

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA  
XII CURSO REGIONAL INTENSIVO DE ANALISIS DEMOGRAFICO  
PARA EL DESARROLLO - 1989-

MORTALIDAD INFANTIL

COSTA RICA - 1988

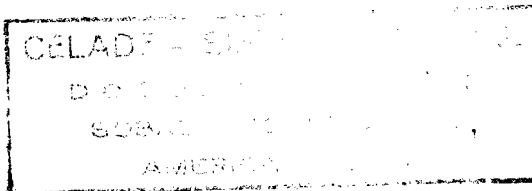
ASESORES:

Domingo Frimante  
Victor Garcia

INTEGRANTES:

Eunice Bañuelos  
Virginia Salazar  
Vivian Hernández  
Graciela Moncayo

San José, Costa Rica  
28 de noviembre de 1989



## INDICE

Página

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	OBJETIVOS.....	2
III.	INFORMACION BASICA Y METODOLOGIA.....	3
IV.	ANTECEDENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL.....	7
V.	LA MORTALIDAD INFANTIL EN 1988.....	11
	5.1. La mortalidad infantil por causas.....	11
	5.2. Las causas de muerte neonatales y postneonatales....	15
	5.2.1 Las causas de muerte en el período neonatal.....	16
	5.2.2 Las causas de muerte en el período postneonatales.	16
	5.3. Mortalidad por cantones de prioridad.....	19
	5.4. Comparación con la situación de E.U.A. en 1986....	23
VI.	CONCLUSIONES.....	25
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	27
VIII.	ANEXO.....	29

## PRESENTACION

El presente trabajo de investigación representa la última etapa en el proceso de capacitación recibida en el XII CURSO REGIONAL INTENSIVO DE ANALISIS DEMOGRAFICO PARA EL DESARROLLO 1989.

Para su realización el grupo se ha enfrentado principalmente a la limitante tiempo ya que no ha sido posible profundizar en la investigación y análisis de los datos para explicar de una mejor manera el fenómeno estudiado, tal y como era la inquietud del grupo.

Por lo anterior debe considerarse que este trabajo esta abierto a las recomendaciones, sugerencias y críticas que el mismo amerite.

## I.- INTRODUCCIÓN

Costa Rica es uno de los países de América Latina que presenta una de las más bajas tasas de mortalidad infantil y fue en la década pasada cuando se dió la mayor reducción a un ritmo acelerado.

No obstante, a partir de 1980 se observa un proceso de desaceleración en la disminución, lo cual podría explicarse por un lado como un reflejo de la crisis económica mundial que ha afectado fundamentalmente a los países en desarrollo, ya que el área de salud ha visto limitado su presupuesto, y por otro lado se ha evidenciado la necesidad de dirigir la política y los programas de salud hacia áreas sociogeográficas prioritarias así como a las causas de muerte susceptibles de ser reducidas o evitadas.

A partir de esta situación, surge la inquietud de analizar la mortalidad infantil en 1986, poniendo especial énfasis en los cambios de la estructura por causas de muerte, en las posibles diferencias en las defunciones neonatales y postneonatales y a través de ello presentar y describir si los programas de salud han mostrado algunos avances tanto en referencia a la disminución de las causas de muerte como en la reducción de la mortalidad en las áreas definidas como de mayor prioridad.

## 11.- OBJETIVOS

El presente trabajo pretende analizar:

- La evolución de la mortalidad infantil entre 1985 y 1988 a nivel nacional y en las áreas de prioridad.
- La tendencia en la estructura de las causas de muerte comparando con la situación prevaleciente en 1985.
- El comportamiento de la mortalidad neonatal y postneonatal por causas, mostrando las diferencias respecto a 1985.
- Los cambios experimentados en las tasas por cantones de prioridad alta, mediana y baja, mediante la comparación con 1986.
- Cuales son las causas de muerte factibles de reducción si Costa Rica presentara las tasas registradas en Estados Unidos en 1986.

### III.- INFORMACION BASICA Y METODOLOGIA UTILIZADA

La base para la realización de este trabajo tanto en resultados como en metodología de análisis fue el estudio "La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. 1970- 1985" FNUI-OPS, CELADE, en el cual se analiza la situación de Costa Rica entre 1970-1986. Lo anterior se hizo con el propósito fundamental de comparar la mortalidad infantil actual con la observada en 1986.

La información básica utilizada proviene de las Estadísticas Vitales:

-Los nacimientos registrados en 1988, según lugar de residencia habitual de la madre, siendo esta la población expuesta al riesgo de morir en su primer año de vida.

-Las defunciones de menores de un año registradas en 1988.

-Las defunciones registradas por causas de muerte, codificadas según la Clasificación de las 150 Causas de Muerte, de acuerdo a la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Al respecto debe tenerse presente que la información puede ser deficiente por:

- Subregistro de nacimientos y defunciones sobre todo cuando estas últimas ocurren en los primeros minutos de vida, ya que frecuentemente se registra como defunción fetal, cuando lo

correcto debe ser inscribir primero el nacimiento y después la defunción .

- Errores en la ubicación geográfica por registrar el hecho de acuerdo al lugar de ocurrencia en lugar de hacerlo según el lugar de residencia habitual de la madre.

- Errores provocados por el registro tardío de nacimientos y de defunciones.

En este sentido se han realizado una serie de estudios sobre la calidad de las estadísticas vitales en Costa Rica y hay coincidencia en que su calidad es bastante buena. (1)

En este caso, aunque no se llevó a cabo ninguna evaluación sobre la calidad actual de las mismas, se considera que el registro de nacimientos y defunciones no tiene omisión significativa y es de buena calidad, por lo cual se aceptan las cifras sin ninguna corrección.

Lo anterior se apoya por un lado en el bajo porcentaje que representan las causas de muerte mal definidas, en 1988, siendo apenas del 3% . Por otro lado se observa un avance en la

(1) FNUI, POS, CELADE; La Mortalidad en la Ninez en Centroamerica, Panama y Belice. Diciembre 1988, San Jose, Costa Rica. Pag. 37

certificación de las defunciones infantiles, ya que el 95.1% fueron certificadas por un médico, mientras que en 1986, sólo lo eran el 82% (2).

Esto se traduce en una mejor especificación de la verdadera causa de muerte y por lo tanto en una codificación mas adecuada de la causa que la provocó.

Para medir la tasa de Mortalidad Infantil se utiliza la Tasa Clásica de Mortalidad :

$$IMI(88) = \frac{D(88)}{E}$$

Debe aclarar que su uso responde a la facilidad del cálculo porque el objetivo del presente trabajo no es la exactitud; además está ampliamente demostrado que los resultados que arrojan otras tasas como la refinada o la tasa central, tienen un alto grado de similitud.

Lo anterior quiere decir que se han tomado todas las defunciones registradas en el año 1988 correspondientes -inclusive- a las muertes ocurridas en un año anterior, suponiendo que en ésta se compensan aquellas defunciones no registradas en 1988.

(2) Ibid. Pag. 39



Asimismo, es necesario señalar que no fue posible utilizar en el numerador un promedio de las defunciones de 3 años consecutivos centrado en 1988, con el propósito de suavizar el efecto de las variaciones aleatorias, por razones obvias.

La Tasa de Mortalidad Neonatal se calculo así:  $D(0-27\text{días})/B$

La Tasa de Mortalidad Postneonatal se obtuvo así:  
 $D(28-364\text{ días})/B$

#### IV.- ANTECEDENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL

A fines de la década de los sesentas la mortalidad infantil en Costa Rica constituía el principal problema epidemiológico, ya que estas muertes representaban el 40% aproximadamente, respecto al total de defunciones ocurridas en el país, morían 80 0/00 antes de cumplir su primer año de vida.

En los años setentas, se produce una notable reducción pues la tasa de mortalidad infantil desciende de 60 0/00 en 1972 a 20 0/00 en 1980. Esto se produce en el contexto de mejoras socioeconómicas, de una baja en la fecundidad y de una sustancial modificación en los programas de salud. Siendo este último el principal condicionante de la significativa caída de la mortalidad infantil, pues se formula el primer Plan Nacional de Salud, donde la estrategia adoptada fue la atención de carácter primario como son: salud comunitaria, rural, campañas de vacunación, mayor cobertura en atención médica, principalmente.

(3)

(3) Rosero, Luis; Determinantes del Descenso de la Mortalidad Infantil en Costa Rica. Demografía y Epidemiología en C. Rica. San José, Costa Rica 1985. Pag.28

A partir de 1980, el país entra en una nueva etapa, en lo que a mortalidad infantil se refiere y es precisamente aquí donde el impulso del descenso anterior se detiene para mostrar que entre 1980-1985 la tasa de mortalidad infantil sólo logra reducirse en un 9 % . (4)

Este estancamiento se refleja en una tasa de mortalidad infantil de 19 por mil en 1986.

Al respecto Behm señala: que el fenómeno es bastante generalizado y afecta a todos los grupos sociales y geográficos estudiados, además se indica que esta situación se da en contexto de una fuerte crisis económica que ha afectado a este y muchos otros países de América Latina y que ha significado reducciones en los gastos de salud, y más aún, en un deterioro de las condiciones de vida de la población. (5)

(4) F.N.U.I., OPS CELADE; La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. 1970-1985. Pag.41.

(5) Guzman, J.M., Orellana, H.; Mortalidad Infantil neonatal y posneonatal en países seleccionados de América Latina. Nuevas tendencias? Los casos de Cuba, Chile y Costa Rica. CELADE, Santiago, 1986. Pag. 9

Dada la situación anteriormente descrita el Estado se vio obligado a determinar prioridades en relación a las zonas geográficas en las cuales las políticas y programas deben intensificarse, a fin de lograr el acceso integral de los servicios de salud a los sectores de la población urbana marginal y rural dispersa.

En este sentido el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990 fija como metas generales en el área de la salud atender en forma prioritaria las siguientes áreas de actividad:

- Erradicación de enfermedades previsibles por vacunación.
- Erradicación de la desnutrición severa.
- Erradicación de parasitosis intestinal severa.
- Control y prevención de enfermedades diarreicas agudas.
- Control y prevención de infecciones respiratorias.
- Univerzalización del control prenatal y la atención adecuada del parto. En relación con este objetivo, la salud materno-infantil " centrará la atención en el problema que presentan algunas áreas geográficas del país, donde los índices de mortalidad se encuentran por debajo del promedio nacional y se fortalecerá la calidad de las atenciones. (6)

(6) MIDEPLAN; Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990, TOMO 1, San José, Costa Rica, 1987. Pág. 129

De esta manera se dividió el territorio nacional en tres tipos de áreas de prioridad: baja, mediana y alta, siendo en esta última donde deberían encaminarse e intensificarse las acciones de salud.

Para realizar esta clasificación se consideraron un conjunto de indicadores de salud, y socioeconómicos, entre los que se encuentran la tasa de mortalidad infantil, bajo peso al nacer, población no asegurada, población analfabeta, población dispersa, etc.

Con base en esta evaluación se definieron 25 cantones de prioridad baja, 26 de prioridad mediana y 30 cantones de prioridad alta. Este último grupo comprende el 25%, aproximadamente, del total de la población.

En este contexto se analizará la mortalidad infantil en 1988, con el propósito de detectar los efectos de la política de salud aplicada.

## V.- LA MORTALIDAD INFANTIL EN 1988

En 1988 se registraron 1 194 defunciones de menores de un año, las cuales representan el 11% del total de muertes.

La tasa de mortalidad infantil registrada en este año es de 14.7 por mil, presentando una reducción del 18% con relación a la observada en 1985 (17.9 por mil).

En el cuadro No. 1 puede observarse que el peso mayor de la tasa se encuentra en el componente neonatal, lo cual quiere decir que de cada 1000 niños mueren 9 antes de cumplir, el primer mes de vida.

En el mismo cuadro se muestra que los cantones de prioridad alta registran las tasas mas elevadas, superando la tasa nacional en 13%, no obstante, su tasa en sí es inferior a la presentada en 1985 a nivel nacional.

### 5.1 Mortalidad infantil por causas

Resulta fundamental conocer cuales fueron las causas que provocaron las defunciones, ya que esto permitirá profundizar más en el estudio de la mortalidad infantil y sus tendencias.

CUADRO No.1  
 NACIMIENTOS, DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD  
 SEGUN PRIORIDAD DEL CANTON  
 AÑO 1988  
 (Tasas por 1,000)

TIPO DE PRIORIDAD	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	TMI	MORTALIDAD	
				NEONATAL	POSTNEONATAL
TOTAL	81,376	1,194	14.7	9.4	5.3
ALTA	24,122	401	16.6	9.4	7.2
MEDIANA	23,505	342	14.5	9.5	5.0
BAJA	33,749	451	13.3	9.2	4.1

FUENTE: Estadísticas Vitales

Asimismo posibilita el conocimiento de las causas que van adquiriendo mayor peso o reduciendo su importancia a medida que la mortalidad disminuye.

En este sentido en el cuadro No. 2 se presentan las tasas por causa, mostrando que la tasa de mortalidad más elevada se debe a afecciones del periodo perinatal y a las anomalías congénitas, lo cual es un comportamiento esperado, ya que esta es una característica común de los países que han alcanzado bajos niveles de mortalidad infantil, como el que muestra Costa Rica.

Al comparar con 1985, se observa que la mayor contribución en la reducción de las tasas se da en las causas perinatales, 67% de la baja total, siguiendo las enfermedades infecciosas y parasitarias (18%), al interior de este grupo, la mayor baja proviene fundamentalmente de las infecciones intestinales, aportando este grupo un 12% al porcentaje de reducción. Por otra parte se presenta una disminución del 12% en las muertes causadas por las infecciones respiratorias agudas.

Estos resultados corroboran el hecho de que al disminuir la mortalidad, las causas endógenas adquieren mayor significación y son más difíciles de reducir, mientras que las causas exógenas pierden peso relativo, pues es en estas donde se puede ejercer un mayor control y aplicación de políticas de salud a más bajo costo.



CUADRO No.2  
CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE 1 AÑO  
1985 Y 1988  
(Tasas por 10,000)

CAUSAS DE MUERTE	1985		1988		CAMBIO EN LAS TASAS 1985-1988	
	TASAS	%	TASAS	%	REDUCCION	%
TODAS LAS CAUSAS	179	100	146	100	-33	100
Enf.infecc. y parasitarias	14	8	8	6	-6	18
Infecciones intestinales	10	6	6	4	-4	12
Previsibles por vacunación	1	0	0	0	-1	3
Restantes	3	2	2	2	-1	3
Desnutricion	2	1	0	0	-2	6
Infec.respiratorias agudas	19	11	15	10	-4	12
Perinatales	89	50	67	46	-22	67
Anomalías congénitas	42	23	39	27	-3	9
Muertes violentas	2	1	2	1	0	0
Causas restantes	11	6	15	10	4	-12

FUENTE: Estadísticas Vitales  
La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice

## 5.2 Las causas de muerte neonatales y postneonatales

La mortalidad en el primer año de vida es diferencial, el riesgo de morir es mayor cuanto más cercano se está al momento del nacimiento, el primer día, la primera semana y en general durante el primer mes de vida la probabilidad de morir es mas alta. Las muertes son causadas principalmente por factores biológicos de carácter genético o producidas durante la etapa de gestación o nacimiento.

Conforme el niño avanza en edad, la probabilidad de morir disminuye, asimismo la muerte es provocada por factores que tienen que ver con las condiciones socioeconómicas en que el niño se desenvuelve.

De aquí se desprende la importancia de analizar la mortalidad infantil en dos partes. Por un lado la mortalidad neonatal que comprende desde el nacimiento hasta los 27 días y por otro lado la mortalidad postneonatal, que es la que ocurre entre los 28 días y los 11 meses de edad.

### 5.2.1 Causas de muerte en el período neonatal

En el cuadro No. 3 se observa que entre 1985 y 1988 la mortalidad neonatal se reduce en 18 muertes por cada 10,000 nacimientos.

Es importante destacar que la disminución en la tasa de mortalidad infantil provocada por afecciones perinatales, supera la baja registrada en todas las causas, pero son las muertes provocadas por hipoxia, asfixia y otras enfermedades respiratorias del recién nacido, las que contribuyen en mayor medida a esta reducción.

También se muestran los cambios en las tasas, observándose diferencias positivas para las causas: enfermedades infecciosas y parasitarias, respiratorias agudas, bajo peso al nacer y anomalías congénitas; sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas.

### 5.2.2 Causas de muerte en el período postneonatal

En el cuadro No. 4 se observa que en general se da una reducción en todas las tasas por causa. Para 1988 las muertes atribuibles a anomalías congénitas y enfermedades respiratorias agudas, al igual que en 1985, siguen siendo las que presentan la mayor frecuencia.

CUADRO No. 3  
CAUSAS DE MUERTE NEONATALES  
1985-1988  
(Tasas por 10,000)

CAUSAS DE MUERTE	1985		1988		REDUCCION LAS TASAS 1985-1988
	TASAS	%	TASAS	%	
TODAS LAS CAUSAS	111.2	100	93.6	100	-17.6
Enferm. infec. y parasitarias	0.7	1	0.9	1	0.2
Infec. intestinales	0.4	1	0.1	0	-0.3
Previsibles por vac.	0.0	0	0.2	0	0.2
Restantes	0.3	0	0.6	1	-0.3
Infec. respiratorias agudas	2.5	2	2.6	3	0.1
Perinatales	81.5	73	61.8	66	-19.7
Complic. Obstetric. y traumat. del parto	5.3	5	3.7	4	-1.6
Bajo peso al nacer	11.7	10	13.5	14	1.8
Hipoxia, asfixia, otras	50.4	45	31.9	34	-18.5
Restantes	14.1	13	12.7	14	-1.4
Anomalías congénitas	24.3	22	24.7	26	0.4
Muertes violentas	0.4	0	0.4	0	0.0
Causas restantes	1.7	2	3.2	4	1.5

FUENTE: Estadísticas Vitales

La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice

CUADRO No. 4  
CAUSAS DE MUERTE POSTNEONATALES  
1985 Y 1988  
(Tasas por 10,000)

CAUSAS DE MUERTE	1985		1988		REDUCCION EN LAS TASAS 1985-1988
	TASAS	%	TASAS	%	
TODAS LAS CAUSAS	69.0	100	53.1	100	-15.9
Enferm. infec. y parasitarias	13.9	20	7.6	15	-6.3
Infec. intestinales	10.3	15	6.1	12	-4.2
Previsibles por vac.	0.9	1	0.4	1	-0.5
Restantes	2.7	4	1.1	2	1.6
Desnutrición	2.2	3	0.2	0	-2.0
Infec. respiratorias agudas	17.4	25	12.8	24	-4.6
Perinatales	6.3	9	4.2	8	-2.1
Anomalías Congénitas	18.2	26	14.5	27	-3.7
Muertes violentas	1.8	3	1.8	3	0.0
Causas restantes	9.2	13	12.0	23	2.8

FUENTE: Estadísticas Vitales

La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice

Cabe señalar que la mayor reducción en las tasas se presenta en las enfermedades infecciosas y parasitarias, representando un 40% de la disminución total.

### 5.3 Mortalidad por cantones de prioridad

Una vez que ha sido analizado el comportamiento de la mortalidad infantil a nivel general, es conveniente ubicar este trabajo en el contexto de los cantones por tipo de prioridad, a fin de describir los cambios experimentados entre 1986 y 1988.

Como ya se había mencionado en páginas anteriores la mortalidad infantil descendió entre 1986 y 1988 en los tres tipos de cantones prioritarios definidos.

Al relacionar por tipo de causa, los datos del Cuadro No. 6 indican que en 1986 la situación se caracteriza por tener las más altas tasas en afecciones perinatales y anomalías congénitas en los cantones de prioridad alta mediana y baja.

En el mismo año, los cantones de prioridad alta mostraban las tasas más elevadas en la mayoría de las causas, cabe destacar las enfermedades infecciosas y parasitarias e infecciones respiratorias agudas, causas que son más susceptibles de controlar.

CUADRO No. 5  
 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR CANTONES DE PRIORIDAD  
 SEGUN CAUSAS  
 1986-1988  
 (Tasas por 10,000)

CAUSAS DE MUERTE	TASAS (POR 10,000)					
	1986			1988		
	ALTA	MEDIANA	BAJA	ALTA	MEDIANA	BAJA
TODAS LAS CAUSAS	199.0	177.1	160.0	166.2	145.5	133.6
Enferm. infec. y parasitarias	25.0	13.3	8.0	17.4	6.4	4.4
Infec. intestinales	19.6	9.6	5.2	13.3	4.3	3.0
Previsibles por vac.	1.0	0.8	0.6	1.7	0.0	0.3
Restantes	4.4	2.9	2.2	2.1	2.1	1.2
Infec. respiratorias agudas	20.1	15.0	19.2	16.1	16.2	15.4
Perinatales	89.6	90.6	79.8	71.7	68.5	65.8
Complic. Obstetric. y traumat. del parto	5.6	6.0	4.1	3.3	6.0	3.9
Bajo peso al nacer	11.4	13.3	11.2	10.4	13.6	17.5
Hipoxia, asfixia, otras	52.5	52.8	47.5	41.9	34.5	29.3
Restantes	20.1	18.5	17.0	16.2	14.5	15.1
Anomalías congénitas	45.1	46.6	39.6	42.3	40.8	38.5
Causas restantes	19.2	11.6	13.4	18.7	13.6	9.5

FUENTE: Estadísticas Vitales

La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice

En 1988 la situación para la prioridad alta, es similar a 1985, en tanto las afecciones perinatales y las anomalías congénitas continúan presentando las tasas más elevadas. Sin embargo, es precisamente en las causas perinatales donde se consigue la mayor reducción, pues capta el 55 % del total de la misma.

también es importante destacar el descenso logrado en las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, que significa el 23% de la reducción total, sobre todo comparando con los porcentajes de disminución de los cantones de prioridad mediana y baja, ya que registraron 21 y 14 %, respectivamente.

A pesar de lo poco significativo, cabe comentar que las muertes previsible por vacunación en la prioridad alta muestran un ligero aumento, situación similar se observa con las infecciones respiratorias agudas en la prioridad mediana.

Un hecho que llama la atención, es que la causa de muerte por bajo peso al nacer, contrario a lo que se esperaba aumenta en 24% respecto al total de reducción para los cantones que se clasifican como de prioridad baja, hecho que podría explicarse por un mejor diagnóstico y especificación de la causa, incidiendo esto en un mejor certificado de defunción; o bien, por la migración debido a que estas zonas son atractivas para la población que busca mejores condiciones de vida, trasladando los problemas de salud de otras áreas.



CUADRO No. 6  
CAMBIO DE LAS TASAS POR CANTONES DE PRIORIDAD  
SEGUN CAUSA DE MUERTE

CAUSAS DE MUERTE	CAMBIO EN LAS TASAS					
	ALTA		MEDIANA		BAJA	
	1986/1988	%	1986/1988	%	1986/1988	%
TODAS LAS CAUSAS	-32.8	100.0	-31.6	100.0	-26.4	100.0
Enferm. infec. y parasitarias	-7.6	23.2	-6.9	21.4	-3.6	13.6
Infec. intestinales	-6.3	19.2	-5.3	16.4	-2.2	8.3
Previsibles por vac.	0.7	-2.1	-0.8	2.5	-0.3	1.1
Restantes	2.0	6.1	-0.8	2.5	-1.1	4.2
Infec. respiratorias agudas	-4.0	12.2	1.2	-3.7	-3.8	14.4
Perinatales	-17.9	54.6	-22.1	68.4	-14.0	53.0
Complic. Obstetric. y traumat. del parto	-2.3	7.0	0.0	0.0	-0.2	0.8
Bajo peso al nacer	-1.0	3.1	0.3	-0.9	6.3	-23.9
Hipoxia, asfixia, otras	-10.6	32.3	-18.3	56.7	-18.2	68.9
Restantes	4.0	12.2	-4.1	12.6	-1.9	7.2
Anomalías congénitas	-2.8	8.5	-5.8	20.1	-1.1	4.2
Causas restantes	-0.5	1.5	2.0	-6.2	-3.9	14.8

FUENTE: Estadísticas Vitales

La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice

En general, podría considerarse que se ha logrado una disminución en todas las causas de muerte.

#### 5.4 Comparación con la situación de Estados Unidos en 1986

En el cuadro No. 7 se realiza una comparación entre las tasas de Costa Rica 1988 y las de Estados Unidos, en 1986, pudiendo observar que son las causas de muerte por enfermedades infecciosas y respiratorias agudas las que presentan diferencias mayores, se considera de importancia en el análisis estos grupos por ser enfermedades que pueden ser controladas.

Consta además la diferencia entre las defunciones registradas y las esperadas en Costa Rica, si se tuvieran las mismas tasas de mortalidad observadas en 1986 en los Estados Unidos. De esta comparación se deduce que podrían evitarse en teoría 482 defunciones, de las cuales un 35% corresponde a enfermedades infecciosas y un 64% a perinatales y anomalías congénitas, que son difícilmente controlables.

Es necesario aclarar que en las defunciones de los Estados Unidos no se tomaron en cuenta las causas clasificadas como "mal definidas", que representan el 15% del total, lo cual podría distorsionar la comparación.

CUADRO No. 7  
DEFUNCIONES INFANTILES QUE PODRIAN SER EVITADAS  
1988

CAUSAS DE MUERTE	TASAS (POR 10.000)		DEFUNCIONES EN COSTA RICA			
	E.U.A.	COSTA RICA	ESPERADAS	REGIST.	EN EXCESO	
	1986	1988			NUM.	%
TODAS LAS CAUSAS	87.5	146.7	712	1,194	482	100
Enferm. infec. y parasitarias	1.9	8.7	15	71	56	12
Infec. intestinales	0.3	6.5	2	53	51	11
Previsibles por vac.	0.0	0.5	0	4	4	1
Restantes	1.6	1.7	13	14	1	0
Desnutrición	0.1	0.2	1	2	1	0
Infecciones respiratorias agudas	2.1	15.8	17	129	112	23
Perinatales	48.5	68.1	394	554	160	33
Anomalías congénitas	21.9	40.4	178	329	151	31
Muertes violentas	3.3	2.3	27	19	-8	-2
Causas restantes	9.7	11.2	78	90	12	3

FUENTE: Estadísticas Vitales

La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice

## VI.- CONCLUSIONES

-La mortalidad infantil se redujo en un 18% entre 1985 y 1988 a nivel nacional.

-La mortalidad infantil neonatal disminuyó en un 16% respecto a la tasa observada en 1985.

Son las defunciones provocadas por afecciones perinatales las que muestran la baja más significativa, el mayor aporte en esta reducción proviene de las muertes por hipoxia, asfixia y otras enfermedades respiratorias. Al ser ésta una de las metas prioritarias contempladas en el Programa de Salud, puede considerarse que hubo un avance en el período.

-La mortalidad infantil postneonatal bajó en un 23% en relación a la tasa registrada en 1985.

-La mayor reducción se da en las enfermedades infecciosas y parasitarias, pasando de una tasa de 13.9 por diez mil en 1985 a 7.6 por diez mil en 1988.

Al ser este el primer objetivo planteado en el Programa de Salud puede decirse que ha habido resultados positivos.

-Al analizar la mortalidad por cantones de prioridad alta, mediana y baja, se muestra un descenso en las tasas de 33, 32 y 26 por diez mil respectivamente. Aunque no se puede ser contundente, puede considerarse que el descenso en la prioridad alta es más significativo que en las otras, ya que esos cantones partieron de condiciones de vida más adversas que los otros, y de una menor cobertura en los sistemas de salud.

-Las causas de muerte perinatales y enfermedades infecciosas y parasitarias experimentan la mayor reducción en el período, en los tres tipos de prioridad. Cabe destacar que las muertes ocasionadas por infecciones diarreicas, sufren la disminución más importante en los cantones de alta prioridad, como era de esperarse, pues son las más fáciles de controlar.

-La comparación con las tasas - por causa- de Estados Unidos en 1986, muestran que aún se pueden encaminar esfuerzos para reducir las muertes por infecciones intestinales y parasitarias, así como las infecciones respiratorias, pues Costa Rica tiene una tasa ocho veces mayor que la de EUA en este último grupo.

## VII.- BIBLIOGRAFIA REVISADA .

Asociación Demográfica Costarricense. "Demografía y Epidemiología en Costa Rica". San José, marzo 1985

Behm, Hugo. "La mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina. Costa Rica 1968-69". San José, Costa Rica, diciembre 1976

Behm, Hugo. "La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. 1970-1985". FNUJ, OPS, CELADE. San José, Costa Rica, diciembre 1988.

CELADE, Ministerio de Salud, Universidad de Costa Rica. "Costa Rica: Los grupos sociales de riesgo para la sobrevivencia infantil. 1960-1984 ". San José, Costa Rica, marzo 1987.

García, V. y Primante D. "Apuntes de Clase-Mortalidad". San José, Costa Rica, agosto 1989.

Guzmán, J.M., Orellana, H. "Mortalidad Infantil, neonatal y post-neonatal en países seleccionados de América Latina. Nuevas Tendencias? Los casos de Cuba, Chile y Costa Rica". Celade, Santiago, diciembre 1986.

Guzmán, J.M. "Mortalidad Infantil y diferenciación sociogeográfica en América Latina. 1960-1980 " Celade, noviembre 1984.

MIDEPLAN, CELADE, DSEC. "Estimaciones y Proyecciones de Población Costa Rica. 1950-2025". San José, Costa Rica, Fascículo I 1988.

MIDEPLAN. "Plan Nacional de Desarrollo. 1986-1990". San José, Costa Rica, abril 1987.

Ministerio de Salud. "Treinta cantones prioritarios según diez indicadores seleccionados. Costa Rica 1980-1984 y 1984-1986" ( Inédito).

Ministerio de Salud. "Definición de cantones prioritarios en salud (una propuesta metodológica)" (Mimeografiado).

Ministerio de Salud. "Tendencia de los componentes de la mortalidad infantil. Costa Rica 1980-1984". San José, Costa Rica, julio 1987.

Ministerio de Salud. "Indicadores de la mortalidad infantil por cantones de residencia. Costa Rica 1987". San José, Costa Rica octubre 1988.

Mohs. Edgar. "Salud y Seguridad Social. Propósitos fundamentales

Mohs, Edgar. "Salud y Seguridad Social. Propósitos fundamentales para el período 1986-1990"

Mohs, Edgar. "La Reforma del sector salud en Costa Rica durante la década de los 70"

Mohs, Edgar. "Evolución del concepto de salud en Costa Rica"  
San José, Costa Rica, julio 1989.

Mohs, Edgar. "La salud en Costa Rica" San José, Costa Rica, 1983  
Editorial UNED.

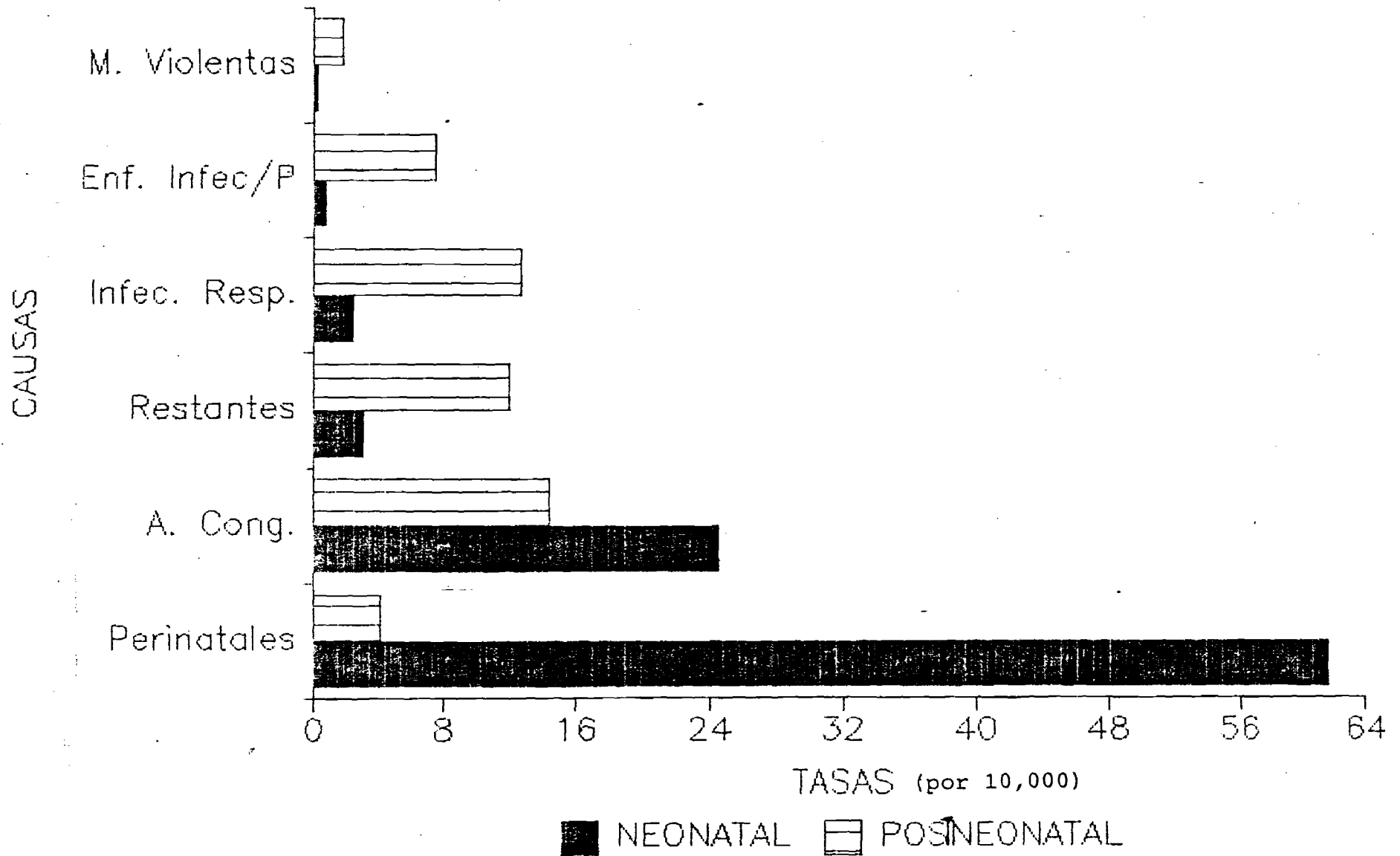
Organización Panamericana de la Salud. "Clasificación Internacional de Enfermedades" Volumen 1. Novena Revisión.  
Washington, 1978.

Saenz, Lenin. "Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país". San José, Costa Rica, 1989.

A N E X O

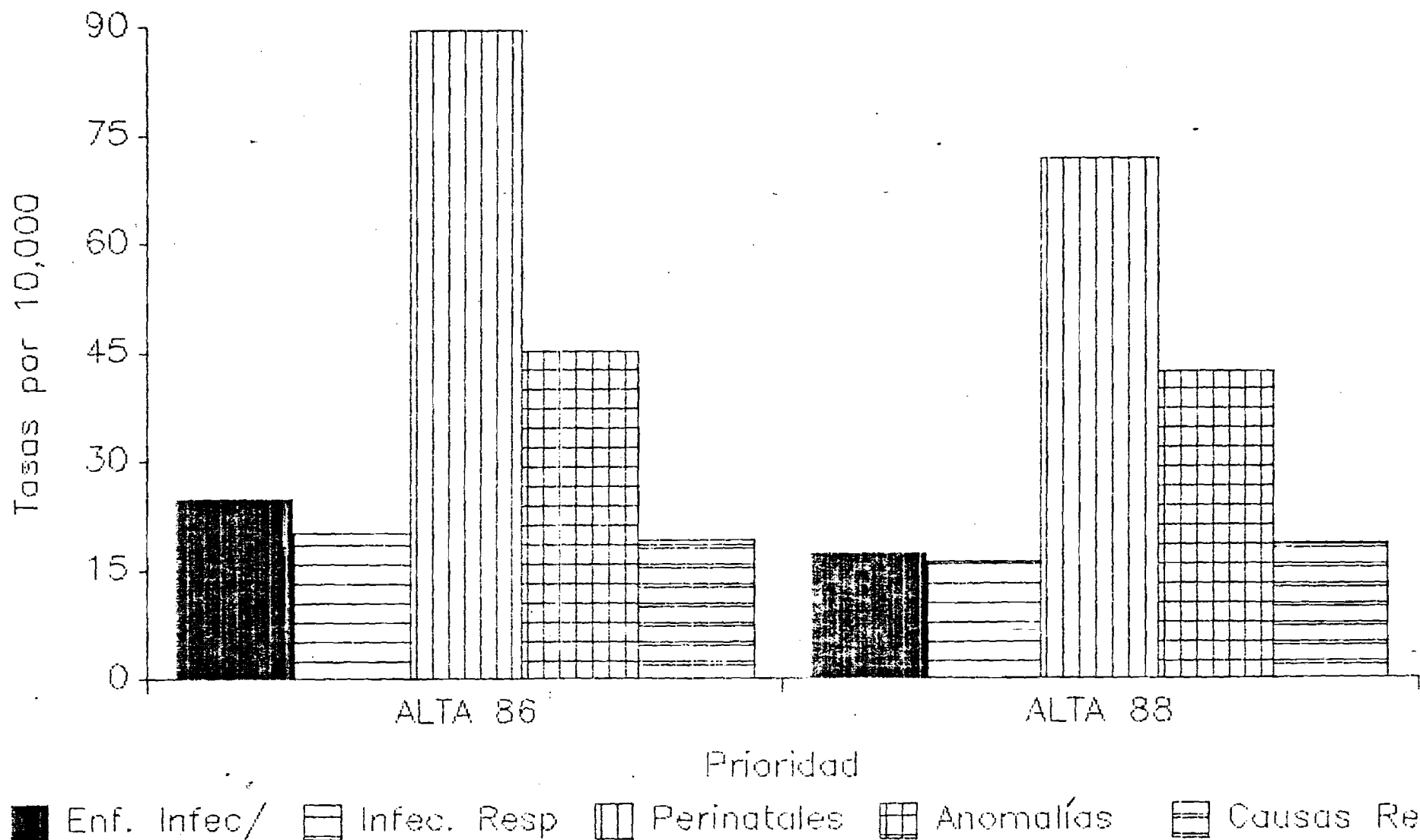


### TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL Y POSINEONATAL, SEGUN CAUSAS, 1988



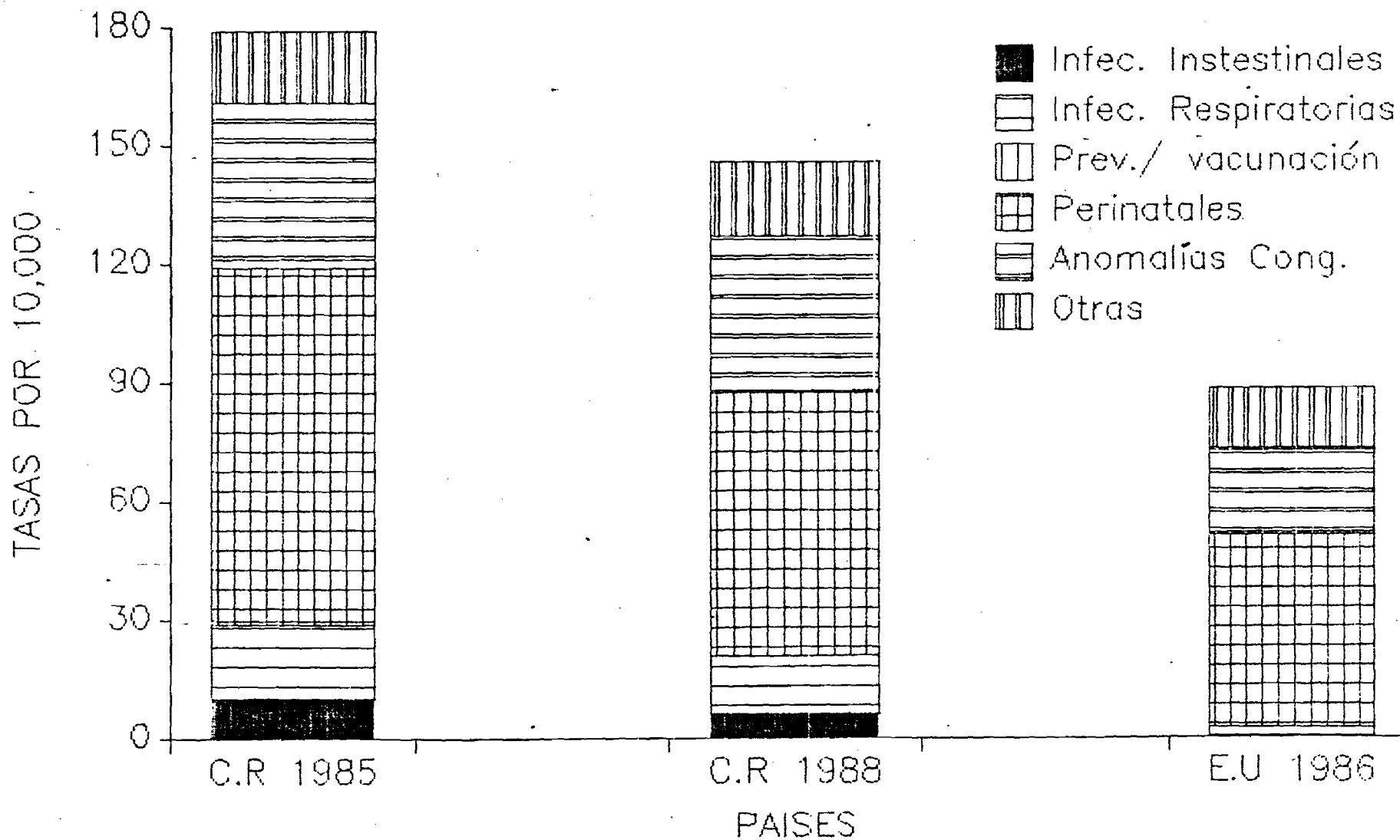
Fuente: Estadísticas Vitales, Dirección General de Est. y Censos, 1988

## TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR CANTONES DE PRIORIDAD ALTA, SEGUN CAUSAS 1986-1988

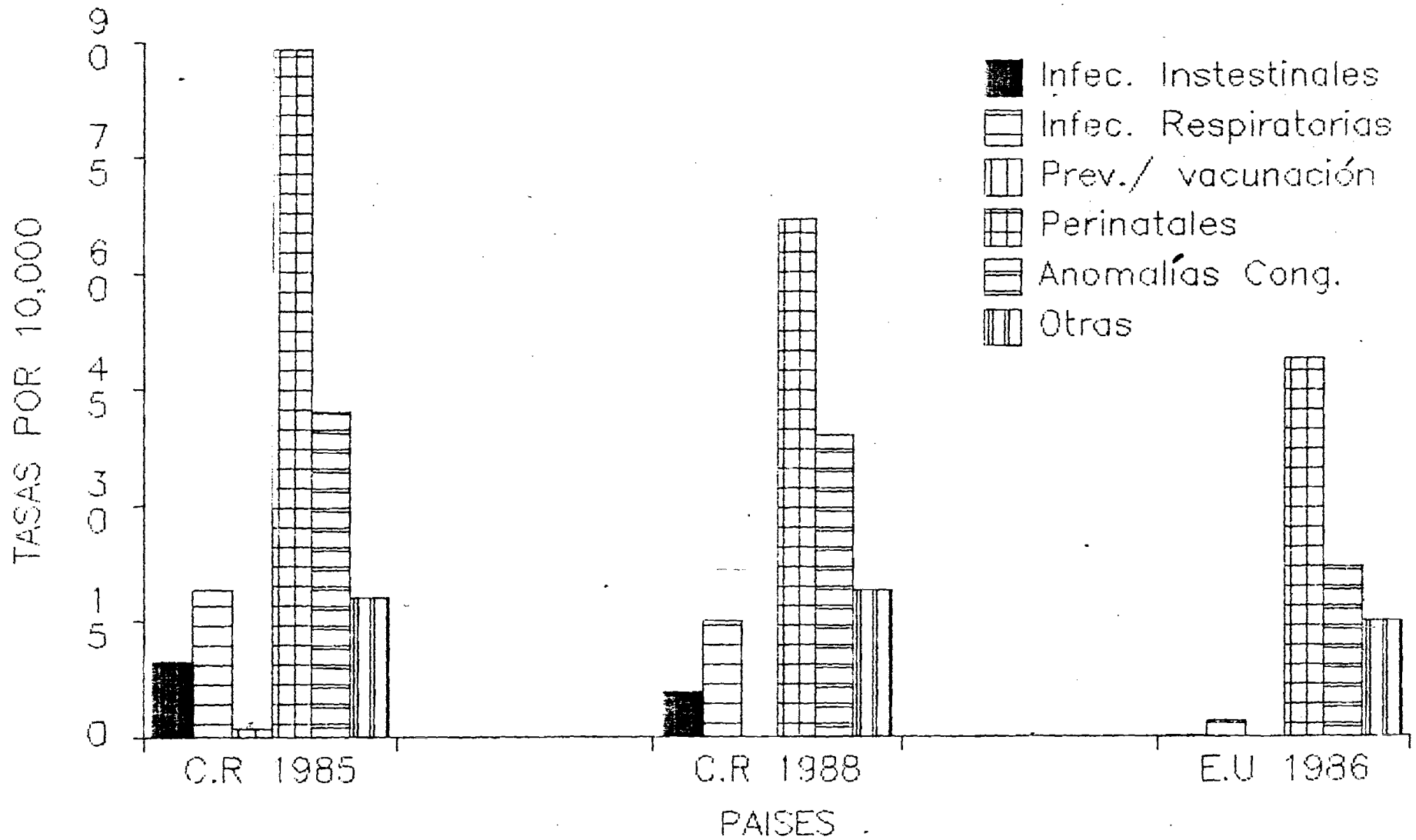


Fuente: Estadísticas Vitales, Dirección General de Est. y Censos, 1986-88

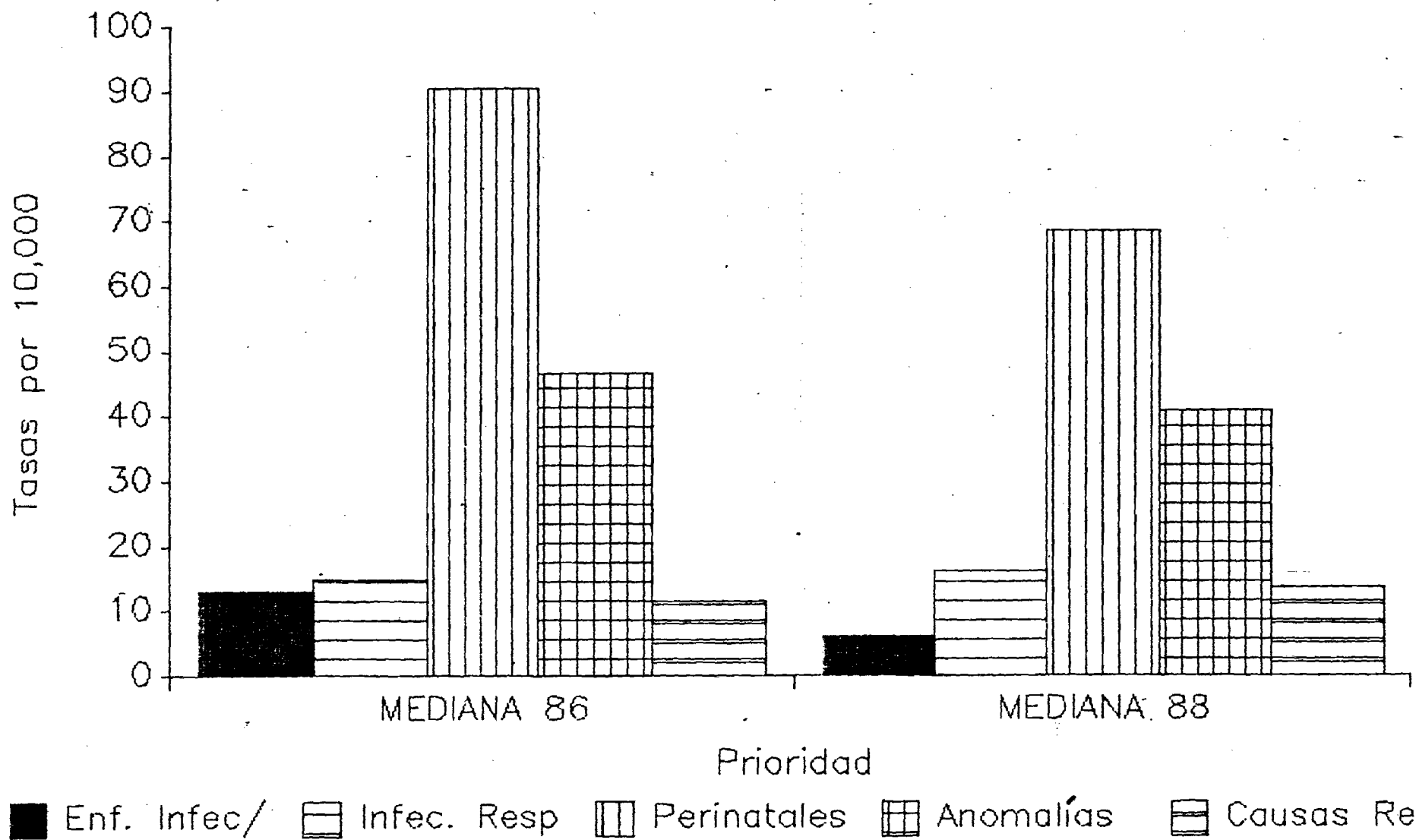
## BAJA EN LA MORTALIDAD INFANTIL Y CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA POR CAUSAS



## BAJA EN LA MORTALIDAD INFANTIL Y CAMBIOS EN LAS TASAS POR CAUSAS.

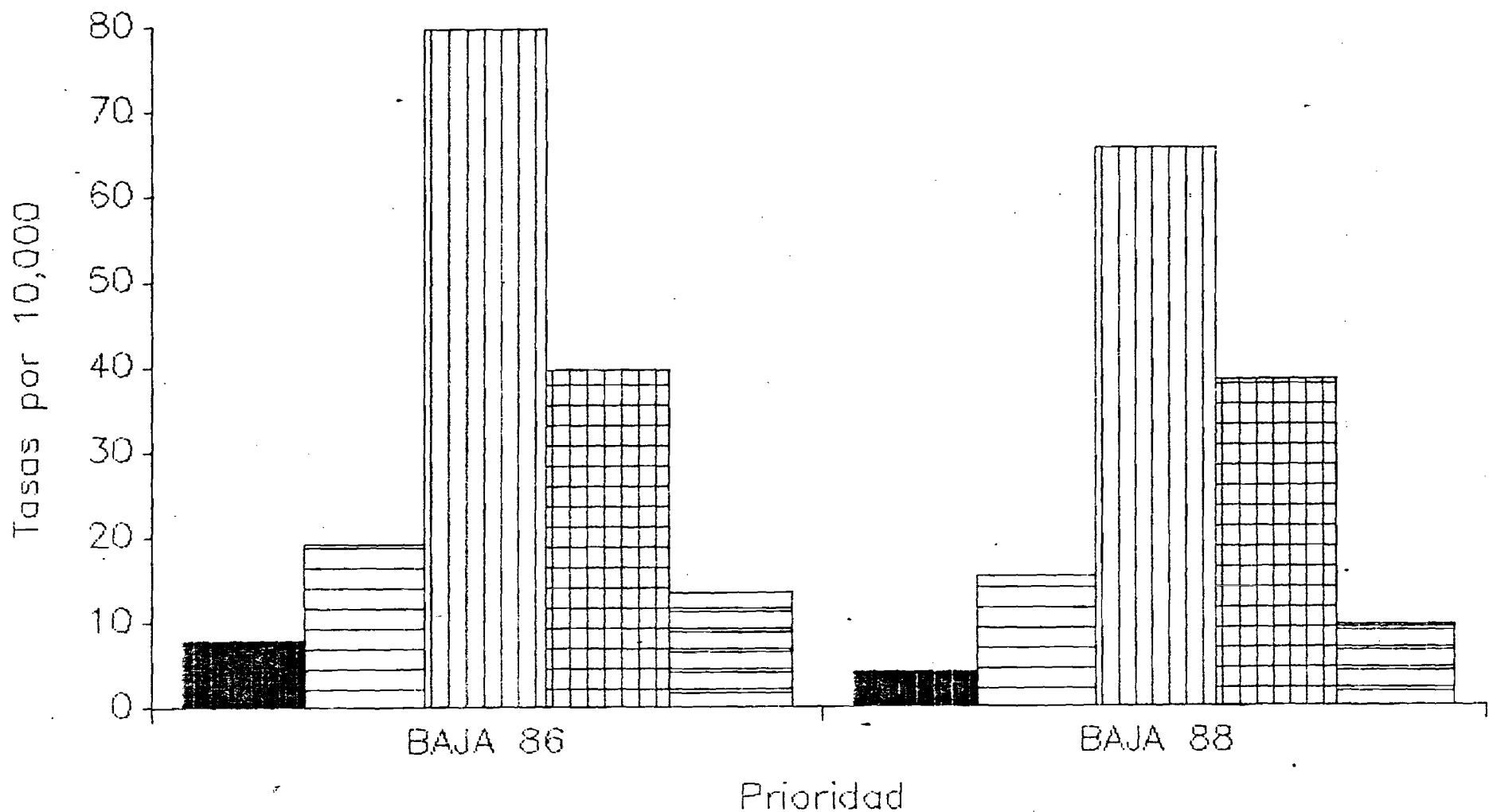


TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR  
CANTONES DE PRIORIDAD MEDIANA, SEGUN  
CAUSAS, 1986-1988



Fuentes: Estadísticas Vitales, Dirección  
General de Est. y Censos, 1986-88

### TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR CANTONES DE PRIORIDAD BAJA, SEGUN CAUSAS, 1986-1988



Fuente: Estadísticas Vitales, Dirección General de Est. y Censos, 1986-88

1  
2  
3

4  
5  
6