

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Tesis para optar por el grado académico
de Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**EXPECTATIVA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA
SALUDABLE, COSTA RICA 1990-2017**

Sustentante: Daniela Morera Obando
Tutora: Dra. Valeria Delgado Bermúdez

Febrero, 2020

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	ii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
DEDICATORIA.....	x
AGRADECIMIENTO.....	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1.1 Antecedentes del problema	17
1.1.2 Delimitación del problema	20
1.1.3 Justificación	20
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
1.3.1 Objetivo general.....	23
1.3.2 Objetivos específicos.....	23
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	24

1.4.1	Alcances de la investigación.....	24
1.4.2	Limitaciones de la investigación	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....		25
2.1	Contexto Teórico-Conceptual.....	26
2.1.1	Definiciones	26
2.1.2	Expectativa de vida al nacer	35
2.1.3	Expectativa de vida a diferentes edades	36
2.1.4	Años de vida saludable.....	42
2.1.5	Expectativa de vida en América Latina.....	43
2.1.6	Expectativa de vida en Costa Rica	46
2.2	Demografía y mortalidad en Costa Rica	50
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....		59
3.1.	Enfoque de Investigación.....	60
3.1.1	Área de estudio.....	61
3.1.2	Fuentes de información	61
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.3	UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	63
3.3.1	Población.....	63
3.3.2	Muestra.....	63
3.3.3	Criterios de inclusión y exclusión.....	63

3.4	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	64
3.5	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	65
3.6.	METODOLOGÍA	68
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....		70
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		93
5.1	DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	94
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		105
6.1	CONCLUSIONES.....	106
6.2	RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFÍA		110
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....		116

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1. Sistema de clasificación de la carga de la enfermedad	34
Tabla Nº 2. Mortalidad según grupos de causa de muerte Costa Rica, 1990.....	52
Tabla Nº 3. Mortalidad según grandes grupos de causa de muerte Costa Rica, 2000	54
Tabla Nº 4. Mortalidad según grandes grupos de causa de muerte Costa Rica, 2010	56
Tabla Nº 5. Mortalidad según grandes grupos de causa de muerte Costa Rica, 2017	58
Tabla Nº 6. Expectativa de Vida Saludable al Nacer y a los 65 años en hombres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	71
Tabla Nº 7. Expectativa de Vida Saludable al Nacer y a los 65 años en mujeres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	72
Tabla Nº 8. Expectativa de Vida Saludable al Nacer y a los 65 años para ambos sexos, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación.....	73
Tabla Nº 9. Expectativa de Vida al Nacer y a los 65 años en hombres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	74
Tabla Nº 10. Expectativa de Vida al Nacer y a los 65 años en mujeres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	75
Tabla Nº 11. Expectativa de Vida al Nacer y a los 65 años en ambos sexos, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación.	76

Tabla N° 12. Comparación en años de la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida saludable al nacer en hombres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	77
Tabla N° 13. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable a los 65 años en hombres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	78
Tabla N° 14. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable al nacer en mujeres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación.....	79
Tabla N° 15. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable a los 65 años en mujeres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	80
Tabla N° 16. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable al nacer en ambos sexos. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	81
Tabla N° 17. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable a los 65 años en ambos sexos. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	82
Tabla N° 18. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 1990, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación.....	83
Tabla N° 19. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 1995, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación.....	84

Tabla N° 20. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2000, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	86
Tabla N° 21. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2005, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	88
Tabla N° 22. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2010, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	89
Tabla N° 23. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2015, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	91
Tabla N° 24. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2017, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	92
Tabla N° 25. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable al nacer por sexo 1990, según IHME	95
Tabla N° 26. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable a los 65 años por sexo 1990, según IHME.....	96
Tabla N° 27. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable al nacer por sexo 2017, según IHME	97
Tabla N° 28. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable a los 65 años por sexo 2017, según IHME.....	99

Tabla N° 29. Países de América Latina con mayor expectativa de vida al nacer por sexo 1990, según IHM.	100
Tabla N° 30. Países de América Latina con mayor expectativa de vida a los 65 años por sexo 2017, según IHME	101
Tabla N° 31. Grandes grupos de causa de muerte en el mundo en 1990, 2000, 2010 y 2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación	103
Tabla N° 32 Grandes grupos de causa de muerte en América Latina en 1990, 2000, 2010 y 2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación.....	104

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Composición de los AVAD	33
Figura N° 2. Zonas Azules del mundo	48
Figura N° 3. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 1990.....	51
Figura N° 4. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 2000.....	53
Figura N° 5. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 2010.....	55
Figura N° 6. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 2017.....	57

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi familia.

Mamita, necesito hacerlo. Esto es por y para usted. Hubiera deseado que me viera convertirme en lo que soy hoy, y se sintiera orgullosa de mí, como siempre. Usted es la principal razón por la que elegí esta carrera, y le prometo que va a ser mi mejor versión. Cuando la vuelva a ver, verá que no le faltó. A mi mamá, quien nunca permitió que yo me rindiera ante nada, que me enseñó con su ejemplo, dedicación y sacrificio, a no desistir jamás y conseguir mis metas, a pesar de las caídas que tuve en el proceso. La amo, y usted mejor que nadie sabe lo que nos costó a las dos, y es apenas el primer triunfo de muchos que vienen por delante.

A tío Juan, quien fue mi inspiración, y al que desde niña vi entregado a su profesión; espero poder llegar a ser por lo menos la mitad de profesional que es, lo admiro y lo amo, gracias por todas las llamadas de atención a lo largo de toda la carrera; me han hecho crecer.

Santi, usted es la luz de mi vida, todo lo que hago es por usted. Gracias por apoyarme siempre, aun en esas noches eternas de estudio, sentado a la par de mamá para que no se quede estudiando sola. Gracias por soportarme en tiempos de exámenes, finales de cuatri y más aun haciendo este trabajo; espero poder ser su ejemplo. Gracias por comprender que Mamá y Santi deben sacrificar tiempo juntos para poder llegar hasta aquí. Quiero que se sienta orgulloso de la mamá que tiene y, sobre todo, que siga estando a mi lado incondicionalmente, como lo ha hecho hasta ahora. Lo amo.

Al resto de mi familia, gracias por confiar en mí, los amo.

AGRADECIMIENTO

Al más importante, al que me permitió llegar hasta aquí con salud y de la mejor manera, gracias Jehová Dios, por tantas bendiciones.

También quiero agradecer a todos los doctores, enfermeros (as) y demás, que me han enseñado durante toda mi carrera, los que me llamaron la atención, los que me felicitaron, corrigieron, etc. ... Gracias por regalarme de su preciado conocimiento para ser un buena médica y cirujana.

A todos los amigos y compañeros que conocí durante toda la carrera, y me ayudaron de una manera u otra, Johnny y Rubí, gracias por estar ahí siempre apoyándome y no dejándome caer. Los amo y espero tenerlos siempre a mi lado.

A la Doctora Delgado, por la paciencia que tuvo y la ayuda que me brindó hasta el final del proyecto. Gracias por su tiempo y dedicación. Al Doctor Evans, por darme luz y guía en este proceso; agradezco inmensamente su ayuda.

Finalmente, al Doctor Jorge Arias, quien a pesar de su ausencia fue un gran ejemplo para mí a lo largo de la carrera; su amabilidad y su buen trato hacia los estudiantes, su interés. Gracias.

RESUMEN

Introducción: La expectativa de vida de la población de un país brinda una idea de las condiciones de salud. En Costa Rica, la esperanza de vida al nacer en el año 1990 es de 75, 64 años y en el año 2017 es de 80, 98 años. Costa Rica posee un reconocido lugar en América Latina y Centroamérica con altos índices de alfabetización y cobertura. Además, ha tenido un gran avance en condiciones sanitarias, con alta cobertura social y de salud. Los años de vida saludable también aumentan con el transcurso de los años, lo que igualmente es un buen indicador de salud en el país. Sin embargo, las enfermedades cardíacas se sitúan en el primer lugar como la causa de muerte más importantes del país, y siguen en aumento, al igual que los tumores, lo que resulta en una disminución de la expectativa de vida y años de vida saludable.

Objetivo: Determinar la evolución de la expectativa de vida y de los años de vida saludable en Costa Rica, desde el año 1990 hasta el 2017. **Métodos:** Este estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, ecológico mixto. El estudio recoge información de la población total y por sexo de Costa Rica de los años 1990-2017, así como información de mortalidad total y por sexo de los años mencionados. La fuente de información es el Instituto de Métricas en Salud. **Resultados:** En el periodo en estudio se observa un aumento general de la cantidad de años de expectativa de vida y de vida saludable en la población costarricense, siendo más evidente en el sexo femenino que en el masculino; sin embargo, al momento de relacionar ambas variables, se traducen como más años de vida saludable perdidos. También se observa el aumento que tienen las enfermedades del sistema circulatorio, siendo en 28 años las que ha cobrado más vidas, seguidas de los tumores que tienen un aumento

importante, incluso más alto que las enfermedades cardíacas. **Discusión:** En América Latina, Costa Rica en 1990 posee la mayor expectativa de vida, por encima de Panamá y Puerto Rico. Sin embargo, para el año 2017, Costa Rica no aparece dentro de los primeros cinco países, siendo que Colombia, Perú y Chile manejan edades mayores. Los años de vida saludable en Costa Rica, en general, han aumentado considerablemente, siendo de 67.4 en 1990, la más alta de la región, seguidos de Panamá y Cuba y 69.9 años en el 2017, esta vez superado por Colombia y Cuba. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores son las principales causas de muerte en este periodo, tanto en el mundo como en América Latina y Costa Rica. **Conclusiones:** La esperanza de vida en Costa Rica, entre los años 1990 y 2017 ha aumentado considerablemente; sin embargo, los años de vida saludable también, lo que conlleva a un leve aumento de los años de mala salud; por ende, los costarricenses son más susceptibles a padecer enfermedades crónicas, lo que aumenta las muertes por cada uno de los grupos en estudio.

Palabras clave: Expectativa de vida, Años de vida saludable, Mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: The life expectancy of a country's population provides insight into health conditions. Costa Rica, life expectancy at birth in 1990 is 75, 64 years per inhabitant and in 2017 it is 80, 98 years. Costa Rica has a recognized place in Latin America and Central America with high literacy rates and coverage. In addition, it has made great progress in sanitary conditions, with high social and health coverage. The years of healthy life also increase over the years, which is also a good indicator of health in the country. However, heart disease is in the first place as the leading cause of death in the country and continues to increase as well as tumors, resulting in a decrease in life expectancy and healthy life years. **Objective:** To determine the evolution of life expectancy and years of healthy life in Costa Rica, from 1990 to 2017. **Methods:** This study is observational, descriptive, transversal, mixed ecological. The study collects information on the total population and sex of Costa Rica from the years 1990-2017, as well as information on total mortality and sex of the years mentioned. The source of information is the Institute of Health Metrics. **Results:** In the period under study there is a general increase in the number of years of life expectancy and healthy life in the Costa Rican population, being more evident in the female sex than in the male, however, when relating both variables, they are translated as more years of healthy life lost. The increase in circulatory system diseases is also observed, being in 28 years those that have claimed more lives, followed by tumors that have a significant increase, even higher than heart disease. **Discussion:** In Latin America, Costa Rica in 1990 has the highest life expectancy, above Panama and Puerto Rico. However, for 2017, Costa

Rica does not appear within the first five countries, with Colombia, Peru and Chile handling higher numbers. The years of healthy life in Costa Rica in general, has increased considerably, being 67.4 in 1990, the highest in the region, followed by Panama and Cuba and 69.9 years in 2017, this time surpassed by Colombia and Cuba. Cardiovascular diseases and tumors are the main causes of death in this period, both in the world, Latin America and Costa Rica. **Conclusions:** The life expectancy in Costa Rica between the years 1990 and 2017 has increased considerably; however, the years of healthy life also, which leads to a slight increase in the years of poor health; therefore, Costa Ricans are more susceptible to suffer from chronic diseases which increases deaths for each of the groups under study.

Keywords: Life expectancy, Years of healthy life, Mortality.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

En un artículo llamado “Incremento de la esperanza de vida en Cuba a 80 años”, se hace un recuento de la esperanza media de vida al nacer a nivel mundial, a partir del año 1950 hasta el 2002, y demuestra un aumento de 46,5 años a 65,2 años. En Cuba, en el periodo 2001-2003 es de 77,0 años para ambos sexos. Según este artículo, los países de América Latina y el Caribe fueron los que aumentaron más su esperanza de vida, siendo en el quinquenio de 2000-2005 que llegó a ser de 70 años. Llama mucho la atención países como Japón, Canadá y Suecia, que tuvieron ganancia en ese mismo quinquenio. Este artículo, aunque tiene un mayor enfoque en Cuba, brinda una idea de lo que pasa en Costa Rica en ese quinquenio, al mencionarse América Latina y compararla con países desarrollados como Japón y Canadá. ⁽¹⁾

En la revista mexicana “Estudios demográficos y urbanos”, del año 2009, se señala que en los años 20 la esperanza de vida al nacer en México, rebasaba los 30 años y que, a partir de allí, debido a las reformas en salud pública de ese país, en el siguiente decenio la esperanza de vida aumentó 0.5 años por cada año transcurrido. En el periodo de 1940-1960 este aumento fue de un año por cada año transcurrido, debido a los nuevos avances tecnológicos de la época, siendo en el caso de las mujeres de 40 años en 1940, hasta casi los 60 en 1960, y en el caso de los hombres, pasó a ser de 39 años a 56,5 años. Se hace una comparación entre la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil de diversos países, y se destaca que la esperanza de vida en

México, al 2005, es de 74,6 años; sin embargo, comparado con los otros países de la lista, posee una tasa de mortalidad infantil alta, al igual que España. Esto demuestra, al igual que el mencionado anteriormente, la cercana realidad de Costa Rica en ese periodo y su comparación con otros países. Además, menciona las tasas de mortalidad infantil de alto valor en América Latina, por lo que da la idea que fue así también en Costa Rica y Centroamérica. ⁽²⁾

En el artículo, “Análisis comparativo de la esperanza de vida en Suramérica, 1980-2010”, se estudia, a través de un proceso investigativo, la relación entre la inversión del Producto Interno Bruto (PIB) en salud y la esperanza de vida en estos países. Es importante recalcar que puede existir una relación recíproca entre el PIB y la salud de la población, por lo que una población saludable mejora la productividad, aumentando la economía del país. Se menciona que países como Colombia, Chile y Brasil, por ejemplo, alcanzaron los años de esperanza de vida alrededor de 1930; Argentina, Uruguay y Cuba superaron esta cifra antes de la Primera Guerra Mundial y Bolivia, Perú y Ecuador lograron llegar hasta las décadas del 40 y 50. Se concluye que Chile posee el promedio de esperanza de vida mayor en ese periodo, tanto para hombres como para mujeres, y Bolivia siendo el de menor promedio. Además, se concluye que los países que tuvieron mayor inversión en salud no necesariamente lograron una mayor expectativa de vida y viceversa. Esto en Costa Rica es de vital importancia, ya que, a principios de la década de los 90, hubo factores financieros y de gestión del sistema de salud, que dieron origen a la reforma sectorial y al proceso de modernización institucional, dando paso a la Reforma del Sector Salud. Según estudios hechos en el país, a partir de 1995 se redujo la mortalidad de manera

significativa, tanto en niños (8%) como en adultos (2%) y hubo aumento en la expectativa de vida. ⁽³⁾

El INEC, en un documento llamado “Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en Costa Rica, 1990-2000”, menciona que la esperanza de vida al nacimiento ha tenido un aumento significativo; se muestra que en 1900 era de 34, 7 años y al año 2000 aumentó a 77,49 años, lo que implica un aumento de aproximadamente 43 años, duplicándose. Es importante, nuevamente, recalcar que Costa Rica (1998) tiene una esperanza de vida muy similar a países desarrollados como Japón, Canadá, Suiza y Estados Unidos, y supera a Cuba y Chile con un desarrollo similar. Según sexo, para este periodo, los hombres pasaron de 33,70 años (1990) a 74,81 (2000), y las mujeres de 35,70 años (1990) a 80,29 (2000), con una diferencia de 2 años (1990) a 5,48 (2000). ⁽⁴⁾

En la revista de Ciencias de la Salud de la Universidad Hispanoamericana, el Dr. Ronald Evans define la esperanza de vida saludable (EVISA) como: *“número de año libre de enfermedad que, en promedio, un recién nacido puede esperar vivir, de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad de una población.”* (Evans, 2015). Menciona que Costa Rica, en el 2007, tuvo una mediana de 64 años, siendo el cuarto país de América con más EVISA, superado únicamente por Canadá, Chile y Estados Unidos, respectivamente; además de tener una esperanza de vida de 79 años para ambos sexos, siendo la segunda mejor de la región, superada por Canadá (81 años).⁽⁵⁾

1.1.2 Delimitación del problema

Esta investigación abarca un periodo de 28 años, comprendidos entre 1990 y el 2017, donde se analizará la evolución en Costa Rica de la expectativa de vida y de la cantidad de años de vida saludable de su población, además de los factores que influyen en la misma.

1.1.3 Justificación

La expectativa de vida o esperanza de vida de la población de un país determinado brinda una idea de las condiciones de salud de este. Si bien una alta expectativa de vida indica buenas condiciones de salud en su población, una baja indica un mal sistema de salud; por ende, sus habitantes viven menos tiempo. En Costa Rica, la esperanza de vida al nacer en 1990 es de 75, 64 años por habitante y en el 2017 es de 80, 98 años. Se puede observar un aumento de 5 años aproximadamente, lo cual es un buen indicador para el país en temas de salud. Es fundamental resaltar la buena educación, que también influye, Costa Rica posee un reconocido lugar en América Latina y Centroamérica, con altos índices de alfabetización y cobertura. Según la OMS, el país ha tenido un gran avance en condiciones sanitarias, con alta cobertura social y de salud.

Los años de vida saludable, por ende, también han ido en aumento con el transcurso de los años; en la actualidad los hombres viven aproximadamente 68 años con buena salud y sin discapacidad, y las mujeres 70 años, lo que igualmente es un buen indicador de salud en el país. Esta investigación es relevante, ya que se resaltan tanto

las virtudes del país en estos temas como las deficiencias, y así poder valorar las acciones a seguir para mejorar tales condiciones.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la evolución de la expectativa de vida y de los años de vida saludable en Costa Rica, desde el año 1990 hasta el 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar la evolución de la expectativa de vida y de los años de vida saludable en Costa Rica, desde el año 1990 hasta el 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conocer cuál es la evolución de años de vida saludable según sexo y grupo etario en Costa Rica, desde el año 1990 hasta el 2017.
- Determinar cuál es la evolución de expectativa de vida según sexo y grupo etario en Costa Rica, desde el año 1990 hasta el 2017.
- Identificar la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte sobre la expectativa de vida en Costa Rica, 1990-2017.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

- Se realizan tablas comparativas con información del IHME acerca de la expectativa de vida saludable y expectativa de vida, para obtener una mejor visualización de la información y, así mismo, generar un mayor entendimiento de esta.
- Se logra realizar, de igual manera, una comparación con cierta información de la OMS y del IHME, para poder discutir similitudes y diferencias entre ambas bases de datos.
- Se logra hacer un estudio que abarca gran cantidad de años y que, además, involucra años recientes, por lo que es un estudio actualizado del tema.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- No se logró obtener resultados del INEC, ya que en su base de datos no hay registro de EVISA en los años en estudio, por lo que, para su realización, solo se obtuvo información de una fuente internacional.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Contexto Teórico-Conceptual

2.1.1 Definiciones

Contexto histórico

En las últimas décadas, la esperanza de vida alrededor del mundo ha aumentado notablemente. Tanto es así que, en 1960, año en que la ONU empezó a reunir datos sobre la esperanza de vida, esta rondaba los 52 años, a nivel mundial y el día de hoy se encuentra aproximadamente en 72 años. La conclusión de este aumento es la modernización de la Medicina y los avances en salud pública, que ayudan a vivir a la población mucho más que antes. Sin embargo, estos registros de esperanza de vida provienen incluso del siglo I, cuando Plinio, escritor, naturalista y militar romano, dedicó todo un capítulo de su “Historia Natural” a las personas que vivían más tiempo. Entre ellas incluyó a personas que vivían hasta los 100 años, e incluso a una mujer llamada Clodia, quien vivió 115 años y dio a luz 15 hijos. ⁽⁴⁹⁾

En 1994 se realizó un estudio a los hombres que vivieron en la antigua Roma, y de los 397 hombres antiguos en total, 99 murieron por causas externas (suicidio, violencia, guerras, entre otros), y de los restantes algunos llegaron a vivir hasta los 72 años, lo cual indica que los hombres privilegiados han vivido casi hasta la misma edad a lo largo de la historia. Esto se debe a que las condiciones de vida, el acceso a terapias médicas, y hasta la higiene, eran mejores entre las personas en estratos más altos. ⁽⁴⁹⁾

En el 2016, Gazzaniga publicó un estudio que realizó a 2000 esqueletos romanos de clase trabajadora; se muestra que la edad promedio de muerte fue de 30 años, debido

al trabajo duro y enfermedades como la artritis. A las mujeres se les suma el hecho de que, además de realizar trabajos en el campo, los partos eran en condiciones higiénicas deficientes, razón por la cual corrían un riesgo particular durante sus años fértiles; incluso el embarazo era considerado per se un riesgo. Eran además mujeres desnutridas, puesto que comían menos que los hombres, por lo que sus huesos pélvicos no se desarrollaban adecuadamente. Se dice que la esperanza de vida de la mujer romana empezó a aumentar al disminuir la fertilidad. ⁽⁴⁹⁾

En Costa Rica, la esperanza de vida prácticamente se ha duplicado en las últimas ocho décadas, siendo de 42.2 años en 1930 a los 79.04 años en el 2010. En la década de los noventa, la esperanza de vida apenas aumentó de 77,0 en 1990 a 77,4 años en el 2000. Sin embargo, en décadas anteriores, el ritmo de crecimiento fue mucho mayor; por ejemplo, pasó de 46.9 en 1940 a 65.6 en 1960. La década de los sesenta también presentó una evolución muy pobre. ⁽⁴⁸⁾

La reorganización del sector Salud, que tuvo lugar a principios de los setenta y que significó la transferencia de todos los hospitales del Ministerio de Salud Pública a la Caja Costarricense de Seguridad Social, que amplió su cobertura del 39% al 70% de la población entre 1970 y 1980, pero especialmente la puesta en funcionamiento de programas de atención primaria en zonas rurales y barrios urbanos desfavorecidos, y la disminución de la tasa de mortalidad infantil, facilitaron que la esperanza de vida de Costa Rica culminara su convergencia con la de los países más avanzados. Es por este motivo que los años setenta se consideran la última década con rápido crecimiento, que alcanzó los 74.6 años en 1980, y a partir de ahí el aumento volvió a

ralentizarse y hasta estancarse, como sucede en los noventa, como se verá en este estudio. ⁽⁴⁸⁾

Salud y enfermedad

La definición más ambiciosa de la salud es la que propuso la OMS en 1948: "*salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad*". Esta definición, a pesar de la crítica, sigue siendo un ideal. En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud acordó que todas las personas deberían alcanzar en el año 2000 un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Este compromiso con la estrategia de salud para todos se renovó en 1998 y otra vez en el 2003. Sin embargo, se necesitan definiciones de salud y enfermedad más prácticas. La epidemiología se centra en aspectos de la salud relativamente fáciles de medir, y que constituyen prioridades para la acción. ⁽⁷⁾

Medición de la frecuencia de la enfermedad

Para calcular la frecuencia de la enfermedad, se precisa conocer el concepto de incidencia y prevalencia, ya que en ellos se basa la medición. La incidencia de una enfermedad mide la velocidad a la que se producen casos nuevos durante un periodo determinado en una población especificada, mientras que la prevalencia es la frecuencia de casos de enfermedad en una población y en un momento dados. La incidencia y la prevalencia son formas esencialmente distintas de medir la frecuencia de enfermedad, y la relación entre ellas varía de unas enfermedades a otras. ⁽⁷⁾

La población expuesta al riesgo es otro término para conocer, ya que es un aspecto importante para la cuantificación de la frecuencia de enfermedad, y así estimar correctamente el tamaño de la población que se considera. Lo ideal es que este número incluya solo a las personas potencialmente susceptibles de padecer la enfermedad considerada. Por ejemplo, es evidente que los varones no deben ser incluidos en los cálculos de frecuencia del carcinoma de cuello uterino. ⁽⁷⁾

La parte de la población que puede contraer una enfermedad se denomina población expuesta al riesgo, y puede definirse según factores demográficos, geográficos o ambientales. Así, las lesiones y enfermedades profesionales solo afectan a las personas que trabajan en el medio correspondiente, por lo que la población expuesta al riesgo es la población laboral activa. En algunos países la brucelosis solo afecta a las personas que manipulan animales infectados, por lo que la población expuesta al riesgo está formada por quienes trabajan en granjas o mataderos. ⁽⁷⁾

Mortalidad

Para poder comprender mejor la manera de comportamiento de la mortalidad dentro de una población, se necesita ahondar en las causas de muerte en sus habitantes. Todas las muertes tienen una causa, por lo que el análisis de estas y su evolución a lo largo del tiempo permiten lograr una mejor comprensión de las variaciones en la mortalidad general de un país. De este modo, la evolución en el patrón de mortalidad de una población depende de las modificaciones observadas en las causas de muerte. Las causas de muerte se encuentran estrechamente vinculadas con la estructura de edad o sexo de una población y de las condiciones de vida de sus

habitantes. Mediante el análisis de estas causas, se pueden estimar los principales problemas de salud de la población, facilitando el diseño de programas y políticas específicas en el campo. Sin embargo, dentro del análisis de las causas de muerte de una población, se debe estudiar, además, el patrón de morbilidad de la población completa, por lo que se requiere un estudio detallado de sus enfermedades típicas.⁽⁸⁾

¿Cuáles son las principales fuentes de datos para analizar las causas de mortalidad de una población?

Dentro de las principales fuentes de información para el estudio de las causas de muerte se pueden mencionar:⁽⁸⁾

- Hospitales.
- Ministerio de Salud (Sistema de vigilancia epidemiológica).
- Reportes sobre consultas médicas (consultas privadas).
- Registros especiales: Registro Nacional de tumores, Registro de malformaciones congénitas, registro de discapacitados y otros.
- Encuestas demográficas (se utilizan especialmente para medir la prevalencia).

Entre los principales errores en estas, con las fuentes de información, se encuentran:

- Errores de cobertura: muchas veces no se registran las defunciones o, en su defecto, se registran más de una vez.
- Errores de contenido: se refieren a las causas mal declaradas, debidas a certificaciones no profesionales, o la no existencia de certificación de la causa del fallecimiento.

Tasas de mortalidad

La mortalidad o tasa bruta de mortalidad se calcula de la siguiente manera:

Número de defunciones en un periodo determinado

*1000

Población total promedio durante ese periodo

El inconveniente principal de la tasa bruta de mortalidad es que no tiene en cuenta que las posibilidades de que una persona muera varían según su edad, sexo, raza, clase socioeconómica y otros factores. ⁽⁷⁾

Tasas de mortalidad específicas por edades

Pueden calcularse tasas específicas de mortalidad de grupos concretos de una población definidos por su edad, raza, sexo, ocupación o localización geográfica, o tasas específicas de mortalidad debida a una causa de muerte, de la siguiente manera:

Total de defunciones en un grupo específico, según edad y sexo, de la población de una zona determinada durante un periodo especificado

*1000

Población total estimada de ese grupo específico de edad y sexo en esa misma zona y durante el mismo periodo. ⁽⁷⁾

Mortalidad proporcional

A veces la mortalidad de una población se describe utilizando la mortalidad proporcional, que es la proporción de muertes debidas a una causa determinada del

total de muertes ocurridas en el periodo de estudio. La mortalidad proporcional suele expresarse por cada 100 o cada 1000 defunciones.⁽⁷⁾

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil se utiliza habitualmente como indicador del nivel de salud de la comunidad, y se calcula así:

$$\frac{\text{Número de defunciones de menores de un año edad durante un año determinado}}{\text{Número de nacidos vivos ese mismo año}} * 1000$$

Número de nacidos vivos ese mismo año

El uso de la tasa de mortalidad infantil, como índice del estado de salud global de una población, se basa en que se supone que esta tasa es especialmente sensible a los cambios socioeconómicos y a las intervenciones de atención sanitaria.⁽⁷⁾

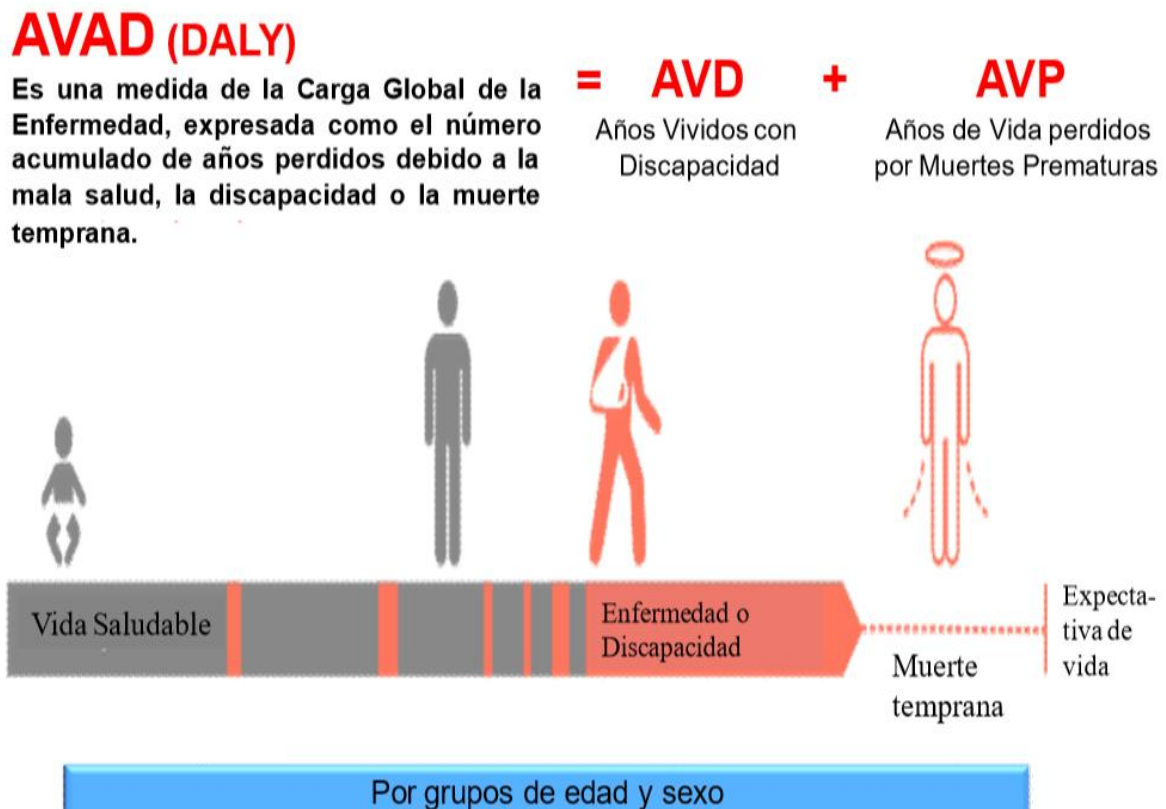
Medición de la carga de la enfermedad

La principal unidad para medir la carga de enfermedad son los años de vida ajustada según discapacidad (AVAD), en los que se combinan⁽⁹⁾:

- ✓ Los años de vida perdida (AVP), calculados a partir de las muertes a cada edad multiplicadas por los años restantes de vida que cabría esperar según una esperanza de vida general, estándar para todos los países.
- ✓ Los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), calculados multiplicando los casos nuevos de lesión o enfermedad por la duración media de la enfermedad, y por un peso de discapacidad, que refleja la gravedad de la enfermedad en una escala de 0 (salud perfecta) a 1 (muerte).

Un AVAD perdido es un año perdido de vida “sana”, y la carga de enfermedad así medida es la brecha entre el nivel actual de salud de la población y el nivel ideal de una población, donde todos vivieran hasta una edad avanzada, sin padecer discapacidad. Se basa en la aceptación de que la medida más adecuada de los efectos de las enfermedades crónicas es el tiempo, tanto el tiempo perdido debido a la muerte prematura, como el de incapacidad por enfermedad. Por lo tanto, un AVAD es igual a un año de vida saludable perdido. ⁽⁹⁾

Figura N° 1. Composición de los AVAD



Fuente: ⁽⁵⁾

Clasificación de las enfermedades

Los AVAD se calculan para tres grandes grupos de enfermedades, detallados a continuación:

Tabla Nº 1. Sistema de clasificación de la carga de la enfermedad.

Grupo I. Transmisibles, maternas, perinatales y condiciones nutricionales
Enfermedades infecciosas y parasitarias. Infecciones respiratorias. Condiciones maternas. Afecciones del periodo neonatal. Deficiencias nutricionales.
Grupo II. Enfermedades no transmisibles
Neoplasias malignas. Otras neoplasias. Diabetes Mellitus. Trastornos endocrinos. Condiciones neuro-psiquiátricas. Enfermedades de los órganos sensitivos. Enfermedades cardiovasculares. Enfermedades respiratorias. Enfermedades digestivas. Enfermedades genito-urinarias, Enfermedades de la piel. Enfermedades músculo-esqueléticas. Malformaciones congénitas. Condiciones orales.
Grupo III. Lesiones
Lesiones no intencionales. Lesiones intencionales.

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁵⁾

Según la tabla, las enfermedades se agrupan en tres categorías o grupos: transmisibles, maternas, perinatales y condiciones nutricionales, que son el grupo I, enfermedades no transmisibles, grupo II y lesiones que corresponden al grupo III.

2.1.2 Expectativa de vida al nacer

Se define como la cantidad de años de vida que, en promedio, vivirá un grupo de recién nacidos, si la pauta de mortalidad por edades, al momento del nacimiento, se mantiene constante hasta que el último miembro del grupo fallece; por cuanto la expectativa de vida al nacimiento es un indicador que se basa en el patrón de mortalidad por edades, y está libre del efecto distorsionante de la composición por edades de la población, lo que permite comparaciones precisas del nivel de mortalidad y de longevidad entre países, y para un mismo país a través del tiempo. La expectativa de vida al nacimiento es un indicador que dice mucho del desarrollo de un país, y por ello es muy usado en las comparaciones internacionales, y ha sido considerado como una de las variables básicas para el cálculo del Índice de Desarrollo Humano, que elabora regularmente el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. ⁽⁷⁾

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se define como la medida-resumen del progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano, a saber: disfrutar de una vida larga y saludable (la vulnerabilidad de morir a una edad relativamente temprana, medida según la probabilidad al nacer de no vivir hasta los 40 años), disponer de educación (exclusión del mundo de la lectura y las comunicaciones,

medida según la tasa de analfabetismo de adultos), y disfrutar de un nivel de vida digno (falta de acceso a recursos económicos generales, medido según el promedio ponderado de dos indicadores: el porcentaje de la población sin acceso sostenible a una fuente de agua mejorada, y el porcentaje de niños con peso insuficiente para su edad). ⁽²¹⁾

La expectativa de vida al nacimiento de Costa Rica en los últimos cien años ha experimentado un aumento significativo. Así, mientras una persona nacida a principios del siglo XX tenía una esperanza de vida al nacimiento de 35 años, una nacida a principios del siglo XXI tiene una de 77 años, lo que implica un aumento de 42 años.

⁽²²⁾

2.1.3 Expectativa de vida a diferentes edades

La expectativa de vida no solo se puede calcular al nacimiento, que es la que comúnmente se utiliza, sino también a otras edades. Seguidamente, se considera la correspondiente a los 65 años, la cual indica el número de años adicionales que esperan vivir, en promedio, las personas que alcanzan la edad de 65 años. Esta expectativa de vida reviste gran importancia para la planificación y evaluación de los sistemas de pensiones. ⁽⁴⁾

Factores determinantes de la esperanza de vida

Es importante, primero, definir dos términos importantes: envejecimiento y longevidad. El envejecimiento es un proceso natural y fisiológico que por sí mismo no significa

ninguna patología, ni una programación genética concreta. Es complejo y diferente en cada uno de los órganos y tejidos del cuerpo humano, e intervienen factores genéticos y factores que intervienen en el estilo de vida de cada uno.⁽⁸⁾ Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. Las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de las sociedades.⁽⁹⁾

Una definición biológica del envejecimiento es “el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo. Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso. Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel.”⁽²⁴⁾

Por otra parte, la longevidad se define como la capacidad de sobrevivir de un año al otro; es decir, la capacidad de hacer frente a la muerte. Se han hecho estudios en poblaciones longevas, donde se determina que hay siete factores que influyen decisivamente, estos son: la alimentación, la actividad física, los tóxicos individuales, el ambiente natural, el ambiente sociocultural, el sueño y descanso, la herencia y el tipo de personalidad.⁽²⁵⁾

Alimentación: una alimentación que promueve longevidad deberá tener las siguientes características ⁽²⁵⁾:

- ✓ Reducción en calorías.
- ✓ Poseer todos los nutrientes esenciales.
- ✓ Estar exenta de tóxicos naturales o artificiales.

La actividad física: hace al organismo más resistente, haciendo menos frecuente la enfermedad y, por consiguiente, produce una prolongación de la vida.

Los tóxicos individuales: es útil aclarar que muchas sustancias pueden ser tóxicas para algunos individuos, y que pocas sustancias resultan tóxicas para todos. Esto pone de relevancia la individualidad bioquímica; por tanto, el café, el tabaco y el alcohol son ejemplos de estos.

Un ambiente natural: la presencia de una atmósfera saludable con abundantes árboles favorece el desarrollo de la vida individual, y las personas son menos atacadas por los tóxicos o los microorganismos. ⁽²⁵⁾

Sueño y descanso: si bien es cierto que se requiere una actividad física mantenida para desarrollar la adaptación continua al medio ambiente cambiante, que es la mejor vida, se requiere de un período de reparación y de reajuste de los mecanismos so pena del desgaste. El sueño y el descanso proporcionan esta función necesaria y son a su vez un indicador de cómo marchan las cosas en un individuo. ⁽²⁵⁾

Genética: las características individuales presentan una base hereditaria en la estructura y funcionalidad de los órganos y sistemas, así como de los procesos metabólicos a nivel celular, los cuales están expuestos a los efectos negativos del estrés. Por otro lado, existen algunas enfermedades hereditarias que aceleran el proceso de envejecimiento, entre las más comunes, la diabetes. Otras predisposiciones a enfermedades, como el cáncer o las afecciones cardiovasculares, producen un efecto similar, y pueden acelerarse por el estrés crónico y mantenido. ⁽²⁵⁾

La expectativa de vida tiene factores determinantes que la modifican, entre ellos, factores biológicos, sociales. Dentro de los factores biológicos están las características genéticas con las que se nace y sobre las que hay poco control; ahora, muchas de las debilidades biológicas más agudas tienden a manifestarse poco tiempo después del nacimiento; por eso la mortalidad es más elevada en el primer mes y en el primer año de vida. ⁽⁴⁾

Tras el primer año de vida viene la infancia, la adolescencia y la primera parte de la juventud, durante el cual los factores biológicos reducen su efecto y el riesgo de morir es relativamente bajo. Luego empiezan a darse los procesos degenerativos del envejecimiento en una forma gradual, pero cada vez más fuerte, y la mortalidad inicia un crecimiento sostenido conforme aumenta la edad. ⁽⁴⁾

Como factores sociales están las muertes que ocurren debido a enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias), y a desastres naturales o a fenómenos causados por el hombre (contaminación, por ejemplo), y son perfectamente evitables

con los conocimientos preventivos y curativos existentes, las técnicas disponibles y las acciones apropiadas. ⁽⁴⁾

Por otra parte, hay también muertes que no provienen de enfermedad alguna, sino que se originan en conductas riesgosas o en estilos de vida particulares, que producen la muerte o aceleran el proceso degenerativo (muerte por accidentes, por abuso de drogas, por hábitos de salud inapropiados, entre otros). Estas muertes, que tienen un determinante social, pueden ser evitadas si la sociedad, y los sectores que la componen, desarrollan la capacidad para enfrentar y prevenir sus causas, y si se dan cambios en los estilos de vida, en las conductas y en las prácticas de salud de los individuos. El efecto de estos factores varía dependiendo del grado de desarrollo económico y social alcanzado por los países, de sus programas de salud preventiva y curativa y de los estilos de vida que tengan sus habitantes. Además, varían de acuerdo con la edad, sexo y entre grupos sociales. ⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud señala que existe una diferencia considerable entre los países desarrollados y los países no tan desarrollados. Esto significa que los primeros tienen mayores posibilidades de vivir más años que las personas que viven en los países menos desarrollados. Hablar de adicciones como drogas y alcohol, ha venido a ser un factor negativo, a lo que la OMS califica como progreso a lo largo de la humanidad. Como sociedad se ha avanzado, pero también en el consumo. La Organización Mundial de la Salud describe 24 factores que afectan a la salud; entre ellos se encuentran el tabaquismo, donde el 71% de la mortalidad por cáncer de pulmón está causada por el mismo. El sobrepeso y la obesidad es una de las

enfermedades que ha causado más muertes, riesgos que pueden ser prevenibles y que disminuyen la esperanza de vida en casi siete años a escala mundial, y en más de 10 años en algunas regiones. ⁽²⁶⁾

La OMS, en un estudio, señala que los países más ricos han alcanzado una expectativa de vida de 80 años. Mientras que, en los países de extrema pobreza, la esperanza de vida oscila en los 50 años o menos. Situaciones como hambrunas, vivir en pésimas condiciones sanitarias, no contar con servicios de salud, escasez de agua, ocasionan que los niveles de mortalidad se acentúan aún más. Esto provoca que las expectativas de vida sean bajas, por lo que es necesario reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida, para reducir la mortalidad de millones de personas que viven en malas condiciones de vida. ⁽²⁶⁾

Según la OMS, la presión alta es responsable del 13 por ciento de las muertes, el uso del tabaco del 9 por ciento, la glucosa alta del 6 por ciento, la inactividad física de un 6 por ciento, y el sobrepeso y la obesidad del 5 por ciento. Además, deja claro la importancia de la combinación de factores en las enfermedades y en las muertes, y en la posibilidad de reducirlas si se controla uno de ellos. En cuanto a las muertes infantiles, más de un tercio se puede atribuir a unos cuantos factores nutricionales como la falta de peso, una lactancia inadecuada y deficiencia de zinc. ⁽²⁷⁾

Otro de los aspectos que destaca la OMS es que, en general, el sobrepeso causa más muertes que la malnutrición. Otro de los ejemplos importantes es el de los factores que contribuyen a provocar las enfermedades cardíacas, la principal causa de muerte en

el mundo, que son el consumo de alcohol, diabetes, consumo de tabaco, hipertensión, un elevado índice de masa corporal, alto colesterol, bajo ingesta de frutas y verduras e inactividad física. ⁽²⁷⁾

2.1.4 Años de vida saludable

Según la OMS, el término “salud” es el estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Por tanto, no solamente cuenta el buen estado físico o fisiológico, sino también los aspectos psicológicos y cómo influye en las personas el entorno (socioeconómico, familiar, laboral, emocional, medioambiental). Los determinantes de la salud son los factores que intervienen en el estado de salud, y se clasifican en 4 ⁽³⁰⁾:

- ✓ **Biológicos:** se refieren a cómo la propia biología de la persona (edad, genética) afecta a su salud.
- ✓ **Ambientales:** se refieren a cómo el medio ambiente (presencia y expansión de organismos infecciosos, contaminación, clima, entorno) afectan a la salud.
- ✓ **Estilo de vida:** se refiere a cómo ciertos hábitos de vida (alimentación, actividad física, consumo de drogas, tipo de trabajo, actividades de riesgo, entre otros) influyen en la salud.
- ✓ **Salud pública:** se refiere a cómo el sistema de salud y los medios sanitarios de los que dispone un lugar (centros de salud, hospitales, personal sanitario, ambulancias, acceso a medicamentos, investigación sanitaria, etc.) influyen en la salud de las personas.

La “enfermedad” se define como un trastorno del normal funcionamiento del organismo, tanto a nivel físico como mental; por lo que, teniendo ambos conceptos claros, se definen los años de vida saludable como “*número de años libre de*

enfermedad que, en promedio, un recién nacido puede esperar vivir, de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad de una población.” ⁽⁵⁾

Los Años de Vida Saludable perdidos (AVISA), se han empleado usualmente para cuantificar el efecto negativo de todas las enfermedades en un lugar y para un periodo específico. A partir de las estimaciones de la prevalencia de cada una de las enfermedades, de sus correspondientes severidades y ajustando por comorbilidad, se ha modificado la expectativa de vida y, de esta manera, resumir el impacto negativo de todas las enfermedades para el lugar y periodo estudiados. ⁽⁵⁾

Desde este punto de vista, la Expectativa de Vida Saludable (EVISA o EVAS), se podría decir que es el recíproco de los Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA). Así, mientras que uno mide la expectativa de vida saludable; es decir, el aspecto positivo de la salud, el otro mide los años de vida saludable perdidos; esto es, el aspecto negativo de la salud. ⁽⁵⁾

2.1.5 Expectativa de vida en América Latina

A grandes rasgos, la expectativa de vida del continente americano es de 75 años. En todos los países de la región, las mujeres viven más años que los hombres. Pero en Venezuela es donde se da la mayor diferencia: 79 años para las mujeres, 71 para los hombres. En el que menos diferencia hay es en Haití: 64 años las mujeres, 63 los hombres, seguidos por Bolivia: 74 las mujeres, 72 los hombres. Pero si se mencionan los países de América Latina por mayor cantidad de expectativa de vida saludable, se puede decir que: ⁽²⁸⁾

1. Costa Rica: ocupa el primer lugar en América Latina, y tiene el puesto 24 en el ranking mundial con 80,98 años. Además, *"el país registró un avance importante en sus condiciones globales y sanitarias, incluyendo una alta cobertura social y de salud"*, según la OMS. Sin embargo, también resalta el hecho de que tiene problemas de salud, como el déficit nutricional en niñas y niños, el sobrepeso en adultos, la prevalencia de enfermedades crónicas y los incrementos en sus costos de atención.
2. Chile: ocupa el segundo lugar en la región y en el listado global se ubica en la posición 31 con 80,32 años. Uno de los logros de este país es su desarrollo económico, el aumento paulatino de la cobertura asistencial, y el trabajo de los gobiernos de las últimas décadas para lograr reducir las enfermedades transmisibles, nutricionales, maternas e infantiles, señala la OMS. Sin embargo, también advierte que deberá hacerles frente a nuevas epidemias asociadas con factores de riesgo como el tabaco, el alcohol y la mala nutrición por exceso; esta última con los consiguientes efectos de sobrepeso y obesidad.
3. Perú: aquí la expectativa de vida es de 79.74 años y ocupa, a nivel mundial, el puesto número 36. Esto se debe a que los indicadores básicos de desarrollo y salud mejoraron entre 1990 y el 2015.

Honduras, Belice y Haití se encuentran en los países con menor expectativa de vida.

A continuación se detallan⁽²⁸⁾:

1. Honduras: posee una expectativa de vida de 72.67 años, y a nivel mundial se encuentra en la posición 108. Debido a que se trata de uno de los países en América Latina con mayor desigualdad de ingresos, la población más vulnerable es la de los adultos mayores, porque tienen peores condiciones sociales y sanitarias.
2. Belice: se ubica en la posición 117, con una expectativa de vida de 71,84 años. Desde 1990 al 2001 esta variable fue en descenso. La diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas son responsables de alrededor del 40% de las muertes anuales en ese país, según la OMS.
3. Haití: tiene la peor expectativa de vida en la región. Se ubica en el puesto 167 a nivel mundial, con una expectativa de vida de 63,97 años. Este número bajó abruptamente tras el terremoto del 2010. Las desigualdades sociales y sanitarias son importantes y siguen aumentando, y el agua es insuficiente para satisfacer las necesidades de la población, en especial de los estratos más pobres. Pese a que Haití tiene la expectativa de vida más baja, en los últimos 30 años este parámetro ha pasado de 53 años a 63 años.

2.1.6 Expectativa de vida en Costa Rica

A partir de 1990, Costa Rica experimenta evidentes cambios en la expectativa de vida, debido a mejores condiciones de vida y a la aplicación de políticas públicas que han impactado positivamente en las condiciones de salud de la población. A finales del siglo XX, Costa Rica se posiciona en segundo lugar, únicamente superado por Canadá, con mayor esperanza de vida en América, con una de las tasas más bajas en mortalidad infantil. Además, la mayoría de los nacimientos son atendidos en hospitales de la CCSS, y la pirámide poblacional refleja cambios importantes, un engrosamiento de los grupos de edad mayor de 75 años y una reducción en el grupo de menores de cinco años, como se observó anteriormente. ⁽²⁹⁾

Si bien es cierto que hoy día posee una de las mayores expectativas de vida en el continente, es preciso recordar que hace aproximadamente 119 años (1900), la expectativa de vida de la población costarricense rondaba los 35 años. Pasaron unos 30 años para que esta cifra tuviera un aumento considerable, siendo 42.2 años la expectativa de vida en el año 1930. Esta siguió evolucionando, y para 1960, los costarricenses tenían una esperanza de vida de 62.2 años, para luego estancarse y sufrir un retroceso al principio de la década de los 90. ⁽²⁹⁾

Zonas Azules

Las “zonas azules” son las áreas del mundo donde las personas viven vidas considerablemente más largas. En estos territorios se pueden encontrar octogenarios, nonagenarios y muchos centenarios, e incluso algunos supercentenarios (personas que han alcanzado los 110 años). Estas regiones se empezaron a llamar “zonas

azules”, cuando el demógrafo belga Michel Poulain y el médico italiano Gianni Pes descubrieron una población de este tipo en la región de Barbaglia (Cerdeña, Italia) y marcaron el área con tinta azul. Un estudio demográfico, realizado a principios de este siglo, mostró que una de cada 196 personas nacidas entre 1880 y 1890 alcanzó los 100 años. Más tarde, el investigador estadounidense Dan Buettner se embarcó en un proyecto, destinado a identificar otros lugares con altas tasas de longevidad. Aparecieron cinco regiones, que también se denominaron “zonas azules”: Okinawa (Japón), Icaria (Grecia), Cerdeña (Italia), Loma Linda (California) y la Península de Nicoya (Costa Rica). En todos estos lugares hay un alto porcentaje de personas longevas, y cada área tiene las características específicas que se relacionan con esa condición. ⁽³¹⁾

Se han realizado estudios en los que se determina que el factor genético influye solo en un 25%, y que el 75% restante sí se debe a los factores externos antes mencionados. Asimismo, los varones de la Zona Azul de Nicoya tienen la esperanza de vida más alta del mundo. Un hombre que llega a los 80 años puede vivir un promedio de 8,2 años más, y uno que alcanza los 90, tiene una previsión de vida 4,4 años más, por encima de naciones como Japón, Islandia o Estados Unidos. ⁽³²⁾

Figura Nº 2. Zonas Azules del mundo



Fuente: ⁽³³⁾

Se han encontrado denominadores comunes que indican la causa de la longevidad en las Zonas Azules ⁽³⁴⁾:

- ✓ La influencia marina, pues están cerca de las zonas costeras. El clima va de subtropical a tropical, y su altitud no sobrepasa los 850 metros sobre el nivel del mar.
- ✓ Mantienen una vida activa. Se desplazan constantemente, y las actividades diarias están acompañadas de fuerza física y caminatas.
- ✓ Su dieta es rica en verduras, legumbres y frutas.
- ✓ Siguen tendencia de reducción de cantidad de alimentos calóricos.

- ✓ Tienen un propósito de vida.
- ✓ Evitan el estrés crónico.
- ✓ Se sienten útiles, necesarios en la familia y en la comunidad.
- ✓ Mantienen frecuentes relaciones sociales.
- ✓ Predominan las actitudes espirituales o creencias religiosas.

Zona azul en Costa Rica: Península de Nicoya

Una investigación del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, hecha en el 2004, halló que en la zona azul costarricense la mortalidad de los mayores de 90 años es un 10% más baja que en el resto del país, y que la mortalidad por cáncer es de un 23% menos. Además, cuando un varón de esta área llega a los 80 años, puede vivir en promedio 8,2 años más, y si llega a los 90, puede vivir un promedio de 4,4 años más. ⁽³⁵⁾

Prácticamente sin enfermedades crónicas, con poca necesidad de medicamentos, disfrutando de una calidad de sueño alta (de ocho a diez horas diarias) y siguiendo una dieta bastante completa, a pesar de las premuras económicas, así viven las 43 personas que suman más de 100 años de vida en la llamada “zona azul”, localizada en la península de Nicoya. ⁽³⁵⁾

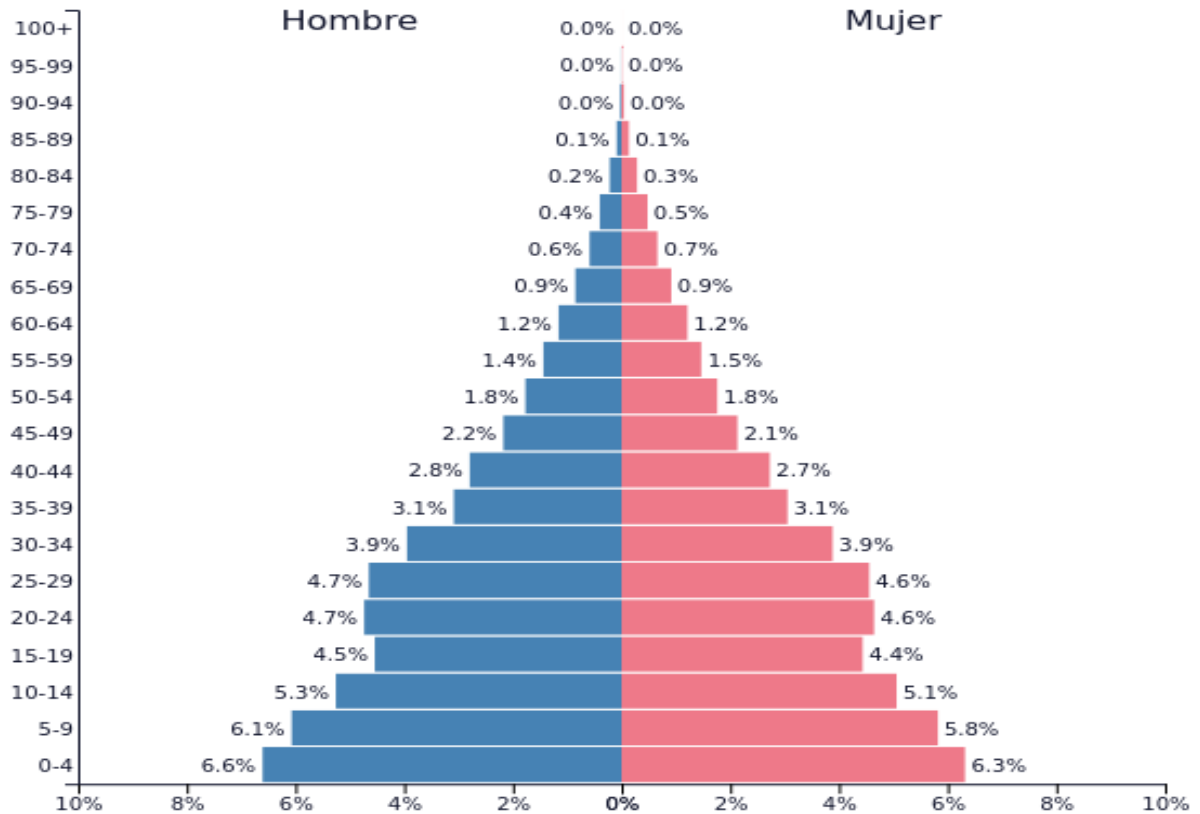
Se observa que, de 43 personas, solo cuatro tenían diabetes, tres sufrían cáncer, cuatro habían padecido de cardiopatía isquémica, y nueve presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Solo un individuo registraba depresión. Además, entre

las personas estudiadas no se vieron casos de obesidad, el 65% de los corazones de los adultos mayores funcionaba perfectamente y solo el 9,3% registró arritmia cardíaca. Los médicos detectaron dos casos de anemia que fueron atendidos y a los que se les está dando el seguimiento adecuado. Y en cuanto a cantidad de medicamentos que consume esta población, el promedio es de 0,9 al día por persona; es decir, menos de uno, prácticamente. ⁽³⁵⁾

2.2 Demografía y mortalidad en Costa Rica

En Costa Rica, en 1990, hay un total de 2,993,676 habitantes, de los cuales 1,512,211 corresponde a los varones y 1,481,465 a las mujeres. ⁽¹¹⁾

Figura Nº 3. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 1990



Fuente: ⁽¹²⁾

Por su base ancha y cima pequeña, se trata de una estructura con población joven, principalmente entre los 0 a los 14 años, que con el tiempo disminuye conforme la población avanza la edad, disminución que puede deberse no solo a la mortalidad diferencial por sexo y edad, sino también por las diferencias existentes en la migración de las personas que la componen. Este tipo de pirámide se denomina progresiva.

Este año hubo un total de 81,339 nacimientos y 11,366 defunciones.

Tabla Nº 2. Mortalidad según grupos de causa de muerte Costa Rica, 1990

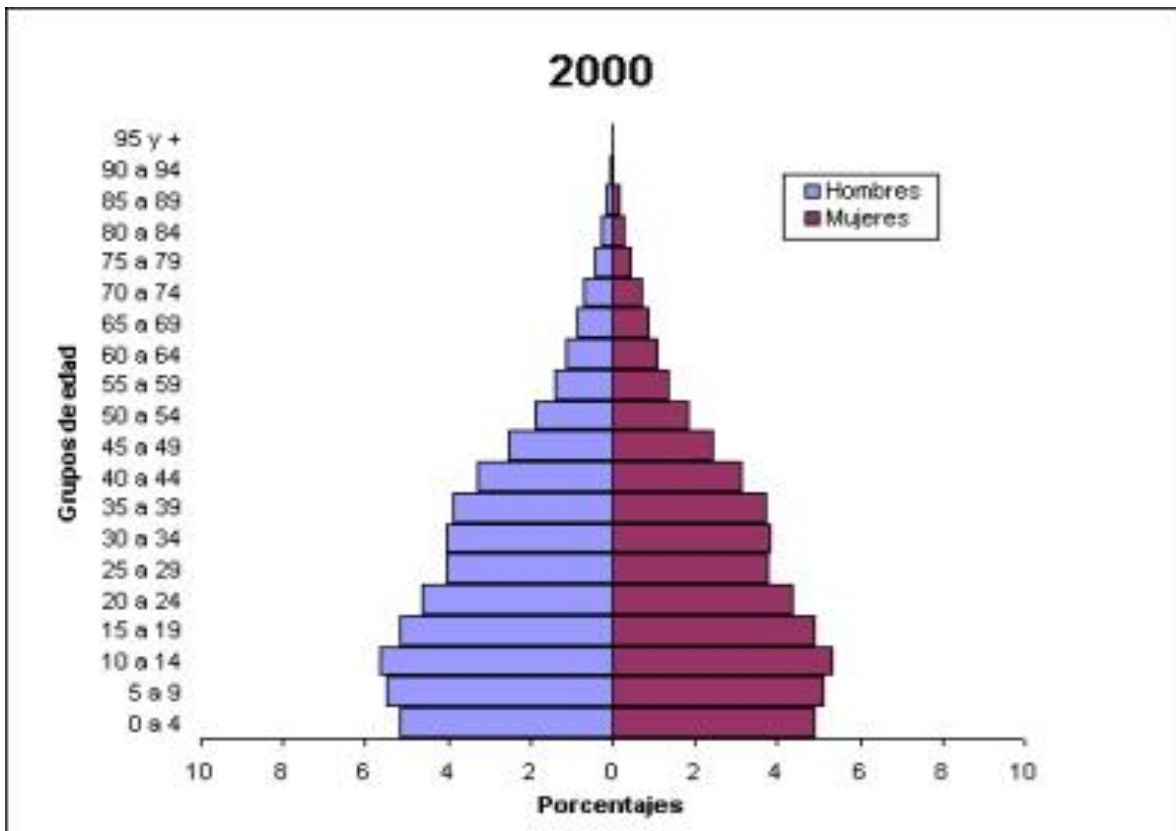
GRUPO DE CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Enfermedad isquémica del corazón	1,633	942	691
Otras enfermedades del aparato respiratorio	1,204	622	582
Tumor maligno de otros órganos digestivos del peritoneo	1,033	643	390

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽¹³⁾

Para el año 1990, la principal causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, siendo la mayoría de las muertes de varones.

En el año 2000 hay un total de 3,958,931 habitantes, de los cuales, 2,012,972 corresponden a hombres y 1,945,959 a mujeres. ⁽¹¹⁾

Figura Nº 4. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 2000



Fuente: ⁽¹⁴⁾

Si bien la pirámide parece ser progresiva igual que la anterior, se puede observar una disminución en su base, lo cual indica que en 10 años la cantidad de nacimientos es menor y hay mayor longevidad; sin embargo, sigue siendo una población joven. Se observa el pico en las edades de 10 a 14 años.

Tabla Nº 3. Mortalidad según grandes grupos de causa de muerte Costa Rica, 2000

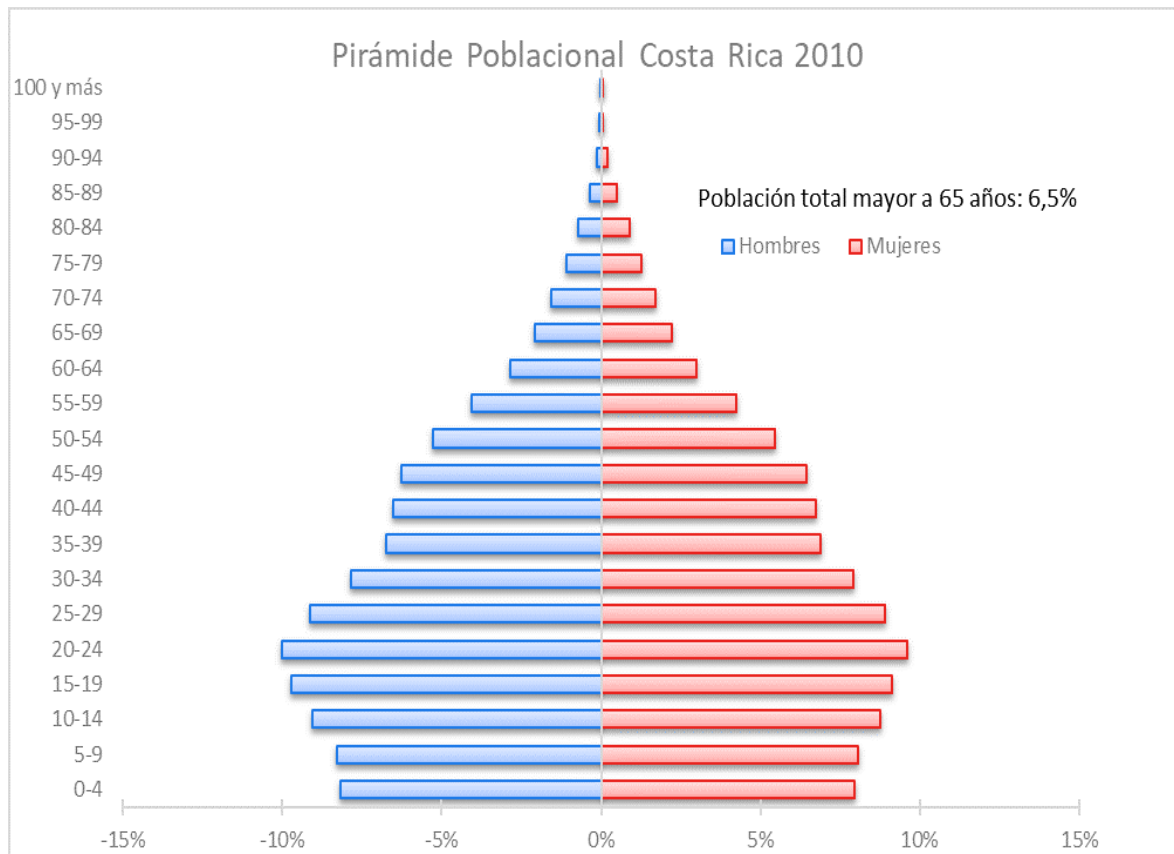
GRUPO DE CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Enfermedad isquémica del corazón	2316	1402	914
Enfermedad de las vías respiratorias superiores, inferiores, del pulmón, influenza y neumonía	1407	734	673
Enfermedad cerebrovascular de las arterias y de las venas	1259	629	630

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽¹³⁾

En el año 2000, sigue siendo la enfermedad isquémica del corazón la principal causa de muerte entre los costarricenses, siguiendo el sexo masculino encabezando la lista de muertes.

En el 2010 hay 4,493,313 habitantes: 2,276,797 son hombres y 2,216,516 mujeres. ⁽¹⁵⁾

Figura Nº 5. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 2010



Fuente: ⁽¹⁶⁾

Como se puede observar, en el año 2010 sigue siendo una pirámide joven, pero se puede apreciar cómo disminuyen los nacimientos y aumentan los grupos de edad entre los 15 y 24 años. En ese año se registró un total de 19,077 defunciones generales.

Tabla Nº 4. Mortalidad según grandes grupos de causa de muerte Costa Rica, 2010

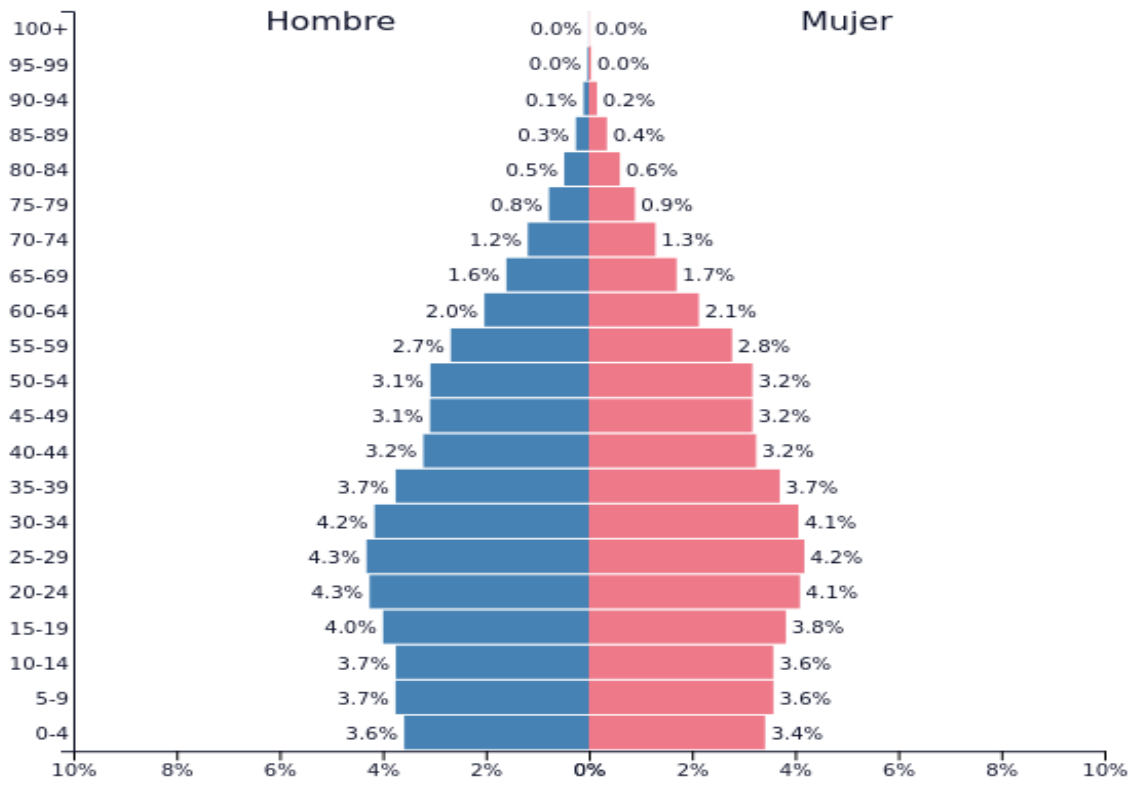
GRUPO DE CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades del sistema circulatorio	5631	3074	2557
Tumores (neoplasias)	4486	2048	2078
Causas externas	2256	1796	460

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽¹³⁾

En el año 2010, los costarricenses mueren más por enfermedades del sistema circulatorio, siendo la mayor cantidad en hombres.

En el 2017 hay 2,495,764 hombres en el país y 2,451,717 mujeres, para una población total de 4,947,481 habitantes, donde la mayor concentración se encuentra entre los 20-34 años. Para el año 2017, hay un total de 23,246 defunciones.

Figura Nº 6. Pirámide Poblacional de Costa Rica, 2017



Fuente: ⁽¹²⁾

El tipo de pirámide para este año es estancado, ya que su base y su pico son más estrechos que su centro, lo que indica que tanto la natalidad como la mortalidad están reduciéndose, lo que es característico de un país en vías de desarrollo y con una esperanza de vida en aumento. El tipo de población en su mayoría es adulta-joven-anciana.

Tabla Nº 5. Mortalidad según grandes grupos de causa de muerte Costa Rica, 2017

GRUPO DE CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades del sistema circulatorio	6162	3431	2731
Tumores (neoplasias)	5185	2696	2489
Causas externas	2792	2200	592

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽¹³⁾

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de Investigación

Este estudio es de tipo cuantitativo, ya que permite examinar los datos de forma objetiva numérica, es generalizable y orientado al resultado de la investigación.

Según Hernández Sampieri, el estudio de tipo cuantitativo es secuencial y probatorio; cada etapa precede la siguiente y no se pueden omitir pasos. De la pregunta se establecen hipótesis y variables, se crea un diseño para probarlas y se miden las variables en un determinado contexto. Además, se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones, que es lo que pretende en su totalidad este trabajo de investigación.⁽³⁶⁾ A partir de la pregunta de investigación, se recolecta la cantidad necesaria de información para lograr contestarla debidamente justificada.

3.1.1 Área de estudio

Se lleva a cabo en Costa Rica en el periodo comprendido entre 1990 y el 2017.

3.1.2 Fuentes de información

Primarias: debido a las características del estudio no se requieren fuentes de información primarias.

Secundarias: la información se toma de bases de datos.

- INEC.
- OMS.
- CCSS.
- IHME.
- Artículos de revisión.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio cuantitativo tiene varios alcances en la investigación, ya sean exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. Este estudio o investigación es de tipo descriptivo pues únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren; su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas. Es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. ⁽³⁶⁾

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Población

Total de la población de Costa Rica en el periodo 1990-2017.

3.3.2 Muestra

Debido a las características del estudio, no se requiere muestra.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Debido a las características del estudio, no se requieren criterios de inclusión ni exclusión.

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, ecológico mixto. Es observacional porque solo se dedica a observar y a analizar datos, no requiere intervención de ningún tipo, ni manipulación de variables. También es de tipo descriptivo porque no se pretende buscar ningún fenómeno de causa y efecto, sino más bien comparar datos y estadísticas. Además, es de tipo transversal, ya que se analiza la esperanza de vida y años de vida saludable en un momento del tiempo (1990-2017); su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Por último, es un estudio ecológico de tipo mixto.

Los estudios ecológicos son estudios en los que la unidad de análisis es la de poblaciones o grupos de personas geográficamente bien delimitados (en este caso la población total de Costa Rica), en lugar de individuos. También analizan la frecuencia de la enfermedad o problema de salud desde una perspectiva colectiva-espacial muy bien definida. En necesario recalcar que, al ser esta investigación de tipo ecológico, se puede incurrir en una falacia ecológica, que se define como: la imposibilidad de generalizar o extrapolar la información obtenida a nivel de grupo al nivel de los individuos. Es decir, las asociaciones observadas en los datos agregados, obtenidos a nivel del grupo, pueden no ser ciertas a nivel individual. ⁽³⁶⁾

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Dimensión	Definición conceptual	Instrumento
<p>Conocer cuál es la evolución de años de vida saludable según sexo y grupo etario en Costa Rica, desde el año 1990 hasta el 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Años de vida saludable. ✓ Sexo. ✓ Grupo etario 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Biológica. ✓ Femenino/masculino. ✓ Al nacer/a los 65 años. 	<p>Número de años libre de enfermedad que, en promedio, un recién nacido puede esperar vivir, de no modificarse los niveles de mortalidad y discapacidad de una población.</p> <p>Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie, dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción, que se caracteriza por una diversificación genética.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ IHME.

<p>Determinar cuál es la evolución de expectativa de vida según sexo y grupo etario en Costa Rica, desde el año 1990 hasta el 2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expectativa de vida. ✓ Sexo. ✓ Grupo etario. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Biológica. ✓ Femenino/masculino. ✓ Al nacer/a los 65 años. 	<p>Es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período.</p> <p>Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ IHME.
<p>Identificar la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte sobre la expectativa de vida en Costa Rica, 1990-2017.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mortalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasas. 	<p>Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo determinados, en relación con el total de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ IHME

--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

3.6. METODOLOGÍA

Para la realización de esta investigación, se recolecta información del Instituto de Métricas en Salud y Evaluación (IHME). Se elige esta base de datos ya que la información que brinda es completa, y se encuentran todas las variables que se pretenden analizar en el estudio.

Es necesario definir que, a pesar de que, tanto la expectativa de vida como los años de vida saludable se pueden medir a cualquier edad, al realizarse la investigación se prefieren los dos extremos de la vida, a saber, *al nacer y a los 65 años*; estos datos fueron recolectados del IHME.

En la realización del capítulo IV, para poder analizar de mejor manera los datos de las tablas, se realizan algunos cálculos, ya que la información recolectada del IHME solo proporciona datos por sexo y no total. Debe entenderse que este trabajo de investigación abarca edades, no tasas.

En cuanto a mortalidad, se buscan datos por quinquenios, a saber: 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 y por aparte el 2017, y se ordenan por grandes grupos de causas de muerte, como se indica en los objetivos específicos del trabajo. Es necesario aclarar que, al mostrar la información por quinquenios, no significa que se estén agrupando los datos, sino que se muestran los años como tales específicamente, debido a que si

se hiciera por año no se visualizaría tanto la ganancia como la pérdida de años; sin embargo, al mostrarlos por cada cinco años, se aprecian, de mejor manera, los cambios que existen entre los años de expectativa de vida y de vida saludable. No se necesita sacar tasas de mortalidad, ya que la base de datos las proporciona.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla Nº 6. Expectativa de Vida Saludable al Nacer y a los 65 años en hombres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Al nacer	66.3	66.0	67.2	68.4	68.1	68.3	67.8
A los 65 años	13.0	13.0	13.6	14.3	14.3	14.3	13.9

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En el cuadro anterior se puede observar que del año 1990 a 1995 hubo un descenso de 0.3 años; sin embargo, al año 2000 aumenta 1.2 años. Además, del 2005 al 2010 se presenta otro descenso de 0.3, pero aumenta para el 2015 0.2 años y vuelve a descender en el 2017 0.5 años. En el periodo en estudio, la expectativa de vida saludable en hombres al nacer, de 1990 al 2017, tuvo un aumento total de 1.5 años. En cuanto a la EVISA a los 65 años, se muestra una tendencia al ascenso en todos los quinquenios en estudio, excepto en el 2017, donde hay un descenso de 0.4 años. El aumento en este grupo etario es menor, ya que solo aumenta 0.9 años.

Tabla Nº 7. Expectativa de Vida Saludable al Nacer y a los 65 años en mujeres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Al nacer	68.4	68.4	69.9	70.9	71.4	72.0	71.8
A los 65 años	14.1	14.0	14.9	15.7	16.1	16.4	16.2

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

La expectativa de vida saludable al nacer en mujeres sufre un constante aumento y, además, estable, en comparación con el sexo masculino, en el periodo en estudio; sin embargo, llama la atención el hecho que del 2015 al 2017, al igual que los hombres, se observa un descenso de 0.2 años, para un aumento total de 3.4 años en 28 años. Es importante mencionar que las mujeres duplican la cantidad de EVISA en relación con los hombres, al final del periodo. En cuanto a la EVISA a los 65 años, se muestra una tendencia al ascenso en todos los quinquenios en estudio, excepto en el 2017, donde hay un descenso de 0.2 años. El aumento en este grupo etario es menor, sin embargo, importante en comparación con el sexo masculino, ya que aumenta 2.1 años.

Tabla N° 8. Expectativa de Vida Saludable al Nacer y a los 65 años para ambos sexos, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Al nacer	67.3	67.2	68.5	69.7	69.7	70.1	69.8
A los 65 años	13.6	13.5	14.2	15.0	15.2	15.4	15.1

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Al comparar la expectativa de vida saludable al nacer global, en total hubo un aumento de 2.5 años. Se puede observar una inestabilidad entre quinquenios; entre 1990 y 1995 disminuye 0.1 años, de 1995 aumenta 1.3 años al año 2000, donde se mantiene hasta el 2010, donde vuelve a aumentar 0.4 años; sin embargo, para el 2017 disminuye 0.3 años. A los 65 años se muestra un poco más estable, observándose únicamente dos descensos, a saber, de 1990 a 1995 (0.1 años) y del 2015 al 2017 (0.3 años). Este grupo etario aumenta un total de 1.5 años, mostrando una concordancia con los dos cuadros anteriores.

Tabla Nº 9. Expectativa de Vida al Nacer y a los 65 años en hombres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Al nacer	74.3	73.9	75.4	76.9	76.6	76.9	76.3
A los 65 años	16.7	16.7	17.5	18.4	18.5	18.6	18.8

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En cuanto a la expectativa de vida al nacer, se puede observar que de 1990 a 1995 hubo un descenso de 0.4 años; sin embargo, al 2000 aumenta 1.5 años. Además, del 2005 al 2010 se presenta otro descenso de 0.3, pero aumenta para el 2015 0.3 años y vuelve a descender en el 2017 0.6 años. En el periodo en estudio, la expectativa de vida en hombres al nacer, de 1990 al 2017, tuvo un aumento total de 2 años. En la expectativa de vida a los 65 años, se muestra una tendencia al ascenso en todos los quinquenios en estudio, para un total de 2.1 años. El aumento en este grupo etario es mínimamente mayor.

Tabla N° 10. Expectativa de Vida al Nacer y a los 65 años en mujeres, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Al nacer	78.7	78.6	80.4	81.6	82.2	83	82.6
A los 65 años	18.8	18.6	19.8	20.7	21.3	21.7	21.4

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En las mujeres, se puede observar que de 1990 a 1995 hubo un descenso de 0.3 años; sin embargo, al 2000 aumenta 0.8 años y se mantiene en aumento hasta el 2017, donde disminuye de nuevo 0.4 años, para un aumento total de 3.9 años, casi el doble que en el caso de los hombres en 28 años. En la expectativa de vida a los 65 años se muestra una tendencia al ascenso; sin embargo, hay dos descensos, el primero de 1990 a 1995 (0.2 años) y del 2015 al 2017 (0.3 años), para un total de 2.6 años. El aumento en este grupo etario es menor, pero es mayor en comparación con el sexo masculino.

Tabla N° 11. Expectativa de Vida al Nacer y a los 65 años en ambos sexos, Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Al nacer	76.5	76.2	77.9	79.2	79.4	79.9	79.4
A los 65 años	17.8	17.6	18.6	19.6	19.9	20.2	19.7

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Al comparar la expectativa de vida al nacer global, en total hubo un aumento de 2.9 años. Se pueden observar únicamente dos descensos, entre 1990 y el 1995 disminuye 0.3 años y del 2015 al 2017 disminuye 0.5 años; sin embargo, tiene un comportamiento ascendente en este periodo. A los 65 años igualmente hay dos descensos, a saber: de 1990 a 1995 (0.2 años) y de 2015 a 2017 (0.5 años), pero aumenta 1.9 años en 28 años. Se puede observar que el comportamiento en ambos grupos etarios es similar, porque tienden al aumento; sin embargo, hay dos puntos en el tiempo en que descienden ambos y casi en la misma cantidad de años.

Tabla N° 12. Comparación en años de la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida saludable al nacer en hombres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Expectativa de vida	74.3	73.9	75.4	76.9	76.6	76.9	76.3
Expectativa de vida saludable	66.3	66.0	67.2	68.4	68.1	68.3	67.8

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Al comparar ambas variables al nacer, en el sexo masculino, se puede observar que, del año 1990 al 2017, ganan 2 años de expectativa de vida y 1.5 años de vida saludable, con un intervalo de 7.9 a 8.6 años, siendo el año 1995 donde la brecha entre una y otra es menor (7.9 años); esto se traduce en mayor cantidad de años vividos con salud; sin embargo, dos décadas después, en el 2015, hay mayor cantidad de años entre la expectativa de vida y la EVISA (8.6), lo cual quiere decir que los costarricenses viven mayor tiempo en enfermedad.

Tabla N° 13. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable a los 65 años en hombres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Expectativa de vida	16.7	16.7	17.5	18.4	18.5	18.6	18.8
Expectativa de vida saludable	13.0	13.0	13.6	14.3	14.3	14.3	13.9

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En el grupo etario de los 65 años se puede observar que, del año 1990 al 2017, ganan 2,1 años de expectativa de vida y 0.9 años de vida saludable, 0.6 años menos en relación con la misma variable, pero al nacer. Existe un intervalo de 3.7 a 4.9 años, siendo los años 1990 y 1995 donde la brecha entre una y otra es menor (3.7 años); esto se traduce en mayor cantidad de años vividos con salud; sin embargo, en el 2017 hay mayor cantidad de años entre la expectativa de vida y la EVISA (4.9), lo cual quiere decir que los costarricenses viven menor tiempo en salud en este año.

Tabla N° 14. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable al nacer en mujeres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Expectativa de vida	78.7	78.6	80.4	81.6	82.2	83	82.6
Expectativa de vida saludable	68.4	68.4	69.9	70.9	71.4	72.0	71.8

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Al comparar ambas variables al nacer, se puede observar que las mujeres, de 1990 al 2017, ganan 3.9 años de expectativa de vida, 1.9 años más que los hombres y 3.4 años de vida saludable, 1.9 años más que los hombres también, con un intervalo de 10.2 a 11 años, siendo el año 1995 donde la brecha entre una y otra es menor, igual que el sexo masculino (10.2 años); esto se traduce en mayor cantidad de años vividos con salud; sin embargo, dos décadas después, en el 2015, hay mayor cantidad de años entre la expectativa de vida y la EVISA (11 años), lo cual quiere decir que las costarricenses viven menor tiempo en salud y con un comportamiento similar al sexo masculino.

Tabla N° 15. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable a los 65 años en mujeres. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Expectativa de vida	18.8	18.6	19.8	20.7	21.3	21.7	21.4
Expectativa de vida saludable	14.1	14.0	14.9	15.7	16.1	16.4	16.2

Fuente: Elaboración propia con datos de:⁽⁴⁵⁾

En el grupo etario de los 65 años se puede observar que, del año 1990 al 2017, el sexo femenino gana 2,6 años de expectativa de vida y 2.1 años de vida saludable, 1.2 años más en relación con la misma variable, pero al nacer. Existe un intervalo de 4.6 a 5.3 años, siendo 1995 donde la brecha entre una y otra es menor (4.6 años); esto se traduce en mayor cantidad de años vividos con salud; sin embargo, en el 2015 hay mayor cantidad de años entre la expectativa de vida y la EVISA (5.3 años), lo cual quiere decir que las costarricenses viven menor tiempo en salud en este año.

Tabla N° 16. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable al nacer en ambos sexos. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Expectativa de vida	76.5	76.2	77.9	79.2	79.4	79.9	79.4
Expectativa de vida saludable	67.3	67.2	68.5	69.7	69.7	70.1	69.8

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Al visualizar las dos variables al nacer para ambos sexos, se puede observar que la expectativa de vida en la población costarricense gana un total de 2.9 años, y los años de vida saludable ganados en este periodo son 2.5 años, donde, el año 1995 es el que presenta la menor brecha entre una y otra, siendo de 9 años, y el año 2015 es el que mayor diferencia presenta, siendo de 9.8 años, lo cual coincide con los cuadros anteriores, donde se analizan por sexo.

Tabla N° 17. Comparación en años de la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable a los 65 años en ambos sexos. Costa Rica 1990-2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Expectativa de vida	17.8	17.6	18.6	19.6	19.9	20.2	19.7
Expectativa de vida saludable	13.6	13.5	14.2	15.0	15.2	15.4	15.1

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Al compararla expectativa de vida a los 65 años global, en total hubo un aumento de 1.9 años, y la EVISA aumentó 1.5 años en el periodo en estudio. El año 1995 posee la menor brecha de tiempo, siendo de 4.1; sin embargo, en el 2015 se presenta la de mayor cantidad de años, siendo de 4.8 años, y esta información es coincidente con las variables estudiadas por sexo.

Tabla N° 18. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 1990, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

GRUPO DE CAUSA	TASA		
	AMBOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades Cardiovasculares	117,9	127,2	108,5
Neoplasias	77,6	84,6	70,7
Enfermedades Digestivas	19,6	23,0	16,1
Maternos y Neonatales	19,2	21,6	16,8
Lesiones no Intencionales	18,8	25,7	11,9

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Para el primer año en estudio, se puede observar que para ambos sexos la principal causa de muerte es la de las enfermedades cardiovasculares, seguida de neoplasias y enfermedades digestivas, siendo que, en todos los casos, los hombres son los que más presentan defunciones por esta causa. Es necesario recalcar que, en cuanto a lesiones no intencionales, los hombres duplican en cantidad de muertes a las mujeres. Para el sexo masculino, las lesiones no intencionales se encuentran en cuarto lugar, precedida por accidentes de transporte y las enfermedades digestivas en el quinto lugar. En las mujeres, en cambio, el tercer lugar lo ocupan los trastornos neurológicos, seguidos de diabetes y enfermedades renales, y en quinto lugar las defunciones por materno y neonatales. Cabe mencionar que, tanto las enfermedades cardiovasculares como las neoplasias, tanto en las mujeres como en los hombres, se mantienen ocupando los primeros dos puestos.

Tabla N° 19. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 1995, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

GRUPO DE CAUSA	TASA		
	AMBOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades Cardiovasculares	117,9	133,6	116,6
Neoplasias	83,9	89,6	78,1
Enfermedades Digestivas	23,7	27,9	19,5
Diabetes y Enfermedad Renal	21,7	21,1	22,3
Trastornos Neurológicos	20,0	17,6	22,4

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Cinco años después, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias siguen encabezando la lista de los principales grandes grupos de causa de muerte en el país, tanto en general, como para hombres y mujeres por separado. Sin embargo, se observa un aumento en las neoplasias, siendo importante el aumento en las mujeres (7.4 muertes más), mientras que los hombres aumentan 5 muertes en 5 años. Las enfermedades digestivas también aumentan para el año 1995, los hombres tienen 4.9 muertes más que en 1990 y las mujeres 3.4 muertes más. También es importante observar que, en general, las defunciones por maternos y neonatales y las lesiones no intencionales desaparecen de la lista, para ser reemplazadas por la diabetes y trastornos neurológicos, donde se observa que la mayor cantidad de muertes se presentan en el sexo femenino. En los hombres, las enfermedades digestivas, que en

1990 se encuentran en el quinto puesto, para el año 1995 ascienden al cuarto lugar con un aumento de 4.9 muertes, y las lesiones no intencionales descienden al quinto lugar, por un mínimo descenso (0.2 muerte). En el caso del sexo femenino, las muertes por materno y neonatales desaparecen de la lista y aparecen las enfermedades digestivas, que aumentan, de 1990 a 1995, un total de 3.4 muertes por cada 100.000 defunciones.

Tabla N° 20. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2000, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

GRUPO DE CAUSA	TASA		
	AMBOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades Cardiovasculares	108,5	119,6	97,4
Neoplasias	81,7	88,7	74,7
Enfermedades Digestivas	27,8	28,3	20
Enfermedades Respiratorias Crónicas	23,4	25,1	21,8
Diabetes y Enfermedad Renal	23,1	24,1	22,1

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En el año 2000 se observa una disminución en las muertes por enfermedades cardiovasculares y neoplasias en relación con 1995; estas dos disminuyen en las 3 categorías: ambos sexos, hombres y mujeres. Sin embargo, las enfermedades digestivas aumentan en general 4.1 muertes, los hombres aumentan 0.4 muertes y las mujeres 0.5. Aparecen las enfermedades respiratorias crónicas, siendo los hombres los que más muertes tienen por esta causa, y la diabetes aumenta en general 1.4 muertes; los hombres tienen 3 muertes más por esta causa que en 1995; sin embargo, en las mujeres hay una mínima disminución de 0.3 muertes. Los accidentes de transporte son la tercera causa de muerte en hombres, y los trastornos neurológicos en mujeres. En los hombres, las lesiones no intencionales y en las mujeres las

enfermedades digestivas, desaparecen de las primeras cinco causas de muerte, para ser sustituidas por las enfermedades respiratorias en ambos sexos.

Tabla N° 21. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2005, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

GRUPO DE CAUSA	TASA		
	AMBOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades Cardiovasculares	103,7	113,6	93,9
Neoplasias	85,8	92,8	78,9
Diabetes y Enfermedad Renal	26,2	27,2	25,2
Trastornos Neurológicos	25,9	22,8	28,9
Enfermedades Digestivas	24,9	28,3	21,6

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En el año 2005, las muertes por enfermedades cardiovasculares siguen en descenso; sin embargo, continúan siendo las principales responsables de estas. Las neoplasias vuelven a aumentar después del descenso que tienen en el año 2000; para el 2005 aumentan 4 muertes aproximadamente en las 3 categorías. La diabetes aumenta también alrededor de 3 muertes, y se observa una disminución, esta vez, de muertes por enfermedades digestivas. Para este año, las enfermedades respiratorias desaparecen de la lista y se observan de nuevo las muertes por trastornos neurológicos, que del año 1995 al 2005 aumentan casi 6 muertes en general, siendo el sexo femenino el principal afectado por esta situación.

Tabla N° 22. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2010, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

GRUPO DE CAUSA	TASA		
	AMBOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades Cardiovasculares	115,4	132,3	99,0
Neoplasias	101,1	112,1	90,5
Trastornos Neurológicos	31,2	28,2	34,1
Diabetes y Enfermedad Renal	29,8	32,8	27,0
Enfermedades Digestivas	28,1	32,9	23,4

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En el 2010, las muertes por enfermedades cardiovasculares vuelven a aumentar un total de 11.7 muertes en general, siendo el sexo masculino el que mayor cantidad presenta. Del año 2005 al 2010 aumentan 18.7 muertes, y las mujeres solo 5.1 muertes. Las neoplasias presentan también un aumento significativo de 15.3 muertes en general, los hombres 19.3 muertes más que hace 5 años y las mujeres 11.6 muertes más. Se observa que el aumento significativo de estas dos causas se da prácticamente a expensas del sexo masculino. Los trastornos neurológicos también aumentan 5 muertes aproximadamente en las 3 categorías. En cuanto a las muertes por diabetes, del año 2000 al 2010 hay un aumento de 6.7 muertes, siendo el sexo masculino el más afectado. Las enfermedades digestivas también aumentan la cantidad de muertes, siendo igualmente el sexo masculino quien más cantidad posee. En el sexo masculino

aparecen en quinto lugar, como causa de muerte, el suicidio y la violencia interpersonal y los accidentes de transporte disminuyen la cantidad de muertes; en el sexo femenino prácticamente, se mantienen los primeros cinco grandes grupos de causa de muerte del año 2005.

Tabla N° 23. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2015, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

GRUPO DE CAUSA	TASA		
	AMBOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades Cardiovasculares	131,5	153,2	111,0
Neoplasias	111,8	127,7	96,7
Trastornos Neurológicos	36,4	33,5	39,2
Diabetes y Enfermedad Renal	32,2	36,7	28,0
Enfermedades Digestivas	30,8	36,5	25,4

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

En el año 2015, las enfermedades cardiovasculares siguen en aumento, para un total de 16.1 muertes más que en el 2010 en general. Los hombres aumentan 20.9 muertes y las mujeres 12 muertes más. Las neoplasias también aumentan aproximadamente 10 muertes en general; sin embargo, los hombres aumentan 15.6 muertes más, en comparación con el 2010. Los trastornos neurológicos también aumentan 5 muertes, siendo el sexo femenino quien más muertes posee por esta causa. La diabetes y las enfermedades digestivas tienen un incremento en la cantidad de muertes. En los hombres, la diabetes ocupa el tercer lugar y el suicidio y la violencia interpersonal desaparecen de la lista, y se mencionan los trastornos neurológicos en quinto lugar. Las mujeres se mantienen exactamente igual que 10 años atrás.

Tabla N° 24. Tasa de mortalidad específica por grupo de causa de muerte y sexo por cada 100000 habitantes en Costa Rica 2017, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

GRUPO DE CAUSA	TASA		
	AMBOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades Cardiovasculares	147,2	172,4	123,4
Neoplasias	122,8	141,1	105,6
Trastornos Neurológicos	39,7	37,4	41,9
Diabetes y Enfermedad Renal	35,9	40,8	31,3
Enfermedades Digestivas	33,2	39,6	27,1

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽⁴⁵⁾

Dos años después, es preocupante el aumento de 15.7 muertes por enfermedades cardiovasculares en general, 19.2 más en hombres y la cantidad en el sexo femenino aumenta 12.4 muertes. En relación con las neoplasias, también existe un aumento de 11 muertes en general, los hombres tienen 13.4 muertes más que hace dos años y las mujeres 8.9. Las muertes por trastornos neurológicos, diabetes y enfermedad renal y por enfermedades digestivas también siguen en aumento, siendo el sexo femenino mayormente afectado por los trastornos neurológicos y los hombres por la diabetes y enfermedades digestivas. Las causas de muertes en los hombres y mujeres se mantienen igual que en el 2015.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

El fin de este proyecto de investigación es comparar la evolución de la expectativa de vida saludable y la expectativa de años, tanto al nacer como a los 65 años, con la evolución de las causas de mortalidad en Costa Rica a partir del año 1990 hasta el 2017. Con el fin de lograr un mejor panorama de la situación del país, es necesario compararla también con el resto de los países de América Latina y el mundo.

En 1990, la expectativa de años de vida saludable al nacer, a nivel mundial, también aumenta, siendo de 57,0 años en 1990 y 63,3 años en el 2017, para un aumento de 6,3 años en total. Los hombres llegan a vivir saludablemente 55,6 años en 1990 y 61,8 años en el 2017. Las mujeres viven 58,4 años con salud en 1990 y 64,8 años en el 2017.⁽³⁷⁾

En 1990, la expectativa de vida saludable al nacer, a nivel mundial, es más alta en Japón, con un total de 69.6 años de vida saludable. En América, Costa Rica tiene una vida saludable al nacer de 67.3 años, seguido de países como Canadá con 67.1 años, Panamá y Cuba con 66.6 años y 66.0 respectivamente.⁽⁴¹⁾ A los 65 años, la mayor expectativa de vida saludable en el mundo la poseen países como República Dominicana y Japón, con 14.4 años y 14.3 respectivamente. Países como Nicaragua y Panamá, ambos con 13.9 años de vida saludable, superan a Canadá y Costa Rica, países que ese año presentan una EVISA de 13.7 y 13.6. En el 2017, Japón tiene la

mayor cantidad de EVISA del mundo, seguido por países como Francia y España. Canadá posee 17.6 años de vida saludable y en América Latina, Colombia y Perú sobrepasan a Costa Rica con un total de 16.2 y 16.1, respectivamente. Costa Rica registra una EVISA a los 65 años de 15.1 años.

Tabla N°25. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable al nacer por sexo 1990, según IHME

MUJERES		HOMBRES		AMBOS SEXOS	
PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS
Puerto Rico	68,6	Costa Rica	66,4	Costa Rica	67,4
Costa Rica	68,4	Panamá	65,7	Panamá	66,7
Panamá	68,7	Cuba	65,3	Cuba	66,0

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽³⁷⁾

En cuanto a la información de los países con menor cantidad de años de vida saludable al nacer se encuentran Guatemala, Bolivia y Haití en orden descendente; este último con una expectativa de vida saludable de 47.3 años. ⁽³⁷⁾

La expectativa de vida saludable a los 65 años, en la América Latina de 1990, la mayor cantidad de años de vida saludable a los 65 años la posee República Dominicana, tanto en la categoría de las mujeres, como en hombres y por ambos sexos; en esta variable Costa Rica aparece por debajo de Perú, con 13.6 años de vida saludable. Los países con la menor cantidad de años de vida saludable son Guatemala, Bolivia y Haití con la más baja de todo América Latina, siendo de 8.7 años. ⁽³⁷⁾

Tabla N° 26. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable a los 65 años por sexo 1990, según IHME

MUJERES		HOMBRES		AMBOS SEXOS	
PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS
República Dominicana	15,0	República Dominicana	14,0	República Dominicana	14,5
Panamá	14,6	Nicaragua	13,7	Nicaragua	13,9
Perú	14,6	Panamá	13,4	Perú	13,9

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽³⁷⁾

En el año 2017, el país con mayor expectativa de vida saludable sigue siendo Japón, con 73.0 años de expectativa de vida saludable, seguido de España con un año menos de diferencia, 72.0 años. En cuanto a América, Canadá es quien ocupa el primer lugar con 70.5 años de vida saludable, seguido de Colombia con 70.4 años, debido a que, como esfuerzos por parte de la salud pública en Canadá, se introdujo la inmunización masiva, el abandono del fumado y el correcto uso del cinturón de seguridad.⁽⁴²⁾ Costa Rica aumenta su esperanza de vida saludable a 68; sin embargo, los países antes mencionados lo superan, situación que no se presenta en 1990. En Costa Rica se pueden observar, dentro de los principales grandes grupos de causa de muerte, las enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas de morbilidad y mortalidad, que, bien se sabe, son producidas tanto por el consumo de cigarrillo como por los accidentes de tránsito. Además, la inmunización en el país, si bien la cobertura es alta, la vacunación en niños se encuentra por encima del 90% y en adultos mayores

61.0%, lo cual deja una parte de la población sin inmunización.⁽⁴³⁾ En Canadá, la cobertura de vacunación se encuentra por encima del 95% de la población.⁽⁴²⁾

Tabla N°27. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable al nacer por sexo 2017, según IHME

MUJERES		HOMBRES		AMBOS SEXOS	
PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS
Colombia	72,1	Perú	69,3	Colombia	70,4
Costa Rica	71,9	Colombia	68,7	Perú	70,3
Perú	71,3	Panamá	68,0	Costa Rica	69,9

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽³⁷⁾

Para el año 2017, los países con menor expectativa de vida saludable al nacer, Bolivia y Guatemala comparten cifra, siendo de 63.6 años para ambos, y Haití nuevamente posee la peor de América Latina, 56.3 años.⁽³⁷⁾ En Haití no existen programas de detección precoz de patologías crónicas, como diabetes mellitus o hipertensión arterial. La cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones no supera el 40% como promedio nacional, alcanzando solo al 18% en algunos departamentos del país. Las campañas masivas de vacunación se reiniciaron en 1999, después de cinco años de ausencia, con resultados aún insuficientes.⁽⁴⁴⁾ De ahí que Costa Rica tenga un total de 13.6 años más de vida saludable al nacer que Haití, y es que, en cuanto a servicios de salud, la red formal de servicios de salud en Haití está organizada en 10 departamentos de salud. El sistema de prestación de atención médica se estructura en tres niveles: la atención primaria se brinda en unos 800 centros de salud y 45

hospitales comunitarios de referencia, 10 hospitales departamentales brindan atención secundaria, y cinco hospitales universitarios y tres centros especializados brindan atención terciaria. Las instalaciones privadas, con fines de lucro y sin fines de lucro, tienen una presencia significativa en Haití, especialmente en las áreas metropolitanas, pero están mal coordinadas con el sector público. Casi la mitad de los establecimientos de salud se encuentran en el área metropolitana de Puerto Príncipe, donde reside la mayoría de la población. En Costa Rica, el primer nivel de atención se organiza en 104 áreas de salud, divididas en 1,041 sectores, a cada uno de los cuales se le asigna un Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) que lleva a cabo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. También hay 718 puestos de atención básica de salud. El segundo nivel consiste en clínicas más grandes: siete hospitales regionales y 13 hospitales periféricos, que ofrecen consultas especializadas, hospitalización y cirugía en especialidades básicas.⁽⁴⁵⁾

Tabla N° 28. Países de América Latina con mayor cantidad de años de vida saludable a los 65 años por sexo 2017, según IHME

MUJERES		HOMBRES		AMBOS SEXOS	
PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS
Colombia	16,9	Perú	15,6	Colombia	16,2
Perú	16,7	Colombia	15,5	Perú	16,1
Puerto Rico	16,5	Nicaragua	15,2	Panamá	15,7

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽³⁷⁾

En la tabla anterior, superado por países como Colombia, Perú, Panamá y Nicaragua, Costa Rica obtiene un total de 15.1 años y, en cuanto a los países con menor cantidad de años saludables, se encuentran Honduras, Bolivia y Haití, muy por debajo de la situación nacional, con 10.2 años.

A nivel mundial, la expectativa de vida al nacer desde el año 1990 al 2017 aumenta un total de 7,4 años. En 1990, la expectativa es de 65,6 años y en el 2017 de 73,0 años. Los hombres en 1990 viven un total de 63,2 años y en el 2017, un total de 70,5 años. En cuanto a las mujeres, viven 68,0 años en 1990 y en el 2017, 75,6 años de vida. Japón ha tenido la esperanza de vida más alta a nivel mundial desde hace aproximadamente tres décadas, siendo en 1990 de 78,8 años y en el 2017 de 84,1 años.⁽⁴⁶⁾

Tabla N° 29. Países de América Latina con mayor expectativa de vida al nacer por sexo 1990, según IHME

MUJERES		HOMBRES		AMBOS SEXOS	
PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS
Costa Rica	78,7	Costa Rica	74,4	Costa Rica	76,5
Puerto Rico	78,4	Panamá	73,8	Panamá	75,9
Panamá	78,1	Cuba	73,0	Cuba	74,9

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽³⁷⁾

En América, Canadá es el país con mayor expectativa de vida en 1990, con un total de 77.3 años; sin embargo, a nivel de América Latina, Costa Rica tiene un total de 76.5 años, superando a países como Panamá y Cuba, que también tuvieron la mayor cantidad de años de vida saludable para este año. Los países con la menor expectativa de vida son Guatemala, Bolivia y Haití (54.4) ⁽³⁷⁾ Según la OMS, este orden de países varía, ya que registra a Costa Rica con la esperanza de vida mayor, pero con un total de 75.7 años, seguido por Cuba con 74.7 años y Puerto Rico con 74.1 años. ⁽⁴⁷⁾

En el 2017, los países con mayor expectativa de vida son Colombia y Perú con 80.0 años, seguidos de Chile y Costa Rica con 79.6 y 79.5 años, respectivamente. Por consiguiente, los países con peor expectativa de vida al nacer son Bolivia, Guatemala y Haití con 64.9 años. ⁽³⁷⁾ Es necesario recalcar que Haití, a pesar de ser el país con menor expectativa de vida, aumentó un total de 10.4 años en este periodo, en comparación con Costa Rica, por ejemplo, que aumentó únicamente 3 años. Para la OMS, Puerto Rico es el país con mayor expectativa de vida, con 80.1 años; Costa Rica

y Cuba se encuentran inmediatos, ambos países con 80.0 años. En cuanto a los países que poseen la peor expectativa de vida son Paraguay, Bolivia y Haití (63.5), este último aumentando 8.8 años en el periodo. ⁽⁴⁷⁾

En 1990, los países con mayor expectativa de vida a los 65 años son República Dominicana y Japón, con 18.8 y 18.5 años, respectivamente. En América Latina, después de República Dominicana, le siguen Nicaragua (18.5) y Panamá (18.2). Para este año, Costa Rica cuenta con 17.8 años de expectativa de vida a los 65 años. En el 2017, la expectativa de vida a los 65 años más alta a nivel mundial la posee Japón, con 22.2 años, seguido de países como Kuwait con 21.8 años y Francia con 21.6 años. En el continente americano, Colombia posee la mayor expectativa de vida con 21.1 años, seguido de países como Perú con 20.9 años y Canadá con 20.8 años. Costa Rica aparece por debajo de otros países, incluso de Nicaragua y Puerto Rico. ⁽³⁷⁾

Tabla N° 30. Países de América Latina con mayor expectativa de vida a los 65 años por sexo 2017, según IHME

MUJERES		HOMBRES		AMBOS SEXOS	
PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS	PAÍS	AÑOS
Colombia	22,1	Perú	20,2	Colombia	21,1
Perú	21,7	Colombia	20,1	Perú	20,9
Panamá	21,6	Nicaragua	19,9	Panamá	20,6

Fuente: Elaboración propia, con datos de: ⁽³⁷⁾

Los países con menor expectativa de vida a los 65 años, para el año 1990, son Guatemala, Bolivia y Haití (11.5), y en el 2017, Honduras, Bolivia y Haití con 13.3 años.

A nivel mundial, en 1990, las tres principales causas de muerte son: en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar: neoplasias y en tercer lugar las infecciones respiratorias. En el 2017 no se difiere tanto, porque: las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte, las neoplasias la segunda, pero las enfermedades respiratorias crónicas aparecen en la tercera.

En el caso de las mujeres, en 1990, la mayoría de las muertes se deben principalmente a: enfermedades cardiovasculares, neoplasias e infecciones respiratorias. En el 2017, las enfermedades cardiovasculares y neoplasias se mantienen; sin embargo, aparecen las enfermedades neurológicas. En los hombres de 1990, la principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares, seguidas de neoplasias e infecciones respiratorias. Para el año 2017, los hombres mueren principalmente de enfermedades cardiovasculares, neoplasias y enfermedades respiratorias crónicas.

(45)

Tabla N° 31. Grandes grupos de causa de muerte en el mundo en 1990, 2000, 2010 y 2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

1990	2000	2010	2017
Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Cardiovasculares
Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias
Infecciones respiratorias y Tb	Infecciones respiratorias y Tb	Infecciones respiratorias y Tb	Enfermedades respiratorias crónicas
Enfermedades respiratorias crónicas	Enfermedades respiratorias crónicas	Enfermedades respiratorias crónicas	Infecciones respiratorias y Tb
Materno y neonatales	Materno y neonatales	Materno y neonatales	Trastornos neurológicos

Fuente: ⁽⁴⁵⁾

A nivel mundial, las infecciones respiratorias y las causas materno-neonatales se encuentran dentro de las principales causas durante 1990, 2000, y el 2010; en el 2017 aparecen los trastornos neurológicos dentro de este grupo, lo cual difiere de Costa Rica, ya que, aunque se mantienen las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias en primer lugar, el país tiene, entre sus causas de muerte, las enfermedades digestivas y las causas externas de morbilidad y mortalidad.

Tabla N° 32. Grandes grupos de causa de muerte en América Latina en 1990, 2000, 2010 y 2017 según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación

1990	2000	2010	2017
Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Cardiovasculares
Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias
Infecciones respiratorias y Tb	Diabetes y enfermedades renales	Lesiones no intencionales	Diabetes y enfermedades renales
Materno y neonatales	Infecciones respiratorias y Tb	Diabetes y enfermedades renales	Trastornos neurológicos
Suicidio y violencia interpersonal	Suicidio y violencia interpersonal	Suicidio y violencia interpersonal	Enfermedades digestivas

Fuente: ⁽⁴⁵⁾

En América Latina, las enfermedades cardiovasculares y neoplasias concuerdan con Costa Rica, lo que deja bien claro que es un problema de salud a nivel mundial, ya que, en este periodo de 28 años, son los únicos grandes grupos que no cambian de lugar y encabezan la lista de muertes. El suicidio tuvo gran auge en los años 1990-2010, disminuyendo las muertes para el 2017. La diabetes y la enfermedad renal toman importancia como causa de muerte a partir del año 2000, y desaparecen las muertes materno-neonatales. Sin embargo, en Costa Rica, como se pudo observar en el capítulo IV, los cinco principales grandes grupos de causa de muerte se mantienen a través del tiempo; no varían siquiera de lugar.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La expectativa de vida en Costa Rica, entre los años 1990 y 2017, ha aumentado considerablemente; sin embargo, es un país con tendencia al desarrollo, lo cual indica que hay un crecimiento en el envejecimiento de la población, lo que se traduce en que, a pesar de ser uno de los países con mejor expectativa de vida, también han aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas y menor cantidad de años de vida saludable, siendo la esperanza de vida de 76,5 años en 1990 y 79,5 años en el 2017. Esto representa un aumento de 3 años en este periodo, según el Instituto de Métricas en Salud y Evaluación.
- Los años de vida saludable, al nacer en Costa Rica, han aumentado considerablemente, siendo de 67.4 en 1990 y 69.9 en el 2017. Sin embargo, esto ha sido a expensas, principalmente, del aumento que registra la misma variable en el sexo femenino, ya que, comparado con el masculino, aumenta 3.5 años, y los hombres únicamente 1.5 años.
- A los 65 años, la expectativa de vida saludable también se ve en aumento, pasando de 13.6 a 15.1 años, con un aumento de 2.1 las mujeres y de 1.0 año los hombres.
- En cuanto a expectativa de vida al nacer, Costa Rica en 1990 tiene la mayor de todo el continente americano, con un total de 76.5 años; sin embargo, a pesar de que en el transcurso del tiempo aumenta a 79.5 años, ya no es el país con mayor expectativa de vida en América. Las mujeres superan a los hombres y en gran cantidad de años, ya que el sexo femenino aumenta de 78.7 a 82.7 años (4 años) y los hombres de 74.4 a 76.3 años (1.9).

- A los 65 años, la expectativa de vida en Costa Rica aumenta en 1990-2017 un total de 2 años, siendo de 17.8 años en 1990 y 19.8 años en el 2017. Las mujeres viven saludablemente más años que los hombres, tanto en 1990 (18.8) como en el 2017 (21.5). En cambio, los hombres en 1990 viven con salud 16.8 años y en el 2017, 18.1 años.
- Esto en cuanto a que, a pesar de una disminución en las tasas de mortalidad por grupos de causa de muerte por enfermedades respiratorias y por tumores gástricos, del año 1990 al 2000, por grandes grupos se ve un aumento constante a partir del último año mencionado, siendo las enfermedades del sistema circulatorio las componentes del principal de los grandes grupos, el que mayores muertes causa dentro de la población costarricense. Sin embargo, es importante destacar que, para el año 2017 hubo un descenso de 0.1 en la tasa de mortalidad debido a esta causa, a expensas de una disminución en el sexo femenino. En el 2010, 11,5 de cada 10,000 mujeres mueren por enfermedades del corazón y en el 2017, la cifra desciende a 11,1.
- También cabe destacar, en cuanto a las neoplasias, que son las que más han aumentado su tasa de mortalidad, y que a pesar de que la enfermedad del sistema circulatorio es la principal, no ha aumentado tanto su tasa en el transcurso de los años, en comparación con los tumores, que del año 2000 al 2010 aumentaron un total 2,6 muertes por cada 100,000 habitantes. Y, a pesar de que los hombres registran más muertes por tumores, el aumento se ve mayormente reflejado en el sexo femenino, aumentando su tasa de 7.3 en 2000 a 10.1 en el 2017.

- En Costa Rica, los padecimientos cardiovasculares muestran una estabilidad en el periodo, de ahí que se mantenga siempre como la principal causa de muerte en Costa Rica durante 17 años. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, en el 2017 se muestra una leve disminución en la mortalidad por esta afección, esto debido a un descenso en la mortalidad femenina. Además, los tumores cada vez van más en aumento, siendo las mujeres las que aumentan la tasa de mortalidad por esta causa.
- A grandes rasgos, Costa Rica ha venido experimentando un cambio del perfil de morbilidad y mortalidad según las causas, expresado en la disminución de las muertes por enfermedades transmisibles y las del periodo perinatal, para dar paso a una predominancia relativa de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas, así como por causas externas. También han cobrado importancia causas de muerte relacionadas con las condiciones de vida, como la obesidad, el tabaquismo, el uso de drogas, el comportamiento sexual y reproductivo y la violencia de cualquier tipo.

6.2 RECOMENDACIONES

- Promover aún más las prácticas saludables en la población y la concientización individual del cuidado y salud física y psicosocial, por medio de programas para ejercicios con instructores físicos, en lugares de recreación pública.
- Transmitirles, a las personas, la información relacionada con el riesgo que tienen de sufrir enfermedades, y sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención y diagnóstico temprano de las enfermedades, por medio de boletines informativos.
- Realizar campañas, con charlas educativas centradas en la educación sobre el círculo de violencia familiar, dirigidas a toda la población en general, siempre teniendo énfasis en el tema sobre violencia y lesiones que se presentan cada vez en aumento, y son estas las que más registran muertes en el grupo III.
- Involucrar a los centros educativos, tanto a escuelas a colegios, para que eduquen a la población estudiantil, sobre factores de riesgo para años de vida saludables perdidos, tales como riesgos alimentarios, hipertensión arterial, alto índice de masa corporal, hiperglicemias, inactividad física, consumo de drogas y alcohol y riesgos ocupacionales.
- Instruir a docentes, para que puedan adquirir algunas destrezas en la detección y trastornos del comportamiento y adicciones, para referirlos donde corresponda, por medio de capacitaciones con especialistas en el tema.
- Concientizar e informar a la población acerca de las enfermedades mentales, para tener una mayor empatía y brindarles la ayuda necesaria en el tiempo apropiado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vega E. Incremento de la esperanza de vida en Cuba.pdf [Internet]. [citado el 30 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incremento_de_la_ev_en_cuba.pdf
2. Peláez Herreros Ó. Descripción y proyección de la esperanza de vida al nacer en México de 1950-2050.pdf [Internet]. [citado el 31 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/312/31221534008.pdf>
3. Restrepo Betancourt LF. Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica, 1980-2010.pdf [Internet]. [citado el 30 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v16n2/v16n2a05.pdf>
4. Méndez Fonseca F. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en Costa Rica 1900-2000.pdf [Internet]. [citado el 31 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/02_esperanza_de_vida_al_nacimiento.pdf
5. Evans-Meza R. Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. RHCS Internet [Internet]. 2015;1(2). Disponible en: <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/58>
6. Romero Placeres M. Importancia de la carga de enfermedad debida a factores ambientales [Internet]. 2014. [citado el 2 de abril de 2019]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v52n2/hig01214.pdf>
7. Robert Beaglehole, RB y Kjellström T. Epidemiología básica. Organización Panamericana de la Salud; 2003.
8. Centro Centroamericano de Población. Actualidad Demográfica [Internet]. sf [citado el 4 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/observa/>
9. PAHO. Medición de la salud y la enfermedad [Internet]. sf [citado el 2 de abril de 2019]. Disponible en: https://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf
10. Gómez H, Castro V, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez-García J, Espinoza A, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. Salud Pública México. 1 de diciembre de 2010; 53:s??72-7.
11. INEC. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad de 1950-2050 [Internet]. 2008. [citado el 3 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/01_estimaciones_y_proyecciones_de_poblacion_1950_-_2050.pdf
12. Population Pyramid. Población: Costa Rica 1990 [Internet]. sf [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/es/costa-rica/1990/>
13. INEC. Estadísticas vitales [Internet]. sf [citado el 3 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/estadisticas-vitales>

14. Centro Centroamericano de Población. Indicadores Demográficos [Internet]. sf [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/mestim.html>
15. INEC. Anuario Estadístico 2010.pdf [Internet]. [citado el 3 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/anuario_estadistico/publicaciones/reanuarioestad2010-02.pdf
16. El Financiero. Propuesta de reforma al régimen de pensiones [Internet]. sf [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.elfinancierocr.com/blogs/lariqueza-de-las-naciones/propuesta-de-reforma-al-regimen-de-pensiones/UESJXWH4P5CIVLZU4ODEREKJKM/story/>
17. Esperanza de vida.pdf [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/preguntasfrecuentes/esperanza%20de%20vida.pdf>
18. CEPAL. Esperanza de vida al nacer [Internet]. sf [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: https://celade.cepal.org/redatam/pryesp/cairo/WebHelp/Metalatina/esperanza_de_vida_al_nacer.htm
19. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005.pdf [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>
20. Lozano RGD. La carga de la enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México [Internet]. 2013 [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal136e.pdf>
21. OPS. Indicadores Básicos 2009.pdf [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/DVS_indicadores_basicos2009.pdf
22. Araya Umaña OM, FMF. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en Costa Rica 1990-2000 [Internet]. sf [citado el 31 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/02_esperanza_de_vida_al_nacimiento.pdf
23. Alvarado García AM. Análisis del concepto de envejecimiento.pdf [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
24. Webster M. Aging | Definition of Aging [Internet]. sf [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/aging>

25. Llanes Betancourt C. Los factores más probables de longevidad: Reflexiones sobre el tema. Rev Cuba Enferm. marzo de 2008;24(1):0-0.
26. Sonck Rodríguez C. La esperanza de vida: ¿Qué Factores afectan la esperanza de vida? [Internet]. 2015 [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://blogdesociologia.com/archive/la-esperanza-de-vida-3/>
27. Ginebra E]. Los cinco factores que reducen la esperanza de vida en el mundo | Sociedad | Sanidad-Abc.es [Internet]. ABC. sf [citado el 17 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.abc.es/hemeroteca/historico-27-10-2009/abc/Sociedad/los-cinco-factores-que-ponen-en-riesgo-la-salud-en-el-mundo_113993459166.html
28. BBC News. Cuáles son los países de América Latina con mayor y menor esperanza de vida [Internet]. sf [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-44128848>
29. Braulio Alfaro B, MM. 100 años de salud Costa Rica [Internet]. 2003 [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/100salud.pdf>
30. Junta de Andalucía. Salud y enfermedad [Internet]. sf [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/41011038/moodle2/pluginfile.php/4501/mod_resource/content/1/Resumen%20Tema%207.%20Salud%20y%20enfermedad.pdf
31. Puyol R. El secreto de la longevidad en las «zonas azules»: nueve razones para vivir más [Internet]. The Conversation. sf [citado el 3 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://theconversation.com/el-secreto-de-la-longevidad-en-las-zonas-azules-nueve-razones-para-vivir-mas-99552>
32. Darner A. Mora. Factores en común en las 'zonas azules' [Internet]. 2019 [citado el 3 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.nacion.com/opinion/foros/factores-en-comun-en-las-zonas-azules/RZKG7ZUYLNAFVE643GVHJZ4H5U/story/>
33. Winding Waters Clinic. Blue Zones [Internet]. sf [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://windingwaters.org/blue-zones/>
34. Mora M. Encuentro Internacional de Zonas Azules del Mundo [Internet]. 2017 [citado el 3 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.cuc.ac.cr/userfiles/files/BLOG/Blog%252c%2013%20de%20noviembre%252c%20Encuentro%20Internacional%20de%20Zonas%20Azules%20del%20Mundo.pdf>
35. Rodríguez I. Nicoya es vitrina mundial por la longevidad de sus habitantes [Internet]. 2017 [citado el 4 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/nicoya-celebra-y-comparte-su-longevidad/MZ4ER5UZONCARH7OYBFSPUDTOI/story/>

36. Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación [Internet]. 6° ed. México; 2014 [citado el 11 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
37. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. 10 de noviembre de 2018 [citado el 2 de agosto de 2019];392. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2932335-3>
38. INEC. Estadisticas_Vitales_1990.pdf [Internet]. [citado el 3 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Estadisticas_Vitales/Estadisticas_Vitales_1990.pdf
39. INEC. Estadisticas_Vitales_2000.pdf [Internet]. [citado el 3 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Estadisticas_Vitales/Estadisticas_Vitales_2000.pdf
40. INEC. Estadisticas_Vitales_2010.pdf [Internet]. [citado el 3 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Estadisticas_Vitales/Estadisticas_Vitales_2010.pdf
41. Murray CJ. Why is Japanese life expectancy so high? The Lancet. 24 de septiembre de 2011;378(9797):1124-5.
42. OPS/OMS Colombia. Perfil de los Sistemas de Salud: Colombia | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization/World Health Organization. 2010 [citado el 9 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&Itemid=361
43. OPS. Haití Perfil del Sistema de Servicios de Salud.pdf [Internet]. [citado el 9 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Haiti_2000.pdf
44. Minsalud. Informe de Gestión 2017 Colombia.pdf [Internet]. [citado el 9 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/inform-e-gestion-2017.pdf>

45. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. [citado el 9 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
46. OPS. Mortalidad en la región de las Américas [Internet]. sf [citado el 9 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=mortalidad-en-la-region-de-las-americas
47. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 [Internet]. sf [citado el 30 de enero de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/?jsessionid=005E6926CB4802B7EF91CF9C4E62D632?sequence=1>
48. Peláez Herreros Ó. Evolución de la esperanza de vida en el contexto global (1930-2010) pdf [Internet]. Julio, 2012. [citado el 22 de diciembre de 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/od%2033766/Downloads/Dialnet-EvolucionDeLaEsperanzaDeVidaDeCostaRicaEnElContext-4724559%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/od%2033766/Downloads/Dialnet-EvolucionDeLaEsperanzaDeVidaDeCostaRicaEnElContext-4724559%20(1).pdf)
49. Rugeri A. ¿Realmente los humanos vivimos más años hoy que nuestros antepasados? [Internet]. Noviembre, 2018. [citado el 22 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/vert-fut-45981963>

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

- CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.
- CCP: Centro Centroamericano de Población.
- EVISA: Esperanza de vida saludable.
- GBD: Global Burden of Disease.
- IHME: Instituto Nacional de Métricas en Salud y Evaluación.
- INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- MS: Ministerio de Salud.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.

ANEXOS

Declaración Jurada

Declaración Jurada

Yo, Daniela Morera Obando, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1491-0124 egresada de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercibido y entendido las penas y consecuencias con la que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: EXPECTATIVA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA SALUDABLE, COSTA RICA 1990-2017, es una obra original que ha respetado todo lo perpetuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas publicada en La Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Así mismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante el Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José a los 4 días del mes de noviembre del año 2019.



Firma del estudiante

Cédula 1-1491-0124

Cartas de aprobación

San José, 04 de noviembre del 2019

Dirección de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

La estudiante Daniela Morera Obando, cédula de identidad número 1-1491-0124, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "EXPECTATIVA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA SALUDABLE, COSTA RICA 1990-2017", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	17%
	TOTAL	100%	86%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura. Atentamente,



Dra. Valeria Delgado Bermúdez
Cédula: 1-1336-0934
CMC: 15625

CARTA DEL LECTOR

San José, 10 de enero de 2020

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

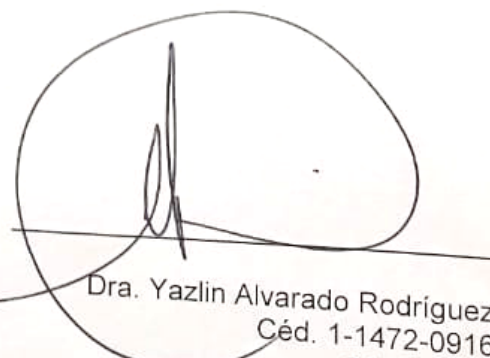
Estimados señores:

La estudiante **Daniela Morera Obando**, cédula de identidad número **1-1491-0124**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"EXPECTATIVA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA SALUDABLE, COSTA RICA 1990- 2017"**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez
Céd. 1-1472-0916
Cód. 13560

Licda. Zayda Ureña Araya
Filóloga U.C.R.
San Luis, Santo Domingo, Heredia Costa Rica. Teléfono 87526130
Carné 0163849, Colegio de Licenciados y Profesores. E-mail: zaylaud1717@gmail.com

CONSTANCIA DE REVISION FILOLÓGICA DE TESIS

La suscrita, licenciada en Filología Española, Zayda Ureña Araya, hace constar que efectuó la revisión filológica del documento denominado **EXPECTATIVA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA SALUDABLE, COSTA RICA 1990-2017**. Este consiste en una TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA, de la UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA. La postulante es **DANIELA MORERA OBANDO**. Al respecto, indica que luego de efectuadas las correcciones necesarias, el documento se encuentra listo para su presentación y disertación, pues se ajusta a las normas gramaticales y ortográficas establecidas por la Ortografía RAE (2010) y a la modalidad de discurso, correspondiente a su especialidad.

Dado en San Luis, Santo Domingo, Heredia, Costa Rica, el 14 de enero del dos mil veinte, a solicitud de la persona interesada, y para los efectos administrativos pertinentes.


Licda. Zayda Ureña Araya

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN**

San José, 12 de febrero de 2020

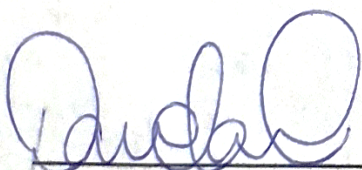
Señores:
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) DANIELA MORERA OBANDO con número de identificación 1-1491-0124 autora del trabajo de graduación titulado *ESPERANZA DE VIDA Y AÑOS DE VIDA SALUDABLE, COSTA RICA 1990-2017*, como requisito para optar por el grado de LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGIA SI autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

 1-1491-0124

Firma y Cédula de Identidad