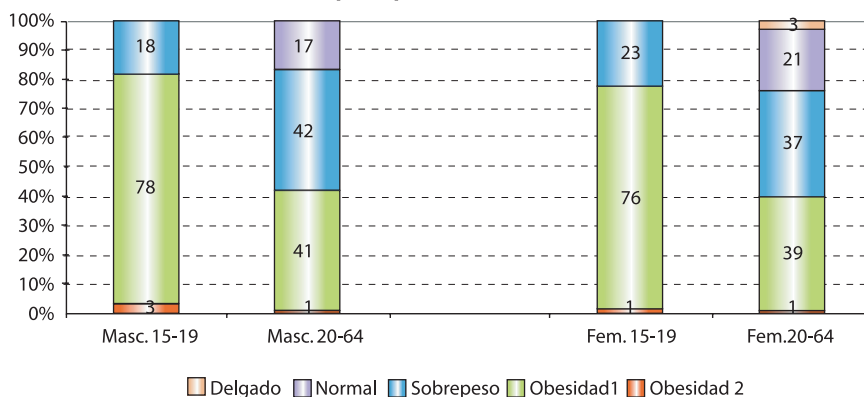
<sup>103</sup> Idem.

<sup>104</sup> Idem.

<sup>105</sup> Idem.

<sup>106</sup> 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 trasmisibles (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.<sup>107</sup>

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

<sup>107</sup> 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.<sup>108</sup>

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.<sup>109</sup>

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%.<sup>110</sup>

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.<sup>111</sup>

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%.<sup>112</sup>

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

---

<sup>108</sup> Ministerio de Salud (1999).

<sup>109</sup> Idem.

<sup>110</sup> Ministerio de Salud (2000b).

<sup>111</sup> Idem.

<sup>112</sup> 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.<sup>113</sup>

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.<sup>114</sup>

### 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.

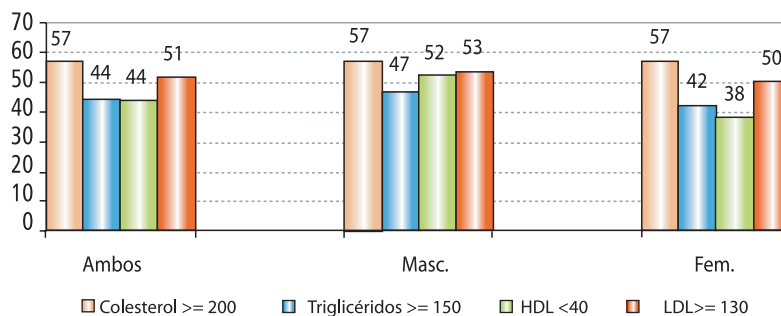
---

<sup>113</sup> CCSS (2003).

<sup>114</sup> 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.<sup>115</sup>

## 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

<sup>115</sup> 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.<sup>116</sup>

## 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

---

<sup>116</sup> 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.<sup>117</sup>

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.

<sup>117</sup> 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.<sup>118</sup> 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.<sup>119</sup>

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.<sup>120</sup> 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.

---

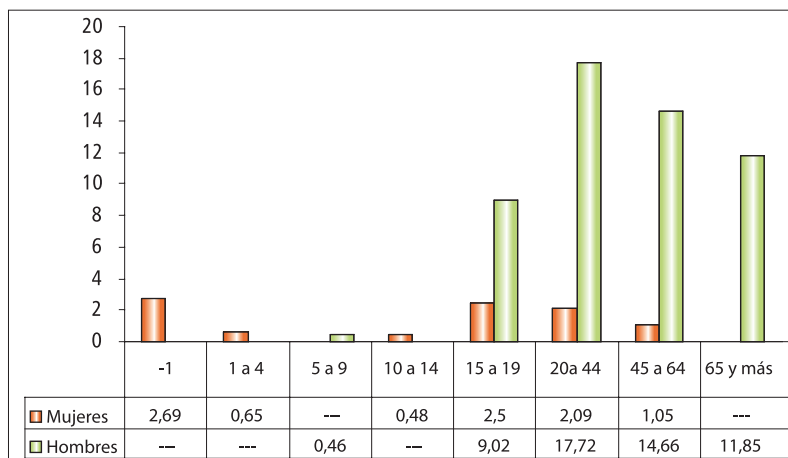
<sup>118</sup> CCSS 2003.

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

<sup>120</sup> 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 costarricense<sup>121</sup>. 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.<sup>122</sup>

La línea telefónica especializada “Rompeamos 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.<sup>123</sup> 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

<sup>121</sup> Idem.

<sup>122</sup> Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2002 b).

<sup>123</sup> Idem.

6.021 mujeres en el 2003 y 5.866 en el 2004, en su mayoría víctimas de violencia intra familiar. Los tres albergues para mujeres víctimas de violencia intra familiar administrados por el INAMU acogieron a 80 mujeres en 1995, 749 en el 2000 y 367 en el 2003.<sup>124</sup>

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.<sup>125</sup>

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.<sup>126</sup>

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.

---

<sup>124</sup> INAMU. Área de violencia de género y servicio 9-1-1.

<sup>125</sup> CIEM-INAMU (2003).

<sup>126</sup> 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.<sup>127</sup>

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.<sup>128</sup>

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.<sup>129</sup>

---

<sup>127</sup> MIDEPLAN / SIDES (s.f.).

<sup>128</sup> PATH, 2001.

<sup>129</sup> 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/](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](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](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	Total	Masculina	Femenina	Masculina	Total	
Población total	1.989.485	2.056.352	4.045.837					
Población extranjera (% año 2000)	3,9	3,9	7,8				4.169.672	
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%)	
<b>Indicadores de salud</b>	<b>2002</b>	<b>2002</b>	<b>2002</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2003</b>	<b>2003</b>	
	<b>Femenina</b>	<b>Masculina</b>	<b>Total</b>	<b>Femenina</b>	<b>Masculina</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>	
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		3,3		8.967	
Tasa de mortalidad materna (por 10.000)	3,8							
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	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 cévix 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	2,2	13,3	15,89		7,3
Incidencia de cáncer de mama				37,88				
Incidencia de cáncer de piel				33,99		41,29		
Incidencia de cáncer de cévix				18,17		NA		
Incidencia de cáncer de estómago				18,64		35,22		
Incidencia de cáncer de colon				7,41		6,5		
Incidencia de cáncer de próstata				NA		46,1		
Incidencia de cáncer de pulmón						11,28		
Mortalidad por SIDA	11	107	118	21	115			136
Razón hombre / mujer SIDA								5,48
Nutrición población adulta según IMC (Encuesta CARMEN. Cartago, 2001) a/								
<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	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	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	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

<sup>a)</sup> 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/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](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 2020
2. Indicadores de salud: ¿mejoró la equidad?
3. Migración y salud en Costa Rica: Desafíos para la atención
4. Seguridad y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica
5. Situación del sector sanitario y alimentario de Costa Rica
6. Salud y bienestar de la salud en Costa Rica: Situación actual, tendencias y retos
7. Temas de los pagadores en la salud y el ambiente en Costa Rica
8. Inequidades 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