

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

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

EVOLUCIÓN DE LAS 8

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

EN COSTA RICA EN EL GRUPO DE

45 A 64 AÑOS DEL 2000 A 2019

KRISTIAN LEWIS THOMAS

Diciembre, 2023

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	2
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
DEDICATORIA	9
AGRADECIMIENTO.....	10
RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1.1 Antecedentes	14
1.1.2 Delimitación del problema	17
1.1.3 Justificación.....	17
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	19
1.4.1 Alcances de la investigación.....	19
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	20

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 BASES TEÓRICAS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	22
2.1.1 Definición y medición de la mortalidad.....	22
2.1.2 Importancia de la mortalidad.....	22
2.1.3 Definición y cálculo de incidencia.....	22
2.1.4 Definición y cálculo de prevalencia.....	23
2.1.5 Definición y cálculo de años de vida ajustados por discapacidad.....	23
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	24
2.2.1.B.2 Enfermedad cardiovascular.....	24
2.2.1.B.1 Neoplasias.....	26
2.2.3 B.8 Diabetes mellitus y enfermedad renal crónica (ERC).....	28
2.2.4 B.4 Enfermedades digestivas.....	30
2.2.5 B.5 Trastornos neurológicos.....	38
2.2.6 B.3 Enfermedades respiratorias crónicas.....	42
2.2.6 C.1 Accidentes de transporte.....	45
2.2.7 C.3 Suicidios y violencia interpersonal.....	46
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	50
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	51
3.3.1 Área de estudio.....	51
3.3.2 Población.....	51

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	51
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	52
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	53
3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	55
3.9 ANÁLISIS DE DATOS.....	56
CAPÍTULO IV. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	57
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	107
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	120
6.1 CONCLUSIONES.....	121
6.2 RECOMENDACIONES.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....	125
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	143
ANEXOS.....	145
DECLARACIÓN JURADA.....	146
CARTA DEL TUTOR.....	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables	53
Tabla 2. Principales 8 causas de muerte en Costa Rica.....	58
Tabla 3. Incidencia en sexo femenino entre los 45-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	59
Tabla 4. Incidencia en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	60
Tabla 5. Incidencia en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	61
Tabla 6 Incidencia en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	62
Tabla 7 Incidencia en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	63
Tabla 8. Incidencia en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	64
Tabla 9. Incidencia en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	65
Tabla 10. Incidencia en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	66
Tabla 11. Incidencia en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	67
Tabla 12. Incidencia en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	68
Tabla 13. Incidencia en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	69

Tabla 14. Incidencia en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	70
Tabla 15. Prevalencia en sexo femenino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	71
Tabla 16. Prevalencia en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	72
Tabla 17. Prevalencia en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	73
Tabla 18. Prevalencia en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	74
Tabla 19. Prevalencia en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	75
Tabla 20. Prevalencia en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	76
Tabla 21. Prevalencia en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	77
Tabla 22. Prevalencia en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	78
Tabla 23. Prevalencia en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	79
Tabla 24. Prevalencia en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	80
Tabla 25. Prevalencia en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	81
Tabla 26. Prevalencia en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	82

Tabla 27. Mortalidad femenina entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes....	83
Tabla 28. Mortalidad femenina entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes....	84
Tabla 29. Mortalidad femenina entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes....	85
Tabla 30. Mortalidad femenina entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes....	86
Tabla 31. Mortalidad masculina entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes ..	87
Tabla 32. Mortalidad masculina entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes ..	88
Tabla 33. Mortalidad masculina entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes ..	89
Tabla 34. Mortalidad masculina entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes ..	90
Tabla 35. Mortalidad en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	91
Tabla 36. Mortalidad en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	92
Tabla 37. Mortalidad en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	93
Tabla 38. Mortalidad en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes.....	94
Tabla 39. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	95
Tabla 40. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	96
Tabla 41. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	97
Tabla 42. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	98
Tabla 43. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	99

Tabla 44. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	100
Tabla 45. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	101
Tabla 46. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	102
Tabla 47. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	103
Tabla 48. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	104
Tabla 49. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	105
Tabla 50. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000	106

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a:

Mi madre, por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida.

Mi familia, por cada muestra de cariño y apoyo hacia mi persona.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad y el privilegio de estudiar esta carrera, por guiar mi camino y sostenerme en los momentos de adversidad.

A mis padres, familia y amigos por su apoyo emocional e incondicional.

A mi tutora, Dra. Yazlin Alvarado, quien siempre me ha apoyado a lo largo de la carrera y fungió de guía para la elaboración de esta tesis.

A mis compañeros, por acompañarme y brindarme su apoyo durante la carrera.

A mis profesores y doctores, por todas las enseñanzas brindadas.

A todos ellos, gracias.

RESUMEN

Introducción: es común escuchar como las probabilidades de padecer una enfermedad aumentan con la edad, por lo general después de los 40 años las personas están en un riesgo mayor de ser diagnosticadas con algún padecimiento que pone en jaque su calidad de vida por los próximos años. **Objetivo general.** Analizar la evolución de las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019. **Metodología.** Se incluye a toda la población costarricense entre los 45 a 64 años, se tomó información sobre la incidencia, prevalencia, la mortalidad y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), de una base de datos proveniente del Instituto de Métricas en Salud y posteriormente se agruparon en tablas creadas en Microsoft Excel para su análisis. **Resultados.** Las ENT constituyen las principales causas de muerte en Costa Rica para la población entre los 45 a 64 años, donde durante el periodo estudiado las tasas de mortalidad han disminuido para todas las causas exceptuando los trastornos neurológicos y los suicidios y violencia intrapersonal, donde la mortalidad ha ascendido. **Discusión.** Las mejoras sanitarias realizadas por las autoridades de salud pública han logrado que las enfermedades infecciosas y transmisibles dejen de ocupar los primeros lugares en las listas, sin embargo, actualmente estos lugares son ocupados por enfermedades no transmisibles, en su mayoría crónicas. **Conclusiones.** La evolución de las principales causas de muerte en Costa Rica ha mostrado una tendencia a la disminución en las tasas de mortalidad, sin embargo, los datos referentes a cargas de la enfermedad han mostrado diferencias entre las patologías. **Palabras claves.** mortalidad, prevalencia, incidencia, cardiovascular, diabetes, causas, población.

ABSTRACT

Introduction: it is common to hear how the probability of suffering from a disease increases with age, usually after 40 years of age people are at a higher risk of being diagnosed with a disease that jeopardizes their quality of life for years to come. **General objective.** To analyze the evolution of the eight leading causes of death in Costa Rica in the age group 45 to 64 years during the period 2000 to 2019. **Methodology.** Information on incidence, prevalence, mortality and disability-adjusted life years (DALYs), was taken from a database from the Institute of Health Metrics and subsequently grouped in tables created in Microsoft Excel for analysis. **Results.** NCD are the main causes of death in Costa Rica for the population between 45 and 64 years of age, where during the period studied from 2000 to 2019 mortality rates have decreased for all causes except neurological disorders and suicides and intrapersonal violence, where mortality has increased. **Discussion.** Sanitary improvements made by the public health authorities have ensured that infectious and communicable diseases no longer occupy the first places on the lists, however, these places are currently occupied by non-communicable diseases, mostly chronic ones. **Conclusions.** The evolution of the main causes of death in Costa Rica has shown a downward trend in mortality rates; however, data on the burden of disease have shown differences between pathologies. **Key words.** mortality, disability-adjusted life years, prevalence, incidence, neoplasms, cardiovascular, diabetes, causes, population.

CAPÍTULO I.
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes

A partir del siglo XVIII se dio un crecimiento moderno de la población el cual impactó en un descenso de la mortalidad, diversas teorías surgieron por parte de distintos autores para explicar las causas que contribuían a ese descenso, la que más aceptación tenía por parte de la sociedad en ese momento era la de Thomas McKeown quien aludía que la disminución de la mortalidad se debía a las mejoras en las condiciones alimentarias de la población (Bernabeu Mestre, 1999).

Para inicios del siglo XX las principales causas de muerte en Estados Unidos eran enfermedades infecciosas como diarreas, neumonías y tuberculosis; a finales de ese siglo las principales defunciones se debían a enfermedades crónicas como el cáncer y de etiología cardíaca, esto se ha mantenido así de manera constante (Evans, 2001).

La implementación mundial de medidas de higiene, el abastecimiento de agua potable, la utilización de vacunas eficaces, el descubrimiento e introducción de los antibióticos a mitad del siglo XX contribuyeron a reducir drásticamente las muertes por enfermedades infecciosas (Prats, 2003).

Sin embargo, es interesante mencionar que el análisis evolutivo de la mortalidad inicio en Londres en el siglo XVI cuando John Graunt ideó una forma de contabilizar los entierros que sucedían cada semana debido a la epidemia de peste que azotaba a dicho país, dichos datos eran publicados a través de un boletín llamado Bills of Mortality, a partir de 1629 se publican muertes por otras causas no relacionadas a la peste (González, 2011).

En estas dos primeras décadas transcurridas del siglo XXI la humanidad se ha enfrentado a retos como las enfermedades no transmisibles y trastornos mentales, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, diabetes son algunas de las principales, en el 2011 aproximadamente 15 millones de personas murieron antes de los 70 años por estas enfermedades (Chisholm & Banatvala, 2014).

En Costa Rica la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas a mediados del siglo XX no fue la excepción, en cambio las enfermedades degenerativas, los accidentes y la violencia cobraban protagonismo en este país centroamericano, tal como sucedió a nivel mundial (Rosero-Bixb, 1994).

Durante la década de los 70 las enfermedades infecciosas y parasitarias pasaron del primer lugar al octavo lugar de causas de muerte, dando lugar a las enfermedades típicamente manifestadas en la edad adulta o vejez como lo eran las afecciones cardíacas, los tumores y en tercer lugar las causas externas como accidentes o violencia (Saenz, 2003).

Esta tendencia continuó así durante el 2001 cuando las principales causas de muerte en Costa Rica eran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, causas externas, enfermedades del sistema respiratorio y digestivo, respectivamente (Montiel, 2003).

En Costa Rica las enfermedades no transmisibles son las principales causas de muerte, constituyen el 79% de todas ellas. Para el año 2015, en Costa Rica ocasionaron 5,689 defunciones, con una tasa de 98.07 por 100,000 habitantes (Evans-Meza, Pérez-Fallas, Bonilla-Carrión, et al., 2019).

Para el año 2017 según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos se menciona que, la causa principal de muerte entre los costarricenses fue el infarto agudo de miocardio en 1.472 personas, seguido por el cáncer de estómago en 650 personas, bronconeumonías en 594 personas (Resumen de Salud, 2020).

Durante el año 2020 se registró la muerte de 1.280 personas por enfermedades ligadas al corazón, 573 fueron por infarto agudo al miocardio, manteniendo nuevamente a las enfermedades cardiovasculares como una de las principales causas de muerte en Costa Rica (Mena, 2022).

Siguiendo el trazo de otras causas de muerte, entre los años 2013-2017 la mortalidad general por cáncer estuvo liderada por los tumores de próstata y mama, seguidamente por el cáncer de estómago, colon, bronquios y pulmón respectivamente (Pérez González, 2021).

También existen otras enfermedades crónicas que contribuyen a las tasas de mortalidad, por ejemplo, de un total de 161 730 defunciones ocurridas en Costa Rica entre 2014 y 2019, 2547 se registraron como muertes por Enfermedad Renal Crónica. La mayor mortalidad estuvo en el grupo de edad mayor a los 65 años (Rivera-Chavarría & Méndez-Chacón, 2022)

Con la llegada de la pandemia por COVID-19 se ve una variación en el primer lugar de muertes, el virus causante se convirtió en el año 2020 en la principal causa de muerte en Costa Rica y en un factor que elevó la tasa de mortalidad en el país hasta 5,1 por cada 1.000 habitantes, de acuerdo con cifras publicadas por el INEC (Murillo, 2021)

Para el 2021 la tendencia se mantuvo igual con el COVID-19 entre las primeras tres causas de muerte, el INEC reveló que las tres principales causas de muerte en Costa Rica durante el 2021 fueron el Covid-19, los infartos y la diabetes mellitus (Soto, 2022)

1.1.2 Delimitación del problema

Esta investigación consiste en el análisis de la evolución de las ocho principales causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a los 64 años durante el periodo 2000- 2019.

1.1.3 Justificación

A lo largo de la historia de la humanidad el ser humano se ha enfrentado a diversos acontecimientos que le han permitido adquirir conocimientos para poder enfrentar y vivir el presente de una mejor forma que sus antepasados; parte de ese proceso evolutivo radica principalmente en las mejoras de la calidad de vida, las enfermedades que siglos atrás acababan con la vida de millones de personas debido al desconocimiento durante esas épocas, hoy fácilmente son controladas o simplemente erradicadas gracias al descubrimiento de medicamentos, la implementación de medidas preventivas y el avance de la ciencia y la tecnología. Costa Rica es un país que ha sabido implementar políticas en pro de la salud de su población, parte de ese éxito es debido a que se destina gran parte de recursos hacia el sector educativo y salud del país. Sin embargo, a pesar de que en Costa Rica se cuenta con un robusto sistema de seguridad social como es la Caja Costarricense de Seguro Social quien a su vez es el ente encargado de la salud pública de dicho país, todavía existen múltiples retos a los cuales se enfrentan las autoridades sanitarias y la población en general. El propósito de esta investigación es enfocarse en uno de esos retos, es decir identificar las principales ocho causas de muerte en

Costa Rica en un grupo de edad específico el cual comprende los 45 a los 64 años durante un periodo de 2 décadas (2000-2019) con dicha investigación se hace un análisis de la evolución de la población costarricense en cuanto a mortalidad, el cual permitirá visibilizar las principales tendencias y causas que contribuyen a afectar la salud de los costarricenses con la finalidad de poder contribuir información que pueda ayudar a encontrar soluciones o idear medidas de prevención para mitigar el avance o incremento de dichas afectaciones; tal y como sucedió en siglos pasados cuando se erradicaron distintas enfermedades gracias a que la sociedad lograba informarse, actualmente son otras enfermedades las que constituyen un problema serio para la salud pública, un problema que solo logrará detenerse cuanto mayor sea la población que se encuentre informada.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la evolución de las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad de 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Analizar la evolución de las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019.
- Analizar la incidencia de las ocho principales causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a los 64 años durante el periodo 2000 al 2019.
- Determinar la prevalencia de las ocho principales causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a los 64 años durante el periodo 2000 al 2019.
- Determinar la mortalidad atribuible de las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019.
- Describir los años de vida ajustados por discapacidad para las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

Se logra determinar las principales 8 causas de muerte en Costa Rica para su posterior análisis evolutivo y utilización de la información en investigaciones futuras además de contribuir a tomar acciones necesarias para el control de las causas.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

No existe suficiente información referente a la evolución de las enfermedades digestivas y las enfermedades respiratorias crónicas en Costa Rica.

La información sobre la carga de la enfermedad en Costa Rica es limitada, entiéndase AVAD, incidencia y prevalencia.

CAPÍTULO II.
MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Definición y medición de la mortalidad

La mortalidad se define como el número de defunciones que ocurren en una población durante un tiempo determinado (Centro Centroamericano de Población, 2023).

Para su medición se utiliza la tasa bruta de mortalidad la cual consiste en dividir el número de muertes en un periodo entre la población media de dicho periodo y por lo general multiplicando el resultado por mil. El CCP (2023) menciona también la existencia de una tasa de mortalidad específica que representa la proporción de defunciones por una causa en un periodo; esta tasa a su vez se puede hacer en base a la edad o al sexo.

2.1.2 Importancia de la mortalidad

La mortalidad constituye, junto con la fecundidad, uno de los elementos más importantes para analizar el comportamiento demográfico de una población. Su medición es de gran utilidad para la salud pública ya que orienta a las autoridades sanitarias a tomar las medidas necesarias para mejorar la salud y la supervivencia de su población (Ibañez, 2007).

2.1.3 Definición y cálculo de incidencia

Es el número de casos nuevos de una enfermedad que aparecen en una determinada población en un determinado año, existen dos tipos de incidencia, la incidencia acumulada y la tasa de incidencia; la incidencia acumulada es la proporción de personas sanas que desarrollan la enfermedad en un periodo concreto del tiempo, la tasa de incidencia es una medida más precisa y se trata del cociente entre el número de casos nuevos de una enfermedad que ocurrieron durante un periodo de seguimiento y la suma de todos los tiempos individuales de observación (Pita et al., 2004).

2.1.4 Definición y cálculo de prevalencia

Es la proporción de personas de un grupo o población que se encuentran cursando un evento (en este caso enfermedad) en un determinado tiempo entre la población total en ese momento; al igual que la incidencia, existen dos tipos de prevalencias, la prevalencia puntual mide la cantidad de personas enfermas en momento específico y la prevalencia de periodo la cual mide la probabilidad de que un individuo sea un caso en determinado momento del tiempo (Fuentes Ferrer & Prado González, 2013).

2.1.5 Definición y cálculo de años de vida ajustados por discapacidad

Fueron introducidos por primera vez en el año 1993 como un indicador sintético de salud, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALYs por sus siglas en inglés) miden las pérdidas de salud traducidas en mortalidad prematura y discapacidad asociada a enfermedades, su utilidad se confiere a estudios de carga de la enfermedad; son el resultado de sumar los Años de Vida Perdidos (AVP) más los Años Vividos con Discapacidad (AVD) y representa la pérdida de un año 100% saludable (Alvis & Valenzuela, 2010).

Los AVP se miden realizando una multiplicación entre el número de muertes registradas de determinado padecimiento por la expectativa de vida al momento de morir, para calcular la expectativa de vida al momento de morir se realiza una resta entre la esperanza de vida que tenía la persona al momento de morir y la edad al momento de la muerte, los AVD se obtienen multiplicando el número de casos (ya sea por incidencia o prevalencia) por el peso de la discapacidad y el tiempo en años que dura la persona con ese estado de salud hasta su remisión o muerte (T. González, 2015).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. B.2 Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de trastornos que afectan el corazón y los vasos sanguíneos, se constituyen principalmente por el infarto al miocardio, el accidente cerebrovascular y la hipertensión arterial (Sánchez-Arias et al., 2016)

➤ Infarto agudo al miocardio

El infarto agudo al miocardio es la necrosis de una parte del tejido cardíaco producida por una falta de oxigenación debido a la oclusión de un vaso coronario, constituye una verdadera emergencia médica pues una vez que se manifieste clínicamente, el riesgo de muerte a corto plazo es elevado (Fernández-Ortiz, s. f.).

➤ Accidente cerebrovascular

El accidente cerebrovascular es la manifestación de focalización neurológica por más de 24 horas que no se explique por otra causa más que de un origen vascular, esto puede deberse a una falta de flujo sanguíneo por oclusión denominado accidente cerebrovascular de tipo isquémico o por la rotura de un vaso que provoque sangrado en el parénquima cerebral denominado accidente cerebrovascular de tipo hemorrágico (Arauz & Ruíz-Franco, 2012).

➤ Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es el aumento sostenido de la presión en las arterias por encima de los valores considerados normales, una presión sistólica mayor de 140mmHg y una presión diastólica mayor de 90mmHg registradas en tres ocasiones distintas establecen el diagnóstico de HTA; es considerada tanto una enfermedad como un factor de riesgo importante para el desarrollo de diversas condiciones patológicas (Soriano, 2009).

➤ Síntomas de patología cardiovascular

La principal manifestación clínica de una patología sospechosa de origen cardíaco es el dolor precordial, presente en casos de infarto al miocardio; otros signos importantes son la disnea originada por el esfuerzo, la taquicardia, el cansancio, el síncope, la retención de líquidos principalmente en piernas y tobillos (Menéndez, s. f.).

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad cerebrovascular implican una pérdida abrupta del movimiento en una extremidad, alteraciones de la visión, dificultad para hablar, un fuerte dolor de cabeza acompañado de confusión y/o desorientación, pérdida del conocimiento, mareos entre otros (Menéndez, s. f.)

➤ Métodos diagnósticos en enfermedad cardiovascular

Además de la excelente historia clínica y el buen examen físico, existen diferentes herramientas disponibles en los centros hospitalarios para realizar un diagnóstico oportuno de enfermedad cardiovascular, el electrocardiograma es el principal procedimiento que se realiza para analizar el ritmo del corazón y para detectar alteraciones en la onda ST que indican isquemia miocárdica (Crawford, 2018).

El ecocardiograma es un ultrasonido dirigido al corazón, utilizado con frecuencia para ver la anatomía del corazón y detectar alguna anomalía en este, especialmente en sus cavidades y válvulas; existen también las pruebas de imágenes como radiografías, tomografías y a través de medios nucleares. Las pruebas de estrés son utilizadas para detectar problemas de isquemia y el cateterismo cardíaco es útil para ver la anatomía de las arterias coronarias (Crawford, 2018).

➤ Tratamientos en enfermedad cardiovascular

El control de los factores de riesgo como el colesterol, la presión arterial, el sedentarismo, el fumado, la glicemia, son fundamentales para el manejo y progresión de las enfermedades cardiovasculares además de buenos hábitos alimenticios y ejercicio. En su mayoría estas patologías requieren de manejo farmacológico como antihipertensivos, antiarrítmicos, anticoagulantes entre otros, además de procedimientos invasivos como cateterismos o angioplastias en el manejo de isquemia miocárdica (Arteaga et al., 2018).

2.2.1.B.1 Neoplasias

Una neoplasia es la aparición de una masa de tejido anormal cuyo crecimiento es acelerado y descoordinado en comparación a los tejidos normales y que persiste a pesar de detener el estímulo desencadenante (Rosen, 2005).

➤ Tipos de neoplasias

Existen dos tipos de neoplasias: benignas y malignas. Las neoplasias benignas se caracterizan por ser bien delimitadas y con células bien diferenciadas, no causan metástasis ni recurren después de haber sido extirpadas de forma quirúrgica, se les conoce con el sufijo oma y no causan mayor afectación al paciente más allá de comprimir un tejido u órgano; por su parte las neoplasias malignas se caracterizan por la presencia de células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir tejidos cercanos al diseminarse vía sanguínea o linfática (Mayoral et al., 2015).

➤ Etiología de neoplasias

No existe una causa específica que desencadene el crecimiento de un tumor, sino que su causa es multifactorial, el consumo de alcohol y tabaco junto con malos hábitos alimenticios, sedentarismo y factores ambientales constituyen los principales factores de riesgo para el

desarrollo del cáncer; la exposición a radiación, minerales, productos químicos orgánicos e inorgánicos y agentes infecciosos como los virus del papiloma, hepatitis B y C, VIH, *Helicobacter pylori* entre otros, también juegan un papel importante en la carcinogénesis (S. V. Chaves, 2016).

➤ Sintomatología del cáncer

La sintomatología de un cáncer es muy variada, por lo general los signos y síntomas son parecidos a las de otras enfermedades y esto hace que en ocasiones sea difícil establecer un diagnóstico temprano, destacan generalmente: la pérdida de peso, los ganglios inflamados, fatiga crónica, pérdida de apetito y la fiebre (Pulido, 2009).

➤ Métodos diagnósticos en neoplasias

Una vez que el médico sospeche la posibilidad de un cáncer se podrá solicitar análisis de sangre, radiografías, biopsias en el caso de masas o nódulos sospechosos, que ayuden a confirmar un diagnóstico (Pulido, 2009).

Sin embargo, los métodos diagnósticos de detección temprana son muy importantes, por ejemplo, la autoexploración mamaria y la mamografía en el caso de cáncer de mama, el tacto rectal y medición del antígeno prostático para el cáncer de próstata, test de Papanicolau para el cáncer de cérvix, colonoscopia en personas con antecedentes familiares de cáncer de colon, la inspección cutánea ante la posible aparición de un cáncer de piel (Farré & Benavent, 2007)

➤ Tratamientos utilizados en cáncer

Se basa en tres pilares fundamentales: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Mediante la cirugía se procede a localizar y extirpar el tumor, constituye la modalidad más efectiva de tratamiento, la quimioterapia consiste en la administración sistémica vía intravenosa de drogas que tienen efectos antitumorales, mientras que la radioterapia es la utilización de radiación ionizante para destruir las células malignas (Chacón, 2009).

2.2.3 B.8 Diabetes mellitus y enfermedad renal crónica (ERC)

➤ Diabetes mellitus

Es una enfermedad crónica producida por déficit de insulina, ya sea porque el páncreas no produce la suficiente hormona o el cuerpo no puede utilizarla de la forma adecuada, por consiguiente habrá un aumento de la glucosa en el torrente sanguíneo que causará daños en vasos sanguíneos y en terminaciones nerviosas si no se controla; se manifiesta clínicamente con polidipsia, poliuria, polifagia, alteraciones del peso, cansancio, entre otros, se clasifica en diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional (Díez Gutiérrez, 2016).

El diagnóstico de esta patología se hace con una glucemia basal o una curva de tolerancia a la glucosa; cuando el valor de la glucemia basal es mayor o igual a 126mg/dL en ayuno, mayor a 200mg/dL en 2 horas post ingesta de carbohidratos o cuando se tenga una hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor de 6.5% entonces se podrá diagnosticar un estado de diabetes; valores entre 100 a 125 mg/dL en ayuno, 140 a 199 mg/dL 2 horas post ingesta y 5.7% a 6.4% de hemoglobina glicosilada se consideran un estado de prediabetes (Espinosa, 2020).

El tratamiento de esta enfermedad radica en los cambios de estilos de vida como hábitos alimenticios, realizar ejercicio diario el cual contribuye a la pérdida de peso, tomando en cuenta que muchos pacientes diabéticos también son personas con cierto grado de obesidad, se recomienda una pérdida de peso de un 5% o más para un buen control de la glucemia, además se pueden añadir antidiabéticos orales que contribuyen a la pérdida de peso como la metformina, inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa, péptido similar al glucagón-1, entre otros. (Mellado-Orellana et al., 2019).

El uso de insulina como tratamiento se va a emplear siempre en diabetes mellitus tipo 1 y en aquellos pacientes en los cuales no se logra controlar la glucemia con dosis máximas de dos o más antidiabéticos orales, existen distintos tipos de insulina las cuales se clasifican por su tiempo de acción, entre las más empleadas se encuentran la insulina regular, la cual es de acción rápida y la insulina NPH la cual es de acción intermedia, el régimen y la elección de la insulina van a depender de cada paciente, por lo que siempre se debe de individualizar en insulino terapia (Gómez Ayala, 2008).

➤ Enfermedad renal crónica

Constituye una alteración estructural y funcional del riñón persistente por más de 3 meses determinado por sedimentos, imágenes o histología, con o sin deterioro de la función renal o bien, un filtrado glomerular menor de 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos renales; se considera la fase final de un conjunto de cambios fisiopatológicos que afectan al riñón, entre ellos la nefropatía diabética, enfermedad vascular arterioesclerótica causada por la hipertensión arterial, glomerulopatías, nefropatías intersticiales, entre otras (Sellarés & Rodriguez, 2023).

La excreción de albumina en orina es un buen parámetro que mide la progresión y estado de la enfermedad, además de ser un parámetro diagnóstico junto con la medición de la tasa de filtración glomerular; a su vez el empleo de estudios de imágenes como por ejemplo las ecografías para descartar patrones obstructivos o alteraciones estructurales indicativas de enfermedad renal, la presencia de hematuria y/o leucocituria en el sedimento urinario por más de 3 meses y la biopsia renal son útiles para apoyar el diagnóstico de ERC (Castelao et al., 2014).

Como tratamiento se encuentran las medidas para disminuir la progresión de la enfermedad, es importante mantener un buen control de la presión arterial con agentes

como los IECA o ARA II que a su vez ayudan a disminuir la proteinuria, además los IECA son beneficiosos en pacientes que además de tener una ERC también son diabéticos; medidas como evitar la exposición a sustancias nefrotóxicas y el control de las complicaciones urémicas son importantes, por última instancia se encuentran la hemodiálisis y el trasplante renal (Orozco, 2010).

➤ **Glomerulonefritis aguda**

Son un grupo de enfermedades que implican desordenes mediados por inmunocomplejos y la proliferación endocapilar de los glomérulos, se manifiestan con un síndrome nefrítico o nefrótico, es decir en su clínica va predominar la hematuria o proteinuria, la hipertensión arterial y la insuficiencia renal aguda; existen diferentes tipos de glomerulonefritis que pueden diferenciarse por sus características histológicas en las biopsias renales, entre ellas se encuentran la nefropatía por IgA, esclerosis focal y segmentaria, rápidamente progresiva, entre otros (Leon et al., 2011).

2.2.4 B.4 Enfermedades digestivas

Son todas las enfermedades que afectan el aparato gastrointestinal desde la boca hasta el ano, hay que recordar que este sistema contiene diferentes órganos y cada uno de ellos desempeña una función importante para la correcta absorción de los alimentos, el daño de alguno de estos órganos en muchas ocasiones manifestará una clínica característica que, ayudará a identificar de que enfermedad se trata (Cañet, 2014).

➤ **Enfermedad por úlcera péptica**

Este grupo abarca tanto la úlcera gástrica como la úlcera duodenal, corresponden a patologías que afectan la mucosa de una de esas dos zonas, extendiéndose hasta la capa muscular del tejido y desarrollándose en función del ácido que contiene el jugo gástrico,

es una enfermedad muy común y de fácil manejo, sin embargo, cuando no se trata puede llegar a desarrollar complicaciones como perforación y sangrado lo cual aumenta la probabilidad de muerte por esta causa (Vakil, 2022b).

Se debe sospechar de ulcera péptica en pacientes que tengan dolor abdominal, náuseas, saciedad temprana, que tengan antecedentes de uso crónico de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y exposición o antecedentes de infección por *Helicobacter pylori* (Vakil, 2022a)

➤ Enfermedad de Crohn

Es una enfermedad que afecta al intestino delgado hasta en un 80% de las veces, consiste en la inflamación transmural de la mucosa del tracto gastrointestinal, inflamación que se da por segmentos, es decir, puede haber un segmento afectado seguido de un segmento intacto; las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal tipo cólico, diarrea, fatiga, pérdida de peso entre otros. Para establecer un buen diagnóstico se necesita de pruebas complementarias a los exámenes comunes de rutina, dichas pruebas abarcan radiografías, endoscopias y estudios histológicos (Kane, 2022).

Es una enfermedad que puede tener manifestaciones extraintestinales como en la piel, articulaciones, ojos e hígado, pueden surgir complicaciones como abscesos, estenosis, fistulas y obstrucciones; el tratamiento de esta enfermedad se basa en el manejo y control de los síntomas, prevenir complicaciones, el uso de corticoides es el tratamiento de primera línea, a su vez es importante agregar antiinflamatorios, inmunosupresores y antibióticos en caso de una sepsis, el manejo quirúrgico es común en la mayoría de pacientes con esta patología (Villegas et al., 2016).

➤ Colitis ulcerosa

Forma parte de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) junto con la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa afecta principalmente el recto extendiéndose al colon y pudiendo llegar hasta el ciego, las manifestaciones clínicas son similares a la enfermedad de Crohn, sin embargo, en la colitis ulcerosa la rectorragia es la principal manifestación por la que consultan los pacientes. Curiosamente en esta enfermedad el ser tabaquista activo constituye un factor protector para desarrollar esta enfermedad (Meyer & Treton, 2018).

El tratamiento de esta enfermedad además de controlar la sintomatología, consiste en tratar de lograr la remisión clínica e histológica de la enfermedad, la proctitis o proctosigmoiditis se trata con mesalamina tópica o con óvulos de la misma, cuando este tratamiento no es suficiente se agregan glucocorticoides y ácido 5-aminosalicílico oral; con el 5-ASA hay que tener cuidado con la función renal del paciente y estar vigilando su creatinina por un periodo de 12 meses ya que es un medicamento que tiende a causar alteraciones de la función renal (Hashash & Regueiro, 2023).

➤ Enfermedad alcohólica del hígado

Es un grupo de enfermedades que afectan al hígado a causa del consumo crónico del alcohol, se divide en fases que van evolucionando con el paso de los años, empezando por la esteatosis que es el depósito de grasa en el citoplasma de los hepatocitos y es la consecuencia más común del consumo crónico de alcohol el cual afecta el metabolismo de los lípidos, la esteatosis suele ser asintomática y se manifiesta con hepatomegalia indolora que suele disminuir luego de la abstinencia al alcohol, los casos de esteatosis masiva pueden manifestarse con insuficiencia hepática (Caballería et al., 2000).

La hepatitis alcohólica es la segunda fase de esta enfermedad y constituye áreas de

necrosis con infiltrados de neutrófilos en el centrolobulillar del hígado en donde se encuentran hepatocitos de gran tamaño que contienen cuerpos de Mallory, las manifestaciones clínicas incluyen astenia, náuseas, vómitos, anorexia y se intensifican al consumir alcohol, con el paso del tiempo otras manifestaciones como ictericia, dolor abdominal, hepatomegalia, elevación de las transaminasas, trombocitopenia y leucocitosis se hacen presentes (Caballería et al., 2000).

➤ Cirrosis del hígado

La cirrosis es la última fase de la enfermedad alcohólica del hígado, sin embargo, aunque su causa se debe en su gran mayoría por el alcohol, también es posible desarrollar cirrosis por otras causas como las hepatitis virales, la enfermedad de Wilson, hemocromatosis entre otras; la cirrosis se caracteriza por una fibrosis y presencia de nódulos que alteran la vascularización y funcionalidad del hígado, es una enfermedad crónica e irreversible frecuente en varones mayores de 50 años y que suele descubrirse por accidente en exámenes de rutina (Gómez Ayala, 2012).

El diagnóstico definitivo de la cirrosis debe de hacerse con una biopsia del hígado en apoyo de scores como el APACHE o el SOFA, que sirven para determinar el nivel de gravedad el cual aumenta cuando afecta órganos como el riñón y surgen complicaciones como las varices esofágicas, la ascitis, sepsis, encefalopatía hepática y la forma más grave, una falla hepática (Miño et al., 2022).

➤ Insuficiencia hepática

Es un síndrome caracterizado por marcadores de insuficiencia hepatocelular como ictericia y aumento del índice internacional normalizado (INR) , debido a múltiples etiologías especialmente de virus como la hepatitis, efectos tóxicos de medicamentos y otras patologías; el manejo radicará en tratar causas subyacentes, detener todos los

fármacos que el paciente este tomando al momento, monitorización constante en la unidad de cuidados intensivos y tratar de que el paciente se encuentre hemodinámicamente estable (Escorsell et al., 2019).

➤ Hemorragia digestiva

El sangrado digestivo es todo aquel sangrado proveniente del tracto gastrointestinal, se divide en sangrado digestivo alto y sangrado digestivo bajo, tomando en cuenta el ángulo de Treitz como punto de división; constituye una verdadera emergencia médica, muy frecuente en los servicios de urgencias pues evoluciona a un shock hipovolémico con la consecuente muerte del paciente, si no se trata con el debido tiempo y se identifica con rapidez la lesión que está causando el sangrado (Ostabal Artigas, 2001).

La hemorragia digestiva alta o superior es cinco veces más frecuente que la baja, la sangre puede provenir de estructuras como el esófago debido a varices esofágicas, el estómago y la primera porción del duodeno, debido a úlceras pépticas; se presenta mayormente en varones en edad media de 60 años y difiere clínicamente del sangrado bajo en que es raro presentar sangre en el recto, pero sí presenta hematemesis y melena con signos sistémicos como pérdida de peso, debilidad, entre otros; el manejo consistirá en tratar la causa subyacente del sangrado (Cuartas Agudelo & Martínez Sánchez, 2020).

La hemorragia digestiva baja o inferior ocurre distal al ángulo de Treitz y su principal característica clínica es el sangrado en el recto denominado como hematoquecia, es menos frecuente que la hemorragia digestiva alta y su mortalidad es baja puesto que en su mayoría el sangrado tiene que ver con fisuras o hemorroides anales, esto se considera una hemorragia digestiva leve o de bajo riesgo, en cambio en hemorragias graves es importante un actuar rápido, reposición de líquidos vía intravenosa, analítica urgente, tener reservas de sangre, entre otros (Guardiola et al., 2013).

➤ Enfermedad diverticular

Los divertículos son sacos que se forman en la mucosa y submucosa que por si solos no producen síntomas, es decir pueden estar presentes de forma asintomática, su etiología abarca mecanismos anatómicos, alteraciones en motilidad, inflamación local y en factores de riesgo: la edad, la baja ingesta de fibra y cambios en el tejido conectivo juegan un papel importante. La estasis fecal puede provocar diverticulitis aguda, cuando un fecalito se aloja en un divertículo ocasiona sobrecrecimiento bacteriano y por consiguiente inflamación (Fluxá & Quera, 2017).

La clínica de diverticulitis es variada, pero un dolor en cuadrante inferior izquierdo sin vómitos y con marcadores de inflamación elevados como una PCR son características altamente sugestivas de esta enfermedad, para diagnosticarla se hace mediante un TAC, un ultrasonido o una colonoscopia; complicaciones de esta enfermedad son la hemorragia y la perforación diverticular. El tratamiento en diverticulitis asintomática consiste en cambios en el estilo de vida y alimentación, mientras que el manejo con antibióticos se reserva para la diverticulitis moderada (Martínez-Pérez et al., 2021).

➤ Colecistitis aguda

Consiste en una inflamación de la vesícula biliar, patología muy común en la categoría de abdomen agudo, manifestándose con dolor y sensibilidad en cuadrante superior derecho, fiebre, vómitos, con reactantes de fase aguda elevada y leucocitosis a la analítica; provocado hasta en un 90% por litiasis biliar que de acuerdo al grado y a la obstrucción, de esa forma será el progreso hacia desarrollar una colecistitis; la infección se presenta en un 50% de los casos, es secundaria a la obstrucción y presenta microorganismos comúnmente específicos (Gargallo et al., 2011).

Además de la analítica, la cual, es una herramienta de apoyo más no diagnóstica, se

necesita visualizar la vesícula para confirmar la presencia de cálculos en ella, para ello se utilizan pruebas de imágenes como el ultrasonido el cual tiene una alta especificidad para esta enfermedad y es de bajo costo, o un TAC el cual aporta los mismos datos que el US pero ayuda a descartar otras patologías, la radiografía de abdomen no es de gran utilidad a pesar de su bajo costo, ya que no aporta los mismos datos que se obtienen con el ultrasonido o la tomografía (V. J. C. García et al., 2019).

El manejo preventivo consiste en medidas higiénico-dietéticas para modificar los factores de riesgo que incrementan la formación de cálculos, el tratamiento abarca las medidas de soporte general y la implementación de antibióticos de ser necesario, sin embargo en la mayoría de casos el tratamiento definitivo será la colecistectomía la cual puede ser convencional, laparoscopia o percutánea a criterio de cada profesional de salud, en presencia de necrosis, perforación de la vesícula o colecistitis enfisematosa, la colecistectomía de emergencia está indicada (V. J. C. García et al., 2019).

➤ Colangitis

Es una infección de las vías biliares producida frecuentemente por un cálculo que se encuentra obstruyendo el conducto biliar común, es la patología a la que se le atribuye la denominada Triada de Charcot la cual se constituye por fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia; el diagnóstico se hace con las mismas técnicas de imagen para diagnosticar una colecistitis y el pronóstico es variable, siendo más grave en aquellos individuos con obstrucción total de las vías, respuesta ineficaz al tratamiento con antibióticos o falla multiorgánica (Almirante & Pigrau, 2010).

➤ Pancreatitis

Consiste en la inflamación de la glándula pancreática debido a múltiples causas, principalmente los litos provenientes de la vesícula biliar, el consumo de alcohol y en

menor medida condiciones como la hipertrigliceridemia, hipercalcemia, cirugía previa entre otros, morfológicamente se divide en pancreatitis edematosa intersticial que es una inflamación del páncreas y el tejido peripancreático y la pancreatitis necrotizante que es cuando la inflamación se asocia a necrosis en el parénquima pancreático o en el tejido peripancreático (Álvarez-Aguilar et al., 2019).

El diagnóstico requiere de al menos 2 de los siguientes 3 criterios: dolor abdominal en epigastrio que se irradia a la espalda, amilasa o lipasa elevadas en sangre y hallazgos sugestivos de pancreatitis aguda en pruebas de imagen, la gravedad de esta enfermedad se da cuando existe fallo orgánico o bien cuando se llega a un estado de necrosis pancreática; parte del tratamiento incluye la reanimación con fluidos intravenosos y la analgesia principalmente, en ocasiones aparecen complicaciones locales que requieren usos de antibióticos (Boadas et al., 2015).

➤ Apendicitis

Se trata de la principal intervención quirúrgica referente al área abdominal, la inflamación del apéndice es una patología muy frecuente entre la segunda y tercera década de vida y no implica mayor riesgo a no ser que evolucione a una necrosis y perforación del apéndice que eventualmente causará una hemorragia digestiva; para diagnosticarla se hará énfasis en la clínica sugestiva de esta patología el cual es un dolor periumbilical y epigástrico que se irradia al cuadrante inferior derecha, además de fiebre y reactantes de fase aguda elevados (Hernández-Cortez et al., 2019).

➤ Obstrucción intestinal

Se trata de la detención de heces y gases en el tracto intestinal de etiología múltiple, la cual puede ser completa o incompleta, la causa más común es el íleo mecánico, la sintomatología es de un dolor abdominal el cual puede ser cólico, de distensión o

inflamatorio; una forma sencilla de diagnosticarlo es con una radiografía de abdomen ya que se verán niveles hidroaéreos o asas distendidas, en cuanto a tratamiento dependerá de la causa que este ocasionando la obstrucción, sin embargo, la mayoría de los casos requieren una intervención quirúrgica (Gil Romea et al., 2001).

➤ Peritonitis aguda

Es la infección de la cavidad abdominal causada por la infección de algún órgano, un traumatismo como la ruptura de una víscera, las irritaciones causadas por el jugo pancreático, bilis o jugos intestinales o parte de las complicaciones posoperatorias, se clasifica en peritonitis primaria, secundaria y terciaria y se manifiesta con un dolor abdominal intenso generalizado por lo general con los pacientes en un estado hemodinámicamente inestable, la mortalidad es alta en adultos mayores y en aquellas peritonitis cuyo tiempo de evolución superen las 48 horas (Garau, s. f.).

2.2.5 B.5 Trastornos neurológicos

➤ Enfermedad de Alzheimer

Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, causa común de demencia y cuya etiología aún se desconoce pero existen diversas hipótesis relacionadas con la existencia de formas intracelulares hiperfosforiladas de la proteína tau y placas extracelulares del péptido beta- amiloide, además de que son características patológicas de la enfermedad; entre los factores de riesgo se encuentran componentes genéticos como el polimorfismo en el gen ApoE4, el envejecimiento por reducción del volumen cerebral, pérdida de sinapsis y agrandamiento de ventrículos, entre otros factores (Gómez-Virgilio et al., 2022).

Entre los síntomas más comunes se encuentran la pérdida de memoria, la desorientación espacial, los cambios bruscos de memoria, posteriormente se tendrá una incapacidad

para hablar o recordar palabras y realizar actividades básicas del diario vivir entre otros; el diagnóstico de esta enfermedad sólo es posible confirmarlo post mortem ya que se debe tomar una biopsia del cerebro y hacer un análisis anatomopatológico del mismo, con el paciente estando en vida se tomará en cuenta diagnósticos diferenciales o de exclusión, además de la historia clínica e imágenes (Picardo et al., 2021).

El tratamiento del Alzheimer radica en su mayoría en el aspecto farmacológico, para la aprobación de un medicamento que trate esta patología se requiere de una mejoría de al menos 4 puntos en la escala para la evaluación de la enfermedad del Alzheimer, los más utilizados son los inhibidores de la acetilcolinesterasa como la rivastigmina o la galantamina los cuales aumentan la disponibilidad de acetilcolina en el cerebro mejorando el deterioro cognitivo y la discapacidad para la realización de actividades diarias (Allegrí et al., 2011).

➤ Enfermedad de Parkinson

Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común por detrás del Alzheimer, sin una etiología definida, resulta de la combinación de factores ambientales y genéticos, apareciendo en la edad adulta y caracterizada por la pérdida de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra pars compacta y la inclusión intracelular de cuerpos de Lewy, esta degeneración neuronal ocasiona la denervación dopaminérgica proveniente de la parte compacta de la sustancia negra hacia el núcleo estriado, ocasionando la sintomatología manifestada en esta enfermedad (Martínez-Fernández. et al., 2016).

El movimiento lentificado progresivo conocido como bradicinesia es la manifestación clínica más frecuente de esta enfermedad, se acompaña de disartria, hipomimia, sialorrea; el temblor en reposo suele ser unilateral y se manifiesta en la parte distal de las extremidades, también al realizar movimientos pasivos de las extremidades estas

personas pueden manifestar rigidez tanto proximal como distal acompañada de dolor, además la rigidez de cuello y tronco causa una posición flexionada conocida como camptocornia, las caídas en estos pacientes se producen por inestabilidad postural (Marín M et al., 2018).

Como manejo terapéutico se encuentra la levodopa, siendo el medicamento más eficaz para esta enfermedad el cual consiste en un precursor de la dopamina y a menudo se administra en conjunto con un inhibidor de la descarboxilasa como por ejemplo la carbidopa el cual ayuda a aumentar la vida media de la levodopa, mejorando los síntomas motores, sin embargo, con el progreso de la enfermedad el cerebro sufre cambios por lo que estos pacientes requerirán añadir más medicamentos que potencien los efectos de la dopamina (P. L. R. García, 2020).

➤ Epilepsia

Son los signos y síntomas que se manifiestan durante una actividad neuronal anormal excesiva del cerebro, se diagnostica con dos o más crisis no provocadas ocurridas en un periodo de más de 24 horas de diferencia, una crisis no provocada con probabilidad de un 60% de ocurrir una crisis futura y/o el diagnóstico de un síndrome epiléptico; se clasifican en crisis de inicio focal, crisis generalizada o de inicio desconocido, las personas con accidentes cerebrovasculares y traumas craneoencefálicos tienen mayor probabilidad de sufrir una crisis epiléptica (Reséndiz-Aparicio et al., 2023).

Las personas que no deberían de tratarse por una crisis epiléptica son aquellas cuya crisis es provocada por la abstinencia del alcohol, abuso de sustancias, traumatismo craneal sin evidencia de lesión cerebral, desencadenada por enfermedad aguda o privación excesiva del sueño, para casos de crisis focales se recomiendan antiepilépticos como la carbamazepina, valproato, lamotrigina, fenobarbital entre otros, para crisis generalizadas

sin mioclonías se pueden utilizar carbamazepina, ácido valproico, fenobarbital así como para las ocurridas con mioclonías se prefiere el valproato (Consalvo et al., 2013).

➤ Esclerosis múltiple

Es una enfermedad desmielinizante autoinmune del sistema nervioso central, de etiología desconocida, pero con hipótesis que atribuyen mecanismos genéticos y ambientales para el desarrollo de esta enfermedad, se trata de una pérdida de la vaina de mielina con consiguiente degeneración axonal que afecta a ambos sexos en edades jóvenes (entre los 20-40 años) teniendo una mayor proporción en mujeres, se trata de una enfermedad de difícil diagnóstico el cual abarca criterios clínicos, exámenes de laboratorio e imágenes (Galeano et al., 2021).

No se cuenta con un tratamiento propio para esta enfermedad ya que actualmente no existen fármacos capaces de promover la remielinización de las neuronas por lo que el tratamiento se basa en el manejo de los brotes con glucocorticoides como primera opción, modificadores de la enfermedad como el interferón beta los cuales se encargan de disminuir los brotes, manejo de la sintomatología asociada como espasticidad (con baclofeno por ejemplo), dolor, fatiga, disfunción vesical entre otros, además de la terapia farmacológica se emplea la rehabilitación (Martínez-Altarriba et al., 2015).

➤ Enfermedad de la motoneurona

Las neuronas motoras son las células encargadas de transmitir la información del sistema nervioso central a los músculos, la degeneración de neuronas de la corteza, tallo cerebral y astas anteriores de la medula espinal conducen a la aparición de enfermedades de la motoneurona como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que afecta tanto a la neurona motora superior como inferior, produciendo signos clínicos de ambas como debilidad y atrofia muscular, fasciculaciones, clonus, espasticidad, disartria, disfagia, posterior

dificultad respiratoria y por consiguiente muerte (Laureani Fierro et al., 2022).

La esclerosis lateral primaria (ELP) representa un porcentaje nada despreciable de las enfermedades de la motoneurona, a diferencia de la ELA, en esta enfermedad se afecta la neurona motora superior (NMS) sin signos clínicos de la neurona motora inferior (NMI) manifestando clínicamente una paraparesia espástica pura la cual con el paso del tiempo afecta extremidades superiores y músculos orofaríngeo, inclusive causando espasticidad de la vejiga urinaria; sin embargo muchos pacientes pueden presentar signos clínicos de NMI por lo que se considera una ELA con predominio de daño de NMS (Zapata et al., 2016)

La atrofia muscular progresiva es más común en hombres que en mujeres, se caracteriza por presentar signos de lesión de NMI, sin embargo, a diferencia de la esclerosis lateral primaria, con el paso de los años se manifiestan signos de NMS por lo que se considera una ELA con predominio de daño NMI; por otro lado la parálisis bulbar progresiva representa un 20-35% de los casos de ELA y se caracteriza por un síndrome bulbar, es decir manifestaciones clínicas causadas por la afectación de nervios motores de la lengua, boca y cara (Zapata et al., 2016).

2.2.6 B.3 Enfermedades respiratorias crónicas

Las enfermedades respiratorias crónicas son todas aquellas que afectan el aparato respiratorio. Entre las más comunes que contribuyen a la mortalidad por esta causa se encuentran el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

➤ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La EPOC se caracteriza por obstrucción crónica progresiva y poco reversible de la vía aérea asociada a una respuesta inflamatoria desencadenada por estímulos nocivos como humo de leña, tabaco y alérgenos, se manifiesta principalmente en personas mayores de

40 años con antecedentes de consumo de tabaco prolongado, lo que constituye el principal factor de riesgo de esta enfermedad; es considerada una enfermedad de alto riesgo cardiovascular pues presenta frecuente comorbilidad con patologías como la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular entre otros (Vázquez Rosa et al., 2020).

➤ Asma

El asma es una enfermedad multifactorial caracterizada por la inflamación crónica de las vías aéreas en la cual se ven implicadas muchas células para su desarrollo, la obstrucción del flujo aéreo es reversible de forma espontánea o mediante la utilización de tratamientos; constituye la principal enfermedad crónica durante la infancia y la principal causa de ausentismo escolar, la principal causa de morbilidad por esta enfermedad se da por el subdiagnóstico y el manejo inadecuado de la misma (Río-Navarro et al., 2009).

➤ Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y sarcoidosis

Son un grupo de enfermedades que afectan de manera difusa el tejido pulmonar las cuales se clasifican por enfermedades autoinmunes, causadas por agentes externos y las neumonías intersticiales idiopáticas, la enfermedad más común de este grupo es la fibrosis pulmonar idiopática relacionada a un componente genético alterado, es importante mencionar que las EPI comparten patrones histológicos similares entre sus diferentes enfermedades por lo que se necesitará de un TAC o biopsias pulmonares para establecer un diagnóstico, además de la historia clínica (Salinas et al., 2019).

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica que afecta en un 90% al pulmón, de etiología desconocida pero se cree que existen personas con predisposición genética además de ser más frecuente en personas de raza negra, se caracteriza por la formación

de granulomas en el pulmón, estos granulomas están formados por células inmunológicas como macrófagos y es habitualmente visible en una radiografía de tórax, sin embargo, el TAC de tórax es más sensible para visibilizar lesiones en el parénquima pulmonar, como tratamiento de primera línea se encuentran los glucocorticoides orales (Amaral, 2016).

➤ Neumoconiosis

Son entidades patológicas producidas por la inhalación de partículas obtenidas por la explotación del subsuelo, en su mayoría provenientes de minerales, entre las más comunes se encuentran la silicosis por la inhalación de sílice y la asbestosis por la inhalación de amianto, además existe la neumoconiosis de los trabajadores del carbón prácticamente confinada a trabajadores dedicados a la minería, para cada causa de neumoconiosis se requiere una exposición prolongada a las sustancias de hasta varios años para manifestar una sintomatología (Dueñas & Barrios, 2016).

➤ Síntomas de patología respiratoria

En su mayoría las patologías respiratorias cursan con manifestaciones clínicas propiamente características que ayudan a diferenciar una enfermedad de otra, sin embargo, los síntomas más comunes que se encuentran presentes de forma general son la disnea, la tos, la expectoración, el dolor torácico y síntomas derivados de alteraciones del sueño por trastornos respiratorios como ronquidos, apneas y somnolencia (Fernández-Montes, 2014)

➤ Métodos diagnósticos en enfermedad respiratoria

La mayoría de los procesos del tórax necesitarán estudios de imágenes, debido a su bajo costo la radiografía de tórax es la prueba inicial por excelencia, estudios más avanzados como la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética (RM) y la

tomografía por emisión de positrones (PET) son útiles. Las pruebas de función respiratoria como la espirometría son imprescindibles para el diagnóstico y seguimiento de la mayoría de las enfermedades respiratorias (Soto-Campos, 2016)

➤ **Tratamientos en enfermedades respiratorias**

En el manejo de patologías respiratorias lo principal es evitar factores desencadenantes como el tabaco o alérgenos que causen hiperreactividad de las vías bronquiales en el caso del asma y EPOC, además para estas dos enfermedades existen los inhaladores para dilatar las vías aéreas y permitir el paso del aire; para el manejo de infecciones como neumonía se utilizan los antibióticos y en el caso de infecciones virales el tratamiento es sintomático, los dispositivos para el sueño son útiles en casos de apneas del sueño (Walther, s. f.).

2.2.6 C.1 Accidentes de transporte

Es la acción culposa por parte de los conductores de vehículos, pasajeros o peatones al transitar por las vías públicas destinadas para tal fin, para cumplir con tal definición debe de estar involucrado al menos un vehículo el cual produzca daños a bienes, lesiones o muertes a personas; afecta a poblaciones de todas las edades y constituyen un verdadero problema y gasto para la salud pública en términos de tratamiento, rehabilitación y posterior manejo de secuelas, se pueden clasificar en atropellamiento automovilístico y colisión y choque (Ramírez Muñoz, 2013).

El atropello involucra a peatones y se divide en diferentes fases, la primera es la fase de impacto donde el parachoques golpea al peatón y por ende este inclina su cuerpo hacia el vehículo pasando a la segunda fase la cual es el impacto contra el borde del capó donde se producen lesiones en cadera y en tórax y en cabeza al impactar contra el parabrisas, la última fase es la caída del peatón al suelo, en esta fase pueden darse posiciones

causantes de luxaciones o fracturas, inclusive el vehículo podría pasar encima de la víctima causando aplastamiento (Lorenzo & Menchaca, 1999).

En colisión y choque las lesiones ocurren por 1) compresión: es el cese de la parte anterior del cuerpo mientras la parte posterior aún continúa en movimiento hacia adelante y 2) desaceleramiento: la parte fija de un órgano cesa su movimiento mientras la parte móvil lo continúa; según el impacto se encuentran las colisiones frontales, laterales, posteriores y el vuelco del vehículo, todas van a causar mecanismos traumáticos a los ocupantes a nivel corporal como por ejemplo fracturas costales, rotura de órganos y trauma craneoencefálico (Lorenzo & Menchaca, 1999).

Entre los factores que contribuyen a ocasionar un accidente de tránsito se encuentran el conducir bajo los efectos del alcohol con niveles de etanol entre 1.5 a 2.5 g/l, esta conducción temeraria constituye un riesgo elevado al producirse una marcada confusión mental, alteraciones psicosenoriales, visión doble y agitación; el uso del teléfono móvil causa distracción además de producir reflejos similares al consumo de alcohol, existen otros mecanismos de distracción que contribuyen a los accidentes como desviar la mirada por alguna razón específica (Ramírez Muñoz, 2013). 63929502

2.2.7 C.3 Suicidios y violencia interpersonal

➤ Suicidio

Diversos actores coinciden en que el suicidio es el acto que una persona realiza para acabar con su propia vida y, a pesar de ser una idea universalmente aceptada, lo cierto es que su definición abarca un significado más profundo, siendo la intencionalidad un concepto clave dentro del propio concepto del suicidio; para definir que una persona se ha suicidado se debe de tener certeza en que esa persona tenía toda la intención de llevar a cabo un acto que tuviera como desenlace acabar con su vida (García-Haro et al., 2023).

Suele presentarse en las edades medias de la vida, sin embargo, existe un pico entre la adolescencia y la vejez; los motivos que llevan a los adolescentes a realizar este acto radican en el consumo de drogas/alcohol, brotes psicóticos, núcleos familiares disfuncionales, ambiente social deteriorado, decepciones amorosas, una orientación sexual no asumida, el bullying y el fracaso escolar, entre otros; en cuanto a personas adultas ancianas las causas abarcan la depresión por motivos como abandono de los hijos, enfermedades crónicas discapacitantes, la soledad entre otros (Echeburúa, 2015). En cuanto al sexo, las mujeres realizan más tentativas de suicidio, pero los hombres llegan a consumir dicho acto con más efectividad, la razón de esto se cree que es por el hecho de que las mujeres mantienen un sentido de protección de la vida y rechazo a la violencia por lo que sus intentos suelen ser más pasivos y menos letales, en cambio los hombres suelen ser más impulsivos y por lo general tienen una intolerancia al sufrimiento crónico, los hombres toleran peor las rupturas de pareja y la soledad, no suelen hablar de sus problemas, entre otras razones. (Echeburúa, 2015).

El manejo de este tipo de situaciones debería de ser multidisciplinario contando con una red de apoyo sólida entre profesionales y servicios como los de emergencias, hospitalización, personas educadas para intervenir de forma ambulatoria y domiciliar; sin embargo, no todos los países cuentan con los recursos adecuados para hacer realidad este manejo, a pesar de todo, lo primordial en la evaluación inicial siempre será garantizar que la persona se encuentre bajo un ambiente seguro y sea evaluada por un profesional en salud mental (Irrázaval et al., 2018).

➤ Violencia interpersonal

Es toda aquella acción ejercida contra otra persona con el propósito de causar un daño, se puede diferenciar según el lugar donde se produzca dicha acción, la violencia familiar

abarca todo maltrato infantil, de pareja, el maltrato de adultos mayores en el hogar entre otros; por otro lado la violencia comunitaria comprende las agresiones sexuales o violaciones, violencia juvenil, actos vandálicos, violencia en establecimientos como escuelas, cárceles, sitios de trabajo, asilos de ancianos, entre otros (Gil-Borrelli et al., 2019).

Las heridas por arma de fuego son todas aquellas heridas o traumatismos producidos por el impacto de uno o más proyectiles disparados de un arma de fuego, esto se da debido a la transferencia de energía de la bala hacia los tejidos que impactan, por tanto el daño ocasionado dependerá de la velocidad y el tipo de bala; este tipo de lesiones produce una herida típica la cual abarca un orificio de entrada caracterizado por el anillo de Fisch, un trayecto que crea una “cavidad temporal” y un orificio de salida que, al haberlo, se denomina herida perforante (Pulgar & Baculima, 2022).

En cuanto a heridas por arma blanca, se definen como instrumentos lesivos de manipulación manual que atacan la superficie corporal de un individuo por un filo, punta o ambos al mismo tiempo, estas heridas se clasifican en punzantes o penetrantes, incisas o cortantes, contusas o contundentes, cortopunzantes y cortocontundentes, la gravedad de la lesión dependerá de las características del objeto utilizado y el lugar anatómico donde se produce el ataque, en caso de fallecer, una de las razones principales se debe a la hemorragia ocasionada (Barajas et al., 2018).

La violencia sexual es cualquier acto de índole sexual realizado contra la voluntad de la víctima, con o sin existencia de contacto físico, ya que en otros países el concepto de violencia sexual abarca el voyerismo, el lenguaje erótico, masturbación y demás actos que no necesariamente implican contacto con la otra persona pero que al realizarlos en presencia de dicha persona se puede interpretar como violencia sexual; la mayoría de

víctimas suelen ser el sexo femenino a su vez que predominan las edades adolescentes y los niños como los grupos más vulnerables (Pedroso Bastos et al., 2021).

Ante un paciente que alega ser víctima de abuso sexual se sugiere una valoración ginecoobstetra ya que tienen más oportunidades de descubrir signos de violación, sin embargo, muchos pacientes terminan siendo valorados por el personal del servicio de emergencias, independientemente, el abordaje abarcará la realización de la historia clínica y examen físico, tratamientos profilácticos contra enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos para evitar un embarazo producto de la violación, el apoyo psicológico, entre otros (Toro Merlo, 2013).

CAPÍTULO III.
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación comprende un enfoque cuantitativo ya que se utiliza una base de datos para obtener la información, posteriormente los mismos son analizados e interpretados con la finalidad de cumplir con el objetivo principal de la investigación (Sampieri, 2003).

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este tipo de investigación consiste en un estudio descriptivo ya que se hace una observación de los datos recopilados necesarios para cumplir con el tema en investigación y una descripción de estos, la cual comprende cambios en tendencias de mortalidad en una población específica durante un tiempo determinado. Los estudios descriptivos se centran en observar un determinado fenómeno, limitándose a describirlo más que centrarse en buscar una causa del por qué a ese fenómeno (Ochoa & Yunkor, 2019)

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Área de estudio

Este trabajo de investigación se lleva a cabo en Costa Rica, país centroamericano con un área total de 51,179 km² y que al momento de esta investigación cuenta con 5,217,828 habitantes.

3.3.2 Población

La población costarricense que se encuentra en los datos de The Institute for Health and Metrics and Evaluation para el periodo 2000 al 2019.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Por la naturaleza del estudio no se cuenta con criterios de inclusión ni exclusión.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para llevar a cabo este proyecto de investigación se obtuvieron los datos a partir de una base de datos conocida como Global Burden of Disease (GBD) proveniente del Instituto de Medición y Evaluación en Salud (IHME por sus siglas en inglés) el cual fue fundado en el año 2007 con sede en Estados Unidos; es una herramienta que proporciona información relacionada a las tendencias de salud globales, ampliamente utilizada en campos de investigación y salud pública (Nuestra historia | El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud, 2023).

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental debido a que los datos obtenidos no son manipulados, sino que se observan y se describen tal cual se obtuvieron (Sousa et al., 2007).

Es de tipo transversal ya que se estudia un evento de interés en una población en un periodo de tiempo determinado, los datos se recopilan en una ocasión sin periodos de seguimiento (Manterola et al., 2023).

Es de tipo ecológico porque la unidad de estudio es un grupo seleccionado geográficamente, en este caso la población estudiada comprende el grupo de 45 a 64 años de todo el territorio costarricense (Palacios, s. f.)

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de las variables

<i>Tabla 1. Operacionalización de variables</i>						
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Identificar las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019.	Causas de mortalidad entre los 45 a 64 años en Costa Rica.	Motivo o razón de defunciones en determinado grupo de edad	Número total de defunciones por una determinada causa en un grupo de la población	Fallecimientos Sexo Edad Periodo en el tiempo	Mortalidad Hombres y mujeres 45 a 64 años 2000 al 2019	Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Analizar la incidencia de las ocho principales causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019	Incidencia	Cantidad de casos nuevos de una enfermedad	Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se producen durante un periodo determinado en una población específica	Número de casos nuevos	Tasa de incidencia	Tasa de incidencia Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Determinar la prevalencia de las ocho principales causas de muerte	Prevalencia	Cantidad total de personas que padecen una enfermedad	Es el número total de casos que se han producido de una enfermedad sobre una	Número de casos totales	Tasa de prevalencia	Tasa de prevalencia Institute for Health

en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a los 64 años durante el periodo 2000 al 2019.			población en un momento determinado del tiempo				Metrics and Evaluation (IHME)
Determinar la mortalidad atribuible de las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019	Causas de mortalidad entre los 45 a 64 años en Costa Rica	Número de defunciones	Número total de defunciones por una determinada causa en un grupo específico de la población	Fallecimientos Sexo Edad Periodo en el tiempo	Mortalidad Hombres y mujeres 45 a 64 años 2000 al 2019	Tasa de mortalidad	Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Describir los años de vida ajustados por discapacidad para las principales ocho causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad que comprende los 45 a 64 años durante el periodo 2000 al 2019	Carga de la enfermedad entre los 45 a los 64 años en Costa Rica	Años equivalentes de vida sana perdidos por un estado de salud deficiente o discapacidad	Es la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura y el número de años vividos con discapacidad, por enfermedad o condición de salud en una población	Años vividos con algún tipo de restricción o pérdida de habilidad	Años ajustados por discapacidad	AVAD	Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Fuente: elaboración propia. 2023

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos de esta investigación, se introduce en el navegador web la leyenda “GBD compare” dando clic al siguiente link: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> a continuación se pulsa sobre “opciones avanzadas” y se despliegan los distintos filtros que se van a ajustar de acuerdo a los datos específicos que se quieran obtener; en el caso de esta investigación se coloca sobre la opción “mapa”, en la categoría de mostrar se seleccionará la opción “causas”, luego en causas se introducirán cada una de las ocho patologías seleccionadas. En localización se introduce “Costa Rica”, en el año se pondrán los distintos años que abarca esta investigación, es decir del año 2000 al 2019, para la edad se seleccionará la opción de “edad específica” para introducir las edades que se quieren obtener (45-64 años) el sexo se seleccionará de acuerdo con si se desean los datos para la población femenina (mujer), masculina (hombre) o general (ambos). La unidad de medida cambiará de acuerdo con si se busca mortalidad (muertes), años de vida saludables perdidos (AVISA), prevalencia e incidencia, una vez cambiada la unidad de medida, se repiten los mismos pasos explicados con anterioridad. Después de que se ajustarán los filtros de acuerdo con lo deseado se procede a dar clic en “descargar” y se introduce un correo electrónico, los datos serán enviados a dicho correo y posteriormente se descargarán en un documento de Microsoft Excel.

3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Para proceder a la organización de los datos, una vez hayan sido obtenidos del Instituto de Métricas en Salud, se crea un documento en Microsoft Excel. Dichos datos serán organizados en tablas elaboradas a través de dicha plataforma.

La razón por la que se decide organizar los datos en tablas es por la división entre los grupos etarios y el sexo, de esta forma se permite incluir en un sólo elemento los datos correspondientes de cada variable sin distorsionarlos y poder realizar la comparativa y el correcto análisis entre ellos.

3.9 ANALISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico de la investigación se toma en cuenta la tasa de mortalidad, dicha tasa es el resultado de dividir el número de muertes totales de los grupos de enfermedades seleccionados entre el total de la población del año en estudio multiplicado por 100.000, el cual será el amplificador utilizado. En cuanto a los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) se obtienen al sumar los Años vividos con discapacidad (AVD) más los Años de vida perdidos (AVPP), mientras que para obtener la tasa de incidencia y prevalencia se hace una división entre los casos nuevos (en el caso de incidencia) o los casos totales (en el caso de la prevalencia) de las enfermedades sobre el total de la población en el periodo de tiempo estudiado y multiplicando por un amplificador seleccionado, que en este caso serían 100.000.

CAPÍTULO IV.
PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla 2. Principales 8 causas de muerte en Costa Rica

Tabla 2
Principales 8 causas de muerte en Costa Rica

1	B.2 Enfermedades cardiovasculares
2	B.1 Neoplasias
3	B.8 Diabetes y enfermedad renal crónica
4	B.4 Enfermedades digestivas
5	B.5 Trastornos neurológicos
6	B.3 Enfermedades respiratorias crónicas
7	C.1 Accidentes de tránsito
8	C.3. Suicidio y violencia intrapersonal

Fuente: elaboración propia. 2023

Esta tabla enlista las principales ocho causas de muerte en Costa Rica, en orden de frecuencia a nivel general: en primer lugar las enfermedades cardiovasculares cuyo código es B.2, en segundo lugar las neoplasias con el código B.1, en tercer lugar la diabetes en conjunto con la enfermedad renal crónica conforman un solo grupo con el código B.8, en cuarto lugar con el código B.4 se posicionan las enfermedades digestivas, en quinta posición se encuentran los trastornos neurológicos representados con el código B.5 y en sexto lugar las enfermedades respiratorias crónicas con el código B.3, las últimas dos posiciones pertenecen a causas externas, representadas con el código C.1 en el séptimo lugar los accidentes de tránsito y en la octava posición el suicidio y la violencia intrapersonal cuyo código es el C.3.

Tabla 3. Incidencia en sexo femenino entre los 45-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 3
Incidencia en sexo femenino entre los 45-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de transito	Suicidios y violencia
2000	362,48	6 485,81	853,45	13 581,11	10 412,44	1 150,35	701,62	112,68
2001	360,64	6 498,67	861,97	13 583,91	10 412,70	1 149,37	699,19	115,30
2002	357,85	6 496,93	871,23	13 588,92	10 412,70	1 143,85	693,61	116,10
2003	354,70	6 502,50	880,05	13 595,23	10 412,56	1 135,40	686,32	118,00
2004	351,76	6 495,40	887,27	13 601,97	10 412,38	1 125,61	678,79	119,60
2005	349,60	6 487,72	891,73	13 608,24	10 412,30	1 116,10	672,43	120,60
2006	348,03	6 503,98	893,12	13 616,53	10 412,36	1 105,65	666,31	121,30
2007	346,49	6 466,07	892,63	13 628,63	10 412,49	1 092,63	659,25	121,90
2008	345,04	6 468,26	891,32	13 642,59	10 412,62	1 077,98	652,42	122,50
2009	343,72	6 481,53	890,28	13 656,47	10 412,69	1 062,64	646,97	123,10
2010	342,56	6 495,60	890,59	13 668,32	10 412,62	1 047,54	644,04	123,50
2011	341,25	6 474,87	894,25	13 677,26	10 412,56	1 032,82	643,68	124,00
2012	339,56	6 486,39	901,71	13 684,81	10 412,63	1 017,72	644,63	124,50
2013	337,76	6 500,86	911,70	13 692,62	10 412,72	1 001,87	646,09	125,10
2014	336,10	6 501,39	922,95	13 702,34	10 412,74	984,90	647,26	125,70
2015	334,81	6 497,56	934,18	13 715,62	10 412,59	966,43	647,34	126,50
2016	335,76	6 505,66	951,06	13 751,36	10 412,38	931,39	640,19	128,60
2017	337,15	6 511,46	967,35	13 781,89	10 412,74	903,94	634,12	130,80
2018	337,27	6 509,40	976,62	13 785,74	10 413,45	902,49	636,25	131,90
2019	337,94	6 503,78	983,43	13 781,90	10 414,44	909,34	640,34	132,80

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tabla anterior representa las tasas de incidencia en mujeres entre los 45 a 59 años durante el 2000 al 2019. La tasa máxima de incidencia fue de 13785,74 en el año 2018 a causa de enfermedades digestivas y la menor tasa de casos nuevos corresponde a 112,68, por suicidio y violencia intrapersonal. Han aumentado su incidencia las neoplasias, la diabetes mellitus y ERC, suicidio y violencia. Los trastornos neurológicos mantienen cifras constantes.

Tabla 4. Incidencia en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 4
Incidencia en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de transito	Suicidios y violencia
2000	561,89	7 516,55	1 468,02	13 634,38	9 683,08	1 548,11	622,99	104,16
2001	559,59	7 525,39	1 476,75	13 637,32	9 683,29	1 548,30	618,63	106,51
2002	555,78	7 516,63	1 486,67	13 643,17	9 683,45	1 545,28	612,74	106,99
2003	551,30	7 514,69	1 496,50	13 650,77	9 683,52	1 539,85	606,04	108,47
2004	547,00	7 510,57	1 504,93	13 658,97	9 683,48	1 532,81	599,24	109,76
2005	543,73	7 518,91	1 510,70	13 666,58	9 683,28	1 524,99	593,06	110,71
2006	541,35	7 538,22	1 512,93	13 674,07	9 683,11	1 513,64	586,65	111,43
2007	539,12	7 475,88	1 512,72	13 682,46	9 683,15	1 497,04	579,44	112,14
2008	536,97	7 483,04	1 511,66	13 691,50	9 683,34	1 477,47	572,51	112,79
2009	534,87	7 498,93	1 511,33	13 700,91	9 683,60	1 457,21	566,95	113,35
2010	532,76	7 531,26	1 513,32	13 710,43	9 683,87	1 438,55	563,83	113,76
2011	529,97	7 526,25	1 519,20	13 718,82	9 683,99	1 420,90	562,87	114,02
2012	526,34	7 527,95	1 528,96	13 726,31	9 683,96	1 402,21	562,74	114,21
2013	522,53	7 537,30	1 541,79	13 734,89	9 683,92	1 382,52	562,92	114,41
2014	519,24	7 520,73	1 556,90	13 746,54	9 683,98	1 361,87	562,94	114,71
2015	517,13	7 517,19	1 573,53	13 763,23	9 684,29	1 340,31	562,28	115,18
2016	518,10	7 533,58	1 611,96	13 805,27	9 684,36	1 306,06	557,45	117,98
2017	519,87	7 538,82	1 648,75	13 842,02	9 684,62	1 282,67	552,48	120,73
2018	520,36	7 533,83	1 666,96	13 850,09	9 685,15	1 286,04	551,04	121,09
2019	521,55	7 525,60	1 688,02	13 848,96	9 685,87	1 299,55	549,71	120,91

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre los 50-54 años el pico máximo de incidencia en mujeres fue de 13850,09 por enfermedades

digestivas en 2018 y la tasa más baja fue de 104,16 por suicidio y violencia. El comportamiento de las

tasas en el transcurso del tiempo es similar a las edades entre los 45 y los 49 años.

Tabla 5. Incidencia en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 5
Incidencia en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	847,88	8 037,98	3 884,53	13 517,45	8 617,75	1 953,68	593,17	96,91
2001	844,96	8 051,61	3 878,91	13 518,14	8 618,23	1 949,71	587,97	98,99
2002	839,75	8 024,98	3 873,78	13 519,68	8 618,40	1 940,57	580,46	99,32
2003	833,55	8 032,81	3 868,83	13 522,05	8 618,41	1 928,66	571,86	100,48
2004	827,65	8 037,45	3 863,78	13 525,20	8 618,40	1 916,36	563,39	101,47
2005	823,36	8 035,48	3 858,33	13 529,12	8 618,53	1 906,07	556,24	102,22
2006	820,34	8 054,22	3 852,11	13 534,68	8 618,66	1 896,16	550,08	102,80
2007	817,33	8 003,34	3 845,41	13 542,22	8 618,65	1 884,12	544,01	103,35
2008	814,32	8 041,89	3 839,05	13 550,91	8 618,67	1 870,94	538,41	103,86
2009	811,26	8 072,13	3 833,80	13 559,91	8 618,89	1 857,65	533,69	104,31
2010	808,13	8 095,84	3 830,47	13 568,39	8 619,47	1 845,26	530,25	104,69
2011	803,55	8 065,78	3 830,16	13 575,52	8 620,13	1 832,92	527,51	105,02
2012	797,11	8 071,79	3 832,74	13 582,12	8 620,55	1 819,36	524,67	105,35
2013	790,24	8 065,00	3 837,08	13 589,70	8 620,80	1 804,98	521,76	105,72
2014	784,36	8 040,06	3 842,05	13 599,83	8 621,00	1 790,20	518,83	106,19
2015	780,89	8 039,02	3 846,55	13 614,05	8 621,23	1 775,43	515,90	106,80
2016	782,26	8 045,21	3 883,84	13 656,73	8 621,98	1 751,55	512,75	109,19
2017	784,93	8 042,52	3 921,49	13 696,49	8 622,42	1 735,02	511,63	111,64
2018	786,09	8 049,24	3 923,01	13 705,23	8 622,19	1 743,81	512,97	112,33
2019	787,78	8 038,65	3 916,91	13 703,59	8 621,92	1 771,01	515,49	112,60

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Por su parte, entre los 55 a 54 años la incidencia máxima fue de 13705,23 por enfermedades digestivas en el año 2018 y la menor fue de 96,91, por suicidio y violencia en el año 2000. Hay aumento de incidencia en diabetes mellitus y ERC, trastornos digestivos, trastornos neurológicos y suicidio y violencia. Las neoplasias han mantenido un patrón de incidencia constante durante el tiempo. Las otras causas han ido a la baja.

Tabla 6 Incidencia en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 6
Incidencia en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	1 325,26	8 515,42	3 970,22	13 389,01	9 630,28	2 438,35	598,59	92,33
2001	1 320,54	8 528,60	3 958,69	13 387,27	9 630,76	2 436,59	594,75	94,48
2002	1 311,38	8 505,87	3 944,06	13 384,56	9 630,89	2 430,50	587,93	95,01
2003	1 300,04	8 519,94	3 929,09	13 381,72	9 630,85	2 422,13	579,41	96,35
2004	1 288,74	8 521,27	3 916,53	13 379,57	9 630,83	2 413,49	570,46	97,51
2005	1 279,74	8 519,49	3 909,15	13 378,94	9 631,02	2 406,61	562,38	98,33
2006	1 272,64	8 549,50	3 906,16	13 382,73	9 631,59	2 400,09	554,23	98,90
2007	1 265,66	8 486,82	3 904,40	13 391,45	9 632,42	2 391,81	545,07	99,40
2008	1 258,95	8 511,43	3 903,08	13 402,44	9 633,24	2 382,74	536,15	99,85
2009	1 252,65	8 522,63	3 901,40	13 413,02	9 633,79	2 373,86	528,72	100,28
2010	1 246,93	8 572,12	3 898,57	13 420,50	9 633,80	2 366,14	524,03	100,70
2011	1 240,27	8 567,74	3 893,70	13 425,57	9 633,86	2 359,05	521,47	101,15
2012	1 231,88	8 569,17	3 886,99	13 431,21	9 634,48	2 351,53	519,43	101,65
2013	1 222,95	8 563,79	3 879,30	13 438,15	9 635,27	2 343,79	517,71	102,25
2014	1 214,69	8 562,10	3 871,51	13 447,14	9 635,84	2 336,04	516,08	102,97
2015	1 208,30	8 587,41	3 864,47	13 458,91	9 635,80	2 328,48	514,34	103,86
2016	1 204,98	8 614,53	3 887,42	13 497,17	9 635,93	2 317,19	513,40	106,28
2017	1 204,12	8 611,90	3 912,97	13 535,78	9 636,09	2 311,37	514,97	108,70
2018	1 205,17	8 599,90	3 910,84	13 549,92	9 635,54	2 322,22	519,95	109,62
2019	1 208,59	8 581,28	3 907,57	13 559,34	9 634,54	2 347,03	528,70	110,19

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Finalmente, en cuanto incidencia femenina, las mujeres entre 60-64 años tuvieron un pico de 13559,34

en el año 2019 nuevamente por enfermedades digestivas y una tasa menor de incidencia de 92.33 por

suicidio y violencia. La incidencia femenina disminuyó solo para las enfermedades respiratorias

crónicas, cardiovasculares y los accidentes de tránsito.

Tabla 7 Incidencia en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 7
Incidencia en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	427,92	4 061,15	1 242,91	11 879,26	10 099,50	745,55	1 781,98	411,39
2001	427,98	4 063,12	1 257,72	11 885,72	10 099,92	743,07	1 776,87	421,14
2002	427,62	4 064,87	1 280,72	11 893,56	10 099,97	737,62	1 768,11	426,95
2003	427,10	4 065,95	1 308,15	11 901,80	10 099,89	730,65	1 757,41	436,14
2004	426,70	4 069,31	1 336,24	11 909,47	10 099,91	723,60	1 746,49	446,35
2005	426,70	4 060,75	1 361,24	11 915,57	10 100,28	717,93	1 737,08	457,60
2006	426,98	4 070,76	1 383,93	11 919,27	10 100,72	713,32	1 730,89	473,43
2007	427,28	4 062,40	1 407,10	11 921,17	10 100,88	708,73	1 727,74	495,20
2008	427,62	4 066,34	1 429,98	11 922,43	10 100,85	704,56	1 726,43	519,78
2009	428,07	4 065,14	1 451,80	11 924,24	10 100,75	701,20	1 725,80	543,98
2010	428,64	4 079,27	1 471,78	11 927,77	10 100,70	699,05	1 724,67	564,66
2011	429,25	4 068,52	1 492,04	11 933,34	10 100,66	697,78	1 723,34	581,88
2012	429,71	4 065,52	1 513,63	11 940,27	10 100,55	696,70	1 722,27	598,04
2013	429,96	4 069,06	1 534,15	11 948,30	10 100,42	695,66	1 720,50	613,55
2014	429,91	4 066,18	1 551,21	11 957,15	10 100,34	694,52	1 717,08	628,77
2015	429,50	4 067,79	1 562,40	11 966,53	10 100,36	693,15	1 711,03	644,09
2016	429,45	4 076,96	1 575,78	11 986,25	10 100,84	683,96	1 682,18	664,45
2017	429,70	4 081,09	1 587,01	12 004,81	10 101,49	675,68	1 657,71	678,08
2018	430,33	4 082,20	1 596,12	12 012,75	10 101,97	679,02	1 665,40	679,40
2019	431,82	4 079,47	1 608,74	12 019,14	10 102,59	688,51	1 691,07	677,32

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tabla anterior muestra los datos correspondientes a la incidencia masculina entre los 45-49 años durante el 2000 al 2019. El patrón es igual respecto a las mujeres, las tasas más altas de incidencia sucedieron en el 2019 por enfermedades digestivas y las más bajas sucedieron en el año 2000 por suicidios y violencia interpersonal. Los varones de 45 a 49 años tuvieron un pico de 12019,14 y una tasa menor de 411,39. Las únicas causas que han tenido un patrón de disminución de incidencia son las enfermedades respiratorias crónicas y los accidentes de tránsito, el resto de las causas han aumentado su incidencia en el transcurso del tiempo.

Tabla 8. Incidencia en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 8
Incidencia en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	691,51	5 262,61	1 812,83	12 073,58	9 270,70	980,37	1 547,97	311,56
2001	690,96	5 272,54	1 828,52	12 080,04	9 271,20	980,31	1 546,99	318,49
2002	689,00	5 286,98	1 861,20	12 090,09	9 271,22	977,20	1 550,40	323,79
2003	686,56	5 286,52	1 902,02	12 101,54	9 271,08	972,31	1 555,30	332,56
2004	684,56	5 292,45	1 942,15	12 112,17	9 271,12	966,89	1 558,79	342,26
2005	683,90	5 284,55	1 972,73	12 119,79	9 271,67	962,21	1 557,96	352,27
2006	684,47	5 300,84	1 993,54	12 124,01	9 272,17	957,75	1 548,40	364,10
2007	685,43	5 281,17	2 011,59	12 126,61	9 272,14	952,71	1 531,20	378,64
2008	686,62	5 285,42	2 028,92	12 128,61	9 271,95	947,90	1 511,71	394,30
2009	687,86	5 281,58	2 047,57	12 131,01	9 272,00	944,12	1 495,30	409,53
2010	688,99	5 309,57	2 069,55	12 134,84	9 272,67	942,21	1 487,32	422,73
2011	689,68	5 298,38	2 101,54	12 140,33	9 273,19	941,92	1 487,86	434,11
2012	689,86	5 293,55	2 142,63	12 147,17	9 272,91	942,14	1 491,60	444,91
2013	689,70	5 295,03	2 183,45	12 155,52	9 272,40	942,33	1 495,79	455,15
2014	689,37	5 299,24	2 214,65	12 165,56	9 272,27	941,94	1 497,67	464,84
2015	689,03	5 308,30	2 226,88	12 177,46	9 273,09	940,44	1 494,48	474,01
2016	689,63	5 319,39	2 192,89	12 207,35	9 274,25	926,41	1 472,54	484,33
2017	690,34	5 321,45	2 158,17	12 239,94	9 274,66	913,51	1 453,84	493,64
2018	690,59	5 324,99	2 176,61	12 258,45	9 275,03	920,17	1 458,67	500,74
2019	690,99	5 317,81	2 230,34	12 274,10	9 275,57	939,93	1 476,44	507,19

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre los 50 a 54 años la incidencia máxima fue de 12274,10 por enfermedades digestivas en el año

2019 y el menor fue de 311,56 en el año 2000 a causa de suicidio y violencia. Disminuyen su

incidencia solo las enfermedades respiratorias crónicas y los accidentes de tránsito.

Tabla 9. Incidencia en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 9
Incidencia en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	1 073,29	6 798,23	2 284,38	12 277,69	8 040,15	1 332,92	1 410,32	267,73
2001	1 071,13	6 797,00	2 295,35	12 282,53	8 040,35	1 345,78	1 406,96	272,69
2002	1 065,86	6 786,83	2 329,27	12 291,43	8 040,58	1 360,87	1 408,03	274,88
2003	1 059,59	6 793,77	2 372,61	12 302,07	8 040,80	1 375,06	1 410,66	279,17
2004	1 054,42	6 800,99	2 411,81	12 312,17	8 040,95	1 385,21	1 412,00	283,88
2005	1 052,44	6 764,77	2 433,33	12 319,41	8 041,00	1 388,21	1 409,19	288,98
2006	1 053,53	6 788,10	2 439,10	12 323,99	8 041,23	1 383,80	1 394,95	295,58
2007	1 055,74	6 774,75	2 441,66	12 327,89	8 041,77	1 375,56	1 369,30	304,33
2008	1 058,45	6 810,51	2 443,37	12 331,50	8 042,36	1 366,02	1 340,29	314,45
2009	1 061,07	6 820,88	2 446,62	12 335,19	8 042,72	1 357,74	1 315,94	325,18
2010	1 062,99	6 865,87	2 453,76	12 339,35	8 042,58	1 353,27	1 304,33	335,77
2011	1 063,68	6 843,87	2 478,49	12 343,76	8 042,35	1 353,45	1 307,08	347,17
2012	1 063,40	6 833,46	2 522,96	12 348,76	8 042,53	1 356,24	1 317,19	360,03
2013	1 062,73	6 834,06	2 572,25	12 355,51	8 042,98	1 359,90	1 329,68	373,08
2014	1 062,26	6 843,82	2 611,42	12 365,20	8 043,57	1 362,67	1 339,60	385,06
2015	1 062,56	6 860,69	2 625,53	12 379,00	8 044,18	1 362,81	1 341,98	394,70
2016	1 064,57	6 870,67	2 563,66	12 427,62	8 045,46	1 343,82	1 326,72	403,07
2017	1 066,11	6 867,67	2 502,65	12 478,90	8 047,06	1 325,85	1 313,15	410,22
2018	1 065,07	6 875,12	2 534,01	12 498,91	8 047,66	1 333,46	1 317,06	416,52
2019	1 062,28	6 858,40	2 627,76	12 510,83	8 047,59	1 357,34	1 329,38	423,18

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Para los 55 a 59 años la tasa máxima de incidencia fue de 12510,83 en 2018 y la más baja fue de

267,73 en el año 2000, debido a enfermedades digestivas y suicidio y violencia respectivamente. En

este grupo además de la disminución de incidencia en enfermedades respiratorias crónicas y accidentes

de tránsito también disminuyó levemente la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Tabla 10. Incidencia en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 10
Incidencia en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	1 597,49	8 693,39	2 372,11	12 483,04	8 850,88	1 951,41	1 333,45	236,38
2001	1 593,69	8 683,95	2 370,40	12 484,09	8 850,77	1 973,05	1 317,26	241,47
2002	1 585,97	8 680,48	2 377,23	12 486,59	8 850,72	2 002,12	1 299,00	244,22
2003	1 576,77	8 691,20	2 388,07	12 490,02	8 850,74	2 031,89	1 279,70	248,87
2004	1 568,56	8 711,11	2 398,38	12 493,87	8 850,88	2 055,64	1 260,39	254,03
2005	1 563,81	8 664,88	2 403,64	12 497,62	8 851,16	2 066,62	1 242,09	259,71
2006	1 562,17	8 700,10	2 404,27	12 502,50	8 851,76	2 064,78	1 222,06	267,57
2007	1 561,46	8 643,30	2 404,09	12 509,39	8 852,63	2 056,82	1 199,38	278,45
2008	1 561,41	8 658,65	2 403,67	12 517,23	8 853,41	2 046,25	1 177,80	291,16
2009	1 561,72	8 661,57	2 403,56	12 524,96	8 853,77	2 036,53	1 161,07	304,51
2010	1 562,11	8 769,51	2 404,34	12 531,52	8 853,35	2 031,15	1 152,95	317,29
2011	1 561,28	8 752,09	2 413,23	12 535,79	8 853,01	2 033,35	1 155,66	330,79
2012	1 558,84	8 753,83	2 432,24	12 538,94	8 853,50	2 041,20	1 165,43	345,91
2013	1 555,83	8 777,64	2 454,14	12 543,38	8 854,31	2 050,40	1 177,04	360,93
2014	1 553,30	8 792,36	2 471,70	12 551,49	8 854,93	2 056,66	1 185,24	374,11
2015	1 552,27	8 831,03	2 477,68	12 565,65	8 854,85	2 055,71	1 184,81	383,74
2016	1 553,33	8 843,92	2 455,31	12 625,99	8 858,24	2 029,73	1 157,92	390,25
2017	1 554,44	8 837,00	2 436,17	12 689,37	8 861,41	2 006,83	1 134,03	395,41
2018	1 552,55	8 859,16	2 466,06	12 709,03	8 861,05	2 020,76	1 136,74	400,63
2019	1 547,33	8 833,59	2 538,76	12 715,42	8 860,27	2 060,92	1 148,06	406,36

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Para los hombres entre los 60-64 años, el pico fue de 12715,42 en el 2019 por enfermedades digestivas y la incidencia mínima fue de 236,38 en el 2000 por suicidio y violencia. La incidencia aumentó en todas las causas excepto en las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y accidentes de tránsito.

Tabla 11. Incidencia en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 11
Incidencia en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	394,70	5 292,05	1 045,20	12 743,21	10 258,37	951,05	1 233,53	259,75
2001	393,74	5 301,34	1 056,52	12 749,07	10 258,94	949,63	1 228,98	265,65
2002	392,09	5 303,17	1 072,22	12 756,76	10 259,20	944,46	1 221,02	268,71
2003	390,18	5 308,50	1 089,84	12 765,39	10 259,34	937,05	1 211,20	273,92
2004	388,41	5 308,74	1 106,88	12 774,12	10 259,54	928,98	1 201,03	279,43
2005	387,22	5 303,31	1 120,86	12 782,18	10 260,03	921,78	1 192,00	285,10
2006	386,44	5 320,08	1 131,93	12 790,71	10 260,73	914,76	1 184,29	292,66
2007	385,67	5 300,26	1 142,15	12 800,49	10 261,35	906,43	1 177,48	303,00
2008	384,97	5 307,00	1 151,75	12 810,94	10 261,89	897,44	1 171,67	314,61
2009	384,39	5 316,40	1 161,04	12 821,22	10 262,28	888,36	1 167,16	326,04
2010	383,99	5 332,70	1 170,30	12 830,65	10 262,51	879,83	1 164,11	335,86
2011	383,56	5 317,78	1 181,70	12 838,69	10 262,58	871,72	1 162,84	344,19
2012	382,89	5 322,98	1 195,79	12 846,43	10 262,65	863,44	1 162,52	352,09
2013	382,05	5 332,78	1 210,68	12 854,76	10 262,71	854,78	1 162,17	359,73
2014	381,12	5 332,71	1 224,45	12 864,81	10 262,82	845,54	1 160,67	367,17
2015	380,18	5 333,28	1 235,21	12 877,50	10 262,98	835,48	1 157,04	374,55
2016	380,55	5 344,52	1 249,73	12 907,47	10 263,43	813,10	1 138,36	384,81
2017	381,30	5 352,23	1 262,92	12 934,26	10 264,28	795,06	1 122,35	391,86
2018	381,56	5 354,14	1 271,48	12 941,86	10 265,20	796,13	1 126,09	392,52
2019	382,54	5 352,00	1 280,51	12 944,42	10 266,28	804,42	1 139,53	391,55

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tabla anterior demuestra la incidencia en ambos sexos entre los 45-49 años durante el 2000 al 2019.

Para todas las edades en ambos sexos el pico máximo fue en el 2019 a causa de enfermedades

digestivas, mientras que la tasa más baja fue en el año 2000 por suicidios y violencia interpersonal.

Entre los 45-49 años el pico máximo fue de 12944,42 y la tasa mínima de 259,75. Las causas que han disminuido su incidencia son las cardiovasculares, respiratorias crónicas y accidentes de tránsito.

Tabla 12. Incidencia en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 12
Incidencia en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	625,59	6 408,91	1 637,47	12 867,36	9 480,43	1 269,11	1 077,55	206,08
2001	623,91	6 422,34	1 648,99	12 874,83	9 481,52	1 270,20	1 073,18	210,30
2002	620,89	6 426,84	1 669,73	12 884,07	9 481,96	1 267,62	1 071,04	212,95
2003	617,27	6 427,90	1 694,29	12 895,14	9 482,35	1 263,03	1 069,05	217,77
2004	613,93	6 431,40	1 717,65	12 906,42	9 482,86	1 257,48	1 066,09	222,88
2005	611,76	6 434,54	1 734,93	12 915,90	9 483,52	1 251,86	1 061,34	227,94
2006	610,65	6 454,92	1 745,63	12 923,56	9 484,14	1 244,49	1 052,31	233,77
2007	609,80	6 415,71	1 753,71	12 930,89	9 484,61	1 234,10	1 039,20	240,87
2008	609,10	6 423,87	1 760,96	12 938,24	9 485,07	1 222,23	1 025,17	248,47
2009	608,45	6 432,63	1 769,20	12 945,96	9 485,67	1 210,47	1 013,39	255,78
2010	607,70	6 465,55	1 780,13	12 954,64	9 486,62	1 200,46	1 006,81	261,97
2011	606,35	6 460,87	1 797,68	12 963,98	9 487,55	1 191,85	1 005,20	267,09
2012	604,31	6 462,55	1 821,56	12 973,35	9 487,97	1 182,84	1 005,63	271,89
2013	602,02	6 471,05	1 846,91	12 983,86	9 488,23	1 173,20	1 006,52	276,44
2014	599,96	6 466,66	1 869,00	12 996,38	9 488,63	1 162,62	1 006,46	280,84
2015	598,58	6 470,56	1 883,10	13 011,86	9 489,45	1 150,84	1 003,98	285,20
2016	599,34	6 484,82	1 887,12	13 048,41	9 490,11	1 126,24	990,88	291,50
2017	600,60	6 488,70	1 890,00	13 083,29	9 490,47	1 107,84	979,35	297,33
2018	600,97	6 487,89	1 908,29	13 096,41	9 490,95	1 112,79	980,82	300,87
2019	601,74	6 480,77	1 944,67	13 103,66	9 491,70	1 129,36	988,28	303,71

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Se observa una tasa máxima de incidencia en ambos sexos de 13103,65 en 2019 por enfermedades digestivas y una tasa mínima de 206,08 por suicidio y violencia en el año 2000 para las edades entre los 50 a 54 años. Se sigue un patron similar a las edades entre los 45 y los 49 años.

Tabla 13. Incidencia en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 13
Incidencia en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	1 458,40	7 428,86	3 098,33	12 908,32	8 333,96	1 648,68	994,66	180,84
2001	1 454,23	7 435,01	3 100,65	12 910,88	8 334,22	1 652,90	990,47	184,36
2002	1 445,60	7 418,22	3 116,90	12 917,78	8 335,24	1 656,49	986,01	185,35
2003	1 434,90	7 427,31	3 137,65	12 925,87	8 336,14	1 658,12	981,77	187,80
2004	1 425,04	7 435,74	3 157,20	12 934,89	8 337,39	1 657,88	976,36	190,24
2005	1 417,89	7 419,38	3 167,43	12 942,59	8 338,52	1 654,98	969,79	192,77
2006	1 413,41	7 443,09	3 170,08	12 950,30	8 339,95	1 648,86	957,89	195,85
2007	1 408,99	7 411,75	3 169,48	12 957,50	8 340,87	1 639,24	941,40	200,12
2008	1 405,04	7 450,52	3 168,78	12 965,29	8 341,90	1 628,45	923,51	204,99
2009	1 401,29	7 472,96	3 169,54	12 973,44	8 342,98	1 618,26	908,28	210,07
2010	1 397,85	7 508,51	3 173,07	12 981,50	8 344,00	1 610,33	899,88	215,03
2011	1 393,16	7 483,78	3 186,36	12 988,83	8 344,93	1 604,55	898,82	220,36
2012	1 387,16	7 483,24	3 210,23	12 995,92	8 345,83	1 599,25	901,34	226,39
2013	1 380,59	7 481,08	3 237,09	13 004,24	8 346,70	1 593,85	905,01	232,55
2014	1 374,54	7 473,73	3 259,43	13 015,32	8 347,63	1 587,80	907,41	238,21
2015	1 370,19	7 482,47	3 269,83	13 030,71	8 348,67	1 580,54	906,08	242,78
2016	1 368,51	7 492,10	3 262,16	13 077,93	8 350,49	1 559,54	896,06	247,58
2017	1 368,23	7 490,88	3 255,29	13 124,78	8 352,26	1 542,90	887,97	251,83
2018	1 367,56	7 499,44	3 272,59	13 140,35	8 353,16	1 551,66	889,50	254,77
2019	1 366,60	7 487,13	3 314,51	13 146,22	8 353,54	1 577,71	895,81	257,73

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre los 55 a 59 años la tasa máxima de incidencia en ambos sexos fue de 13146,22 y la más baja de

180,84, comportamiento similar a los otros rangos de edades.

Tabla 14. Incidencia en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 14
Incidencia en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de transito	Suicidios y violencia
2000	1 458,40	8 602,46	3 188,63	12 945,93	9 249,10	2 200,21	957,99	162,78
2001	1 454,23	8 604,64	3 181,30	12 945,20	9 248,99	2 209,71	948,38	166,42
2002	1 445,60	8 591,22	3 178,17	12 945,62	9 249,53	2 221,10	935,51	167,94
2003	1 434,90	8 603,40	3 178,10	12 947,16	9 250,68	2 231,95	920,68	170,68
2004	1 425,04	8 613,74	3 177,06	12 948,16	9 250,93	2 239,18	906,52	173,75
2005	1 417,89	8 590,19	3 176,99	12 950,33	9 251,75	2 241,27	892,94	176,81
2006	1 413,41	8 622,72	3 175,91	12 954,74	9 252,42	2 237,06	878,94	180,91
2007	1 408,99	8 562,64	3 177,43	12 964,05	9 254,57	2 229,49	862,11	186,16
2008	1 405,04	8 582,54	3 178,84	12 974,87	9 256,57	2 220,21	846,08	192,26
2009	1 401,29	8 589,44	3 181,08	12 985,95	9 258,67	2 211,63	832,82	198,49
2010	1 397,85	8 666,64	3 183,06	12 994,81	9 260,08	2 205,73	825,19	204,42
2011	1 393,16	8 655,54	3 188,57	13 001,78	9 261,95	2 203,92	823,53	210,52
2012	1 387,16	8 656,87	3 196,08	13 007,44	9 263,57	2 204,14	826,24	217,66
2013	1 380,59	8 665,06	3 204,41	13 014,43	9 265,44	2 204,85	829,94	224,75
2014	1 374,54	8 670,80	3 210,70	13 024,33	9 267,20	2 204,15	831,97	230,97
2015	1 370,19	8 702,07	3 211,78	13 038,50	9 268,25	2 200,10	829,90	235,59
2016	1 368,51	8 722,21	3 215,13	13 088,20	9 270,85	2 182,24	815,96	239,59
2017	1 368,23	8 717,34	3 221,19	13 139,29	9 273,20	2 168,72	804,95	243,01
2018	1 367,56	8 721,10	3 235,45	13 156,83	9 273,49	2 181,30	808,28	245,66
2019	1 366,60	8 698,97	3 269,07	13 165,68	9 273,37	2 213,57	817,61	248,34

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

El rango de edad entre los 60 a 64 años tuvo una tasa de incidencia máxima de 13165,68 y una mínima de 162,78. El resto de las causas aumentaron su incidencia para ambos sexos a excepción de los accidentes de tránsito, las enfermedades respiratorias crónicas y cardiovasculares.

Tabla 15. Prevalencia en sexo femenino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 15
Prevalencia en sexo femenino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	5 878,70	12 680,27	17 262,66	48 743,48	43 387,24	9 525,83	2 792,31	4 798,32
2001	5 875,91	12 710,02	17 347,97	48 707,16	43 386,28	9 324,35	2 778,94	4 806,03
2002	5 866,62	12 704,66	17 438,50	48 647,30	43 355,53	9 080,51	2 758,36	4 814,22
2003	5 872,41	12 717,15	17 525,43	48 616,67	43 373,91	8 784,08	2 734,19	4 822,14
2004	5 861,88	12 719,96	17 608,61	48 572,90	43 377,26	8 512,88	2 710,08	4 828,85
2005	5 843,39	12 729,47	17 686,43	48 529,01	43 361,72	8 296,96	2 689,65	4 833,41
2006	5 824,96	12 777,66	17 741,06	48 507,48	43 357,44	8 103,86	2 671,10	4 836,34
2007	5 818,17	12 691,78	17 814,11	48 481,16	43 386,98	7 894,37	2 651,62	4 838,85
2008	5 806,33	12 712,29	17 882,23	48 453,24	43 388,30	7 701,83	2 633,34	4 841,04
2009	5 806,48	12 761,55	17 977,04	48 411,98	43 360,60	7 523,50	2 618,42	4 843,00
2010	5 787,22	12 818,25	18 047,32	48 411,01	43 346,77	7 362,62	2 609,02	4 844,81
2011	5 788,89	12 758,94	18 184,70	48 397,85	43 360,67	7 240,56	2 604,68	4 846,12
2012	5 771,89	12 797,29	18 317,87	48 433,59	43 369,06	7 135,79	2 602,96	4 847,02
2013	5 764,69	12 815,40	18 483,31	48 459,34	43 366,96	7 025,97	2 603,07	4 848,17
2014	5 743,27	12 844,74	18 658,50	48 471,11	43 344,86	6 915,45	2 604,19	4 850,21
2015	5 732,14	12 823,95	18 877,27	48 524,48	43 367,72	6 777,20	2 605,51	4 853,71
2016	5 758,73	12 869,18	19 180,29	48 666,30	43 366,59	6 501,03	2 614,42	4 877,23
2017	5 776,24	12 912,78	19 467,02	48 787,44	43 377,91	6 295,55	2 626,23	4 901,90
2018	5 791,43	12 906,08	19 608,20	48 781,95	43 386,67	6 291,32	2 633,63	4 907,46
2019	5 791,46	12 905,17	19 702,72	48 707,92	43 387,59	6 336,29	2 642,41	4 909,04

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tabla anterior refleja la prevalencia en sexo femenino entre los 45 a los 49 años durante el 2000 al 2019. Para todas las edades la mayor tasa de prevalencia fue a causa de enfermedades digestivas mientras que la menor tasa fue por accidentes de tránsito; entre los 45 a los 49 años el pico fue durante el 2017 con 48787,44 casos totales mientras que la menor tasa de prevalencia fue de en el 2012 con 2602,96 casos totales. Las neoplasias, diabetes mellitus y ERC, suicidio y violencia aumentaron su prevalencia, mientras que los trastornos neurológicos mantienen tendencia constante.

Tabla 16. Prevalencia en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 16
Prevalencia en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	7 358,54	14 026,35	21 929,07	51 358,06	42 631,58	10 624,46	3 253,67	3 618,66
2001	7 355,48	14 072,18	22 050,48	51 277,22	42 619,55	10 450,51	3 237,42	3 627,21
2002	7 343,83	14 049,73	22 132,50	51 208,99	42 634,62	10 220,20	3 212,55	3 636,17
2003	7 306,98	14 066,97	22 239,99	51 178,44	42 631,87	9 946,51	3 183,33	3 644,72
2004	7 289,45	14 077,11	22 318,55	51 090,04	42 633,79	9 652,66	3 154,00	3 651,92
2005	7 269,74	14 118,92	22 416,99	51 041,67	42 633,89	9 410,33	3 128,84	3 656,82
2006	7 250,21	14 161,26	22 500,35	51 003,47	42 633,05	9 184,32	3 105,74	3 660,00
2007	7 230,99	14 041,56	22 567,39	50 981,04	42 639,74	8 954,66	3 081,57	3 662,75
2008	7 206,76	14 071,53	22 646,59	50 948,87	42 640,73	8 723,79	3 059,00	3 665,13
2009	7 177,64	14 118,56	22 729,93	50 916,68	42 637,38	8 507,64	3 040,70	3 667,20
2010	7 164,78	14 203,27	22 810,05	50 913,23	42 640,45	8 296,53	3 029,34	3 669,03
2011	7 158,57	14 186,97	22 938,26	50 921,55	42 621,93	8 119,18	3 024,51	3 670,29
2012	7 138,22	14 184,16	23 135,22	50 912,71	42 643,56	7 956,31	3 023,14	3 671,07
2013	7 112,21	14 201,17	23 337,70	50 930,93	42 640,32	7 787,78	3 023,90	3 672,10
2014	7 095,75	14 135,50	23 560,06	50 959,56	42 635,81	7 625,19	3 025,47	3 674,06
2015	7 085,02	14 129,02	23 809,72	50 995,01	42 636,44	7 420,06	3 026,50	3 677,67
2016	7 098,28	14 225,12	24 181,92	51 113,39	42 646,91	7 054,53	3 030,81	3 702,66
2017	7 117,10	14 269,40	24 504,23	51 228,52	42 651,85	6 815,30	3 038,59	3 729,19
2018	7 116,77	14 273,39	24 706,72	51 263,19	42 654,58	6 818,41	3 045,88	3 735,75
2019	7 123,22	14 266,39	24 828,34	51 277,28	42 636,56	6 861,28	3 054,18	3 738,26

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Las mujeres entre los 50 a los 54 años tuvieron un pico de 51358,06 en el año 2000 y una menor tasa en el 2012 con 3023,14. Comportamiento similar al anterior rango de edad.

Tabla 17. Prevalencia en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 17
Prevalencia en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	9 924,89	14 326,99	31 706,58	53 642,35	38 074,66	11 381,10	3 693,90	2 790,51
2001	9 910,65	14 371,02	31 815,86	53 557,84	38 083,25	11 234,44	3 674,62	2 799,69
2002	9 872,84	14 321,05	31 922,88	53 497,26	38 086,93	11 004,09	3 645,16	2 809,46
2003	9 846,66	14 379,66	32 011,53	53 428,26	38 083,98	10 731,86	3 610,48	2 818,93
2004	9 810,93	14 426,44	32 093,86	53 363,33	38 084,08	10 458,68	3 575,54	2 826,97
2005	9 761,77	14 450,54	32 159,83	53 301,27	38 085,72	10 212,03	3 545,30	2 832,48
2006	9 745,70	14 545,11	32 236,48	53 254,38	38 101,83	9 988,30	3 517,51	2 836,08
2007	9 698,53	14 455,15	32 317,15	53 229,44	38 071,89	9 751,66	3 488,64	2 839,08
2008	9 658,39	14 612,62	32 358,11	53 204,60	38 100,48	9 506,44	3 461,79	2 841,60
2009	9 619,96	14 714,24	32 415,90	53 180,14	38 101,08	9 270,65	3 440,04	2 843,76
2010	9 584,79	14 789,63	32 507,30	53 160,45	38 070,34	9 046,80	3 426,49	2 845,68
2011	9 559,14	14 711,22	32 626,44	53 164,03	38 070,24	8 841,17	3 420,58	2 847,06
2012	9 525,38	14 683,70	32 816,67	53 206,49	38 078,16	8 658,00	3 418,59	2 847,99
2013	9 495,29	14 616,36	33 047,84	53 234,39	38 078,47	8 468,01	3 418,84	2 849,17
2014	9 480,96	14 535,68	33 301,78	53 240,70	38 112,56	8 269,47	3 419,66	2 851,30
2015	9 466,59	14 518,82	33 573,96	53 283,67	38 116,15	8 040,30	3 419,39	2 855,10
2016	9 480,55	14 548,50	34 031,41	53 406,40	38 111,56	7 661,05	3 420,76	2 880,86
2017	9 500,86	14 559,12	34 485,48	53 513,61	38 106,49	7 416,14	3 426,55	2 908,13
2018	9 481,99	14 611,25	34 745,19	53 580,52	38 101,80	7 430,66	3 433,82	2 914,79
2019	9 482,26	14 662,72	34 927,17	53 629,95	38 120,27	7 509,97	3 441,23	2 917,20

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre los 55 a los 54 años las mujeres tuvieron un pico de 53642,35 en el año 2000 y la menor

prevalencia en el mismo año con 2795,51.

Tabla 18. Prevalencia en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 18
Prevalencia en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	13 413,73	14 505,19	46 680,30	55 357,48	37 825,45	12 004,03	4 173,38	2 615,10
2001	13 393,37	14 551,30	46 769,72	55 303,11	37 815,53	11 865,12	4 151,66	2 625,01
2002	13 349,32	14 542,05	46 835,06	55 243,74	37 809,33	11 626,21	4 118,08	2 635,43
2003	13 289,37	14 618,55	46 880,82	55 156,66	37 811,03	11 376,03	4 078,18	2 645,43
2004	13 229,82	14 666,19	46 902,90	55 090,54	37 810,56	11 117,42	4 037,53	2 653,92
2005	13 177,27	14 693,01	46 963,40	55 080,34	37 820,53	10 885,59	4 001,70	2 659,81
2006	13 127,47	14 791,10	47 002,36	55 039,03	37 825,20	10 670,56	3 968,03	2 663,73
2007	13 068,93	14 728,71	47 054,60	54 978,51	37 832,30	10 448,46	3 932,78	2 667,12
2008	13 004,94	14 868,44	47 063,77	54 932,57	37 826,16	10 254,06	3 899,83	2 670,11
2009	12 944,65	14 939,80	47 102,98	54 911,56	37 824,99	10 032,55	3 873,08	2 672,78
2010	12 900,52	15 081,52	47 128,15	54 891,80	37 830,77	9 805,58	3 856,42	2 675,21
2011	12 859,99	15 099,81	47 198,75	54 885,40	37 846,49	9 618,07	3 848,93	2 677,07
2012	12 810,13	15 108,83	47 352,36	54 944,74	37 841,55	9 419,30	3 845,83	2 678,38
2013	12 767,31	15 133,80	47 536,11	55 002,24	37 840,24	9 213,24	3 845,26	2 679,87
2014	12 740,68	15 158,03	47 749,48	55 065,01	37 869,37	9 022,04	3 845,35	2 682,29
2015	12 717,13	15 222,48	47 948,41	55 115,91	37 854,81	8 780,65	3 844,23	2 686,41
2016	12 707,55	15 303,65	48 402,47	55 172,52	37 860,05	8 450,46	3 846,35	2 713,16
2017	12 709,87	15 372,88	48 866,41	55 248,70	37 880,26	8 228,66	3 854,41	2 741,39
2018	12 700,20	15 369,77	49 027,49	55 346,60	37 850,77	8 262,28	3 864,16	2 748,30
2019	12 667,90	15 361,63	49 123,73	55 452,39	37 854,93	8 402,71	3 876,13	2 750,73

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Las mujeres entre los 60 a 64 años tuvieron el pico en el año 2019 con 55452,39 y la tasa mínima en el año 2000 con 2615,10. Respecto a las causas, subieron la prevalencia del cáncer, los suicidios y violencia interpersonal, además de los trastornos neurológicos y la diabetes junto con la enfermedad renal crónica.

Tabla 19. Prevalencia en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 19
Prevalencia en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	4 599,72	5 384,59	19 782,08	47 803,15	33 559,52	4 816,46	6 644,22	3 284,05
2001	4 594,58	5 407,04	19 956,16	47 842,43	33 566,64	4 773,03	6 642,14	3 335,38
2002	4 598,20	5 419,87	20 127,81	47 875,02	33 566,97	4 713,12	6 643,04	3 392,11
2003	4 611,09	5 424,86	20 303,82	47 896,32	33 560,61	4 640,53	6 642,26	3 453,43
2004	4 624,83	5 440,59	20 477,37	47 920,78	33 558,99	4 571,91	6 635,18	3 518,12
2005	4 628,30	5 438,49	20 674,60	47 943,39	33 566,74	4 510,38	6 617,16	3 589,12
2006	4 630,61	5 463,52	20 852,76	47 955,35	33 566,77	4 428,94	6 561,54	3 668,44
2007	4 623,58	5 457,80	21 057,09	47 951,83	33 551,16	4 344,94	6 465,73	3 757,60
2008	4 630,52	5 493,90	21 271,73	47 974,25	33 547,42	4 270,31	6 361,12	3 847,62
2009	4 636,89	5 491,71	21 461,76	47 988,15	33 560,68	4 207,23	6 279,13	3 934,45
2010	4 637,86	5 516,43	21 671,33	47 997,59	33 514,61	4 171,96	6 251,15	4 004,37
2011	4 640,42	5 501,85	21 867,95	48 014,75	33 514,01	4 146,06	6 278,74	4 061,33
2012	4 648,17	5 494,12	22 062,82	48 030,75	33 549,56	4 111,28	6 333,76	4 108,09
2013	4 652,46	5 501,56	22 260,37	48 049,91	33 551,05	4 088,20	6 403,08	4 155,72
2014	4 648,02	5 494,54	22 459,65	48 061,92	33 563,63	4 064,87	6 473,54	4 208,67
2015	4 658,72	5 502,60	22 646,59	48 122,34	33 558,01	4 063,31	6 532,02	4 281,15
2016	4 664,97	5 534,44	22 845,01	48 218,07	33 551,44	4 058,61	6 571,02	4 444,34
2017	4 669,78	5 555,08	23 056,47	48 326,34	33 556,39	4 064,77	6 586,77	4 574,34
2018	4 671,88	5 575,87	23 297,53	48 383,14	33 564,07	4 088,92	6 588,74	4 581,81
2019	4 671,17	5 581,41	23 595,75	48 434,43	33 569,92	4 119,18	6 587,22	4 566,94

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La anterior tabla refleja los datos correspondientes a la prevalencia masculina de las edades entre los 45 a 49 años durante el 2000 al 2021. Todos los picos máximos ocurrieron en el año 2019 a causa de enfermedades digestivas para todas las edades, todas las tasas mínimas de prevalencia fueron en el año 2000 y corresponden a suicidios y violencia interpersonal para todas las edades. Entre 45 a 49 años tuvieron un pico de 48434,34 y una prevalencia mínima de 3284,05. Aumentaron la prevalencia todas las causas a excepción de las enfermedades respiratorias crónicas y los accidentes de tránsito.

Tabla 20. Prevalencia en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 20
Prevalencia en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	6622,47	6 994,88	26 356,61	49 989,14	33 786,76	5 969,97	7 760,24	3 289,76
2001	6627,93	7 020,43	26 585,34	50 017,53	33 788,45	5 894,19	7 756,30	3 339,97
2002	6641,64	7 059,02	26 834,08	50 043,71	33 787,99	5 812,33	7 756,05	3 395,21
2003	6660,46	7 072,62	27 105,49	50 056,63	33 797,61	5 705,63	7 754,25	3 456,43
2004	6659,84	7 129,61	27 365,74	50 079,42	33 766,18	5 591,21	7 745,70	3 522,50
2005	6672,46	7 134,32	27 653,06	50 089,90	33 797,56	5 489,31	7 725,18	3 593,68
2006	6671,78	7 165,56	27 922,70	50 112,69	33 783,37	5 398,18	7 664,53	3 673,86
2007	6672,78	7 158,14	28 205,71	50 112,11	33 783,10	5 294,68	7 561,32	3 765,10
2008	6669,64	7 190,53	28 472,35	50 101,41	33 784,69	5 185,49	7 448,89	3 860,02
2009	6655,63	7 197,52	28 749,62	50 110,15	33 773,74	5 105,34	7 360,61	3 951,30
2010	6665,72	7 269,34	29 007,52	50 075,92	33 778,59	5 060,85	7 329,84	4 035,68
2011	6665,86	7 261,64	29 287,75	50 102,22	33 786,53	5 029,86	7 356,90	4 105,07
2012	6682,47	7 266,10	29 566,65	50 154,77	33 778,52	5 003,86	7 411,07	4 165,19
2013	6690,30	7 263,80	29 853,87	50 136,84	33 785,86	4 985,96	7 479,08	4 222,52
2014	6698,81	7 289,38	30 091,86	50 195,25	33 784,55	4 959,50	7 547,67	4 288,41
2015	6718,58	7 331,25	30 312,26	50 197,10	33 764,81	4 948,94	7 603,57	4 364,67
2016	6704,43	7 366,62	30 501,92	50 279,81	33 764,06	4 934,26	7 628,51	4 537,06
2017	6696,11	7 391,76	30 678,35	50 359,80	33 767,10	4 923,35	7 632,05	4 673,13
2018	6687,24	7 422,20	30 972,75	50 389,59	33 793,73	4 939,74	7 635,81	4 686,60
2019	6714,36	7 442,53	31 331,69	50 422,08	33 784,53	4 995,22	7 641,14	4 672,75

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Los hombres entre 50 a 54 años tuvieron un pico de 50422,08 y una tasa mínima de 3289,76. No hay

variaciones en el patrón de las tasas respecto a la edad anterior.

Tabla 21. Prevalencia en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 21
Prevalencia en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	9 671,94	9 521,36	34 713,58	51 424,01	29 479,91	7 228,26	8 774,69	3 211,56
2001	9 680,39	9 531,93	34 955,16	51 456,04	29 481,60	7 152,59	8 771,08	3 271,17
2002	9 706,97	9 528,05	35 303,67	51 496,38	29 503,85	7 055,33	8 775,13	3 337,35
2003	9 714,57	9 562,87	35 683,88	51 542,78	29 483,19	6 954,69	8 779,09	3 407,49
2004	9 743,29	9 620,35	36 106,55	51 536,64	29 496,74	6 849,90	8 775,20	3 480,52
2005	9 735,67	9 578,43	36 488,89	51 569,24	29 498,11	6 731,28	8 755,71	3 551,57
2006	9 740,40	9 670,17	36 764,05	51 562,51	29 489,82	6 605,93	8 686,50	3 631,30
2007	9 746,43	9 709,74	37 039,87	51 550,37	29 496,13	6 478,03	8 565,23	3 721,74
2008	9 728,94	9 835,47	37 327,27	51 509,54	29 510,35	6 356,12	8 431,73	3 817,12
2009	9 736,69	9 941,85	37 612,34	51 503,19	29 513,55	6 259,32	8 325,88	3 910,04
2010	9 728,17	10 084,17	37 913,66	51 505,07	29 496,51	6 182,72	8 287,52	3 994,41
2011	9 731,97	10 069,40	38 277,51	51 521,66	29 503,18	6 140,14	8 317,32	4 063,01
2012	9 754,89	10 080,82	38 694,93	51 537,80	29 522,49	6 105,27	8 378,52	4 121,97
2013	9 761,69	10 100,47	39 106,80	51 558,53	29 534,18	6 065,02	8 454,84	4 180,37
2014	9 778,68	10 136,44	39 445,84	51 609,32	29 516,67	6 030,00	8 529,99	4 247,36
2015	9 785,02	10 172,00	39 614,22	51 620,14	29 539,26	6 010,83	8 587,71	4 336,16
2016	9 756,14	10 204,09	39 574,09	51 747,29	29 543,83	5 983,45	8 596,69	4 520,03
2017	9 733,51	10 228,45	39 560,20	51 843,70	29 544,43	5 966,12	8 585,28	4 668,19
2018	9 748,51	10 287,72	39 858,60	51 868,44	29 548,54	5 988,82	8 591,87	4 689,68
2019	9 769,37	10 319,84	40 503,57	51 893,27	29 554,25	6 055,49	8 609,17	4 686,66

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre los 55 a los 59 años la tasa de prevalencia máxima en varones fue de 51893,27 mientras que la mínima fue de 3211,56. La prevalencia disminuyó para los accidentes de tránsito y las enfermedades respiratorias crónicas.

Tabla 22. Prevalencia en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 22
Prevalencia en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	14 067,90	12 945,06	42 771,20	52 765,45	30 042,32	8 740,93	9 793,41	3 193,24
2001	14 063,82	12 944,43	43 008,78	52 785,58	30 027,36	8 682,15	9 782,26	3 250,45
2002	14 080,32	12 989,75	43 365,33	52 795,72	30 034,24	8 624,81	9 775,74	3 314,02
2003	14 092,27	13 024,93	43 833,94	52 820,35	30 054,00	8 547,77	9 767,97	3 383,08
2004	14 097,66	13 082,49	44 307,09	52 813,69	30 053,47	8 470,52	9 753,09	3 456,43
2005	14 112,35	13 086,75	44 663,22	52 840,53	30 038,49	8 367,05	9 725,24	3 535,64
2006	14 101,43	13 185,61	44 950,60	52 837,20	30 039,48	8 235,34	9 644,32	3 625,65
2007	14 086,46	13 220,44	45 218,45	52 827,03	30 043,57	8 084,65	9 504,28	3 728,21
2008	14 068,11	13 319,48	45 471,22	52 807,18	30 060,20	7 931,82	9 350,32	3 834,10
2009	14 054,57	13 428,76	45 749,81	52 815,07	30 074,07	7 805,94	9 227,64	3 935,93
2010	14 042,94	13 643,47	46 008,90	52 822,80	30 053,23	7 709,24	9 181,45	4 022,48
2011	14 049,30	13 687,56	46 380,37	52 847,02	30 087,84	7 655,17	9 213,32	4 092,84
2012	14 062,73	13 776,61	46 863,42	52 874,06	30 065,21	7 585,59	9 281,58	4 152,80
2013	14 083,71	13 872,33	47 348,40	52 916,89	30 069,74	7 520,95	9 366,49	4 213,15
2014	14 098,66	13 957,83	47 714,47	52 969,28	30 072,28	7 468,50	9 448,35	4 283,04
2015	14 108,63	14 046,15	47 858,64	53 014,23	30 078,91	7 428,67	9 507,43	4 372,94
2016	14 068,17	14 113,42	47 708,66	53 127,33	30 105,43	7 378,46	9 504,06	4 554,41
2017	14 046,51	14 127,16	47 549,48	53 222,61	30 134,63	7 358,78	9 482,94	4 697,96
2018	14 052,02	14 259,89	47 899,73	53 252,44	30 120,12	7 391,67	9 493,58	4 717,91
2019	14 082,12	14 364,40	48 709,92	53 260,73	30 126,58	7 458,89	9 521,37	4 713,33

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Para los hombres de 60 a 64 años la prevalencia máxima fue de 53260,73 y la mínima de 3193,24. La

prevalencia disminuyó para los accidentes de tránsito y las enfermedades respiratorias crónicas.

Tabla 23. Prevalencia en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 23
Prevalencia en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	5 249,01	9 088,29	18 503,07	48 280,51	38 548,64	7 207,21	4 688,77	4 052,78
2001	5 246,00	9 119,82	18 630,17	48 282,05	38 558,88	7 086,89	4 678,12	4 083,05
2002	5 244,02	9 128,96	18 758,53	48 268,23	38 550,88	6 936,81	4 665,13	4 116,18
2003	5 254,32	9 143,65	18 886,94	48 263,67	38 565,02	6 753,58	4 649,30	4 151,42
2004	5 256,81	9 159,43	19 011,80	48 253,93	38 574,89	6 585,25	4 629,95	4 187,74
2005	5 250,40	9 171,32	19 144,72	48 243,21	38 581,56	6 449,03	4 606,36	4 226,17
2006	5 243,84	9 218,90	19 255,08	48 238,84	38 593,70	6 315,80	4 564,03	4 268,09
2007	5 238,78	9 183,23	19 386,99	48 224,43	38 616,51	6 172,86	4 501,50	4 314,43
2008	5 237,86	9 222,41	19 520,95	48 221,66	38 630,53	6 042,79	4 435,61	4 360,75
2009	5 242,52	9 256,19	19 657,29	48 207,62	38 635,29	5 924,47	4 383,54	4 404,92
2010	5 234,07	9 304,13	19 791,43	48 212,04	38 614,89	5 827,06	4 361,85	4 440,33
2011	5 236,65	9 269,36	19 955,79	48 213,63	38 625,90	5 752,57	4 371,35	4 468,75
2012	5 231,86	9 287,55	20 117,61	48 239,99	38 650,03	5 682,28	4 395,90	4 491,91
2013	5 230,45	9 302,31	20 297,56	48 262,68	38 652,03	5 614,86	4 428,35	4 515,56
2014	5 217,65	9 317,32	20 482,70	48 274,74	38 650,77	5 547,44	4 461,12	4 542,33
2015	5 217,79	9 315,74	20 683,43	48 331,78	38 667,14	5 476,77	4 487,00	4 579,36
2016	5 235,81	9 362,49	20 932,36	48 452,00	38 674,04	5 333,32	4 506,05	4 670,27
2017	5 248,48	9 403,31	21 179,11	48 567,51	38 693,26	5 231,51	4 515,32	4 745,66
2018	5 258,56	9 417,16	21 364,19	48 592,13	38 711,46	5 243,06	4 516,12	4 752,46
2019	5 259,22	9 425,70	21 552,27	48 577,98	38 723,28	5 282,96	4 516,56	4 746,51

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Esta tabla contiene los datos de la prevalencia de ambos sexos entre los 45 a los 49 años durante el periodo 2000 al 2019. La prevalencia ha aumentado en todas las causas excepto en las enfermedades respiratorias crónicas y los accidentes de tránsito. La prevalencia máxima para ambos sexos fue de 48592,13 en el 2018 a causa de enfermedades digestivas y el mínimo fue de 4052,78 por suicidios y violencia interpersonal en el año 2000.

Tabla 24. Prevalencia en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 24
Prevalencia en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	6 996,82	10 570,91	24 104,87	50 685,33	38 285,01	8 337,13	5 468,31	3 457,03
2001	6 999,25	10 619,47	24 270,86	50 660,44	38 295,61	8 219,61	5 449,98	3 486,57
2002	7 000,62	10 632,88	24 430,49	50 639,43	38 310,65	8 065,76	5 433,28	3 518,40
2003	6 991,64	10 655,48	24 613,14	50 631,27	38 322,96	7 878,02	5 412,79	3 552,88
2004	6 983,13	10 696,99	24 774,13	50 598,35	38 319,49	7 676,67	5 387,97	3 588,95
2005	6 979,87	10 729,19	24 958,13	50 579,76	38 345,49	7 507,40	5 359,51	3 626,18
2006	6 970,15	10 774,07	25 125,75	50 572,17	38 348,21	7 351,14	5 313,02	3 666,71
2007	6 961,34	10 716,46	25 291,03	50 561,30	38 361,46	7 186,67	5 245,55	3 712,19
2008	6 947,89	10 755,14	25 454,40	50 540,42	38 372,43	7 018,45	5 174,77	3 759,06
2009	6 926,61	10 790,29	25 624,75	50 528,82	38 374,92	6 871,50	5 118,11	3 803,82
2010	6 925,39	10 877,17	25 782,88	50 511,58	38 389,55	6 744,42	5 092,22	3 844,91
2011	6 922,95	10 875,25	25 974,60	50 529,75	38 396,81	6 641,86	5 096,27	3 878,20
2012	6 920,91	10 885,52	26 201,82	50 551,32	38 416,57	6 548,53	5 115,37	3 906,67
2013	6 911,58	10 902,29	26 436,29	50 553,32	38 429,81	6 455,45	5 142,45	3 933,84
2014	6 907,41	10 887,09	26 659,32	50 596,91	38 435,98	6 360,34	5 171,20	3 965,57
2015	6 911,39	10 908,07	26 890,78	50 616,94	38 432,85	6 249,18	5 195,23	4 003,19
2016	6 911,73	10 976,57	27 175,40	50 718,56	38 439,53	6 050,26	5 208,52	4 097,87
2017	6 917,72	11 012,23	27 428,22	50 817,10	38 444,13	5 919,29	5 214,00	4 176,23
2018	6 913,38	11 029,18	27 673,83	50 849,52	38 458,76	5 928,81	5 219,32	4 186,00
2019	6 929,73	11 037,02	27 906,03	50 872,56	38 447,36	5 978,18	5 224,94	4 180,50

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Ambos sexos entre los 50-54 años tuvieron un pico de prevalencia de 50872,56 y una tasa mínima de 3457,03, siguiendo el mismo patrón de la edad anterior.

Tabla 25. Prevalencia en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 25
Prevalencia en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	9 800,61	11 965,85	33 184,00	52 552,42	33 851,82	9 340,69	6 190,23	2 997,38
2001	9 797,48	11 992,79	33 358,71	52 524,88	33 855,85	9 228,36	6 179,34	3 031,40
2002	9 791,55	11 972,25	33 579,62	52 516,73	33 880,81	9 069,01	6 159,09	3 068,15
2003	9 782,11	12 025,77	33 806,15	52 506,85	33 880,91	8 886,02	6 136,30	3 106,55
2004	9 778,01	12 087,61	34 046,59	52 474,40	33 905,15	8 702,50	6 105,89	3 145,01
2005	9 749,11	12 088,31	34 258,75	52 461,50	33 922,04	8 524,40	6 071,55	3 181,13
2006	9 743,14	12 192,07	34 421,85	52 437,75	33 944,98	8 355,70	6 012,48	3 219,92
2007	9 721,59	12 170,15	34 591,23	52 420,93	33 942,50	8 175,35	5 933,11	3 264,10
2008	9 692,28	12 318,40	34 744,54	52 390,54	33 975,08	7 993,50	5 848,60	3 310,10
2009	9 675,86	12 428,93	34 904,26	52 377,12	33 988,86	7 828,65	5 779,67	3 354,36
2010	9 653,26	12 542,71	35 088,91	52 369,98	33 976,22	7 679,16	5 747,70	3 394,22
2011	9 641,46	12 500,31	35 318,06	52 381,77	33 989,72	7 554,66	5 752,92	3 426,22
2012	9 634,46	12 496,04	35 610,49	52 413,40	34 011,82	7 444,74	5 775,95	3 453,49
2013	9 621,66	12 474,18	35 922,00	52 439,42	34 025,35	7 328,11	5 807,74	3 480,65
2014	9 621,91	12 452,94	36 210,57	52 468,35	34 042,99	7 209,23	5 839,06	3 512,24
2015	9 616,99	12 465,72	36 426,90	52 497,95	34 065,09	7 081,74	5 860,50	3 554,64
2016	9 610,33	12 502,66	36 641,52	52 625,11	34 076,92	6 871,05	5 858,16	3 652,76
2017	9 610,10	12 525,70	36 868,26	52 729,52	34 086,26	6 735,29	5 848,78	3 734,55
2018	9 606,79	12 586,68	37 139,63	52 778,81	34 096,58	6 755,49	5 849,17	3 745,91
2019	9 616,42	12 633,33	37 532,97	52 818,41	34 117,45	6 830,30	5 856,16	3 744,06

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Las edades entre los 55 y 59 años tuvieron un pico de 52818,41 y una prevalencia mínima de 2997,38

para ambos sexos. Comportamiento similar al rango entre los 45 y 54 años.

Tabla 26. Prevalencia en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 26
Prevalencia en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	13 733,66	13 742,17	44 768,48	54 089,80	34 018,97	10 408,15	6 921,96	2 897,85
2001	13 721,53	13 764,81	44 928,92	54 070,90	34 003,59	10 307,21	6 907,57	2 931,13
2002	13 706,65	13 783,27	45 139,00	54 047,11	34 008,75	10 159,08	6 883,62	2 967,13
2003	13 680,65	13 841,93	45 395,97	54 018,10	34 030,78	9 997,72	6 851,00	3 004,91
2004	13 652,53	13 894,79	45 638,51	53 981,51	34 032,18	9 828,15	6 821,51	3 044,81
2005	13 632,02	13 911,85	45 844,76	53 991,07	34 035,94	9 660,76	6 785,19	3 085,75
2006	13 601,03	14 010,48	46 004,75	53 968,46	34 039,63	9 486,51	6 727,96	3 131,44
2007	13 561,97	13 997,88	46 164,90	53 936,01	34 058,29	9 303,08	6 632,43	3 181,27
2008	13 518,46	14 120,26	46 294,54	53 905,97	34 075,07	9 132,38	6 532,50	3 232,34
2009	13 478,41	14 213,14	46 452,23	53 903,34	34 097,53	8 961,76	6 448,12	3 280,23
2010	13 447,57	14 392,90	46 592,19	53 901,05	34 106,48	8 801,74	6 406,32	3 320,35
2011	13 426,44	14 427,17	46 808,97	53 914,53	34 151,13	8 683,16	6 403,94	3 351,39
2012	13 405,03	14 476,11	47 120,14	53 961,31	34 148,30	8 548,41	6 427,45	3 378,63
2013	13 390,70	14 536,42	47 447,22	54 014,71	34 160,46	8 411,84	6 459,88	3 405,96
2014	13 381,74	14 591,45	47 732,95	54 075,68	34 188,61	8 288,66	6 490,35	3 437,95
2015	13 372,04	14 668,85	47 906,16	54 126,75	34 195,09	8 144,35	6 509,61	3 480,17
2016	13 346,28	14 744,91	48 076,76	54 212,42	34 219,71	7 947,22	6 502,32	3 577,52
2017	13 336,00	14 789,34	48 249,52	54 299,61	34 251,94	7 821,18	6 491,01	3 657,92
2018	13 332,14	14 850,93	48 500,29	54 367,64	34 236,92	7 855,30	6 495,75	3 669,03
2019	13 327,59	14 896,46	48 930,70	54 430,05	34 249,91	7 962,45	6 509,44	3 666,22

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Finalmente, las edades entre los 60 y 64 años tuvieron una tasa máxima de prevalencia de 54430,05 y una mínima de 2897,85. La prevalencia para ambos sexos aumentó en todas las causas a excepción de las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y los accidentes de tránsito, donde disminuyeron.

Tabla 27. Mortalidad femenina entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 27
Mortalidad femenina entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	41,20	88,06	15,94	16,13	3,77	5,97	7,68	4,30
2001	43,94	91,80	17,04	17,98	4,07	6,12	8,08	4,62
2002	43,61	90,11	17,26	17,89	4,27	5,83	8,28	4,89
2003	42,26	91,16	17,56	17,73	4,38	5,67	7,96	5,23
2004	39,00	87,71	16,39	16,13	4,35	5,08	7,34	5,09
2005	35,84	84,27	15,25	15,10	4,31	4,78	7,21	5,40
2006	37,69	88,93	15,99	15,86	4,49	4,79	7,74	5,59
2007	30,10	75,56	12,98	12,98	4,10	4,02	6,49	4,61
2008	28,90	75,51	12,83	13,06	4,19	3,87	6,46	4,51
2009	29,94	78,68	13,19	13,74	4,11	3,87	6,66	5,26
2010	32,18	82,00	14,01	14,54	4,32	3,99	6,89	5,53
2011	28,68	74,54	12,84	13,14	4,15	3,58	6,45	4,98
2012	29,75	77,18	13,36	13,63	4,20	3,66	6,78	4,95
2013	31,31	80,66	13,90	14,41	4,38	3,61	6,93	5,01
2014	31,09	80,26	14,08	14,78	4,39	3,41	6,51	4,88
2015	29,04	78,62	14,22	14,21	4,29	3,45	6,20	4,69
2016	30,03	80,85	14,88	14,65	4,44	3,45	6,50	5,58
2017	30,34	81,82	15,01	14,79	4,46	3,58	6,51	5,26
2018	29,67	80,72	14,83	14,50	4,43	3,55	6,27	5,12
2019	28,86	79,28	14,58	14,15	4,39	3,50	6,04	4,98

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Esta tabla representa la mortalidad femenina en el rango de edad de 45 a 49 años, se aprecian las mayores tasas de mortalidad en la causa por neoplasias con un pico de 91,80 en el año 2000, las enfermedades cardiovasculares concentran las segundas tasas más altas, seguido de la diabetes y enfermedades digestivas. Se puede apreciar como las tendencias van a la baja para las primeras 4 causas junto con las enfermedades respiratorias crónicas y los accidentes de tránsito. La tasa de mortalidad más baja para el periodo estudiado en este rango de edad fue de 3,41 en el año 2014 debido a la causa enfermedad respiratoria crónica. Las tasas de mortalidad muestran tendencia al ascenso en las causas trastornos neurológicos y suicidio y violencia intrapersonal.

Tabla 28. Mortalidad femenina entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 28
Mortalidad femenina entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	71,43	133,06	29,42	25,26	5,67	10,68	8,57	3,70
2001	73,60	134,88	30,46	27,83	6,02	10,70	7,72	3,79
2002	69,75	129,06	30,05	27,95	6,25	9,95	7,55	3,91
2003	65,69	126,35	29,90	27,38	6,29	9,56	6,90	3,94
2004	63,09	123,24	29,58	26,33	6,28	8,67	6,75	3,93
2005	63,09	125,46	29,73	26,86	6,40	8,61	7,18	4,32
2006	66,33	132,01	31,18	28,16	6,71	8,49	7,76	4,25
2007	50,04	106,84	24,46	21,34	5,95	6,68	6,05	3,37
2008	49,03	108,30	24,76	20,97	6,06	6,27	6,04	3,43
2009	48,87	112,56	24,63	21,42	5,91	6,17	6,00	3,90
2010	55,38	122,99	27,37	23,75	6,46	6,84	6,36	4,22
2011	53,17	119,65	26,37	22,94	6,48	6,60	6,33	3,69
2012	52,52	118,79	25,94	22,50	6,41	6,35	6,36	3,96
2013	51,86	120,54	25,65	22,68	6,60	6,37	6,50	3,91
2014	48,35	113,91	24,08	21,17	6,42	5,82	6,01	3,78
2015	45,99	112,15	23,92	21,24	6,41	5,66	5,85	3,41
2016	47,63	117,30	24,61	22,46	6,75	5,74	6,26	4,27
2017	48,22	118,17	24,95	22,61	6,72	5,94	6,25	3,99
2018	47,13	116,29	24,61	22,18	6,64	5,89	6,01	3,89
2019	46,31	114,79	24,40	21,86	6,59	5,84	5,84	3,82

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Esta tabla representa la mortalidad femenina en el rango de 50 a 54 años durante el 2000 al 2019, las tasas de mortalidad son mayores en neoplasias con un pico de 134,88 durante el año 2001, se puede apreciar como a partir del año 2007 todas las causas manifiestan un destacado descenso con respecto al año anterior el cual es el 2006, para este rango de edad la tasa más baja de mortalidad fue de 3,37 en el año 2007 correspondiente a suicidios y violencia intrapersonal, sin embargo las tendencias de mortalidad de esta última causa junto con los trastornos neurológicos son a la alza.

Tabla 29. Mortalidad femenina entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 29
Mortalidad femenina entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De transito	Suicidios y violencia
2000	128,12	200,49	55,69	43,10	9,92	20,86	10,72	3,82
2001	130,68	203,61	57,81	44,21	10,48	21,13	9,69	3,95
2002	117,68	188,69	54,25	41,14	10,61	19,07	8,76	3,94
2003	114,44	189,03	55,87	40,56	10,80	18,09	8,49	4,13
2004	112,75	188,59	55,09	40,66	10,94	16,26	8,36	4,21
2005	106,68	185,17	51,93	38,54	10,81	15,86	8,05	4,36
2006	110,70	191,68	52,01	39,24	11,12	15,32	8,41	4,35
2007	91,96	167,55	43,25	32,33	10,34	12,89	7,26	3,67
2008	99,01	181,46	46,45	34,16	10,95	13,31	7,67	4,07
2009	103,46	191,84	46,62	36,08	10,84	13,42	7,89	4,65
2010	109,36	198,89	48,79	39,00	11,34	14,19	7,81	4,86
2011	98,77	184,32	44,49	36,79	10,95	12,92	7,60	4,21
2012	97,22	185,08	43,76	36,37	10,83	12,43	7,58	4,31
2013	92,07	180,46	41,46	36,19	10,91	11,98	7,44	3,99
2014	83,23	169,25	38,75	34,04	10,60	10,58	6,82	3,84
2015	80,59	167,98	38,99	34,56	10,67	10,77	6,83	3,75
2016	80,60	169,01	38,88	34,93	10,92	10,74	7,06	3,97
2017	79,14	166,64	38,80	34,30	10,75	10,74	6,82	3,80
2018	80,84	169,69	40,01	35,04	10,83	11,01	6,86	3,86
2019	80,33	169,10	40,20	34,87	10,80	11,00	6,74	3,82

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito.

En cuanto a la mortalidad femenina de los 55 a los 59 años durante el 2000 al 2019, el pico más alto en mortalidad fue en el año 2001 debido a neoplasias con una tasa de 203,61 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que la tasa menor es un 3.67 en el año 2007 por suicidios y violencia interpersonal, la mortalidad ha disminuido para todas las causas con un patrón constante en los trastornos neurológicos y los suicidios y violencia interpersonal.

Tabla 30. Mortalidad femenina entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 30
Mortalidad femenina entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De transito	Suicidios y violencia
2000	240,71	279,40	95,58	77,62	17,68	42,74	14,07	3,49
2001	246,28	283,19	99,44	79,84	18,50	43,20	12,31	3,61
2002	228,47	268,64	94,03	78,07	18,80	39,56	11,83	3,61
2003	222,98	272,01	99,04	77,21	19,15	36,95	11,64	3,92
2004	211,98	269,27	97,82	74,93	19,21	32,75	11,12	3,82
2005	196,44	264,36	91,53	69,00	18,92	30,19	10,50	3,99
2006	198,38	275,12	91,86	70,72	19,39	29,37	11,06	4,02
2007	161,81	240,81	76,15	58,53	18,12	24,44	9,24	3,35
2008	160,33	248,61	77,01	58,74	18,52	24,20	9,20	3,45
2009	154,87	248,98	74,06	57,13	17,93	23,54	8,75	3,74
2010	167,26	266,83	79,69	62,94	18,99	26,06	8,82	4,06
2011	162,16	261,55	76,70	62,75	18,93	25,74	8,93	3,97
2012	155,30	259,77	73,26	60,62	18,76	24,86	8,69	3,53
2013	149,01	254,21	71,11	60,98	18,70	24,52	8,61	3,33
2014	144,87	252,36	70,41	61,88	18,89	24,25	8,52	3,52
2015	148,80	262,79	73,21	65,73	19,54	24,57	8,90	3,63
2016	153,27	272,23	76,24	68,08	20,19	25,87	9,46	3,96
2017	152,63	269,57	76,12	67,40	20,05	25,89	9,21	3,82
2018	150,22	266,34	75,57	66,27	19,91	25,65	8,96	3,75
2019	149,85	265,93	75,92	65,93	19,93	25,65	8,81	3,74

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

En las mujeres de 60 a 64 años se sigue el mismo patrón que el resto de las edades, las neoplasias continúan con las tasas mayores de mortalidad nuevamente con el pico en el 2001 de 283,19, se sigue el mismo patrón de descenso en el año 2007 respecto al año anterior, la tasa más baja del periodo fue por suicidio y violencia interpersonal con 3.33 durante el 2013, la mortalidad transcurre a la baja para todas las causas mientras que los trastornos neurológicos mantienen cifras constantes, los suicidios y violencia interpersonal con ligera tendencia al alza.

Tabla 31. Mortalidad masculina entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 31
Mortalidad masculina entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De transito	Suicidios y violencia
2000	83,75	72,14	24,72	51,18	5,11	7,06	48,71	34,38
2001	78,79	72,63	25,47	49,74	5,64	7,07	44,82	34,98
2002	77,76	72,36	25,29	49,41	5,85	6,92	44,74	35,49
2003	84,53	72,36	25,84	47,71	5,98	6,83	43,90	38,26
2004	85,07	73,37	26,03	48,00	6,32	6,67	42,93	38,39
2005	64,16	67,11	23,30	43,11	6,02	5,71	38,01	37,15
2006	82,47	72,61	24,92	48,69	6,57	6,12	41,35	40,82
2007	81,97	67,26	22,08	44,80	6,16	5,55	37,35	37,04
2008	68,43	68,65	23,00	45,20	6,48	5,54	38,02	40,78
2009	70,82	66,63	21,92	42,01	6,22	5,03	35,72	40,74
2010	73,16	73,24	25,49	46,87	6,85	5,57	40,09	44,63
2011	73,42	66,55	23,19	41,28	6,43	4,79	37,05	40,98
2012	68,68	64,31	21,73	39,15	6,25	4,34	35,88	39,09
2013	67,52	65,91	21,90	39,74	6,34	4,57	37,14	40,49
2014	66,99	63,89	21,53	38,77	6,26	4,38	37,44	41,08
2015	71,13	64,80	22,04	39,31	6,32	4,47	38,83	44,55
2016	64,04	69,01	24,41	42,51	6,85	4,93	41,91	44,68
2017	67,93	70,39	24,67	43,17	6,94	4,96	42,10	43,59
2018	67,15	70,63	24,77	43,27	6,97	4,94	40,79	42,91
2019	68,76	69,82	24,44	42,75	6,90	4,86	39,56	41,72

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tabla anterior contiene información referente a la tasa de mortalidad masculina entre los 45 y 49 años durante el periodo 2000-2019, los hombres entre los 45 a 49 años tuvieron su tasa de mortalidad más alta en el año 2004 con 85.07 correspondiente a las enfermedades cardiovasculares mientras que la tasa de mortalidad más baja fue de 4.34 en el 2012 por enfermedades respiratorias crónicas, en este rango de edad la mortalidad disminuyó para todas las causas excepto en los trastornos neurológicos y en violencia interpersonal y suicidio quienes han tenido cifras a la alza.

Tabla 32. Mortalidad masculina entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 32
Mortalidad masculina entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De transito	Suicidios y violencia
2000	132,81	111,45	37,64	69,43	7,25	10,57	59,48	28,26
2001	135,82	116,57	40,24	71,32	8,07	10,98	54,08	29,42
2002	142,39	123,86	43,97	74,28	8,75	11,05	51,40	31,71
2003	138,34	122,64	44,64	71,54	8,84	10,49	50,23	34,07
2004	139,82	124,71	44,98	72,11	9,25	9,95	50,27	34,79
2005	132,78	117,57	41,90	67,86	8,93	9,16	43,63	34,41
2006	144,06	126,78	44,58	74,93	9,71	9,82	46,60	37,92
2007	125,86	113,49	38,16	66,46	8,70	8,55	42,39	33,26
2008	127,42	114,06	38,11	65,99	9,08	8,35	45,59	36,11
2009	120,55	109,27	35,55	61,93	8,70	7,53	42,75	35,90
2010	140,53	123,31	42,33	70,38	9,75	8,64	45,82	40,10
2011	131,92	115,75	38,71	63,98	9,41	7,60	42,32	36,11
2012	126,45	111,80	36,73	61,70	9,15	7,08	41,78	35,41
2013	124,25	111,62	36,35	62,18	9,25	7,24	42,17	36,60
2014	125,14	113,68	36,62	62,69	9,46	7,36	42,99	36,77
2015	128,66	118,80	38,27	65,02	9,65	7,71	44,86	39,57
2016	131,38	123,93	40,82	67,74	10,18	8,10	46,08	38,78
2017	130,00	123,53	40,40	67,36	10,12	8,04	44,92	37,71
2018	131,02	125,63	41,28	68,39	10,28	8,16	44,77	37,83
2019	128,45	124,34	40,94	67,57	10,20	8,07	43,57	37,03

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre los 50 a los 54 años el pico de mortalidad masculina fue en el año 2006 con 144.06 muertes por cada 100.000 habitantes por causas cardiovasculares, mientras que las enfermedades respiratorias crónicas fueron la tasa de mortalidad más baja en el año 2012 con 7.08, la mortalidad ha aumentado para las neoplasias, diabetes y enfermedad renal crónica, los trastornos neurológicos y el suicidio y violencia interpersonal. Se ven picos en el año 2006 y en el 2010.

Tabla 33. Mortalidad masculina entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 33
Mortalidad masculina entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De transito	Suicidios y violencia
2000	259,63	224,86	71,41	97,83	13,01	26,33	59,48	32,33
2001	246,86	219,04	72,28	94,65	13,79	24,53	54,08	31,49
2002	229,79	207,69	72,19	89,26	13,67	22,44	51,40	31,21
2003	231,48	211,94	77,12	91,40	14,27	23,33	50,23	34,31
2004	233,12	216,09	78,80	91,91	14,89	22,14	50,27	34,85
2005	201,98	189,18	67,13	78,86	13,79	19,14	43,63	31,65
2006	214,33	203,07	71,43	86,46	14,78	20,53	46,60	35,03
2007	196,46	190,41	63,60	80,53	13,87	18,75	42,39	31,67
2008	212,67	207,21	69,30	87,94	14,92	19,79	45,59	37,59
2009	203,31	204,99	66,33	84,83	14,71	18,31	42,75	36,92
2010	226,65	225,69	74,28	92,90	15,87	20,15	45,82	39,04
2011	210,02	210,15	65,41	86,09	15,11	17,53	42,32	36,37
2012	203,16	202,90	63,04	84,69	14,79	16,54	41,78	35,81
2013	198,09	200,37	61,40	85,70	14,74	16,39	42,17	36,13
2014	201,43	202,76	61,80	88,02	15,00	16,73	42,99	36,79
2015	209,49	210,56	64,90	93,64	15,50	17,58	44,86	40,68
2016	209,61	213,59	67,44	96,57	15,90	18,18	46,08	39,11
2017	205,86	210,42	66,05	94,62	15,74	17,79	44,92	37,05
2018	210,70	216,22	68,55	97,17	16,15	18,25	44,77	37,62
2019	207,22	214,24	68,13	95,84	16,06	18,02	43,57	36,92

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Por su parte los hombres entre los 55-59 años tuvieron su pico y su tasa más baja de mortalidad en el mismo año, en el año 2000 fallecieron 259.63 por cada 100.000 habitantes a causa de las enfermedades cardiovasculares versus un 13.01 de trastornos neurológicos, la mortalidad subió en trastornos neurológicos, suicidios y violencia interpersonal mientras que enfermedades digestivas han mantenido tasas constantes a lo largo del periodo. De forma general se aprecia un aumento en las tasas durante 2003 y 2004 para luego descender en 2005, subir nuevamente en 2006, 2008, 2010 y 2018.

Tabla 34. Mortalidad masculina entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 34
Mortalidad masculina entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De transito	Suicidios y violencia
2000	410,20	359,95	105,05	131,32	20,48	55,92	56,90	28,00
2001	383,04	346,31	102,72	123,14	20,93	51,03	52,18	26,90
2002	369,38	335,73	103,32	121,01	21,02	47,43	50,79	27,56
2003	370,13	340,88	109,71	122,79	21,77	47,73	50,92	29,96
2004	375,54	347,71	112,63	124,27	22,75	46,54	52,87	30,60
2005	339,10	314,41	97,26	110,35	21,66	41,14	47,49	28,62
2006	355,82	331,65	103,78	118,76	22,81	43,05	50,54	31,21
2007	311,77	293,88	89,51	106,59	21,07	36,67	43,84	26,59
2008	314,66	297,25	90,35	107,67	21,36	35,97	43,25	30,08
2009	301,36	288,52	88,79	102,67	21,08	32,86	39,83	29,03
2010	358,50	337,81	108,05	118,78	23,20	38,07	45,02	34,59
2011	341,47	323,24	102,05	114,65	22,75	35,10	41,72	34,10
2012	340,53	321,77	102,04	113,35	22,61	33,73	40,85	34,71
2013	340,69	328,31	105,18	116,77	22,96	33,74	40,73	36,15
2014	343,91	333,99	106,72	119,17	23,39	33,45	40,85	36,09
2015	353,22	351,39	112,34	123,74	24,05	34,66	42,21	41,03
2016	344,68	351,69	114,71	123,04	24,38	35,59	42,81	39,40
2017	335,59	344,72	110,90	119,61	24,09	34,80	41,49	35,26
2018	346,90	358,60	116,27	124,09	24,85	36,41	41,98	35,92
2019	340,46	355,51	115,13	122,38	24,77	36,15	41,06	35,06

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

En los hombres de 60 a 64 años, se tuvo un pico de mortalidad en el año 2000 de 410.20 por enfermedades cardiovasculares en contra de un 20.48 por trastornos neurológicos y un descenso de mortalidad en todas las causas a excepción de dichos trastornos y suicidios y violencia. De forma general se ven ascensos en 2003, 2004, 2006, 2008, 2010, 2015, 2016 y 2018.

Tabla 35. Mortalidad en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 35
Mortalidad en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	62,54	80,22	20,26	33,38	4,43	6,51	27,88	19,11
2001	64,16	82,38	21,18	33,59	4,84	6,59	26,14	19,54
2002	63,31	81,40	21,20	33,36	5,05	6,37	26,17	19,91
2003	61,97	81,94	21,62	32,42	5,16	6,24	25,57	21,41
2004	60,02	80,70	21,10	31,72	5,31	5,86	24,75	21,38
2005	54,18	75,90	19,17	28,77	5,15	5,23	22,24	20,89
2006	57,69	80,99	20,33	31,83	5,50	5,44	24,09	22,73
2007	49,85	71,53	17,39	28,41	5,10	4,77	21,46	20,34
2008	50,30	72,19	17,75	28,60	5,30	4,68	21,72	22,04
2009	48,62	72,87	17,40	27,37	5,13	4,43	20,67	22,37
2010	54,12	77,78	19,54	30,10	5,54	4,75	22,87	24,35
2011	49,09	70,70	17,82	26,67	5,25	4,16	21,16	22,29
2012	47,90	70,99	17,38	25,90	5,19	3,99	20,77	21,36
2013	48,45	73,57	17,74	26,58	5,32	4,07	21,44	22,05
2014	46,96	72,40	17,66	26,29	5,28	3,87	21,36	22,25
2015	45,81	72,00	17,97	26,24	5,27	3,94	21,84	23,79
2016	48,15	75,19	19,44	27,97	5,59	4,16	23,43	24,27
2017	48,66	76,37	19,62	28,33	5,65	4,24	23,49	23,54
2018	48,12	75,92	19,56	28,19	5,64	4,22	22,70	23,11
2019	47,05	74,78	19,26	27,74	5,58	4,15	21,97	22,43

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tabla anterior representa las tasas de mortalidad para ambos sexos entre los 45 a los 49 años durante el periodo 2000 al 2019. Su tasa de mortalidad más alta fue en el año 2001 con 82.38 muertes por cada 100.000 habitantes a causa de neoplasias, su tasa de mortalidad más baja fue en el año 2014 con 3.87 muertes por enfermedades respiratorias crónicas, del 2000 al 2009 las tasas han seguido un patrón de descenso para luego hacer picos en 2010 y posteriormente descender. La mortalidad ha disminuido a excepción de los trastornos neurológicos y suicidios y violencia interpersonal, además de que la causa por diabetes y enfermedad renal crónica ha mantenido tasas de mortalidad constantes.

Tabla 36. Mortalidad en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 36
Mortalidad en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	101,59	122,44	33,46	46,97	6,45	10,62	26,11	15,77
2001	104,07	125,92	35,24	49,12	7,02	10,83	26,82	16,34
2002	105,25	126,51	36,85	50,59	7,47	10,49	28,30	17,50
2003	101,12	124,54	37,09	48,92	7,53	10,01	27,32	18,64
2004	100,42	123,96	37,07	48,60	7,72	9,29	26,94	18,94
2005	96,91	121,63	35,64	46,76	7,63	8,88	25,82	18,92
2006	103,96	129,48	37,67	50,81	8,16	9,14	27,40	20,56
2007	86,67	110,05	31,08	43,13	7,28	7,58	23,22	17,81
2008	86,81	111,08	31,20	42,66	7,51	7,27	23,12	19,18
2009	83,34	110,98	29,88	40,90	7,25	6,82	21,53	19,29
2010	96,22	123,14	34,55	46,11	8,04	7,70	23,87	21,44
2011	90,83	117,79	32,27	42,57	7,88	7,07	22,50	19,19
2012	87,77	115,46	31,08	41,19	7,71	6,70	21,67	18,95
2013	86,28	116,30	30,73	41,47	7,86	6,78	21,84	19,45
2014	84,79	113,80	30,03	40,87	7,86	6,55	22,19	19,43
2015	85,16	115,30	30,72	41,98	7,94	6,63	23,15	20,54
2016	87,30	120,44	32,29	43,91	8,38	6,86	24,18	20,62
2017	86,95	120,71	32,27	43,80	8,33	6,93	23,86	19,96
2018	86,85	120,71	32,51	44,06	8,36	6,96	23,38	19,96
2019	85,18	119,31	32,23	43,49	8,30	6,89	22,74	19,53

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tasa de mortalidad para ambos sexos entre los 50-54 años tuvo un pico de mortalidad en el 2006 con 129.48 muertes por cada 100.000 habitantes causado por neoplasias, mientras que un 6.45 en el año 2000 por trastornos neurológicos fue la tasa de mortalidad más baja en el periodo 2000-2019, nuevamente se muestra un patrón de descenso de 2000 al 2009 con un pico en el año 2010 para posteriormente ir descendiendo, las tasas que muestran patrón de ascenso entre 2000 al 2019 son los trastornos neurológicos y la causa por suicidio y violencia.

Tabla 37. Mortalidad en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 37
Mortalidad en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	192,73	212,46	63,41	69,99	11,44	23,54	34,68	17,83
2001	187,78	211,19	64,92	69,00	12,11	22,80	31,51	17,48
2002	172,62	198,00	63,04	64,72	12,11	20,73	29,65	17,30
2003	171,64	200,22	66,26	65,40	12,49	20,65	28,89	18,88
2004	171,33	201,97	66,63	65,60	12,86	19,12	28,76	19,12
2005	152,88	187,11	59,30	58,09	12,26	17,45	25,30	17,59
2006	160,72	197,18	61,38	62,03	12,89	17,83	26,84	19,16
2007	142,28	178,56	53,05	55,54	12,04	15,71	24,17	17,15
2008	153,60	193,83	57,43	59,99	12,86	16,42	25,88	20,17
2009	151,27	198,14	56,06	59,42	12,69	15,76	24,58	20,10
2010	165,37	211,69	60,96	64,73	13,50	17,04	25,96	21,18
2011	151,76	196,63	54,45	60,27	12,93	15,11	24,14	19,53
2012	147,58	193,55	52,93	59,34	12,71	14,38	23,84	19,28
2013	142,37	189,90	50,92	59,68	12,73	14,07	23,91	19,23
2014	139,19	185,11	49,66	59,59	12,68	13,49	23,94	19,44
2015	141,47	188,09	51,22	62,47	12,95	13,98	24,79	21,19
2016	141,35	190,01	52,33	63,95	13,26	14,24	25,43	20,51
2017	138,64	187,19	51,59	62,62	13,09	14,05	24,71	19,42
2018	141,65	191,48	53,37	64,13	13,32	14,40	24,61	19,67
2019	139,63	190,19	53,25	63,36	13,26	14,28	23,95	19,29

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Las edades de 55 a 59 años en ambos sexos tuvieron un pico de 212,46 muertes en el año 2000 a causa de neoplasias contra un 11.44 en el mismo año por trastornos neurológicos como tasa más baja de mortalidad en el periodo estudiado. Se muestran picos en 2006, 2008 y 2010. La tasa de mortalidad ha disminuido para todas las causas excepto para los trastornos neurológicos y suicidio y violencia.

Tabla 38. Mortalidad en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Tabla 38
Mortalidad en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De transito	Suicidios y violencia
2000	323,60	318,80	100,21	103,88	19,05	49,19	35,01	15,48
2001	313,22	314,08	101,05	101,03	19,69	47,03	31,82	15,01
2002	297,35	301,44	98,57	99,06	19,89	43,41	30,87	15,32
2003	294,69	305,57	104,24	99,43	20,43	42,20	30,79	16,61
2004	291,65	307,47	105,03	98,96	20,93	39,47	31,45	16,87
2005	265,81	288,70	94,32	89,11	20,25	35,51	28,49	15,97
2006	274,93	302,60	97,65	94,08	21,05	36,02	30,26	17,24
2007	234,47	266,53	82,62	81,82	19,55	30,37	26,01	14,61
2008	234,87	272,10	83,45	82,38	19,89	29,89	25,65	16,31
2009	225,32	267,99	81,14	79,03	19,45	28,02	23,70	15,90
2010	258,84	300,81	93,27	89,68	21,00	31,81	26,16	18,68
2011	247,56	290,93	88,77	87,47	20,75	30,20	24,55	18,32
2012	243,27	289,22	86,93	85,66	20,59	29,07	23,96	18,34
2013	239,78	289,30	87,24	87,40	20,72	28,89	23,82	18,87
2014	238,83	290,89	87,55	88,92	21,01	28,59	23,78	18,90
2015	245,01	304,49	91,62	93,03	21,66	29,32	24,58	21,23
2016	243,13	309,53	94,30	93,88	22,16	30,43	25,11	20,60
2017	238,33	304,78	92,41	91,86	21,94	30,06	24,33	18,55
2018	242,16	309,47	94,60	93,30	22,22	30,68	24,39	18,79
2019	238,76	307,72	94,21	92,27	22,18	30,55	23,85	18,35

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Para ambos sexos entre los 60-64 años la tasa más alta de mortalidad fue de 322.60 muertes por enfermedades cardiovasculares en el año 2000 mientras que los suicidios y la violencia interpersonal fueron la tasa más baja de mortalidad con 14.61 muertes en el año 2007 durante el periodo de tiempo estudiado. Además, se dieron picos en el año 2006 y 2010 y el patrón de las tasas de mortalidad es similar a las otras edades donde las únicas causas que no descienden son los trastornos neurológicos y el suicidio y violencia intrapersonal.

Tabla 39. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 39

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	2 023,44	3 807,27	1 493,58	1 252,73	1 403,47	672,08	479,53	244,93
2001	2 137,84	3 968,44	1 545,88	1 327,75	1 416,30	670,38	494,97	258,46
2002	2 124,24	3 898,67	1 559,95	1 320,40	1 425,61	648,10	501,01	269,78
2003	2 068,66	3 945,75	1 576,61	1 312,96	1 427,63	628,58	485,85	284,03
2004	1 931,79	3 801,47	1 532,13	1 244,04	1 424,20	592,76	458,17	278,39
2005	1 796,05	3 653,39	1 490,29	1 198,58	1 426,38	570,92	450,64	291,24
2006	1 873,22	3 852,26	1 527,22	1 229,48	1 429,81	565,30	470,94	298,94
2007	1 556,47	3 284,76	1 409,69	1 108,64	1 414,16	523,72	417,34	257,94
2008	1 506,38	3 286,69	1 412,24	1 111,87	1 417,75	509,16	414,88	253,84
2009	1 551,29	3 424,83	1 437,54	1 140,71	1 415,80	502,00	421,72	285,23
2010	1 641,77	3 566,08	1 479,52	1 173,03	1 423,29	499,30	430,78	296,38
2011	1 496,40	3 246,20	1 443,67	1 114,50	1 417,18	477,52	411,23	272,80
2012	1 541,16	3 361,57	1 478,28	1 133,65	1 420,31	476,26	425,06	271,59
2013	1 605,35	3 510,79	1 516,83	1 166,78	1 425,12	469,19	431,14	274,09
2014	1 595,04	3 494,34	1 540,90	1 181,00	1 426,10	456,88	413,21	268,40
2015	1 508,86	3 424,41	1 566,72	1 156,76	1 420,70	453,28	399,83	260,78
2016	1 553,67	3 522,22	1 625,51	1 178,48	1 430,06	442,01	412,49	298,54
2017	1 568,01	3 565,64	1 660,61	1 187,48	1 434,03	439,28	412,85	285,79
2018	1 540,97	3 519,94	1 669,94	1 175,93	1 436,43	438,17	403,25	280,36
2019	1 506,87	3 458,20	1 668,66	1 159,61	1 435,31	437,80	393,94	274,34

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Esta tabla representa los años de vida ajustados por discapacidad en el sexo femenino entre los 45-49 años durante el 2000 al 2019. Las tasas más altas de AVAD fueron por neoplasias mientras que las tasas más bajas de AVAD fueron por suicidios y violencia interpersonal, entre los 45 a 49 años se tuvo un pico de 3968,44 en el año 2000 y el más bajo corresponde en el mismo año con 244.93. Los años de vida ajustados por discapacidad han ido en aumento en las causas por diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, trastornos neurológicos y suicidio y violencia intrapersonal.

Tabla 40. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 40

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	2 999,07	5 089,26	2 253,32	1 551,48	1 382,22	869,22	501,12	192,73
2001	3 080,63	5 162,04	2 301,72	1 644,38	1 395,80	862,50	468,24	196,53
2002	2 936,37	4 946,21	2 294,00	1 647,88	1 403,63	825,42	459,54	200,89
2003	2 784,57	4 847,61	2 298,70	1 624,51	1 402,79	800,24	432,68	202,06
2004	2 686,66	4 730,14	2 293,77	1 583,73	1 404,63	754,77	424,54	201,80
2005	2 685,32	4 816,93	2 306,21	1 602,40	1 406,87	742,16	438,54	216,27
2006	2 804,83	5 067,74	2 366,46	1 649,66	1 418,26	728,50	458,22	213,67
2007	2 197,67	4 113,94	2 121,83	1 395,68	1 390,30	653,17	392,96	180,82
2008	2 157,08	4 166,89	2 137,90	1 380,24	1 394,07	627,89	390,51	182,84
2009	2 149,45	4 327,87	2 139,92	1 395,76	1 387,74	613,85	387,28	199,84
2010	2 390,78	4 726,67	2 249,65	1 482,07	1 407,82	630,57	399,63	211,96
2011	2 310,72	4 603,25	2 221,81	1 452,16	1 408,96	613,57	398,52	192,12
2012	2 285,03	4 571,98	2 226,27	1 436,47	1 406,84	597,65	398,69	201,92
2013	2 262,01	4 640,35	2 237,41	1 442,56	1 412,20	590,24	403,99	200,14
2014	2 133,22	4 391,86	2 202,31	1 387,18	1 405,03	563,98	385,39	195,20
2015	2 045,58	4 325,72	2 223,98	1 389,70	1 404,20	549,10	378,89	181,69
2016	2 108,83	4 525,17	2 295,38	1 438,52	1 418,79	536,17	394,31	214,24
2017	2 133,18	4 562,04	2 347,58	1 447,29	1 420,00	534,14	393,45	204,76
2018	2 092,36	4 490,78	2 354,94	1 431,31	1 418,71	532,44	384,73	201,23
2019	2 060,89	4 433,32	2 357,71	1 418,47	1 423,06	532,36	379,16	198,53

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre las mujeres de 50 a 54 años se tiene un pico de AVAD de 5162.04 en el año 2001 por neoplasias a su vez que la tasa más baja fue en el año 2007 con 180.82 por suicidios y violencia. Se aprecia un descenso destacable a partir del año 2007, a nivel general siguen un patrón de descenso a excepción de los trastornos neurológicos y el suicidio y violencia.

Tabla 41. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 41

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	4 603,58	6 694,57	3 438,02	2 026,21	1 412,99	1 188,94	554,36	173,26
2001	4 686,55	6 800,76	3 515,61	2 059,99	1 431,39	1 191,45	518,63	177,30
2002	4 262,49	6 311,40	3 411,11	1 956,37	1 434,27	1 115,74	486,00	177,17
2003	4 154,59	6 326,10	3 474,12	1 935,40	1 437,99	1 071,16	474,66	183,48
2004	4 097,85	6 315,64	3 459,26	1 936,37	1 442,18	1 000,50	467,55	186,10
2005	3 900,66	6 210,17	3 365,80	1 866,75	1 438,91	978,77	455,20	191,18
2006	4 030,21	6 430,75	3 372,88	1 889,10	1 448,67	951,09	464,54	190,89
2007	3 419,52	5 633,20	3 094,39	1 662,91	1 425,42	863,31	424,85	168,49
2008	3 643,82	6 098,18	3 198,42	1 722,17	1 442,73	866,88	436,21	181,49
2009	3 787,78	6 449,94	3 208,80	1 784,29	1 439,14	860,30	441,62	200,24
2010	3 979,02	6 686,85	3 287,70	1 877,43	1 457,08	875,13	437,46	207,02
2011	3 633,38	6 200,53	3 165,45	1 804,74	1 443,65	824,58	429,69	185,90
2012	3 581,77	6 225,03	3 172,53	1 791,22	1 439,59	800,72	428,91	188,91
2013	3 414,87	6 069,74	3 138,84	1 784,72	1 442,93	777,61	423,84	178,38
2014	3 126,83	5 693,55	3 092,62	1 714,18	1 430,66	723,99	403,81	173,55
2015	3 039,27	5 646,65	3 139,93	1 730,16	1 432,53	719,76	403,45	170,61
2016	3 043,95	5 683,58	3 196,41	1 745,68	1 442,31	702,70	409,87	178,25
2017	2 998,98	5 606,62	3 249,52	1 728,73	1 438,98	692,45	401,79	173,73
2018	3 054,18	5 711,88	3 312,21	1 753,43	1 443,57	702,04	403,76	175,74
2019	3 036,57	5 695,05	3 330,05	1 748,02	1 444,55	704,47	399,65	174,55

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Por su parte las mujeres entre los 55-59 años tuvieron un pico de AVAD de 6800.76 en el 2001 por

neoplasias y su tasa más baja fue de 168.49 en el año 2007. Los años de vida ajustados por

discapacidad han descendido, mientras que los suicidios y violencia muestran un patrón constante, los

trastornos neurológicos por el contrario han ido en aumento.

Tabla 42. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 42

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo femenino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. De tránsito	Suicidios y violencia
2000	7 291,13	8 005,03	4 919,80	2 026,21	1 549,52	1 729,68	622,37	145,25
2001	7 446,97	8 119,04	5 035,45	2 059,99	1 569,97	1 737,43	571,45	148,72
2002	6 943,54	7 705,84	4 894,62	1 956,37	1 576,58	1 626,37	554,89	148,82
2003	6 787,42	7 806,39	5 045,31	1 935,40	1 588,15	1 542,48	546,50	157,67
2004	6 480,71	7 736,78	5 021,17	1 936,37	1 588,70	1 415,49	528,91	155,02
2005	6 042,71	7 599,60	4 851,86	1 866,75	1 579,27	1 334,21	508,69	159,69
2006	6 091,78	7 906,22	4 863,98	1 889,10	1 592,57	1 302,76	521,65	160,30
2007	5 068,66	6 934,51	4 429,04	1 662,91	1 557,91	1 157,53	468,39	141,78
2008	5 027,91	7 172,16	4 459,74	1 722,17	1 570,05	1 142,97	464,89	144,44
2009	4 872,60	7 188,43	4 381,03	1 784,29	1 554,70	1 114,98	450,63	152,61
2010	5 214,55	7 702,03	4 545,11	1 877,43	1 582,90	1 174,77	450,78	161,42
2011	5 073,11	7 553,73	4 484,37	1 804,74	1 583,07	1 157,47	453,27	158,76
2012	4 884,16	7 508,64	4 441,08	1 791,22	1 578,55	1 123,91	445,71	146,56
2013	4 709,01	7 352,72	4 440,26	1 784,72	1 575,79	1 106,25	443,63	140,89
2014	4 594,38	7 301,43	4 483,00	1 714,18	1 578,85	1 090,01	440,46	146,31
2015	4 703,05	7 601,83	4 612,91	1 730,16	1 599,27	1 088,26	450,50	149,36
2016	4 825,76	7 868,53	4 779,36	1 745,68	1 618,71	1 110,34	464,73	159,25
2017	4 807,54	7 793,91	4 850,30	1 728,73	1 616,30	1 100,32	457,93	155,98
2018	4 740,98	7 707,25	4 862,53	1 753,43	1 611,86	1 095,86	451,44	154,39
2019	4 728,99	7 697,64	4 881,02	1 748,02	1 615,62	1 101,75	447,93	154,09

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Finalmente, en cuanto a los AVAD femeninos, las mujeres entre los 60-64 años tuvieron el pico más alto en el 2001 con 8119.04 nuevamente por neoplasias en contra de un 140.89 en el año 2013 por suicidio y violencia. Hay picos en el año 2006 y 2010 y los trastornos neurológicos y suicidio y violencia se mantienen como las únicas causas que aumentan sus AVAD.

Tabla 43. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 43

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	3 748,10	3 077,61	2 078,46	2 606,47	868,99	509,79	2 433,29	1 540,99
2001	3 767,21	3 097,37	2 124,23	2 544,03	889,63	508,97	2 267,57	1 566,83
2002	3 708,87	3 084,33	2 131,78	2 527,58	896,84	500,05	2 260,93	1 588,68
2003	3 655,65	3 085,20	2 172,85	2 454,58	903,07	492,94	2 223,74	1 706,38
2004	3 634,67	3 130,33	2 197,68	2 466,64	916,91	484,25	2 181,79	1 714,32
2005	3 274,63	2 863,66	2 096,29	2 260,27	903,66	441,93	1 972,77	1 663,59
2006	3 499,50	3 097,92	2 185,30	2 492,82	926,90	455,92	2 107,68	1 819,79
2007	3 166,54	2 872,20	2 083,62	2 328,83	912,58	429,72	1 934,31	1 664,98
2008	3 266,06	2 933,97	2 143,63	2 345,94	924,34	426,42	1 955,83	1 825,52
2009	3 079,54	2 850,88	2 116,83	2 210,98	913,67	402,31	1 854,72	1 827,95
2010	3 458,74	3 130,89	2 288,44	2 412,49	939,38	423,71	2 034,39	1 992,07
2011	3 180,74	2 847,42	2 211,05	2 177,85	921,70	390,29	1 907,67	1 841,31
2012	3 030,06	2 752,50	2 167,90	2 088,55	916,03	369,54	1 861,06	1 763,87
2013	3 008,14	2 820,84	2 193,95	2 112,86	919,62	378,64	1 916,64	1 823,88
2014	2 889,14	2 735,39	2 199,86	2 072,88	916,47	369,27	1 932,07	1 850,45
2015	2 884,59	2 774,43	2 238,44	2 094,74	922,13	373,32	1 993,23	1 998,55
2016	3 049,11	2 955,07	2 361,13	2 230,76	943,03	392,03	2 123,21	2 009,82
2017	3 084,89	3 015,23	2 395,81	2 260,07	947,83	393,64	2 131,05	1 968,52
2018	3 071,90	3 026,26	2 426,54	2 263,24	950,92	394,66	2 076,16	1 940,43
2019	3 018,62	2 992,78	2 444,33	2 240,44	952,09	392,51	2 025,08	1 889,71

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Esta tabla representa los años de vida ajustados por discapacidad en los hombres de 45-49 años durante el 2000 al 2019. De los 45 a los 49 años las tasas más altas por AVAD en los hombres fueron por enfermedades cardiovasculares mientras que las tasas más bajas fueron por enfermedades respiratorias crónicas. El pico fue en el año 2000 con una tasa de 3761.21 y su tasa más baja corresponde a 369.54 en el año 2012. Hay aumento de AVAD en diabetes mellitus, trastornos neurológicos y suicidio y violencia. Se muestran ascensos en 2006 y 2010.

Tabla 44. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 44

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	5196,34	4 215,41	2 904,02	3 075,40	920,71	654,06	2 090,58	1 150,79
2001	5310,48	4 411,55	3 022,83	3 146,24	950,85	666,75	2 181,05	1 195,75
2002	5558,17	4 691,31	3 190,49	3 257,31	975,93	665,96	2 302,02	1 283,17
2003	5407,51	4 646,53	3 246,13	3 155,38	979,87	642,36	2 253,33	1 372,27
2004	5459,82	4 725,53	3 286,20	3 174,51	992,33	617,18	2 233,03	1 400,84
2005	5203,13	4 462,77	3 204,22	3 018,13	982,99	583,57	2 132,05	1 389,80
2006	5621,04	4 811,04	3 331,99	3 279,93	1 008,70	605,76	2 228,97	1 523,11
2007	4943,54	4 310,66	3 121,86	2 963,32	971,03	554,23	1 971,40	1 352,74
2008	4998,45	4 331,04	3 148,35	2 943,84	985,34	542,07	1 957,79	1 460,51
2009	4740,77	4 152,08	3 081,99	2 791,65	969,90	508,26	1 833,89	1 455,47
2010	5486,18	4 683,45	3 361,53	3 105,83	1 012,13	547,37	2 001,70	1 615,44
2011	5166,29	4 400,38	3 260,90	2 867,52	999,03	508,15	1 900,28	1 469,14
2012	4963,60	4 252,67	3 221,10	2 782,92	988,46	488,43	1 840,96	1 445,58
2013	4883,38	4 248,26	3 240,25	2 801,01	995,83	492,67	1 854,34	1 491,97
2014	4916,86	4 326,69	3 280,38	2 819,64	1 000,08	496,86	1 907,59	1 500,73
2015	5048,05	4 518,03	3 366,19	2 904,54	1 008,51	508,79	1 993,03	1 606,46
2016	5150,08	4 713,12	3 479,94	3 007,15	1 028,91	522,94	2 056,16	1 583,06
2017	5100,92	4 701,36	3 484,15	2 995,02	1 026,88	520,08	2 031,70	1 548,09
2018	5135,25	4 781,44	3 550,93	3 032,69	1 032,23	524,31	2 003,94	1 552,72
2019	5042,06	4 734,55	3 586,38	3 001,83	1 034,03	524,98	1 961,64	1 522,32

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Los hombres entre los 50 a 54 años presentaron la tasa de AVAD más alta en el año 2006 con 5621,04 por enfermedades cardiovasculares y su tasa más baja en el mismo año con 488.43 por enfermedades respiratorias crónicas. Los AVAD que aumentaron en el transcurso del tiempo para este rango corresponden a las neoplasias, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, trastornos neurológicos y suicidio y violencia.

Tabla 45. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 45

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	8 797,88	7 457,99	4 315,91	3 704,77	1 073,68	1 170,01	2 427,27	1 150,91
2001	8 388,19	7 273,42	4 367,15	3 602,95	1 099,25	1 109,45	2 251,37	1 126,03
2002	7 838,74	6 907,81	4 406,52	3 428,49	1 094,13	1 039,37	2 163,20	1 119,50
2003	7 889,54	7 046,77	4 618,22	3 498,28	1 114,04	1 063,50	2 123,66	1 222,03
2004	7 942,41	7 186,36	4 726,17	3 514,04	1 134,45	1 022,60	2 123,27	1 241,84
2005	6 933,01	6 304,69	4 391,95	3 090,74	1 099,10	919,76	1 904,78	1 140,12
2006	7 334,43	6 764,38	4 566,87	3 337,41	1 129,67	961,11	1 996,11	1 252,37
2007	6 755,42	6 354,34	4 343,61	3 143,34	1 103,47	897,24	1 852,02	1 146,77
2008	7 282,09	6 915,92	4 560,07	3 384,31	1 134,34	927,18	1 946,99	1 342,25
2009	6 980,01	6 850,78	4 495,40	3 282,98	1 130,38	875,24	1 847,68	1 323,73
2010	7 732,98	7 533,70	4 794,52	3 541,87	1 164,91	932,15	1 942,61	1 394,71
2011	7 191,26	7 022,91	4 560,31	3 319,63	1 142,65	844,18	1 830,15	1 309,93
2012	6 965,29	6 782,13	4 555,90	3 274,00	1 133,48	810,53	1 813,71	1 293,12
2013	6 800,16	6 698,84	4 583,42	3 305,52	1 130,30	804,32	1 829,29	1 305,18
2014	6 907,29	6 780,52	4 658,70	3 380,60	1 139,35	813,48	1 858,41	1 328,76
2015	7 170,50	7 039,00	4 792,72	3 562,96	1 152,52	840,67	1 920,88	1 457,95
2016	7 179,11	7 146,09	4 875,81	3 664,62	1 166,80	858,61	1 960,13	1 413,43
2017	7 060,19	7 045,51	4 828,78	3 608,19	1 164,36	845,78	1 921,50	1 352,02
2018	7 213,69	7 235,59	4 949,45	3 689,66	1 179,08	861,32	1 915,89	1 370,39
2019	7 101,52	7 173,05	5 023,28	3 646,09	1 179,34	856,43	1 878,08	1 347,41

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

En las edades entre los 55-59 años, los masculinos tuvieron su tasa más alta de AVAD en el año 2000 con 8797,88 debido a enfermedades cardiovasculares y su tasa más baja fue 804.32 en el año 2013 por enfermedades respiratorias crónicas, el aumento de AVAD a lo largo de los años se dio en diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, trastornos neurológicos y suicidio y violencia. Las neoplasias mantienen tasas relativamente constantes.

Tabla 46. Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 46

Años de vida ajustados por discapacidad en sexo masculino entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	11 977,11	10 313,78	5 451,48	4 216,92	1 267,20	1 937,09	2 127,87	881,07
2001	11 212,16	9 927,25	5 412,00	3 987,14	1 279,80	1 798,25	1 993,58	852,03
2002	10 832,06	9 632,91	5 485,60	3 927,89	1 281,08	1 696,07	1 952,53	872,28
2003	10 852,88	9 782,04	5 735,25	3 976,63	1 300,69	1 701,69	1 955,05	941,10
2004	11 001,43	9 980,12	5 891,63	4 016,59	1 327,76	1 665,65	2 006,74	961,31
2005	9 980,37	9 036,54	5 517,02	3 627,95	1 296,32	1 510,91	1 852,95	908,15
2006	10 447,37	9 532,08	5 737,48	3 862,09	1 328,60	1 559,06	1 932,10	983,38
2007	9 220,61	8 470,27	5 373,80	3 522,79	1 280,21	1 375,48	1 736,26	858,00
2008	9 300,00	8 573,84	5 426,02	3 551,77	1 290,70	1 349,83	1 710,32	958,79
2009	8 929,32	8 336,57	5 416,39	3 411,85	1 284,02	1 257,94	1 606,22	932,41
2010	10 523,48	9 746,12	5 994,29	3 861,50	1 341,88	1 398,14	1 747,69	1 090,70
2011	10 052,87	9 342,86	5 897,31	3 747,22	1 328,70	1 314,23	1 656,12	1 079,49
2012	10 027,01	9 306,58	6 010,83	3 711,53	1 327,47	1 274,79	1 635,06	1 098,86
2013	10 035,25	9 501,19	6 214,48	3 807,78	1 336,76	1 271,18	1 635,44	1 141,21
2014	10 128,68	9 670,47	6 353,15	3 876,67	1 348,77	1 261,19	1 642,39	1 142,39
2015	10 391,84	10 171,95	6 554,17	4 005,72	1 368,34	1 293,35	1 682,73	1 283,32
2016	10 149,03	10 180,98	6 600,25	3 987,53	1 377,21	1 316,80	1 696,91	1 242,91
2017	9 890,61	9 980,17	6 466,83	3 895,77	1 370,98	1 293,70	1 655,96	1 131,26
2018	10 211,10	10 386,58	6 673,41	4 023,46	1 394,96	1 340,47	1 671,42	1 151,03
2019	10 031,58	10 306,36	6 766,40	3 975,41	1 396,50	1 335,24	1 647,12	1 126,87

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Los hombres entre los 60 a 64 años tuvieron la tasa más alta por AVAD en el año 2000 con 11977,11 a causa de enfermedades cardiovasculares mientras que la tasa más baja fue de 852,03 por suicidios y violencia interpersonal en el año 2001. Ha habido aumento de años de vida ajustados por discapacidad en diabetes mellitus, trastornos neurológicos y suicidio y violencia, mismo patrón que el resto de las edades. Se puede observar también que, en los últimos años, a partir del 2015, los AVAD de las neoplasias han venido en aumento respecto a años anteriores.

Tabla 47. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 47

Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 45-49 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	2 872,57	3 448,03	1 781,54	1 919,23	1 157,39	592,18	1 441,45	883,04
2001	2 938,85	3 540,22	1 830,20	1 925,68	1 140,33	591,03	1 366,39	901,66
2002	2 902,04	3 498,96	1 840,63	1 912,94	1 176,07	575,43	1 364,86	917,16
2003	2 846,34	3 524,05	1 868,79	1 872,40	1 170,57	562,11	1 337,48	981,03
2004	2 764,71	3 473,19	1 857,67	1 842,05	1 179,20	539,68	1 301,24	980,74
2005	2 517,63	3 267,98	1 786,03	1 716,71	1 177,96	507,97	1 193,47	960,98
2006	2 664,50	3 485,23	1 847,41	1 844,17	1 166,06	512,08	1 267,31	1 038,93
2007	2 337,37	3 084,66	1 736,55	1 700,44	1 185,12	478,13	1 153,09	940,37
2008	2 357,13	3 116,16	1 765,85	1 708,51	1 171,28	469,15	1 159,88	1 013,70
2009	2 288,18	3 148,08	1 765,08	1 656,77	1 197,21	453,93	1 112,68	1 029,09
2010	2 516,22	3 356,63	1 868,83	1 769,54	1 170,89	462,92	1 202,54	1 112,46
2011	2 306,32	3 054,45	1 812,66	1 625,81	1 190,40	435,58	1 130,79	1 027,01
2012	2 256,69	3 068,87	1 809,69	1 592,55	1 173,68	424,97	1 115,17	988,74
2013	2 279,16	3 179,38	1 842,08	1 621,22	1 182,31	425,69	1 144,68	1 018,51
2014	2 216,09	3 130,11	1 857,14	1 609,02	1 178,93	414,83	1 142,12	1 027,64
2015	2 168,07	3 112,96	1 888,59	1 606,21	1 181,80	414,97	1 163,35	1 093,47
2016	2 268,63	3 251,07	1 977,21	1 681,56	1 181,53	418,11	1 230,37	1 116,69
2017	2 291,53	3 303,11	2 011,29	1 699,08	1 205,34	417,51	1 232,39	1 088,41
2018	2 269,64	3 284,97	2 030,06	1 693,45	1 202,12	417,46	1 199,50	1 070,49
2019	2 225,09	3 237,08	2 037,18	1 673,10	1 205,74	416,28	1 168,89	1 041,79

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

La tabla anterior representa las tasas de años de vida ajustados por discapacidad para ambos sexos durante el periodo 2000 al 2019. Las edades entre los 45 a 49 años presentaron su pico más alto a causa de neoplasias y el más bajo por enfermedades respiratorias crónicas, se tuvo la tasa de AVAD más alta en el año 2001 con 3450,22 y la más baja en el 2014 con 414,83. Ha aumentado para diabetes mellitus, trastornos neurologicos y suicidio y violencia.

Tabla 48. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 48

Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 50-54 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	4 078,87	4 659,83	2 573,09	2 300,37	1 155,42	763,49	1 282,22	663,54
2001	4 172,43	4 794,58	2 654,80	2 379,73	1 177,94	766,66	1 306,88	685,77
2002	4 217,83	4 821,63	2 732,18	2 434,52	1 194,59	747,48	1 360,09	729,88
2003	4 063,91	4 749,53	2 760,81	2 371,19	1 196,51	723,24	1 320,70	772,83
2004	4 035,87	4 727,90	2 776,61	2 357,68	1 204,04	687,83	1 304,41	785,16
2005	3 907,25	4 645,05	2 742,03	2 289,48	1 201,15	665,19	1 260,43	785,80
2006	4 168,38	4 943,45	2 833,95	2 439,01	1 219,96	669,07	1 315,58	847,68
2007	3 524,08	4 208,97	2 604,90	2 152,94	1 187,77	605,38	1 155,44	746,92
2008	3 526,52	4 246,01	2 624,90	2 133,84	1 197,08	586,53	1 145,88	798,64
2009	3 395,60	4 243,33	2 592,95	2 067,04	1 186,80	563,07	1 082,94	803,66
2010	3 875,60	4 705,94	2 783,01	2 260,96	1 218,02	590,66	1 168,12	885,19
2011	3 676,26	4 506,24	2 718,70	2 128,99	1 212,93	563,16	1 116,67	802,79
2012	3 562,21	4 419,73	2 700,62	2 078,48	1 207,35	545,58	1 086,39	794,91
2013	3 508,53	4 453,90	2 714,29	2 088,54	1 214,21	543,84	1 093,67	814,43
2014	3 454,03	4 360,94	2 713,84	2 066,87	1 212,88	532,13	1 107,66	814,66
2015	3 468,22	4 416,84	2 765,18	2 107,47	1 216,71	530,00	1 143,71	856,78
2016	3 549,32	4 614,19	2 856,45	2 181,50	1 234,12	529,91	1 181,45	862,58
2017	3 538,67	4 628,02	2 885,85	2 180,28	1 233,82	527,48	1 169,31	840,95
2018	3 533,24	4 628,42	2 921,27	2 189,60	1 235,70	528,59	1 151,47	841,20
2019	3 471,72	4 575,88	2 939,17	2 167,79	1 238,95	528,87	1 128,06	825,01

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

En cuanto a los AVAD de ambos sexos entre los 50 a 54 años se muestran picos en 2006 y 2010, la disminución ha sido para todas las causas excepto diabetes mellitus, trastornos neurológicos y suicidio y violencia. La tasa más elevada de AVAD fue de 4943.45 por neoplasias en el año 2006 y la tasa más baja en 2017 de 527.48. por enfermedades respiratorias crónicas.

Tabla 49. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 49

Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 55-59 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	6 664,36	7 069,66	3 869,35	2 850,93	1 246,27	1 179,64	1 474,57	653,61
2001	6 505,77	7 033,06	3 934,11	2 818,30	1 268,15	1 151,15	1 370,20	643,57
2002	6 015,02	6 603,67	3 898,90	2 677,78	1 267,59	1 078,32	1 307,91	638,96
2003	5 979,80	6 678,28	4 033,22	2 699,15	1 279,68	1 067,41	1 280,50	691,00
2004	5 968,76	6 739,37	4 075,79	2 704,13	1 292,43	1 011,26	1 273,29	699,86
2005	5 370,88	6 256,00	3 863,33	2 460,20	1 274,16	950,16	1 158,02	651,27
2006	5 625,09	6 591,78	3 949,19	2 588,17	1 294,70	955,93	1 203,80	703,25
2007	5 025,82	5 980,44	3 695,92	2 375,76	1 270,39	879,65	1 112,06	639,55
2008	5 391,09	6 490,90	3 852,35	2 520,41	1 294,63	895,84	1 161,76	738,95
2009	5 316,41	6 641,89	3 824,90	2 501,95	1 291,29	867,46	1 114,93	738,23
2010	5 771,58	7 091,23	4 007,23	2 672,23	1 317,57	902,36	1 156,19	774,16
2011	5 328,01	6 592,23	3 829,83	2 526,29	1 300,28	833,91	1 096,73	721,28
2012	5 189,89	6 489,81	3 830,02	2 495,95	1 294,10	805,38	1 087,08	713,72
2013	5 020,74	6 368,17	3 824,10	2 506,14	1 294,63	790,28	1 090,54	712,90
2014	4 916,62	6 208,16	3 834,05	2 503,12	1 292,75	766,36	1 092,46	720,46
2015	4 990,54	6 304,29	3 920,58	2 595,83	1 300,28	776,87	1 120,16	778,65
2016	4 991,25	6 372,29	3 987,26	2 649,33	1 312,57	776,12	1 139,91	759,91
2017	4 905,88	6 282,24	3 991,05	2 611,21	1 310,03	764,45	1 115,36	726,98
2018	5 001,94	6 425,38	4 078,88	2 660,10	1 319,72	776,63	1 111,84	735,15
2019	4 936,08	6 385,71	4 121,28	2 634,97	1 320,62	775,48	1 090,51	722,62

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

Entre los 55 a los 59 años la tasa de AVAD para ambos sexos más alta fue de 7091,23 en el año 2010 a

causa de neoplasias y la más baja de 638.96 por suicidios y violencia interpersonal en el 2002. El

patrón es similar al rango de edad de 50 a 54 años.

Tabla 50. Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000

Tabla 50

Años de vida ajustados por discapacidad en ambos sexos entre los 60-64 años del 2000 al 2019 por cada 100.000 habitantes

Año	Cardiovascular	Neoplasias	DM & ERC	Digestivas	Neurológicos	Respiratorios crónicos	Acc. de tránsito	Suicidios y violencia
2000	9 582,89	9 134,17	5 179,83	3 485,89	1 411,45	1 831,12	1 358,66	505,11
2001	9 289,85	9 004,07	5 219,75	3 404,60	1 427,95	1 767,20	1 267,51	492,96
2002	8 844,30	8 647,82	5 183,50	3 347,67	1 432,14	1 660,44	1 238,08	502,46
2003	8 768,65	8 769,19	5 381,54	3 356,08	1 448,06	1 620,07	1 232,93	539,46
2004	8 682,69	8 829,48	5 445,16	3 342,01	1 461,60	1 537,34	1 248,74	547,75
2005	7 957,68	8 298,42	5 175,34	3 066,59	1 441,67	1 420,14	1 162,43	523,68
2006	8 209,55	8 696,75	5 288,70	3 203,87	1 464,22	1 427,38	1 207,44	560,50
2007	7 080,47	7 678,66	4 886,82	2 861,59	1 423,35	1 263,14	1 082,73	488,82
2008	7 091,40	7 849,19	4 926,47	2 877,10	1 435,12	1 242,89	1 066,45	537,78
2009	6 823,50	7 740,58	4 878,94	2 782,78	1 424,53	1 183,73	1 006,36	527,62
2010	7 756,74	8 680,84	5 239,05	3 079,68	1 467,49	1 281,73	1 071,81	606,41
2011	7 444,92	8 405,88	5 157,34	3 018,73	1 461,92	1 232,13	1 026,17	597,29
2012	7 326,67	8 362,54	5 186,61	2 969,05	1 459,30	1 195,57	1 010,57	598,84
2013	7 231,29	8 370,14	5 280,45	3 018,13	1 462,60	1 184,35	1 008,02	614,60
2014	7 206,95	8 419,78	5 365,84	3 061,10	1 470,24	1 170,82	1 007,85	616,53
2015	7 380,47	8 811,45	5 526,56	3 176,86	1 490,58	1 184,79	1 030,45	683,06
2016	7 324,73	8 954,09	5 634,16	3 202,44	1 505,34	1 207,26	1 043,17	667,97
2017	7 188,62	8 818,03	5 607,54	3 149,79	1 501,39	1 190,90	1 019,13	612,84
2018	7 298,09	8 959,76	5 709,06	3 191,75	1 510,46	1 210,21	1 021,74	620,29
2019	7 202,47	8 914,52	5 760,49	3 163,26	1 513,41	1 210,66	1 007,31	607,86

Fuente: elaboración propia. 2023

DM & ERC: diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

Acc de tránsito: Accidentes de tránsito

En las edades comprendidas entre los 60-64 años ambos sexos tuvieron la tasa más alta en el año 2000

por 9582,89 a causa de enfermedades cardiovasculares mientras que la más baja fue de 488.82 por

suicidios en el año 2007. En ambos sexos las tasas de AVAD que aumentaron fueron los trastornos

neurológicos y los suicidios junto con la violencia interpersonal.

CAPÍTULO V.
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen las principales causas de muerte en Costa Rica, este panorama no es distinto al comparar las causas de muerte a nivel mundial; dichas enfermedades abarcan las pertenecientes al grupo cardiovascular como principal causa tanto a nivel nacional como a nivel mundial, seguidamente del cáncer, la diabetes, las enfermedades renales y respiratorias crónicas, trastornos neurológicos compuestos principalmente por el Alzheimer, además de enfermedades digestivas que abarcan una amplia gama de patologías.

Dichas enfermedades han entrado en sustitución de las enfermedades transmisibles, puesto que eran las enfermedades infecciosas las principales causas de muerte previo a la consolidación del sistema sanitario de Costa Rica, donde sus principales mecanismos de transmisión eran debido a la falta de higiene, educación, sistemas de acueductos y excretas deficientes que controlaran los brotes epidémicos, todo esto impulsó la creación de nuevas políticas para hacerle frente a dichas enfermedades, donde actualmente no figuran entre las principales causas de muerte (E. Alvarado et al., 2021).

Algunas de esas enfermedades transmisibles siguen con bastante presencia a nivel nacional como por ejemplo es el caso del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o las infecciones por tuberculosis, neumonías, entre otros.

Como principal causa de muerte en Costa Rica se encuentran las enfermedades cardiovasculares, constituidas principalmente por la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, siendo los hombres quienes concentran mayores tasas de mortalidad con respecto al sexo femenino en los rangos de edad comprendidos entre los 45 a los 64 años, asociando mayor mortalidad las edades a partir de los 55 años para

ambos sexos y mostrando un descenso en mortalidad a partir de la mitad y finales de la década de los 2000 (Castillo S et al., 2006).

Hay que recordar que las enfermedades cardiovasculares abarcan una gran gama de factores de riesgo capaces de desencadenar en alguno de estos padecimientos, por ejemplo, la hipertensión arterial, un mal control de la HTA con lleva a un corazón cansado que tendrá que latir con más fuerza para resistir la resistencia arterial, pudiendo llevar al mismo a una insuficiencia cardiaca.

En el análisis de la mortalidad se determinó que los hombres entre los 45 a los 64 años murieron más a causa de enfermedades cardiovasculares que por cáncer, mientras que, en mujeres del mismo rango de edad, se determinó que estas fallecían por cáncer como primera causa, por lo que se invierten las posiciones de las primeras dos causas entre sexo masculino y femenino.

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en Costa Rica, analizando la mortalidad por edad, entre los 45 a los 54 años hay mayor tasa de mortalidad por neoplasias en las mujeres que en los hombres, esto se puede comprender por el hecho de que el cáncer de mama es uno de los más comunes en Costa Rica y sobre este es importante mencionar que a partir de los 40 años existe un riesgo mayor de padecer dicha enfermedad realizando una meseta entre los 45 a los 55 años (Herranz Martí, 2001).

Para hacer énfasis en el punto anterior es importante destacar el rol del cáncer de próstata como uno de los más comunes en los varones, dicho cáncer tiende a causar mayor mortalidad en la población masculina superior a los 65 años (Lozano, 2004).

Por ello que las mujeres al estar expuestas a un cáncer relativamente común con epidemiología más temprana en contraste con el de próstata, tienen una mayor probabilidad de muerte por neoplasia entre los 45 a los 54 años que los varones dentro del mismo rango de edad.

Sin embargo, entre los 55 y los 64 años, hay un aumento en las tasas de mortalidad por neoplasias para ambos sexos, como es de esperarse, pero esta vez de predominio considerablemente masculino y aquí es interesante mencionar los hábitos de vida y factores de riesgo, es bien sabido que uno de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del cáncer es el consumo del tabaco, dicho consumo se da en mayor proporción en hombres que en mujeres, inclusive socialmente es mejor visto o más aceptado que un hombre fume a que una mujer lo haga (Pérez-Hernández et al., 2020).

Se debe tomar en cuenta que Costa Rica alberga altas cifras de cáncer gástrico y este cáncer suele ser más frecuente en hombres, además de ser un tipo de cáncer que rara vez se diagnostica en etapas tempranas, por ende, cuando se hace un diagnóstico la enfermedad ya está sumamente avanzada y con un mal pronóstico.

Además del tabaco, recientes estudios revelan que el cromosoma Y está implicado en la agresividad de distintos cánceres como lo son el de vejiga y el colorrectal, este cromosoma el cual está presente sólo en el sexo masculino, se va perdiendo producto del envejecimiento, en el caso del cáncer de vejiga, la ausencia del cromosoma aumenta la agresividad del mismo, a su vez que, la expresión de un gen presente en dicho cromosoma aumenta la probabilidad de metástasis en el cáncer de tipo colorrectal (Tolosa, 2023).

En cuanto a la diabetes y enfermedad renal crónica se sitúan como la tercera causa de muerte con un descenso en la mortalidad a nivel general del 2000 al 2019 a excepción del sexo masculino, donde la mortalidad ha aumentado en hombres mayores de 50 años en el mismo periodo de tiempo; la diabetes constituye un problema de salud pública en países desarrollados, Costa Rica aunque es un país tercermundista, cuenta con parámetros de salud propios de países desarrollados por lo que sufre las consecuencias de esta enfermedad.

La mortalidad por diabetes se asocia a afectaciones sistemáticas como por ejemplo cardiovasculares y renales, es decir, cuando una persona muere por diabetes lo hace por una complicación frecuentemente asociada a uno de los sistemas anteriormente mencionados, por ello esta enfermedad sufre de subregistro puesto que cuando se reporta una persona fallecida quien padecía de diabetes, se suele cometer el error de reportar la causa de muerte como la complicación asociada en lugar de la causa base o subyacente la cual sería la diabetes (Laculé-Murray, 2012).

El tema con esta causa es que las personas no se controlan, no consumen su medicamento o no le dan importancia a la enfermedad, es frecuente en cualquier hospital los casos por pie diabético y por consiguiente amputaciones por la misma causa, la diabetes no debería ocasionar mayor complicación cuando se toman las medidas terapéuticas necesarias.

Por un lado, la enfermedad renal crónica (ERC) guarda una íntima relación con la diabetes y la hipertensión arterial como factores etiológicos más comunes para el desarrollo de esta patología, sin embargo en Centroamérica incluida Costa Rica existe un tipo de ERC que no guarda relación con los factores etiológicos comunes, conocida como ERC mesoamericana, afectando a hombres dedicados a la agricultura puesto que se ha visto

asociación con el uso de agroquímicos, la falta de consumo de agua y además consumo de nefrotóxicos como los AINES (D. Z. Chaves, 2020).

Tomando en cuenta que los factores etiológicos comunes para el desarrollo de la enfermedad renal crónica se encuentran muy presentes entre la población y que, gran parte de la economía de Costa Rica se desarrolla ruralmente en actividades agropecuarias predisponiendo a un tipo específico de ERC (la de tipo mesoamericana) debido a la exposición de agroquímicos, permite entender la razón por la que la enfermedad renal crónica se posiciona entre las causas de muerte más comunes en este país.

Las enfermedades digestivas como cuarta causa de muerte mantienen una tendencia a la baja, hay que tomar en cuenta que no todas las enfermedades pertenecientes a este grupo se relacionan con algún tipo de consumo o hábito alimenticio, muchas de estas patologías asocian un componente genético y mediación por parte del sistema inmunológico, esto podría ser una razón por la que en Costa Rica no hay suficientes estudios o análisis acerca de este grupo de enfermedades, si se excluyeran patologías como hígado graso no hay formas de prevenir una enfermedad de Crohn, por ejemplo.

La mayor mortalidad por esta causa se da en masculinos entre los 55 y los 64 años, las mujeres también contienen tasas elevadas a partir de los 60 años.

Por otro lado, y a diferencia del patrón que se ha observado con las anteriores causas, los trastornos neurológicos como quinta causa de muerte muestran un aumento en la mortalidad durante el periodo estudiado, la enfermedad de Alzheimer constituye la principal afección de este grupo y para comprender tal motivo es importante analizar la población de Costa Rica.

Desde 1985 Costa Rica ha experimentado un descenso en las tasas de natalidad el cual aún continua, se suman descensos en las tasas de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida la cual oscila entre los 88 años, como consecuencia existe un alto porcentaje de población adulta mayor y una disminución en la población menor de 15 años, hay un claro envejecimiento de la población y se espera que para el 2030 la población adulta mayor de 65 años sea el 15% de la población total con un crecimiento sostenido por los próximos años (Morales-Martínez, 2015).

La enfermedad de Alzheimer constituye la principal causa de demencia y la principal enfermedad en el grupo de trastornos neurológicos, es una enfermedad neurodegenerativa que no tiene cura y cuya etiología se desconoce, pero es ampliamente estudiada la edad como un factor predisponente, no es de extrañarse que en un país cuya tendencia poblacional se inclina al envejecimiento y que por las características mencionadas de la enfermedad, exista un aumento de la mortalidad en esta causa de muerte (Fornaguera et al., 2018).

Finalizando con las enfermedades no transmisibles, se encuentran en sexto lugar de causa de muerte en Costa Rica, las enfermedades respiratorias crónicas, comúnmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma, la tendencia en mortalidad es a la baja para este grupo; Costa Rica por su posición geográfica ubicada en el trópico y su clima mayoritariamente húmedo, alberga una alta prevalencia de enfermedades respiratorias (Soto-Martínez & Soto-Quirós, 2004).

Las mayores tasas de mortalidad para las enfermedades respiratorias crónicas se concentran en la población entre los 55 y los 64 años, siendo predominante en el sexo

masculino. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es más frecuente en la población mayor de 60 años.

La séptima causa de muerte corresponde a los accidentes de tránsito, la mortalidad ha disminuido a lo largo de los años para los grupos de edad estudiados, sin embargo, es notable la diferencia en las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres, los hombres poseen una mayor tasa de mortalidad por esta causa en comparación con las mujeres.

Entre el 2011 y el 2016 los hombres que fallecieron por accidentes de tránsito representaban un 79% de las muertes por esta causa frente a un 21% conformado por mujeres, es interesante destacar también que los hombres mueren más en su rol de conductores mientras que las mujeres mueren más en el rol de peatonas, en los hombres un 37% murieron como conductores de motocicletas y un 23% como conductores de vehículos mientras que en las muertes femeninas un 34% fueron como peatonas seguido de un 30% como pasajeras de un vehículo (Pérez, 2019).

En la causa de suicidio y violencia interpersonal existe el mismo patrón entre los sexos, los hombres cometen más suicidios que las mujeres, sin embargo la tasa de mortalidad a diferencia de los accidentes de tránsito, ha ido en aumento durante el tiempo, las autoridades sanitarias de Costa Rica han hecho énfasis en tratar de estabilizar las tasas de suicidio más no disminuirlas, se ha hecho enfoque en abordar aquellos cantones cuyas tasas de suicidio sean superiores con respecto a otros, sin embargo el país aún carece de una estrategia a nivel nacional para disminuir estas tasas (Molina, 2019).

No es de sorprenderse, puesto que aun la población no le da la importancia que requiere la salud mental, hay personas que se toman como burla cuando una persona abiertamente

dice sentirse depresiva, inclusive en el ámbito de la salud muchos profesionales son cómplices de este tipo de comportamientos.

Los homicidios forman parte de la violencia interpersonal, los mismos han ido en aumento con el pasar del tiempo, Costa Rica en la actualidad sufre una ola de violencia producto de las disputas entre bandas criminales dedicadas al narcotráfico, el aumento de la pobreza y desigualdad acentúan los actos vandálicos que pueden tener como desenlace la muerte de un individuo (Murillo, 2023).

Las posesiones de armas en jóvenes son cada vez mayores, hoy en día se quiere resolver todo a punta de violencia y tomando en cuenta que las leyes en Costa Rica son demasiado flojas para este tipo de asuntos, las personas no sienten temor ni intimidación para cometer delitos en este país.

Con respecto a los años de vida ajustados por discapacidad, aumentaron para todos los grupos etarios en diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, trastornos neurológicos y suicidios y violencia interpersonal, sin embargo, la información respecto a la carga de la enfermedad en Costa Rica es limitada, a su vez que, se puede entender el aumento de los AVAD por la gran cantidad de complicaciones y secuelas que se pueden derivar de estas causas.

Respecto a la incidencia de las enfermedades cardiovasculares se observa una ligera disminución a excepción de los hombres entre los 45 y 54 años, esto es interesante porque al ser la primera causa de muerte desde inicios de la década de los 2000, las autoridades de salud pública de Costa Rica han concentrado sus esfuerzos en disminuir este grupo

de enfermedades y prueba de ello es la disminución tanto en la tasa de mortalidad como la de incidencia.

Desde 2001 se implementa una estrategia llamada Plan de Atención a la Salud de las Personas donde sus principales acciones se centran en combatir los factores de riesgo que conducen al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares como lo son la disminución del consumo de tabaco y alcohol, los malos hábitos alimenticios, la obesidad, entre otros y promoviendo la actividad física, una alimentación saludable y campañas para concientizar sobre el consumo del tabaco (Castillo S et al., 2006).

Al verificar el comportamiento de la incidencia en las tablas, se puede observar cómo después del año 2001 las cifras han ido en constante descenso para ambos sexos, por lo que demuestra el compromiso de las autoridades en ese momento por tratar de disminuir los casos para este grupo de patologías.

Si se analiza la prevalencia de estas enfermedades también existe una disminución tanto a nivel general como en las mujeres, sin embargo, en los hombres es lo contrario y es que diversos estudios arrojan la preponderancia de las enfermedades cardiovasculares hacia los varones, se dice que los hombres experimentan un primer evento cardiovascular una década antes que las mujeres y un infarto al miocardio hasta dos décadas antes que ellas (Rondanelli, 2014).

Por su parte el grupo de las neoplasias muestra un aumento de la incidencia y prevalencia para todos los grupos etarios, es de esperarse que con el paso de los años además del aumento de la población, emerjan nuevas tecnologías y descubrimientos aplicados en el campo de la salud para la detección temprana de los diferentes tipos de canceres, por

ejemplo, al ser el cáncer de mama uno de los más frecuentes, se ha educado a la población femenina sobre la importancia de la autoexploración y el tamizaje con mamografías, por lo que cada vez se detectan más casos, por ende, aumenta la incidencia (Gonzalez, 2023).

La compra de materiales y equipos en los últimos años por parte de la CCSS a hospitales regionales, clínicas o demás establecimientos de salud contribuye al diagnóstico de mayores enfermedades incluidas el cáncer.

Una situación similar se observa en el grupo de diabetes y enfermedad renal crónica, las tasas de incidencia y prevalencia van en considerable aumento y esto va de la mano con el aumento en la prevalencia de la obesidad y el síndrome metabólico además del aumento en la esperanza de vida, los tamizajes realizados por las autoridades sanitarias y el crecimiento de la población (Hasbum-Fernández, 2010).

Las enfermedades digestivas mantienen las tasas de incidencia y prevalencia más altas con respecto a las otras causas, las razones de este aumento no son diferentes de las anteriormente explicadas, sin embargo, hay que resaltar que los factores de riesgo como la obesidad y el sobrepeso pueden conducir a trastornos a nivel esofágico, gástrico e intestinal (Morales & Ortiz, 2020).

Muchos ciudadanos recurren al consumo de comidas rápidas sobre todo en horarios laborales, debido al bajo costo de estos productos en comparación a las comidas saludables y por que como su nombre lo indica, su preparación es mucho más rápida tomando en cuenta que no todos disponen del suficiente tiempo para poder esperar la preparación de un platillo más elaborado, sobre todo en cuestiones de tiempos laborales.

Los trastornos neurológicos mantienen una tendencia estable y similar con un discreto aumento a lo largo de los años en cuanto a incidencia y prevalencia, como se mencionó anteriormente esto guarda relación con el envejecimiento de la población. Por otra parte, las enfermedades respiratorias crónicas han experimentado disminución ligera de la incidencia, pero la disminución es mucho mayor en las tasas de prevalencia, sin embargo, no ha sido posible encontrar una razón del por qué la disminución de la prevalencia en esta causa (Jimenez et al., 2004).

Tanto la incidencia como la prevalencia para accidentes de tránsito ha disminuido en Costa Rica, manteniéndose aun así con tasas mayores en hombres que en mujeres, según el (Anuario Policial, 2010) hubo un descenso del año 2009 al 2010 y se hace énfasis en los días en los que hubieron más fallecidos, siendo esto los días sábados y domingos los cuales asocian entre sus posibles causas el traslado por conceptos de turismo, visitas familiares, entre otros, debido al mayor tiempo que disponen las personas en estos días.

Como se mencionó anteriormente, las cifras elevadas en hombres se justifican por el hecho de que existe una mayor proporción de conductores de vehículos en este sexo que en las mujeres, cuando ellas están involucradas en un accidente de tránsito por lo general llevan el rol de pasajeros o peatones.

También es de destacar que los costos por infringir una ley de tránsito son elevados en Costa Rica y han estado en constante aumento durante los últimos años, por lo que los conductores lo piensan dos veces antes de cometer una imprudencia que pueda derivar en una multa y tener que pagar cifras exorbitantes.

En cuanto a suicidios y violencia intrapersonal, las tasas de incidencia y prevalencia mostraron aumento, con cifras más elevadas en hombres que en mujeres, las causas de este aumento progresivo no son claras, sin embargo, influyen factores de riesgo como padecer enfermedades mentales y físicas, el consumo de sustancias adictivas, en el caso de los hombres existe un factor de presión social, puesto que se considera que los hombres sienten mayor presión de lograr triunfos profesionales y en general, en la vida (García Castro & Barrantes Umaña, 2017).

Usualmente las mujeres emplean formas más leves para llevar a cabo un suicidio, una de las razones por las que tienen una tasa más baja que los hombres es porque muchas veces recurren a “intentos de suicidio” como una llamada de atención y no porque precisamente sus intenciones reales sean acabar con su vida.

Por su parte la violencia ha aumentado considerable en la última década debido al aumento en la estructura criminal y en el narcotráfico, estos grupos criminales emplean formas violentas para posicionarse y causar “temor” entre sus rivales, donde la mayor motivación de realizar un homicidio es el “ajuste de cuentas” (J. P. Alvarado, 2022).

Tomar en cuenta que dentro de este apartado si bien la mayoría se dan por la creciente ola de violencia que hay en el país producto principalmente de las guerras entre narcotraficantes, también hay que tomar en cuenta la violencia hacia la mujer, puesto que los femicidios también han sido un tema popular en los últimos años y entra dentro de esta misma categoría contribuyendo a un aumento en las tasas para esta causa.

CAPÍTULO VI.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Las enfermedades no transmisibles constituyen las principales causas de muerte en Costa Rica junto con los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal.
- La mortalidad ha descendido para las causas estudiadas en el periodo de tiempo investigado, excepto por los trastornos neurológicos y los suicidios y violencia intrapersonal.
- La mayor tasa de mortalidad en los hombres fue por enfermedades cardiovasculares.
- La mayor tasa de mortalidad en mujeres fue por neoplasias.
- La mortalidad es mayor en los hombres de 60 a 64 años para todas las causas.
- La mayor tasa de mortalidad para ambos sexos fue por neoplasias.
- Los mayores años de vida ajustados por discapacidad corresponden a enfermedades cardiovasculares, neoplasias y diabetes y enfermedad renal crónica.
- La menor tasa de AVAD para las mujeres fue por suicidios y violencia interpersonal, mientras que para los hombres la menor tasa corresponde a enfermedades respiratorias crónicas
- Las mayores tasas de incidencia se dan en enfermedades digestivas y trastornos neurológicos, mientras que las menores tasas corresponden a enfermedades cardiovasculares y suicidios y violencia interpersonal
- Las mayores tasas de incidencia en hombres y mujeres fueron por enfermedades digestivas

- La mayor prevalencia se da en diabetes y enfermedad renal crónica, trastornos neurológicos y enfermedades digestivas.
- Los factores de riesgo para la mayoría de las causas siguen siendo modificables a excepción de los trastornos neurológicos.
- Respecto al grupo etario estudiado, la población entre los 55-64 años concentra las mayores tasas para las cuatro variables estudiadas (mortalidad, incidencia, prevalencia y AVAD).
- La población entre los 45-59 años presentó las menores tasas en las cuatro variables estudiadas (mortalidad, incidencia, prevalencia y AVAD).

6.2 RECOMENDACIONES

- Dado que las principales causas de muerte en Costa Rica son enfermedades cuyos factores de riesgo se pueden prevenir en su mayoría, es importante seguir implementando estrategias de prevención a través de campañas y dotar de información a la ciudadanía. Hacer énfasis en la prevención y reducción del consumo de tabaco, los malos hábitos alimenticios y la promoción de la actividad física.
- Educar a la población sobre los principales cánceres que azotan a los costarricenses, esto con el fin de promover la concientización y que las personas entiendan la importancia de realizar los tamizajes correspondientes durante las edades recomendadas.
- Muchos pacientes no toman sus padecimientos con la seriedad que estos requieren, principalmente los hipertensos y diabéticos, el no hacerlo conlleva a

un mayor riesgo de complicaciones y por consiguiente un gasto elevado a la salud pública; una recomendación sería que una vez que se diagnostique a un paciente con uno de estos padecimientos crónicos, el mismo tenga la obligación de recibir una charla por parte de alguna red encargada con toda la información referente a su padecimiento y sus posibles consecuencias, ya que durante la consulta médica por cuestiones de tiempo no se puede ahondar en el tema de la misma forma.

- Reforzar la educación vial en colegios sería de utilidad para prevenir las muertes por accidentes de tránsito, así como tratar de que todas las calles transitables cuenten con debida señalización y demarcación. Hacer valer el peso de la ley a todo conductor que maneje bajo los efectos del alcohol, a un exceso de velocidad considerable o irrespete las señales de tránsito.
- Hay que hablar de salud mental, se deben de implementar espacios en escuelas, colegios, universidades y en ambientes laborales donde las personas cuenten con una red de apoyo psicológica, que puedan expresarse sin temor a ser juzgados. Promover campañas que concienticen sobre la empatía y el buen trato entre seres humanos, educar y empatizar a los médicos para poder lidiar con los trastornos mentales con el debido respeto, ya que en muchas ocasiones se carece del mismo por parte de estos profesionales. Estas recomendaciones son en pro de disminuir las muertes por causa de suicidio y violencia interpersonal. La salud mental debe dejar de ser un tema tabú.

- Ampliar los horarios de atención en el primer nivel de atención de la CCSS, de manera que exista más oportunidad de poder obtener espacio para una cita de control o chequeo médico.
- Una de las recomendaciones más importantes para el propósito de combatir estas enfermedades es que las autoridades políticas implementen la actividad física en todos los campos y áreas en las que se pueda implementar, reforzar la educación física en escuelas y colegios, que los universitarios realicen actividad física por lo menos una vez a la semana durante todo su plan de estudios y buscar la forma de implementarlo en todos los espacios laborales.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias

- Allegri, R. F., Arizaga, R. L., Bavec, C. V., Colli, L. P., Demey, I., Fernández, M. C., Frontera, S. A., Garau, M. L., Jiménez, J. J., Golimstok, Á., Kremer, J., Labos, E., Mangone, C. A., Ollari, J. A., Rojas, G., Salmini, O., Ure, J. A., & Zuin, D. R. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137. [https://doi.org/10.1016/S1853-0028\(11\)70026-X](https://doi.org/10.1016/S1853-0028(11)70026-X)
- Almirante, B., & Pigrau, C. (2010). *Colangitis aguda*. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X10700264>
- Alvarado, E., Granados, W., & Velázquez, L. (2021). LAS UNIDADES SANITARIAS: UN MODELO EJEMPLAR EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA. *REVISTA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA*, 15(2). <http://www.revistamedica.ucr.ac.cr/>
- Alvarado, J. P. (2022). *Evolución de los homicidios en Costa Rica en los últimos 10 años*. Poder Judicial. <https://pjenlinea3.poder-judicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/Evolucion%20de%20los%20homicidios%20en%20Costa%20Rica%20en%20los%20ultimos.pdf>
- Álvarez-Aguilar, P. A., Dobles-Ramírez, C. T., Álvarez-Aguilar, P. A., & Dobles-Ramírez, C. T. (2019). Pancreatitis aguda: Fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarricense*, 61(1), 13-21.
- Alvis, N., & Valenzuela, M. T. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista médica de Chile*, 138, 83-87. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010001000005>

- Amaral, D. M. (2016). *Sarcoidosis pulmonar: Actualización y reporte de casos*.
- Anuario Policial. (2010). *PERSONAS FALLECIDAS POR ACCIDENTES DE TRANSITO EN COSTA RICA, DURANTE EL 2010*. Poder Judicial. https://planificacion.poder-judicial.go.cr/images/policiales/Anuario_Policial_2010/Elementos/PDFs%20Comentarios/09-accidentestransito.pdf
- Arauz, A., & Ruíz-Franco, A. (2012). *Enfermedad vascular cerebral*.
- Arteaga, M., Oña, M., Mendoza, S., Alcivar, L., Santos, E., & Saltos, A. (2018). *tratamiento enfermedad cardiovascular pdf—Buscar con Google*.
- Barajas, H., Medina, N., & Rojas, C. (2018). Heridas por arma blanca. *Acta de Ciencia en Salud*, 5-10.
- Bernabeu Mestre, J. (1999). Estados de salud y descenso de la mortalidad: Un espacio para la multidisciplinariedad. *Berceo*, 137, 25-34.
- Boadas, J., Balsells, J., Busquets, J., Codina-B, A., Darnell, A., Garcia-Borobia, F., Ginés, À., Gornals, J., Gruartmoner, G., Ilzarbe, L., Merino, X., Oms, L., Puig, I., Puig-Diví, V., Vaquero, E., Vida, F., & Molero, X. (2015). Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. *Gastroenterología y Hepatología*, 38(2), 82-96. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.09.006>
- Caballería, L., Caballería, J., & Parés, A. (2000). Enfermedad hepática alcohólica. *Medicina Integral*, 35(10), 474-480.
- Cañet, A. (2014). *Enfermedades digestivas: Qué es, síntomas y tratamiento*. Top Doctors. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/enfermedades-digestivas>

- Castelao, A., Gorriz, J., Bover, J., Segura, J., & Cebollada, J. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, *34*.
<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12455>
- Castillo S, L. M., Alvarado G, A. T., & Sánchez V, M. I. (2006). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, *15*(28), 3-16.
- Chacón, M. (2009). *CÁNCER: REFLEXIONES ACERCA DE INCIDENCIA, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y MITOS*.
- Chaves, D. Z. (2020). Enfermedad renal crónica. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, *10*(4), Article 4. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v10i4.40511
- Chaves, S. V. (2016). *ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN COSTA RICA*. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art06.pdf>
- Chisholm, D., & Banatvala, N. (2014). *Amenazas a la salud mundial en el siglo XXI*. 18-19.
- Consalvo, D. E., Fontela, M. E., Papayannis, C. E., Romano, L. M., Saidón, P. C., & Bernater, R. D. (2013). Actualización de las guías para el tratamiento farmacológico de la epilepsia en adultos. *Neurología Argentina*, *5*(3), 187-198.
<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2013.03.001>
- Crawford, M. H. (2018). Método para el diagnóstico de enfermedad cardíaca. En M. H. Crawford (Ed.), *Diagnóstico y tratamiento en cardiología*, *5e* (1-Book, Section). McGraw-Hill Education. accessmedicina-mhmedical-com-uh.knimbus.com/content.aspx?aid=1154309973

- Cuartas Agudelo, Y. S., & Martínez Sánchez, L. M. (2020). Aspectos clínicos y etiológicos de la hemorragia digestiva alta y sus escalas de evaluación. *Revista Médicas UIS*, 33(3). <https://doi.org/10.18273/revmed.v33n3-2020001>
- Díez Gutiérrez, B. (2016). Curso básico sobre diabetes. Tema 1. Clasificación, diagnóstico y complicaciones. *Farmacia Profesional*, 30(1), 36-43.
- Dueñas, A. M. E., & Barrios, J. M. V. (2016). *Enfermedades por agentes inorgánicos. Neumoconiosis. Mesotelioma.*
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Enfermedades cardiovasculares están entre las principales causas de muerte en Costa Rica.* (2022, noviembre 7). El Observador CR. <https://observador.cr/enfermedades-cardiovasculares-estan-entre-las-principales-causas-de-muerte-en-costa-rica/>
- Escorsell, À., Castellote, J., Sánchez-Delgado, J., Charco, R., Crespo, G., & Fernández, J. (2019). Manejo de la insuficiencia hepática aguda grave. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterología y Hepatología*, 42(1), 51-64. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.07.013>
- Evans, R. (2001). Diez Logros Sanitarios más Importantes en el Siglo Veinte. *Revista de la Facultad de Medicina*, 24(1), 20-27.
- Evans-Meza, R., Pérez-Fallas, J., & Bonilla-Carrión, R. (2019). Características de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Costa Rica de 1970 al 2014. *Archivos de Cardiología de México*, 89(1). <https://doi.org/10.24875/ACM.M19000014>

- Farré, M. V., & Benavent, R. (2007). *Tratado de geriatría para residentes*.
- Fernández-Montes, C. V. (2014). *Importancia de los síntomas en el paciente respiratorio*.
- Fernández-Ortiz, D. A. (s. f.). *Qué es el infarto agudo de miocardio*.
- Fluxá, D., & Quera, R. (2017). Enfermedad diverticular: Mitos y realidades. *Revista médica de Chile*, 145(2), 201-208. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000200009>
- Fornaguera, J., Segura, N., & Montero, B. (2018). *Enfermedad de Alzheimer en Costa Rica. Una realidad poco investigada*. 2(31).
- Fuentes Ferrer, M. E., & Prado González, N. del. (2013). Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *Anales de Pediatría Continuada*, 11(6), 346-349. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(13\)70157-4](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(13)70157-4)
- Galeano, M. S., Diaz, L., González, S. A., González, R., Godoy, G., Morel, M., Obelar, N. B., Aranda, G., Galeano, M. S., Diaz, L., González, S. A., González, R., Godoy, G., Morel, M., Obelar, N. B., & Aranda, G. (2021). Experiencia en la unidad de enfermedades desmielinizantes a 2 años. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 54(3), 113-118. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.03.113>
- Garau, X. (s. f.). *Peritonitis y otras infecciones intraabdominales*.
- García Castro, J. D., & Barrantes Umaña, B. (2017). ¿Qué sabemos del suicidio de adultos en Costa Rica? *Pensamiento Actual*, 17(28), 160. <https://doi.org/10.15517/pa.v17i28.29553>
- García, P. L. R. (2020). *Diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson*.

- García, V. J. C., González-Chávez, A. S., Cerulia, C. A., Labrada, J. C. G., Reyes, J. C., & Cruz, D. B. (2019). Guía práctica de colecistitis aguda en la edad pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & Rocío García-Pascual, R. (2023). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91-100.
<https://doi.org/10.55414/ap.v37i2.807>
- Gargallo, C., Aranguren, F., & Simón, M. (2011). *Colecistitis aguda*. Elsevier.
<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
- Gil Romea, I., Moreno Mirallas, M. J., Deus Fombellida, J., Mozota Duarte, J., Garrido Calvo, A., & Rivas Jiménez, M. (2001). Obstrucción intestinal. *Medicina Integral*, 38(2), 52-56.
- Gil-Borrelli, C. C., Latasa Zamalloa, P., Martín Ríos, M. D., Rodríguez Arenas, M. Á., Gil-Borrelli, C. C., Latasa Zamalloa, P., Martín Ríos, M. D., & Rodríguez Arenas, M. Á. (2019). La violencia interpersonal en España a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 317-324.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.008>
- Gómez Ayala, A.-E. (2008). Terapia insulínica. Revisión y actualización. *Offarm*, 27(10), 72-81.
- Gómez Ayala, A.-E. (2012). Cirrosis hepática. Actualización. *Farmacia Profesional*, 26(4), 45-51.
- Gómez-Virgilio, L., Reyes-Gutiérrez, G. S., Silva-Lucero, M. del C., López-Toledo, G., Cárdenas-Aguayo, M. del C., Gómez-Virgilio, L., Reyes-Gutiérrez, G. S., Silva-

Lucero, M. del C., López-Toledo, G., & Cárdenas-Aguayo, M. del C. (2022). Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México. *Gaceta médica de México*, 158(4), 244-251. <https://doi.org/10.24875/gmm.22000023>

González, J. M. G. (2011). Observaciones políticas y naturales hechas a partir de los boletines de mortalidad (John Graunt). *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 21, Article 21. <https://doi.org/10.5944/empiria.21.2011.864>

Gonzalez, M. (2023). Tamizaje por mamografía clave para la detección de cáncer de mama. *Larepublica.net*. <https://www.larepublica.net/noticia/tamizaje-por-mamografia-clave-para-la-deteccion-de-cancer-de-mama>

González, T. (2015). ENTENDIENDO EL USO Y RESULTADOS DEL INDICADOR AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública. Universidad de Guanajuato.*, IV(2), 200-202.

Guardiola, J., García-Iglesias, P., Rodríguez-Moranta, F., Brullet, E., Salo, J., Alba, E., Espin, E., Gallach, M., Gené, E., Titó, L., Feu, F., Villanueva, C., Fort, E., Martínez-Cerezo, F. J., Planella, M., Pons, V., & Calvet, X. (2013). Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda: Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. *Gastroenterología y Hepatología*, 36(8), 534-545. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.04.002>

Hasbum-Fernández, B. (2010). Epidemiología de la diabetes en Costa Rica. *Avances en Diabetología*, 26(2), 91-94. [https://doi.org/10.1016/S1134-3230\(10\)62004-2](https://doi.org/10.1016/S1134-3230(10)62004-2)

Hashash, J., & Regueiro, M. (2023). *Manejo médico de pacientes adultos de bajo riesgo con colitis ulcerosa de leve a moderada—UpToDate* [Base de datos].

UpToDate. https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/medical-management-of-low-risk-adult-patients-with-mild-to-moderate-ulcerative-colitis?search=colitis%20ulcerosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

Hernández-Cortez, J., León-Rendón, J. L. D., Martínez-Luna, M. S., Guzmán-Ortiz, J. D., Palomeque-López, A., Cruz-López, N., José-Ramírez, H., Hernández-Cortez, J., León-Rendón, J. L. D., Martínez-Luna, M. S., Guzmán-Ortiz, J. D., Palomeque-López, A., Cruz-López, N., & José-Ramírez, H. (2019). Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. *Cirujano general*, *41*(1), 33-38.

Herranz Martí, M. (2001). El riesgo de cáncer de mama. Conceptos prácticos. *Medicina Integral*, *38*(11), 424-436.

Ibañez, C. (2007, agosto 12). *Estadísticas de mortalidad—Salud Pública y algo más*. https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/08/12/71610

Irarrázaval, M., Martín, A., Prieto-Tagle, F., & Vidal, M. (2018). *SUICIDIO Y CONDUCTA AUTOLESIVA*.

Jimenez, M., Gómez, F., & Mata, Z. (2004). *Enfermedades respiratorias*. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/699/AISmodulo6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kane, S. (2022). *Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of Crohn disease in adults—UpToDate* [Base de datos]. UpToDate. https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in-adults?search=enfermedad%20de%20crohn&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Lacé-Murray, A. (2012). *Causas de muerte en una cohorte de diabéticos tipo 2 de Costa Rica y la calidad de su certificado de defunción*. 54.

Laureani Fierro, Á. D. J., Lara Aparicio, S. Y., Morgado-Valle, C., Beltrán-Parrazal, L., García, L. I., Hernández, M. E., Manzo, J., & Pérez, C. A. (2022). Trastornos de las neuronas motoras: Causas, síntomas, factores de riesgo, diagnósticos y tratamientos. *eNeurobiología*, 13(31). <https://doi.org/10.25009/eb.v13i31.2599>

Leon, A., Huertas, J., & Hurtado, J. (2011). *Glomerulonefritis aguda con énfasis en compromiso rápidamente progresivo*. Scielo.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000400016

López, M. (2022). *Conozca los siete tipos de cáncer más comunes en Costa Rica*.

<https://www.larepublica.net/noticia/conozca-los-siete-tipos-de-cancer-mas-comunes-en-costa-rica>

Lorenzo, A. H., & Menchaca, M. C. (1999). *Biomecánica del accidente de tráfico*.

Lozano, J. A. (2004). Cáncer de próstata. *Offarm*, 23(10), 84-89.

Manterola, C., Hernández-Leal, M. J., Otzen, T., Espinosa, M. E., Grande, L.,

Manterola, C., Hernández-Leal, M. J., Otzen, T., Espinosa, M. E., & Grande, L.

(2023). Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de Investigación a Considerar en Ciencias Morfológicas. *International Journal of Morphology*, 41(1), 146-155.

<https://doi.org/10.4067/S0717-95022023000100146>

Marín M, D. S., Carmona V, H., Ibarra Q, M., Gámez C, M., Marín M, D. S.,

Carmona V, H., Ibarra Q, M., & Gámez C, M. (2018). Enfermedad de Parkinson:

Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(1), 79-92. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n1-2018008>

Martínez-Altarriba, M. C., Ramos-Campoy, O., Luna-Calcaño, I. M., & Arrieta-Antón, E. (2015). Revisión de la esclerosis múltiple (2). Diagnóstico y tratamiento. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 41(6), 324-328.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.07.011>

Martínez-Fernández., R., Gasca-Salas C., C., Sánchez-Ferro, Á., & Ángel Obeso, J. (2016). ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 363-379.

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.06.010>

Martínez-Pérez, C., GarcíaCoret, M. J., Villalba-Ferrer, F. L., Martínez-Pérez, C., GarcíaCoret, M. J., & Villalba-Ferrer, F. L. (2021). La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. *Revista de cirugía*, 73(3), 322-328.

<https://doi.org/10.35687/s2452-45492021003868>

Mayoral, P. V., Diazconti, M. P., & Serrano Bello, C. A. (2015). Neoplasia. En P. F. Valencia Mayoral & J. Ancer Rodríguez (Eds.), *Patología* (1-Book, Section). McGraw-Hill Education.

accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1120483785

Mellado-Orellana, R., Salinas-Lezama, E., Sánchez-Herrera, D., Guajardo-Lozano, J., Juan, E., & Rodríguez-Weber, F. L. (2019). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 dirigido a pacientes con sobrepeso y obesidad. *Medicina Interna de México*.

Menéndez, S. S. (s. f.). *Enfermedades Cardiovasculares*.

Meyer, A., & Treton, X. (2018). Colitis ulcerosa. *EMC - Tratado de Medicina*, 22(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)87870-3](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(17)87870-3)

Miño, J., López, E., Jazmín, N., & Molano, D. (2022). Cirrosis hepática o falla hepática crónica agudizada: Definición y clasificación. *Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud -FUCS*, 112-|122.

Molina, L. (2019). *Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades—Semanao Universidad. Semanao Universidad.*
<https://semanariouniversidad.com/especiales/suicidios-aumentan-en-costa-rica/>

Montiel, H. (2003). *100 años de salud Costa Rica* (p. 82).
<https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/100salud.pdf>

Morales, A., & Ortiz, P. (2020). Relación entre los hábitos alimentarios, el estado nutricional y los problemas gastrointestinales en estudiantes universitarios de 18- 30 años de guápiles, Pococí, Costa Rica. *Rev Hisp Cienc Salud*, 14-21.

Morales-Martínez, F. (2015). El envejecimiento en Costa Rica: Una perspectiva actual y futura. *Acta Médica Costarricense*, 57(2), 74-79.

Murillo. (2021, marzo 25). *COVID-19 fue primera causa de muertes en 2020 en Costa Rica, pero hubo menos víctimas de accidentes • Semanao Universidad.*
<https://semanariouniversidad.com/pais/covid-19-fue-primera-causa-de-muertes-en-2020-en-costa-rica-pero-hubo-menos-victimas-de-accidentes/>

Murillo, Á. (2023, marzo 24). *Costa Rica pierde su paz: Los homicidios aumentaron un 66% en una década.* El País. <https://elpais.com/internacional/2023-03-24/costa-rica-pierde-su-paz-los-homicidios-aumentaron-un-66-en-una-decada.html>

Nuestra historia | El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud. (2023). [Base de datos]. The Institute for Health Metrics and Evaluation.
<https://www.healthdata.org/about/history>

- Ochoa, J., & Yunkor, Y. (2019). El estudio descriptivo en la investigación científica. *ACTA JURÍDICA PERUANA*, 2(2), Article 2. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/AJP/article/view/224>
- Orozco, R. (2010). Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(5), 779-789. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70600-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70600-3)
- Ostabal Artigas, M. I. (2001). La hemorragia digestiva aguda. *Medicina Integral*, 37(4), 141-144.
- Palacios, M. (s. f.). *Estudios ecológicos*. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1464§ionid=101050086>
- Pedroso Bastos, K. R., Fortunato Costa, L., Pedroso Bastos, K. R., & Fortunato Costa, L. (2021). Caracterización de las víctimas y de la violencia sexual cometida por adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(2), 50-73. <https://doi.org/10.11600/rllcsnj.19.2.4399>
- Pérez, B. (2019). Estadísticas de siniestros viales con víctimas en Costa Rica para el periodo 2012-2016. Una aproximación para el análisis de la seguridad vial desde los roles de masculinidad y femineidad. *Infraestructura Vial*, 21(38), 9-19. <https://doi.org/10.15517/iv.v21i38.38510>
- Pérez González, R. J. (2021). *Análisis de la mortalidad y carga de la enfermedad por enfermedad cardiovascular y tumores malignos en Costa Rica 1990-2019*. [Thesis, Universidad Hispanoamericana]. <http://13.87.204.143/xmlui/handle/123456789/7052>

- Pérez-Hernández, E. A., Mendieta-Izquierdo, G., Pérez-Hernández, E. A., & Mendieta-Izquierdo, G. (2020). Configuración de la masculinidad en varones adolescentes fumadores de tabaco. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 154-167. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.15>
- Picardo, M., Pascual, S., Tregón, M. J., Loras, A., Picardo, S., & Cervera, M. (2021, diciembre 13). Enfermedad de alzheimer. Artículo monográfico. *D RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-de-alzheimer-articulo-monografico/>
- Pita, S., Pértegas, S., & Valdés, F. (2004). *Medidas de frecuencia de enfermedad*. Fistera.com. https://www.fistera.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec2.pdf
- Prats, G. (2003). Las enfermedades infecciosas en el siglo XX y retos para el siglo XXI. *Vacunas: investigación y práctica*, 4(2), 27-29.
- Pulgar, H., & Baculima, M. (2022). Lesiones por arma de fuego y su relación con la medicina legal y forense. *Polo del Conocimiento*, 7(6), 667-687. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i6.4097>
- Pulido, G. T. A. (2009). *¿Qué sabes sobre el Cáncer? ...Infórmate para conocerlo*. 2.
- Ramírez, H. (2007). *Dinámica de la población en México*. 146.
- Ramírez Muñoz, J. E. (2013). Accidentes de tránsito terrestre. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(2), 78-85.
- Reséndiz-Aparicio, J. C., Pérez-García, J. C., Olivas-Peña, E., García-Cuevas, E., Roque-Villavicencio, Y. L., Hernández-Hernández, M., Castro-Macías, J. I., & Rayo-Mares, J. D. (2023). Guía clínica. Definición y clasificación de la epilepsia.

Revista Mexicana de Neurociencia, 20(2), 2377.

<https://doi.org/10.24875/RMN.M19000052>

Río-Navarro, B. E. del, Hidalgo-Castro, E. M., & Sienna-Monge, J. J. L. (2009).

Asma. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66(1), 3-33.

Rivera-Chavarría, A., & Méndez-Chacón, E. (2022). Mortalidad y egresos hospitalarios por enfermedad renal crónica de causas no tradicionales. *Acta Médica Costarricense*, 64(1), Article 1. <https://doi.org/10.51481/amc.v64i1.1145>

Rojas de P, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10, 7-12.

Rondanelli, R. (2014). Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre.

Revista Médica Clínica Las Condes, 25(1), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70013-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70013-6)

Rosen, P. (2005). *Bases para el diagnóstico precoz del cáncer bucal*.

<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=69768>

Rosero-Bixb, L. (1994). LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD DE ADULTOS EN COSTA RICA. *Universidad de Costa Rica*.

Saenz, L. (2003). *100 años de salud Costa Rica* (p. 72).

<https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/100salud.pdf>

Salinas, M., Florenzano, M., Wolff, V., Rodríguez, J. C., Valenzuela, H., Fernández, C., Undurraga, Á., Salinas, M., Florenzano, M., Wolff, V., Rodríguez, J. C., Valenzuela, H., Fernández, C., & Undurraga, Á. (2019). Enfermedades pulmonares intersticiales. Una perspectiva actual. *Revista médica de Chile*, 147(11), 1458-1467.

<https://doi.org/10.4067/S0034-98872019001101458>

- Sampieri, R. (2003). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez-Arias, A. G., Bobadilla-Serrano, M. E., Dimas-Altamirano, B., Gómez-Ortega, M., & González-González, G. (2016). *Enfermedad cardiovascular: Primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel*.
- Sellarés, V., & Rodríguez, L. (2023). *Enfermedad Renal Crónica / Nefrología al día*. Nefrología al día. <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- Soriano, G. (2009). NORMAS, CONSEJOS Y CLASIFICACIONES HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Enfermería Global*.
- Soto, J. E. (2022). *INEC revela que tasa de mortalidad en el país casi se duplicó en los últimos 20 años—Monumental: Monumental*. <https://www.monumental.co.cr/2022/10/28/inec-revela-que-tasa-de-mortalidad-en-el-pais-casi-se-duplico-en-los-ultimos-20-anos/>
- Soto-Campos, J. (2016). *Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología 3ª Edición. 2016*.
- Soto-Martínez, M., & Soto-Quirós, M. (2004). Epidemiología del asma en Costa Rica. *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera*, 39(1), 42-53.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 502-507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>

- Tolosa, A. (2023, junio 26). Cromosoma Y influye en la vulnerabilidad de los hombres al cáncer. *Genotipia*. https://genotipia.com/genetica_medica_news/el-cromosoma-y-influye-en-la-mayor-vulnerabilidad-de-los-hombres-al-cancer/
- Toro Merlo, J. J. (2013). Violencia sexual. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(4), 217-220.
- Vakil, N. (2022a). *Peptic ulcer disease: Clinical manifestations and diagnosis*—*UpToDate* [Base de datos]. UpToDate. https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ulcera%20peptica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Vakil, N. (2022b). *Peptic ulcer disease: Epidemiology, etiology, and pathogenesis*—*UpToDate* [Base de datos]. UpToDate. https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/peptic-ulcer-disease-epidemiology-etiology-and-pathogenesis?search=ulcera%20peptica&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
- Vázquez Rosa, A., Tarraga Marcos, A., Tarraga Marcos, L., Romero de Ávila, M., & Tarraga López, P. J. (2020). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y comorbilidad. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1195-1220. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3863>
- Villegas, L., Marchena, E., Garcia, L., Trejos, J., Gonzalez, D., & Poveda, C. (2016). Enfermedad de Crohn. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica*, 423-428.
- Walther, J. L. Á.-S. (s. f.). *¿De qué se ocupan los neumólogos?*

Zapata, C. H., Franco, E., Solano, J. M., & Ahunca, L. F. (2016). Esclerosis lateral
amiotrófica: Actualización. *Iatreia*, 29(2), 194-205.

<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v29n2a08>

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

- **5-ASA:** ácido 5-aminosalicílico
- **AINES:** antiinflamatorios no esteroideos
- **ARA II:** antagonistas de los receptores de angiotensina II
- **AVAD:** años de vida ajustados por discapacidad
- **AVPP:** años de vida perdidos por muerte prematura
- **ELA:** esclerosis lateral amiotrófica
- **ELP:** esclerosis lateral primaria
- **ENT:** enfermedad no transmisible
- **EPI:** enfermedad pulmonar intersticial
- **EPOC:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- **ERC:** enfermedad renal crónica
- **GBD:** global burden disease
- **HBA1C:** hemoglobina glicosilada
- **HTA:** hipertensión arterial
- **IECA:** inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
- **IHME:** institute for health metrics and evaluation
- **NMI:** neurona motora inferior
- **NMS:** neurona motora superior
- **PET:** tomografía por emisión de positrones
- **RM:** resonancia magnética
- **TAC:** tomografía axial computarizada
- **VIH:** virus de inmunodeficiencia humana

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Kristian Lewis Thomas, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 702660854 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de este acto y debidamente apercebido y entendido de las penas y consecuencias con las 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: **“EVOLUCION DE LAS 8 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN COSTA RICA EN EL GRUPO DE 45 A 64 AÑOS DURANTE EL 2000 AL 2019”** es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado 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 éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los once días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés.



Kristian Lewis Thomas

Cédula: 702660854

CARTA DEL TUTOR

San José, 11 de noviembre de 2023.

Señores
Departamento de Servicios
Estudiantiles Universidad
Hispanoamericana

Estimados señores:

El estudiante **Kristian Lewis Thomas**, cédula de identidad número **7-0266-0854**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“EVOLUCIÓN DE LAS 8 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN COSTA RICA EN EL GRUPO DE 45 A 64 AÑOS DEL 2000 A 2019”** 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%	16%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		94%

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

Atentamente,

YAZLIN
LILLIANA

ALVARADO
RODRIGUEZ

Dra. Yazlín Alvarado Rodríguez

1-1472-0916

Cód. 13560

Firmado digitalmente por
YAZLIN LILLIANA ALVARADO
RODRIGUEZ (FIRMA)

CARTA DEL LECTOR

San José, 24 de marzo de 2024

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

El estudiante **Kristian Lewis Thomas**, cédula de identidad número **702660854**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **EVOLUCION DE LAS 8 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN COSTA RICA EN EL GRUPO DE 45 A 64 AÑOS DURANTE EL 2000-2019.**

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. María Fernanda Álvarez Pineda
Céd. 2-0721-0894
Cód. 15636

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 27 de marzo de 2024

Señores:

Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Kristian Lewis Thomas con número de identificación 702660854 autor (a) del trabajo de graduación titulado **Evolución de las 8 principales causas de muerte en Costa Rica en el grupo de edad de 45-64 años del 2000 al 2019** presentado y aprobado en el año 2024 como requisito para optar por el título de Licenciatura en medicina y cirugía; Si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) 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,



702660854

Firma y Documento de Identidad