



Indicadores
de salud
¿Mejoró la
equidad?



Costa Rica 1980-2000





MINISTERIO DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
REPRESENTACIÓN EN COSTA RICA

Indicadores
de salud
¿Mejoró la
equidad?

Costa Rica 1980 - 2000

Dr. Marcelo Bortman,
Consultor OPS/OMS

San José, Costa Rica
2002

ISBN 92 75 32428 X

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, septiembre, 2002

Copia de este documento puede ser obtenida en
www.cor.ops-oms.org



Índice

Indicadores de salud ¿mejoró la equidad?.....	6
Grupo de cantones según índice de desarrollo social	8
Cambios en la estructura de población.....	12
Tasas de natalidad por grupos de desarrollo.....	13
Años de vida potencial perdidos.....	14
Mortalidad por causas.....	16
Mortalidad infantil.....	21
Mortalidad materna.....	24
Conclusiones.....	26



Presentación

El análisis de los indicadores nacionales y sus tendencias suelen enmascarar importantes diferencias entre los grupos poblacionales de un país. Muchos estudios han hecho evidente que estas diferencias internas tienen mayor impacto sobre la salud de la población que las ya muy marcadas diferencias entre los países.

Conocer si los cambios en los valores nacionales se acompañaron o no de mejoras en las diferencias que ya existían, es crítico para definir nuevas prioridades, objetivos y metas. En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) colabora activamente con las instituciones nacionales de salud en el desarrollo de sistemas de vigilancia de la salud y de análisis de situación, apoyando y fortaleciendo el uso de las evidencias en las actividades de salud pública.

Este estudio que buscó analizar si los cambios favorables que ha presentado Costa Rica en las últimas 2 décadas se acompañaron de una reducción de las brechas de inequidad interna del país, o si fue el producto de una mejoría de los grupos poblacionales que ya estaban mejor, concluye que las brechas de inequidad entre los cantones en una serie de indicadores básicos de salud disminuyeron progresivamente.

“Los indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?” es parte de una serie de publicaciones que se preparó como complemento de la publicación de los “Indicadores Básicos. Situación de Salud de Costa Rica”.

Si bien la publicación busca abordar aspectos que pueden ser considerados técnicos, su contenido se ha desarrollado en un lenguaje sencillo, para que alcance a un amplio público cada vez más habido de información.



Los indicadores de salud. ¿Mejóro la equidad?

Costa Rica, 1980 - 2000

Como en la mayoría de los países, la salud de la población de Costa Rica ha presentado en las últimas décadas una mejoría progresiva. Mientras que el número de defunciones en 1980 era de 4,8 por cada mil habitantes, 20 años después era de 3,8 por 1000. En el mismo período la mortalidad de los niños menores de 1 año disminuyó un 44,6% y la mortalidad a edades tempranas descendió en un 42,9%.

Estas mejores condiciones de salud representadas por expectativas de vida cada vez mayores, son el producto de una combinación de adelantos en las condiciones de vida, incluyendo aspectos tales como alimentación, educación, vivienda, ambiente, seguridad, prevención y promoción de la salud, servicios de salud, etc.

Pero en la práctica, las mejoras de salud no llegan a todos por igual. Los cambios en los promedios nacionales no implican necesariamente, que todos los grupos poblacionales hayan sido igualmente beneficiados. De hecho si bien es lógico pensar que es más fácil que mejoren aquellos que están peores, porque pueden responder a acciones y programas más básicos y simples, en la práctica suele ocurrir que persistan las condiciones que generaron las desigualdades del pasado y se mantengan o aún aumenten las diferencias en los niveles de salud de los que han logrado un mayor desarrollo, en comparación con quienes no lo han alcanzado.

Esta relación entre desarrollo y salud es un hecho bien conocido y una mirada a las diferencias que todavía existen en las expectativas de vida de los diferentes países cuando menos, nos estremecerá. Mientras que la población de los países más desarrollados tenía en el 2000 expectativas de vida superiores a los 80 años, en el otro extremo en varios países estas expectativas eran de la mitad, lo que implica que en promedio cada uno de sus habitantes vivirá alrededor de 40 años menos.

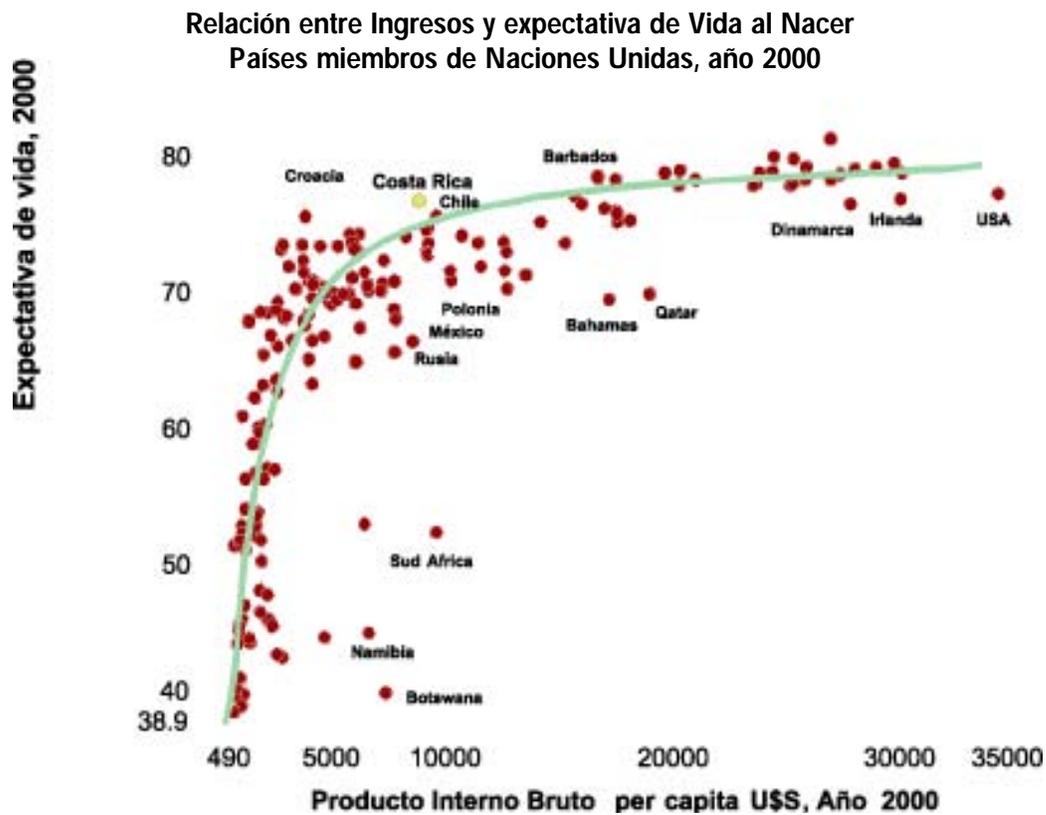
Esto que pasa entre las poblaciones de los países puede ocurrir, y de hecho lo hace, entre las poblaciones de un mismo país y las diferencias se harán cada vez más





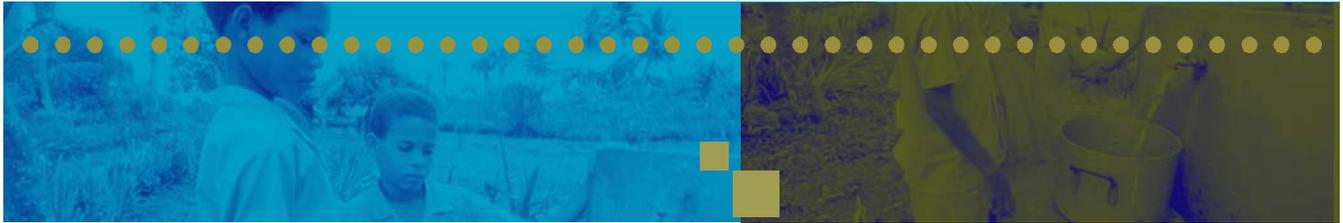
evidentes cuando miremos más en profundidad, provincias, cantones, distritos, barrios, familias e individuos.

El mismo gráfico muestra que algunos países, entre ellos Costa Rica, presentan relativos bajos ingresos por habitantes y expectativas de vida de un nivel comparable con los de mayores ingresos. Uno de los factores para que esto ocurra está ligado a la distribución de ingresos y de las condiciones de vida hacia adentro de los países. Aquellos países con distribuciones más homogéneas presentarán mejores condiciones colectivas de salud, en tanto situaciones de inequidad en las condiciones de vida resultarán en pobres condiciones globales de salud.



Fuente: Construido en base a datos del Informe sobre Desarrollo Humano 2002, PNUD





¿Mejóro la equidad?

¿Las mejoras que presentó Costa Rica en los últimos 20 años se han acompañado de una disminución en las brechas entre los que estaban peor y los que estaban mejor, o por el contrario las desigualdades se han mantenido o aún incrementado?

Para analizar esto, se utilizó como unidad de análisis a los cantones. El uso de los cantones tiene como ventaja que hay abundante información con desagregación hasta este nivel, sin embargo, la mayor ventaja es que cada uno de los 81 cantones en que está dividido el país posee una autoridad cantonal que permitiría introducir o ejecutar acciones y programas tendientes a disminuir eventuales situaciones de inequidades.

Los cantones fueron divididos en 5 grupos según su grado de desarrollo utilizando el Índice de Desarrollo Social de 1999, (IDS-99) (1). Esto permitió comparar varios indicadores de salud de los años 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 y en algunos casos 2001, en los diferentes grupos y compararlos con su grado de desarrollo. Para esto se utilizaron dos medidas conocidas como Índice de Desigualdad de la Pendiente, (IDP), e Índice Relativo de Desigualdad, (IRD) que comparan la situación del grupo más desarrollado con el de menor desarrollo (ver notas técnicas).

Grupos de cantones según Índice de Desarrollo Social

El Índice de Desarrollo Social es un indicador elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. En su última versión (1999), este índice surge de una combinación de 7 indicadores relacionados a infraestructura educativa, programas de educación especial, mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras.

¹ Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica; Área Análisis del Desarrollo; Índice de Desarrollo Social; Serie de estudios especiales nº 3, Mayo 2001





Grupos de cantones según Índice de Desarrollo Social

1° G RUPO

Cantón	IDS	N°
Flores	100	1
Belén	94.9	2
Montes de Oca	85.0	3
San Isidro	78.5	4
Alvarado	76.8	5
San Pablo	74.3	6
Palmares	73.4	7
Escazú	73.3	8
Curridabat	73.3	9
V. De Coronado	71.0	10
Tibás	70.6	11
Moravia	70.5	12
Valverde Vega	70.3	13
Santo Domingo	70.2	14
Santa Bárbara	69.4	15
Atenas	68.8	16

2° G RUPO

Cantón	IDS	N°
Heredia	67.8	17
San Rafael	67.3	18
Alfaro Ruiz	67.1	19
Grecia	67.0	20
Goicoechea	66.7	21
Cartago	66.7	22
Desamparados	66.1	23
Oreamuno	65.4	24
Orotina	64.6	25
Montes de Oro	63.9	26
San José	63.7	27
Barva	63.3	28
Tilarán	63.2	29
Esparza	62.8	30
La Unión	62.7	31
Paraíso	62.0	32

3° G RUPO

Cantón	IDS	N°
El Guarco	61.8	33
Mora	61.7	34
Alajuela	61.5	35
Poás	61.4	36
Jíménez	59.3	37
San Mateo	59.0	38
Alajuelita	58.7	39
Hojancha	56.9	40
Santa Ana	55.8	41
Naranjo	55.4	42
Puntarenas	54.8	43
San Ramón	54.6	44
Turrialba	53.6	45
Nandayure	53.1	46
Santa Cruz	52.8	47
Puriscal	51.8	48

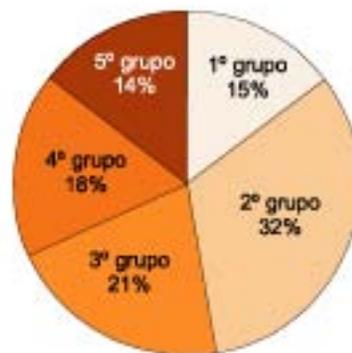




Grupos de cantones según Índice de Desarrollo Social

4° GRUPO			5° GRUPO		
Cantón	IDS	N°	Cantón	IDS	N°
Aserri	51.2	49	Bagaces	43.9	65
Cañas	49.9	50	Pococí	43.8	66
Turrubares	49.1	51	Tarrazú	43.3	67
Pérez Zeledón	48.9	52	Abangares	43.1	68
Liberia	48.9	53	Osa	41.3	69
Nicoya	48.4	54	Guatuso	40.5	70
Garabito	48.3	55	León Cortés	38.0	71
Limón	48.0	56	Siquirres	36.4	72
Parrita	47.9	57	Corredores	35.4	73
Guácimo	47.8	58	Coto Brus	30.9	74
Aguirre	47.5	59	Sarapiquí	28.5	75
Acosta	47.3	60	Matina	22.6	76
Carrillo	46.1	61	Buenos Aires	22.2	77
Dota	45.9	62	Upala	17.4	78
San Carlos	45.5	63	La Cruz	16.4	79
Golfito	44.0	64	Los Chiles	8.9	80
			Talamanca	0.0	81

Proporción de la población total, viviendo en cada grupo

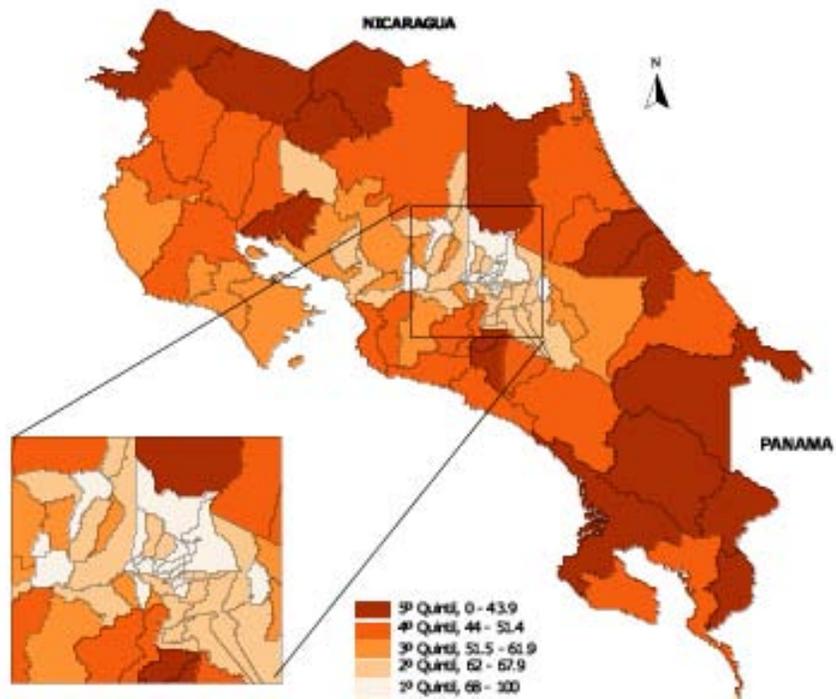


La mayoría de los cantones del grupo 1°, (de mayor desarrollo), se encuentran ubicados en la zona central del país en los alrededores de San José. Por el contrario, una buena parte de los 17 cantones del grupo 5° se encuentran ubicados en las zonas de fronteras. Hacen excepción a esto, los cantones León Cortés y Tarrazú, en la zona centro y Abangares en el golfo de Nicoya.





Costa Rica. Estratificación según Índice de Desarrollo Social.



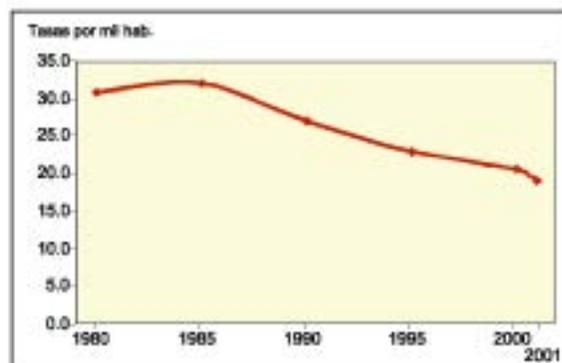


Cambios en la estructura de población

En los últimos 20 años, la estructura de la población del país cambió en forma notoria. Estos cambios fueron el producto de dos fenómenos. Por un lado, de una reducción de la mortalidad, en especial de la mortalidad a edades tempranas y una disminución de la proporción de nacimientos, y por el otro como producto de un saldo migratorio.

La proporción de muertes por habitantes (tasas ajustadas de mortalidad general ⁽²⁾) disminuyeron de 4,80 muertes por mil habitantes (5,46 en varones y 4,15 en mujeres) en 1980 a 3,76 por mil (4,27 en varones y 3,25 en mujeres) en 2000. El descenso durante el período fue de un 21,7% y fue similar en varones (21,8%) y en mujeres (21,7%).

Tasas de natalidad, Costa Rica 1980 - 2001



El número de nacimientos en relación a la población total, (natalidad), cayó de 38,1 nacimientos por mil habitantes en 1980 a solo 19 por mil en el 2001. Este descenso fue más marcado entre los años 1990 y 2000.

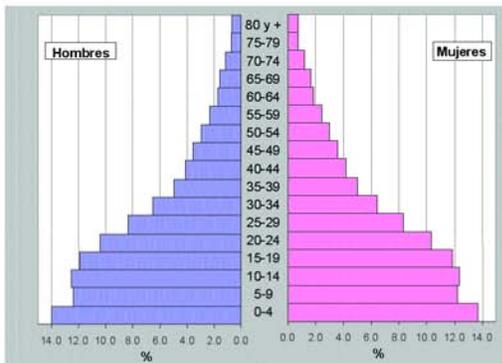
Como resultado de estos cambios la proporción de menores de 15 años pasó de 38,8% en 1980 a 31,9% en el 2000, en tanto en ese período la proporción de población con 65 o más años creció de 4,3% a 5,6%, (incremento del 30,2%) cambiando la estructura de la pirámide de población del país. El angostamiento de la base y el ensanchamiento de su extremo superior tienen como trasfondo la necesidad de adecuar las estructuras de los servicios de salud a una demanda de diferente perfil, que, como ya ha ocurrido con los países desarrollados, resultará en una mayor necesidad de recursos para satisfacerla.

² El ajuste de las tasas de mortalidad permite comparar la frecuencia de las muertes cuando las poblaciones que se comparan tienen diferentes proporciones de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. (ver notas técnicas)

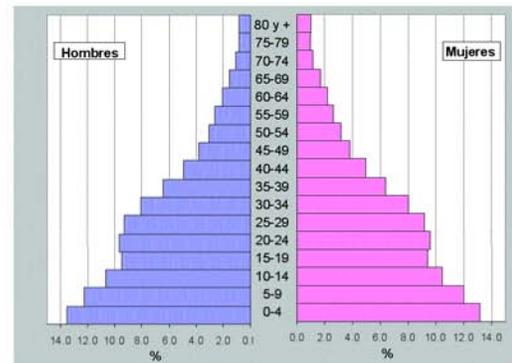




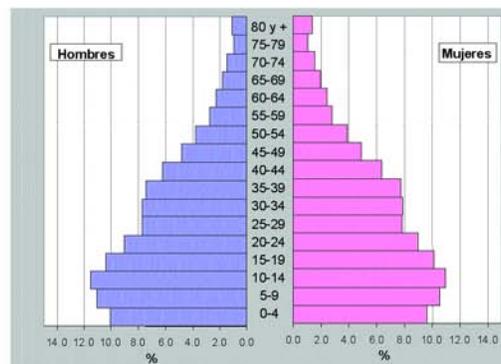
Costa Rica, 1980



Costa Rica, 1990



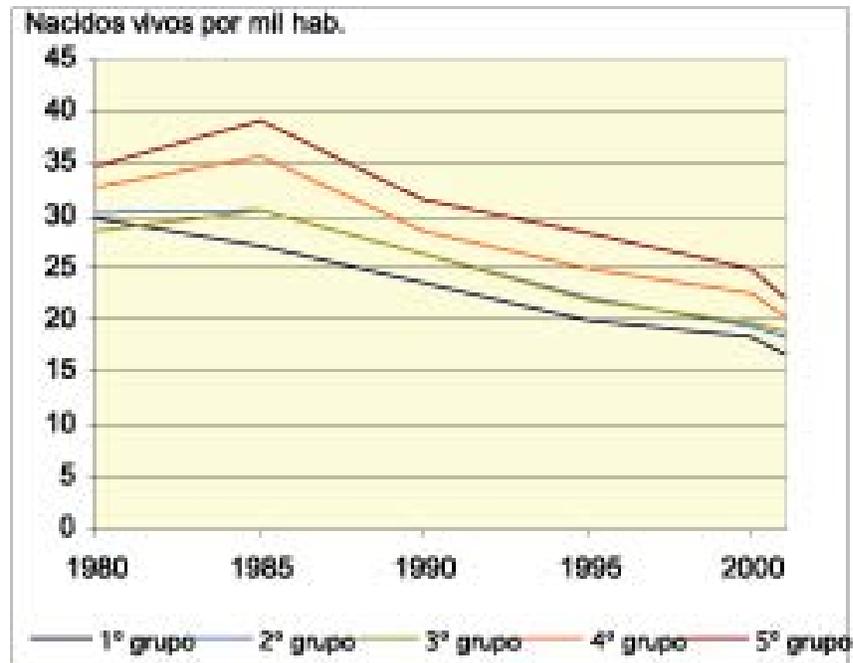
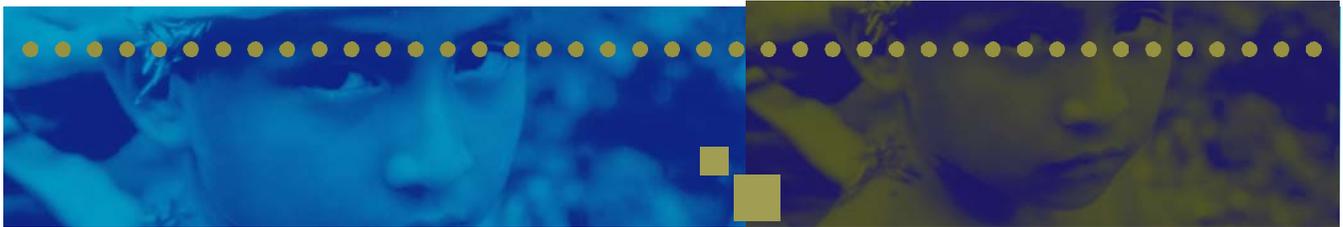
Costa Rica, 2000



Tasas de natalidad por grupos de desarrollo

El número de nacimientos por habitantes disminuyó en forma similar en todos los grupos de desarrollo manteniendo una relación en la que menor desarrollo implica mayor número de nacimientos.





Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio

Años de Vida Potencial Perdidos

Los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) son un indicador de mortalidad prematura ⁽³⁾. Durante el período 1980 a 2000 la mortalidad prematura, disminuyó a casi la mitad (1070 por 10.000 hab. a 625 por 10.000). La relación entre los AVPP y los grupos de desarrollo se hace evidente a lo largo de todo el período. En cada año considerado el 1er y 2do grupo presentó menos AVPP que los grupos 4to y 5to.

Las importantes diferencias presentes entre 1980 y 1990 disminuyeron durante la década de 1990 al 2000. Los índices de desigualdad se fueron reduciendo y también como las líneas del gráfico que muestra estos datos se fueron "aplanando".

³ Los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) estiman los años de vida no vividos como consecuencia de una muerte prematura. (ver nota técnica)



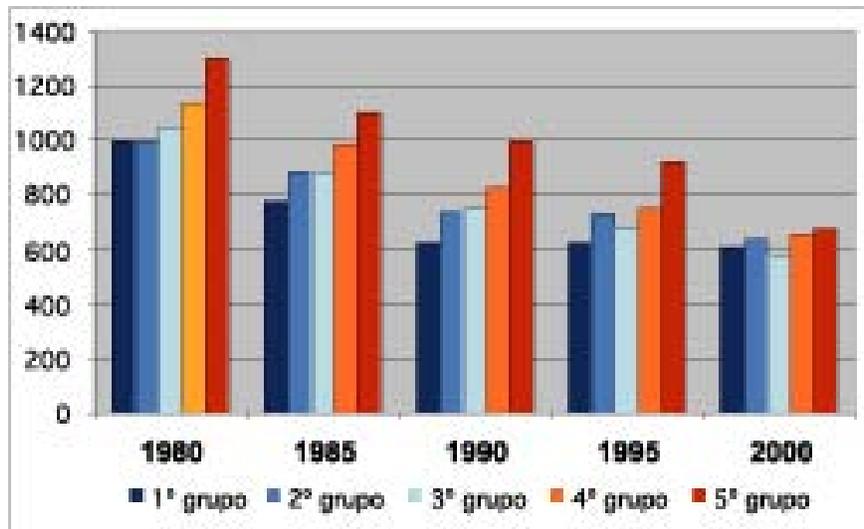


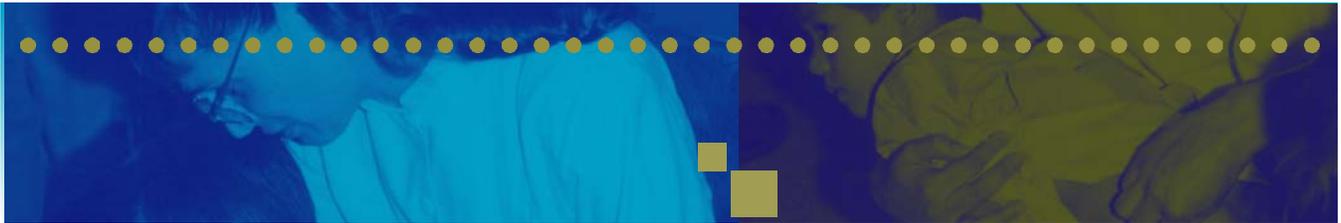
AVP P por grupos, I DP e IRD, 1980 - 2000

	1980	19 85	1990	19 95	2000
Total	1,070.5	911.5	773.4	729.6	625.4
1° grupo	996.9	778.4	627.4	624.5	605.5
2° grupo	993.0	876.0	733.9	724.3	632.2
3° grupo	1045.7	875.8	750.2	676.0	574.5
4° grupo	1132.5	986.7	824.7	744.5	649.7
5° grupo	1294.8	1096.3	994.6	920.2	673.7
IDP	320.11	331.85	366.33	263.89	63.69
IRD	1.35	1.45	1.62	1.44	1.11

AVPP por 10.000 habitantes

Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio





Mortalidad por causas

Entre 1980 y el 2001, la estructura de las causas de muertes ha mantenido como primera causa de muerte a las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar las neoplasias, en el tercer lugar a las causas externas (accidentes, suicidios y homicidios), y en cuarto lugar las infecciones.

Pero la disminución de la mortalidad general ocurrida en el período, no ha sido igual en todos los grupos de causas. Las enfermedades por infecciones, (reducción del 50,9%), las enfermedades perinatales, (reducción del 50,4%) y las causas externas, (reducción del 32,4%) fueron las que tuvieron su mayor peso en este proceso. Durante ese período las neoplasias solo disminuyen un 5,1% y las cardiovasculares un 5,4%, mientras que el resto de las causas de muertes no presentaron cambios substanciales.

El análisis por grupos de desarrollo mostró que las defunciones por enfermedades cardiovasculares y cáncer fueron mayores en los grupos con mayor desarrollo. Algo más marcado pero en sentido contrario ocurrió con las tasas de mortalidad por infecciones y causas externas. Los grupos menos desarrollados tuvieron tasas más elevadas en 1980, pero las diferencias han disminuido y los Índices de desigualdad disminuyeron.

**Tasas ajustadas por edad según causas y mortalidad proporcional,
Costa Rica 1 98 0 a 2000**

	1980		19 85		1990		19 95		2000	
	Tasa	%								
Cardiovasculares	146.5	30.5	147.9	33.2	131.6	32.1	144.6	32.8	122.3	32.5
Cáncer	96.7	20.1	95.2	21.3	87.2	21.3	92.3	20.9	77.8	20.7
Causas externas	66.4	13.8	46.8	10.5	47.5	11.6	49.5	11.2	49.2	13.1
Infecciosas	44.7	9.3	30.3	6.8	28.9	7.1	32.7	7.4	20.2	5.4
Perinatales	18.6	3.9	18.3	4.1	13.0	3.2	12.8	2.9	9.2	2.5
Otras causas	107.6	22.4	107.6	24.1	101.1	24.7	109.5	24.8	97.4	25.9
Total	480.5	100	446.1	100	409.3	100	441.4	100	376.1	100

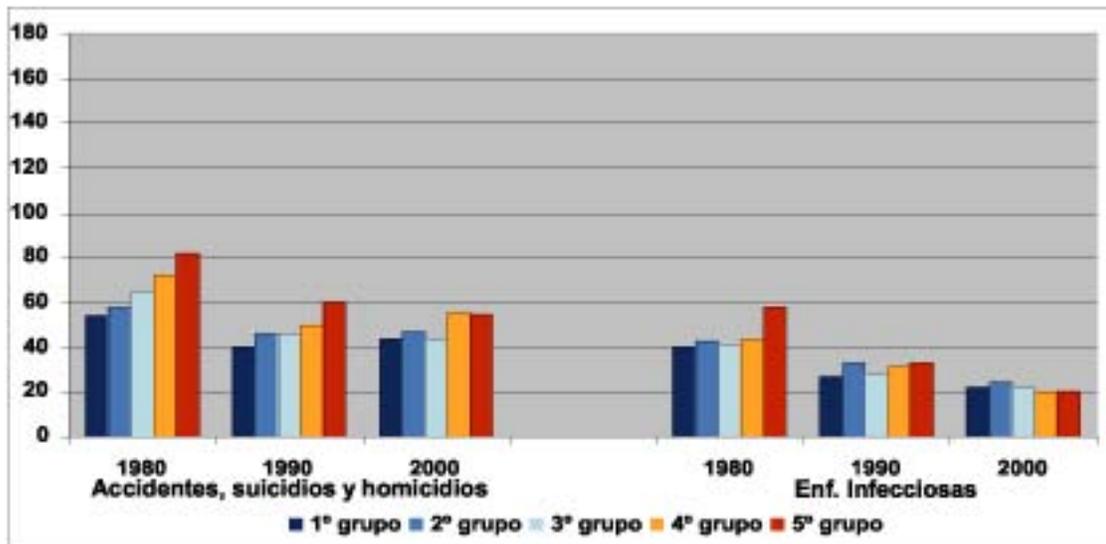
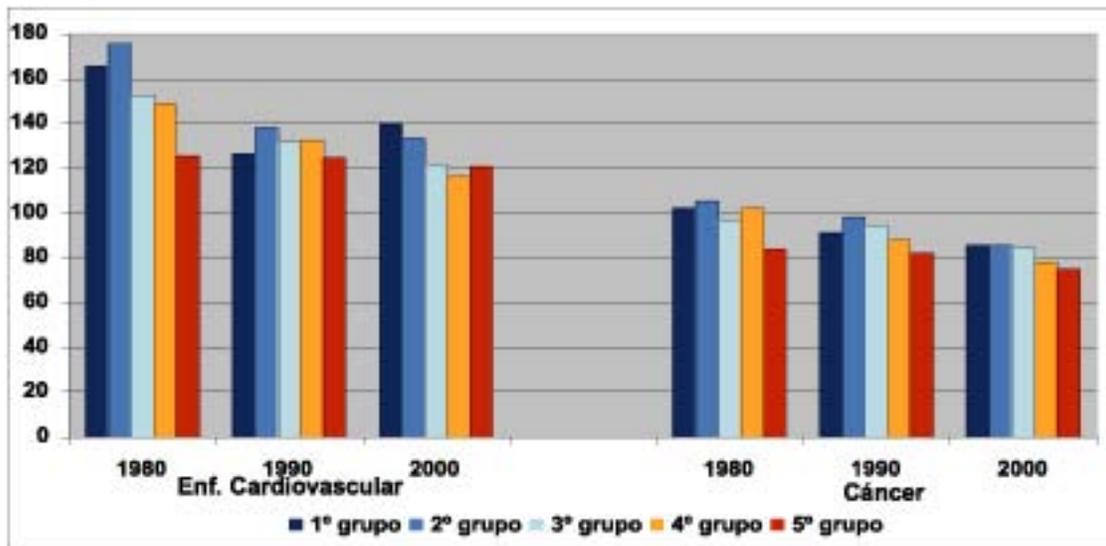
Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio. Tasas por 100.000 habitantes



**Tasas de mortalidad de principales causas por grupos, IDP e IRD,
Costa Rica, 1980 a 2000**

	Cardiovasculares		Cáncer		Causas externas		Infecciosas		
	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000	
1º grupo	165.2	126.5	102.0	91.2	53.8	39.7	39.9	26.3	21.7
2º grupo	175.3	138.3	104.9	97.8	57.7	45.6	43.0	32.5	23.8
3º grupo	152.9	131.7	96.3	94.1	65.0	46.0	41.1	27.7	22.1
4º grupo	148.8	132.3	101.7	88.3	72.1	49.7	43.4	31.2	20.5
5º grupo	125.2	124.8	83.0	82.1	82.2	59.9	57.4	32.8	20.6
IDP	-47.1	-3.4	-17.7	-11.8	31.8	19.7	14.9	5.1	-2.5
IRD	0.74	0.97	0.83	0.88	1.65	1.52	1.40	1.19	0.89





Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio. Tasas por 100.000 habitantes





Mortalidad por cáncer de cuello de útero

Como la mortalidad por cáncer de cuello de útero puede ser evitada con el desarrollo de programas adecuados y al que tenga acceso la población, la mortalidad por esta causa es un importante indicador al considerar el grado de equidad en las condiciones de salud.

La distribución de estas tasas presentaron, en 1980, valores distintos a los esperados. La tasa del 5° grupo fue mucho menor a la de los restantes grupos. En cambio en los años 1990 y 2000 la situación fue a la inversa. Una probable explicación a esto pueda residir en que hubieran existido problemas en los registros de esta causa de muerte en los cantones del grupo de menor desarrollo.

Las diferencias en las tasas de mortalidad por esta causa en el año 2000 es algo importante de destacar. Un Índice relativo de desigualdad de 3,73, indica que entre los cantones menos desarrollados el riesgo de morir por esta causa era en el año 2000 de 373% comparada con los cantones en el primer grupo.

	1980	1990	2000
1° grupo	6.78	3.35	3.41
2° grupo	4.92	4.08	4.35
3° grupo	7.85	4.62	3.17
4° grupo	6.88	6.84	5.41
5° grupo	1.74	8.01	9.72
IDP	-3.14	5.40	5.81
IRD	0.57	3.17	3.73

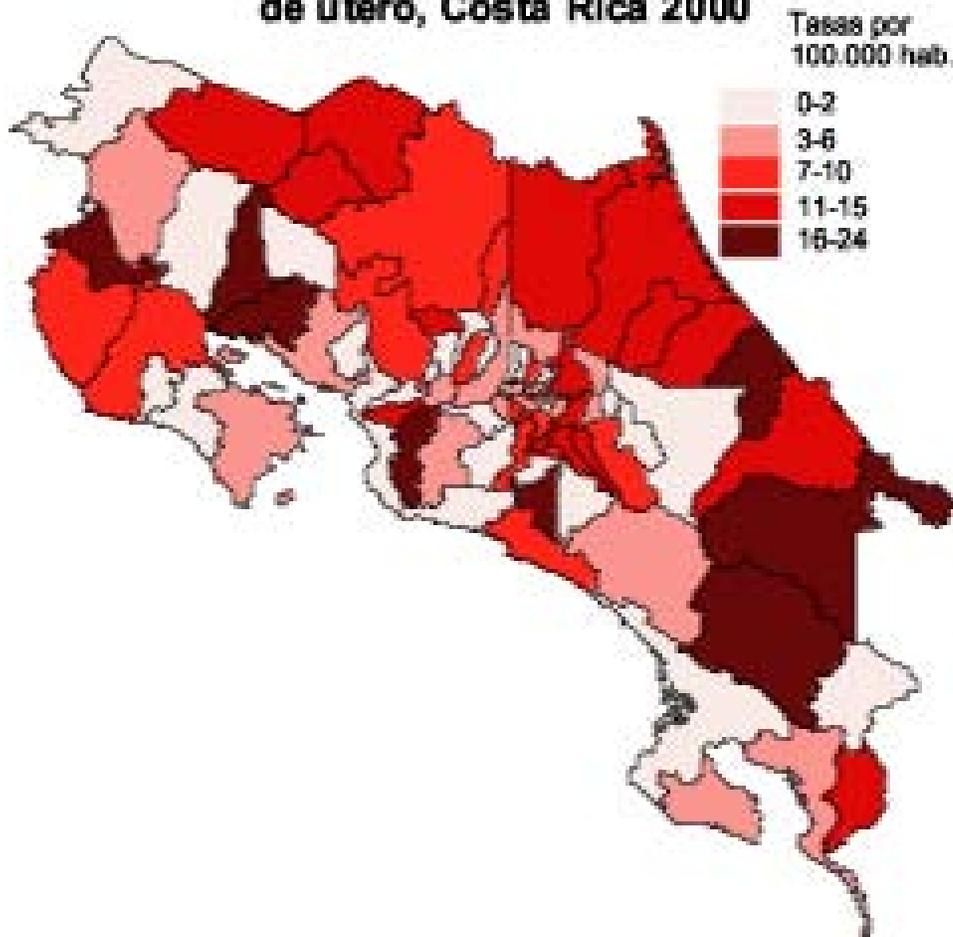
Tasas por 100.000 habitantes

Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio





Tasas de mortalidad por cáncer de útero, Costa Rica 2000





Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles a los cambios en las condiciones de vida. En Costa Rica la mortalidad infantil pasó de 19,5 muertes cada 1000 nacidos vivos en 1980, a 10,8 en el 2001, lo que representó una reducción del 44,5%. Las tasas mantienen una relación inversa con los grupos de desarrollo, que resultó mucho más marcada en 1980.

En los últimos 20 años, la reducción de la mortalidad infantil en los grupos con menor desarrollo fue mayor, y producto de ello, la desigualdad entre los grupos disminuyó en forma significativa.

Tasas de mortalidad infantil por grupos, I DP e I RD, Costa Rica, 1980 a 2001

	1980	19 85	1990	19 95	2000	2001	% reducción 1980/2001
1º grupo	17.91	16.98	11.99	10.94	9.54	11.31	36.8%
2º grupo	18.11	16.78	13.63	12.88	10.41	10.21	43.6%
3º grupo	19.67	18.49	13.80	13.03	9.34	10.88	44.7%
4º grupo	20.25	18.04	17.25	13.04	9.71	10.18	49.8%
5º grupo	22.86	18.23	19.79	16.09	12.04	12.30	46.2%
Total	19.52	17.63	15.12	13.24	10.23	10.82	44.5%
IDP	5.44	1.80	8.65	4.76	1.86	0.80	
IRD	1.32	1.11	1.80	1.44	1.20	1.08	

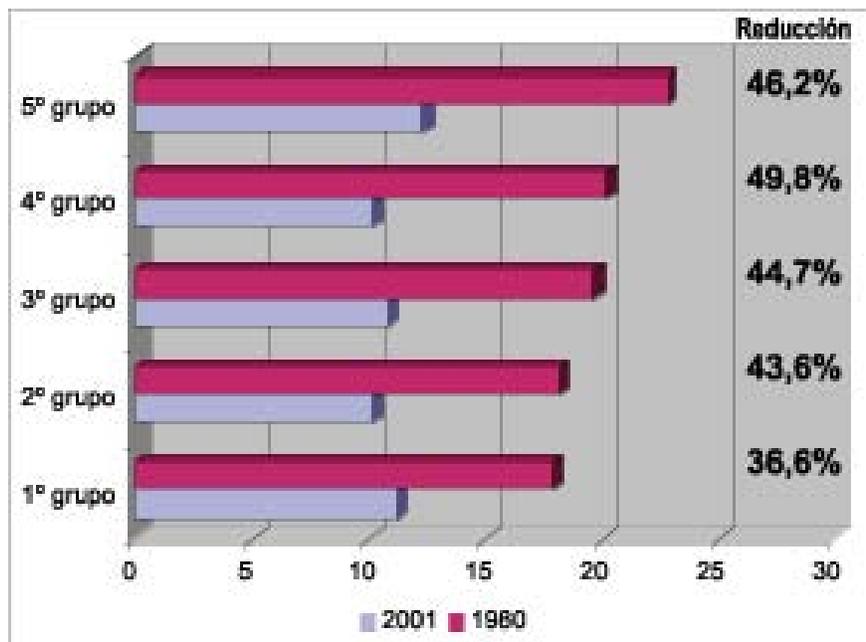
Tasas por 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio





Tasas de mortalidad infantil, Costa Rica, 1980 y 2001



Tasas por 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio

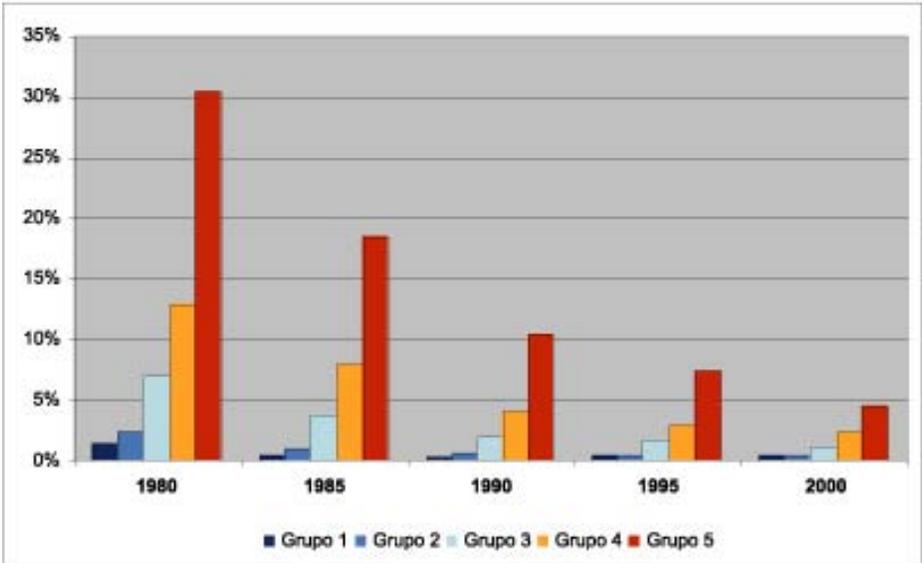




Madres adolescentes y partos no institucionales

La frecuencia de madres adolescentes y los partos realizados en condiciones no adecuadas son dos factores muy relacionados a la mortalidad infantil. El porcentaje de madres menores de 15 años se ha mantenido estable durante estas dos décadas en valores de 1 a 1,2%. La relación de estos porcentajes con los grupos de desarrollo es clara y no se han registrado cambios en el período considerado. En cambio, la proporción de partos no institucionales decreció notablemente en el período, pasando de 9,4% en 1980 a 1,6% en el 2000. La relación del parto no institucional con el grado de desarrollo es mucho más marcada. En 1980, en el grupo menos desarrollado la frecuencia de este tipo de partos era más de 20 veces superior que en el grupo de mayor desarrollo presentando una amplia dispersión dentro del grupo. Un descenso más marcado de este factor en los cantones con menor IDS hizo que esta diferencia se reduzca en el 2000 en más de un 50%. Sin lugar a dudas este debe haber sido un factor que ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil, y a una distribución más equitativa.

Porcentaje de partos no institucionales,
Costa Rica, 1980 - 2000



Fuente: Datos de INEC y procesamiento propio





Mortalidad Materna

Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad materna es un problema de salud muy sensible a las condiciones de vida y al acceso y calidad de los servicios de salud. La frecuencia registrada de este problema no presentó en los últimos 15 años, el descenso deseado. De hecho, las tasas de mortalidad materna no presentaron cambios. El análisis de los datos disponibles de 1985, 1990 y 1995 presentan un particular patrón. Los grupos de cantones con mayor desarrollo fueron los que en 1985 y 1990 presentaron las mayores. Esta situación parece invertirse en el 2000, en el que el exceso de muertes maternas en el grupo de menor desarrollo fue de casi un 300% en comparación a la frecuencia en los cantones del primer grupo.

Un primer análisis podría hacer suponer que a nivel nacional el problema subsiste y que las desigualdades en relación a esta tasa han aumentado. Sin embargo este comportamiento, sugiere que ha habido una importante falta de registros de la mortalidad materna en especial en el grupo de menor desarrollo, y que por lo tanto la verdadera tasa de mortalidad en 1985 y 1990 fue muy superior a la que se registró.

Es de destacar que entre los grupos 1° a 4° no se registró en el 2000 significativas variaciones lo que sugiere la necesidad de centrar los programas de prevención de este problema en los cantones del grupo 5°.

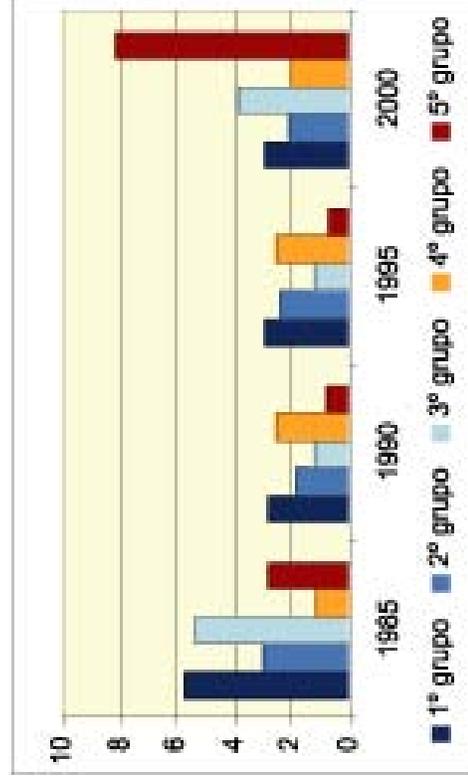


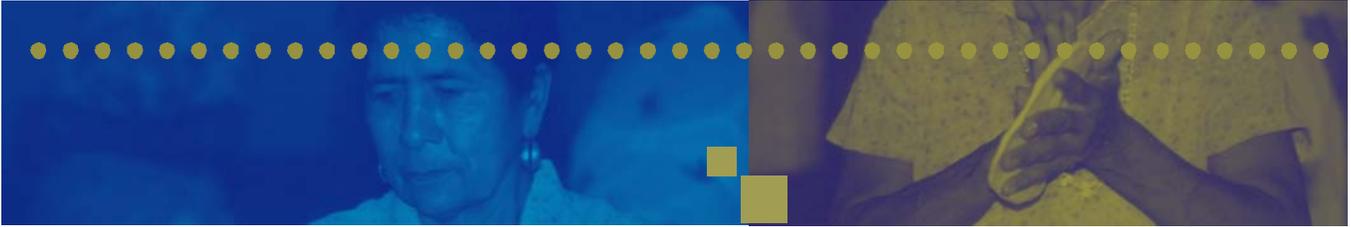
**Tasas de mortalidad materna por grupos, IDP e IRD,
Costa Rica, 1985 a 2000**

	1985	1990	1995	2000
1° grupo	5.76	2.81	2.90	2.95
2° grupo	3.02	1.90	2.36	2.08
3° grupo	5.44	1.22	1.28	3.89
4° grupo	1.18	2.57	2.60	2.00
5° grupo	2.86	0.76	0.73	8.13
Total	3.4	1.8	2.0	3.6
IDP	-3.47	-1.57	-1.91	4.59
IRD	0.36	0.41	0.35	4.08

Tasas por 10.000 habitantes

Fuente: Unidad de Estadística, Min.de Salud y proc. propio





Conclusiones

Como resultado del análisis realizado se puede concluir:

- Los indicadores estudiados presentan netas mejorías en el nivel nacional, excepto el de mortalidad materna. Sin embargo puede estimarse que problemas el registro de este indicador ha mejorado y que en realidad sí ha habido una mejoría.
- Las diferencias entre grupos se han estrechado progresivamente de 1980 al 2000 y 2001 en la mayoría de los indicadores de salud. Lo que sugiere que las políticas y programas sociales y de salud han logrado al enfocar sus acciones en los grupos más vulnerables, y así compensar las diferencias de desarrollo que presentan los diferentes grupos.
- El Índice de Desarrollo Social (IDS) se relaciona con la mayoría de los indicadores de salud lo que indica la utilidad de este indicador para discriminar condiciones de vida y de salud.
- Aún cuando todavía pueden percibirse algunas diferencias por entre los cantones que podrían seguir estrechándose, es evidente que se ha logrado un importante grado de homogeneidad en las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud.
En este contexto, y tendiendo a una mejora colectiva de la salud de la población, los desafíos a asumir deberían orientarse a mantener el grado de equidad alcanzado, continuar las políticas dirigidas a los grupos más vulnerables y profundizar en desarrollo de los servicios de salud, y priorizar la calidad de la cobertura.





Notas técnicas

Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP) e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)

Estos índices se basan en el análisis de los valores de los indicadores de salud en relación a cada grupo de ingresos o de desarrollo para estimar la diferencia entre los grupos de ambos extremos. El Índice de Desigualdad de la Pendiente estima la diferencia absoluta, mientras que el Índice Relativo de Desigualdad calcula una razón entre los grupos a un lado y otro de la distribución. Así considerando la tasa de mortalidad infantil del año 1980 de los 5 grupos de desarrollo y la cantidad de niños nacidos en cada grupo se estimó que el IDP fue de 5,4, lo que significa que en el extremo de menor desarrollo hubo un exceso de 5,4 muertes en menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos. En tanto un IRD de 1,32 significó que este exceso fue de un 32%.

Tasas ajustadas

La dificultad para comparar tasas entre poblaciones con diferentes estructuras de edad requiere la realización de un "ajuste". Este ajuste, en el caso de las tasas de mortalidad general estima el número de muertes que presentarán diferentes poblaciones si la estructura de la población fuera similar a una población definida, considerada estándar.

Para el ajuste de las tasas en este estudio se usó como población estándar, a la estructura de la población total de Costa Rica en el censo del 2000, considerando intervalos de edades de 5 años y para cada sexo.



Población estándar .
(Población de Costa Rica 2000)

	Varones	Mujeres		Varones	Mujeres
0-4	5046.7	4837.0	45-49	2370.6	2448.9
5-9	5523.2	5269.1	50-54	1882.5	1950.0
10-14	5760.0	5499.8	55-59	1352.1	1401.3
15-19	5211.3	5078.6	60-64	1130.9	1182.4
20-24	4505.8	4489.3	65-69	906.9	973.6
25-29	3842.5	3919.6	70-74	728.7	784.1
30-34	3841.7	3946.3	75-80	475.8	529.7
35-39	3704.2	3875.2	80 y +	532.6	667.5
40-44	3119.4	3212.7			

Total 100.000 hab.

Años de Vida Potencial Perdidos

Los AVPP, fueron calculados considerando una expectativa de vida de 75 años, por lo que las defunciones en individuos de 75 o más años no fueron consideradas.

La fórmula utilizada fue:

$$\frac{75 - (\text{edad al morir en años cumplidos} + 0,5)}{\text{Población}} \times 10.000 \text{ habitantes}$$

