



# Panorama Demográfico 2015



San José, Costa Rica  
DICIEMBRE 2016

# Panorama Demográfico 2015

San José, Costa Rica  
DICIEMBRE 2016



## Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

### Área de Censos y Encuestas

Se permite la reproducción total o parcial con propósitos educativos y sin fines de lucro, con la condición de que se indique la fuente.

El INEC agradece se le remita un ejemplar de cualquier documento elaborado con base en la siguiente publicación.

#### Consejo directivo:

Fernando Ramírez Hernández, Presidente

Cathalina García Santamaría, Vicepresidenta

Ligia Jeannette Bermúdez Mesén, Secretaria

Agustín Gómez Meléndez, Director

Adrián Vargas Coto, Director

#### Gerencia y Subgerencia:

Floribel Méndez Fonseca. Gerente

Elizabeth Solano Salazar. Subgerente

#### Coordinadora y encargada:

Giselle Argüello Venegas. Coordinadora del Área de Censos y Encuestas

Olga Martha Araya Umaña. Coordinadora Unidad de Estadísticas Demográficas

#### Elaboración:

Unidad de Estadísticas Demográficas

#### Diseño y diagramación:

Proceso Producción Gráfica

## Presentación

Año tras año los datos de las estadísticas vitales permiten monitorear la estructura poblacional y los componentes demográficos de un país, la fecundidad, la mortalidad y la nupcialidad. Estos aspectos se relacionan directamente con procesos como el envejecimiento poblacional, la disminución de la natalidad o el cambio en patrones culturales de nupcialidad; procesos que, a su vez, inciden en temas fundamentales del país, entre ellos, los regímenes de pensiones o la capacidad de los servicios de salud, entre muchos otros.

Por ello y con el propósito de dar a conocer el estado general del cambio demográfico en Costa Rica, basado en la descripción y análisis de los datos de las estadísticas vitales, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), presenta en este documento, un compendio de datos estadísticos sobre los principales aspectos del panorama demográfico en Costa Rica para el periodo 1995 - 2015.

En la primera sección se muestran los principales cambios poblacionales, así como un análisis de la fecundidad, la nupcialidad y la mortalidad durante el periodo establecido. En la segunda sección, se presenta un análisis dedicado al perfil epidemiológico del país en los últimos treinta años, a partir del análisis de la carga global de la enfermedad, es decir, un análisis de las defunciones por causas transmisibles, no transmisibles y externas.

Este documento busca ser un insumo para el análisis de la realidad del país y facilitar el acceso a la información de una manera clara y sencilla, de forma que sea utilizado por las instituciones, principalmente aquellas vinculadas con el sector salud, y por la población en general.



# Tabla de contenido

	Página
<b>Presentación</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>1. Definición de términos</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2. Principales resultados</b> . . . . .	<b>11</b>
2.1 Panorama nacional . . . . .	11
2.1.1 Población . . . . .	11
2.1.2 Fecundidad . . . . .	14
2.1.3 Nupcialidad. . . . .	18
2.1.4 Mortalidad general . . . . .	22
2.1.5 Mortalidad materno-infantil . . . . .	25
2.2 Perfil epidemiológico de Costa Rica: un análisis desde la mortalidad en los últimos treinta años . . . . .	32
2.2.1 El análisis de las transiciones . . . . .	32
2.2.2 Análisis del perfil epidemiológico costarricense .	34
2.2.3 Consideraciones finales . . . . .	50
<b>Bibliografía</b> . . . . .	<b>51</b>

## Índice de cuadros

### Página

Cuadro 2.1 Población total por sexo y tasa de crecimiento, 1995 - 2015 . . . . .	12
Cuadro 2.2 Población, nacimientos, tasa bruta de natalidad y tasa global de fecundidad, 1995 - 2015. . . . .	15
Cuadro 2.3 Distribución de los nacimientos según grupos de edades de la madre, 1995 y 2015 . . . . .	18
Cuadro 2.4 Total de matrimonios por tipo, edad promedio al primer matrimonio y tasa de nupcialidad, 1995 - 2015 . . .	19
Cuadro 2.5 Población total, defunciones y tasa bruta de mortalidad, 1995 - 2015 . . . . .	22
Cuadro 2.6 Total de defunciones por sexo, según año y causa, 1995 y 2015 . . . . .	23
Cuadro 2.7 Total de muertes y razón de mortalidad materna (RMM), 1995 - 2015 . . . . .	26
Cuadro 2.8 Tasas de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal, 1995 - 2015 . . . . .	28
Cuadro 2.9 Distribución relativa de defunciones infantiles por año, según causa de muerte, 1995, 2005 y 2015 . . . . .	29
Cuadro 2.10 Tasas de mortalidad infantil por año, según provincia de residencia y sexo 1995, 2005 y 2015 . . . . .	31
Cuadro 2.11 Distribución relativa de las defunciones por año, según grupos de edades, 1986, 1996, 2006 y 2015 . . .	35

## Página

Cuadro 2.12 Esperanza de vida al nacer estimada para ambos sexos, según quinquenios por países, 1980 - 2020 . . . 37

Cuadro 2.13 Distribución relativa por grupos de la carga de la enfermedad según provincia, 1986 y 2015. . . . . 47

## Índice de gráficos

Gráfico 2.1 Distribución relativa de la población por sexo y grupos de edades, 1995 y 2015 . . . . . 13

Gráfico 2.2 Evolución de la tasa global de fecundidad, 1995 - 2015 . . . . . 16

Gráfico 2.3 Tasas específicas de fecundidad por edad, 1995 y 2015 . . . . . 17

Gráfico 2.4 Edad media al primer matrimonio por sexo, 1995 - 2015 . . . . . 20

Gráfico 2.5 Distribución relativa de matrimonios por tipo, 1995 - 2015 . . . . . 21

Gráfico 2.6 Distribución relativa de la población por sexo y grupos de edades, 1986 y 2015 . . . . . 33

Gráfico 2.7 Distribución relativa de las defunciones según grupos de carga de la enfermedad, 1986, 1996, 2006 y 2015 . . . 40

Gráfico 2.8. Razón del perfil de mortalidad, 1986 - 2015. . . . 41

Gráfico 2.9 Defunciones de causas transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales según tipo de causa, 1986 - 2015 . . . . . 42

## Página

Gráfico 2.10 Defunciones de causas no transmisibles según tipo de causa, 1986 - 2015 . . . . .	44
Gráfico 2.11 Defunciones de causa externa según tipo de causa, 1986 - 2015 . . . . .	45
Gráfico 2.12 Distribución relativa de las defunciones por grupos de carga de la enfermedad, según distritos prioritarios y no prioritarios, 2015 . . . . .	49

## 1. Definición de términos

**Tasa de crecimiento poblacional:** expresa el crecimiento o decrecimiento de la población de un determinado territorio durante un periodo definido. Se refiere a la tasa exponencial promedio anual por cien.

**Esperanza de vida al nacer:** es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las tasas de mortalidad se mantuvieran constantes.

**Tasa bruta de natalidad:** indica el número de nacimientos por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total al 30 de junio del año, por mil.

**Tasa global de fecundidad:** es el número de hijos e hijas que en promedio tendría cada mujer al final del periodo fértil, si durante su vida tiene sus hijos e hijas de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad observadas en el país y año de interés y, además, estas mujeres no están afectadas por la mortalidad desde el nacimiento hasta el final de periodo fértil.

**Tasa bruta de mortalidad:** es el número de defunciones por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de defunciones anuales con respecto a la población total al 30 de junio del año, por mil.

**Tasa de mortalidad infantil:** indica el número de defunciones de niños y niñas menores de un año de edad, por cada mil nacimientos durante un mismo periodo.

**Tasa de mortalidad neonatal:** es el número de defunciones que ocurren en los primeros 28 días de vida, por cada mil nacimientos durante un mismo periodo.

**Tasa de mortalidad posneonatal:** es el número de defunciones que ocurren a partir de los 29 días de vida, hasta antes de cumplir el primer año, por cada mil nacimientos durante un mismo periodo.

**Tasa de nupcialidad:** es el número de matrimonios, según sea el caso, católicos o civiles, por cada mil habitantes durante un mismo periodo.

**Razón de mortalidad materna:** es el número de mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto o puerperio, por cada mil nacimientos durante un mismo periodo.

## 2. Principales resultados

### 2.1 Panorama nacional

#### 2.1.1 Población

La tasa de crecimiento poblacional<sup>1</sup> de Costa Rica ha disminuido constantemente en los últimos veinte años, producto del avanzado proceso de transición demográfica en el que se encuentra el país. Los cambios en los componentes demográficos así lo demuestran: una esperanza de vida al nacer que ha alcanzado los 80 años en promedio, una tasa global de fecundidad (TGF) menor que el nivel de reemplazo generacional<sup>2</sup> y una tasa bruta de mortalidad que empieza a aumentar.

Esta situación tiene como consecuencia una modificación en la estructura poblacional del país y una desaceleración del ritmo de crecimiento. Los datos del cuadro 2.1 muestran que entre 1995 y 1996 la población del país creció aproximadamente en tres personas por cada cien habitantes, mientras que, entre 2014 y 2015, el crecimiento se redujo a una persona.

---

1/ Las estimaciones y proyecciones distritales fueron elaboradas con una variación del método de componentes utilizado para la elaboración de las proyecciones nacionales, por ende, los datos totales pueden no coincidir de manera exacta con los datos de las proyecciones nacionales. Para esta publicación se utilizan los totales de las estimaciones y proyecciones a nivel nacional.

2/ El nivel de reemplazo generacional indica el promedio de hijos suficientes para reemplazar exactamente a ambos padres en la población. En la mayoría de países desarrollados se considera que una TGF de 2,1, aproximadamente, es el nivel de reemplazo. (Haupt & Kane, 1980).

## CUADRO 2.1

## Población total por sexo y tasa de crecimiento, 1995 - 2015

Año	Población			Tasa de crecimiento <sup>1</sup>
	Total	Hombres	Mujeres	
1995	3 428 278	1 735 091	1 693 187	-
1996	3 520 866	1 782 425	1 738 441	2,66
1997	3 611 224	1 827 958	1 783 266	2,53
1998	3 699 939	1 872 412	1 827 527	2,43
1999	3 786 841	1 916 262	1 870 579	2,32
2000	3 872 349	1 961 351	1 910 998	2,23
2001	3 953 393	2 002 061	1 951 332	2,07
2002	4 022 431	2 036 864	1 985 567	1,73
2003	4 086 405	2 069 239	2 017 166	1,58
2004	4 151 823	2 101 920	2 049 903	1,59
2005	4 215 248	2 133 445	2 081 803	1,52
2006	4 278 656	2 165 366	2 113 290	1,49
2007	4 340 390	2 195 780	2 144 610	1,43
2008	4 404 090	2 227 563	2 176 527	1,46
2009	4 469 337	2 260 174	2 209 163	1,47
2010	4 533 894	2 292 322	2 241 572	1,43
2011	4 592 149	2 321 360	2 270 789	1,28
2012	4 652 459	2 351 032	2 301 427	1,30
2013	4 713 168	2 380 850	2 332 318	1,30
2014	4 773 130	2 410 323	2 362 807	1,26
2015	4 832 234	2 439 333	2 392 901	1,23

1/ Por cada cien habitantes.

Fuente: INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, noviembre 2013.

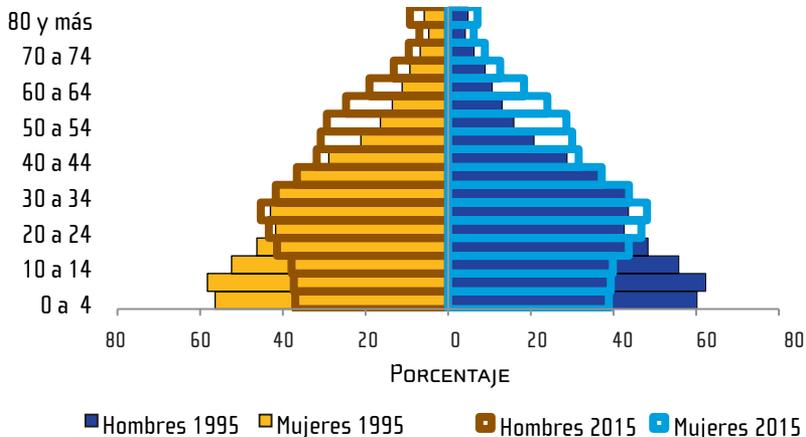
A su vez, y producto también de dichos cambios, el país atraviesa por un proceso de envejecimiento de la población, tal y como se observa de manera gráfica en la pirámide de población (gráfico 2.1) la cual presenta el cambio que ha experimentado el país en dos décadas, al pasar de una estructura relativamente piramidal, a una más ensanchada y que va tomando forma rectangular.

Para 1995, la estructura de la población de Costa Rica tenía una base ancha donde más del 50% de la población era menor de 25 años y una cúspide angosta, donde el 5,1% de la población era adulta mayor (de 65 años o más). Por su parte, veinte años después, en el 2015, la pirámide poblacional presenta una base más angosta, pues la población menor de 25 años disminuyó a 40,5%, y la cúspide se ensanchó, ya que para este año, el porcentaje de adultos mayores alcanzó el 7,4% de la población.

GRÁFICO 2.1

### Distribución relativa de la población por sexo y grupos de edades, 1995 y 2015

GRUPOS DE  
EADAES



Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 – 2015.

INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, noviembre 2013.

Esta estructura poblacional implica que Costa Rica se encuentra en el llamado “*bono demográfico*” que se refiere a un aumento relativo de la población en edades activas y una disminución en la relación de dependencia demográfica (RDD).

La RDD se define como la relación que existe entre la población dependiente (personas menores de 15 años y personas de 65 años y más) y la población económicamente activa (personas de 15 a 64 años).

Para 1995, la RDD era de 66 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas, mientras que para 2015, la relación disminuyó a 44. Sin embargo, si se analizan las proyecciones de población, para el 2022 la RDD empezará a aumentar debido al incremento de población adulta mayor, lo cual indica que el “*bono demográfico*” empezará su declive.

### 2.1.2 Fecundidad

En 1995 hubo 23 nacimientos por cada mil habitantes en el país, según la tasa bruta de natalidad (TBN) (cuadro 2.2). Para 2015, esta cifra fue de 15 nacimientos por cada mil habitantes, es decir, actualmente hay cerca de 9 nacimientos menos por cada mil habitantes, respecto a la realidad de hace 20 años.

Dicha disminución en la cantidad de nacimientos también se refleja en la cantidad de hijos que están teniendo las mujeres en edad fértil, indicador que se mide a partir de la tasa global de fecundidad (TGF). Para 1995, la tasa era de 2,80 hijos e hijas por mujer, sobrepasando el nivel de reemplazo, sin embargo, a partir del 2004 la TGF disminuyó a niveles por debajo del reemplazo generacional. Para el 2015 el país presenta una tasa de 1,76 hijos por mujer, es decir, actualmente las mujeres tienen, en promedio, un hijo menos que hace 20 años.

## CUADRO 2.2

**Población, nacimientos, tasa bruta de natalidad y tasa global de fecundidad, 1995 - 2015**

Año	Población	Nacimientos	Tasa bruta de natalidad	Tasa global de fecundidad <sup>1</sup>
1995	3 428 278	80 306	23,42	2,80
1996	3 520 866	79 203	22,50	2,70
1997	3 611 224	78 018	21,60	2,58
1998	3 699 939	76 982	20,81	2,48
1999	3 786 841	78 526	20,74	2,48
2000	3 872 349	78 178	20,19	2,42
2001	3 953 393	76 400	19,33	2,31
2002	4 022 431	71 144	17,69	2,11
2003	4 086 405	72 938	17,85	2,12
2004	4 151 823	72 247	17,40	2,06
2005	4 215 248	71 548	16,97	1,99
2006	4 278 656	71 291	16,66	1,94
2007	4 340 390	73 144	16,85	1,96
2008	4 404 090	75 187	17,07	1,98
2009	4 469 337	75 000	16,78	1,95
2010	4 533 894	70 922	15,64	1,82
2011	4 592 149	73 459	16,00	1,86
2012	4 652 459	73 326	15,76	1,84
2013	4 713 168	70 550	14,97	1,76
2014	4 773 130	71 793	15,04	1,77
2015	4 832 234	71 819	14,86	1,76

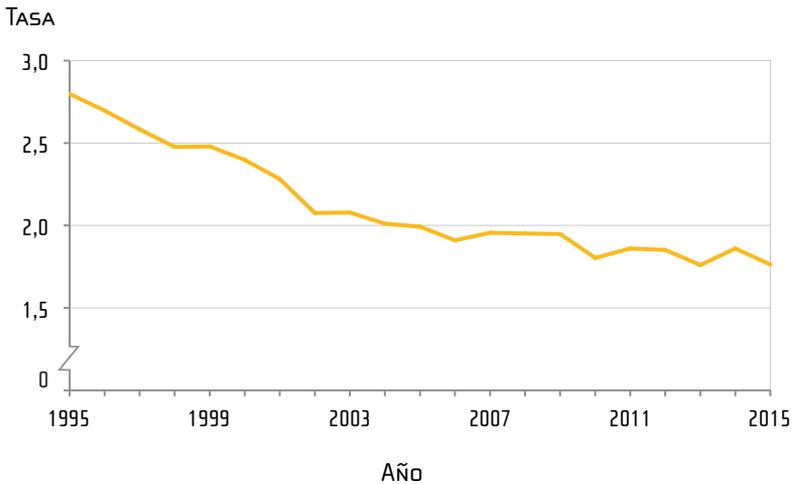
1/ Hijas e hijos por mujer.

Fuente: INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, noviembre 2013.

El gráfico 2.2 permite observar la tendencia de la TGF en los últimos 20 años, la cual ha experimentado un sostenido descenso, lo que evidencia una caída más pronunciada en el periodo 1995 – 2001 y una cierta estabilidad desde 2002, aunque continuamente decreciendo.

## GRÁFICO 2.2

### Evolución de la tasa global de fecundidad, 1995 - 2015



Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 – 2015.

INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, noviembre 2013.

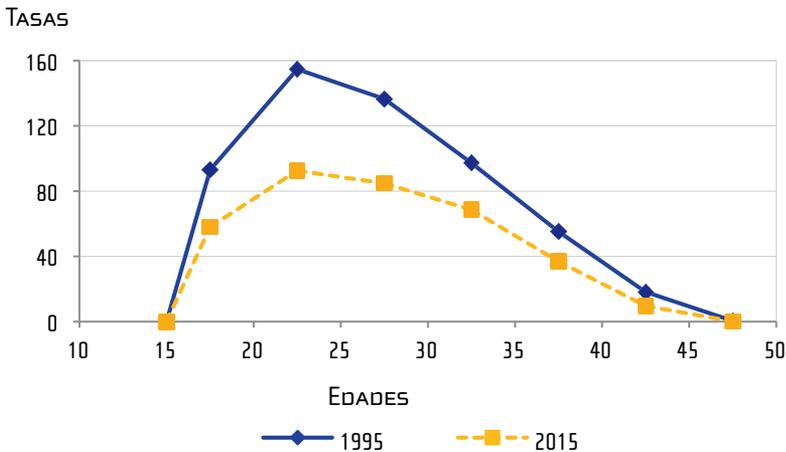
## *Fecundidad por grupos de edades*

Las tasas específicas de fecundidad permiten conocer la cantidad de hijos de las mujeres en una determinada edad. Se calculan dividiendo el total de nacimientos de mujeres de un grupo de edades entre el total de mujeres de ese mismo grupo de edades. De esta manera, se puede analizar en cuáles grupos de edades se concentran los nacimientos o bien, realizar análisis específicos para los diferentes grupos, por ejemplo, adolescentes, adultas jóvenes o mujeres en edades más avanzadas.

El gráfico 2.3 muestra que las tasas específicas de fecundidad por edades para el 2015 han disminuido respecto a 1995 en todos los grupos de edades, lo cual indica que las mujeres tienen menos hijos en todos los grupos de edades. Por ejemplo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa pasó de 93 hijos por cada mil mujeres en 1995 a 58 hijos en el 2015.

GRÁFICO 2.3

### Tasas específicas de fecundidad<sup>1</sup> por edades, 1995 - 2015



1/ Hijos e hijas por cada mil mujeres.

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 y 2015.

INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, noviembre 2013.

Sin embargo, si bien la cantidad de hijos por mujer ha disminuido en todos los grupos etarios, la distribución relativa de los nacimientos por edad de la madre, demuestra que ha habido un aumento de nacimientos en madres que se encuentran en edades entre los 25 y los 39 años.

Como se observa en el cuadro 2.3, en el 2015 el porcentaje de nacimientos de madres en edades entre los 15 y 24 años disminuyó respecto a la distribución de 1995, así también el porcentaje de nacimientos en madres mayores de 40 años. No obstante, el porcentaje de nacimientos en el grupo de 30 a 34 años y de 35 a 39 años aumentó en 9,0% y 5,8%, respectivamente.

Estos datos podrían sugerir una tendencia a atrasar la edad de la maternidad, la cual es otro de los factores que se asocian con una etapa avanzada en la transición demográfica, tal y como se ha comentado.

CUADRO 2.3

**Distribución de los nacimientos según grupos de edades de la madre, 1995 y 2015**

Grupos de edades de la madre	Nacimientos <sup>1</sup>			
	1995		2015	
	Frecuencia	Relativo	Frecuencia	Relativo
<b>Total</b>	<b>79 851</b>	<b>100,0</b>	<b>71 506</b>	<b>100,0</b>
Menos de 20	14 760	18,5	11 610	16,2
20 a 24	22 137	27,7	19 398	27,1
25 a 29	20 125	25,2	18 577	26,0
30 a 34	14 042	17,6	13 822	19,3
35 a 39	6 862	8,6	6 526	9,1
40 a 44	1 797	2,3	1 474	2,1
45 y más	128	0,2	99	0,1

1/ No se incluyen nacimientos con edad ignorada.

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 y 2015.

### 2.1.3 Nupcialidad

El análisis de la nupcialidad es otro elemento fundamental de la realidad demográfica de un país, pues está relacionado con dinámicas familiares que pueden tener incidencia en los componentes del

cambio poblacional como la fecundidad. Además, permite analizar patrones culturales de la población y cómo estos se modifican con el paso del tiempo.

Para 1995, ocurrieron 7 matrimonios por cada mil habitantes del país, 20 años después, la tasa de nupcialidad se redujo en dos matrimonios (cuadro 2.4).

#### CUADRO 2.4

##### Total de matrimonios por tipo, edad media al primer matrimonio de hombres y mujeres y tasa de nupcialidad, 1995 - 2015

Año	Total	Católico	Civil	Edad media hombre	Edad media mujer	Tasa de nupcialidad <sup>1</sup>
1995	24 274	13 457	10 817	27,03	24,09	7,08
1996	23 574	12 313	11 261	26,98	24,19	6,70
1997	24 300	11 634	12 666	27,33	24,46	6,73
1998	24 831	11 491	13 340	27,36	24,55	6,71
1999	25 613	11 364	14 249	27,62	24,78	6,76
2000	24 436	10 540	13 896	27,86	24,91	6,31
2001	23 790	9 480	14 310	27,92	25,06	6,02
2002	23 926	9 106	14 820	28,10	25,40	5,95
2003	24 448	8 324	16 124	28,34	25,66	5,98
2004	25 370	7 820	17 550	28,54	25,96	6,11
2005	25 631	7 828	17 803	28,93	26,20	6,08
2006	26 575	7 033	19 542	29,03	26,38	6,21
2007	26 010	7 305	18 705	29,03	26,29	5,99
2008	25 034	7 384	17 650	29,20	26,57	5,68
2009	23 920	6 945	16 975	29,46	26,85	5,35
2010	23 955	6 855	17 100	29,72	27,13	5,28
2011	25 013	7 154	17 859	29,76	27,32	5,45
2012	26 112	7 146	18 966	30,36	27,86	5,61
2013	25 725	7 001	18 724	30,64	28,23	5,46
2014	25 909	7 094	18 815	30,95	28,51	5,43
2015	26 512	7 192	19 320	31,32	28,94	5,49

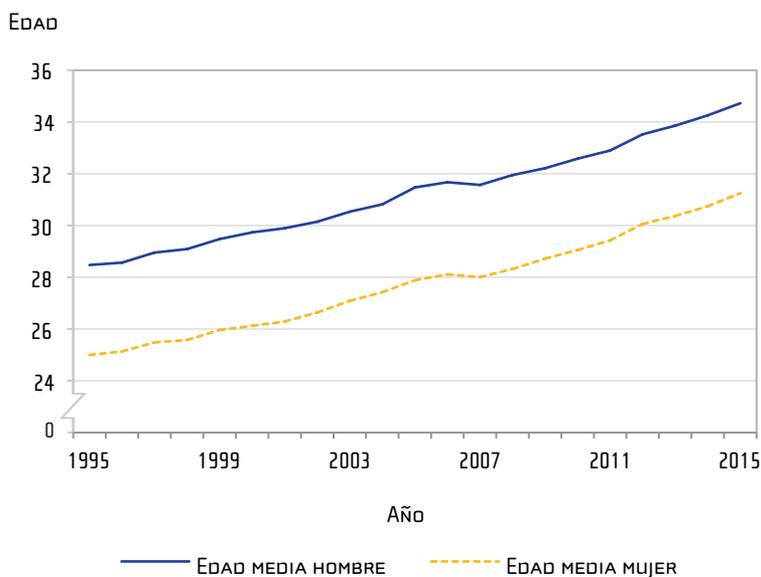
1/ Matrimonios por cada mil habitantes.

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 – 2015.

Como se observa, las personas en Costa Rica no solo se casan menos, sino que además lo hacen a edades más avanzadas, especialmente las mujeres cuya edad media al primer matrimonio aumentó casi 5 años, pasó de 24 a 29 años. En el caso de los hombres, la edad media aumentó 4 años, de 27 a 31 años. El gráfico 2.4 refleja, a través de los últimos veinte años, la tendencia al incremento de la edad al primer matrimonio, tanto para los hombres como para las mujeres.

GRÁFICO 2.4

### Edad media al primer matrimonio por sexo, 1995 - 2015



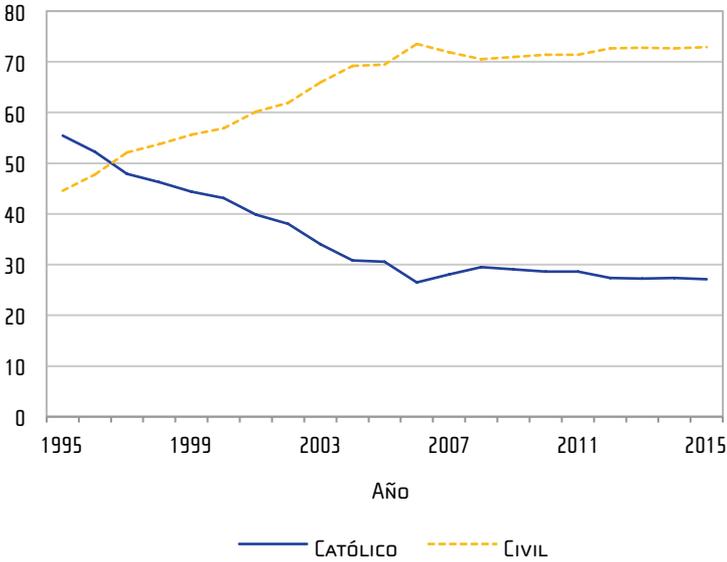
Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 - 2015.

Otro de los cambios culturales más evidentes se da en el tema del tipo de matrimonio. El gráfico 2.5 muestra que antes de 1996 los matrimonios de tipo católico prevalecían en el país; no obstante, a partir de ese año hubo una disminución constante de este tipo de matrimonios, pues pasan de 55,4% en 1995 a 27,1% en el 2015.

## GRÁFICO 2.5

## Distribución relativa de matrimonios por tipo, 1995 - 2015

PORCENTAJE



Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 - 2015.

Por su parte, los matrimonios de tipo civil han aumentado considerablemente en los últimos veinte años, pasando de representar el 44,6% de los matrimonios en 1995 a 72,9% en el 2015. Es decir, que en un período de 20 años las uniones civiles casi se han duplicado.

## 2.1.4 Mortalidad general

Para el inicio del periodo analizado, 1995, la tasa bruta de mortalidad en el país fue de 4,10, lo que indica que por cada mil habitantes murieron 4 personas. A partir de 1996 se observa cierta disminución que se sostiene hasta el 2009, año en que la tasa empieza a aumentar y para 2015 fue de 4,35; la más alta en los últimos veinte años. Dicho aumento se debe principalmente al proceso de envejecimiento que experimenta la población. El cuadro 2.5 muestra los datos para el periodo analizado.

**CUADRO 2.5**

**Población total, defunciones y tasa bruta de mortalidad, 1995 - 2015**

Año	Población	Defunciones	Tasa bruta de mortalidad <sup>1</sup>
1995	3 428 278	14 061	4,10
1996	3 520 866	14 613	4,15
1997	3 611 224	14 260	3,95
1998	3 699 939	14 708	3,98
1999	3 786 841	15 052	3,97
2000	3 872 349	14 944	3,86
2001	3 953 393	15 609	3,95
2002	4 022 431	15 004	3,73
2003	4 086 405	15 800	3,87
2004	4 151 823	15 949	3,84
2005	4 215 248	16 139	3,83
2006	4 278 656	16 766	3,92
2007	4 340 390	17 069	3,93
2008	4 404 090	18 021	4,09
2009	4 469 337	18 560	4,15
2010	4 533 894	19 077	4,21
2011	4 592 149	18 801	4,09
2012	4 652 459	19 200	4,13
2013	4 713 168	19 646	4,17
2014	4 773 130	20 560	4,31
2015	4 832 234	21 038	4,35

1/ Defunciones por cada mil habitantes.

Fuentes: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 - 2015.

INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, noviembre 2013.

Las principales causas de muerte en nuestro país en el inicio y final del periodo se comparan en el cuadro 2.6, donde se aprecia que en los últimos 20 años el *infarto agudo al miocardio* y el *tumor maligno del estómago en parte no especificada* se mantienen como las principales causas de muerte en Costa Rica. No obstante, su incidencia parece haber disminuido pues, en 1995, el 14,1% de las defunciones se debieron a esas dos causas, mientras que, en el 2015, ese porcentaje disminuyó a un 9,3%. En el cuadro 2.6 se muestra la distribución absoluta de las defunciones según causa para los años 1995 y 2015.

CUADRO 2.6

## Total de defunciones por sexo, según año y causa, 1995 - 2015

Año y causa	Total	Hombres	Mujeres
<b>1995</b>	<b>14 061</b>	<b>8 051</b>	<b>6 010</b>
Infarto agudo al miocardio	1 358	802	556
Tumor maligno del estómago en parte no especificada	628	402	226
Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte	507	253	254
Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida	450	212	238
Bronconeumonía, no especificada	414	220	194
Otras causas	10 704	6 162	4 542
<b>2015</b>	<b>21 038</b>	<b>12 111</b>	<b>8 927</b>
Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	1 304	812	492
Tumor maligno del estómago, parte no especificada	644	420	224
Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	590	508	82
Bronconeumonía, no especificada	538	310	228
Enfermedad aterosclerótica del corazón	549	344	205
Otras causas	17 413	9 717	7 696

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 y 2015.

Sin embargo, otro tipo de causa de muerte, que hace 20 años no aparecía entre las más comunes, para el 2015 tiene incidencias importantes, como es el caso de la *persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado*, que representó casi el 3% de las defunciones del país y de la cuales, el 53,2% fueron personas entre los 18 y 39 años de edad.

Otra causa de muerte que sobresale en el 2015 es la *enfermedad arterioesclerótica del corazón*, donde el 74,7% de las defunciones se presentó en personas de 65 años y más. Este tipo de causas están relacionadas con el sistema circulatorio y suelen asociarse con ciertos estilos de vida como el sedentarismo y la mala alimentación. Por su parte, la *bronconeumonía, no especificada*, sigue teniendo el mismo peso porcentual de hace 20 años, casi el 3% de las defunciones tanto en 1995 como en 2015.

Además, generalmente mueren más hombres que mujeres en los grupos que conforman las principales causas de muerte del país. La razón por sexo para 1995 fue que por cada mujer murieron 1,3 hombres. Para 2015 esa razón aumentó levemente a 1,4. Si se observan específicamente los grupos de causas de muerte, llama la atención que para el 2015, la razón en accidentes de tránsito fue de seis fallecimientos masculinos por uno femenino.

## 2.1.5 Mortalidad materno-infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como *“la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”*

La razón de mortalidad materna (RMM) es un indicador que permite evaluar la calidad de los sistemas de atención de la salud de un país, esto porque se considera que una alta cantidad de estas muertes son prevenibles mediante diagnóstico y tratamiento oportuno.

El INEC inició un seguimiento de casos de muertes maternas con el Ministerio de Salud en el año 2000, por lo que se considera que a partir de esta fecha la calidad del dato aumentó y sus oscilaciones se deben explicar por otros factores que no sea el subregistro de eventos.

En el cuadro 2.7 se muestra el comportamiento de la RMM en las últimas dos décadas. Hay varios momentos dentro del periodo, que muestran cambios importantes:

1. Una disminución del 50% en el número de muertes maternas en el 2007, respecto al 2006.
2. Un aumento de casi la mitad en el número de muertes maternas en el 2008, con respecto al 2007.
3. Una disminución sostenida en el periodo 2009 - 2011.
4. Un aumento del 33% en el número de muertes maternas en el 2014 respecto al 2013.

CUADRO 2.7

**Total de muertes y razón de mortalidad materna (RMM), 1995 - 2015**

Año	Muertes maternas	RMM <sup>1</sup>
1995	16	1,99
1996	23	2,90
1997	29	3,72
1998	12	1,56
1999	22	2,80
2000	28	3,58
2001	25	3,27
2002	27	3,80
2003	24	3,29
2004	22	3,05
2005	27	3,77
2006	28	3,93
2007	14	1,91
2008	25	3,33
2009	19	2,67 <sup>a/</sup>
2010	16	2,26 <sup>b/</sup>
2011	18	2,45 <sup>b/</sup>
2012	22	3,00
2013	14	1,98
2014	21	2,93
2015	20	2,78

1/ Defunciones por cada diez mil nacimientos.

a/ Para el cálculo de la razón se incluye un caso de muerte por Sida.

b/ Mediante el estudio RAMOS modificado, realizado en el 2014 de manera conjunta con el Ministerio de Salud, en cada uno de estos años se recuperó un evento de muerte materna.

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 - 2015.

Para conocer con más detalle los aspectos referidos a la mortalidad materna, el INEC elabora el boletín anual denominado “*Mortalidad materna y su evolución reciente*”, que hace una descripción con mayor detalle del comportamiento de este indicador y sus características.

Por otra parte, en lo que respecta a la mortalidad infantil es necesario recordar que la misma se subdivide de la siguiente manera:

- **Mortalidad neonatal:** se refiere a las defunciones ocurridas en los primeros 28 días de vida, que es el periodo de mayor riesgo, principalmente relacionado con causas endógenas o internas, propias del periodo de gestación y el embarazo, entre ellas, males congénitos, problemas en el parto, problemas respiratorios, sufrimiento fetal, etc.
- **Mortalidad posneonatal:** Se refiere a las defunciones que ocurren a partir de los 29 días de vida y antes de cumplir un año, relacionada primordialmente con causas exógenas o externas al embarazo y que son debidas a factores ambientales, en los que el recién nacido se desarrolla, entre ellas las infecciones y las diarreas. Cabe destacar que, a nivel de prevención, este tipo de mortalidad es más factible de evitar, mediante procesos de salud, como la vacunación o mejoras en la higiene y en la atención médica.

El país ha tenido importantes logros en la disminución de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en los últimos veinte años. Los datos del cuadro 2.8 muestran que desde 1995 la tendencia ha sido a la disminución; para ese año la TMI fue de 13,25 niños menores de un año fallecidos, por cada mil nacimientos, mientras que para el 2015 fue de 7,74, siendo la tasa más baja de los últimos veinte años.

Sin embargo, aunque la tendencia apunta a la disminución, en algunos años del periodo analizado se han presentado comportamientos erráticos de la tasa. Durante el periodo 1996 - 1997 la tasa subió de 11,83 a 14,20 fallecidos por cada mil nacimientos. Posteriormente, se dio otro incremento en el periodo 2006 - 2007, al pasar de 9,71 a 10,05 niños fallecidos por cada mil nacimientos.

CUADRO 2.8

### Tasas de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal, 1995 - 2015

Año	Tasas de mortalidad <sup>1</sup>		
	Infantil	Neonatal	Posneonatal
1995	13,25	8,53	4,72
1996	11,83	7,76	4,07
1997	14,20	9,15	5,05
1998	12,60	8,14	4,46
1999	11,78	8,09	3,69
2000	10,21	7,06	3,15
2001	10,82	7,50	3,32
2002	11,15	7,66	3,49
2003	10,10	6,98	3,13
2004	9,25	6,71	2,53
2005	9,78	7,10	2,68
2006	9,71	7,18	2,52
2007	10,05	7,23	2,82
2008	8,95	6,54	2,41
2009	8,84	6,44	2,40
2010	9,46	6,82	2,64
2011	9,07	6,74	2,33
2012	8,51	6,34	2,17
2013	8,66	6,45	2,21
2014	8,11	6,25	1,85
2015	7,74	5,88	1,87

1/ Defunciones por cada mil nacimientos.

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995 - 2015.

Las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal siguen el mismo patrón que la TMI. Durante el periodo en cuestión, la tasa neonatal disminuyó de 8,53 por cada mil nacimientos en 1995, a 5,88 en el 2015. De igual forma, la posneonatal pasó de 4,72 por cada mil nacimientos en 1995, a 1,87 en el 2015. La tasa neonatal es la más baja de los últimos veinte años, mientras que la posneonatal presentó

un ligero aumento respecto al 2014, aunque sigue siendo de las tasas más bajas del periodo.

Las principales causas de muerte infantil en 2015 son: *afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas*; estas dos suman cerca del 85% de las muertes en infantes menores de un año. A inicios del periodo (1995) estas dos causas agrupaban el 76,5% de las muertes infantiles, y a mediados del periodo (2005) fue 83,0%. Por tanto, se evidencia que hay una tendencia creciente en este tipo de causas de muerte.

Esta situación también se refleja en la disminución sostenida de las defunciones ocurridas por *enfermedades infecciosas y parasitarias* que en 1995 representaban poco más del 4% de las defunciones infantiles y para 2015 representan únicamente el 1%.

## CUADRO 2.9

### Distribución relativa de defunciones infantiles por año, según causa de muerte, 1995, 2005 y 2015

Causa	Año		
	1995	2005	2015
<b>Defunciones infantiles</b>	<b>1 064</b>	<b>700</b>	<b>556</b>
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	48,97	48,43	51,62
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	27,54	34,57	33,09
Enfermedades del sistema respiratorio	10,15	7,57	5,40
Enfermedades del sistema circulatorio	0,75	1,00	2,88
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2,35	1,29	1,98
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,42	2,86	1,08
Otras causas	5,83	4,29	3,96

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1995, 2005, 2015.

Cabe destacar que las defunciones debidas a *enfermedades del sistema circulatorio* han aumentado en los últimos 20 años. En 1995 representaban menos del 1%, mientras que, en el 2015, alcanzaron el 2,8%.

Al analizar la TMI por provincia, Limón se coloca con la tasa más alta, 10,60 defunciones infantiles por cada mil nacimientos en el 2015, como se observa en el cuadro 2.10. Le sigue en importancia Cartago con 9,46 defunciones por cada mil nacimientos. Ambas provincias presentan tasas mayores que la nacional, aunque se observa una baja importante respecto a 1995.

Por otra parte, las provincias con las tasas más bajas y por debajo del promedio nacional (7,74), son Heredia y Guanacaste, con 5,49 y 6,99 muertes por cada mil nacimientos respectivamente.

Todas las provincias han disminuido la incidencia de defunciones infantiles desde el inicio del periodo, pero es Heredia la que ha tenido el avance más importante, pasando de una TMI de 14,34 muertes por cada mil nacimientos en 1995 a 5,49 muertes en el 2015.

La tendencia en el comportamiento de la TMI por sexo, a nivel nacional, es que mueren más niños que niñas. Para el 2015, la tasa fue de 8,41 y 7,04 por cada mil nacidos, respectivamente. Este patrón se repite en la mayoría de las provincias, a excepción de Puntarenas, donde la relación se invierte.

## CUADRO 2.10

**Tasas de mortalidad infantil<sup>1</sup> por año, según provincia de residencia y sexo 1995, 2005, 2015**

Provincia de residencia y sexo	Año		
	1995	2005	2015
<b>Costa Rica</b>	<b>13,25</b>	<b>9,78</b>	<b>7,74</b>
Hombres	14,84	10,44	8,41
Mujeres	11,58	9,10	7,04
<b>San José</b>	<b>12,59</b>	<b>9,95</b>	<b>7,36</b>
Hombres	14,42	10,77	7,96
Mujeres	10,67	9,09	6,72
<b>Alajuela</b>	<b>11,26</b>	<b>7,63</b>	<b>7,46</b>
Hombres	13,21	8,09	9,01
Mujeres	9,24	7,15	5,84
<b>Cartago</b>	<b>13,71</b>	<b>12,39</b>	<b>9,46</b>
Hombres	15,01	14,36	10,30
Mujeres	12,32	10,27	8,60
<b>Heredia</b>	<b>14,34</b>	<b>9,46</b>	<b>5,49</b>
Hombres	14,54	7,95	5,95
Mujeres	14,14	11,08	5,00
<b>Guanacaste</b>	<b>13,69</b>	<b>9,94</b>	<b>6,99</b>
Hombres	15,42	11,17	7,02
Mujeres	11,83	8,67	6,95
<b>Puntarenas</b>	<b>14,91</b>	<b>10,39</b>	<b>7,20</b>
Hombres	15,52	11,41	6,85
Mujeres	14,25	9,29	7,56
<b>Limón</b>	<b>15,68</b>	<b>10,23</b>	<b>10,60</b>
Hombres	18,13	10,53	11,18
Mujeres	13,14	9,92	9,97

1/ Defunciones por cada mil nacimientos.

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas 1995, 2005, 2015.

## 2. Perfil epidemiológico de Costa Rica: un análisis desde la mortalidad en los últimos treinta años

### 2.2.1 *El análisis de las transiciones*

En el análisis demográfico, tipificar transiciones ha sido una metodología muy utilizada, pues permite explicar las diferentes etapas que recorren las poblaciones y los cambios que ese tránsito conlleva. Principalmente, se han identificado tres tipos de transiciones: demográfica, epidemiológica y de la salud, las cuales se relacionan entre ellas y, al analizarlas de manera conjunta, permiten tener un amplio panorama para el análisis de los diferentes componentes demográficos.

El concepto de transición demográfica se ha utilizado para explicar el largo proceso que se relaciona con los cambios en las tasas de fecundidad y mortalidad de los países. Para ello, se han identificado una serie de etapas, iniciando con aquella donde existen altas tasas de mortalidad y fecundidad y, finalizando en una etapa con baja fecundidad y baja mortalidad, además de poco crecimiento poblacional (CEPAL/CELADE, 2008).

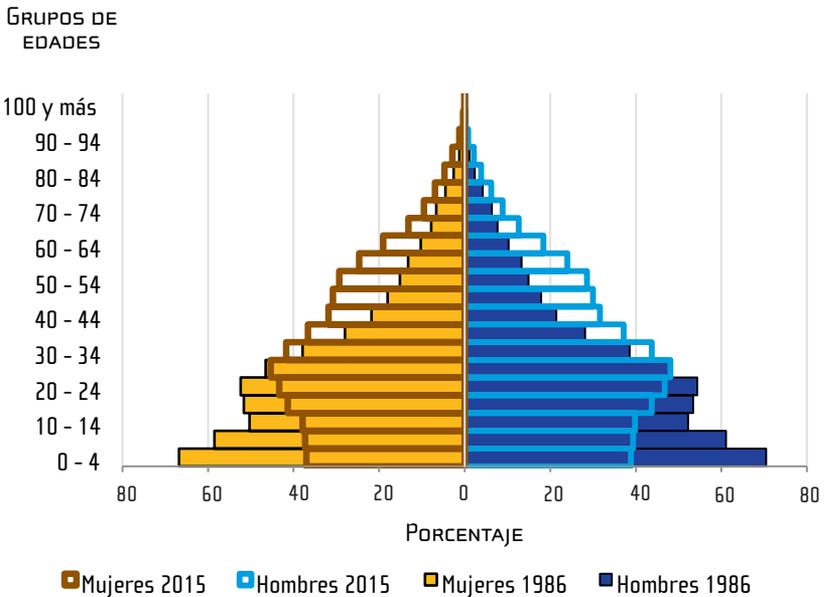
Actualmente, Costa Rica se ubica en una etapa avanzada de dicha transición, con una tasa global de fecundidad para el 2015 de 1,76 hijos por mujer en edad fértil y una tasa bruta de mortalidad de 4,35 defunciones por mil habitantes. Esto ha incidido en la estructura etaria de la población, donde disminuye la cantidad de personas menores de 15 años y aumentan las personas adultas mayores, tal y como se analizó en la primera parte de este documento.

El siguiente gráfico permite comparar las pirámides poblacionales de 1986 y 2015, donde se observan las diferencias, principalmente en los extremos de la pirámide. En 1986, la base era más ancha pues las personas de 0 a 14 años representaban el 35,9% de la población y la cúspide era más angosta ya que los adultos mayores correspondían al 4,6% de la población. Por su parte, en el 2015, la base de la pirámide se reduce, dado que el peso relativo de las

personas de 0 a 14 disminuye a 23,0% y la población de adultos mayores alcanzó un peso relativo de 7,4%.

GRÁFICO 2.6

Distribución relativa de la población por sexo y grupos de edades, 1986 y 2015



Fuente: INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950 - 2050, noviembre 2013.

La “*transición epidemiológica*”, término acuñado por Omran en 1971 y que para América Latina ha sido abordado principalmente por Frenk (1991), se refiere a los cambios a largo plazo en los patrones de mortalidad y morbilidad en una población, los cuales están relacionados con ciertas transformaciones demográficas, sociales y económicas. Por tanto, es un concepto dinámico que, a pesar de que varios autores han señalado etapas lineales, no necesariamente se manifiesta de la misma forma en todas las poblaciones.

Principalmente, la transición epidemiológica invita al análisis de las enfermedades y las causas de muerte, la cual inicia en una fase donde predominan las enfermedades infecciosas, y se avanza hacia una etapa con una mayoría de enfermedades crónicas. Estas etapas conllevan, además, cambios en los estilos de vida de las poblaciones, pues las primeras se relacionan con carencias básicas como nutrición, acceso a agua potable o a servicios de eliminación de excretas adecuados; mientras que las etapas avanzadas van de la mano con factores de tipo genético o aquellos de carácter más social, como lo son la seguridad personal y estilos de vida sedentarios, entre otros.

Finalmente, Frenk también hace referencia a un tercer concepto denominado “transición de la salud” que se refiere a un concepto más general que comprende dos objetivos: el análisis de las condiciones de salud (o la transición epidemiológica) y la respuesta a dichas condiciones en lo que respecta a la atención de la salud.

En esta sección se hará énfasis en el análisis de la transición epidemiológica en Costa Rica durante los últimos 30 años (1986 – 2015), utilizando como principales indicadores los relacionados con los grupos de la carga global de la enfermedad<sup>3</sup>.

### *2.2.2 Análisis del perfil epidemiológico costarricense*

Para realizar el análisis en primer lugar, se hará una descripción de los cambios ocurridos en la estructura etaria de la mortalidad del país, enfocándose en las diferencias identificadas en la mortalidad infantil y la mortalidad de la población adulta mayor entre 1986 y 2015. Posteriormente, se analizarán los cambios en la estructura de causas de muerte, a partir de los indicadores de los grupos de la carga global de la enfermedad. Finalmente, se hará un análisis

---

3/ El estudio de la carga global de la enfermedad refiere a tres indicadores principales: a) las enfermedades de tipo transmisible, afecciones maternas, perinatales y nutricionales; b) enfermedades de tipo no transmisible y c) causas externas.

sobre las desigualdades en los grupos de la carga de la enfermedad por provincia y para los distritos prioritarios del país donde se concentran poblaciones en condición de pobreza.

## Cambios en la estructura de la mortalidad por edades en Costa Rica

Como se mencionó anteriormente, la estructura etaria de la población en Costa Rica ha variado considerablemente en los últimos 30 años, cada vez son menos las personas menores de edad y cada vez más las personas adultas mayores. Estos cambios se reflejan, además, en la distribución por edades de las defunciones del país, donde se han observado variaciones importantes en la cantidad de defunciones, especialmente la disminución de las defunciones de menores de un año y en el aumento de las personas adultas mayores.

En 1986, las defunciones de menores de un año representaban el 14,1% del total de defunciones ocurridas, mientras que, las defunciones de personas adultas mayores, representaban cerca del 50%. Para el 2015, las primeras descendieron a menos del 3% y las de adultos mayores aumentaron a más del 60%.

CUADRO 2.11

### Distribución relativa de las defunciones por año, según grupos de edades, 1986, 1996, 2006 y 2015

Grupos de edades	1986	1996	2006	2015
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Menores de 1	14,1	6,7	4,1	2,6
1 a 4	4,0	1,1	0,6	0,4
5 a 17	1,8	3,0	1,9	1,1
18 a 39	9,4	9,9	9,6	9,0
40 a 64	21,0	21,5	24,3	24,1
65 y más	49,7	57,8	59,5	62,8

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1986, 1996, 2006 y 2015.

Como se observa en el cuadro 2.11, hubo descensos importantes en los tres grupos de edades que representan a la población menor de edad: en el grupo de menores de un año, la diferencia entre 2015 y 1986 es de más del 80%, lo que se traduce en una disminución de 10 defunciones de niños y niñas menores de 1 año por cada mil nacimientos, ya que la tasa de mortalidad infantil en 1986 era de 17,77 y para 2015 es 7,74.

Para el grupo de 1 a 4 años, la diferencia es aún mayor, más del 90%, pues pasa de 4,0% a 0,4% en este mismo periodo. En los menores de 5 a 17 años, la diferencia alcanza el 37%, al pasar de 1,8% en 1986 a 1,1% en 2015.

No obstante, contrario a lo ocurrido en las defunciones de menores de edad, las defunciones de personas de 40 años o más se han incrementado en los últimos 30 años. En el caso de las personas de 40 a 64 años ha habido un aumento cercano al 15%, pasando de 2 195 defunciones en 1986 a 5 069 en 2015; y para el grupo de adultos mayores, la diferencia alcanza el 26%, al aumentar 7 995 defunciones entre estos mismos años.

Esta estructura coincide con el perfil de un país en una etapa avanzada de la transición demográfica ya que, al haber un envejecimiento de la población, las defunciones se concentrarán en las personas adultas mayores. El cuadro 2.12 permite comparar la esperanza de vida al nacer de Costa Rica, respecto a los países de América Latina, donde se destaca que el país ocupa el segundo lugar después de Chile, siendo el país con el indicador en la esperanza de vida al nacer más alto de la región, superando incluso a Cuba, Uruguay y Argentina, que son países que avanzaron en la transición demográfica mucho antes que Costa Rica.

## CUADRO 2.12

**Esperanza de vida al nacer estimada para ambos sexos, según quinquenios por países, 1980 - 2020**

<b>Países</b>	<b>1980 - 1985</b>	<b>1985 - 1990</b>	<b>1990 - 1995</b>	<b>1995 - 2000</b>
<b>América Latina</b>	<b>65,3</b>	<b>67,1</b>	<b>68,8</b>	<b>70,8</b>
Chile	69,0	71,4	73,7	75,8
<b>Costa Rica</b>	<b>73,6</b>	<b>75,2</b>	<b>76,1</b>	<b>77,1</b>
Cuba	74,3	74,7	74,8	76,2
Panamá	71,1	72,5	73,6	74,7
Uruguay	71,0	72,1	73,0	74,2
México	67,8	69,9	71,8	73,7
Argentina	70,3	71,1	72,3	73,4
Ecuador	64,6	67,7	70,2	72,2
Nicaragua	59,5	62,3	66,1	68,5
Brasil	62,9	64,6	66,5	69,0
Perú	61,6	64,4	66,8	69,3
Venezuela (República Bolivariana de)	68,8	69,5	70,3	71,7
Colombia	66,9	68,1	68,8	70,4
República Dominicana	64,1	66,6	69,1	70,2
El Salvador	57,0	61,8	66,6	68,2
Honduras	61,6	65,5	67,7	69,9
Paraguay	67,1	67,6	68,5	69,4
Guatemala	58,3	61,0	63,7	66,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	51,3	53,8	56,5	59,3
Haití	51,6	53,6	55,3	57,0

continúa

Continuación del cuadro 2.12

Países	2000 - 2005	2005 - 2010	2010 - 2015	2015 - 2020
<b>América Latina</b>	<b>72,5</b>	<b>73,7</b>	<b>74,8</b>	<b>75,9</b>
Chile	77,7	79,4	81,0	82,4
<b>Costa Rica</b>	<b>77,8</b>	<b>78,4</b>	<b>79,2</b>	<b>80,1</b>
Cuba	77,2	78,7	79,2	79,6
Panamá	75,6	76,4	77,4	78,2
Uruguay	75,3	76,2	77,0	77,8
México	74,9	75,7	76,5	77,3
Argentina	74,4	75,2	76,1	76,8
Ecuador	73,7	74,6	75,6	76,5
Nicaragua	70,9	73,0	74,6	75,8
Brasil	71,2	72,7	74,2	75,6
Perú	71,7	73,2	74,2	75,1
Venezuela (República Bolivariana de)	73,0	73,5	74,1	75,0
Colombia	71,8	73,0	73,8	74,6
República Dominicana	71,2	72,3	73,3	74,2
El Salvador	69,7	71,2	72,7	74,2
Honduras	71,0	72,0	72,9	73,8
Paraguay	70,8	71,8	72,8	73,7
Guatemala	69,1	70,3	71,5	72,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	62,2	65,0	67,8	70,4
Haití	58,2	60,7	62,6	64,3

Fuente: Tomado de CEPAL (2015) Panorama de la Población Mundial.

La transición demográfica se relaciona directamente con la transición epidemiológica del país, pues al experimentar la población un proceso de envejecimiento, es de esperar un incremento de enfermedades crónico degenerativas asociadas a esta etapa del ciclo de vida, que incide en la cantidad de defunciones en este grupo de edad. El siguiente apartado muestra en detalle la situación de este tipo de enfermedades a partir del análisis de los grupos de la carga global de la enfermedad.

## Análisis de los grupos de la carga global de la enfermedad en las causas de muerte de los últimos 30 años

De la mano con los cambios en la distribución etaria de la mortalidad, se encuentran los cambios en las causas de esas defunciones, las cuales están relacionadas con el análisis de la transición epidemiológica. Según Frenk (1991), la disminución en la mortalidad de menores de edad demuestra un avance en la transición epidemiológica de un país, pero también, un cambio en la estructura de causas de muerte, donde disminuyen las causas transmisibles y aumentan las no transmisibles, signo de una etapa avanzada en dicha transición.

El análisis de los grupos de la carga global de la enfermedad se realiza distribuyendo las causas de muerte en tres grandes grupos:

- **Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales<sup>4</sup>:** estas incluyen enfermedades de tipo infecciosas y parasitarias, infecciones respiratorias, además de las relacionadas con causas maternas, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y deficiencias de la nutrición.
- **Enfermedades no transmisibles:** incluye los tumores malignos, otros tumores, diabetes mellitus, enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas, trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades de los órganos de los sentidos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades de la piel, enfermedades del sistema músculo esquelético, anomalías congénitas, otras malformaciones congénitas y enfermedades dentales.

---

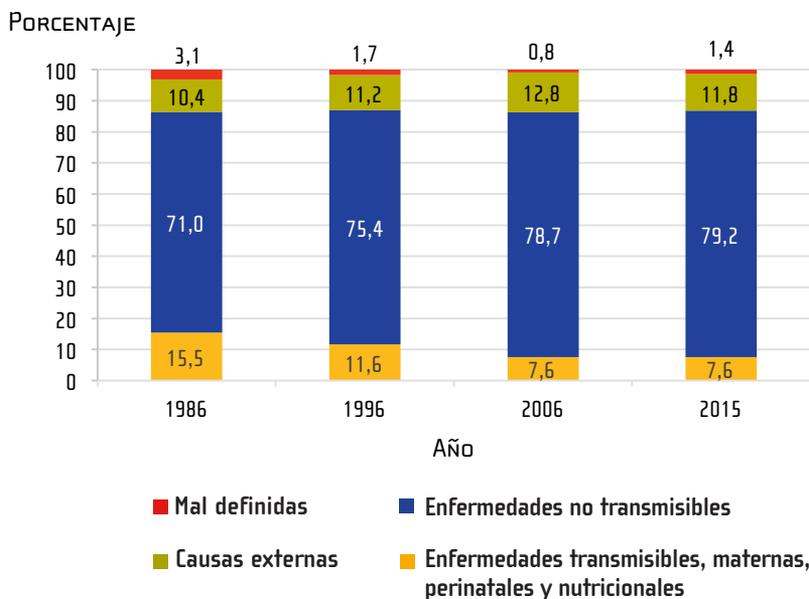
4/ Para mayor facilidad de lectura a lo largo del texto se denominarán enfermedades transmisibles.

- **Causas externas:** incluye accidentes, lesiones intencionales, otras lesiones intencionales, y eventos (lesiones) de intención no determinada.

En Costa Rica, cuando se observa la distribución de los tipos de causas de muerte entre 1986 y 2015, se aprecia una marcada disminución de las enfermedades de tipo transmisible que pasan de 15,5% en 1986 a 7,6% en 2015. Por otra parte, aumentaron las causas no transmisibles, de 71,0% en 1986 a 79,2% en 2015. Las causas externas se han mantenido estables, entre el 10,4% y 11,8% en el periodo. Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 2.7

Distribución relativa de las defunciones según grupos de carga de la enfermedad, 1986, 1996, 2006 y 2015



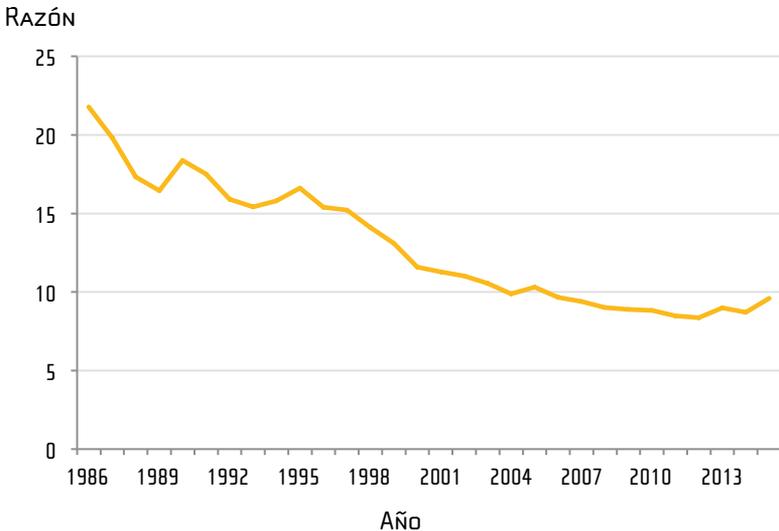
Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1986, 1996, 2006 y 2015.

El indicador de la *razón del perfil de mortalidad* (Frenk, 1991) permite observar en el tiempo, la tendencia que hay en el análisis entre las enfermedades no transmisibles y las transmisibles. En el caso de Costa Rica, la tendencia ha sido de una disminución constante, es decir, que cada vez suceden menos defunciones por causas trasmisibles, respecto a las defunciones por causas no transmisibles.

Al inicio del periodo (1986) en el país, por cada 100 defunciones por causas no transmisibles, ocurrieron 22 de tipo transmisible, mientras que para el final del periodo (2015), por cada 100 no transmisibles, ocurrieron 10 transmisibles.

## GRÁFICO 2.8

### Razón del perfil de mortalidad, 1986 - 2015



Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1986, 1996, 2006 y 2015

Cabe señalar que, al finalizar el periodo se observa un leve aumento de las enfermedades de tipo transmisible, lo cual se debe principalmente a un incremento en las defunciones causadas por infecciones respiratorias y por enfermedades infecciosas y parasitarias, como se observa en el gráfico 2.9.

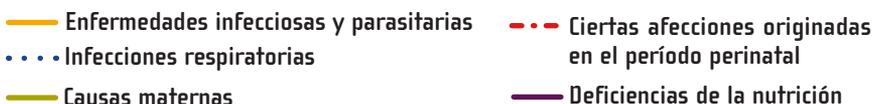
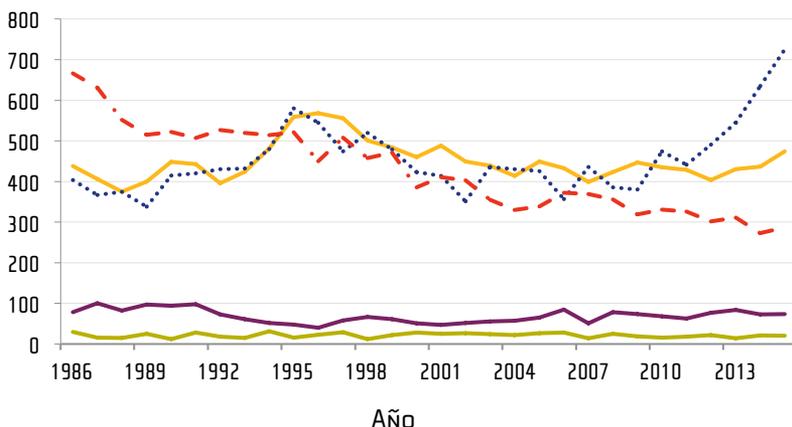
En el caso de las infecciones respiratorias su distribución desde 1986 ha sido oscilante, sin embargo, como se observa en el siguiente gráfico, para el periodo 2010 – 2015 se dio el aumento más importante, al pasar de 474 defunciones en 2010 a 725 en 2015.

Las muertes causadas por *bronconeumonía, no especificada y neumonía, no especificada* son las más comunes entre las defunciones por infecciones respiratorias, pues representaron el 90,2% en 2015. Estas causas se presentaron principalmente en personas adultas.

GRÁFICO 2.9

### Defunciones de causas transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales según tipo de causa, 1986 - 2015

#### DEFUNCIONES



Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1986 - 2015.

Respecto a las enfermedades infecciosas y parasitarias su comportamiento desde 1986 ha sido más estable, sin embargo, se pueden observar dos momentos de aumento más marcado, en el periodo 1995 - 1998 y en el periodo 2010 - 2015. En este caso, la causa de enfermedades infecciosas y parasitarias que más aumentó fue la *enterocolitis debida a clostridium difficile*, que pasó de 19 casos en 2010 a 48 en 2015.

Otras causas transmisibles como las deficiencias de la nutrición o las maternas no han tenido variaciones importantes en el periodo, mientras que las afecciones del periodo perinatal presentan una tendencia a la disminución, lo cual coincide con la disminución de la tasa de mortalidad infantil.

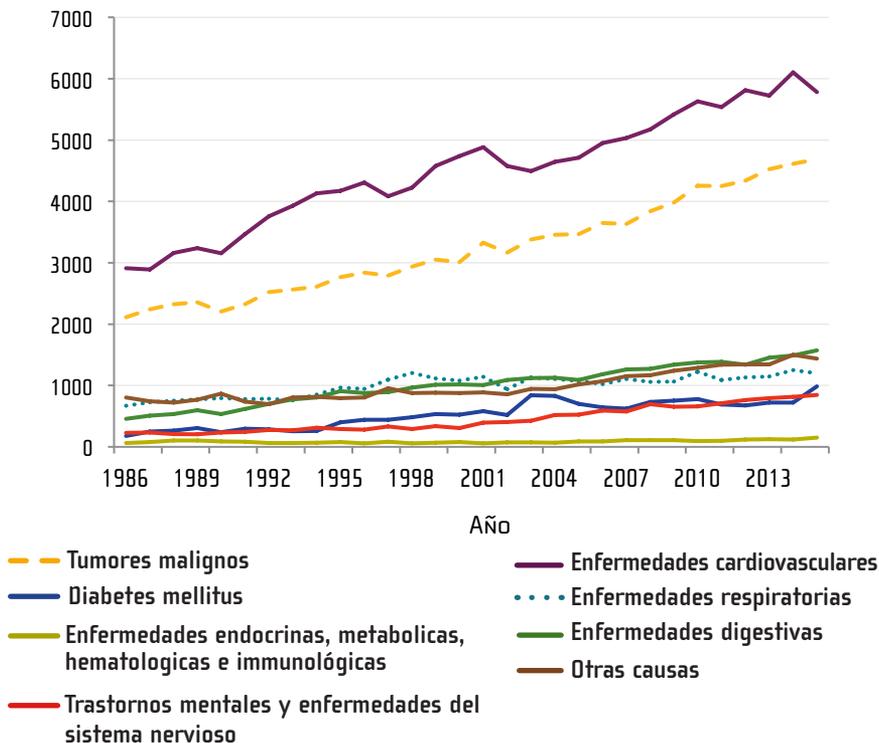
Sin embargo, donde sí se han visto aumentos importantes es en las causas de muerte de tipo no transmisible, que han aumentado 8,2 puntos porcentuales durante el periodo analizado. Este tipo de causas se relacionan con enfermedades congénitas, tumores malignos u otras de tipo crónico como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, entre otras.

En Costa Rica, las principales causas de defunción son aquellas relacionadas con enfermedades cardiovasculares, las cuales han ido aumentando con el paso de los años, como se observa en el gráfico 2.10.

GRÁFICO 2.10

## Defunciones de causas no transmisibles según tipo de causa, 1986 - 2015

## DEFUNCIONES



Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1986 - 2015.

Distintos estudios (J. M. Lobos, 2006) (Castillo, Alvarado, & Sánchez, s.a) han relacionado las causas de muerte de tipo cardiovascular con ciertos factores de riesgo atribuidos a cambios en los estilos de vida de las personas, como por ejemplo, sedentarismo, obesidad, tabaquismo y estrés. Dichos estilos de vida riesgosos también están relacionados con otros tipos de causas de muerte no transmisibles que han ido en aumento en los últimos 30 años, como la diabetes mellitus, ciertas enfermedades digestivas e incluso los tumores malignos.

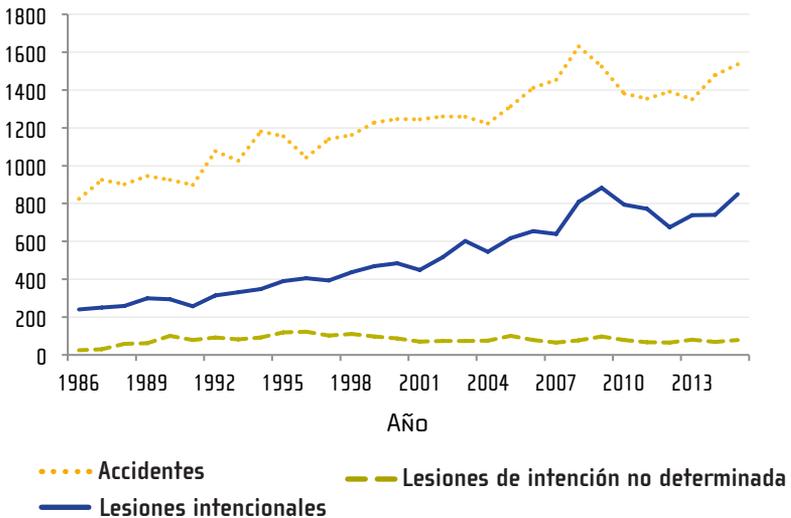
Desde la teoría de la transición epidemiológica, el aumento de ese tipo de enfermedades representa una etapa avanzada, no obstante, como lo indica Frenk, es cuestionable que un incremento de ese tipo sea signo de progreso y por el contrario, representa más bien los cambios hacia estilos de vida deficientes producto de la industrialización y el consumo masivo (Frenk, 1991, pág. 487).

Reflejo de estos nuevos estilos de vida son también las causas externas que han presentado aumento en las defunciones, principalmente en las relacionadas con accidentes de tránsito o lesiones intencionales (homicidios o suicidios), como se muestra en el gráfico 2.11.

GRÁFICO 2.11

### Defunciones de causa externa según tipo de causa, 1986 - 2015

#### DEFUNCIONES



En Costa Rica, para 1986 las causas transmisibles superaban a las causas externas en 5,1 puntos porcentuales, sin embargo, para 2015 esta relación se invierte y las causas externas sobrepasan a las causas transmisibles en 4,2 puntos porcentuales (11,8% y 7,6% respectivamente).

Poco se habla del tema de las causas externas en lo referente a la transición epidemiológica, pues los países presentan distintos patrones dependiendo de su contexto sociocultural. Sin embargo, en el caso de Costa Rica se ha observado que conforme el país avanza en la transición entre enfermedades transmisibles a no transmisibles, también hay cierto aumento de causas de muerte externas, principalmente las que están relacionadas con accidentes y entre ellas, accidentes de tránsito.

Este tipo de defunciones se presenta principalmente en hombres, es así como en 1986 por cada 10 mujeres que fallecieron por causas externas, murieron 39 hombres. Para el 2015 la relación aumenta, pues de cada 10 mujeres, fallecieron 44 hombres.

### Análisis sobre las desigualdades en las defunciones por grupos de carga de la enfermedad

Un análisis sobre el perfil epidemiológico de un país no se puede quedar en la generalidad, pues cada una de las diferentes áreas geográficas presentan particularidades.

En Costa Rica, Limón es la provincia que presenta las condiciones de vida más desfavorables del país, así lo reflejan los diferentes indicadores que miden aspectos como la pobreza y acceso a servicios básicos.

Según el indicador de *necesidades básicas insatisfechas* (NBI) calculado con el Censo 2011, Limón presenta un 36,9% de hogares con al menos una NBI, lo cual es más de diez puntos porcentuales mayor que el valor nacional (24,6%). Así también se observa al analizar los

cantones de la provincia según el *índice de desarrollo humano* (IDH) 2014 (PNUD, 2016), los cuales presentan posiciones bajas en el ranquin, por ejemplo, el cantón de Talamanca tiene la posición 80 de un total de 81.

Al revisar la distribución de las causas de muerte por grupos de la carga de la enfermedad, también es visible que esta provincia es la que presenta los mayores rezagos, ya que el porcentaje de defunciones por causas de tipo transmisible es el más alto del país y así lo ha sido desde 1986 (22,7% para 1986 y 8,9% en 2015). Sin embargo, cabe destacar que la provincia ha mostrado una mejoría importante pues, aunque sigue teniendo el mayor porcentaje en causas de muerte transmisibles, ha logrado disminuir la incidencia en más de un 60%.

CUADRO 2.13

Distribución relativa por grupos de la carga de la enfermedad según provincia, 1986 y 2015

Provincia	Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales		No transmisibles		Causas externas		Mal definidas	
	1986	2015	1986	2015	1986	2015	1986	2015
<b>Costa Rica</b>	<b>15,5</b>	<b>7,6</b>	<b>71,0</b>	<b>79,2</b>	<b>10,4</b>	<b>11,8</b>	<b>3,1</b>	<b>1,4</b>
San José	13,6	7,5	75,2	80,8	9,8	10,5	1,4	1,3
Alajuela	14,0	7,6	72,2	80,2	9,8	10,9	4,0	1,4
Cartago	16,7	7,6	73,1	81,4	8,4	9,3	1,8	1,7
Heredia	12,2	7,0	76,6	81,4	10,5	10,6	0,6	1,0
Guanacaste	17,6	6,7	62,6	79,0	10,8	12,4	9,0	2,0
Puntarenas	19,1	8,7	61,0	74,2	12,4	15,3	7,5	1,8
Limón	22,7	8,9	59,7	70,1	14,9	19,5	2,7	1,5

Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 1986 y 2015.

En el otro extremo del panorama se encuentra la provincia de Heredia, la cual, según el indicador de NBI, para el 2011 presenta el menor porcentaje de hogares con al menos una NBI (17,5%), lo cual es 7 puntos porcentuales menor que el valor nacional.

Así también, desde la teoría de la transición epidemiológica, la situación de Heredia coincide con la distribución de las causas de defunción, pues ha sido la provincia que durante los últimos 30 años ha presentado los mayores porcentajes de defunciones por causas no transmisibles (76,6% en 1986 y 81,4% en 2015).

Las situaciones de Limón y Heredia también coincide con su distribución de distritos definidos como prioritarios para las estrategias de combate a la pobreza y las acciones en política social del Estado. En el caso de Limón, 18 de sus 28 distritos (64,3%) son considerados prioritarios, por el contrario, Heredia tiene 4 de los 47 distritos (8,5%) que la conforman, clasificados como prioritarios.

Los distritos prioritarios son los 75 distritos del país que concentran más cantidad de población en condición de pobreza y que han sido asignados así para la elaboración del sistema de *mapas sociales* del país, por tanto, es también importante analizar el perfil epidemiológico de estas zonas para conocer su situación respecto a los demás distritos del país.

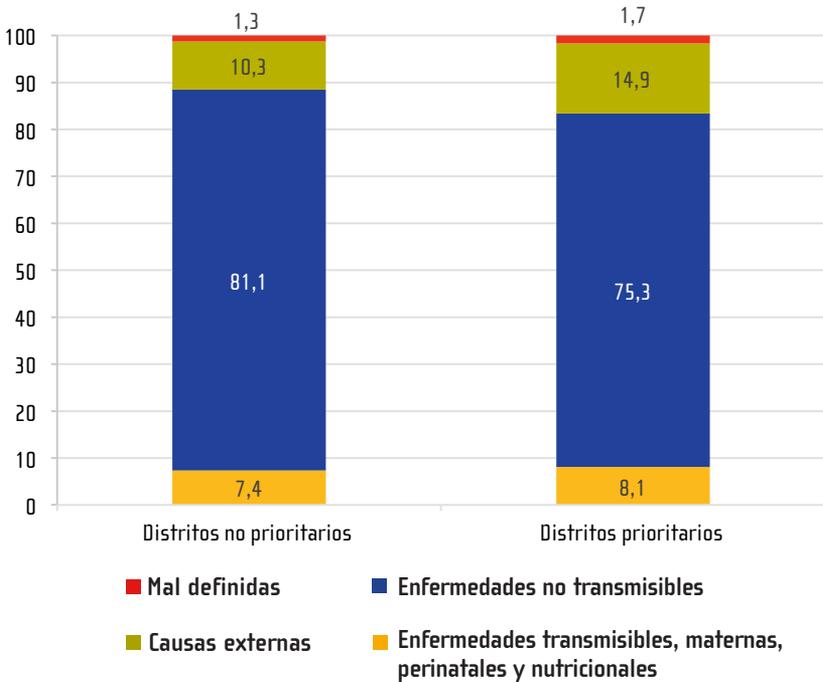
Como se puede observar en el gráfico 2.12, la distribución de las causas de muerte por grupos de carga de la enfermedad, demuestran las desigualdades existentes entre los distritos prioritarios y los no prioritarios. En los primeros, la incidencia de causas transmisibles y externas son mayores respecto a los segundos, mientras que los no prioritarios presentan mayor incidencia en causas no transmisibles.

De los distritos prioritarios, son tres los que presentan los porcentajes más altos en defunciones por enfermedades de tipo transmisible para el 2015: Telire (33,3%), Chirripó (31,6%) y Pacuarito (24,1%), distritos que son predominantemente rurales y con altos porcentajes de población indígena.

GRÁFICO 2.12

### Distribución relativa de las defunciones por grupos de carga de la enfermedad, según distritos prioritarios y no prioritarios, 2015

PORCENTAJE



Fuente: INEC. Unidad de Estadísticas Demográficas, 2015.

Por otro lado, Jacó (del cantón de Garabito) es el distrito prioritario donde ocurrió el mayor porcentaje de defunciones por causas externas (34,4%), principalmente de tipo accidental. Además, hay otros 3 distritos prioritarios donde más del 30% de sus defunciones se debieron a causas externas, entre los que sobresalen nuevamente el distrito Chirripó (31,6%), La Cruz (31,4%) y Matina (30,0%).

### *2.2.3 Consideraciones finales*

Un perfil epidemiológico debe ser analizado desde el punto de vista de la mortalidad, pero también de la morbilidad, pues desde el paradigma de la transición epidemiológica la enfermedad tiene un papel preponderante, debido a que, al avanzar en esta transición, la enfermedad se convierte en un proceso agudo, crónico y largo.

En este sentido, los análisis derivados de las estadísticas vitales, así como de otras estadísticas de salud, permiten identificar la realidad del país y con ello planificar sus políticas públicas en aras de mejorar la calidad de vida de las personas.

En Costa Rica, el sistema de salud es notable en la región y por ello, los datos muestran bajos porcentajes de defunciones por enfermedades de tipo transmisible, sin embargo, la mirada ahora se debe centrar en las enfermedades no transmisibles, que son las que prevalecen y las que son padecidas por periodos más largos y, por tanto, las que eventualmente pueden demandar mayores recursos al sistema de salud para su atención.

Así también, se debe prestar especial atención a las causas externas, especialmente las relacionadas con accidentes de tránsito que en los últimos años han presentado aumentos importantes, con una mayor afectación de la población masculina.

## Bibliografía

Castillo, L., Alvarado, A., & Sánchez, M. (s.a). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 3-16.

CEPAL/CELADE. (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL.

Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C., & Poblete, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 168-174.

Frenk, J. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Bol of Sanit Panam*, 485-496.

Guzmán, J. M., & Segovia, M. C. (1991). La Mortalidad Intrauterina en Costa Rica. *Notas de Población*, 67 - 89.

Haupt, A., & Kane, T. (1980). *Guía Rápida de Población*. Washington, DC: Population Reference Bureau, Inc.

Herrera, L. (2006). El embarazo múltiple: ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? *Novedades en Población*.

J. M. Lobos, A. C. (2006). Factores de riesgo cardiovascular. *CEAP* , 107-114.

Martínez, L. A., & Herrera, L. (2007). Sobrevivencia fetal según historia genésica materna. *Revista cubana de salud pública*.

PNUD. (2016). *Atlas de Desarrollo Humano Cantonal*. San José: PNUD.





 INEC Costa Rica  @INECCR  INEC Costa Rica  INEC Costa Rica  inec.cr

INEC, de la rotonda de La Bandera 450 metros oeste, sobre calle Los Negritos,  
edificio Ana Lorena, Mercedes de Montes de Oca, Costa Rica.

**Correo e.:** [informacion@inec.go.cr](mailto:informacion@inec.go.cr) **Apartado:** 10163 - 1000 San José, C. R.

**Teléfono:** 2280 - 9280, ext. 326 o 327, **Telefax:** 2224-2221