



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

INFORME DE LA SALUD EN PUERTO RICO



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

**SECRETARÍA AUXILIAR DE
PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO**

DEPARTAMENTO DE SALUD

Informe de la Salud en Puerto Rico, 2014

Ana Ríos Armendáriz, MD
Secretaria de Salud

Eddy Sánchez Hernández, MP
Secretario Auxiliar
Secretaría Auxiliar de
Planificación y Desarrollo

Autores**Plan. Eddy M Sánchez Hernández, MP**

Secretario Auxiliar de Planificación y Desarrollo

Nixa M. Rosado Santiago, PPL

Especialista de Planificación

Samira Sánchez Alemán, MBA

Analista en Planificación

Jonathan J. Morales González, MS

Asesor en el Área de Estadísticas Vitales y Asuntos Demográficos

Jessica N. Rivera Rivera, MPH

Asesora en el Área de Estadísticas Vitales y Asuntos Demográficos

Karim E. Bermúdez Lugo, MS

Consultora en Evaluación

Kenneth Torres Concepción

Artista Gráfico

Correos electrónicoseddysanchez@salud.pr.govnrosado@salud.gov.prsasanchez@salud.gov.prjonmorales@salud.pr.govjnrivera@salud.pr.govkbermudez@salud.pr.gov**Dirección Postal:**

Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo

P.O. Box 70184

San Juan, PR 00936-8184

Dirección Física:

Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo

Edificio A Oficina 165 Calle Monacillo, Antiguo Hospital de

Psiquiatría, Centro Médico

Río Piedras, PR

Teléfono

(787) 765-2929 ext. 3676, 3685, 3686 y 3687

Portal cibernéticowww.salud.gov.pr**Cita sugerida**

Departamento de Salud. (2014). Resumen General de la Salud en Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico

Fecha de Publicación

Agosto 2014

Fecha de Publicación de próximo informe

No determinada

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Agradecemos al personal de las siguientes oficinas, divisiones y programas por la ayuda recibida en la preparación de este Informe: Registro Demográfico de Puerto Rico, Oficina de Informática y Avances Tecnológicos, Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS), División de Prevención de ETS/VIH/SIDA, Oficina de Vigilancia de ETS, Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Sistema de Vigilancia VIH/SIDA, Programa para el Control de la Tuberculosis y Junta de Planificación de Puerto Rico.

Al Profesor retirado Alfredo González Martínez, Prof. José I. Alameda Lozada, Profesora y Epidemióloga del Estado Brenda Rivera, Epidemiólogas Darielys Cordero y Aisha Miranda y a la Comunicadora Beatriz Quiñonez, gracias por el tiempo dedicado en la lectura y edición del informe. Sus comentarios y sugerencias mejoraron la calidad de este trabajo. Finalmente y no menos importante quiero agradecer a la Profesora Luz León López Catedrática en el Programa Graduado de Demografía del Recinto de Ciencias Médicas y a su equipo de investigadores por poner su conocimiento a la disposición del Departamento de Salud. Sin lugar a dudas éste será solo el principio de muchas colaboraciones para futuros informes.



Plan. Eddy M. Sánchez Hernández, MP
Secretario Auxiliar Planificación y Desarrollo

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1: Perfil del Gasto en Salud en Puerto Rico	4
Perfil del Gasto en Salud en Puerto Rico	5
Capítulo 2: Resumen Estadísticas Vitales.....	20
Resumen de Estadísticas Vitales	21
Población de Puerto Rico	23
Nacimientos en Puerto Rico.....	28
Mortalidad en Puerto Rico.....	30
Esperanza de Vida al Nacer.....	34
Mortalidad Infantil.....	36
Muertes Maternas	39
Muertes Fetales	40
Capítulo 3: La migración en Puerto Rico durante la década del 2000.....	42
El volumen de los flujos migratorios en Puerto Rico	44
La movilidad geográfica en Puerto Rico.....	49
La población inmigrante a Puerto Rico	50
Emigrantes a Estados Unidos durante década del 2000.....	54
Estructura de edad y sexo: inmigrantes vs emigrantes	57
Consideraciones finales acerca de la migración en Puerto Rico.....	59
Capítulo 4: Mortalidad en Puerto Rico	63
Mortalidad General.....	67
Primeras 12 Causas de Muerte y Suicidio.....	70
Mortalidad por Cáncer.....	77
Muertes por Enfermedades del Corazón.....	81
Muertes por Diabetes	85

Muertes por Alzheimer	89
Muertes por Enfermedades Cerebrovasculares	93
Muertes por Accidentes.....	97
Muertes por Nefritis	101
Muertes por Enfermedades Respiratorias.....	104
Muertes por Homicidios	108
Muertes por Septicemia	112
Muertes por Neumonía e Influenza.....	115
Muertes por Hipertensión	119
Muertes por Suicidio.....	122
Capítulo 5: Morbilidad y Factores de Riesgo	126
Prevalencia de Sobrepeso u Obesidad.....	131
Prevalencia de Condiciones de Salud en Puerto Rico	136
Prevalencia de Enfermedades Coronarias	137
Prevalencia de Infarto al Miocardio.....	139
Prevalencia de Diabetes.....	141
Prevalencia de Derrame Cerebral	144
Incidencia de Cáncer	146
Incidencia y Prevalencia de VIH/SIDA	149
VIH/SIDA a nivel mundial	149
VIH/SIDA en Puerto Rico	150
Muertes por VIH/SIDA en Puerto Rico y países de la OECD	155
Enfermedades de Transmisión Sexual	157
Clamidia.....	160
Gonorrea	161
Sífilis	162
Herpes.....	164
Tuberculosis	165

Tuberculosis en Puerto Rico.....	166
Capítulo 6: Profesionales de la Salud de Puerto Rico	172
Profesionales de la Salud de Puerto Rico, 2007-2010	173
Capítulo 7: Facilidades de Salud.....	181
Declaración de Información Estadística de Hospitales	182
Otras facilidades y/o servicios de salud.....	185
Capítulo 8: Población sin seguro de salud en Puerto Rico.....	199
Población sin seguro de salud en Puerto Rico	200

Introducción

Este documento presenta el perfil de la salud en Puerto Rico durante el periodo 2004 al 2013. El mismo fue preparado por la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo con el objetivo de proveer un panorama general de datos de salud que produce el Departamento de Salud y otras agencias gubernamentales durante un periodo de 10 años.

Los temas que se presentan en este documento son: el gasto en salud, población, natalidad, mortalidad y morbilidad, así como datos sobre los profesionales de la salud, la población sin seguro de salud y las Facilidades de Salud. Las fuentes de datos utilizadas para el desarrollo de este documento son: la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, el Behavioral Risk Factor Surveillance System de Puerto Rico (PR-BRFSS), la División de Prevención de Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS), Programa de Vigilancia VIH/SIDA y el Programa para el Control de la Tuberculosis, todos adscritos al Departamento de Salud, el Registro Central de Cáncer de Puerto Rico. Los datos sobre la población de Puerto Rico fueron obtenidos a través del Negociado del Censo de los Estados Unidos. Por otro lado, los datos sobre los nacimientos, defunciones, muertes infantiles, muertes maternas y muertes fetales se adquirieron por medio de la Oficina del Registro Demográfico del Departamento de Salud. Por otra parte, los datos económicos se obtuvieron del Apéndice Estadístico publicado por la Junta de Planificación de Puerto Rico.

De manera general, el primer capítulo de este documento abarca temas relacionados al gasto en salud en Puerto Rico tomando en consideración los distintos componentes que ofrecen servicios de salud en la isla. Por otro lado, el segundo capítulo provee un resumen de la población, los eventos vitales (nacimiento, defunciones y muertes fetales). En relación a los

eventos vitales, se presentan los temas de natalidad, mortalidad, esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, muertes maternas y muertes fetales. En cuanto a las facilidades hospitalarias, se presentaron los datos sobre las camas autorizadas y camas en uso para el año fiscal 2010-2011. Luego, el tercer capítulo presenta datos sobre la migración en Puerto Rico durante la década del 2000. Este capítulo fue desarrollado por la catedrática Luz León López, PhD. del Programa Graduado de Demografía de la Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas y su equipo de investigación. En el cuarto capítulo se presenta un panorama de las primeras doce causas de muertes en Puerto Rico por sexo y grupos de edad para los años 2004 al 2012. Mientras, en el quinto capítulo, se describen determinados factores de riesgo, y la incidencia y/o prevalencia de ciertas condiciones de salud en Puerto Rico. Entre las condiciones de salud que se describen en este capítulo se encuentran: enfermedades coronarias, infarto al miocardio, diabetes, derrame cerebral, cáncer, obesidad, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Por otra parte, el sexto capítulo comprende el tema de los profesionales de salud activos en la isla; y finalmente, el séptimo capítulo presenta distintos estimados sobre la población sin seguro de salud en Puerto Rico.

A través de este documento se hicieron comparaciones de ciertos datos de Puerto Rico respecto a otros países, utilizando la base de datos de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD, por sus siglas en inglés). Esta organización tiene como énfasis promover la creación de políticas públicas para el mejoramiento del bienestar social y económico de las personas alrededor del mundo.

A través del *World Health Organization Mortality Database*, la OECD extrae la información sobre la mortalidad de los países participantes. En la base de datos de la OECD se incluye las

tasas de mortalidad estandarizadas por edad. Para este informe se le hace referencia a estas tasas como las **tasas ajustadas OECD**. Estas tasas son ajustadas utilizando la estructura de edad del total de la población de la OECD para el 2010. Para poder comparar los datos de Puerto Rico, se definieron y clasificaron las causas de muerte según están definidas por la OECD (utilizan el ICD-10). Luego se ajustaron las tasas por los grupos de edad de la población estándar de la OECD para el 2010. (Ver tabla 4.3) Para hacer las comparaciones por países se seleccionó el año 2010, ya que en el momento de la extracción de datos era el año más reciente que incluía la mayor cantidad de países participantes de OECD. Los datos de Puerto Rico se compararon con los datos de los Estados Unidos, en aquellas instancias donde la OECD no incluía la información que se deseaba comparar.

Este documento es una herramienta para conocer la situación general de la salud en Puerto Rico. El mismo es un instrumento que pretende mejorar y fortalecer la toma de decisiones, la formulación de política pública de salud y la planificación estratégica en este sector. Nuestra meta es, que este documento sea actualizado anualmente y esté disponible para la toma de decisiones y la planificación en salud de Puerto Rico.

Capítulo 1: Perfil del Gasto en Salud en Puerto Rico

Perfil del Gasto en Salud en Puerto Rico

En 2004 el Departamento de Salud, en unión con la Organización Panamericana de la Salud publicó un informe titulado **Análisis Sectorial de Salud en Puerto Rico**. Dicho informe incluyó un capítulo de financiamiento en el cual se estimó el gasto en salud por sectores. El presente análisis sobre el gasto total en salud utiliza como base el análisis realizado en el informe de 2004 con ciertas modificaciones.

Además del estudio antes indicado, se tomó en consideración el estimado del gasto en salud en Puerto Rico realizado por el profesor José I. Alameda Lozada y el Dr. Luis O. Ramírez Ferrer, en 24 de febrero de 2012¹.

El objetivo de este análisis es primero, actualizar la información realizada por el Departamento de Salud en 2004 y segundo, comparar el gasto en salud con otros países del mundo para saber si nuestros gastos vis a vis la esperanza de vida del puertorriqueño compara favorablemente con otros países. En este análisis se utiliza la publicación de **Health at a Glance 2013** realizada por la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD por sus siglas en inglés). Los datos fueron ajustados conforme a como se ajustan por la OECD para que sean comparables.

El gasto en Salud en el caso de Puerto Rico se divide en dos componentes: el gasto público y el gasto privado. En el gasto público se encuentra todo lo que ingresa ya sea a través del fondo general o de las corporaciones creadas para ofrecer servicios médicos y todas las corporaciones sin fines de lucro que reciben fondos a través del Departamento de Salud. En el sector privado

¹ Alameda Lozada, J. I. & Ramírez Ferrer, L. O. (2012) El Costo de los Servicios de Salud en Puerto Rico: Perspectiva Económica. XIII Foro Industria de la Salud Prognosis del Sistema de Salud de Puerto Rico: CPA 245

están todas las compañías de seguro que, a través de las primas que suscriben, ofrecen cubierta médica a la población puertorriqueña.

Metodología del estimado del gasto en salud

- Se identificó el presupuesto gastado en salud y sus componentes correspondiente a los años fiscales 2003-2004 al 2012-2013 de las siguientes agencias: Administración de Seguros de Salud (ASES), Departamento de Salud, Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Administración de Servicios Médicos (ASEM), Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles (ACAA), Salud Correccional, Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe, Oficina del Procurador del Paciente y Cuerpo de Emergencias Médicas.
 - La información relacionada a los gastos en salud de las agencias a nivel estatal fueron obtenidos de la página de internet de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (<http://www2.pr.gov/presupuestos/Pages/PRESUPUESTOSANTERIORES.aspx>).
- Para obtener el dato sobre el gasto incurrido en un año particular se examinaron las tablas relacionadas con el presupuesto consolidado de por lo menos dos años posteriores al año que se quería examinar. Esto se hizo con el propósito de obtener el dato sobre el presupuesto ya gastado y no el recomendado o aprobado. El utilizar este método permite tener un estimado más real sobre el gasto en salud.
 - Por ejemplo, la ASES en el Informe de Presupuesto Recomendado para el año fiscal 2004-2005 indica que el presupuesto recomendado fue de \$1,359,910; sin embargo, el Informe de Presupuesto Recomendado del año 2006-2007 reportó como gasto \$1,394,033 para el año 2004-2005. (Presupuesto en miles de dólares)
- Además de los gastos de las agencias estatales, se identificó el gasto de la Administración de Veteranos y la Asociación de Maestros de Puerto Rico.
 - Los datos de la Administración de Veteranos se obtuvieron a través del portal oficial de la agencia utilizando el siguiente enlace: <http://www.va.gov/vetdata/Expenditures.asp>.
- Para evitar la doble contabilidad, se solicitó a ASEM y al Centro Cardiovascular de Puerto Rico que indicaran el total de fondos recibidos por concepto de primas de aseguradoras.

Para estimar el gasto en los servicios de salud en Puerto Rico hay que tomar en cuenta los dos componentes en que se ofrecen los servicios de salud. El primero es el que realiza el gobierno al proveer servicio directo en los hospitales supra terciarios y el de prevención realizado por personal del Departamento de Salud en diferentes lugares de Puerto Rico. Este gasto se encuentra en su totalidad en los presupuestos asignados por la Oficina de Gerencia y

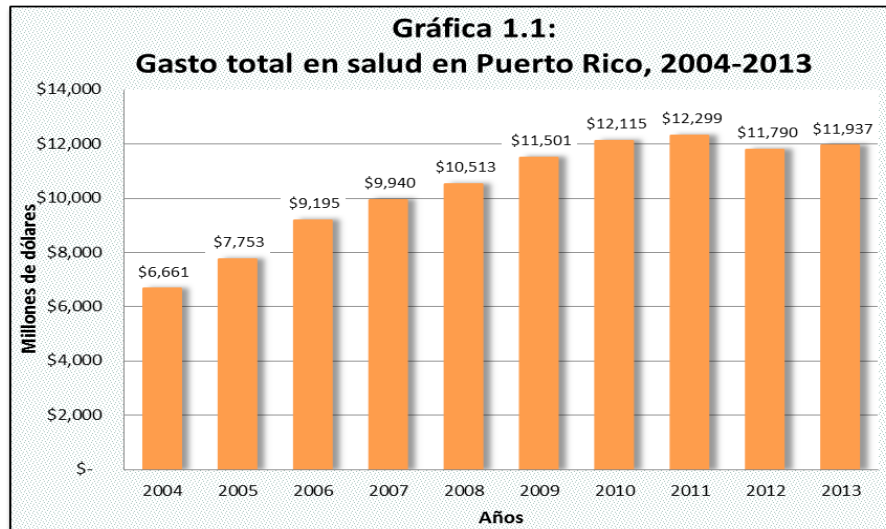
Presupuesto y por los Estados Financieros de las corporaciones. Los fondos federales que se reciben por Medicare o Medicaid están incluidos en los presupuestos de las agencias que forman parte de la sombrilla de Salud.

La segunda manera en que se ofrecen los servicios de salud es a través de los proveedores privados que incluye a los médicos, los hospitales, los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs) y las farmacias, las ambulancias, las casas de salud, entre otros. La mayoría de los gastos de éstos están incluidos a través de la prima que se paga por los servicios de salud a las organizaciones de mantenimiento de salud (HMO's por sus siglas en inglés). Igualmente, los fondos federales Medicare están incluidos en estas primas. La suma de estos dos componentes, haciendo los ajustes pertinentes para evitar la doble contabilidad, totaliza el gasto en salud en Puerto Rico².

El gobierno, a través de la sombrilla de Salud, Salud Correccional, la ACCA, el Fondo del Seguro del Estado, la Oficina del Procurador del Paciente y el Hospital de Veteranos, conforman la parte gubernamental que ofrece servicios de salud. En el sector privado, los HMO's y los Centros 330 integran el gasto que se realiza desde ese sector.

La gráfica 1.1 muestra el total gastado a precios corrientes desde 2004 hasta 2013. La tasa de crecimiento anual en ese periodo creció en 6.70% y refleja un pico en 2011 y un descenso en 2012 y 2013. En 2004, se gastaba un total de \$6,661 millones en el sector salud mientras que en 2013 se gastó \$11,937 millones.

² El Sector Público ofrece servicios de salud que en algunos casos son pagados por pacientes que tienen planes médicos. Ese es el caso de Centro Médico y las demás facilidades administradas por ASEM y el Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe. Esos ingresos fueron descontados de la prima suscrita por los aseguradores para evitar contar dos veces el mismo servicio. El estimado no incluye el gasto en deducibles médicos (out of pocket).



Fuente: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

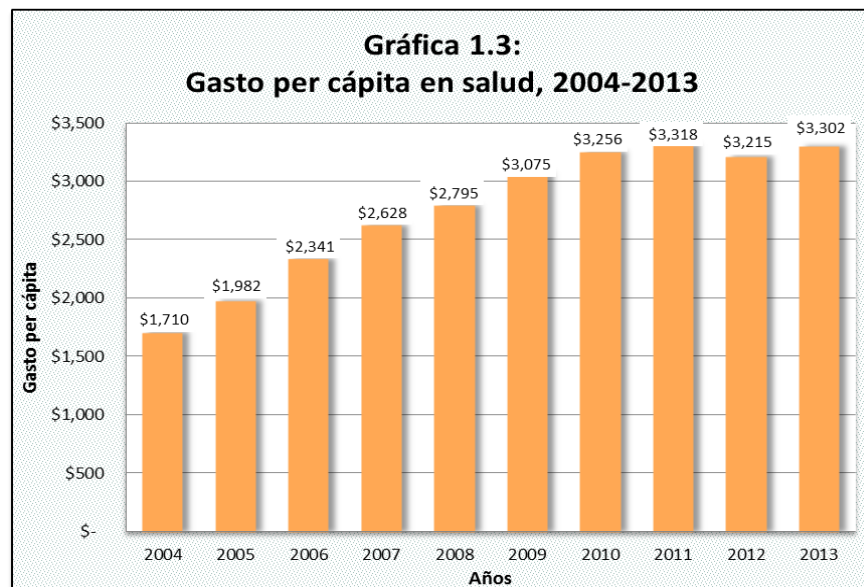
El sector Salud osciló entre el 8.3% (2004) y el 12.3% (2010 y 2011) del Producto Interno Bruto (PIB) en 2004 hasta 2013. El crecimiento del sector Salud como por ciento del crecimiento del PIB fue más acelerado que lo producido en el país. La tasa de crecimiento anual del PIB fue de apenas 2.82% mientras que la de Salud fue de 6.70%. El crecimiento del sector salud se debe en gran medida por la entrada al mercado puertorriqueño de los planes Medicare Advantage³ al mercado de salud. La gráfica 1.2 muestra el gasto en salud como por ciento del PIB.

³ El Plan Medicare Advantage es un tipo de cubierta de salud con beneficios de Medicare ofrecido por un asegurador privado que posee un contrato con Medicare para proveer los beneficios de Medicare Parte A y Parte B.



Fuente: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Si evaluamos el gasto de la Salud esta vez comparado con la población, vemos que en los nueve años seleccionados el gasto ha ido en crescendo. En 2004, se gastaba \$1,710 mientras que en 2013 el gasto fue de \$3,302. El incremento en 1,592 per cápita responde a la entrada de los planes Medicare Advantage unido a la baja en población que en ese periodo fue de -.75 anual. La tasa de crecimiento anual de los gastos per cápita fue de 8.21%.



Fuente: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Otra forma de analizar el gasto en salud es comparando dicho gasto per cápita con la esperanza de vida al nacer. Esto se hace porque el objetivo de velar por la salud es tratar de que las personas duren más años. Se parte del supuesto de que mientras más se gaste en salud más años de vida tendrá la gente, siempre y cuando todos los otros posibles factores permanecen constantes.

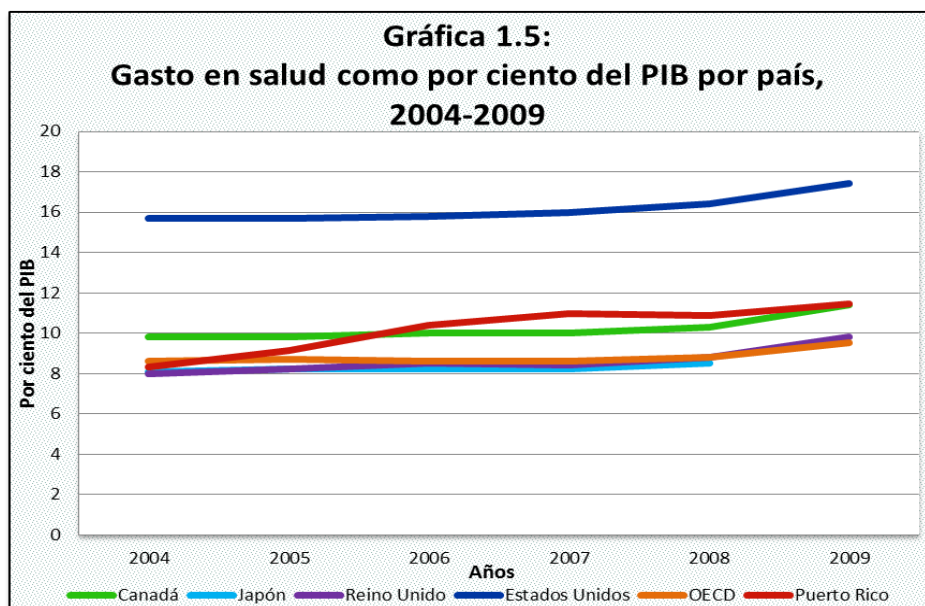
De la gráfica 1.4 se desprende que desde el 2004 al 2009 se ha aumentado el gasto per cápita en \$1,365 para poder aumentar en 1.49 años en la expectativa de vida al nacer de la población puertorriqueña. En 2004 se gastó un total de \$1,710 per cápita y la expectativa de vida al nacer fue de 77.24 para ambos sexos. Mientras, en 2009 el gasto per cápita fue de \$3,075 y la expectativa de vida al nacer llegó a 78.73 años. Desde el 2004 al 2009 el promedio de crecimiento anual del gasto per cápita fue de 12.45% y la expectativa de vida al nacer promedió un crecimiento anual de .4% para los mismos años.



Fuente: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

La OECD publica anualmente el gasto en salud de los países que forman parte de esa organización. Se entiende pertinente comparar a Puerto Rico en las áreas analizadas con los países incluidos en dicho documento luego de realizar los ajustes metodológicos necesarios (que ellos utilizan).

En el caso del gasto en salud como por ciento del PIB, Puerto Rico está por encima del promedio de los países que componen la asociación (9.5%) e igual que Canadá (11.4%). (Ver gráfica 1.5) Estados Unidos es el país que más gasta en la salud con el 16% del PIB. Japón gasta el 8.5% de su PIB y ocupa los primeros lugares en esperanza de vida.



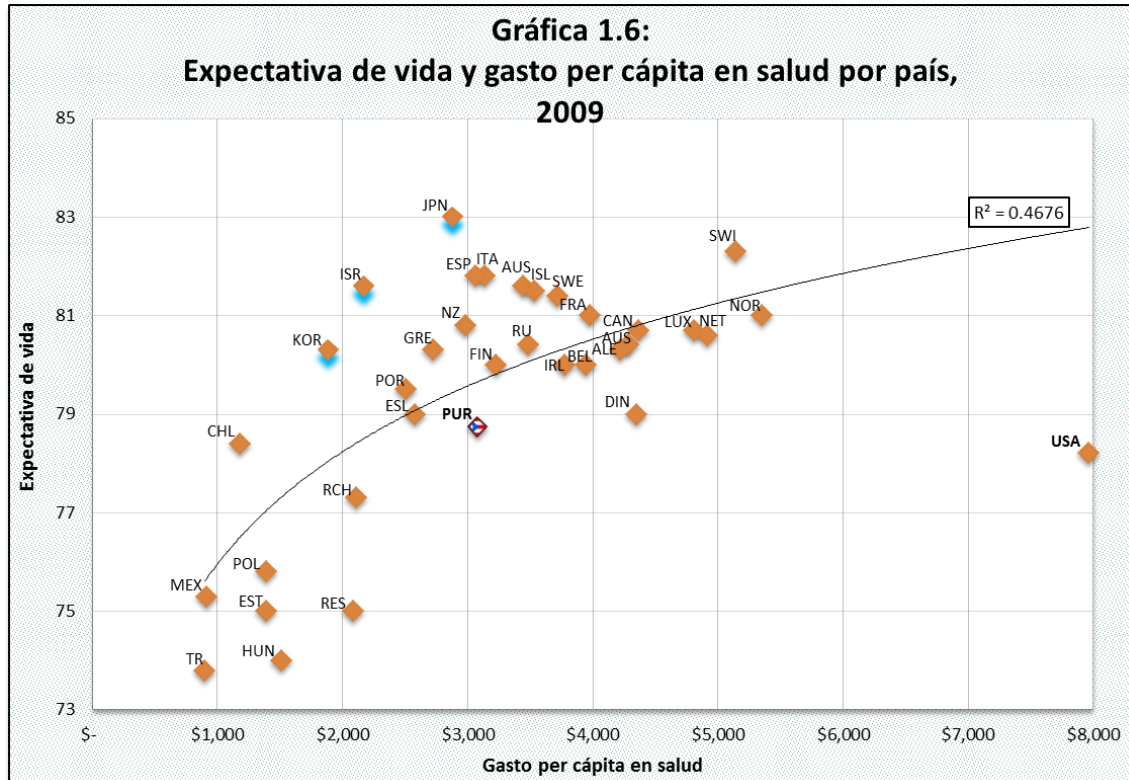
Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan, Puerto Rico

Utilizando la información publicada por OECD, se estimó la ubicación de Puerto Rico en 2009 con relación a los países incluidos en este análisis. La gráfica 1.6 presenta el análisis de OECD con Puerto Rico. Nótese que en la gráfica hay una línea que divide a los países en dos grupos. Los que se encuentran en el grupo superior a la línea hacen un mejor uso de los fondos

destinados a la salud que aquellos por debajo de la línea. En el caso de Estados Unidos, es el que peor sale al comparar el gasto per cápita en salud versus la expectativa de vida de su población. Su gasto fue de \$8,000 y la expectativa de vida de apenas 78.2 años.

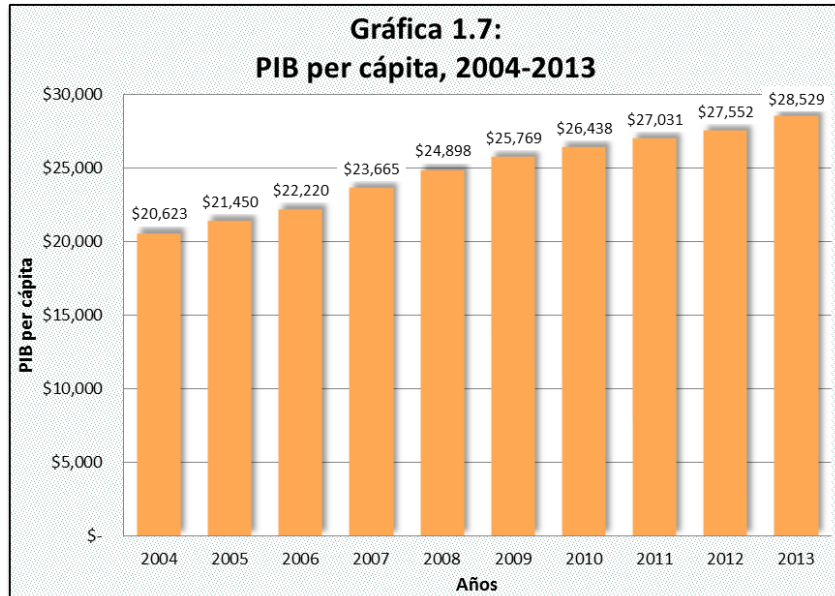
Otros países tales como España, Italia, Finlandia, Islandia, Australia, Grecia y Francia, están por encima de la curva de referencia, tienen expectativas de vida superiores a los 80 años y gastos per cápita entre \$3,000 y \$4,000. Japón, que en ese año fue el país con más alta expectativa de vida, gastó \$2,878 y tuvo una expectativa de vida de 83 años, esto es \$197 menos que lo que se gastó en Puerto Rico (\$3,075) en 2009.

Por otra parte, hay países que con menos dinero tienen expectativas de vida superiores (altas). Ese es el caso de Israel, Corea y Chile. Israel destinó \$2,165 per cápita y su esperanza de vida alcanzó 81.6 años. Corea gastó \$1,879 per cápita y su esperanza de vida fue de 80.3 años, mientras Chile con apenas un gasto de \$1,186 per cápita alcanzó una esperanza de vida de 78.4 años. Puerto Rico gastó \$910 más que Israel y los puertorriqueños viven 2.87 años menos que los israelíes. Igualmente, Puerto Rico gasta \$1,196 más que Corea y ellos viven 1.57 años más. Chile invirtió \$1,889 menos que nosotros y su esperanza de vida es .33 menos que la nuestra.



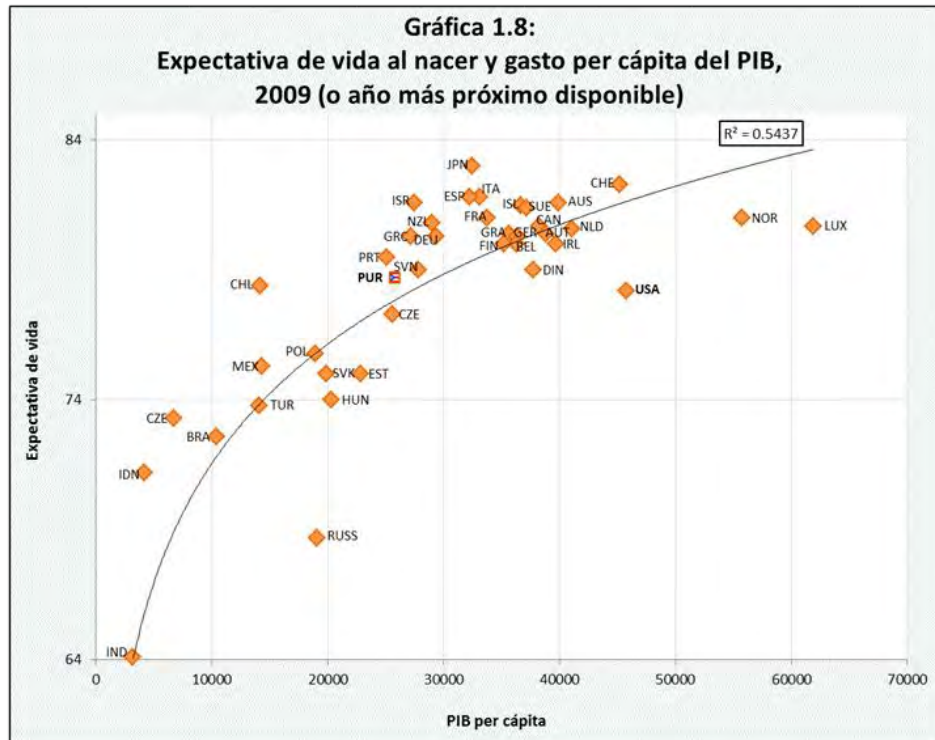
Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan, Puerto Rico

El PIB per cápita ha crecido a una tasa anual de 3.69 desde 2004 hasta 2013. En 2004 el PIB per cápita fue de \$20,623 y creció hasta \$28,507 en 2013. Es necesario advertir del nivel bajo del coeficiente de determinación (0.4676).



Fuente: Junta Planificación y Oficina del Censo

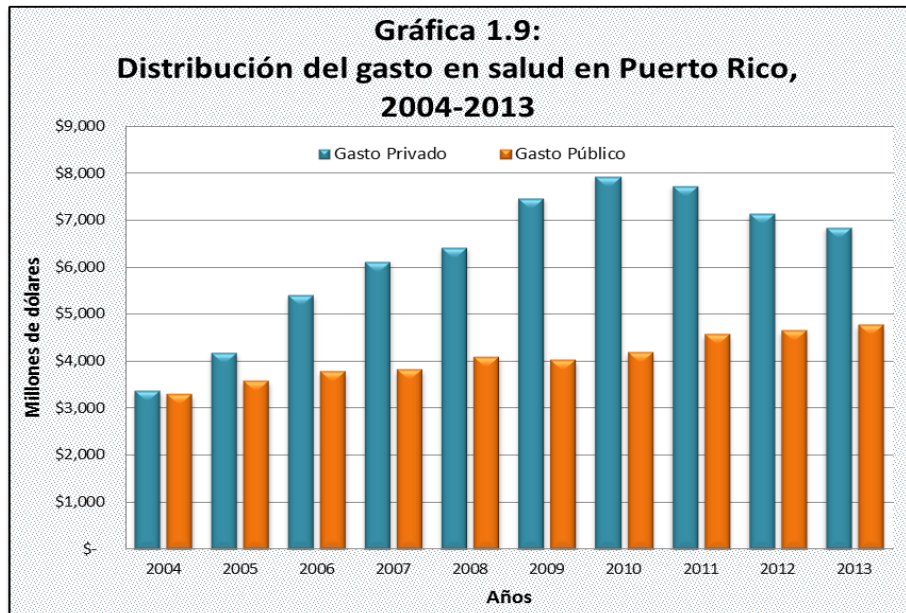
Viendo el PIB per cápita de Puerto Rico y comparándolo con la expectativa de vida, el mismo se encuentra entre los países que ingresan entre \$20,000 y \$30,000 con expectativas de vida entre 74 y 81.6 años. Puerto Rico está por encima de Polonia, Hungría, Estonia y República Eslovaca. Y estamos entre Grecia, Israel, Eslovenia, Portugal, Alemania, Nueva Zelanda. El grueso de los países con mayor expectativa de vida está en el grupo con un PIB per cápita entre \$30,000 y \$40,000.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan, Puerto Rico

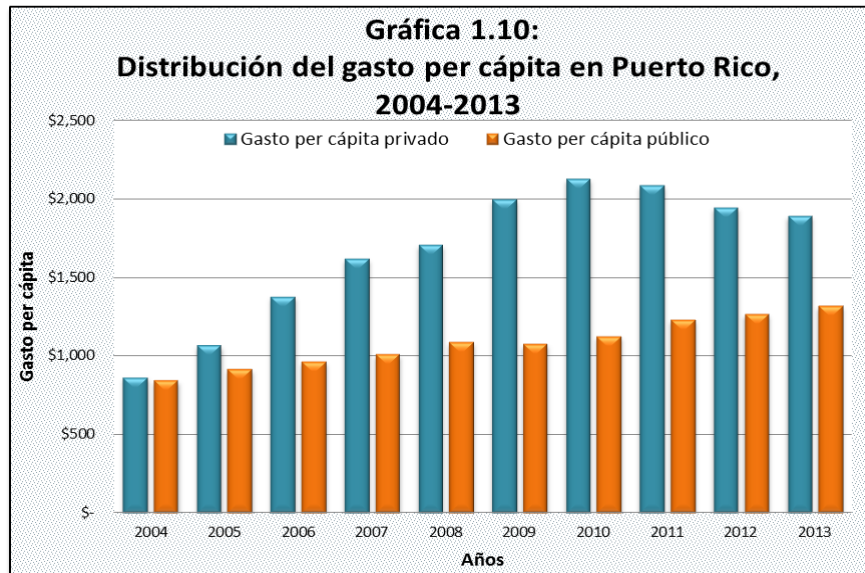
Chile es el único país dentro de los que fue evaluado por las OECD que se encuentra entre los países con un PIB per cápita entre \$10,000 y \$20,000 y su expectativa de vida es superior a la nuestra.

La gráfica 1.9 presenta el detalle de lo gastado en ambos sectores. Es notable que en 2004 el sector privado y el público destinaban prácticamente la misma cantidad de dinero en ofrecer servicios de salud. Del 2005 en adelante el sector privado creció a una tasa anual de 8.18% mientras que el sector público lo hizo a razón de 4.21% anual. El incremento en el sector privado se debió principalmente a la entrada en Puerto Rico de los fondos federales para los planes Medicare Advantage.



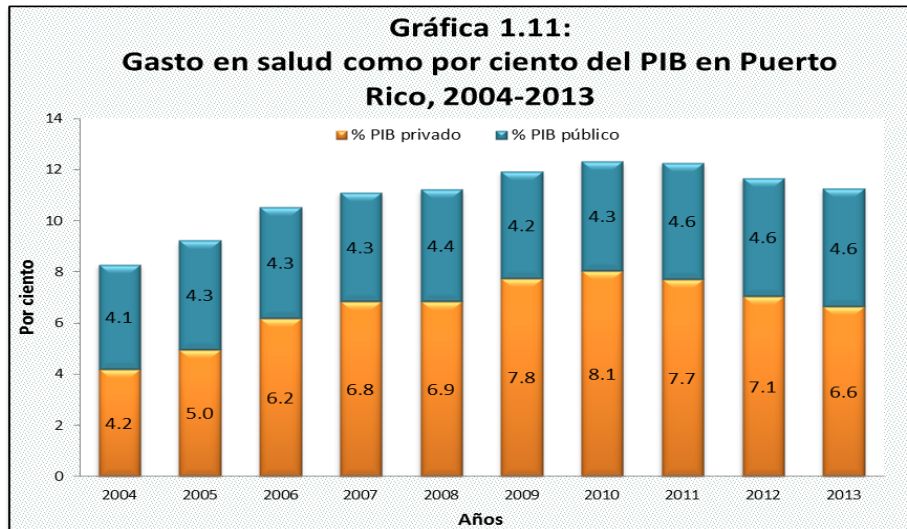
Fuente: Oficina de Gerencia y Presupuesto, Oficina del Comisionado de Seguros, Asociación de Maestros de Puerto Rico y Administración de Veteranos.

El gasto per cápita, muestra la misma tendencia del gasto total. En este caso el crecimiento anual del sector privado fue de 9.08% mientras que en el sector público fue de 5.08%. El aumento en la tasa porcentual anual se debe a la baja en población. Al 2013 el sector privado gastó \$1,894 por persona mientras que el sector público gastó \$1,319. Entre ambos se gastó \$3,213 per cápita.



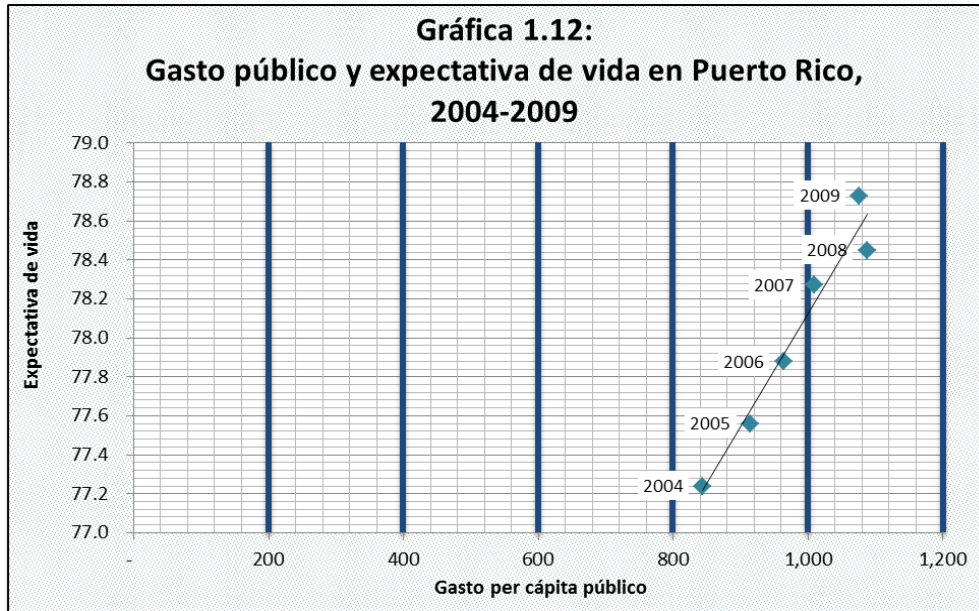
Fuente: Oficina de Gerencia y Presupuesto
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan,
Puerto Rico

Al ser comparado el gasto en salud con el Producto Interno Bruto y segmentarlo entre público y privado se observa que el gasto público ha mantenido un gasto que ha oscilado entre 4.1% y 4.6%. La tasa de cambio anual del gasto público, desde 2004 al 2013 fue de apenas 1.36%. En el sector privado hubo incremento en su participación del gasto con relación al PIB desde 2003 hasta 2010 en donde alcanzó un 8.1% del PIB. En 2011 en adelante la participación bajó y el 2013 alcanzó 6.6%.

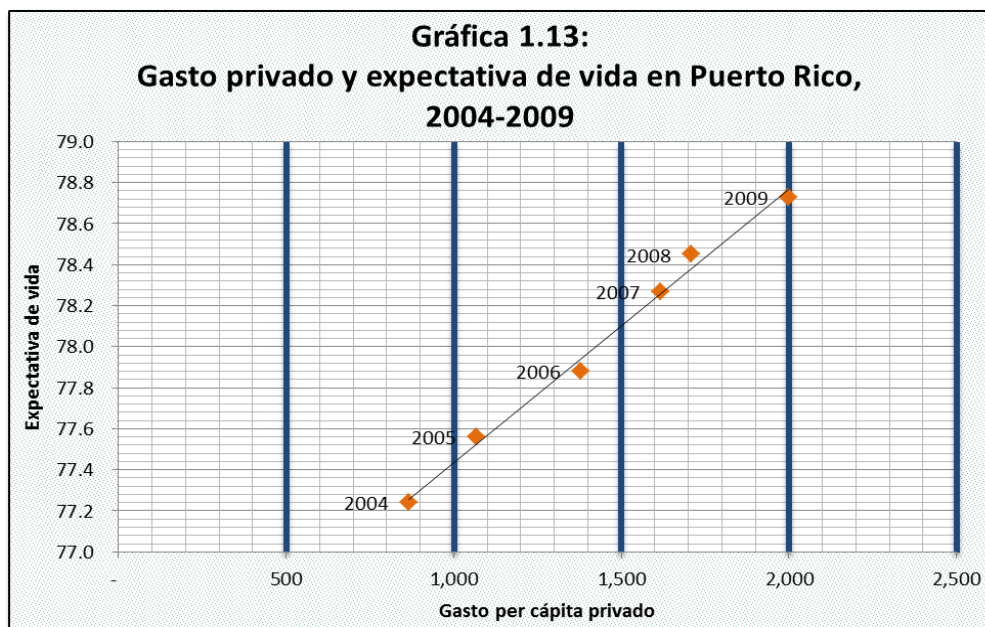


Fuente: Oficina de Gerencia y Presupuesto
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan, Puerto Rico

Un análisis del gasto público y privado comparándolo con la expectativa de vida refleja que en el sector público el dinero gastado en salud tiene mayor impacto en la expectativa de vida que el que se gasta en el sector privado. La entrada de más de mil (\$1,000) millones de dólares de los Planes Medicare Advantage pudo haber causado la inclinación horizontal que se nota en la gráfica 1.13. Nótese de las gráficas que, mientras más vertical es la línea, mayor es el impacto en la expectativa de vida. En el caso del sector privado, la gráfica tiende a ser más horizontal que la del gasto público. (Ver gráficas 1.12 y 1.13)



Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan, Puerto Rico



Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, San Juan, Puerto Rico

Capítulo 2: Resumen Estadísticas Vitales

Resumen de Estadísticas Vitales

En este capítulo se resumen los cambios poblacionales, nacimientos, defunciones y la esperanza de vida. Para ciertas gráficas lineales presentadas se incluye la línea de tendencia y la ecuación lineal representativa del evento presentado. La ecuación lineal, se utiliza para obtener un estimado para los años subsiguientes. Para obtener este estimado, se sustituye X por el número de año deseado (por ejemplo gráfica 2.1, para calcular el valor de Y del año 2014, el valor de X = 11, por el orden de año en que aparecería). Luego de sustituir por X se sustituye y calcula la ecuación para obtener el valor de Y que representa la otra variable considerada. (Ejemplo gráfica 2.1: Población total) Se recomienda que las estimaciones se realicen hasta tres años posteriores a la serie histórica publicada en este documento. Es importante señalar que estas ecuaciones lineales solo consideran las dos variables que se presentan en las gráficas, por lo tanto el estimado calculado se asume como correcto si todas las otras posibles variables predictoras permanecen constantes.

Población

Cada 10 años el Negociado del Censo de los Estados Unidos realiza el Censo de Población y Vivienda. El propósito principal del Censo consiste en contabilizar la población y las unidades de vivienda, para revisar la composición geográfica de los Distritos Electorales (Negociado del Censo, 2011). A su vez, estos datos también son utilizados para la distribución de fondos de programas federales, planificación de servicios, investigaciones científicas, identificar necesidades de la población, entre otros.

Además del Censo de Población y Vivienda, el Negociado del Censo prepara anualmente estimados de población (por edad, sexo y municipios) al 1 ero de julio. Éstos son una

aproximación al número de población que reside en un área geográfica específica y se calculan a través del método de componentes de cohorte para estimaciones de población, el cual utiliza los datos sobre los eventos vitales de nacimientos, defunciones y la migración. Las estimaciones de población toman como base la población del censo más reciente y cada año se revisa la serie completa para realizar ajustes (Negociado del Censo, 2013). Estas sirven para poder determinar tendencias históricas y tener un panorama sobre el tamaño y composición de la población. Además, son de suma importancia para el desarrollo de los indicadores demográficos, de salud y para una adecuada planificación de programas y políticas públicas de salud para la población. Por tanto, para este informe se utilizaron los estimados de población para Puerto Rico *Vintage, 2012*.

Estadísticas Vitales

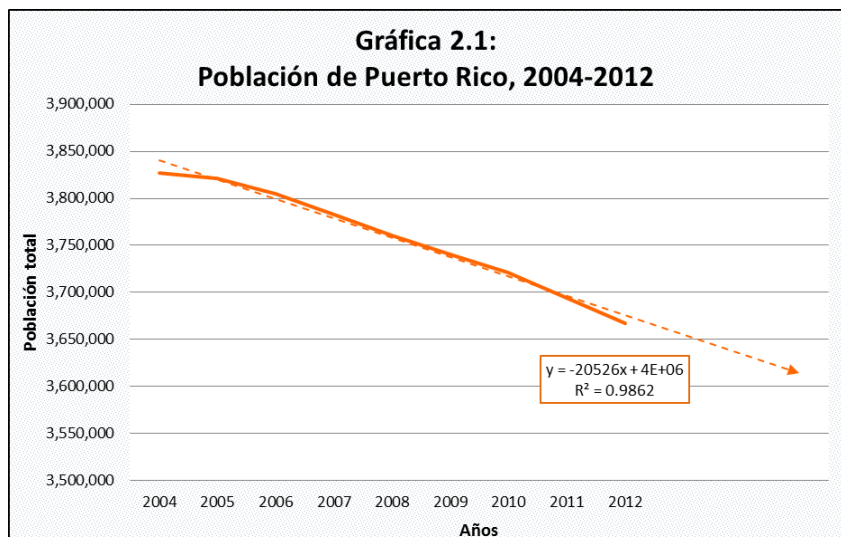
Los datos de los nacimientos y defunciones están basados en el registro de las inscripciones realizadas para los eventos vitales durante el periodo del 2004-2012. Los mismos se originan en el Registro Demográfico (RD). En esta dependencia se verifican y corrigen los errores y las omisiones. Al terminarse este proceso, los datos son entrados al sistema electrónico del Registro Demográfico y mediante un sistema en línea se conecta con el archivo central de la Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) del Departamento de Salud de Puerto Rico. Luego de la fecha de cierre, se crean archivos electrónicos para cada evento y se envían a la División de Análisis Estadístico de la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. En la División de Análisis Estadístico, los archivos son exportados a programas de análisis estadístico para su revisión, análisis y publicación.

Para fines estadísticos, y con el propósito de lograr contabilizar la mayor cantidad de inscripciones, se ha establecido que el periodo para la recopilación de los datos inicia el 1 de enero del año que ocurre el evento y finaliza el 31 de diciembre del año siguiente al evento ocurrido. De esta manera se pretende logra que los datos reportados sobre los eventos vitales en Puerto Rico sean uniformes y comparables año tras año.

Población de Puerto Rico

La dinámica poblacional depende del comportamiento de tres variables demográficas: la natalidad, la mortalidad y los movimientos migratorios. El comportamiento de estas variables puede hacer que la población aumente o disminuya. Es decir, si los nacimientos y la inmigración son mayores que las defunciones y la emigración, la población de un país crecerá. Por el contrario, si las defunciones y la emigración son mayores que los nacimientos y la inmigración, la población de un país disminuirá.

En relación a Puerto Rico, su población comenzó a reducirse durante la pasada década. Para el 2004, se estimó una población de 3,826,878 personas, y para el 2012 la población estimada fue de 3,667,084 personas. Esto representa una disminución de 159,794 personas o un 4.2% de la población del 2004. (Ver gráfica 2.1)



De utilizar la ecuación lineal para estimar el valor de la población total se debe substituir el valor de la intersección Y (b) dado en la gráfica (4E+06) por 3,860,422.

Fuente: Negociado del Censo de los Estados Unidos. Estimaciones Anuales de Población desde 2004 al 2012 al 1 de julio de 2012.

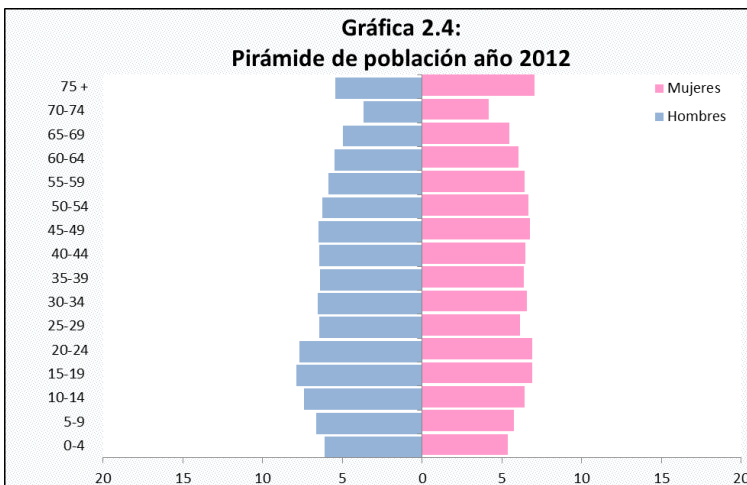
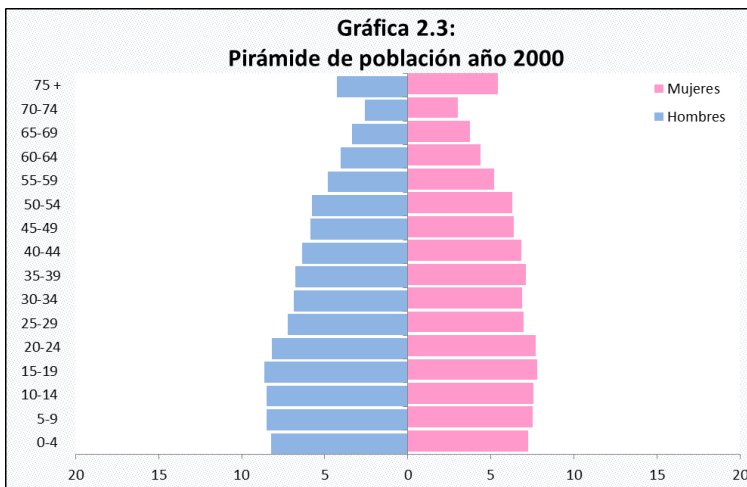
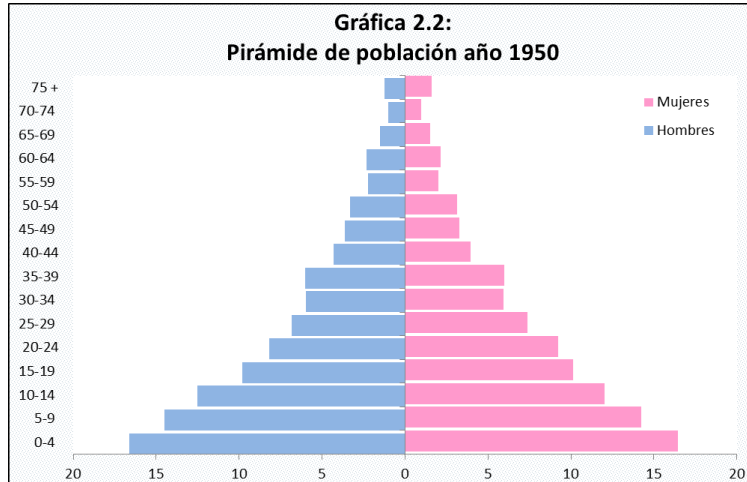
Para entender el efecto de las variables demográficas en la población, hay que observar el cambio en la estructura de edad a través de los años. En el 1950, Puerto Rico contaba con una estructura de edad relativamente joven. Para este año la mayor proporción de la población se concentraba en edades jóvenes como muestra la pirámide de población de la gráfica 2.2.

En la pirámide de población del año 2000 se puede observar cómo la base de ésta se va reduciendo y muestra un aumento en las edades intermedias y más viejas. Ya para el 2012 se puede observar cómo va aumentando la proporción de personas en edades viejas en especial el grupo de edad de 75 años o más. Esto lo que muestra es que hemos pasado de una población relativamente joven a una población vieja.

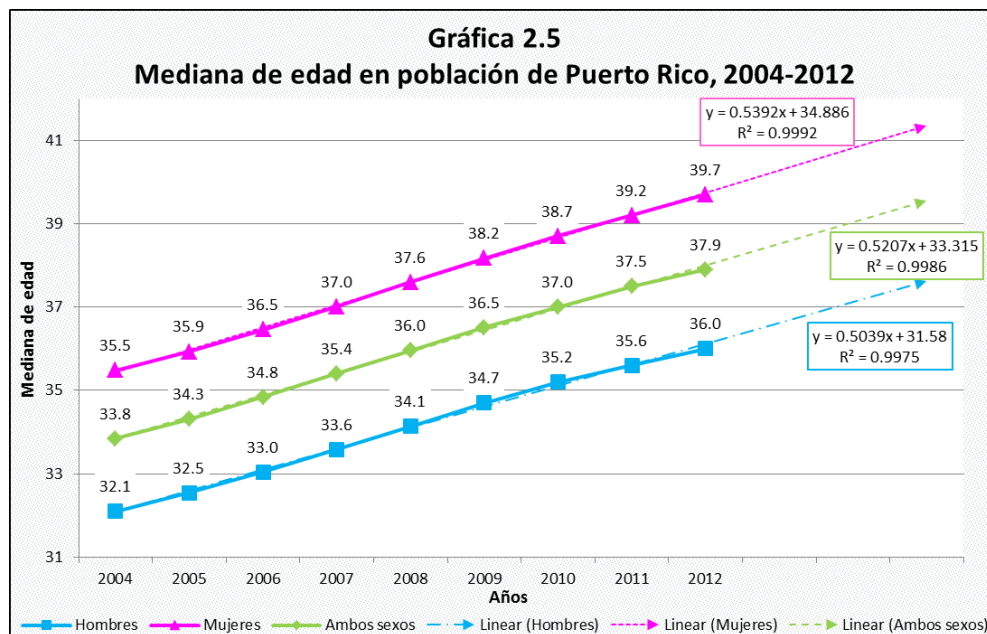
Otro indicador que puede reflejar cambios en la distribución de la población es la mediana de edad. La mediana de edad es el valor que se encuentra en el centro del conjunto de datos ordenados de menor a mayor. La ventaja de la mediana en relación a la media (promedio) es que su valor no se ve afectado por los posibles valores extremos dentro del conjunto de datos.

En relación a la clasificación de la población por su mediana de edad, se ha establecido que una población de 20 años o menos se considera joven, una población con una edad mediana de 20 a 29 se considera que está en transición al envejecimiento y la población con una mediana de edad de 30 años o más es considerada vieja (Torres-Degró, 2010). Durante el periodo del 2004 al 2012, la mediana de edad en Puerto Rico aumentó de 33.8 años a 37.9 años. Esto representa un aumento de 4.1 años o 10.8%, respecto al 2004. Al observar la mediana de edad por sexo, durante este periodo la mediana de edad de los hombres aumentó de 32.1 a 36 años y la mediana de edad de las mujeres aumentó de 35.5 a 39.7 años. Esto representa un aumento de 3.9 años en hombre y 4.2 años en mujeres, o 12.1% y 11.8% respectivamente. Según este indicador, se puede asumir que la población de Puerto Rico se considera una población vieja. (Gráfica 2.5)

La baja en población en el sector productivo afecta la estructura socioeconómica sobre la cual se sostiene nuestra Isla, lo que podría implicar una reducción en los recaudos. Igualmente, implica reducciones en fondos federales de aquellos programas donde dichos fondos están atados a proveer servicios a la población. Esto traería cambios en la demanda de servicios de salud, educación, transportación y vivienda, entre otros. Esta situación nos obliga a cambiar el paradigma socioeconómico actual, por otro que se adapte a nuestra población. A manera de ejemplo, reestructurar los gastos en el gobierno, mejorar los servicios al adulto mayor, aumento en los servicios de especialistas para atender poblaciones mórbidas y longevas, entre otros.



Fuente: Estimaciones Anuales de Población, 1950, 2000 y 2012, al 1 de julio. Negociado del Censo de los Estados Unidos.



Fuente: Estimaciones Anuales de Población desde 2004 al 2012 al 1 de julio de 2012. Negociado del Censo de los Estados Unidos.

Tabla 2.1: Resumen de estadísticas vitales, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	^a 2011	^a 2012
^b Población	3,826,878	3,821,362	3,805,214	3,782,995	3,760,866	3,740,410	3,721,208	3,694,093	3,667,084
Nacimientos Vivos	51,239	50,687	48,744	46,739	45,683	44,836	42,248	41,133	38,975
^c Tasa	13.4	13.3	12.8	12.4	12.1	12.0	11.4	11.1	10.6
Esperanza de Vida al Nacer	77.24	77.56	77.88	78.27	78.45	78.73	78.83	78.99	79.19
Mortalidad General	29,601	29,979	28,637	29,322	29,100	29,191	29,357	30,011	29,892
^c Tasa	7.7	7.8	7.5	7.8	7.7	7.8	7.9	8.1	8.2
Mortalidad Fetal	537	548	493	477	471	460	414	464	379
^d Tasa	10.4	10.7	10.0	10.1	10.2	10.2	9.7	11.2	9.6
Mortalidad Infantil	425	480	443	400	400	358	352	356	369
^e Tasa	8.3	9.5	9.1	8.6	8.8	8.0	8.3	8.7	9.5
Mortalidad Materna	14	6	4	12	5	10	6	5	1
^f Tasa	27.3	11.8	8.2	25.7	10.9	22.3	14.2	12.2	2.6
Crecimiento Natural	21,638	20,708	20,107	17,407	16,583	15,645	12,891	11,122	9,083

^a Datos Preliminares

^b Estimados de Población al 1ero de julio

^c Tasas por cada 1,000 habitantes

^d Tasa por cada 1,000 nacimientos vivos más muertes fetales

^e Tasa por cada 1,000 nacimientos vivos

^f Tasas por cada 100,000 nacimientos vivos

Según las bases de datos otorgadas por la Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) en Enero, 2014.

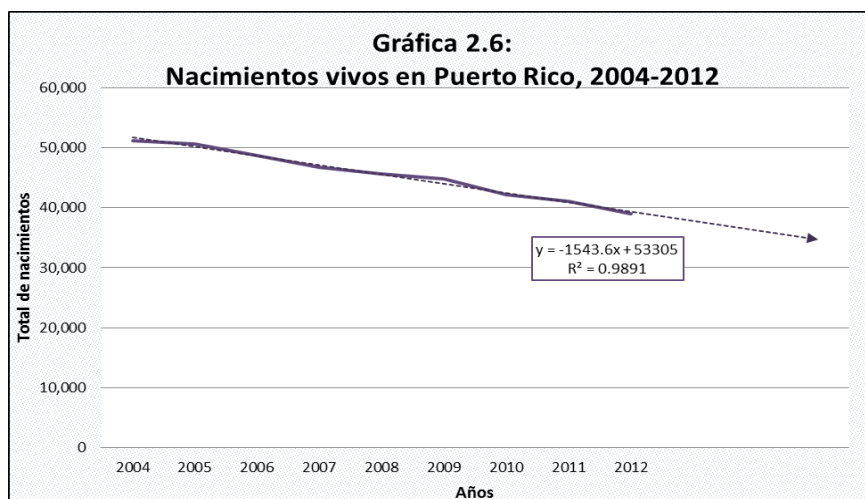
Fuente: ^a Estimaciones Anuales de Población desde 2004 al 2012 al 1 de julio. Negociado del Censo de los Estados Unidos, extraídas en Marzo, 2014.

Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Nacimientos en Puerto Rico

La natalidad es uno de los factores que influye en la dinámica de la población. Si las demás variables se mantienen constantes, un aumento en la natalidad puede aumentar la población y una disminución en la natalidad puede reducir el tamaño de la población. La Organización de las Naciones Unidas (2003) define como nacimiento vivo al “resultado de la expulsión o extracción completa de un producto de la concepción del cuerpo de la madre, cualquiera que haya sido la duración del embarazo, que después de la separación respire o muestre cualquier otro signo de vida, como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya sido o no cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considerada nacido vivo”.

En el 2004, ocurrieron un total de 51,239 nacimientos, mientras que para el 2012 los nacimientos alcanzaron un total de 38,975. Esto representa una disminución de un 24% respecto a los nacimientos del 2004 o una disminución de 12,264 nacimientos. Este decenso en los nacimientos representa uno de los factores principales en la disminución de la población.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

En las poblaciones modernas, algunas de las razones que podrían explicar la disminución en el número de nacimientos son: la postergación de la edad en la cual las mujeres tienen el primer hijo y la disminución en la proporción de mujeres que llegan a ser madres (Figueroa, R., Rivera, R. y Rodríguez, J., 2012). Esto podría ser debido a compromisos profesionales o académicos, la disminución en el número de hijos por mujer, la emigración de mujeres en edades reproductivas, la situación económica, entre otras.

Mortalidad en Puerto Rico

Las estadísticas de mortalidad son necesarias para el desarrollo de estudios demográficos y la administración de la salud pública. Los usos más importantes de las estadísticas de mortalidad son: el análisis demográfico actual y el potencial de crecimiento poblacional; la investigación científica y administrativa de las agencias de salud pública; para el desarrollo, operación y evaluación de los programas de salud pública; para la creación de política pública y administrativa concerniente a la salud pública y, para explicar los cambios poblacionales en relación a las actividades profesionales y comerciales (Siegel, J. & Swanson, D., 2004).

El descenso de la mortalidad en Puerto Rico comenzó a observarse a mediados del siglo pasado, produciendo cambios demográficos importantes para la isla. Como resultado de estos cambios hubo aumentos considerables en la esperanza de vida. Las principales causas de muerte cambiaron de enfermedades infecciosas y parasitarias a enfermedades crónicas y degenerativas (Vázquez, 1988).

Una multiplicidad de factores contribuyeron al descenso de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias. Dentro de estos factores se encuentran: implementación de medidas de salud pública de tipo preventivo (inmunizaciones, inspección y control de alimentos para el consumo público, mejoramiento de sistemas de agua potable, disposición de basura y aguas usadas) a principios de siglo. Además, los cambios socioeconómicos (nutrición, educación, vivienda, ingreso, transportación y comunicación, entre otros) ocurridos a partir del 1940 y los descubrimientos y los avances en la tecnología en el campo de las ciencias de la salud, así como el progreso en los servicios médicos hospitalarios en la Isla (Vázquez, 1984).

Si los nacimientos y la migración se mantienen constantes, un aumento en la mortalidad puede disminuir la población y una disminución en la mortalidad puede hacer que la población aumente. La ONU (2003) define la defunción como “la desaparición permanente de todo signo de vida en cualquier momento posterior al del nacimiento vivo (cesación de las funciones vitales después del parto, sin posibilidad de reanimación)”. Esta definición excluye las defunciones fetales.

En el año 2004 fallecieron 29,601 personas, mientras que para el 2012 el total de personas fallecidas fue 29,892 personas, aunque durante este periodo hubo años en donde ocurrieron alrededor de 30,000 defunciones. Esto representa un aumento de alrededor de 1% o 291 defunciones en el periodo de 2004-2012. (Ver gráfica 2.7). Podemos observar que durante este periodo la mortalidad ha tenido un crecimiento lento mientras la natalidad ha experimentado una disminución acelerada. Es por esto que el crecimiento natural o vegetativo ha disminuido.

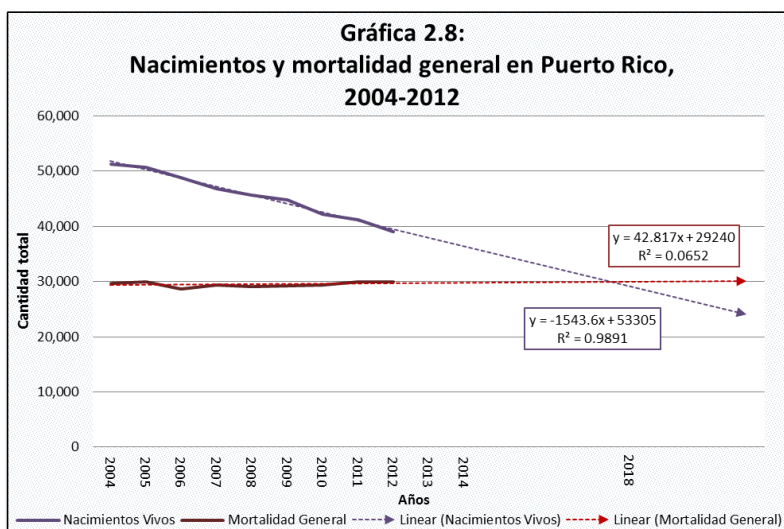


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

El crecimiento natural o vegetativo es la diferencia entre los nacimientos y las defunciones. A medida que el número de nacimientos sea mayor al número de defunciones, el crecimiento natural será positivo, lo cual podría significar un aumento en la población siempre y cuando la migración se mantenga estable. Por otra parte, si el número de defunciones es mayor que el número de nacimientos se dice que el crecimiento natural es negativo y podría significar una disminución en la población siempre y cuando la migración se mantenga estable.

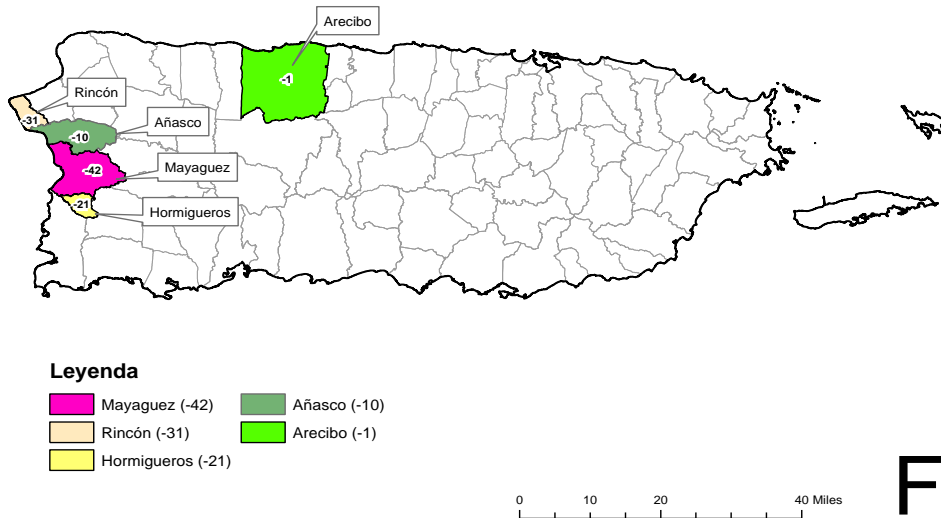
Se espera que debido a los patrones en nacimientos y defunciones observados durante este periodo, antes del 2020 el crecimiento natural o vegetativo en Puerto Rico sea negativo. Esto significa que ocurrirán más defunciones que nacimientos y será un factor importante en la disminución y envejecimiento de la población. (Ver gráfica 2.8)



Sin embargo, para el 2012 este fenómeno ya se observaba en cinco municipios del país, cuatro del área oeste y uno del área norte. Estos municipios son: Mayagüez (-42), Rincón (-31),

Hormigueros (-21), Añasco (-10) y Arecibo (-1). Para el 2012 estos municipios tuvieron un crecimiento natural negativo al morir más personas de las que nacieron. (Ver mapa 1.1).

**Mapa 1.1:
Municipios con crecimiento natural negativo en
Puerto Rico, 2012**



Fuente: División de Análisis Estadístico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

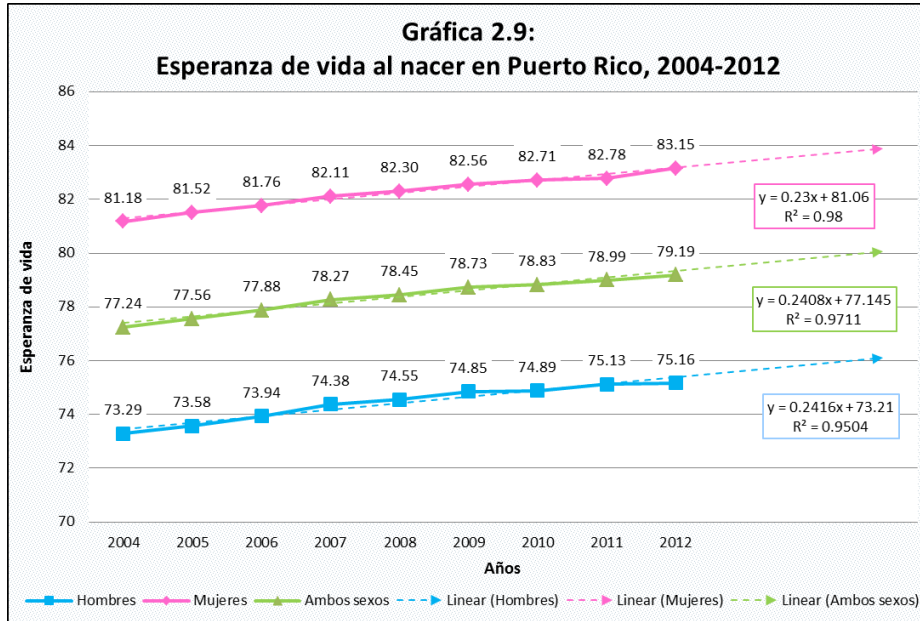
F

Esperanza de Vida al Nacer

La esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores más importantes y más utilizados para analizar la mortalidad de un país. Este indicador se define como el número medio de los años que esperaría seguir viviendo una persona de determinada edad en caso de mantenerse el mismo patrón de mortalidad por grupos de edad actualmente observado (INE 2014, España).

La esperanza de vida en Puerto Rico aumentó significativamente durante el siglo pasado. Para la década del 30 comenzó un incremento constante de la expectativa de vida. En el año 2004, la esperanza de vida al nacer en Puerto Rico era de 77.24 años para ambos sexos, ya para el año 2012 alcanzó 79.19 años. Esto representa un aumento de 1.95 años.

Como puede observarse en la gráfica 2.9, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es en promedio 7.81 años mayor que la del hombre durante el periodo 2004-2012. Para el 2004, la esperanza de vida de los hombres era de 73.29 años y para el 2012 aumentó a 75.16, representando un incremento de 1.87 años. En cuanto a la esperanza de vida al nacer de las mujeres en el 2004, esta era de 81.18 años y para el 2012 aumentó a 83.15, representando un incremento de 1.97 años. Entre las posibles razones por las cuales la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres se encuentran que: 1) la proporción de hombres que mueren por homicidio, suicidio y accidentes es mayor que la de las mujeres; 2) las mujeres asisten con mayor regularidad a sus citas médicas y muchas veces pueden prevenir o atender en etapas tempranas alguna enfermedad o condición de salud.



Nota: Las esperanzas de vida al nacer para los años 2010 al 2012 son preliminares.

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil se obtiene de la división del número de defunciones infantiles (menores de un año) entre los nacidos vivos durante ese mismo año. Dado que la mayoría de las muertes en menores de un año son prevenibles, se considera un indicador que mide la calidad de vida y bienestar de un país.

Durante el periodo 2004-2012, el número de muertes infantiles disminuyó de 425 en el 2004 a 369 en 2012 o una reducción del 13.2 por ciento. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil hubo un aumento de 8.3 a 9.5 por cada 1,000 nacimientos vivos. Como se puede observar, aunque el número de muertes infantiles disminuyó, la tasa de mortalidad infantil aumentó. Este aumento en la tasa de mortalidad infantil se debe a que la reducción proporcional en el número de nacimientos vivos fue menor que la reducción proporcional del total de muertes infantiles.

Entre los años 2004 y 2012, el cambio porcentual en los nacimientos vivos y mortalidad infantil fue de -23.9% y -13.2%, respectivamente. Si estos dos cambios porcentuales hubiesen permanecido iguales, la tasa de mortalidad infantil hubiese permanecido igual. Por el contrario, si el cambio porcentual en la mortalidad infantil hubiese sido mayor que el de los nacimientos vivos, la tasa de la mortalidad infantil hubiese sido menor para el año 2012 en relación al 2004. Sin embargo, como la disminución proporcional del número de la mortalidad infantil fue menor a la disminución proporcional de los nacimientos vivos, por consiguiente la tasa de la mortalidad infantil para el año 2012 fue mayor que en el año 2004.

En general, desde el año 2005 al 2009 hubo una disminución en la tasa de mortalidad infantil, siendo la más baja para el año 2009 (8.0 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos). A

partir del 2009 esta tasa ha aumentado constantemente hasta alcanzar las 9.5 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos. (Ver gráfica 2.10)

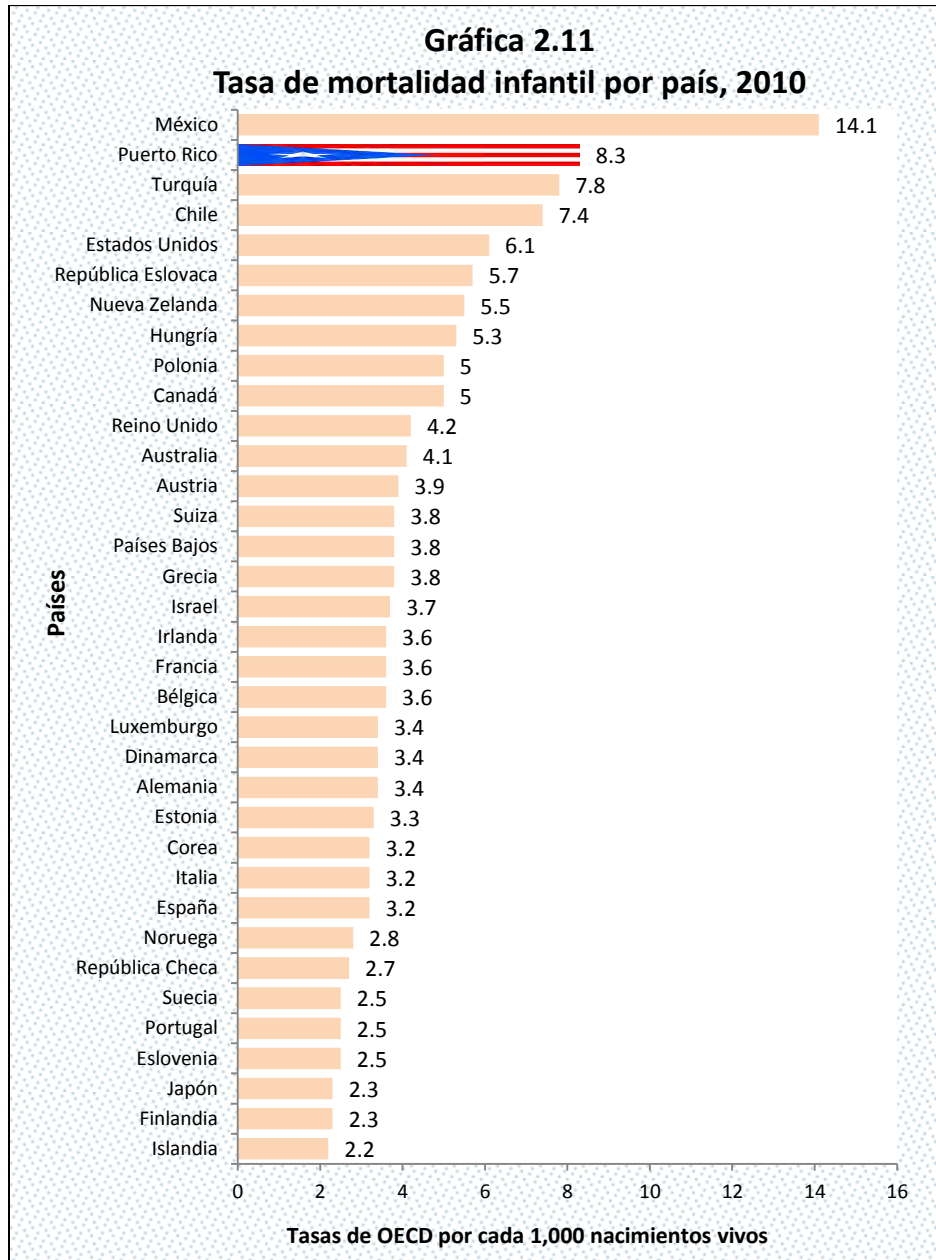


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Tasas por 1,000 nacimientos vivos

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

La gráfica 2.11 presenta la comparación de la tasa ajustada OECD de mortalidad infantil para el año 2010 de 34 países participantes de la OECD y Puerto Rico. México tiene la tasa ajustada OECD más alta con 14.1 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos. La tasa ajustada OECD para Puerto Rico fue 8.3 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos, ocupando así la segunda posición. Turquía ocupa la tercera posición con 7.8 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos. La última posición la ocupó Islandia, con una tasa ajustada OECD de 2.2 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos vivos.

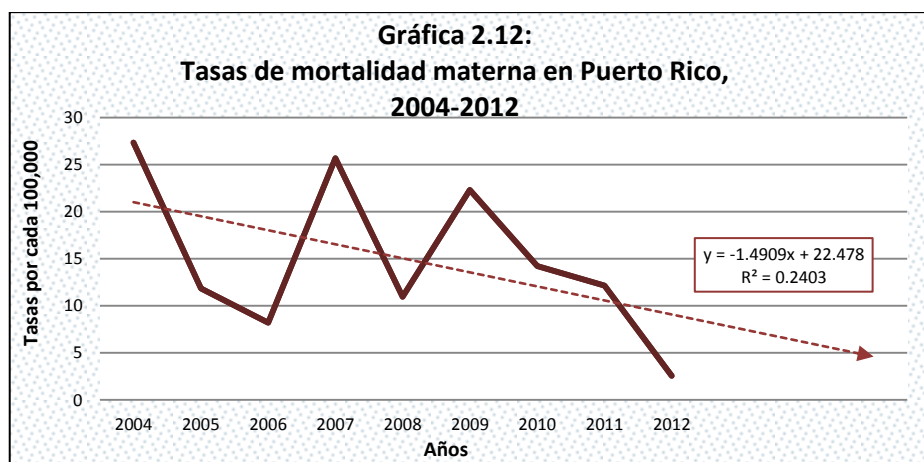


Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes Maternas

La mortalidad materna es un indicador de calidad de la salud perinatal y sirve para medir la calidad de los servicios de salud prenatales, durante el parto y luego del mismo. Se define como “la defunción de una mujer embarazada o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, cualquiera que haya sido la duración y el lugar de éste, debido a una causa relacionada con la maternidad o agravada por ella o la forma en que se ha tratado, pero no por causas accidentales o incidentales”. También se le conoce como muerte relacionada al embarazo (Departamento de Salud, 2012).

En Puerto Rico, durante el periodo 2004-2012 la mortalidad materna se caracterizó por sus oscilaciones y por no seguir un patrón definido. El año en donde ocurrieron mayor cantidad de muertes maternas fue el 2004 con 14 y el año con menor número de muertes maternas fue el 2012 con solo una muerte materna. Los años 2007 (12 muertes maternas) y 2009 (10 muertes maternas) mostraron picos en la tendencia de este indicador. La tasa de mortalidad materna más alta fue de 27.3 en el 2004 y la más baja fue de 2.6 en el 2012 (Gráfica 2.12).



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

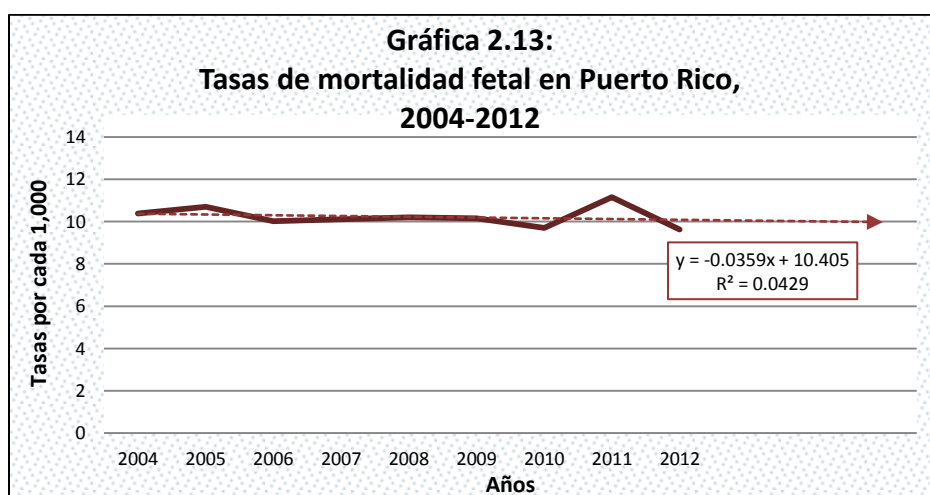
Tasas por cada 100,000 nacimientos vivos

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes Fetales

Otro indicador de la salud materno infantil es la muerte fetal y usualmente está asociada a complicaciones en el embarazo. Esta se define como “la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni muestra ningún otro signo de vida, como el latido del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios” (ONU, 2003).

Durante el periodo 2004 al 2012, las muertes fetales disminuyeron de 537 a 379, esto representa 158 muertes fetales menos, o sea una reducción de 29.4 por ciento. La tasa de mortalidad fetal para el 2004 fue de 10.4 por cada mil habitantes, ya para el 2012 la tasa de mortalidad fetal era de 9.6. Esto muestra una disminución en esta tasa durante este periodo. Sin embargo, en el año 2011 se observó una fluctuación en esta tasa la cual alcanzó 11.2 por cada mil habitantes, pero luego, se redujo a 9.6 en el 2012.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Tasas por cada 1,000 nacimientos vivos más muertes fetales

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Referencias:

- Departamento de Salud (2012). Informe Anual de Estadísticas Vitales 2007 y 2008: Mortalidad Infantil, Fetal y Materna. San Juan, Puerto Rico
- Figueroa, R., Rivera, R. y Rodríguez, J. (2012). Puerto Rico 2000-2010: Más Allá del Censo. Createspace Independent Publishing, 2012.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2014). Mujeres y hombres en España. Salud. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actualizado 25 de abril 2014.
- Negociado del Censo de los Estados Unidos. (2011). Congressional Apportionment.2010 Census Brief. <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-08.pdf>
- Negociado del Censo de los Estados Unidos. (2013). Methodology for the United States Resident Population Estimates by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin and the State and County Total Resident Population Estimates (Vintage 2012): April 1, 2010 to July 1, 2012
- Organización de las Naciones Unidas (2003). Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, (2da Revisión).
- Siegel, J. & Swanson, D. (2004). The methods and materials of demography (2nd ed.) San Diego: Elsevier Academic Press.
- Vázquez Calzada, J.L. (1984) El Descenso de la Mortalidad en Puerto Rico: Un hecho Histórico Notable. Puerto Rico health Science Journal ,3, 173-181.
- Vázquez Calzada, J.L. (1988) La Población de Puerto Rico y su Trayectoria Histórica (1era Edición); Río Piedras, Puerto Rico: Raga Offset Print.

Capítulo 3: La migración en Puerto Rico durante la década del 2000

Luz E. León López, Ph.D.
Catedrática

Alfonso Xavier Maldonado Rivera
Asistente de Investigación

Emma Bruno Quiróz
Asistente de Investigación

Programa Graduado de Demografía
Escuela de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

La década del 2000 ha sido un período durante el cual Puerto Rico ha experimentado considerables cambios demográficos. Por primera vez en la historia del país se observó una tendencia descendente en el número de habitantes. Los estimados intercensales indican que a partir del año 2004 se comenzó a observar un descenso en la población de la isla (Negociado del Censo Federal, Estimados de población 2000-2010). Según el Censo del año 2000, residían para esta fecha en la isla un total de 3,808,605 habitantes. Para el año 2004 se estimó un total de población de 3,826,878. A partir de esta fecha se observa un descenso en la población y ya para el estimado del año 2013, el número de habitantes había descendido a 3,615,086. Esto significa una reducción de 211,792 habitantes entre el 2004 y el 2013. Los eventos demográficos que han provocado este descenso han sido la disminución en el número de nacimientos y el aumento en la cantidad de emigrantes en el País. Cabe destacar que de estos la variable de mayor protagonismo ha sido la migración.

En esta sección se analizará la migración ocurrida en Puerto Rico durante la década del 2000. La migración resulta ser un fenómeno complejo tanto desde su perspectiva teórica como en su operacionalización. Es importante destacar que la población migrante será definida utilizando de referencia el lugar de nacimiento de la persona. Por tanto, los inmigrantes serán todas aquellas personas que a la fecha de referencia residían en Puerto Rico e informaron haber nacido fuera del país. En este caso se tomarán en consideración personas inmigrantes procedentes de cualquier otro país en el mundo. Sin embargo, al considerar la población emigrante, se estarán analizando solo aquellas personas residentes en los Estado Unidos, que señalaron haber nacido en Puerto Rico para la fecha de referencia. Esto responde a que esta es la información que se puede obtener de las fuentes principales de datos que se estarán

utilizando; las Encuestas de la Comunidad de Puerto Rico y de los Estados Unidos (PRCS y ACS respectivamente, por sus siglas en inglés).

En el trabajo, uno de los indicadores del volumen migratorio en el país utilizado fue migración neta. En el cálculo de este indicador se usaron los datos de población total y de estadísticas vitales. Los datos de población total para los años 2000 y 2010 fueron obtenidos de los Censos de Población y Vivienda correspondientes a estas fechas. Para el cálculo de la migración neta anual se utilizaron los estimados de población que provee el Negociado del Censo de los Estados Unidos. Los números correspondientes a los hechos vitales fueron obtenidos de los datos que provee el Departamento de Salud de Puerto Rico. Es preciso señalar que los diferentes componentes de la migración que se analizan en este trabajo cubrirán a su vez distintos periodos de información de acuerdo a la disponibilidad de los datos. La migración neta se analizó para la década del 2000. La información correspondiente a la población nacida fuera de la isla, algunas tendencias de los flujos migratorios y la estructura de edad y sexo tanto de los emigrantes e inmigrantes se obtuvo de las encuestas PRCS y ACS que cubren el periodo de 2006-2010. El análisis abarcó tres componentes de la migración: el balance neto migratorio, el volumen de población nacida fuera de Puerto Rico, y datos alusivos a la población emigrante e inmigrante en la isla.

El volumen de los flujos migratorios en Puerto Rico

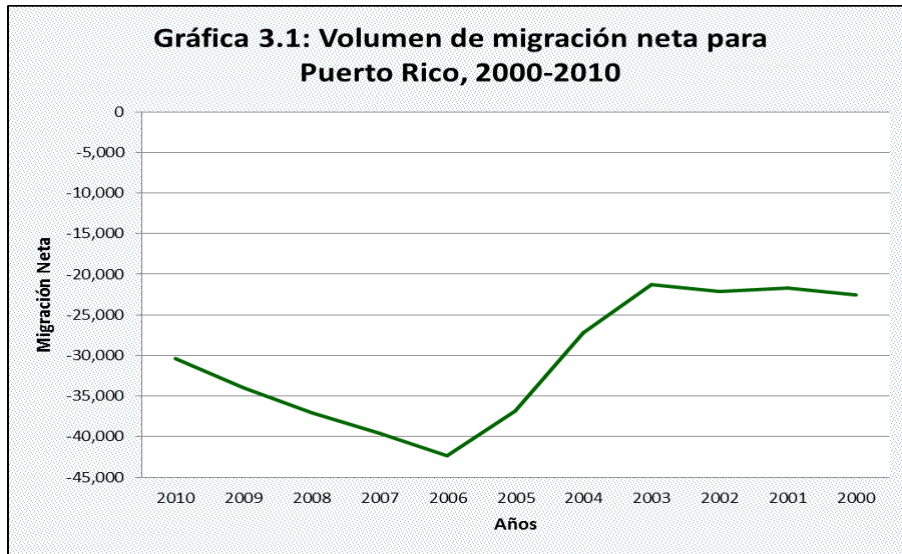
El balance neto migratorio es un indicador que calcula el saldo migratorio de un país tomando en consideración los diferentes componentes de la dinámica demográfica. El mismo se obtiene calculando el cambio poblacional total para un periodo o fecha particular y restándole a este el incremento natural (nacimientos menos defunciones) ocurrido para la fecha de interés. La

migración neta en la isla durante el periodo de 2000 al 2010 fue de -311,817 personas. Esto equivale a un promedio anual de aproximadamente 31,000 personas más que salieron de la isla en comparación con las que entraron. El balance neto migratorio ocurrido en Puerto Rico durante la década del 2000, fue uno negativo para todos los años que cubren el periodo. Esto indica que durante las fechas en cuestión, en la isla salieron más personas de las que entraron. (Ver tabla 3.1) Este saldo emigratorio mostró un aumento hasta alcanzar su pico en el año 2006 con un balance de salida del país de 42,354 personas. (Ver gráfica 3.1). Luego del 2006 se comienza a ver un descenso en el balance emigratorio, sin embargo entre esta fecha y el año 2008 el mismo se mantuvo alto, emigrando en promedio alrededor de 40,000 personas anuales. Para el 2010, esta cifra descendió a -30,326, lo que continúa siendo un número relativamente alto. El Negociado del Censo Federal estimó para el periodo de 2000 al 2013 una emigración neta de cerca de 145,000 personas, lo que indica una salida de aproximadamente 48,000 personas anuales. Esto muestra un aumento en el balance neto emigratorio a partir de la década del 2000.

Tabla 3.1: Volumen de migración neta para Puerto Rico, 2000-2010

Años	Volumen de migración neta
2000	-22,526
2001	-21,698
2002	-22,101
2003	-21,225
2004	-27,186
2005	-36,883
2006	-42,354
2007	-39,555
2008	-37,045
2009	-33,982
2010	-30,326

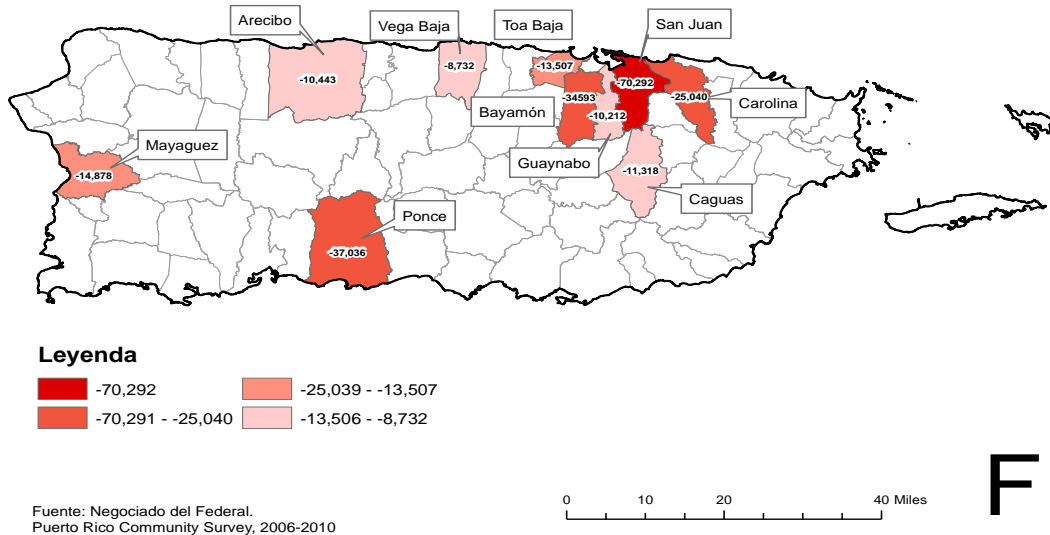
Fuente: Negociado del Censo Federal. Censos de Población y Vivienda de Puerto Rico, 2000 y 2010. Departamento de Salud de Puerto Rico. Informe de Estadísticas Vitales, 2000 al 2009.



Fuente: Negociado del Censo Federal. Censos de Población y Vivienda de Puerto Rico, 2000 y 2010. Departamento de Salud de Puerto Rico. Informe de Estadísticas Vitales, 2000 al 2009.

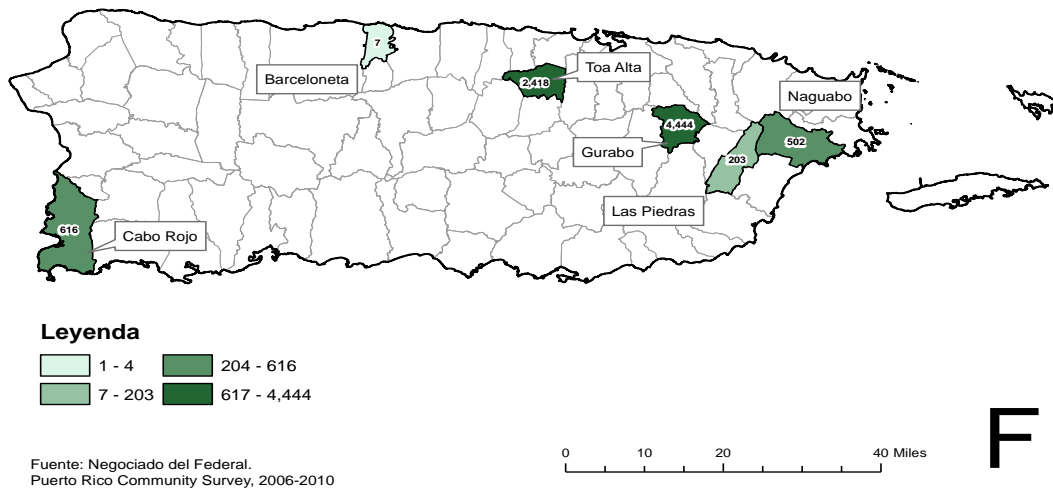
Al analizar la migración neta por municipio se observa que durante periodo del 2000 al 2010 la inmensa mayoría de los municipios de la isla presentan un balance migratorio negativo. Un total de 72 municipios presentó un balance emigratorio. El mapa 3.1 presenta los 10 municipios con mayor volumen de emigración neta. Entre los municipios que mostraron el mayor volumen se encuentran: San Juan (70,292), Ponce (37,036), Bayamón (34,593), Carolina (25,040), Mayagüez (14,878), Toa Baja (13,507), Caguas (11,318), Arecibo (10,443) Guaynabo (10,212) y Vega Baja (8,732) cuyo balance migratorio fluctuó entre aproximadamente 70,000 y 9,000 emigrantes para la década. Como era de esperarse el mayor volumen de emigración neta se concentró en municipios de gran cantidad de población y de mayor desarrollo social y económico. Este flujo tocó al menos un área geográfica localizada en cada punto cardinal del país.

Mapa 3.1:
Municipios con los mayores saldos migratorios negativos, 2000-2010



Por otro lado, solo 6 municipios presentaron un balance de migración positivo. (Ver mapa 3.2) Estos son: Gurabo (4,444), Toa Alta (2,418), Cabo Rojo (616), Naguabo (502), Las Piedras (203) y Barceloneta (7). Utilizando el PRCS, 2006-2010, se trató de buscar información que ayudara a analizar si el balance neto inmigratorio observado en estos municipios responde a un flujo de migración interna o a inmigración procedente de fuera del país. Los datos señalan que para 5 de estos 6 municipios durante el periodo de 2006-2010, cerca del 80 por ciento de su inmigración responde a flujos de migración interna. O sea que aproximadamente 8 de cada 10 inmigrantes al área se mudaron procedentes de otro municipio en la isla. En el caso de Naguabo el 33% de los inmigrantes procedía de los Estados Unidos.

Mapa 3.2:
Municipios con saldos migratorios positivos,
2000-2010



El panorama se torna un poco diferente al analizar el saldo migratorio para los municipios, de forma relativa, o sea en asociación con la cantidad de habitantes del área. La tabla 3.2 presenta la tasa de migración neta para los 10 municipios con mayores cifras para este indicador. Las tasas de migración neta para estos municipios fluctuaron entre 37.0 y 17.15 emigrantes por cada 100 habitantes del área. Hay que resaltar que estos municipios tienden a concentrarse más hacia el área sur y oeste de la isla. Cabe señalar, que para un poco más de la mitad de los municipios (41) este indicador fue mayor de 10.0. Por otro lado, Juncos, Dorado y Hatillo presentaron un balance neto emigratorio, sin embargo el mismo correspondió una cifra menor al 1 por ciento de su población (-0.33, -0.65 y -0.68 respectivamente).

Tabla 3.2: Tasa de migración neta para los 10 municipios con mayor balance emigratorio, Puerto Rico, 2000-2010

Municipio	^a Tasa
Ceiba	-37.04
Peñuelas	-22.45
Ponce	-20.99
Guánica	-19.97
Las Marías	-19.86
Lares	-19.46
Villalba	-18.87
Yauco	-18.24
Fajardo	-18.05
Loíza	-17.15

^aTasa por cada 100 habitantes; calculada a base de la población promedio para el periodo
Fuente: Negociado del Censo. Censo de Población y Vivienda, 2000y 2010; Departamento de Salud de Puerto Rico. Informe de Estadísticas Vitales, 2000-2009

La movilidad geográfica en Puerto Rico

Una de las formas de medir la migración ocurrida en un espacio geográfico es a través de la movilidad geográfica que ocurre en el territorio del país de interés. Este análisis, debido a la disponibilidad de datos, se realizará para el periodo de 2006-2010. Esta característica se recopila para la población mayor de un año de edad y está basada en la pregunta que indaga acerca del lugar de residencia de la persona hace un año atrás. Según la Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico (PRCS) cerca de 300,000 personas (8 por ciento de la población total) en la isla experimentaron algún movimiento migratorio o movilidad geográfica. (Ver tabla 3.3) Para que este movimiento se considere uno migratorio, la persona al moverse tiene que haber pasado límites geográficos legales establecidos en el país. En el caso de Puerto Rico se habla de migración interna cuando la persona cambia de municipio de residencia. En este caso para el periodo de análisis un 2.5 por ciento de la población migró internamente. Dentro del

total de personas que cambiaron de residencia en la isla, (255,105), un 36 por ciento también se mudó a un municipio de residencia diferente.

Tabla 3.3. Movilidad geográfica y migración en Puerto Rico: 2006-2010

Movilidad geográfica/migración (residencia 1 año atrás)	Estimado
No cambió de residencia	3,428,339
Cambió de residencia	290,209
Cambió de residencia dentro de PR	255,105
En el mismo municipio	162,772
En diferente municipio	92,333
Cambió de residencia desde otro país a PR	35,104
Estados Unidos a PR	30,206
Otro país a PR	4,898

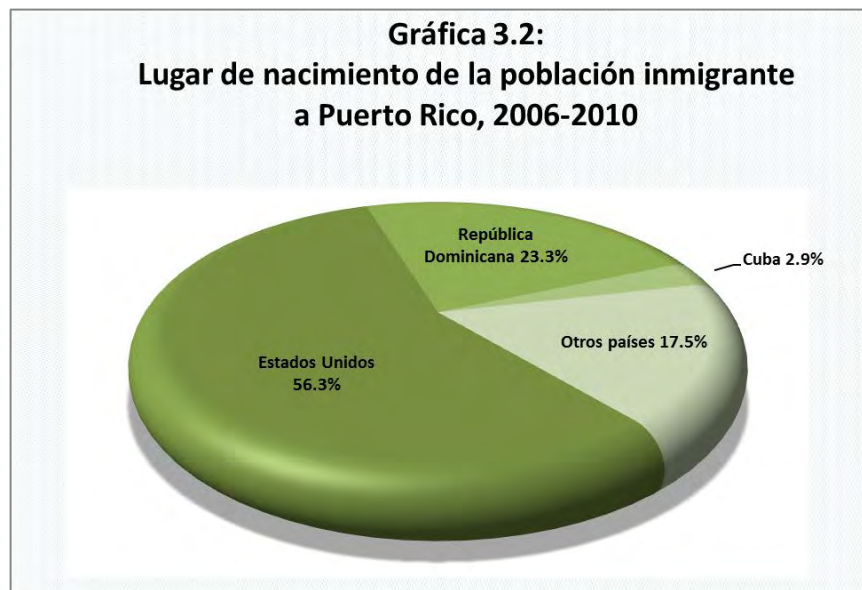
Fuente: Negociado del Censo. 2006-2010 Puerto Rico Community Survey. Tabla B07003PR

En términos de la población inmigrante (cuando es definida a base de cambio de residencia desde otro país) al país, se estima que durante el periodo de 2006 a 2010 entraron al país 35,104 inmigrantes (PRCS, 2006-2010). De estos, un 86 por ciento eran procedentes de los Estados Unidos.

La población inmigrante a Puerto Rico

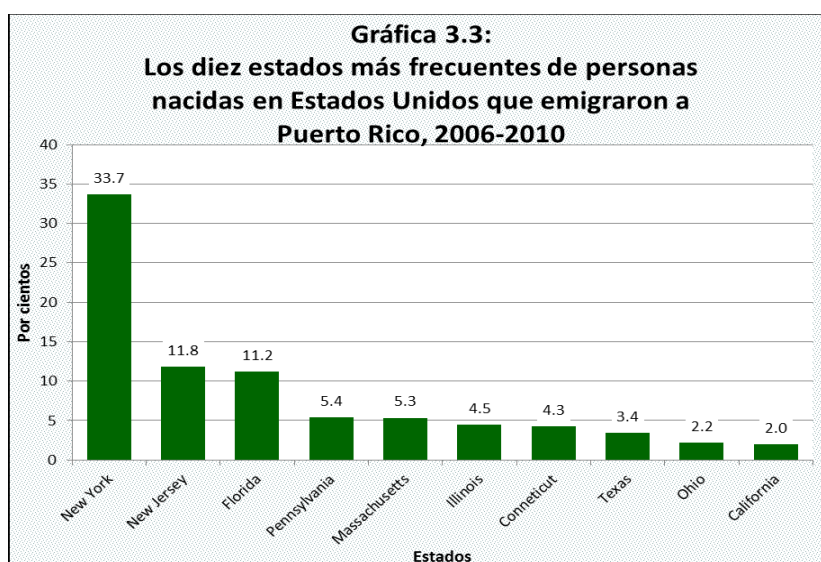
Una forma de analizar la población inmigrante a un país es clasificándola de acuerdo a su lugar de nacimiento. Bajo este constructo se clasifica como inmigrante toda aquella persona residente en un país que no haya nacido en el mismo. La Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico (PRCS, por sus siglas en inglés) provee esta información. En esta sección se considera inmigrante a todas aquellas personas que nacieron fuera de Puerto Rico. El grupo de análisis en esta sección estará compuesto por todas aquellas personas que al momento de la encuesta correspondiente al periodo del 2006-2010, indicaron haber nacido fuera de Puerto Rico y que

informaron haber entrado al país en o luego del año 2000. Se hará referencia al mismo de manera indistinta como nacidos fuera o inmigrantes. El PRCS (2006-2010) estimó que residían en la isla un total de 306,933 personas nacidas fuera de Puerto Rico. Esto equivale al 8.2 por ciento de la población total durante esta fecha. Un 24 por ciento de estos indicó haber entrado al país durante la década del 2000. La gráfica 3.2 muestra la distribución porcentual de la población nacida fuera la isla, de acuerdo a su lugar de nacimiento para aquellos que entraron al país durante la década del 2000. Los tres grupos étnicos con mayor presencia numérica en la isla correspondieron a: norteamericanos, dominicanos y cubanos. Un poco más de la mitad de la población que residía en la isla para el periodo de estudio señaló haber nacido en los Estados Unidos. El grupo que le sigue en proporción corresponde a los nacidos en la República Dominicana. Cerca de una cuarta parte de los inmigrantes a la isla durante la década del 2000 nacieron en este país.



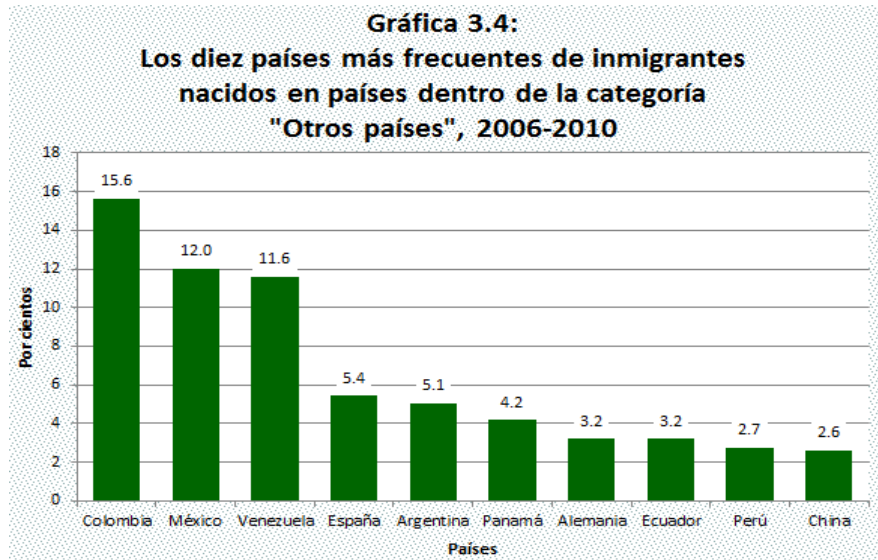
Fuente: Negociado del Censo Federal. Puerto Rico Community Survey, 2006-2010

Resulta interesante que más de la mitad de la población inmigrante reciente en la isla indicó haber nacido en los Estados Unidos. Al indagar acerca del estado en el cual nacieron estos, cerca de 4 de cada 10 informó haber nacido en New York. (Ver gráfica 3.3) A este le siguieron en proporción, los nacidos en New Jersey y Florida (11.8 y 11.2 por ciento respectivamente). Por otro lado, con valores que rondaban entre un 5 y 4 por ciento también se distinguen los nacidos en los siguientes estados: Pennsylvania, Massachusetts, Illinois y Connecticut.



Fuente: Negociado del Censo Federal. Puerto Rico Community Survey, 2006-2010

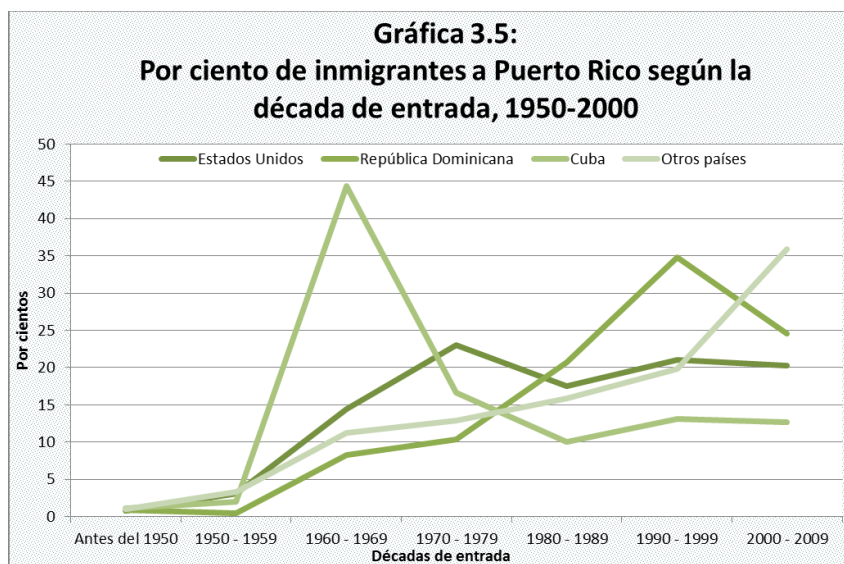
Al considerar el lugar de nacimiento de los inmigrantes a Puerto Rico (ver gráfica 3.2) se observó que el 17.48 por ciento de estos nacieron en un país diferente a Estados Unidos, Republica Dominicana y Cuba (ubicados en la categoría “otros países”). Al analizar este grupo, se observó que el país de mayor procedencia correspondió a los nacidos en Colombia con un 15.64 por ciento (ver gráfica 3.4). A estos le siguen muy de cerca los inmigrantes que nacieron en México y Venezuela (12.03 y 11.59 por ciento respectivamente). Los nacidos en España, Argentina y Panamá también se destacaron proporcionalmente, mostrando por cientos entre 6 y 5 por ciento aproximadamente.



Fuente: Negociado del Federal. Puerto Rico Community Survey, 2006-2010

Con el objetivo de tener un cuadro más claro de la pertinencia del flujo de inmigrantes a la isla, que no representan los grupos étnicos tradicionales de análisis y debido a su proporción entre la población residente en la isla, se presenta la gráfica 3.5. En esta gráfica se plasmó los grupos de inmigrantes bajo análisis de acuerdo a la década de entrada. Los datos corroboran que cada uno de estos grupos tuvo su fecha o periodo en el cual fueron el grupo étnico inmigrante protagónico. Los cubanos por su parte entraron a la isla en altas proporciones en la década del 50, luego que Cuba cambia su régimen político. El mayor pico entre los estadounidenses se observa en la década del 70 fecha en la que muchos migrantes de retorno regresan a la isla con descendientes nacidos en los Estados Unidos. La década del 80 muestra un despunte de la inmigración procedente de nacidos en la Republica Dominicana, alcanzando su pico en los años 90. En años recientes todos los grupos étnicos tradicionales han mostrado una merma en el número de inmigrantes a la isla. Sin embargo, lo contrario se observa para el grupo de los inmigrantes no tradicionales (categoría de "otros países"). Es importante destacar que este

grupo en términos generales ha mostrado a través de la década un patrón ascendente en el número de inmigrantes a la isla, destacándose su entrada a partir de la década del 90. Los nacidos en el grupo de otros países alcanzaron el mayor volumen de entrada en la década del 2000. Esto indica la pertinencia del estudio de la población proveniente de otros países, para analizar entre otros aspectos, como los mismos abonan a la dinámica demográfica del país. Más aún en una época donde la población de la isla ha ido en descenso, entre otros cambios demográficos importantes.



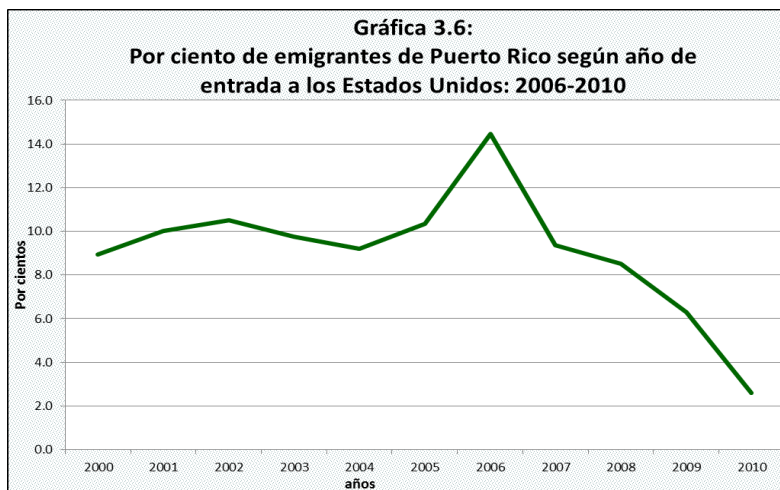
Fuente: Negociado del Censo. Puerto Rico Community Survey, 2006-2010

Emigrantes a Estados Unidos durante década del 2000

Según la Encuesta de la Comunidad de los Estados Unidos (ACS, por sus siglas en inglés) 2006-2010, en ese país residía 321,884 personas que habían nacido en Puerto Rico y emigraron de la isla luego del año 2000. Esto implica que durante la década del 2000 emigraron a Estados Unidos en promedio alrededor de 32,000 personas por año. Al considerar el número de

emigrantes durante la década se observó que el año 2006, muestra el mayor volumen de emigrantes.

El análisis de los nacidos en Puerto Rico que se mudaron a los Estados Unidos durante la década del 2000, mostró sus picos más altos a mitad y comienzo de la década (años 2006 y 2000). (Ver gráfica 3.6) Para estas fechas el ACS estima que emigraron de la isla 42,844 y 41,131 personas respectivamente. Esto equivale a un poco más de una cuarta parte de la población que salió durante la década (26.1 %). A partir de ambos picos el número de emigrantes comenzó a descender nuevamente. Por otro lado, un 35.8 por ciento de los nacidos en la isla se mudaron a Estados Unidos entre los años 2004 y 2006.



Fuente: Negociado del Censo Federal. American Community Survey, 2006-2010

La tabla 3.4 muestra los 10 estados que ubican el mayor volumen de la población nacida en la isla que emigró durante la década del 2000. Se observa que estos estados albergan la mayoría de la población que ha salido del país durante la última década (82.2%). Cabe destacar que 3 de cada 10 de estos emigrantes residen en el estado de la Florida. Este despuntó en la década del 90 como el estado de destino principal de los emigrantes puertorriqueños y los datos corroboran que en la década del 2000 se solidifica esta posición.

Tabla 3.4: Los diez estados con mayor volumen de población nacida en Puerto Rico que emigró luego del año 2000 hacia Estados Unidos

Estados	Frecuencia	Por ciento
Florida	100,593	31.3
Nueva York	36,307	11.3
Pennsylvania	30,113	9.4
Massachusetts	23,896	7.4
Connecticut	20,457	6.4
New Jersey	18,528	5.8
Texas	14,605	4.5
Virginia	7,146	2.2
Ohio	6,911	2.1
North Carolina	6,153	1.9
Otros estados	264,709	17.7

Fuente: Negociado del Censo Federal. American Community Suvey, 2006-2010

A este le sigue en orden descendiente los nacidos en la isla que residen en Nueva York y Pennsylvania (11.3 y 9.4 por ciento respectivamente). Los tres estados con mayor volumen de migrantes ubican en su territorio más de la mitad de los emigrantes de la década del 2000 (52%). Por otro lado, Massachusetts, Connecticut y New Jersey también resaltan ocupando la cuarta, quinta y sexta posición entre los estados con mayor población de puertorriqueños nacidos en la isla (7.4 6.4 y 7.8 por ciento respectivamente) Resulta interesante el lazo que aparenta existir entre los estados de destino de los emigrantes de la isla y los correspondientes al lugar de origen de los inmigrantes. Los estados de Florida, New York, Pennsylvania y Massachusetts figuran entre los principales estados (primeros cinco) de procedencia de los inmigrantes (nacidos fuera de PR) y de destino de los emigrantes en Puerto Rico (nacidos en PR).

Estructura de edad y sexo: inmigrantes vs emigrantes

Los flujos de entrada y salida de los migrantes en Puerto Rico muestran diferencias marcadas en cuanto a su volumen. Estos no solo difieren en el tamaño de los flujos sino que además presentan diferencias en sus características sociodemográficas. Este aspecto, realza la importancia del estado y dinámica demográfica de estos grupos con el fin de determinar las posibles consecuencias que estos eventos puedan tener para Puerto Rico.

Con el objetivo de complementar el análisis relacionado al volumen de los flujos migratorios recientes, se examinó de forma general la estructura de edad y sexo de los inmigrantes y emigrantes en la isla durante la década del 2000. Al tomar en consideración la estructura de sexo, se observó que tanto la población total como los nacidos en la isla tienen una razón de masculinidad de aproximadamente 92 hombres por cada 100 mujeres. Al comparar los inmigrantes y emigrantes estos mostraron una razón de masculinidad más alta que la correspondiente a la población nacida en Puerto Rico (95.11 y 98.2 respectivamente). Esto significa que la población femenina muestra un por ciento más alto que su contraparte masculina tanto para los que salen como para los que entran al país. Sin embargo, cabe destacar que este por ciento es más alto entre los emigrantes, lo que abona al desbalance numérico existente entre los sexos en la población residente en la isla.

Al considerar la edad, se utilizó la medida resumen correspondiente a la mediana de esta característica. Esta sirve como indicador para el análisis del tipo de estructura de edad que posee un país. La mediana de edad de la población total de Puerto Rico y la de los nacidos en la isla sobrepasa los 30 años. Esto indica que ambos grupos tienen una estructura de edad vieja.

Sin embargo, al analizar esta medida para los grupos inmigrantes y emigrantes, la misma denota que estos tienen una estructura de edad más joven que la población general residente en la isla. Hay que resaltar que ambos grupos poseen una estructura de edad intermedia (entre joven y vieja). Sin embargo, los inmigrantes son más jóvenes que los emigrantes. Uno de los aspectos importantes del análisis de esta variable entre los grupos migrantes es el efecto que esta pueda tener sobre la estructura de edad del país que experimenta los mismos. Un ingreso de inmigrantes jóvenes puede aportar al rejuvenecimiento de la población de Puerto Rico. Sin embargo, mientras los flujos de inmigrantes se mantengan bajos y las personas que emigran de la isla también se encuentren en edades jóvenes, este efecto no se verá reflejado en la estructura de edad del país.

Tabla 3.5: Características sociodemográficas de la población residente en Puerto Rico: nacida en la isla, inmigrantes y emigrantes , 2006-2010

Población	Razón de masculinidad	Mediana de edad	Por ciento graduado de escuela superior
Población total en PR	92.1	35	54.3
Nacidos en PR	92.4	35	53.1
^a Inmigrantes	95.1	23	45.7
^b Emigrantes	98.2	27	49.4

^a Población nacida fuera de Puerto Rico y que entró al país durante década 2000

^b Población nacida en Puerto Rico y que salió del país durante década 2000

Fuente: Negociado del Censo Federal. Puerto Rico Community Survey (PRCS) y American Community Survey (ACS), 2006-2010

Consideraciones finales acerca de la migración en Puerto Rico

La dinámica demográfica de un país está determinada por la natalidad, la mortalidad y la migración. Cada una de estas variables ha tenido su rol protagónico asociado con el aumento o descenso poblacional observado en la isla. Durante los primeros 40 años del S. XX el descenso en la mortalidad fue la variable de mayor pertinencia. Entre los años 40 y 60 la emigración de puertorriqueños a los Estados Unidos demarcó nuestro crecimiento poblacional. A partir de la década del 60, el descenso continuo observado en la fecundidad, se posiciona como la variable protagónica de la dinámica demográfica en el país. Durante la primera década del S. XXI, la natalidad continua descendiendo, mientras se observa un volumen neto emigratorio de magnitud considerable. El comportamiento de los flujos migratorios ocurridos durante este periodo lleva a la migración a posicionarse como la variable clave en el análisis demográfico asociado al crecimiento poblacional al presente en Puerto Rico.

Los datos presentados confirman que independientemente de la fuente de análisis o el método de cálculo utilizado para describir el flujo migratorio ocurrido durante la década del 2000, el mismo es uno de gran magnitud y significado. Tanto el cálculo de la migración neta como los estimados del número de emigrantes de la encuesta de la comunidad de los Estados Unidos (-

311,815 vs 321,884) indican que durante la última década la isla ha experimentado la salida de más de 300,000 personas, lo que equivale en promedio a la salida de aproximadamente 30,000 personas anuales. El pico de mayor emigración fue el año 2006, luego del cual se observa un descenso; sin embargo, para 2010 el balance emigratorio continuó siendo más alto que para principios de la década. Florida es el principal destino de los emigrantes a los Estados Unidos. El fenómeno migratorio ya no resulta ser uno que ocurre solo en áreas concentradas alrededor de la capital, sino que el mismo se manifiesta a través de la inmensa mayoría de los municipios de la isla. Hay que destacar la importancia de los grupos étnicos no tradicionales en los flujos inmigratorios recientes al país. De igual forma, hay que tomar en consideración la edad de los migrantes. No se debe de perder de perspectivas que ambos flujos, están dominados por personas en edades productivas y reproductivas; con las implicaciones que esto trae ante la situación demográfica actual de Puerto Rico.

La literatura resalta la pertinencia de los factores económicos como elementos de atracción y empuje principales para los migrantes, tanto en el país de origen como en el de destino. *El Informe sobre las migraciones en el mundo: el bienestar de los migrantes y el desarrollo* (OIM, 2013), destaca la relación que existe entre los flujos migratorios y el desarrollo económico de los países. En el mismo se alude a la movilidad humana como un evento que tiene consecuencias de índoles negativas y positivas para los países envueltos. Los gobiernos deben reconocer tanto en sus políticas de desarrollo social y económico, como en sus políticas migratorias, la existencia de ambos factores. No cabe duda que en la gran mayoría de los países del mundo, la migración será el evento demográfico protagonista del S. XXI. En la actualidad

viven en el mundo 7.2 billones de personas. De estas, 232 millones son migrantes internacionales. Esta cifra representa el 3 por ciento de la población mundial (MPI, 2013).

Es imprescindible que en Puerto Rico cualquier política dirigida al desarrollo económico, o a mejorar la calidad de vida y el bienestar general de la población tome en cuenta tanto la magnitud del volumen emigratorio como el número de inmigrantes al país. Las políticas de población que existan en un país, es sabido que no sustituyen las políticas de desarrollo económico necesarias en el mismo. Sin embargo, en Puerto Rico las mismas tienen que complementarse si el país pretende atender los desequilibrios demográficos que experimenta al presente. Ante un país con una estructura de edad vieja, unos niveles de fecundidad bajos y un balance neto emigratorio tan cuantioso, es urgente que se promuevan políticas dirigidas a retener nuestros recursos o talentos humanos. De igual forma, hay que analizar las características de la población inmigrante a la isla, para lograr la incorporación efectiva de estos a la economía del país. La migración no es un asunto solo del gobierno central, sino que los gobiernos municipales deben de aportar en la búsqueda de alternativas efectivas para el manejo de este evento en la isla. Las decisiones que tome nuestro país en asuntos migratorios definitivamente estarán relacionadas no solo con la búsqueda de un equilibrio demográfico, sino que las mismas afectarán el presente y futuro bienestar de los residentes en la isla.

Referencias

- Aragónés, Ana M. (2012). *Migración internacional, algunos desafíos*. Instituto de Investigaciones Económicas. Universidad Autónoma de México
- Migration Policy Institute (September, 2013). *Demography and Migration: an Outlook For the 21 st Century*. Policy Brief, No. 4
- Negociado del Censo Federal. *American Community Survey, 2006-2010*
- Negociado del Censo Federal. *Censo de Población y Vivienda, 2000 y 2010*.
- Negociado del Censo. División de Población. *Estimates of the components of Resident Population Change. 2000 al 2013*
- Negociado del Censo Federal. *Puerto Rico Community Survey, 2006-210*
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2013. El bienestar de los migrantes y el desarrollo*. <http://www.WMR2013.SP.pdf>
- Population Reference Bureau (2012). *World Population Data Sheet*. Washington, DC.
- Sánchez Ayala, Luis (2011-2012). *Espacios e identidades: construyendo puertorriqueñidad en Orlando, Florida, Estados Unidos*. Revista del Centro de Investigaciones Históricas. No. 20

Capítulo 4: Mortalidad en Puerto Rico

Los datos de mortalidad presentados corresponden al registro de las muertes inscritas en Puerto Rico durante el periodo 2004 al 2012. En este capítulo se incluye la mortalidad general en Puerto Rico para este periodo, las primeras doce causas de muerte en el año 2012 y los datos de suicidio para los años 2004 al 2012. Las causas de las muertes incluidas fueron clasificadas utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, edición 10 (CIE-10). (Ver tabla 4.1) Posteriormente, se presenta el perfil por sexo y grupos de edad para cada una de estas causas de muerte.

Tabla 4.1: Códigos de causas de muerte según CIE-10

Causa de Muerte	CIE-10
Cáncer	Tumores [neoplasias] malignos (C00-C97)
Corazón	Enfermedades del corazón (I00-I09, I11, I13, I20-I51)
Diabetes	Diabetes mellitus (E10-E14)
Alzheimer	Enfermedad de Alzheimer (G30)
Cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)
Accidentes	Accidentes (lesiones no intencionales) (V01-X59, Y85-Y86)
Nefritis	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis (N00-N07, N17-N19, N25-N27)
Enf. respiratorias	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (CLRD) (J40-J47)
Homicidios	Homicidios (X85-Y09, Y87.1, *U01-*U02)
Septicemia	Septicemia (A40-A41)
Neumonía e influenza	Neumonía e influenza (J09-J21)
Hipertensión	Enfermedades hipertensivas y enfermedades renales hipertensas (I10, I12, I15)
Suicidio	Lesión auto infligida intencionalmente [suicidio] (X60-X84, Y87.0, *U03)

En este capítulo sobre mortalidad en Puerto Rico se incluyen tablas, y gráficas de barra y de línea. En las gráficas de líneas se presenta la tendencia de línea y su ecuación lineal. Para comparar la mortalidad general y por causas de Puerto Rico a través de los años 2004 y 2012, se ajustaron las tasas por mortalidad. Se utilizó como población estándar la estructura de edad de Estados Unidos según el Censo de Población y Vivienda del año 2000. (Ver tabla 4.2)

Tabla 4.2: Estructura de edad de la población de Estados Unidos (2000)

Grupos de edad	Población Estándar
0-4	0.0691
5-9	0.0725
10-14	0.0730
15-19	0.0722
20-24	0.0665
25-29	0.0645
30-34	0.0710
35-39	0.0808
40-44	0.0819
45-49	0.0721
50-54	0.0627
55-59	0.0485
60-64	0.0388
65-69	0.0343
70-74	0.0318
75-79	0.0270
80-84	0.0178
85+	0.0155
Total	1.0000

Por otro lado, para comparar las causas de mortalidad en Puerto Rico en relación a otros países, se utilizó la base de datos de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD, por sus siglas en inglés). Esta organización tiene como énfasis promover la creación de políticas públicas para el mejoramiento del bienestar social y económico de las personas alrededor del mundo.

A través del *World Health Organization Mortality Database*, la OECD extrae la información sobre la mortalidad de los países participantes. En la base de datos de la OECD se incluye las tasas de mortalidad estandarizadas por edad. Para este informe se le hace referencia a estas tasas como las **tasas ajustadas OECD**. Estas tasas son ajustadas utilizando la estructura de edad del total de la población de la OECD para el 2010. Para poder comparar los datos de Puerto

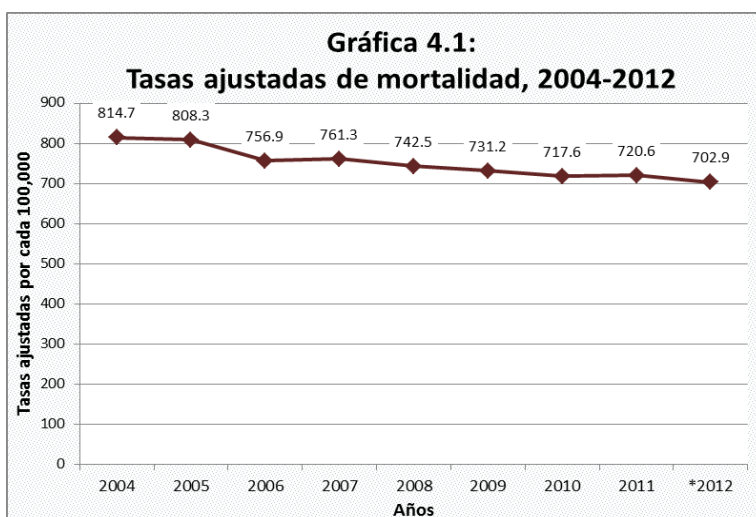
Rico, se definieron y clasificaron las causas de muerte según están definidas por la OECD (utilizan el ICD-10). Luego se ajustaron las tasas por los grupos de edad de la población estándar de la OECD para el 2010. (Ver tabla 4.3) Para hacer las comparaciones por países se seleccionó el año 2010, ya que en el momento de la extracción de datos era el año más reciente que incluía la mayor cantidad de países participantes de OECD. La información sobre las causas de muerte por país incluidas en este informe se puede encontrar a través de: <http://stats.oecd.org/>.

Tabla 4.3: Estructura de edad de la población OECD (2010)

Grupos de edad	Población Estándar
<1	0.0128
1-4	0.0504
5-9	0.0616
10-14	0.0620
15-19	0.0662
20-24	0.0677
25-29	0.0701
30-34	0.0694
35-39	0.0717
40-44	0.0710
45-49	0.0711
50-54	0.0660
55-59	0.0598
60-64	0.0540
65-69	0.0421
70-74	0.0358
75-79	0.0288
80-84	0.0213
85+	0.0182
Total	1.0000

Mortalidad General

Como se indica en el segundo capítulo, el total de muertes en Puerto Rico se ha mantenido estable entre los años 2004 y 2012. Sin embargo, cuando se toman en consideración las tasas crudas de mortalidad se observa que estas tasas aumentaron en los últimos años (Ver tabla 2.1). Cuando ajustamos las tasas por grupo de edad para los intervalos de años considerados en este informe, se observa que la mortalidad en Puerto Rico ha disminuido al comparar el 2004 con el 2012. Más aún, el año 2012 con una tasa de 702.9 por cada cien mil habitantes, registró la menor tasa de mortalidad en los últimos ocho años (Ver gráfica 4.1 y tabla 4.4) Del mismo modo, se observa que las tasas ajustadas por grupos de edad, tanto para los hombres como para las mujeres igualmente disminuyeron. (Ver tabla 4.4) Además para este periodo, las tasas ajustadas de mortalidad en los hombres en comparación con las tasas ajustadas de las mujeres ha sido consistentemente mayor.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Tasas por cada 100,000 habitantes

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.4: Tasas de mortalidad por sexo, 2004-2012

Años	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Tasa Cruda	Tasa Ajustada	Tasa Cruda	Tasa Ajustada	Tasa Cruda	Tasa Ajustada
2004	899.59	1,035.63	656.95	636.03	773.50	814.68
2005	909.73	1,026.36	668.87	631.83	784.51	808.27
2006	873.24	961.54	641.25	589.98	752.57	756.85
2007	889.49	959.06	669.68	600.12	775.10	761.31
2008	882.03	932.41	674.01	588.13	773.76	742.47
2009	905.44	936.04	665.31	565.11	780.42	731.16
2010	894.86	902.44	691.48	566.77	788.91	717.61
2011	926.33	911.90	707.72	564.08	812.41	720.63
2012	920.32	886.60	718.56	552.80	815.14	702.87

Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares, Tasas por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico

Según las bases de datos otorgadas por la Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) en Enero, 2014.

Fuente: Población: Estimaciones Anuales de Población desde 2004 al 2012 al 1 de julio de 2012. Negociado del Censo de los Estados Unidos. Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Al analizar las tasas de mortalidad por grupo de edad, podemos observar que, en general, la probabilidad de morir en las personas menores de 5 años es mayor que en los grupos de edad de 5-9 años a 30-34 años. A partir del grupo de edad de 5-9 años, la tasa de mortalidad aumentó consistentemente a medida que aumentaba la edad. (Ver tabla 4.5)

Tabla 4.5: Tasas de defunciones por grupos de edad, 2004-2012

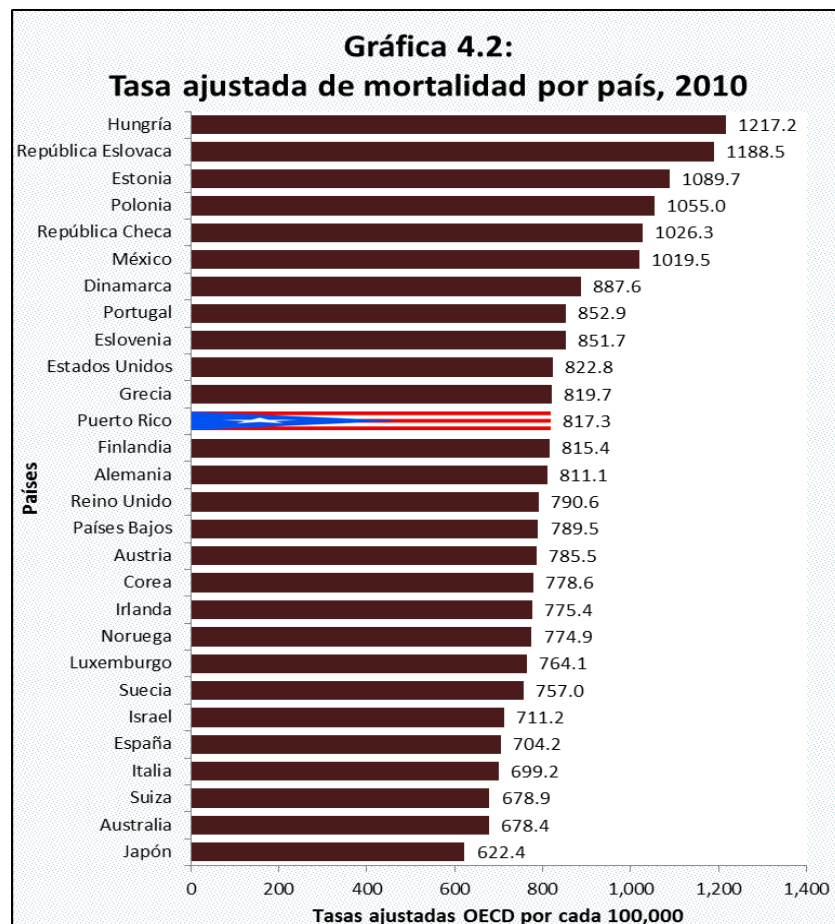
Grupos de edad	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<1-4años	177.88	202.25	195.13	182.76	187.88	172.31	169.62	182.02	188.93
5-9 años	15.19	11.28	7.95	11.58	8.56	15.37	9.24	13.44	7.97
10-14 años	17.99	13.22	12.71	17.45	11.77	18.63	10.84	13.77	12.66
15-19 años	77.16	66.69	69.03	68.73	68.89	68.98	61.17	73.04	64.23
20-24 años	159.98	154.41	152.03	138.66	129.76	154.05	148.78	146.54	144.75
25-29 años	163.08	157.09	159.71	160.02	165.65	172.97	160.79	194.20	147.67
30-34 años	167.63	181.67	160.20	156.59	158.85	168.68	165.02	172.64	172.28
35-39 años	231.56	214.80	205.60	181.59	190.27	182.76	169.38	186.34	163.81
40-44 años	281.16	266.19	271.04	249.42	253.86	258.78	224.69	225.20	221.57
45-49 años	390.37	371.80	379.68	337.14	366.26	340.09	323.99	332.06	309.58
50-54 años	538.67	528.05	495.20	519.29	509.26	521.27	459.09	478.82	459.54
55-59 años	763.18	753.40	730.76	711.06	672.40	711.75	688.06	731.67	653.14
60-64 años	1,133.41	1,147.46	1,095.17	1,050.60	1,030.91	969.14	956.50	962.45	964.62
65-69 años	1,657.49	1,619.06	1,518.74	1,577.64	1,510.93	1,449.21	1,454.07	1,377.40	1,378.38
70-74 años	2,491.49	2,519.43	2,311.29	2,284.28	2,199.05	2,207.06	2,156.50	2,178.66	2,080.53
75-79 años	4,051.57	3,898.34	3,584.36	3,620.50	3,403.86	3,482.97	3,520.97	3,441.52	3,415.11
80-84 años	6,488.29	6,579.51	6,167.40	6,132.61	6,111.20	5,882.09	5,675.51	5,682.90	5,807.12
85+ años	13,903.20	13,935.37	12,745.46	13,537.35	13,074.95	12,534.17	12,810.15	12,591.09	12,351.04
Total	773.50	784.51	752.57	775.10	773.76	780.42	788.91	812.41	815.14

Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares, Tasas por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico

Según las bases de datos otorgadas por la Oficina de Informática y Avances Tecnológicos (OIAT) en Enero, 2014.

Fuente: Población: Estimaciones Anuales de Población desde 2004 al 2012 al 1 de julio de 2012. Negociado del Censo de los Estados Unidos. Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Para comparar la mortalidad general de Puerto Rico con la mortalidad general de los 27 países reportados por la OECD, se calculó la tasa ajustada de Puerto Rico utilizando la población estándar OECD. En relación a los demás países participantes, Puerto Rico ocupó la duodécima posición entre las tasas ajustadas OECD del año 2010. La tasa ajustada OECD para Puerto Rico fue de aproximadamente 817 muertes por cada 100,000 habitantes. Entre los países reportados, Hungría obtuvo la primera posición; su tasa indica que por cada 100,000 habitantes mueren aproximadamente 1,217 personas. Por otro lado, el país que obtuvo la última posición entre los países considerados fue Japón, con una tasa ajustada aproximada de 622 muertes por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Primeras 12 Causas de Muerte y Suicidio

En orden descendente, las *primeras doce causas de muerte* a base del total de muertes para el año 2012 fueron: cáncer (N=5,439), enfermedades del corazón (N=5,089), diabetes (N=3,115), Alzheimer (N=2,018), enfermedades cerebrovasculares (N=1,362), accidentes (N=1,023), nefritis (N=1,013), enfermedades respiratorias (N=1,011), homicidios (N=958), septicemia (N=803), neumonía e influenza (N=788), e hipertensión (N=565). (Ver tabla 4.6) Con excepción de las muertes por diabetes e hipertensión, desde el 2004 al 2012 el posicionamiento en el orden de estas 12 causas de muertes ha variado.

En el intervalo de los años 2004 al 2012 las primeras dos causas de muerte fueron las enfermedades del corazón y cáncer. Para el 2012, el total de muertes por cáncer y su tasa ajustada ocuparon la primera causa de muerte, sobrepasando por primera vez a las muertes por enfermedades del corazón. Esto se debe a que el total de muertes por corazón ha disminuido a través de los años, y el total de muertes por cáncer ha aumentado. (Ver tabla 4.6) Cuando se toma en consideración la población y se ajusta por grupos quinquenales, las tasas ajustadas de muertes por corazón demuestran una disminución abrupta y consistente entre los años 2004 y 2012, sin embargo en las tasas ajustadas de muertes por cáncer para estos años indica que ha disminuido muy levemente a través del tiempo. (Ver gráfica 4.3)

De manera similar a las muertes por enfermedades del corazón y cáncer, sucede con las muertes por enfermedades cerebrovasculares y Alzheimer. Desde el 2004 en adelante la tasa ajustada y el total de muertes por enfermedades cerebrovasculares han disminuido, sin embargo la tasa ajustada y el total de muerte por Alzheimer han ido en aumento (Ver tabla 4.6 y gráfica 4.3). Para el año 2008 la tasa ajustada y el total de muertes por Alzheimer sobrepasó a

las muertes por enfermedades cerebrovasculares. Desde ese año en adelante, en ambas cantidades, Alzheimer pasó a ocupar la cuarta posición en las primeras causas de muerte, y las enfermedades cerebrovasculares pasaron a ser la quinta causa de muerte.

A diferencia de las muertes por Alzheimer, del 2004 al 2012 la tasa ajustada y el total de muertes por accidentes disminuyeron. Las tasas ajustadas de muertes por accidentes han oscilando entre la sexta y séptima posición entre las primeras causas de muerte desde el año 2004 al 2012. (Ver tabla 4.6) De manera similar, el total de muertes por accidentes han fluctuado entre la sexta y séptima posición, con excepción de los años 2004 y 2009. En el año 2004, el total de muertes por accidentes ocuparon la quinta posición sobrepasando a las muertes por Alzheimer. Por el contrario, en el año 2009 el total de las muertes por accidentes ocuparon la octava posición, siendo sobrepasado por el total de muertes por enfermedades respiratorias y nefritis.

De manera general, para los años 2004 y 2012, la tasa ajustada y el total de muertes por enfermedades respiratorias disminuyeron. Similarmente a las muertes por accidentes, desde el 2004 al 2010, la tasa ajustada y total de muertes para las enfermedades respiratorias fluctuaron entre la sexta y séptima posición entre las primeras causas de muertes. (Ver tabla 4.6) En los años 2011 y 2012, ambas tasas ajustadas y totales de muertes por enfermedades respiratorias ocuparon la octava posición. En el año 2011, la tasa ajustada y el total de muertes por homicidio sobrepasaron las muertes por enfermedades respiratorias. En el año 2012, el total de muertes por enfermedades respiratorias fue sobrepasado por el total de muertes por nefritis y la tasa ajustada fue sobrepasada por los homicidios; la tasa ajustada de enfermedades

respiratorias obtuvo el mismo valor que la tasa ajustada de muertes por nefritis. (Ver gráfica 4.4)

Por otra parte, para los años 2004 y 2012 el total de muertes por nefritis aumentó 90 casos. En el 2004, el total de muertes por nefritis fue de 923 muertes y en el 2012 el total fue de 1,013 muertes. (Ver tabla 4.6) Por consecuencia, para el año 2012, la posición del total de muerte de nefritis pasó de ser la novena causa de muerte (año 2004) a la séptima causa de muerte. Sin embargo para los años 2004 y 2012, la tasa ajustada de muertes por nefritis disminuyó de 25.1 a 23.3 muertes por cada 100,000 habitantes, aproximadamente una disminución de dos muertes por cada 100,000 habitantes. (Ver tabla 4.6) A pesar de esta disminución, la tasa ajustada de muertes por nefritis para el año 2012, pasó de ser la novena causa de muerte a ser la octava causa de muerte. (Ver gráfica 4.4) Como antes expuesto, para el año 2012, su tasa ajustada obtuvo el mismo valor que la tasa ajustada de enfermedades respiratorias.

Es importante señalar que desde el año 2007 las muertes por homicidio han ido en aumento, donde la máxima incidencia de muerte ocurrió en el año 2011. (Ver tabla 4.6, y gráficas 4.3 y 4.4) Entre los años considerados, en el año 2009, la tasa ajustada y el total de homicidios superó por primera vez a las muertes por septicemia, ocupando la décima posición. Además, en el año 2010 el total de muertes por homicidio sobrepasó las muertes por neumonía e influenza, convirtiéndose en la novena causa de muerte. En ese mismo año, la tasa ajustada de homicidios también sobrepasó a las muertes por nefritis, ocupando la octava posición entre las tasas ajustadas. Como anteriormente expuesto, para el año 2011 el total de homicidios y su tasa ajustada se colocaron en las primeras seis causas de muertes, con unos valores respectivos de 1,075 homicidios y 29.8 homicidios por cada 100,000 habitantes. Para el 2012, la tasa ajustada

y el total de homicidios disminuyeron en referencia al año 2011. No obstante, la tasa ajustada de homicidio ocupó nuevamente la sexta posición en las primeras causas de muertes.

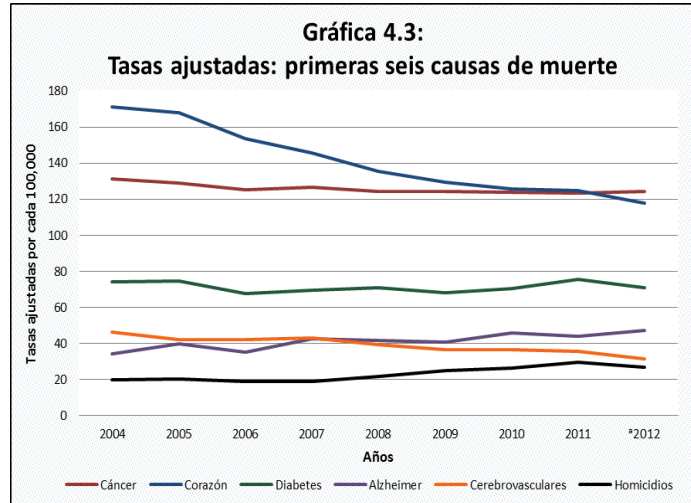
A través de los años 2004 y 2012, existen diferentes fluctuaciones entre las tasas ajustadas de septicemia (Ver gráfica 4.4). Al comparar las tasas ajustadas de muertes por septicemia de los años 2004 y 2012, se observa una disminución en el año 2012. Mientras, en el año 2005 fue el año con la tasa ajustada más alta de septicemia, con un valor aproximado de 24 muertes por cada 100,000 habitantes. La tasa ajustada de muertes por septicemia para el año 2012 fue de aproximadamente 19 muertes por cada 100,000 habitantes.

Al contrario de las muertes por septicemia, desde el 2004 al 2012 las muertes por neumonía e influenza han disminuido. En el 2004, la tasa ajustada y el total de muertes por neumonía e influenza ocupaban la octava causa de muerte, no obstante en el año 2012 ocuparon la undécima causa de muerte. (Ver tabla 4.6 y gráfica 4.4) Del 2004 al 2012, hubo un total de 270 casos menos de muerte por neumonía e influenza. La tasa ajustada de neumonía e influenza para el 2004 fue de 30 muertes por cada 100,000 habitantes y para el 2012 fue de aproximadamente 18 muertes por cada 100,000 habitantes, esto consiste en una disminución de aproximadamente 12 muertes por cada 100,000 habitantes.

Como antes expuesto, la duodécima causa de muerte para el 2012 fue hipertensión. Desde el 2004 al 2012, la tasa ajustada y el total de muerte por hipertensión han ido en leve aumento, teniendo como año pico el 2009. (Ver tabla 4.6 y gráfica 4.4) Entre los años 2004 y 2012, el total de muertes por hipertensión aumentó a 164 casos más; en el año 2004 el total de muertes por hipertensión fue de 401 y en al año 2012 fue de 565. En relación a las tasas ajustada de los

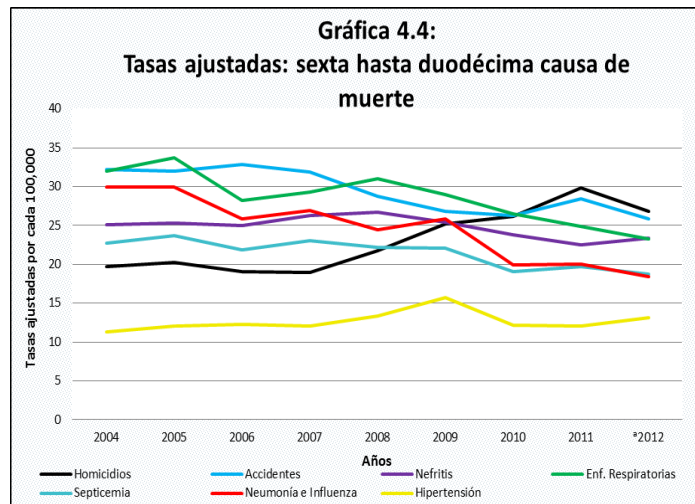
respectivos años, hubo un aumento de dos casos más de muertes por hipertensión por cada 100,000 habitantes.

Finalmente, en relación a las muertes por suicidio se observa una disminución entre los años 2004 y 2012. Para el año 2004 ocurrieron 297 suicidios, en cambio para el año 2012 ocurrieron 248 suicidios, esto representa un total de 49 suicidios menos. La tasa ajustada de mortalidad por suicidio para el 2004 fue de 8.1 por cada 100,000 habitantes y para el 2012 fue de 6.4 por cada 100,000 habitantes. La diferencia de tasas ajustadas para estos años fue de aproximadamente 2 suicidios menos por cada 100,000 habitantes. En el año 2009, ocurrieron la mayor cantidad de suicidios (N=335 muertes), siendo también la tasa ajustada más alta de suicidio para los años 2004-2012. (Ver tabla 4.6)



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.6: Primeras causas de muerte y suicidio en Puerto Rico, 2004-2012

Causa de Muerte	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	^a 2011	^a 2012	Cause of Death
Cáncer	4,846	4,865	4,832	4,989	5,008	5,089	5,197	5,286	5,439	Cancer
Corazón	6,163	6,208	5,815	5,628	5,356	5,225	5,211	5,286	5,089	Heart disease
Diabetes	2,738	2,800	2,609	2,732	2,852	2,815	2,959	3,225	3,115	Diabetes
Alzheimer	1,170	1,402	1,269	1,577	1,591	1,600	1,863	1,838	2,018	Alzheimer
Cerebrovasculares	1,639	1,540	1,574	1,654	1,529	1,459	1,504	1,515	1,362	Cerebrovascular
Accidentes	1,202	1,213	1,249	1,214	1,097	1,025	1,031	1,110	1,023	Accidents
Nefritis	923	944	955	1,028	1,058	1,032	989	957	1,013	Nephritis
Enf. respiratorias	1,136	1,221	1,046	1,110	1,200	1,152	1,092	1,055	1,011	Respiratory disease
Homicidios	771	792	741	724	821	929	964	1,075	958	Homicides
Septicemia	813	870	813	878	861	879	775	823	803	Septicemia
Neumonía e influenza	1,058	1,087	963	1,023	949	1,022	821	841	788	Pneumonia and influenza
Hipertensión	401	438	458	456	520	626	499	511	565	Hypertension
^b Suicidio	297	307	270	278	299	335	288	261	248	^b Suicide
^c Tasa Ajustada										^c Adjusted Rate
Cáncer	131.1	128.7	125.2	126.7	124.5	124.2	123.8	123.4	124.4	Cancer
Corazón	171.4	167.7	153.4	145.4	135.6	129.4	125.7	124.6	117.7	Heart disease
Diabetes	74.1	74.5	67.6	69.4	71.0	68.3	70.4	75.6	71.0	Diabetes
Alzheimer	34.2	39.7	35.1	42.6	41.8	41.0	46.1	44.2	47.0	Alzheimer
Cerebrovasculares	46.1	42.3	42.2	43.2	39.3	36.6	36.6	35.8	31.6	Cerebrovascular
Homicidios	19.7	20.3	19.0	19.0	21.8	25.2	26.2	29.8	26.8	Homicides
Accidentes	32.2	32.0	32.8	31.9	28.8	26.8	26.3	28.4	25.8	Accidents
Nefritis	25.1	25.3	25.0	26.3	26.7	25.5	23.8	22.5	23.3	Nephritis
Enf. respiratorias	32.0	33.7	28.2	29.2	31.0	29.0	26.5	24.9	23.3	Respiratory disease
Septicemia	22.7	23.7	21.8	23.0	22.2	22.1	19.1	19.7	18.7	Septicemia
Neumonía e influenza	30.0	30.0	25.9	26.9	24.5	25.8	20.0	20.0	18.4	Pneumonia and influenza
Hipertensión	11.2	12.1	12.3	12.0	13.3	15.7	12.2	12.1	13.2	Hypertension
^b Suicidio	8.1	8.2	7.2	7.4	7.9	8.9	7.7	6.9	6.4	^b Suicide

^a Datos de 2010 al 2012 son preliminares

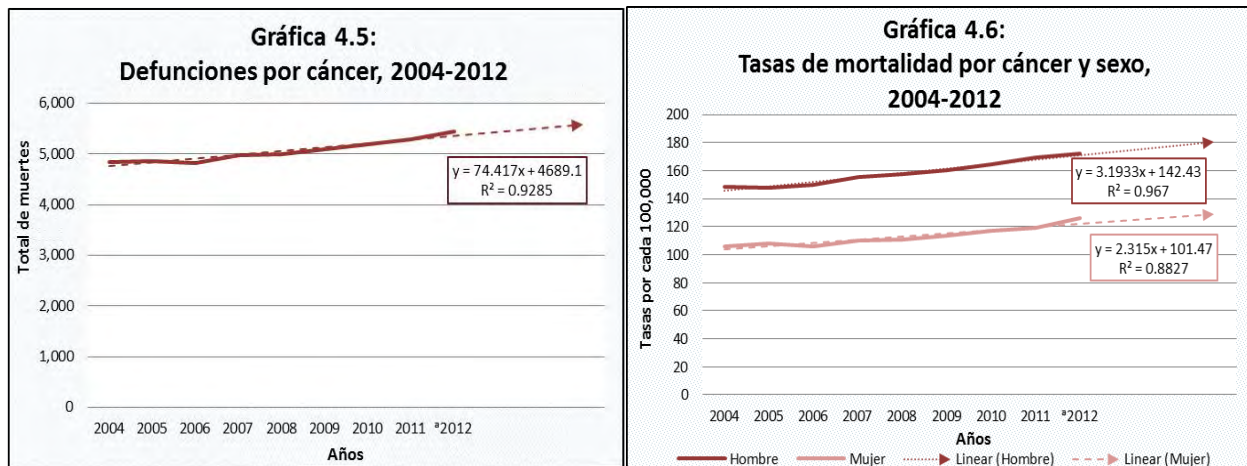
^b Aunque suicidio no pertenece a las primeras causas de muerte en Puerto Rico para el año 2012, se incluyó debido a la importancia que tiene en la salud.

^c Tasa ajustada por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico.

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Mortalidad por Cáncer

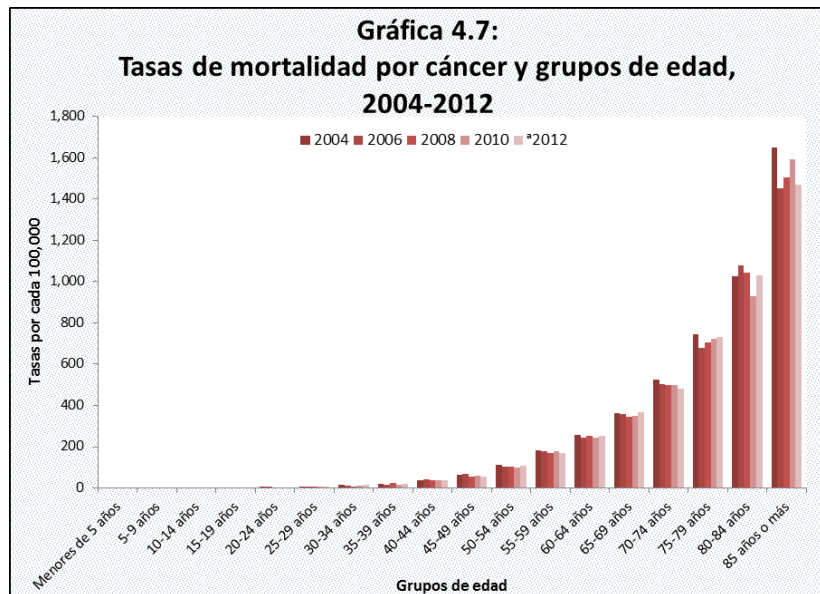
Desde el 2004 al 2012 la mortalidad por cáncer ha ido en aumento. (Ver gráfica 4.5) Entre los años 2004 y 2012, el total de muertes por cáncer aumentó de 4,846 a 5,439 muertes respectivamente, consistiendo en un aumento de 12.2%. La gráfica 4.6 sobre las tasas de mortalidad por cáncer y sexo entre los años 2004 y 2012, indican un aumento a través de los años para ambos sexos respecto a su población. (Ver gráfica 4.6) Además, para cada año se observa una mayor tasa de muertes en los hombres que en las mujeres. Para el año 2012, por cada 100,000 hombres murieron por cáncer aproximadamente 172 hombres y por cada 100,000 mujeres murieron alrededor de 126 mujeres.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Desde el año 2004 al 2012, las tasas por grupos de edad quinquenal aumentaron consistentemente a medida que aumentaban los grupos de edad (Ver gráfica 4.7). Para el año 2012, los grupos de edad de 80 a 84 años, y de 85 años o más tuvieron unas tasas, en sus respectivos grupos de edad, sobre 1,000 muertes por cáncer por cada 100,000 habitantes.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.7: Mortalidad por Cáncer en Puerto Rico, 2004-2012

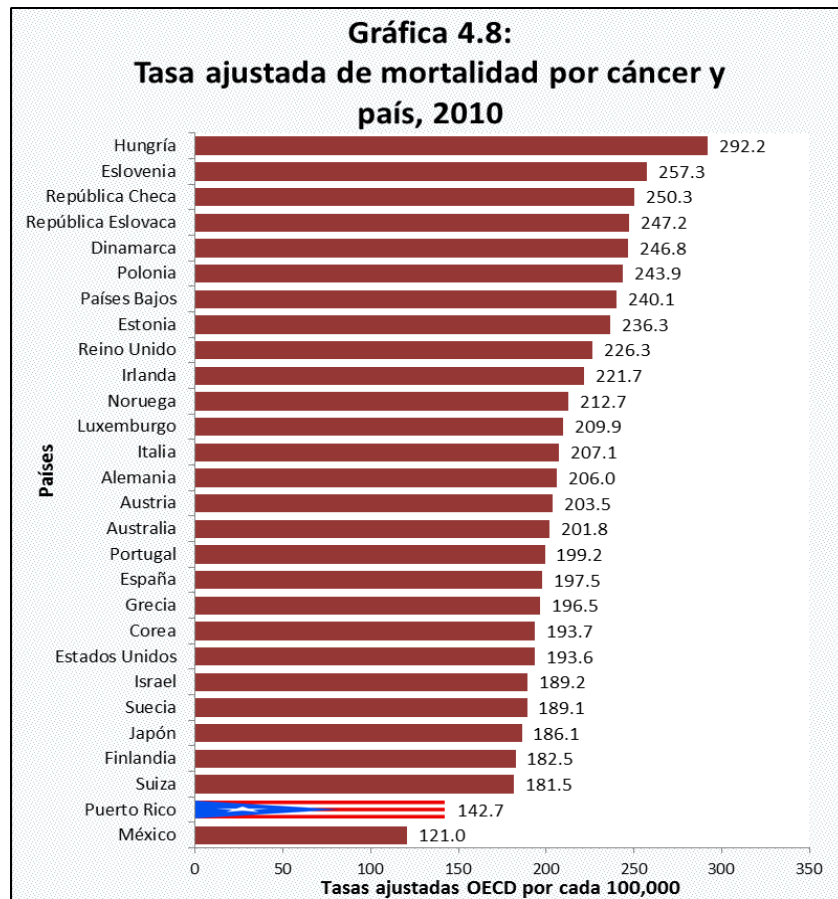
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	*2011	*2012	
Total de Muertes	4,846	4,865	4,832	4,989	5,008	5,089	5,197	5,286	5,439	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	2,734	2,714	2,732	2,824	2,842	2,878	2,927	2,991	3,024	Man
Mujer	2,112	2,151	2,100	2,165	2,166	2,211	2,270	2,295	2,415	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	6	7	3	3	4	3	2	4	5	Under 5 years
5-9 años	7	3	5	3	4	8	6	4	3	5-9 years
10-14 años	6	6	5	6	3	7	8	3	4	10-14 years
15-19 años	14	13	9	4	10	13	5	11	10	15-19 years
20-24 años	18	11	15	13	10	10	9	14	10	20-24 years
25-29 años	16	17	22	22	23	16	17	22	16	25-29 years
30-34 años	42	40	31	26	29	20	33	31	35	30-34 years
35-39 años	51	51	44	56	57	57	42	60	43	35-39 years
40-44 años	92	89	103	93	90	96	89	78	87	40-44 years
45-49 años	161	168	173	155	164	133	151	144	138	45-49 years
50-54 años	258	242	239	252	266	249	234	231	254	50-54 years
55-59 años	399	399	406	366	359	373	397	440	379	55-59 years
60-64 años	460	470	477	510	526	538	536	534	538	60-64 years
65-69 años	548	565	557	593	621	591	617	620	705	65-69 years
70-74 años	616	662	631	667	674	671	683	753	695	70-74 years
75-79 años	669	658	624	650	627	688	733	733	781	75-79 years
80-84 años	629	625	688	702	672	699	627	649	734	80-84 years
85 años o más	852	837	798	865	868	914	1,008	952	1,002	85 years and over
No esp.	2	2	2	3	1	3	0	3	0	Not specified

* Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Para comparar los países reportados por la OECD en el año 2010, se obtuvo la tasa ajustada OECD de mortalidad por cáncer para un total de 28 países, esto incluye los 27 países reportados por la OECD y Puerto Rico. En relación a los países reportados, según presenta la gráfica 4.8, Puerto Rico ocupó la penúltima posición (vigésimo séptima posición) entre las tasas ajustadas OECD de mortalidad por cáncer. La tasa ajustada OECD para Puerto Rico fue de 142.7 muertes por cáncer por cada 100,000 habitantes. Entre los países incluidos, Hungría obtuvo la tasa ajustada de muertes por cáncer más alta, la cual corresponde a 292.2 muertes por cada

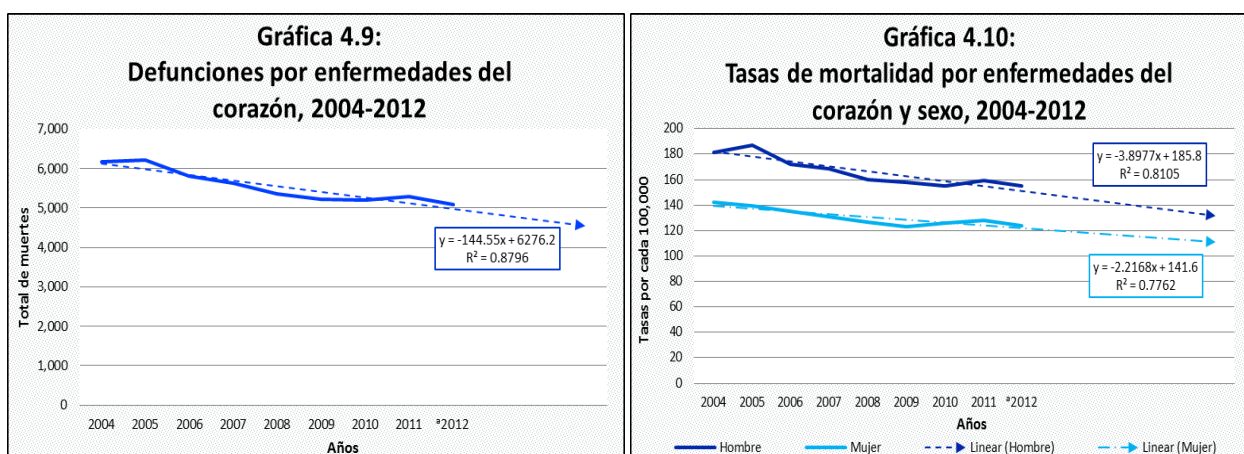
100,000 habitantes, y México ocupó la última posición (vigésimo octava posición), con una tasa ajustada de 121 muertes por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Enfermedades del Corazón

Entre los años presentados en la gráfica 4.9, se observa una disminución de la frecuencia de muertes por enfermedades del corazón. Desde el 2004 al 2012, el total de muertes por enfermedades del corazón disminuyó de 6,163 a 5,089, lo cual indica que para el año 2012 hubo una disminución de 17.4% en comparación con el año 2004. Entre estos años, las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón y sexo señalan una disminución para ambos sexos respecto a su población. (Ver gráfica 4.10) Además, la gráfica 4.10 indica que para cada año considerado hay una mayor tasa de muertes en los hombres en comparación con las mujeres. En Puerto Rico, para el año 2012 murieron por enfermedades del corazón, 155 hombres por cada 100,000 hombres y 124 mujeres por cada 100,000 mujeres.

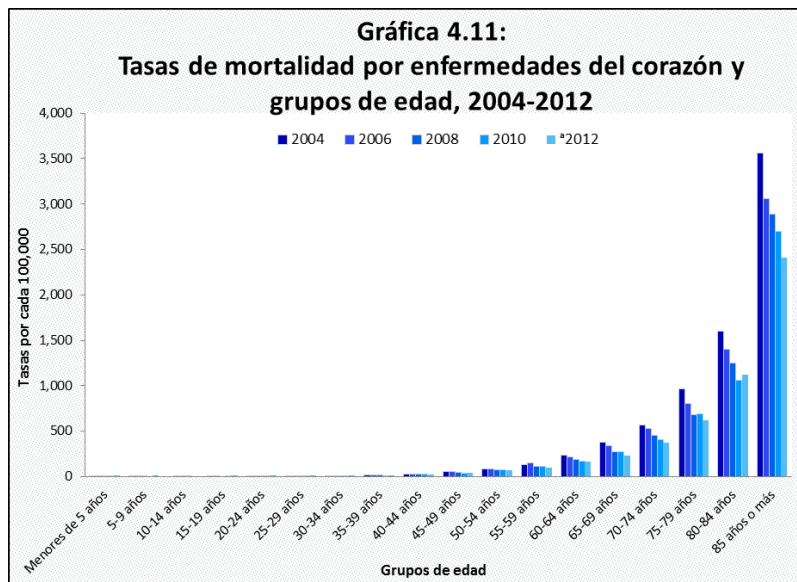


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Del año 2004 al 2012, las tasas de mortalidad para enfermedades del corazón por grupos de edad aumentaron consistentemente a medida que aumentaba la edad. Sin embargo, se puede observar de manera general en la gráfica 4.11, que las tasas por cada grupo de edad disminuyeron con el pasar de los años. En el 2004, el grupo de edad de 85 años o más tuvo una

tasa de 3,564 por cada 100,000 habitantes de 85 años o más. En cambio, para el 2012 la tasa fue aproximadamente 2,410 por cada 100,000 habitantes de 85 años o más. Desde el grupo de edad de 35 a 39 años, las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón aumentaban a medida que aumentaban los grupos de edad. Desde el 2004 al 2012, para cada año, el grupo de edad 80 a 84 años tuvo una tasa de sobre 1,000 muertes por enfermedades del corazón por cada 100,000 habitantes de 80 a 84 años de edad. Así mismo, para estos mismos años, los grupos de edad de 85 años o más, tuvieron una tasa de más de 2,000 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.8: Mortalidad por Enfermedades del Corazón en Puerto Rico, 2004-2012

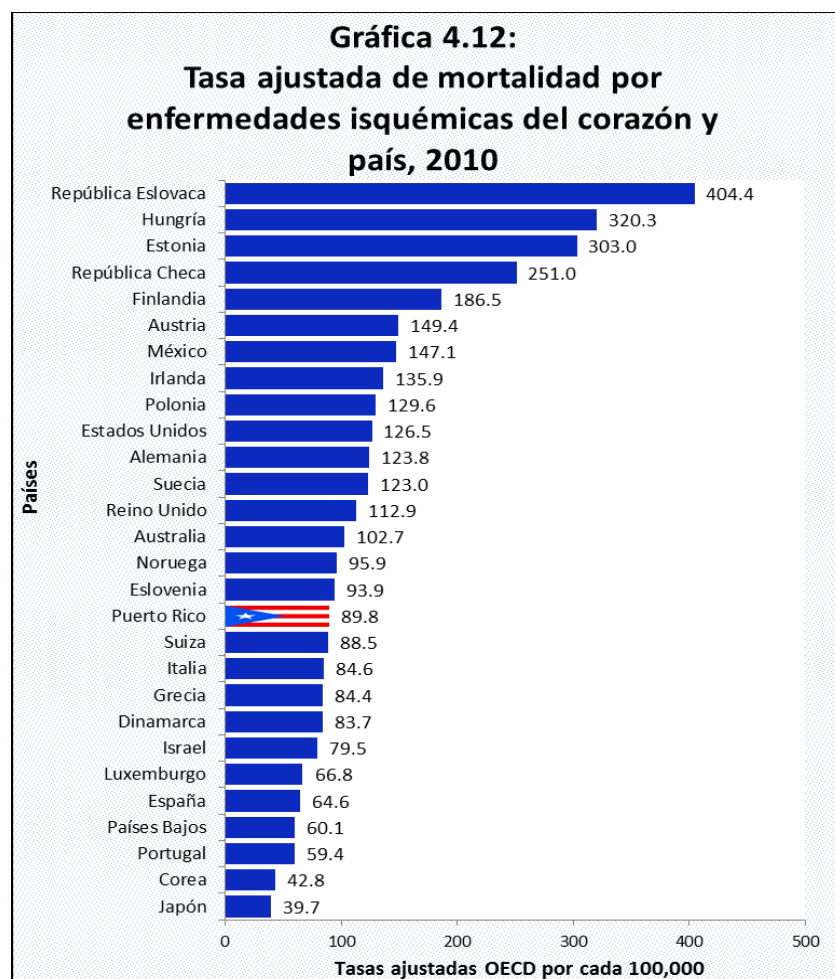
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	6,163	6,208	5,815	5,628	5,356	5,225	5,211	5,286	5,089	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	3,334	3,439	3,145	3,053	2,883	2,832	2,764	2,825	2,719	Man
Mujer	2,829	2,769	2,670	2,575	2,473	2,393	2,447	2,461	2,370	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	14	7	17	8	8	9	6	4	20	Under 5 years
5-9 años	1	3	1	2	2	1	0	1	2	5-9 years
10-14 años	0	0	4	2	1	0	1	1	0	10-14 years
15-19 años	5	4	5	3	0	3	4	2	1	15-19 years
20-24 años	11	14	10	8	8	12	6	9	5	20-24 years
25-29 años	17	17	14	11	15	15	8	11	12	25-29 years
30-34 años	24	22	30	18	18	32	17	21	16	30-34 years
35-39 años	47	41	39	40	36	37	30	29	31	35-39 years
40-44 años	74	79	80	63	64	60	61	62	66	40-44 years
45-49 años	137	122	128	114	122	105	100	104	107	45-49 years
50-54 años	185	210	197	202	168	187	182	178	164	50-54 years
55-59 años	295	349	340	289	260	270	249	295	227	55-59 years
60-64 años	421	489	419	427	402	380	365	356	352	60-64 years
65-69 años	575	494	527	534	461	439	492	439	438	65-69 years
70-74 años	661	715	660	621	599	573	557	602	538	70-74 years
75-79 años	870	821	741	736	657	649	701	679	665	75-79 years
80-84 años	978	971	896	816	825	794	719	769	801	80-84 years
85 años o más	1,839	1,826	1,682	1,721	1,694	1,644	1,710	1,709	1,642	85 years and over
No esp.	9	24	25	13	16	15	3	15	2	Not specified

^aDatos preliminares, sujeto a revisión

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

La gráfica 4.12 presenta para el año 2010 la tasa ajustada OECD de la mortalidad de enfermedades isquémicas del corazón para un total de 28 países, esto incluye los 27 países reportados por la OECD y Puerto Rico. No se hizo la comparación de la mortalidad de enfermedades del corazón en general entre los países de la OECD y Puerto Rico, ya que la OECD no incluye esta variable en su base de datos. La mortalidad de enfermedades isquémicas del corazón (CIE-10: I20-I25) es un tipo de muerte por enfermedades del corazón, por tanto se seleccionó la primera para hacer la comparación de Puerto Rico entre los países participantes.

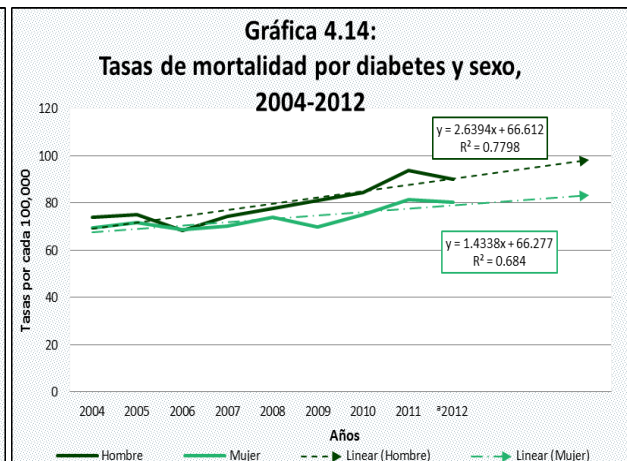
En relación a los países reportados, Puerto Rico ocupa la decimoséptima posición. La tasa ajustada OECD de Puerto Rico fue alrededor de 90 muertes por enfermedades isquémicas del corazón por cada 100,000 habitantes. Entre los países participantes, la República Eslovaca obtuvo la tasa ajustada más alta de muertes por enfermedades isquémicas del corazón, con un valor aproximado de 404 muertes por cada 100,000 habitantes. La última posición la ocupó Japón con una tasa ajustada, aproximadamente, 40 muertes por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Diabetes

Desde el 2004 al 2012, el total de muertes por diabetes aumentó de 2,738 a 3,115 respectivamente. (Ver gráfica 4.13) En comparación con el año 2004, el aumento del total de muertes por diabetes para el año 2012 consistió en un 13.8 por ciento. Las tasas de mortalidad por diabetes y sexo de los años 2004 al 2012, indican un aumento de muertes para ambos sexos respecto a su población. (Ver gráfica 4.14) Además se observa que para cada año, con excepción del año 2006, hay una mayor tasa de muertes en los hombres en comparación con las mujeres. Para el año 2012, por cada 100,000 hombres murieron, aproximadamente, 90 hombres por diabetes. A su vez, por cada 100,000 mujeres murieron alrededor de 80 por diabetes.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Según presenta la gráfica 4.15, desde el año 2004 al 2012, las tasas de mortalidad para diabetes por grupos de edad aumentaron consistentemente a medida que aumentaba la edad. Por otro lado, para los años 2004 y 2012, las tasas disminuyeron para los grupos de edad de 45 a 49 años a 80 a 84 años. En cambio, del año 2004 al 2012, la tasa aumentó para el grupo de edad de 85 años o más. Para este grupo, la tasa del 2004 fue de 928 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más, y para el 2012 la tasa fue alrededor de 1,004 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

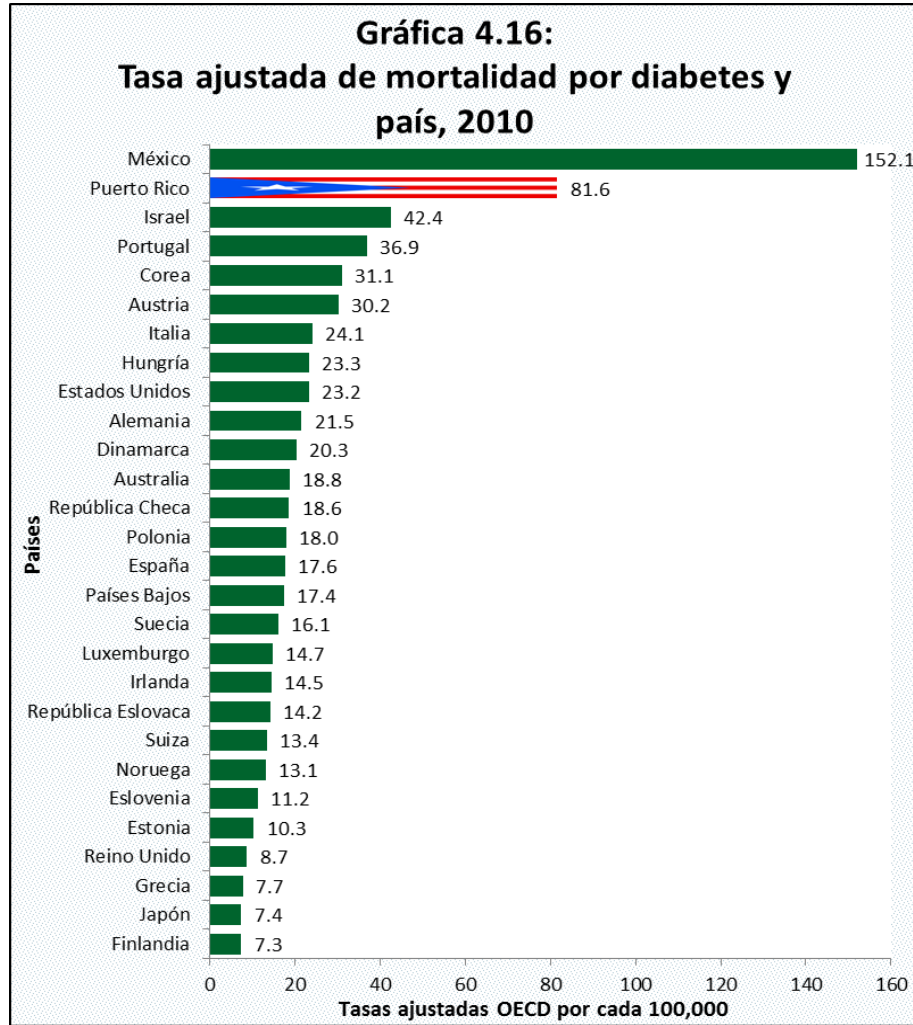
Tabla 4.9: Mortalidad por Diabetes en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	*2012	
Total de Muertes	2,738	2,800	2,609	2,732	2,852	2,815	2,959	3,225	3,115	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	1,357	1,378	1,250	1,349	1,401	1,452	1,503	1,656	1,579	Man
Mujer	1,381	1,422	1,359	1,383	1,451	1,363	1,456	1,569	1,536	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	0	0	1	0	0	0	0	0	0	Under 5 years
5-9 años	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5-9 years
10-14 años	0	1	0	0	0	0	0	0	2	10-14 years
15-19 años	0	1	2	1	0	1	0	0	0	15-19 years
20-24 años	2	5	2	0	1	2	1	4	3	20-24 years
25-29 años	5	4	3	5	4	4	2	4	4	25-29 years
30-34 años	4	8	4	10	15	1	7	7	5	30-34 years
35-39 años	15	17	17	15	18	13	12	14	16	35-39 years
40-44 años	31	26	24	31	50	35	28	45	39	40-44 years
45-49 años	61	44	61	61	69	61	55	84	58	45-49 years
50-54 años	117	101	113	117	109	118	121	124	106	50-54 years
55-59 años	192	176	170	190	180	177	186	206	172	55-59 years
60-64 años	280	289	284	274	309	280	255	266	265	60-64 years
65-69 años	334	318	307	328	344	358	371	373	394	65-69 years
70-74 años	381	389	361	340	373	419	420	439	432	70-74 years
75-79 años	409	446	395	377	394	407	446	511	489	75-79 years
80-84 años	428	439	377	411	437	410	463	462	446	80-84 years
85 años o más	479	535	487	572	549	527	590	683	684	85 years and over
No esp.	0	0	1	0	0	2	2	3	0	Not specified

*Datos preliminares, sujeto a revisión

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

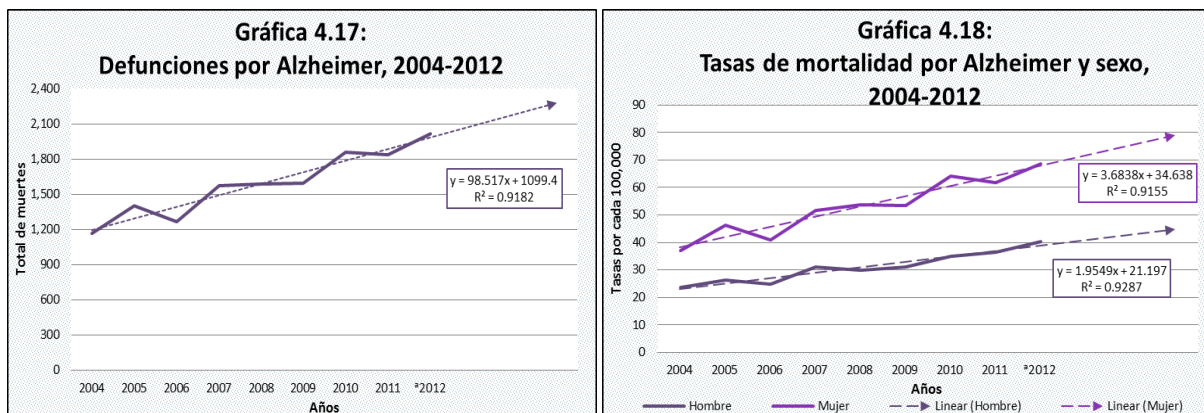
Según presenta la gráfica 4.16, para el año 2010, se obtuvo la tasa ajustada OECD de la mortalidad por diabetes para un total de 28 países. Como se observa en la gráfica, Puerto Rico ocupó la segunda posición en relación a los países reportados. En Puerto Rico, la tasa ajustada por la población de la OECD para el año 2010, fue alrededor de 82 muertes por cada 100,000 habitantes. México superó a Puerto Rico con una tasa ajustada, aproximadamente, 152 muertes por diabetes por cada 100,000 habitantes. La última posición la ocupó Finlandia con una tasa ajustada aproximada de 7 muertes por diabetes por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Alzheimer

Desde el 2004 al 2012, el total de muertes por Alzheimer aumentó substancialmente de 1,170 a 2,018 respectivamente (Ver gráfica 4.17). El cambio porcentual de los años 2004 al 2012 consistió en un aumento de 72.5 por ciento. Las tasas de mortalidad por Alzheimer y sexo del 2004 al 2012 (ver gráfica 4.8), indican un aumento en las muertes para cada sexo respecto a su población. Además, cuando se comparan con los hombres, para cada año las mujeres tuvieron una mayor tasa de muertes por Alzheimer. En el año 2012, por cada 100,000 mujeres murieron por Alzheimer alrededor de 69 mujeres, y por cada 100,000 hombres, aproximadamente, 40 hombres murieron por esta misma enfermedad.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Del año 2004 al 2012, las tasas de mortalidad por Alzheimer por cada grupo de edad aumentaron a partir del grupo de edad de 55 a 59 años (Ver gráfica 4.19), siendo la más alta para el grupo de edad de 85 años o más. Al comparar las tasas del año 2012 con las del 2004, se observó que para el año 2012 las tasas de mortalidad a partir del grupo de edad de 65 a 69 años aumentaron. La mayor diferencia de tasas entre estos dos años recayó en el grupo de

edad de 85 años o más. Para este grupo de edad, la tasa del año 2004 fue alrededor de 1,182 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más; y para el 2012 la tasa fue un aproximado de 1,632 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

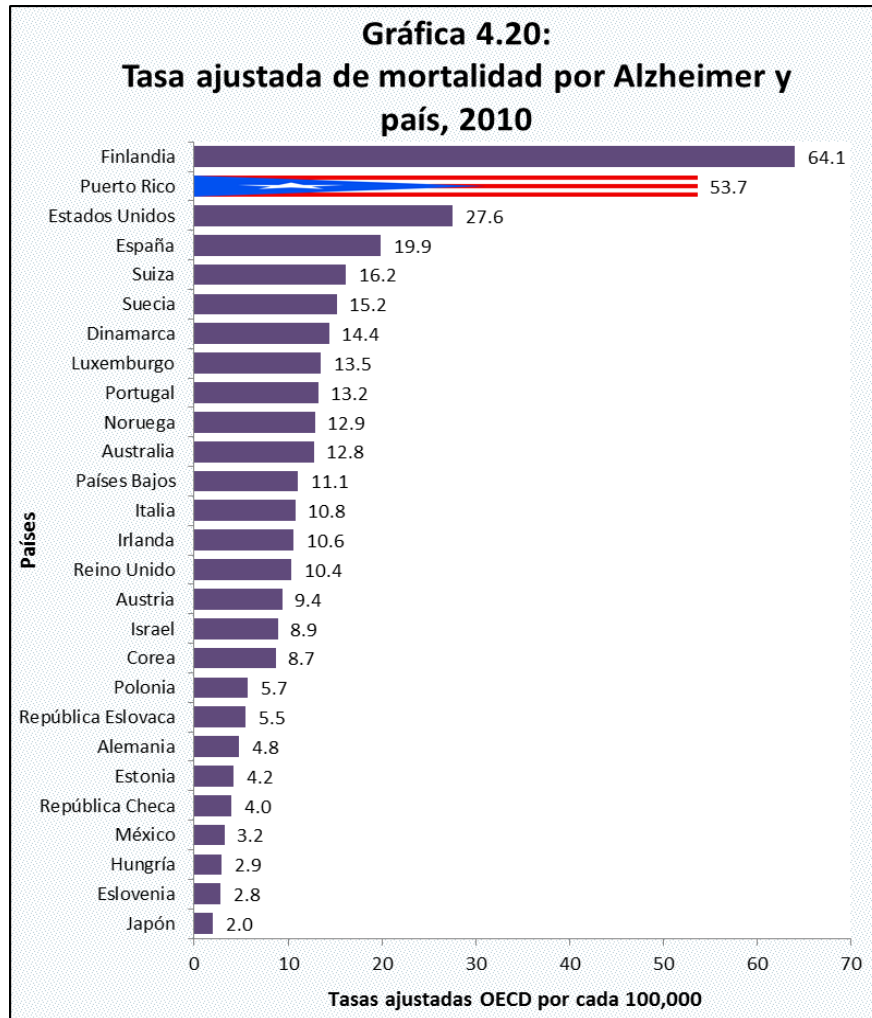
Tabla 4.10: Mortalidad por Alzheimer en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	1,170	1,402	1,269	1,577	1,591	1,600	1,863	1,838	2,018	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	435	484	456	563	537	558	621	647	709	Man
Mujer	735	918	813	1,014	1,054	1,042	1,242	1,191	1,309	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Under 5 years
5-9 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5-9 years
10-14 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10-14 years
15-19 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15-19 years
20-24 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20-24 years
25-29 años	0	0	0	0	0	0	1	0	1	25-29 years
30-34 años	0	0	1	0	0	0	0	0	0	30-34 years
35-39 años	1	0	0	0	1	0	0	0	0	35-39 years
40-44 años	0	0	0	0	0	1	0	0	0	40-44 years
45-49 años	1	0	2	0	1	1	0	1	0	45-49 years
50-54 años	0	1	0	0	1	1	1	1	2	50-54 years
55-59 años	3	9	7	9	7	10	8	10	10	55-59 years
60-64 años	20	33	31	20	29	27	38	25	23	60-64 years
65-69 años	42	57	48	51	64	49	47	67	65	65-69 years
70-74 años	84	85	78	109	92	106	108	112	118	70-74 years
75-79 años	158	170	171	184	171	209	224	241	286	75-79 years
80-84 años	251	303	259	329	342	305	360	355	401	80-84 years
85 años o más	610	740	670	874	882	891	1,074	1,025	1,112	85 years and over
No esp.	0	4	2	1	1	0	2	1	0	Not specified

^aDatos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

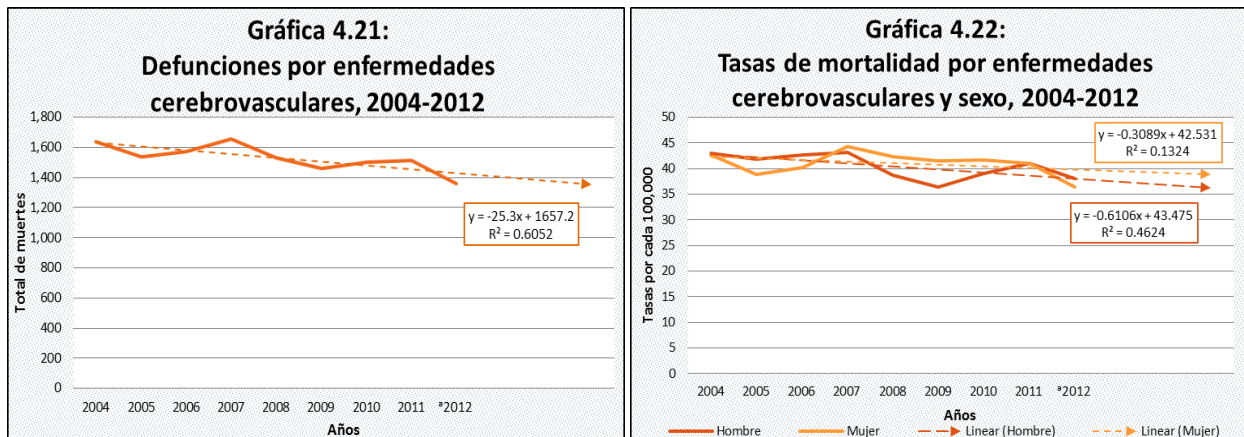
Para el año 2010, se obtuvo la tasa ajustada de mortalidad por Alzheimer para un total de 27 países, incluyendo a Puerto Rico. Según se observa en la gráfica 4.20, Puerto Rico ocupó la segunda posición en relación a las tasas ajustadas OECD de los países reportados. La tasa ajustada por la población de la OECD para Puerto Rico fue, aproximadamente, 54 muertes por cada 100,000 habitantes. Por su parte, entre los países participantes, Finlandia ocupó la primera posición, con una tasa ajustada aproximada de 64 muertes por Alzheimer por cada 100,000 habitantes. Por el contrario, la última posición la ocupó Japón con una tasa ajustada alrededor de 2 muertes por Alzheimer por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan,
Puerto Rico

Muertes por Enfermedades Cerebrovasculares

Según presenta la gráfica 4.21, desde el año 2004 al 2012 el total de muertes por enfermedades cerebrovasculares disminuyó de 1,639 a 1,362 respectivamente. El cambio porcentual entre estos años consistió en una disminución de 16.9 por ciento. La gráfica 4.22 incluye las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y sexo entre los años 2004 al 2012. En la misma se observa una disminución leve de muertes para cada sexo respecto a su población. Al comparar las tasas de muertes por sexo a través de los años, resultan similares. Entre los años 2004 al 2007 y el año 2012, las tasas de mortalidad para los hombres fueron mayores, aunque muy similares, en comparación con las tasas de las mujeres. Por ejemplo, para el año 2012 por cada 100,000 hombres, 38 murieron por enfermedades cerebrovasculares y por cada 100,000 mujeres, alrededor de 36.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Entre los años 2004 al 2012, las tasas de mortalidad para enfermedades cerebrovasculares por cada grupo de edad aumentaron a medida que aumentaban los grupos de edad (Ver gráfica 4.23). A partir del grupo de edad de 45 a 49 años, las tasas del año 2012 disminuyeron en

comparación con el año 2004. La mayor diferencia entre tasas para estos dos años se encuentra en el grupo de edad de 85 años o más. Para este grupo, la tasa del año 2004 fue alrededor de 1,050 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más, en cambio el año 2012 la tasa fue, aproximadamente, 743 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

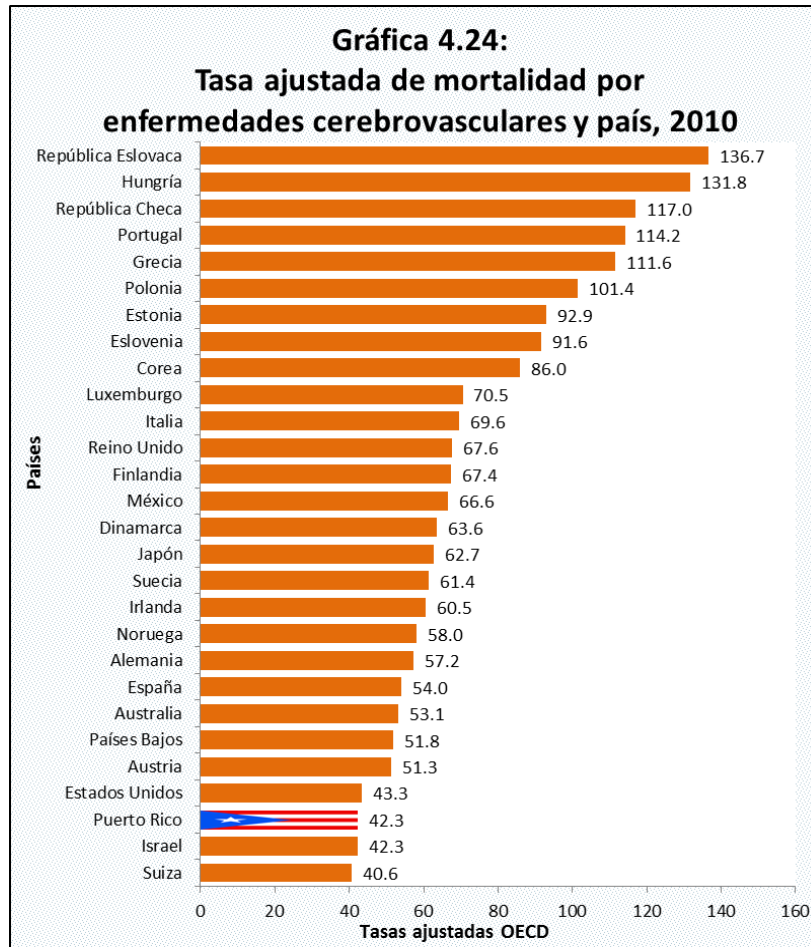
Tabla 4.11: Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	1,639	1,540	1,574	1,654	1,529	1,459	1,504	1,515	1,362	All Deaths
Por Sexo										By Gender
Hombre	790	768	780	782	699	652	696	725	667	Man
Mujer	849	772	794	872	830	807	808	790	695	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	1	3	4	3	2	3	1	1	1	Under 5 years
5-9 años	0	0	0	2	0	0	0	2	1	5-9 years
10-14 años	1	0	2	3	0	0	0	0	3	10-14 years
15-19 años	1	1	2	1	0	1	0	0	0	15-19 years
20-24 años	0	1	5	2	3	2	0	1	3	20-24 years
25-29 años	2	0	3	3	0	2	0	2	1	25-29 years
30-34 años	2	8	1	8	6	3	5	2	3	30-34 years
35-39 años	10	10	12	8	8	5	7	6	4	35-39 years
40-44 años	18	15	20	19	17	13	12	11	17	40-44 years
45-49 años	32	31	34	24	21	20	27	19	25	45-49 years
50-54 años	43	36	36	46	51	38	29	34	39	50-54 years
55-59 años	72	49	64	69	63	55	59	62	52	55-59 years
60-64 años	91	96	93	112	100	80	79	82	69	60-64 years
65-69 años	136	130	112	125	89	108	123	128	105	65-69 years
70-74 años	147	142	173	153	137	141	156	150	122	70-74 years
75-79 años	253	210	202	216	205	179	214	225	173	75-79 years
80-84 años	288	291	286	259	277	299	252	258	237	80-84 years
85 años o más	542	515	524	598	548	510	539	529	506	85 years and over
No esp.	0	2	1	3	2	0	1	3	1	Not specified

^aDatos preliminares, sujeto a revisión

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

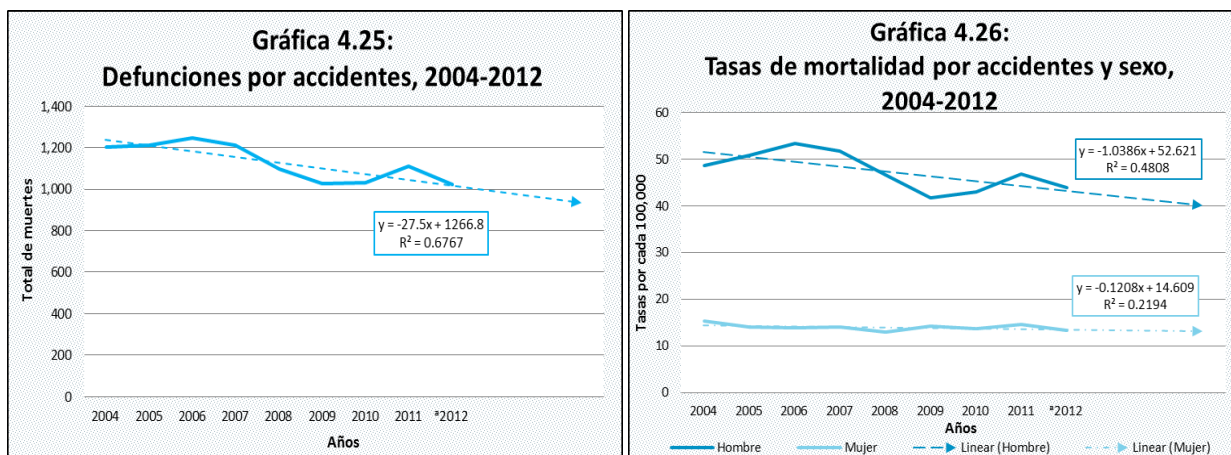
La gráfica 4.24 presenta la comparación de las tasas ajustadas OECD de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares del año 2010 de 27 países participantes de la OECD y Puerto Rico. En relación a los países incluidos, Puerto Rico ocupó la vigésima sexta posición. La tasa ajustada OECD para Puerto Rico fue alrededor de 42 muertes por enfermedades cerebrovasculares por cada 100,000 habitantes. Entre los países evaluados, la República Eslovaca ocupó la primera posición. La tasa ajustada OECD para la República Eslovaca fue alrededor de 137 muertes por enfermedades cerebrovasculares por cada 100,000 habitantes. La última posición la ocupó Suiza, con una tasa ajustada OECD aproximada de 41 muertes por enfermedades cerebrovasculares por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Accidentes

La gráfica 4.25 presenta que desde el año 2004 al 2012, el total de muertes por accidentes disminuyó de 1,202 a 1,023 muertes. La disminución en el año 2012 en relación al año 2004 fue de 14.9 por ciento. Las tasas de mortalidad por accidentes y sexo del año 2004 al 2012 presentadas en la gráfica 4.26, indican una disminución leve para ambos sexos respecto a su población. De manera consistente para cada año, hay una mayor tasa de muertes para los hombres en comparación con las mujeres. Para el año 2012, por cada 100,000 hombres, aproximadamente, 44 murieron por accidentes, y por cada 100,000 mujeres alrededor de 13 murieron por esta causa de muerte.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

La gráfica 4.27 presenta las tasas de mortalidad para accidentes por grupos de edad para los años 2004 al 2012. De manera general, las tasas de mortalidad entre los años considerados en este informe se mantuvieron estables entre el grupo de edad de 20 a 24 años al grupo de 65 a 69 años. Con excepción del año 2012, a partir del grupo de edad de los 70 a 74 años, las tasas por edad comenzaron a aumentar a medida que aumentaba la edad.

En los grupos de edad donde la tasa de mortalidad por accidente para el año 2012 resultó mayor que para el 2004 fueron: 60 a 64 años, 65 a 69 años, 80 a 84 años y 85 años o más. La tasa con mayor aumento fue en el grupo de edad de 85 años o más. La tasa del año 2004, fue alrededor de 176 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más; y para el 2012 la tasa fue, aproximadamente, 200 muertes por cada 100,000 habitantes del mismo grupo de edad.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico.

Tabla 4.12: Mortalidad por Accidentes en Puerto Rico, 2004-2012

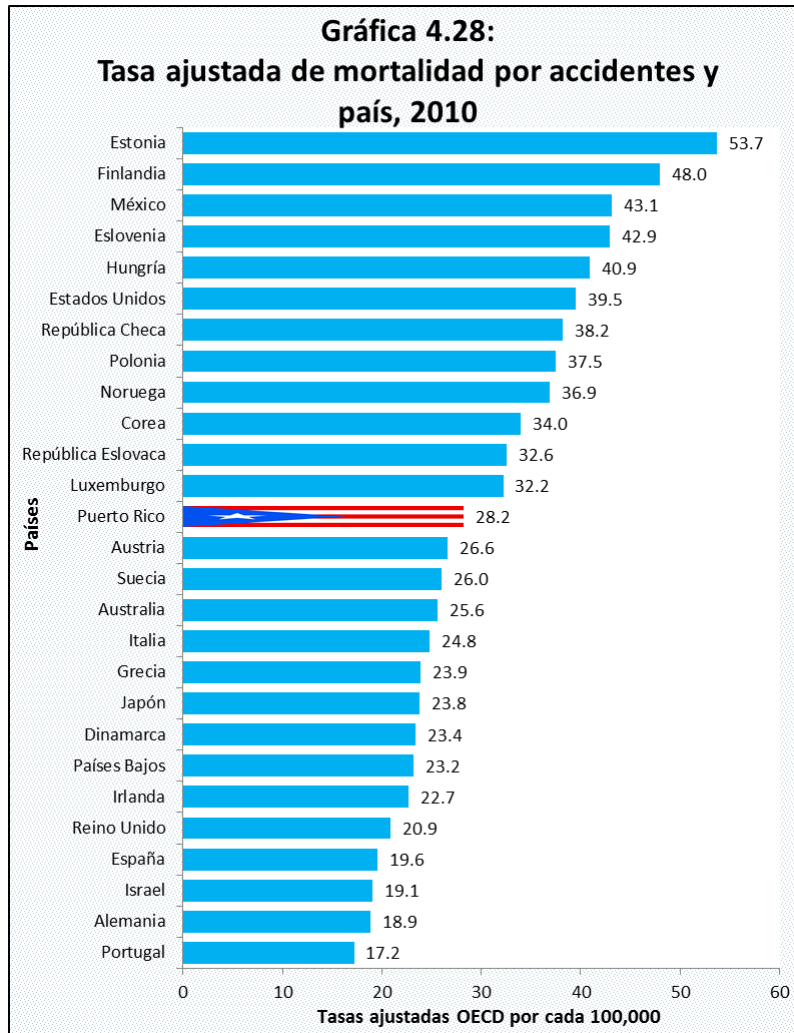
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	*2012	
Total de Muertes	1,202	1,213	1,249	1,214	1,097	1,025	1,031	1,110	1,023	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	896	933	976	938	842	747	766	830	770	Man
Mujer	306	280	273	276	255	278	265	280	253	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	17	6	9	12	17	7	6	11	4	Under 5 years
5-9 años	11	7	3	4	6	13	5	7	1	5-9 years
10-14 años	16	9	9	7	11	13	4	6	8	10-14 years
15-19 años	69	63	69	67	60	44	37	49	24	15-19 years
20-24 años	121	113	106	126	67	76	62	79	75	20-24 years
25-29 años	97	108	103	99	88	74	66	62	69	25-29 years
30-34 años	86	93	87	83	58	62	56	70	70	30-34 years
35-39 años	84	73	106	64	68	51	58	69	59	35-39 years
40-44 años	91	87	89	88	78	72	55	57	50	40-44 years
45-49 años	84	77	82	73	81	74	79	63	53	45-49 years
50-54 años	74	81	49	81	74	52	56	61	58	50-54 years
55-59 años	70	74	80	74	46	48	57	71	63	55-59 years
60-64 años	59	59	79	53	70	50	81	67	75	60-64 years
65-69 años	44	61	60	50	68	58	68	66	64	65-69 years
70-74 años	64	58	53	61	56	61	77	69	79	70-74 years
75-79 años	62	68	60	53	51	48	75	69	57	75-79 years
80-84 años	59	53	64	61	73	62	51	83	76	80-84 years
85 años o más	91	112	126	149	120	155	132	147	136	85 years and over
No esp.	3	11	15	9	5	5	6	4	2	Not specified

*Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Para el año 2010, se obtuvo la tasa ajustada OECD de la mortalidad de accidentes para un total de 27 países, esto incluye los 26 países reportados por la OECD y Puerto Rico. (Ver gráfica 4.28)

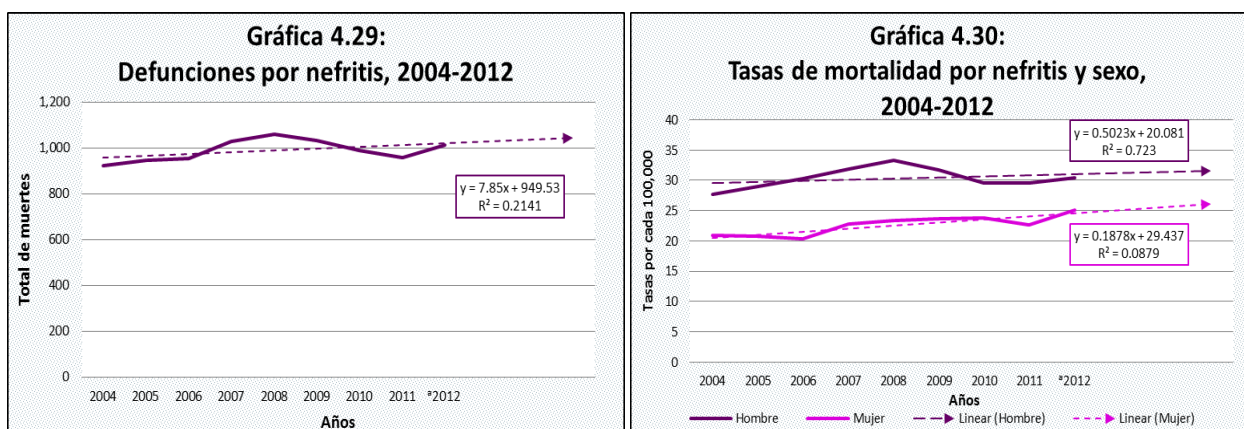
Entre los países incluidos en la gráfica, Puerto Rico ocupó la decimotercera posición con una tasa ajustada OECD de alrededor 28 muertes por cada 100,000 habitantes. Por otra parte, entre los países participantes, Estonia ocupó la primera posición, con una tasa ajustada aproximada de 54 muertes por accidentes por cada 100,000 habitantes. La última posición la ocupó Portugal con una tasa ajustada, aproximadamente, 17 muertes por accidentes por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Nefritis

Del 2004 al 2012, el total de muertes por nefritis aumentó de 923 a 1,013 respectivamente (Ver gráfica 4.29). El cambio porcentual de estos años consistió en un aumento de 9.8 por ciento. Según la gráfica 4.30 sobre las tasas de mortalidad por nefritis y sexo del año 2004 al 2012, se observa un aumento leve para ambos sexos respecto a su población. En comparación con las mujeres, para cada año considerado, los hombres tienen consistentemente una mayor tasa de mortalidad. Para el año 2012, por cada 100,000 hombres, aproximadamente, 30 murieron por nefritis, y por cada 100,000 mujeres murieron alrededor de 25 mujeres.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

En general desde el año 2004 al 2012, las tasas de mortalidad por nefritis para los grupos de edad aumentaron a medida que aumentaba la edad (Ver gráfica 4.31). Por otra parte, esta misma gráfica 4.31 muestra que desde el 2004 al 2012 la tasa de nefritis para la mayoría de los grupos de edad disminuyó. En cambio, los grupos de edad donde la tasa aumentó fueron: menores de 5 años, y a partir de los grupos mayores 75 a 79 años de edad. La tasa por grupo de edad con mayor aumento fue en el grupo de edad de 85 años o más. En este grupo de edad y

por cada 100,000 habitantes, la tasa del año 2004 fue alrededor de 407 muertes, y para el año 2012 la tasa fue, aproximadamente, 446 muertes.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.13. Mortalidad por Nefritis en Puerto Rico, 2004-2012

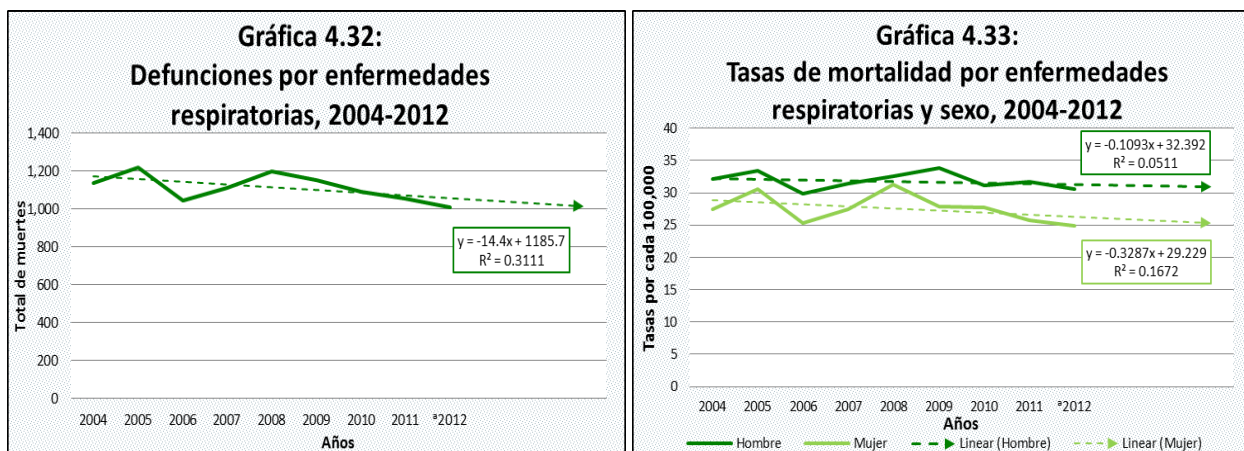
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	923	944	955	1,028	1,058	1,032	989	957	1,013	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	508	531	553	579	601	570	527	522	534	Man
Mujer	415	413	402	449	457	462	462	435	479	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	5	5	4	5	2	7	5	7	6	Under 5 years
5-9 años	1	0	1	0	1	0	0	0	0	5-9 years
10-14 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10-14 years
15-19 años	3	1	2	1	0	0	1	2	0	15-19 years
20-24 años	5	1	1	2	1	2	1	0	2	20-24 years
25-29 años	6	3	2	5	5	4	0	2	2	25-29 years
30-34 años	6	5	6	4	8	5	5	4	4	30-34 years
35-39 años	10	8	8	10	7	7	7	5	3	35-39 years
40-44 años	21	23	13	14	18	14	10	9	14	40-44 years
45-49 años	25	28	18	26	27	27	25	28	24	45-49 years
50-54 años	29	33	38	32	53	35	32	26	27	50-54 years
55-59 años	57	57	53	65	61	62	55	49	50	55-59 years
60-64 años	91	71	86	95	89	76	79	84	69	60-64 years
65-69 años	107	109	109	106	103	109	102	98	99	65-69 years
70-74 años	107	120	118	132	126	137	127	106	122	70-74 years
75-79 años	114	121	140	120	132	118	143	115	139	75-79 years
80-84 años	123	150	134	167	147	152	140	153	147	80-84 years
85 años o más	210	207	220	242	278	277	257	269	304	85 years and over
No esp.	3	2	2	2	0	0	0	0	1	Not specified

^aDatos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Enfermedades Respiratorias

De acuerdo a la gráfica 4.32, entre los años 2004 y 2012 el total de muertes por enfermedades respiratorias disminuyó de 1,136 a 1,011. En relación al año 2004, la disminución para el año 2012 consistió en un 11.0 por ciento. La gráfica 4.33 muestra las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias y sexo para los años 2004 al 2012. Esta gráfica presenta una disminución leve de muertes para ambos sexos respecto a su población. De manera consistente para cada año, hay una mayor tasa de muertes en los hombres en comparación con las mujeres. Para el año 2012, alrededor de 31 hombres murieron por enfermedades respiratorias por cada 100,000 hombres, y un valor aproximado de 25 mujeres murieron por cada 100,000 mujeres.

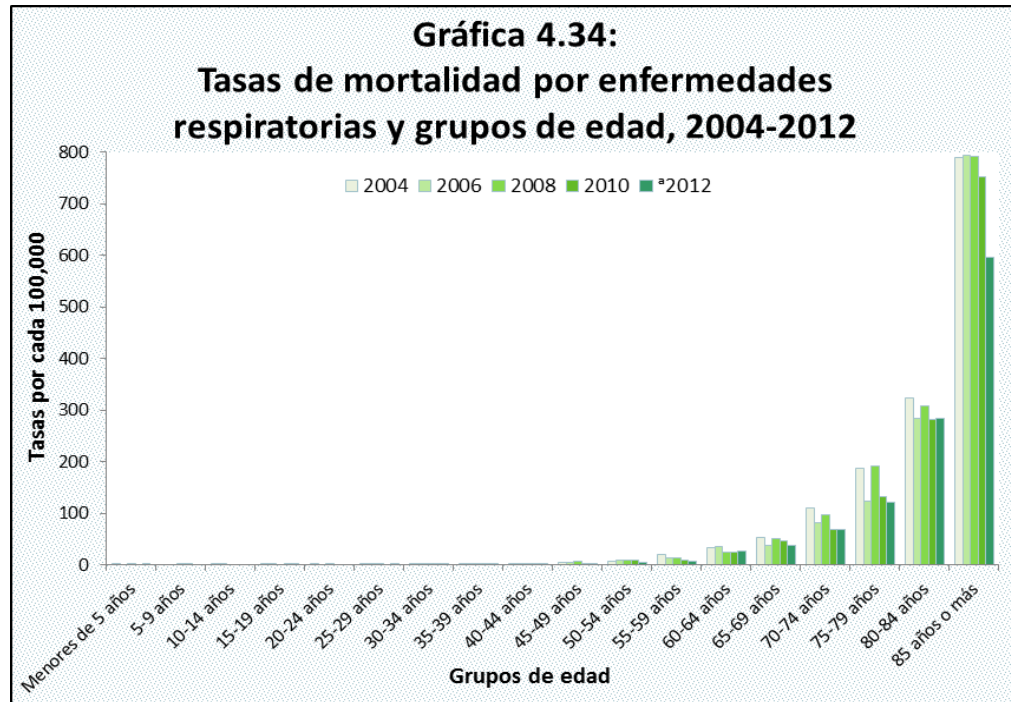


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

En general desde el año 2004 al 2012, las tasas de mortalidad de enfermedades respiratorias por grupos de edad aumentaron a medida que aumentaba la edad (Ver gráfica 4.34). Desde el 2004 al 2012 consistentemente la tasa de enfermedades respiratorias para cada grupo de edad disminuyó. La tasa por grupo de edad que presenta la disminución más pronunciada fue en el grupo de edad de 85 años o más. Para este grupo, la tasa del año 2004 fue de un valor

aproximado de 791 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más, y para el 2012 la tasa fue alrededor de 596 muertes por cada 100,000 habitantes del mismo grupo de edad.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.14: Mortalidad por Enfermedades Respiratorias en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	*2012	
Total de Muertes	1,136	1,221	1,046	1,110	1,200	1,152	1,092	1,055	1,011	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	591	613	544	570	588	608	555	560	536	Man
Mujer	545	608	502	540	612	544	537	495	475	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	2	1	0	3	1	2	0	1	1	Under 5 years
5-9 años	0	0	0	2	1	0	1	1	0	5-9 years
10-14 años	1	1	2	1	0	0	0	0	0	10-14 years
15-19 años	2	2	1	1	0	2	2	0	1	15-19 years
20-24 años	5	2	0	3	2	0	0	0	0	20-24 years
25-29 años	3	2	3	3	1	2	0	1	2	25-29 years
30-34 años	3	6	2	2	5	6	1	2	1	30-34 years
35-39 años	3	3	4	5	4	1	3	2	1	35-39 years
40-44 años	5	7	9	10	7	7	4	2	3	40-44 years
45-49 años	11	16	13	14	15	19	5	9	8	45-49 years
50-54 años	14	23	19	18	21	24	24	16	12	50-54 years
55-59 años	46	45	32	29	28	31	19	26	16	55-59 years
60-64 años	60	59	70	55	51	56	55	52	55	60-64 years
65-69 años	79	79	59	91	83	80	81	93	74	65-69 years
70-74 años	128	130	101	105	128	112	94	97	98	70-74 years
75-79 años	168	180	114	167	184	163	134	143	131	75-79 years
80-84 años	198	228	181	195	203	207	191	183	202	80-84 years
85 años o más	408	436	436	405	464	440	476	426	406	85 years and over
No esp.	0	1	0	1	2	0	2	1	0	Not specified

*Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

La siguiente gráfica (4.35) presenta para el año 2010, la tasa ajustada OECD de la mortalidad de asma para un total de 26 países, incluyendo a Puerto Rico. No se hizo la comparación de la mortalidad de enfermedades respiratorias en general entre los países de la OECD y Puerto Rico, ya que la OECD no incluye las muertes por esta enfermedad general en su base de datos. Puesto que la mortalidad de asma es un tipo de muerte por enfermedades respiratorias, se seleccionó la misma para hacer la comparación de Puerto Rico entre los países participantes.

En relación a los países reportados, Puerto Rico ocupa la novena posición. La tasa ajustada por la población de la OECD para Puerto Rico fue, aproximadamente, 1.4 muertes por asma por

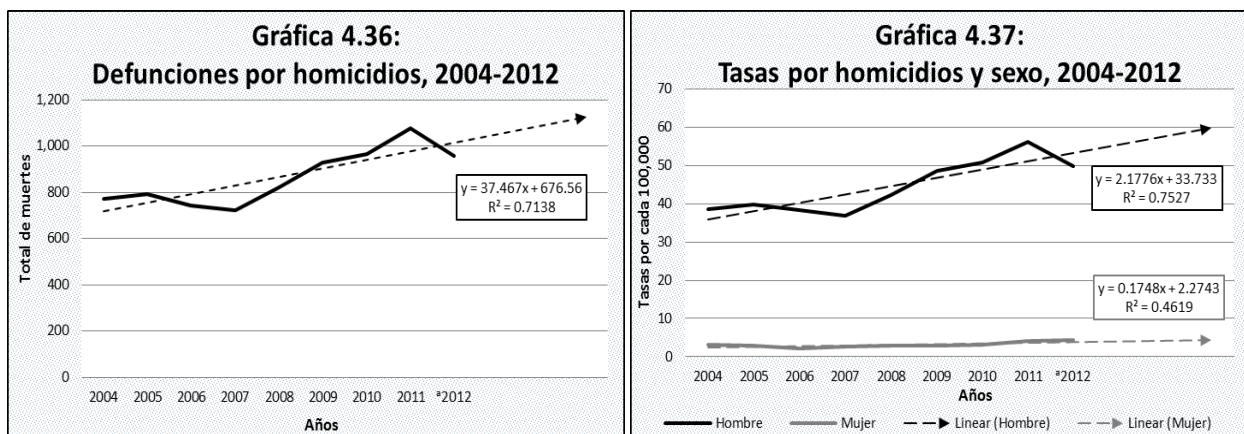
cada 100,000 habitantes. Entre los países participantes, Corea obtuvo la tasa ajustada OECD más alta de muertes por asma, con un valor de 6.4 muertes por cada 100,000 habitantes. La última posición la ocupó Japón con una tasa ajustada de 0.3 muertes por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Homicidios

Entre el año 2004 al 2012, el total de homicidios aumentó de 771 a 958 respectivamente (Ver gráfica 4.36). El cambio porcentual correspondiente de estos dos años consistió en un aumento para el 2012 de 24.3 por ciento. Las tasas por homicidios y sexo del año 2004 al 2012 presentadas en la gráfica 4.37, indican un aumento de muertes tanto para los hombres como las mujeres respecto a su población. Sin embargo, el aumento en los hombres fue mayor que en las mujeres. Así mismo, para cada año presentado, la tasa de homicidio en los hombres fue mucho mayor en comparación con la tasa de las mujeres. En el año 2012, por cada 100,000 hombres, aproximadamente, 50 murieron por homicidio, y por cada 100,000 mujeres alrededor de 4 murieron por homicidio.

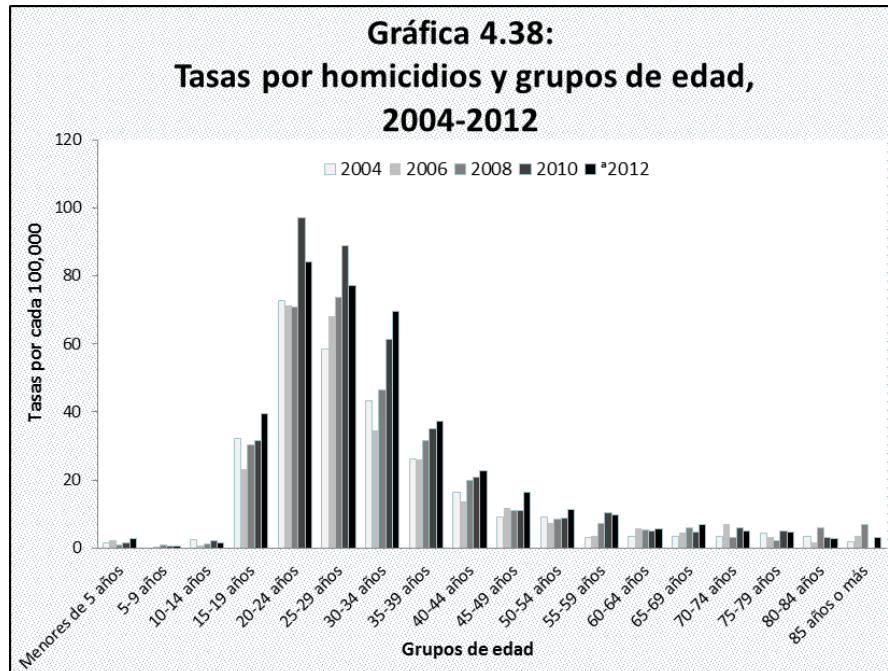


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Desde el año 2004 al 2012, las tasas para homicidios por grupos de edad más altas se concentraron entre los grupos de edad 15 a 44 años (Ver gráfica 4.38). Con excepción de los grupos de edad de 10 a 14 años y 80 a 84 años, la tasa de homicidio por cada grupo de edad aumentó. La tasa por grupos de edad que presentó el aumento más pronunciado fue el grupo

de 30 a 34 años. Para este grupo, la tasa correspondiente al año 2004 fue alrededor de 43 muertes por cada 100,000 habitantes de 30 a 34 años, y para el 2012 la tasa fue de un valor aproximado de 70 muertes por cada 100,000 habitantes de 30 a 34 años.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo,
División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

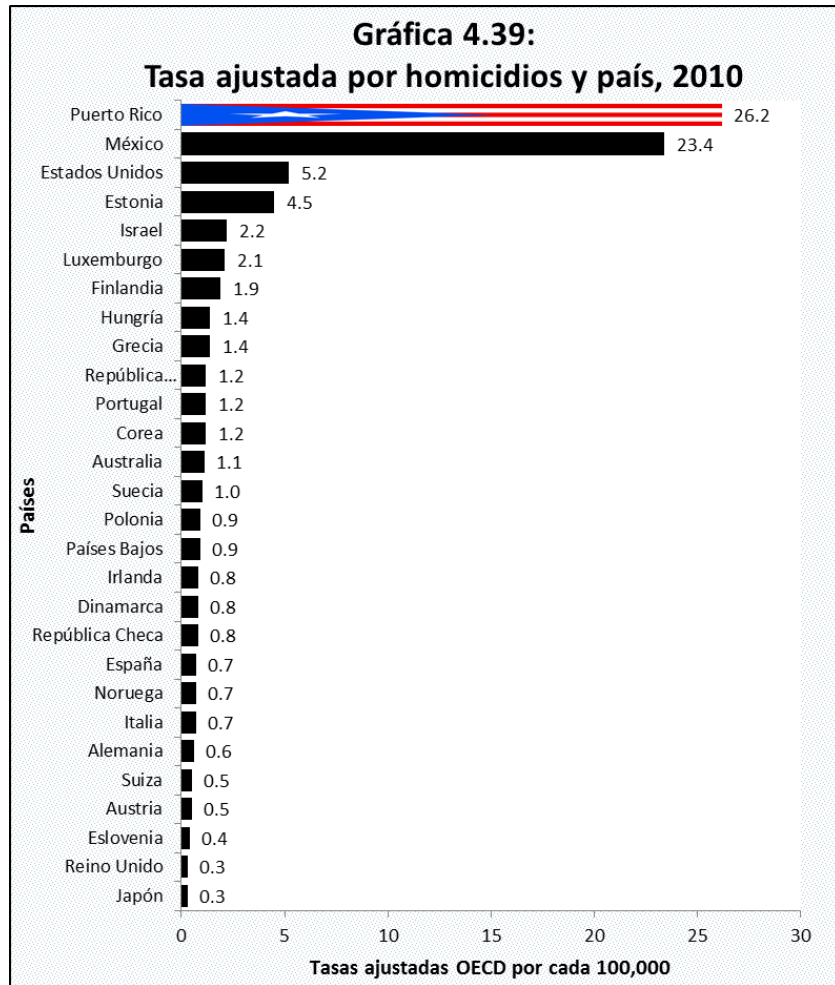
Tabla 4.15: Mortalidad por Homicidio en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	771	792	741	724	821	929	964	1,075	958	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	709	732	699	671	764	873	905	994	875	Man
Mujer	62	60	42	53	57	56	59	81	83	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	4	6	6	4	2	6	3	7	6	Under 5 years
5-9 años	0	1	1	0	2	1	1	1	1	5-9 years
10-14 años	7	4	2	4	3	7	6	6	4	10-14 years
15-19 años	96	75	69	81	88	98	89	108	107	15-19 years
20-24 años	217	205	201	169	188	214	255	229	224	20-24 years
25-29 años	157	171	183	159	191	206	216	247	178	25-29 years
30-34 años	109	109	85	102	114	153	152	173	167	30-34 years
35-39 años	67	69	65	68	77	87	84	101	87	35-39 years
40-44 años	42	42	35	41	50	49	50	61	54	40-44 years
45-49 años	22	33	29	21	27	34	27	50	40	45-49 years
50-54 años	21	17	17	25	20	23	21	27	27	50-54 years
55-59 años	7	13	8	17	16	14	23	23	22	55-59 years
60-64 años	6	16	11	10	11	8	11	15	12	60-64 years
65-69 años	5	9	7	5	10	7	8	11	13	65-69 years
70-74 años	4	9	9	4	4	6	8	7	7	70-74 years
75-79 años	4	4	3	5	2	6	5	2	5	75-79 years
80-84 años	2	5	1	0	4	2	2	1	2	80-84 years
85 años o más	1	0	2	3	4	6	0	4	2	85 years and over
No esp.	0	4	7	6	8	2	3	2	0	Not specified

^aDatos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

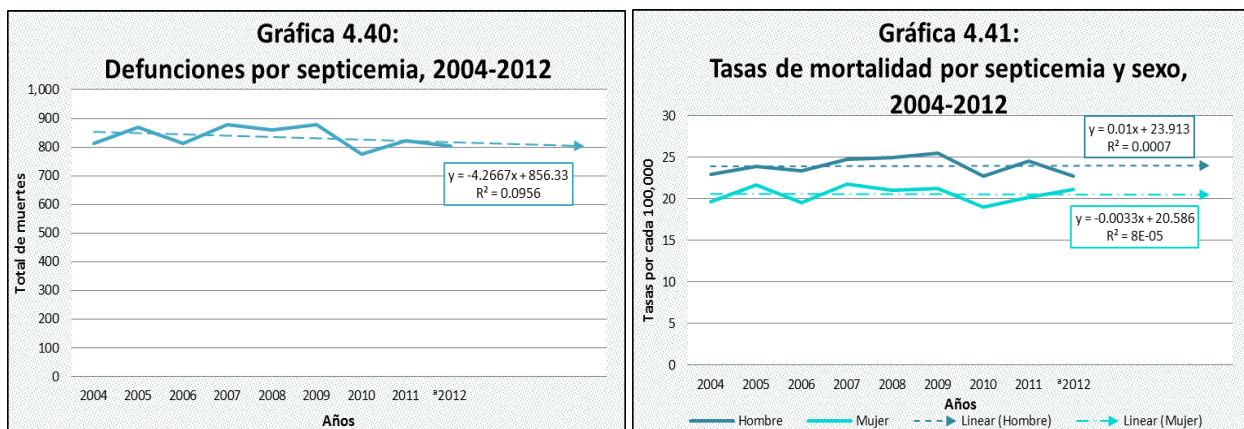
La gráfica 4.39 presenta la tasa ajustada OECD de homicidios para el año 2010. En relación a los países considerados, Puerto Rico ocupó la primera posición, con una tasa ajustada por la población de la OECD aproximada de 26 homicidios por cada 100,000 habitantes. En esta misma comparación, México ocupó la segunda posición, con una tasa ajustada alrededor de 23 homicidios por cada 100,000 habitantes y la última posición la ocupó Japón y Reino Unido con una tasa ajustada para cada país de 0.3 homicidios por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Septicemia

La gráfica 4.40 muestra que entre el año 2004 al 2012, el total de muertes por septicemia se mantuvo prácticamente estable. En el año 2004 hubo un total de 813 muertes por septicemia y en el año 2012 el total de muertes por esta causa fue de 803. El cambio porcentual del 2004 al 2012 consistió en una disminución de 1.2 por ciento. En la gráfica 4.41 sobre las tasas de mortalidad por septicemia y sexo de los años 2004 al 2012, se observa que a través de los años la tasa de septicemia se mantuvo constante tanto para los hombres como para las mujeres. Por otro lado, también se observa que para cada año considerado, la tasa de muertes en los hombres fue mayor en comparación con la tasa de las mujeres. En el año 2012 por cada 100,000 hombres alrededor de 23 murieron por septicemia, y por cada 100,000 mujeres, aproximadamente, 21 murieron por esta misma causa.

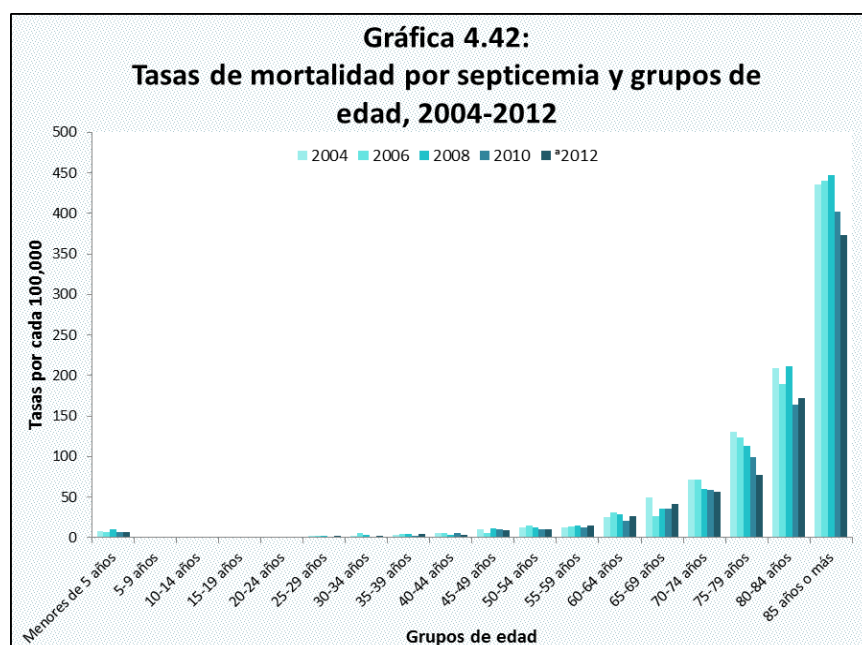


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

En general desde el año 2004 al 2012, excluyendo los menores de 5 años, las tasas de mortalidad de septicemia por grupos de edad aumentaron a medida que aumentaba la edad. (Ver gráfica 4.42) Entre el año 2004 y 2012, las tasas disminuyeron en cada grupo de edad igual

o mayor al grupo de 65 a 69 años. La tasa por grupos de edad que presenta la disminución más pronunciada fue en el grupo de edad de 85 años o más. Para este grupo de edad, la tasa del año 2004 fue, aproximadamente, 436 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más, y para el 2012 la tasa fue de un valor aproximado a 373 muertes por cada 100,000 habitantes del mismo grupo de edad.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.16: Mortalidad por Septicemia en Puerto Rico, 2004-2012

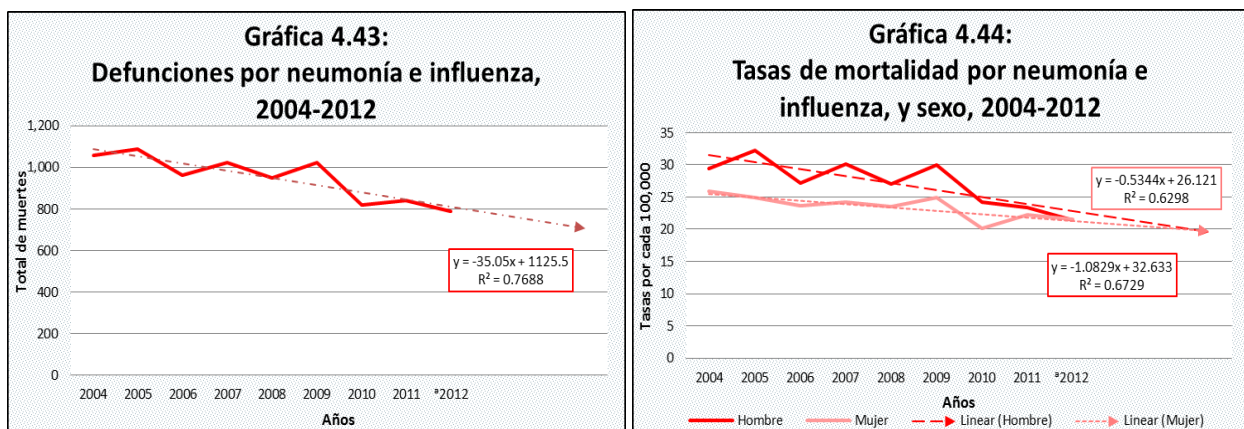
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	813	870	813	878	861	879	775	823	803	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	422	439	427	450	450	458	406	435	399	Man
Mujer	391	431	386	428	411	413	369	388	404	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	20	27	18	17	25	15	15	18	13	Under 5 years
5-9 años	2	2	0	2	0	0	3	1	2	5-9 years
10-14 años	2	2	1	6	0	1	0	2	1	10-14 years
15-19 años	1	3	3	1	3	2	0	1	1	15-19 years
20-24 años	2	3	1	3	3	3	3	2	3	20-24 years
25-29 años	5	7	6	5	4	4	1	4	5	25-29 years
30-34 años	4	8	14	2	9	4	1	5	5	30-34 years
35-39 años	7	10	10	5	12	12	6	10	9	35-39 years
40-44 años	15	11	13	16	8	11	13	7	9	40-44 years
45-49 años	24	18	15	22	27	18	26	21	23	45-49 years
50-54 años	28	26	33	22	30	36	24	31	24	50-54 years
55-59 años	28	34	30	30	34	40	29	41	33	55-59 years
60-64 años	46	46	60	57	59	55	44	55	55	60-64 years
65-69 años	75	70	41	72	59	74	63	73	79	65-69 years
70-74 años	83	101	89	88	79	88	80	72	81	70-74 years
75-79 años	117	94	114	117	108	116	101	106	83	75-79 years
80-84 años	128	134	121	130	139	125	111	121	123	80-84 years
85 años o más	225	273	242	282	262	275	255	253	254	85 years and over
No esp.	1	1	2	1	0	0	0	0	0	Not specified

^aDatos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, SJ, Puerto Rico

Muertes por Neumonía e Influenza

Según la gráfica 4.43, del año 2004 al 2012 el total de muertes por neumonía e influenza disminuyó. En el año 2004 el total de muertes fue de 1,058 y en el año 2012 fue de 788. Esta disminución corresponde a una diferencia de 270 muertes por esta causa. El cambio porcentual de estos años consistió en una disminución de 25.5 por ciento. Las tasas de mortalidad por neumonía e influenza y sexo de los años 2004 al 2012, indican una disminución de muertes para ambos sexos respecto a su población (Ver gráfica 4.44). Desde el año 2004 al 2011, la tasa de muertes en los hombres fue mayor en comparación con la tasa de las mujeres. Sin embargo, en año 2012 la tasa de mortalidad en las mujeres fue levemente mayor en relación a los hombres. En el año 2012, por cada 100,000 hombres 21.4 murieron por neumonía e influenza, y por cada 100,000 mujeres 21.6 murieron por dicha enfermedad.

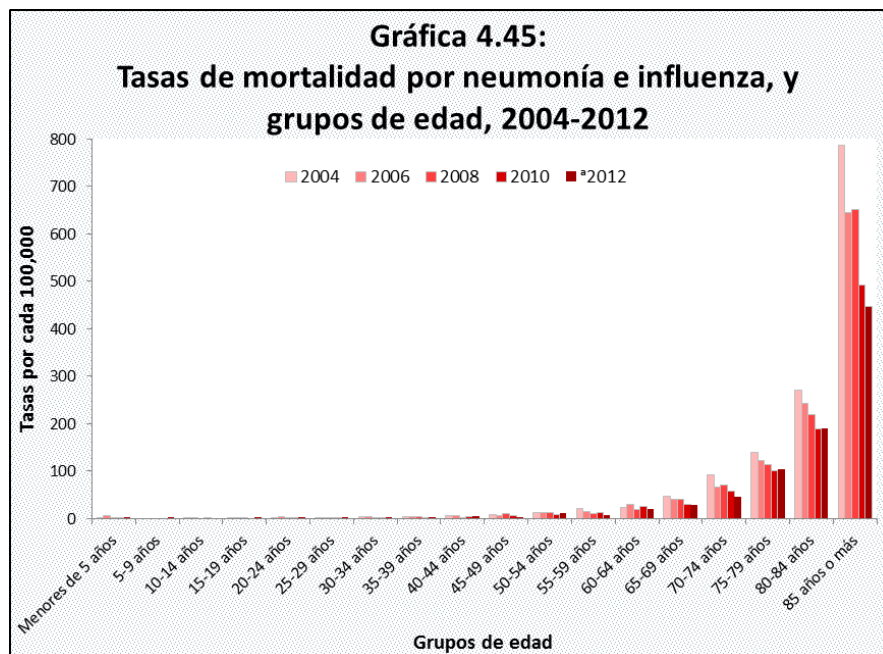


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Las tasas de mortalidad para neumonía e influenza por grupo de edad aumentaron a medida que aumentaba la edad para el periodo 2004-2012 (Ver gráfica 4.45). En el mencionado periodo, las tasas disminuyeron para la vasta mayoría de todos los grupos de edad,

exceptuando los grupos de 5 a 9 años y 20 a 24 años. La tasa por grupos de edad que presenta la disminución más pronunciada fue en el grupo de edad de 85 años o más. La tasa del año 2004 correspondiente a este grupo de edad fue alrededor de 787 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más. Mientras, para año 2012 la tasa fue, aproximadamente, 448 muertes por cada 100,000 habitantes de dicho grupo de edad.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.17: Mortalidad por Neumonía e Influenza en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	1,058	1,087	963	1,023	949	1,022	821	841	788	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	542	592	495	546	488	538	431	413	376	Man
Mujer	516	495	468	477	461	484	390	428	412	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	5	9	13	5	5	6	3	4	3	Under 5 years
5-9 años	0	2	0	1	0	4	0	1	2	5-9 years
10-14 años	1	0	1	2	0	7	1	1	0	10-14 years
15-19 años	1	2	3	3	2	1	0	1	1	15-19 years
20-24 años	2	7	8	0	3	17	3	4	2	20-24 years
25-29 años	5	7	5	4	6	16	5	4	1	25-29 years
30-34 años	9	10	8	6	6	9	4	6	5	30-34 years
35-39 años	11	9	7	12	11	14	2	6	3	35-39 years
40-44 años	16	12	16	17	3	21	11	8	11	40-44 years
45-49 años	19	17	15	25	23	24	16	18	8	45-49 years
50-54 años	28	27	27	34	29	44	18	23	27	50-54 years
55-59 años	45	49	33	42	24	47	29	19	14	55-59 years
60-64 años	41	51	58	59	41	52	54	53	41	60-64 years
65-69 años	71	66	63	68	67	73	54	61	53	65-69 years
70-74 años	107	84	84	77	93	90	80	73	66	70-74 years
75-79 años	126	127	112	118	108	111	101	90	111	75-79 years
80-84 años	165	184	154	164	144	142	127	129	135	80-84 years
85 años o más	406	421	354	383	381	344	311	337	305	85 years and over
No esp.	0	3	2	3	3	0	2	3	0	Not specified

^aDatos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, SJ, Puerto Rico

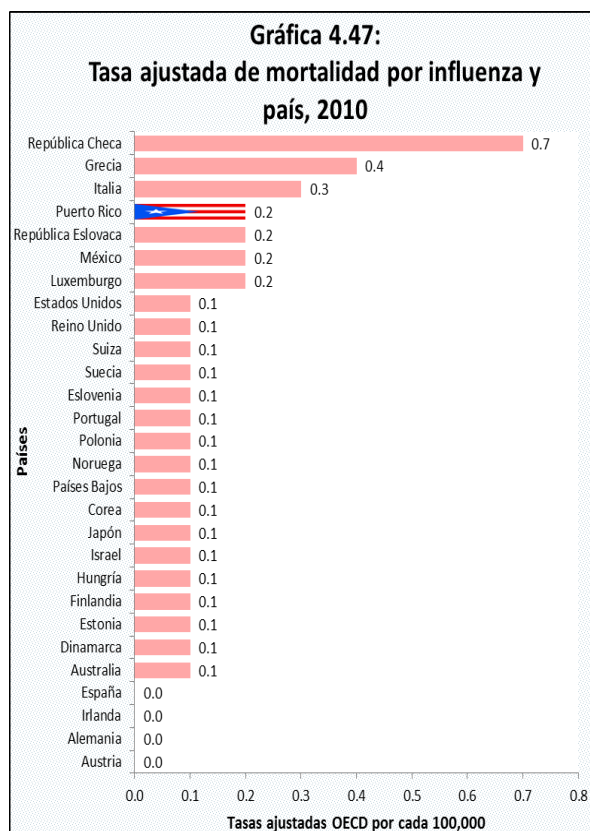
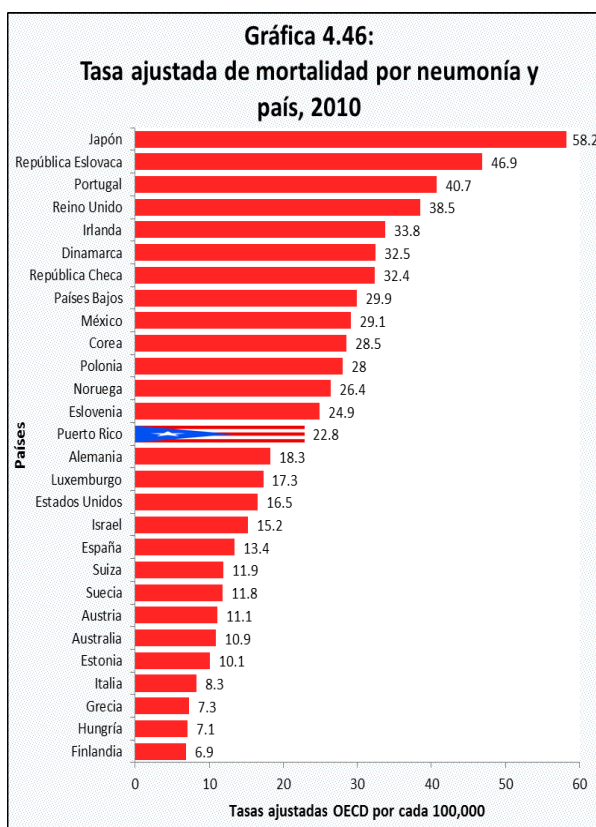
Las siguientes gráficas (4.46 y 4.47) presentan para el año 2010 la tasa ajustada OECD de la mortalidad de neumonía y la mortalidad de influenza para un total de 28 países, incluyendo a Puerto Rico. Se hizo la comparación por separado de la tasas mortalidad de neumonía y la tasas mortalidad de influenza entre los países de la OECD y Puerto Rico, ya que la OECD analiza estas causas de muerte por separado.

Entre los países reportados, para las muertes por neumonía Puerto Rico ocupó la décimo cuarta posición, con una tasa ajustada OECD de alrededor de 23 muertes por neumonía por cada 100,000 habitantes. Entre los países participantes, Japón obtuvo la tasa ajustada más alta de muertes por neumonía, con un valor aproximado de 58 muertes por cada 100,000 habitantes.

La última posición la ocupó Finlandia con una tasa ajustada alrededor de 7 muertes por neumonía por cada 100,000 habitantes.

En relación a las muertes por influenza, entre los países reportados, Puerto Rico al igual que República Eslovaca, México y Luxemburgo ocupó la cuarta posición. La tasa de mortalidad ajustada OECD por influenza para Puerto Rico fue de 0.2 muertes por cada 100,000 habitantes.

Entre los países participantes, República Checa obtuvo la primera posición con una tasa de 0.7 muertes por cada 100,000 habitantes.

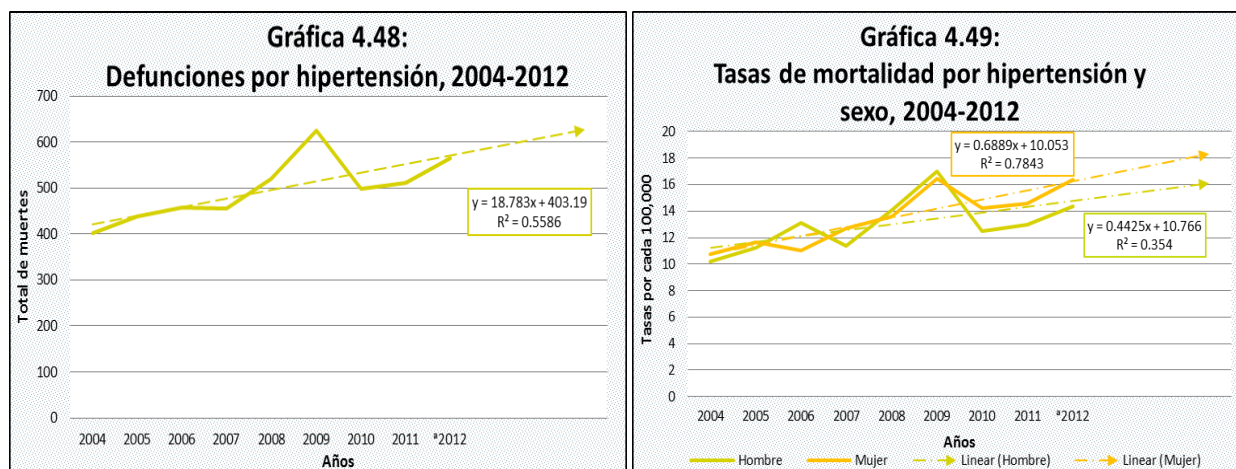


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Muertes por Hipertensión

La gráfica 4.48 presenta un aumento en el total de muertes por hipertensión entre los años 2004 al 2012. En el año 2004 el total de muertes por hipertensión fue de 401, y en el 2012 el total de muertes por esta causa fue de 565. El cambio porcentual de estos años consiste en un aumento de 40.9 por ciento. Las tasas de mortalidad por hipertensión y sexo de los años 2004 al 2012, indican un aumento de muertes para cada sexo respecto a su población. Con excepción de los años 2006, 2008 y 2009, la tasa de muertes en las mujeres fue mayor en comparación con los hombres. A pesar de estas diferencias por sexo, las tasas de los hombres y mujeres han sido similares a través de los años considerados. En el año 2012, por cada 100,000 hombres, aproximadamente, 14 murieron por hipertensión, y por cada 100,000 mujeres alrededor de 16 murieron por esta enfermedad.

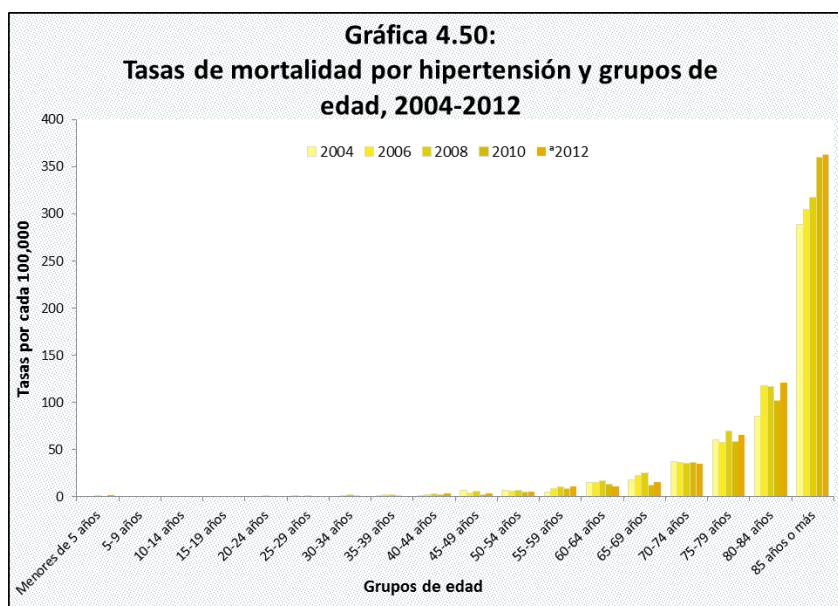


Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Entre los años 2004 al 2012, partiendo del grupo de edad 40 a 44 años, las tasas de mortalidad para hipertensión por grupos de edad aumentaron según aumentaba la edad. Durante el mencionado periodo, las tasas por grupos de edad en su mayoría no reflejaron un patrón claro

de aumento o disminución. La tasa por grupos de edad que presenta la disminución más pronunciada fue en el grupo de edad de 60 a 64 años; la tasa del año 2004 fue, aproximadamente, de 15 muertes por cada 100,000 habitantes de 60 a 64 años, y para el 2012 la tasa fue alrededor de 10 muertes por cada 100,000 habitantes de 60 a 64 años. Por el contrario, la tasa por grupo de edad que tuvo una mayor diferencia de aumento entre los años considerados fue el grupo de edad de 85 años o más. La tasa para el año 2004, fue un valor aproximado de 289 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más, y para el 2012 la tasa fue alrededor de 363 muertes por cada 100,000 habitantes de 85 años o más.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Tabla 4.18: Mortalidad por Hipertensión en Puerto Rico, 2004-2012

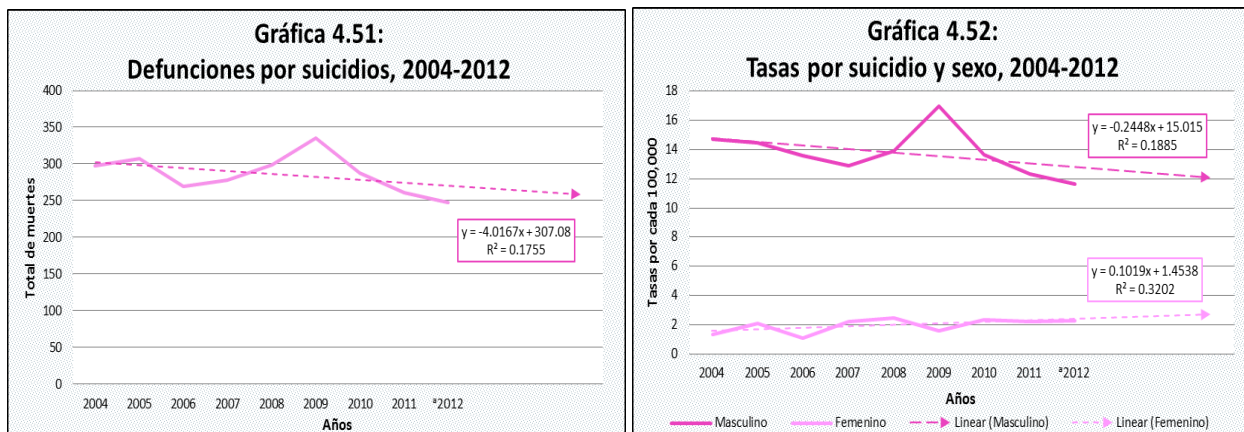
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	401	438	458	456	520	626	499	511	565	All Deaths
Por Sexo										By Gender
Hombre	187	206	239	206	254	305	223	230	252	Man
Mujer	214	232	219	250	266	321	276	281	313	Woman
Por Grupo de Edad										By Age Group
Menores de 5 años	0	1	0	1	1	1	0	2	3	Under 5 years
5-9 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5-9 years
10-14 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10-14 years
15-19 años	0	0	0	1	0	1	0	0	0	15-19 years
20-24 años	0	0	0	1	1	2	0	1	1	20-24 years
25-29 años	2	2	0	1	1	1	0	3	1	25-29 years
30-34 años	0	2	2	3	4	2	1	0	0	30-34 years
35-39 años	1	5	4	3	5	8	1	2	2	35-39 years
40-44 años	1	2	6	3	6	6	5	3	7	40-44 years
45-49 años	16	13	10	5	13	14	5	8	9	45-49 years
50-54 años	16	14	14	16	15	20	12	10	12	50-54 years
55-59 años	11	27	18	20	23	26	19	18	25	55-59 years
60-64 años	27	17	29	21	34	35	28	32	22	60-64 years
65-69 años	27	34	35	30	41	51	22	37	30	65-69 years
70-74 años	43	33	45	42	46	47	50	37	50	70-74 years
75-79 años	54	53	53	64	67	76	59	58	70	75-79 years
80-84 años	52	72	75	81	77	83	69	74	86	80-84 years
85 años o más	149	163	167	163	186	252	228	226	247	85 years and over
No esp.	2	0	0	1	0	1	0	0	0	Not specified

^a Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, SJ, Puerto Rico

Muertes por Suicidio

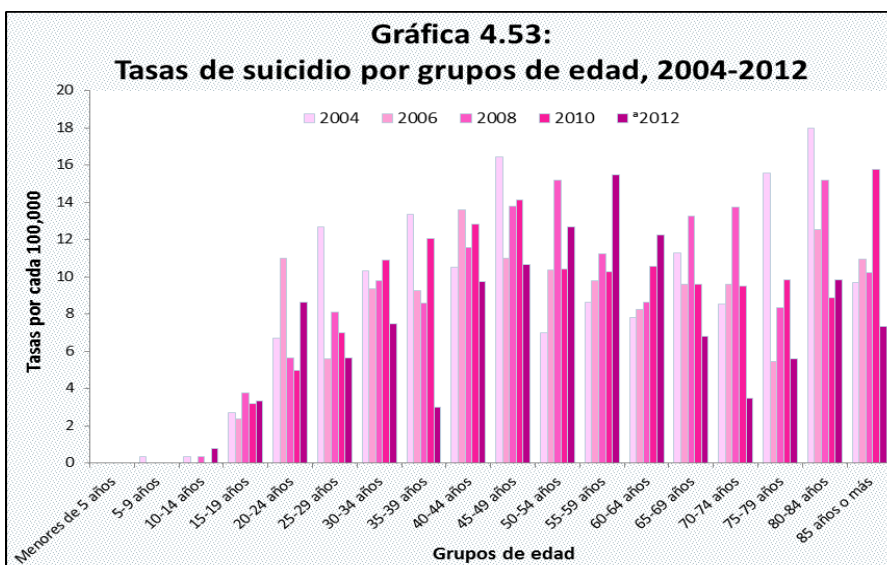
Del año 2004 al 2012, el total de suicidios disminuyó de 297 a 248 respectivamente (Ver tabla 4.17 y gráfica 4.51). El cambio porcentual de estos años consistió en una disminución de 16.5 por ciento. Las tasas de mortalidad por suicidio y sexo del 2004 al 2012, indican una disminución de muertes en los hombres y un aumento en las mujeres. Para el año 2004 la tasa de suicidio para los hombres fue, aproximadamente, 15 suicidios por cada 100,000 hombres, y para el 2012 la tasa fue alrededor de 12 suicidios por cada 100,000 hombres. En relación a las mujeres, las tasas por cada 100,000 mujeres para el año 2004 fue de 1.3, y para el año 2012 fue de 2.3. Como se puede observar en la gráfica 4.52, consistentemente desde el año 2004 al 2012 la tasa de muertes en los hombres ha sido mucho mayor en comparación con la tasa de las mujeres. Correspondientemente, se puede observar que entre el 2004 y el 2012 la diferencia de tasas de suicidio entre los hombres y mujeres se redujo levemente. Para el año 2004 la diferencia entre tasas fue de 13.4 y para el año 2012 fue de 9.3.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Las tasas de suicidio por grupos de edad fueron inconsistentes para los grupos de edad mayor igual a 20 años (Ver gráfica 4.53). Entre los años 2004 y 2012, las tasas por grupos de edad no reflejaron un patrón claro de aumento o disminución. En comparación con el año 2004, los grupos de edad que tuvieron un aumento en el año 2012 fueron los grupos que oscilan entre los 10 a 24 años y los grupos entre los 50 a 64 años. Los demás grupos de edad, que excluye a los grupos menores de 5 años, tuvieron una disminución de tasas para el año 2012. La tasa por grupo de edad que presenta la disminución más pronunciada fue en el grupo de edad de 35 a 39 años. La tasa en el año 2004, para este grupo de edad, fue alrededor de 13 muertes por cada 100,000 habitantes, y para el 2012 la tasa fue, aproximadamente, 3 muertes por cada 100,000 habitantes. Por el contrario, la tasa por grupos de edad que tiene una mayor diferencia de aumento entre estos años, fue el grupo de edad de 55 a 59 años. La tasa para el año 2004 fue un valor aproximado de 9 muertes por cada 100,000 habitantes de 55 a 59 años, y para el 2012 fue alrededor de 16 muertes por cada 100,000 habitantes del mismo grupo de edad.



Nota: Datos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

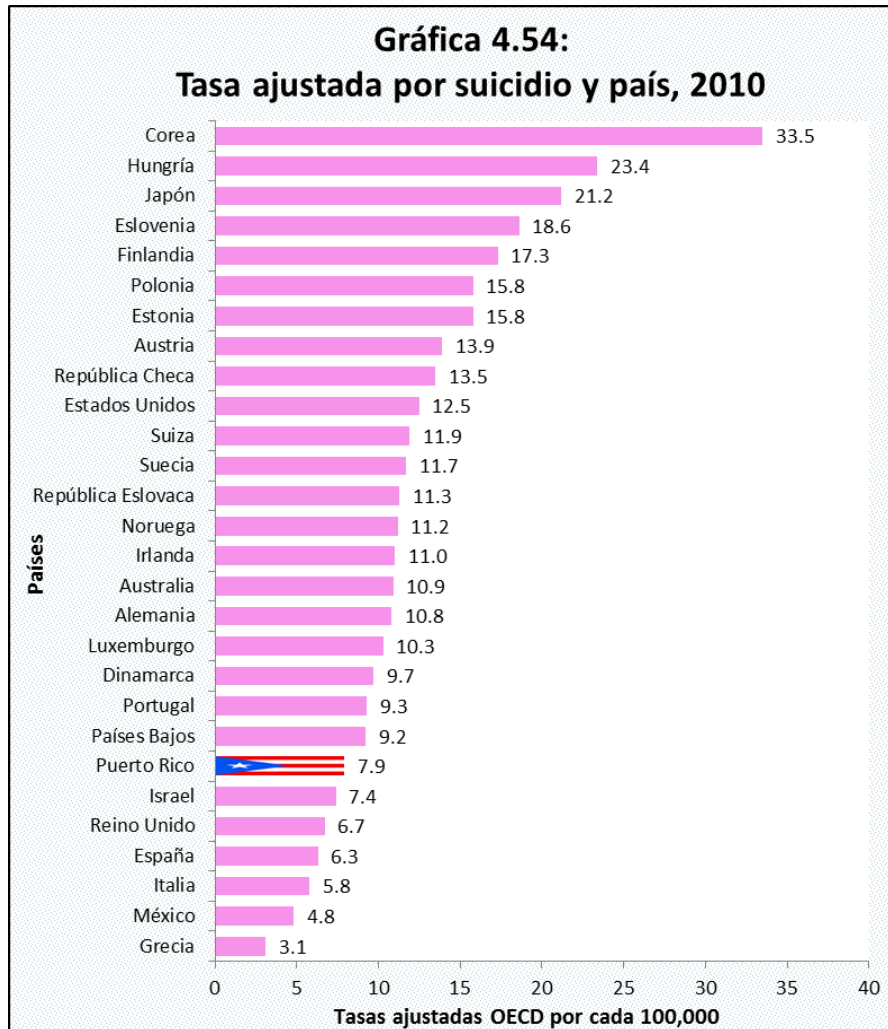
Tabla 4.19: Mortalidad por Suicidios en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Total de Muertes	297	307	270	278	299	335	288	261	248	All Deaths
Por Sexo										By Sex
Hombre	271	265	248	234	251	304	243	218	204	Man
Mujer	26	42	22	44	48	31	45	43	44	Woman
Por grupo de edad										By Age Group
Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Under 5 years
5-9 años	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5-9 years
10-14 años	1	3	0	3	1	1	0	3	2	10-14 years
15-19 años	8	6	7	7	11	10	9	5	9	15-19 years
20-24 años	20	28	31	15	15	19	13	14	23	20-24 years
25-29 años	34	18	15	32	21	29	17	23	13	25-29 years
30-34 años	26	30	23	27	24	31	27	26	18	30-34 years
35-39 años	34	24	23	15	21	22	29	25	7	35-39 years
40-44 años	27	25	35	37	29	36	31	21	23	40-44 years
45-49 años	40	33	27	23	34	29	35	25	26	45-49 years
50-54 años	16	35	24	40	36	37	25	31	30	50-54 years
55-59 años	19	27	22	18	25	29	23	25	35	55-59 years
60-64 años	14	16	16	21	18	20	23	21	26	60-64 years
65-69 años	17	14	15	15	22	18	17	13	13	65-69 years
70-74 años	10	23	12	8	18	22	13	10	5	70-74 years
75-79 años	14	11	5	10	8	16	10	8	6	75-79 years
80-84 años	11	4	8	5	10	9	6	3	7	80-84 years
85 años o más	5	9	6	2	6	6	10	8	5	85 years and over
No esp.	0	1	1	0	0	1	0	0	0	Not specified

^aDatos de 2010 al 2012 son preliminares

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, SJ, Puerto Rico

Para el año 2010, se obtuvo la tasa ajustada OECD de suicidios para un total de 28 países, esto incluye los 27 países reportados por la OECD y Puerto Rico (Ver gráfica 4.54). En relación a los países reportados, Puerto Rico ocupó la vigésimo segunda posición, con una tasa ajustada OECD alrededor de 8 suicidios por cada 100,000 habitantes. Por su parte, entre los países incluidos, Corea ocupó la primera posición, con una tasa ajustada aproximada de 34 suicidios por cada 100,000 habitantes. La última posición la ocupó Grecia con una tasa ajustada alrededor de 3 suicidios por cada 100,000 habitantes.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan,
Puerto Rico

Referencias:

OECD (2014), "OECD Health Data: Health status", *OECD Health Statistics* (database). doi: [10.1787/data-00540-en](https://doi.org/10.1787/data-00540-en)
(Accessed on 26 de Marzo de 2014)

Capítulo 5: Morbilidad y Factores de Riesgo

A continuación se presentarán datos estadísticos para Puerto Rico sobre diferentes factores de riesgo para condiciones de salud y la incidencia y/o prevalencia. Los datos presentados en este capítulo se obtuvieron a través del Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System, el Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, y los Sistemas de Vigilancia de VIH/SIDA y ETS del Departamento de Salud de Puerto Rico. Agradecemos la ayuda brindada por el personal de cada uno de los programas en el desarrollo de este informe.

Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS)

El *Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System* (PR-BRFSS) es un sistema continuo de vigilancia epidemiológica mediante encuesta telefónica que se realiza en colaboración con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Este sistema utiliza un cuestionario estandarizado para determinar la distribución de las conductas de riesgo y prácticas de salud entre adultos mayores de 18 años en Puerto Rico (Perdomo, R., García, E., & Serrano, R., 2006). Recoge información sobre diabetes, asma, enfermedades del corazón, infarto al miocardio, colesterol; estadísticas de factores de riesgo del comportamiento, tales como el consumo de frutas, la actividad física, el uso de tabaco, peso, acceso a servicios de salud y a planes médicos; y otras variables demográficas, tales como edad, género, educación y raza. Los datos generados por PR-BRFSS son utilizados por diversos Programas del Departamento de Salud para crear programas para la población puertorriqueña, mantener propuestas federales (ASMA, Ácido Fólico, Diabetes, Tabaquismo), preparar propuestas de fondos federales, entre otros usos. Además, los datos recopilados han permitido el desarrollo de política pública en salud.

Los datos estadísticos y porcentajes incluidos en este capítulo relacionados a enfermedades crónicas tanto para Puerto Rico y Estados Unidos fueron obtenidos accediendo la página del CDC-BRFSS. Esta página nos permite entrar a la herramienta de Prevalencia y Tendencia de datos (Prevalence and Trends Data), para así interactuar con información estadística de distintas variables y realizar comparaciones entre estados y territorios por los distintos tópicos en salud para los años 1995 al 2012 con respecto a la prevalencia de algunos comportamientos de riesgos en salud. Los datos por años varían, ya que la encuesta de algunos tópicos puede ser realizada cada dos años. A partir del 2011, el CDC utilizó una nueva metodología y pesaje con respecto a los datos obtenidos del BRFSS. Este cambio en metodología y pesaje se realizó para incluir los teléfonos celulares dentro de la forma de recopilar los datos. Por lo que, la prevalencia de los datos de morbilidad de enfermedades crónicas que recoge Puerto Rico-BRFSS de años anteriores (2004-2010) no es comparable con la prevalencia para las mismas causas de morbilidad del año 2011 en adelante.

Registro Central de Cáncer de Puerto Rico

El Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (RCCPR) es un programa establecido por el Departamento de Salud en virtud de la Ley Núm. 28 del 20 de marzo de 1951. En la actualidad el RCCPR se encuentra adscrito al Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico.

El RCCPR es un registro poblacional que recoge información sobre los casos de cáncer diagnosticados entre los residentes de Puerto Rico. Los datos que recopila el RCCPR incluyen: información demográfica, clínica y de seguimiento de todos los casos de cáncer diagnosticados y tratados en Puerto Rico y de todos los residentes de Puerto Rico diagnosticados o tratados en

los Estados Unidos. En fin, este registro es responsable de recopilar, analizar y reportar sobre la incidencia, tratamientos y mortalidad de cáncer con el propósito de establecer prioridades en el control y prevención integral del cáncer en Puerto Rico.

Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA

El SIDA se convirtió en una enfermedad reportable en Puerto Rico en el año 1983. Como resultado de esta acción se creó en 1987 el Sistema de Vigilancia de SIDA. Este sistema de vigilancia tiene a su cargo la identificación, cuantificación y documentación de los casos de SIDA, conforme la definición de caso establecida por el CDC. La información analizada será utilizada para implementar programas de prevención, planificar tratamiento, solicitar fondos y crear política pública para esta población.

Sistema de Vigilancia de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

La Oficina de Vigilancia de ETS establece la vigilancia continua y sistemática de la ocurrencia y distribución de las ETS, y del servicio de Orientación, Pruebas y Referido de VIH (OTR), así como los eventos o condiciones que aumentan el riesgo de transmisión de las mismas. Esta vigilancia se realiza mediante la recopilación de datos, generando información estadística de las ETS y servicios de OTR, análisis epidemiológico de las frecuencias de las ETS para proveer a la División de Prevención de ETS/VIH la información epidemiológica necesaria para la planificación de sus servicios. Es la oficina designada por el Departamento de Salud para recibir los reportes de casos de ETS o ITS de médicos y laboratorios públicos y privados que por la Ley 81 son requeridos. También, provee estadísticas de estas enfermedades a los medios de información y público en general que lo solicite.

Sistema de Vigilancia de Tuberculosis

En Puerto Rico la Orden Administrativa Núm. 302 establece el reporte obligatorio de todos los casos sospechosos y confirmados de TB al Programa para el Control de la Tuberculosis (PCTB).

El reporte de esta enfermedad debe ser en un periodo no más tarde de 24 horas. El PCTB tiene la responsabilidad de trabajar con los profesionales de salud y las distintas instituciones que prestan servicios para asegurar el control y eliminación de casos positivos.

Prevalencia de Sobrepeso u Obesidad

Estudios señalan (NIH, 1998) que a medida que aumenta el peso (a niveles de sobrepeso y obesidad), aumentan el riesgo de desarrollo de algunas condiciones de salud, entre estas:

- Enfermedades coronarias
- Diabetes tipo 2
- Cáncer (de endometrio, de mama y de colon)
- Hipertensión
- Niveles altos de colesterol total y de triglicéridos
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad del hígado y de la vesícula
- Apnea del sueño y problemas respiratorios
- Artrosis (la degeneración del cartílago y el hueso subyacente de una articulación)
- Problemas ginecológicos (menstruación anómala, infertilidad)

La OMS (2014) coloca el sobrepeso y la obesidad como el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Señala que alrededor 3.4 millones de adultos fallecen cada año como consecuencia de los mismos. Además, indica que “el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad”. Se atribuyen como causantes los cambios en los hábitos alimentarios y la falta de actividad física. En Puerto Rico la prevalencia observada para sobrepeso y obesidad representan un gran problema o reto para la prevención de enfermedades crónicas y para el desarrollo de políticas.

Entre el periodo 2004 y 2010, la prevalencia observada de obesidad y sobrepeso en la población puertorriqueña ha ido en aumento. La prevalencia de sobrepeso u obesidad fluctuó entre 62.7 y 65.6 por ciento para los años mencionados. Sin embargo, para los años 2005 y 2008 se muestra una leve disminución. Al observar la prevalencia por género durante el mismo periodo, se encontró que los varones presentan un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad que las féminas. Los grupos de edad entre los 45 a 54 años y 55 a 64 años presentan la prevalencia más alta.

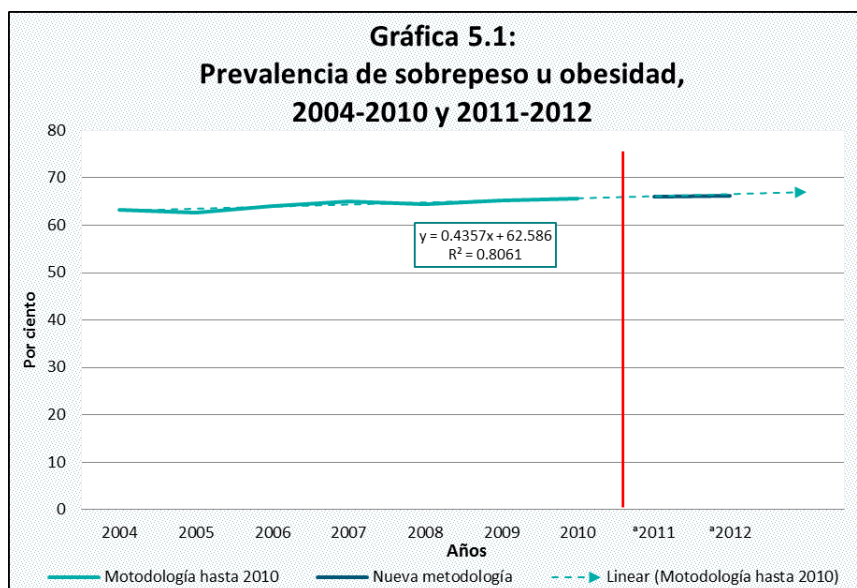
Para los años 2011 y 2012 se observó un leve aumento en la prevalencia de los puertorriqueños entrevistados, de 66.1 por ciento y 66.2 por ciento, respectivamente. Los datos analizados presentan un aumento en la prevalencia de la población a riesgo de contraer enfermedades por estar sobrepeso u obesos, y esta tendencia de estar obesos o en sobrepeso aplica a ambos géneros. Al comparar Puerto Rico con los Estados de Estados Unidos, en la prevalencia de sobrepeso u obesidad para el año 2011, se observa que Puerto Rico se encuentra en la ubicación número ocho con un 66.1 por ciento (Ver gráfica 5.4). Para el año 2012 se observa Puerto Rico en la posición número diez con 66.2%, comparado con todos los estados y territorios de Estados Unidos de Norteamérica (Ver gráfica 5.5).

Tabla 5.1: Prevalencia de sobrepeso u obesidad en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	^a 2011	^a 2012	
Por Ciento	63.3	62.7	64.1	65.0	64.4	65.2	65.6	66.1	66.2	Percentage
Por Género									By Gender	
Masculino	69.0	68.9	70.1	70.3	70.2	70.7	70.7	71.1	69.9	Male
Femenino	58.1	56.9	58.6	60.0	59.2	60.3	60.9	61.7	62.7	Female
Por Grupo de Edad									By Age Group	
18-24 años	38.5	35.5	44	37.6	40	39.5	45.9	40.5	39	18-24 years
25-34 años	58.8	57.5	54.5	58.1	60.2	60.2	58.1	61.7	59.5	25-34 years
35-44 años	66.6	71.1	70.3	70.8	70.9	73.7	72.3	72.1	72.6	35-44 years
45-54 años	75.8	72.1	76.8	78.3	76.5	75	76.5	77.5	76.5	45-54 years
55-64 años	74.6	75.5	74.6	78.2	74.1	74.7	77.4	76.6	78.4	55-64 years
65 años o más	65.1	63.4	64.5	66.1	62.8	66.2	63.5	66.3	66.1	65 years and over

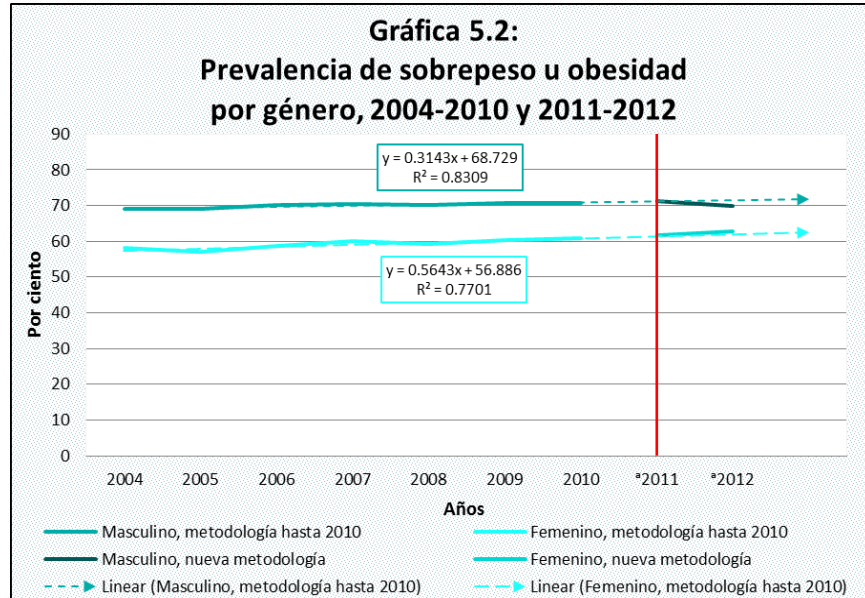
^a Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS), Departamento de Salud.



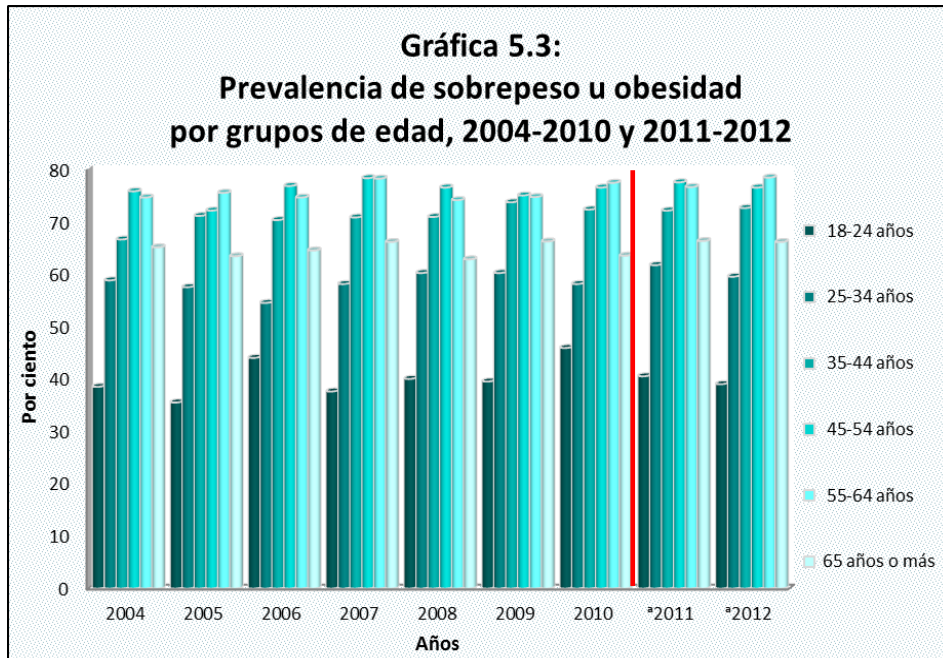
^a Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no se incluyeron en la regresión lineal.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS).
Departamento de Salud.



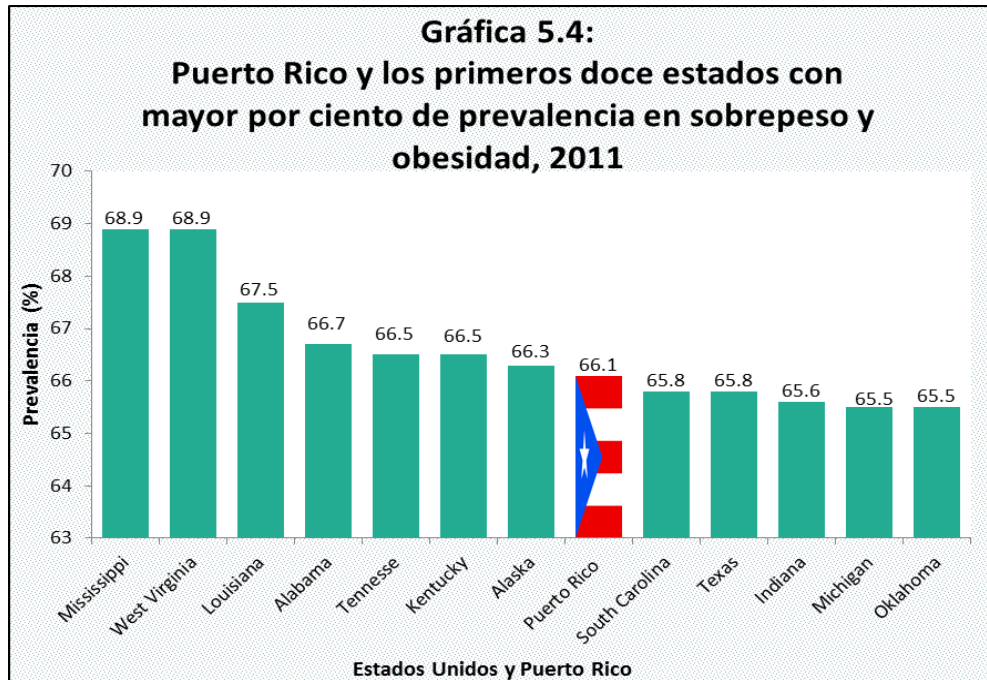
^a Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no se incluyeron en la regresión lineal.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS).
Departamento de Salud.

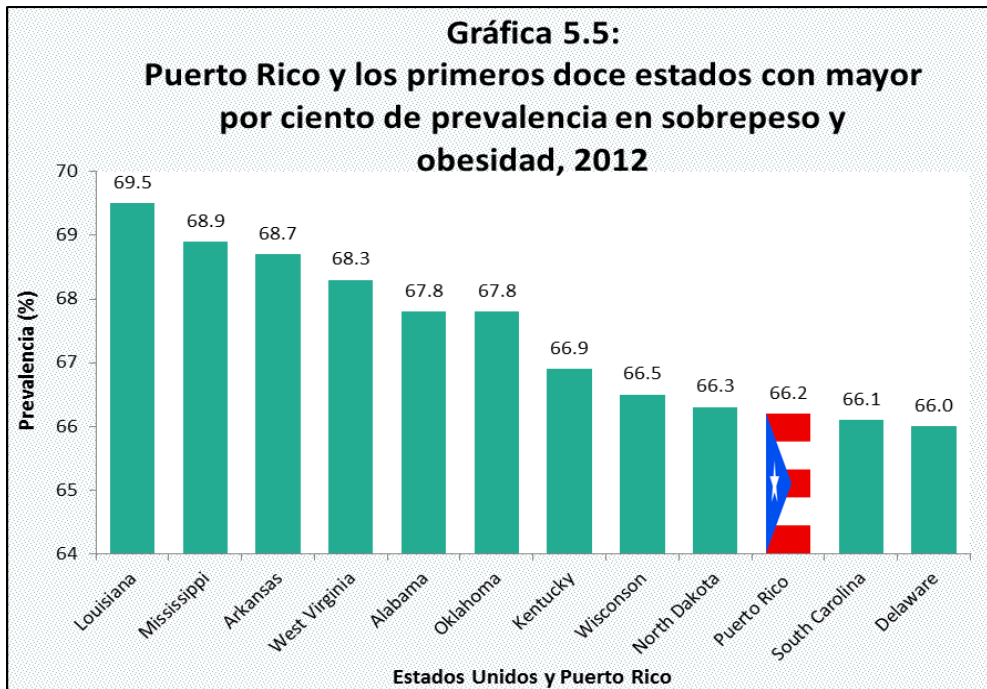


^a Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.

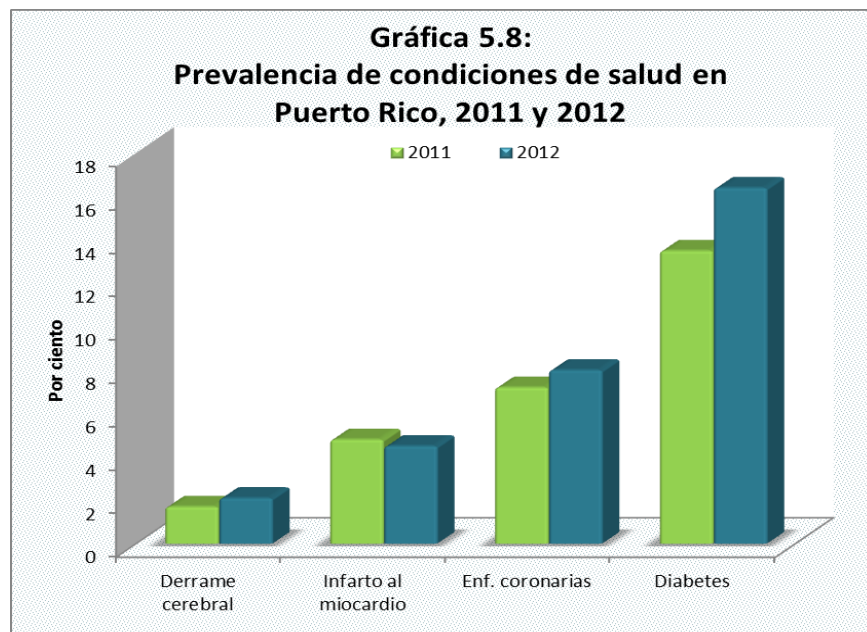


Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.

Prevalencia de Condiciones de Salud en Puerto Rico

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (OMS, 2013). Estas enfermedades cuentan con factores de riesgos modificables (aquellos que se pueden prevenir) y no modificables (aquellos que no se pueden prevenir). Entre los modificables se encuentran la hipertensión, la hipercolesterolemia o nivel de colesterol alto, consumo de alcohol, tabaco y drogas, inactividad física, consumo insuficiente o no consumo de frutas y vegetales, entre otras. Como parte de los factores de riesgo no modificables se encuentran la edad, sexo, raza y elementos genéticos.

La gráfica 5.8 muestra las prevalencias observadas para derrame cerebral, infarto al miocardio, enfermedades coronarias y diabetes. Al analizar los datos, en Puerto Rico para los años 2011 y 2012 (Gráfica 5.8), se observa un leve aumento en la prevalencia de derrames cerebrales (de 1.7% a 2.1%) al igual que para enfermedades coronarias (de 7.2% a 8.0 %). Además, se observa un aumento en la prevalencia de diabetes para los mencionados años, de 13.5 a 16.4.



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PRBRFSS). Departamento de Salud.

Prevalencia de Enfermedades Coronarias

La prevalencia reportada de enfermedades coronarias en Puerto Rico durante el periodo 2005-2010, fluctuó entre 6.7 por ciento (valor más bajo en el año 2007) y 8.5 por ciento (año 2005). De las estadísticas provistas basadas en la pregunta: *¿Alguna vez le dijeron que tenía angina o enfermedad cardíaca coronaria?*, en el grupo de edad de 35-44 años se observó un aumento en las personas que presentan esta condición (Tabla 5.5). No es más cierto, que aunque la tendencia en la prevalencia es creciente, el grupo de edad de mayores de 65 años presentó los por cientos de prevalencia más altas para todos los años. Esta población se presenta como de interés por las secuelas y los costos médicos asociados a las enfermedades coronarias. La prevalencia de esta condición era aproximadamente siete veces mayor que en los adultos de 18 a 24 años de edad. Aunque en la mayoría de los años (2005, 2006, 2008, 2009 y 2011) se observa una mayor prevalencia de esta condición en mujeres, los hombres presentaron la prevalencia más alta en el año más reciente.

Para los años 2011 y 2012, la prevalencia reportada para enfermedades coronarias fue de 7.2 para el 2011 y un 8.0 por ciento para el 2012 para ambos géneros. Con relación a las prevalencias calculadas por grupos de edad, el grupo de mayores de 65 años presentó las prevalencias más altas para los años mencionados de 15.1% y 15.6%, respectivamente.

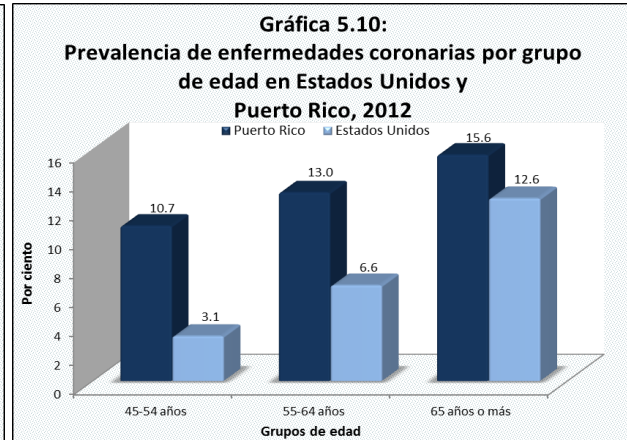
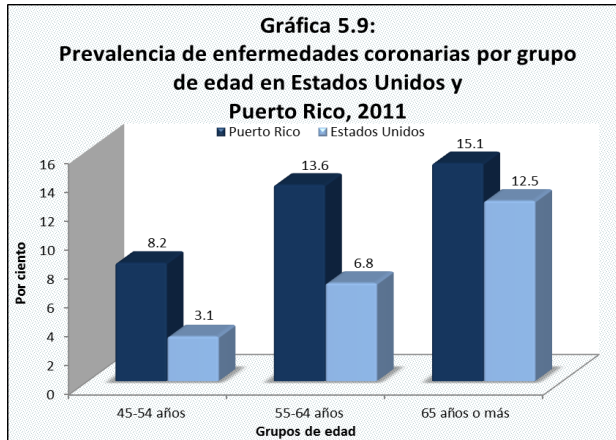
Al observar la mediana de la prevalencia con respecto a enfermedades coronarias para los años 2011 y 2012 en Estados Unidos (Gráficas 5.9 y 5.10), se observa que la prevalencia de Puerto Rico es mayor en los grupos de edad presentados. Además se observa que para ambos países la prevalencia aumentó con los grupos de edad. En el año 2012 la prevalencia reportada en Puerto Rico para los grupos de edad 45-54 años, 55-64 años y 65 años o más fue de 10.7%, 13.0% y 15.6%, respectivamente. En cambio, para Estados Unidos, la prevalencia en el grupo 45-54 años, 55-64 años y 65 años o más fue de 3.1%, 6.6% y 12.6%, respectivamente.

Tabla 5.5: Prevalencia de enfermedades coronarias por género y grupo de edad en Puerto Rico, 2005-2012

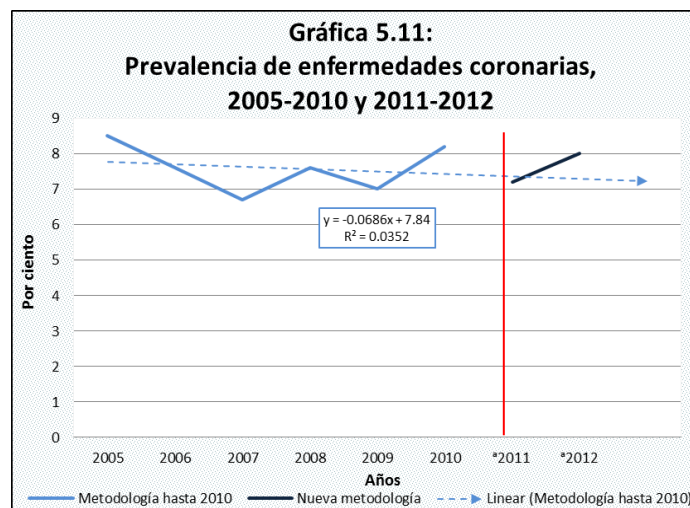
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	^a 2011	^a 2012	
Por Ciento	-	8.5	7.6	6.7	7.6	7.0	8.2	7.2	8.0	Percentage
Por Género										By Gender
Masculino	-	8.4	6.9	6.9	7.3	6.2	8.4	6.7	8.2	Male
Femenino	-	8.6	8.2	6.5	7.9	7.7	7.9	7.6	7.9	Female
Por Grupo de Edad										By Age Group
18-24 años	-	2.0	0.3	1.7	1.3	1.9	0.9	-	-	18-24 years
25-34 años	-	2.9	2.1	2.5	2.8	2.8	4.3	2.3	2.9	25-34 years
35-44 años	-	7.5	6.0	4.5	5.0	4.9	5.3	4.2	3.5	35-44 years
45-54 años	-	10.2	7.0	6.5	8.8	8.7	10.2	8.2	10.7	45-54 years
55-64 años	-	11.4	14.4	9.7	11.4	10.2	11.6	13.6	13.0	55-64 years
65 años o más	-	17.8	17.0	15.9	17.4	14.2	17.3	15.1	15.6	65 years and over

^a Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PRBRFSS). Departamento de Salud.



^a Los datos a partir del 2011, sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PRBRFSS)

Prevalencia de Infarto al Miocardio

En cuanto a las tendencias de infarto al miocardio, la prevalencia de dicha condición en Puerto Rico se mantiene estable. La pregunta realizada para el análisis de esta condición de salud es *¿Alguna vez le dijeron si tuvo un ataque al corazón?* La prevalencia reportada para los años 2004 al 2010 fluctuó entre 4.0 (año 2005) y 4.7 (año 2006) por ciento. De acuerdo a los datos, la condición tiende a ser más prevalente entre los hombres que en las mujeres. La prevalencia de

esta condición aumenta a medida que aumenta la edad y resulta mayor entre las personas igual o mayores a 65 años. Una posible explicación podría ser que existen factores de riesgo como el tabaquismo y la diabetes mellitus, que contribuyen al desarrollo de esta condición. Por último, cuando se observan los datos de los años 2005 al 2010, el grupo de edad de 55-64 años muestra un incremento en la prevalencia de esta condición.

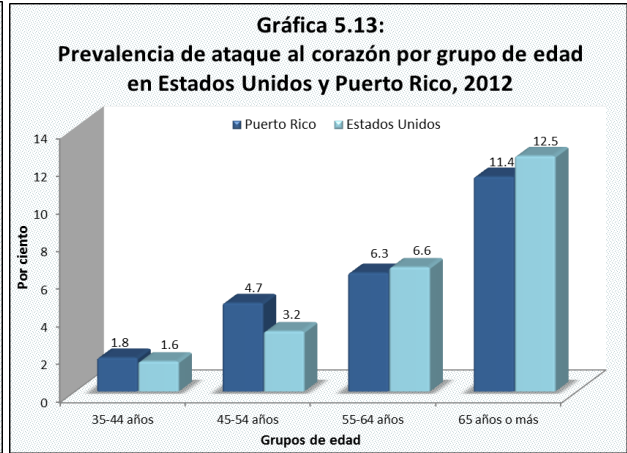
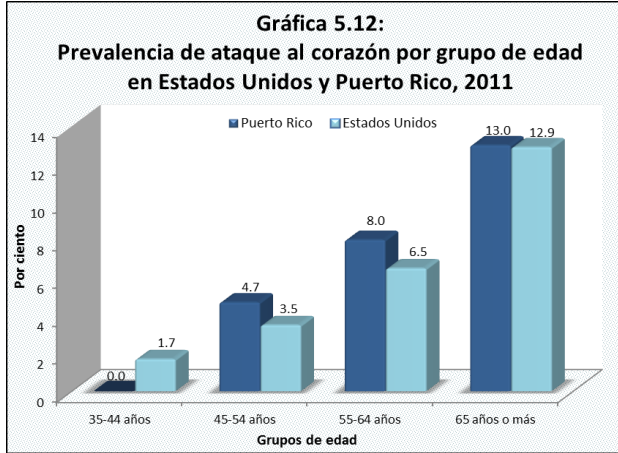
Para los años 2011 y 2012, la prevalencia reportada para infarto del miocardio fue de 4.8% y 4.5% respectivamente. Al observar los por cientos de la prevalencia de infarto al miocardio por grupos de edad para dichos años (Gráficas 5.12 y 5.13), la prevalencia de esta condición aumentó a medida que aumentaba la edad. Para el año 2012, la prevalencia reportada en Puerto Rico para los grupos de edad 35-44 años, 45-54 años 1.8% y 4.7% respectivamente fue mayor en comparación con la prevalencia de Estados Unidos 1.6% y 3.2%. Sin embargo, en los grupos de edad 55-64 años y 65 años o más, la prevalencia reportada en Estados Unidos fue mayor que la prevalencia reportada en Puerto Rico.

Tabla 5.6: Prevalencia de infarto al miocardio por género y grupo de edad en Puerto Rico, 2005-2012

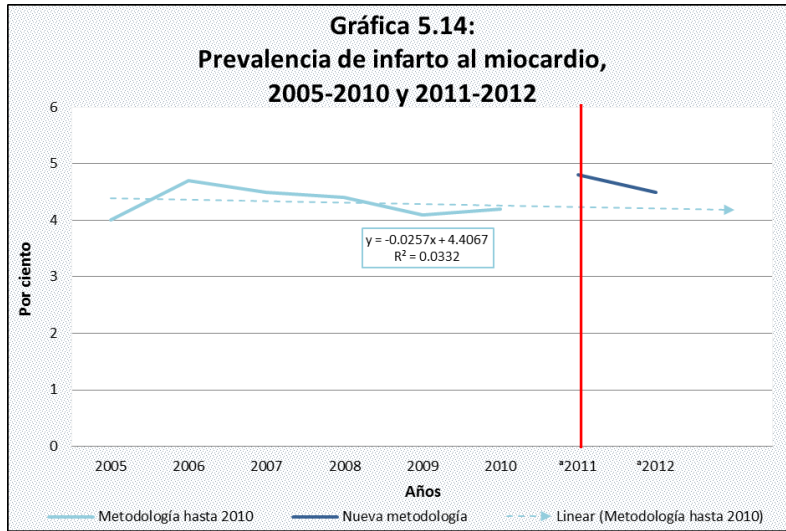
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	^a 2011	^a 2012	
Por Ciento	-	4.0	4.7	4.5	4.4	4.1	4.2	4.8	4.5	Percentage
Por Género										By Gender
Masculino	-	4.8	5.1	4.9	5.2	5.0	4.7	5.0	5.3	Male
Femenino	-	3.3	4.3	4.1	3.7	3.3	3.7	4.6	3.8	Female
Por Grupo de Edad										By Age Group
18-24 años	-	0.1	-	1.2	-	0.4	-	-	-	18-24 years
25-34 años	-	0.6	1.0	1.0	0.3	0.9	-	-	-	25-34 years
35-44 años	-	3.1	2.5	2.0	1.2	1.4	1.1	-	1.8	35-44 years
45-54 años	-	3.0	3.4	4.4	4.2	3.6	4.4	4.7	4.7	45-54 years
55-64 años	-	6.9	7.5	7.9	7.9	7.4	8.1	8.0	6.3	55-64 years
65 años o más	-	10.9	14.3	11.2	13.8	11.5	12.4	13.0	11.4	5 years and over

^a Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.



^a Los datos a partir del 2011, sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS)

Prevalencia de Diabetes

De acuerdo a los resultados de la encuesta PR-BRFSS, los datos de diabetes reportados en Puerto Rico han oscilado de 10.7 por ciento en el año 2004 hasta alcanzar una prevalencia de 12.8 por ciento en el año 2010. (Ver tabla 5.7) El cambio porcentual para el periodo entre el año 2004 y el año 2010 fue de 19.6. Sin embargo, la prevalencia reportada de diabetes es mayor en la población de féminas que en varones. Este patrón en la prevalencia ha sido bastante

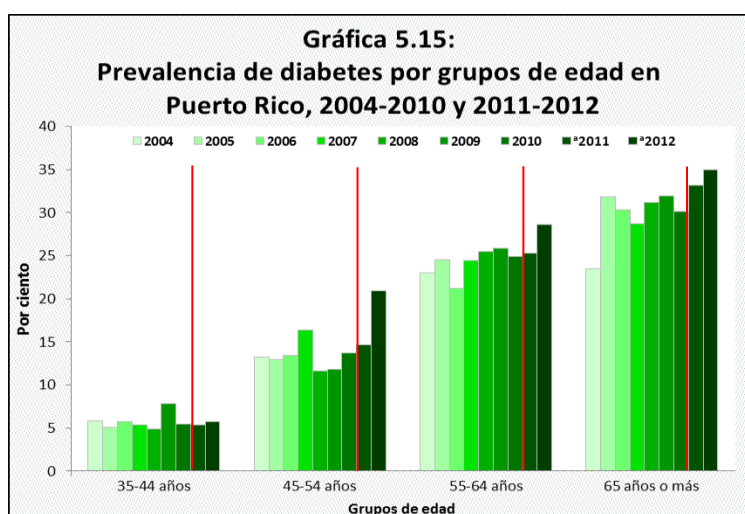
consistente para este periodo comprendido entre los años 2004-2010. Además, los datos indican que a mayor edad aumenta la prevalencia reportada de diabetes entre los puertorriqueños. Para los años 2004 al 2010, el grupo de edad que impacta es la población mayor de 65 años, la cual presenta una prevalencia que fluctúa de 23.5 a 31.9 por ciento. No obstante, aunque se observa una leve disminución en la prevalencia para este grupo de edad para los años 2006, 2008, 2010, la tendencia que se muestra es de crecimiento. Mientras, los grupos de edad entre 45-54 y 55-64 años, presentan prevalencias cerca al 26%, lo que indica que estos grupos son importantes desde el punto de vista salubrista.

En la gráfica 5.15 sobre la prevalencia de diabetes por grupos de edad en Puerto Rico para los años del 2004 al 2010 y 2011 al 2012, se puede observar que para estos periodos se muestra un incremento para el grupo de edad de 65 años o más. Para el periodo del 2004 al 2010 en el año 2009 ocurrió la mayor prevalencia de diabetes, y para el periodo del 2011 al 2012, la prevalencia de diabetes aumentó para el 2012. Por otro lado, más de un 13 por ciento de la población de Puerto Rico tiene diabetes según datos provistos para los años 2011 y 2012. (Ver gráfica 5.16) La prevalencia alcanzó 13.5 por ciento, y 16.4 por ciento, respectivamente.

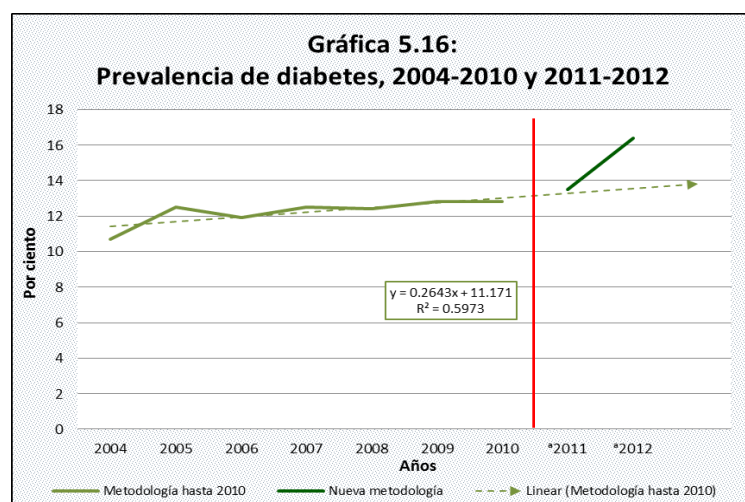
Tabla 5.7: Prevalencia de diabetes por género y grupos de edad en Puerto Rico, 2004-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	^a 2011	^a 2012	
Por Ciento	10.7	12.5	11.9	12.5	12.4	12.8	12.8	13.5	16.4	Percentage
Por Género									By Gender	
Masculino	10.4	12.0	11.4	12.6	13.2	12.5	12.1	12.7	15.0	Male
Femenino	10.9	13.0	12.4	12.5	11.6	13.2	13.4	14.2	17.5	Female
Por Grupo de Edad									By Age Group	
18-24 años	1.1	2.7	1.0	0.5	0.5	0.4	0.3	2.3	-	18-24 years
25-34 años	0.9	1.0	2.0	2.3	3.2	2.2	4.6	2.8	2.2	25-34 years
35-44 años	5.8	5.1	5.7	5.3	4.9	7.8	5.4	5.3	5.7	35-44 years
45-54 años	13.2	12.9	13.4	16.4	11.6	11.8	13.7	14.6	20.9	45-54 years
55-64 años	23.0	24.5	21.2	24.4	25.5	25.8	24.9	25.3	28.6	55-64 years
65 años o más	23.5	31.8	30.3	28.7	31.2	31.9	30.1	33.2	35.0	65 years and over

^a Los datos a partir del 2011, sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores. Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS).



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.



^a Los datos a partir del 2011, sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.

Prevalencia de Derrame Cerebral

Los resultados en la tabla 5.8 presentan los datos sobre la prevalencia de derrames cerebrales con una tendencia que varía a través de los años. La pregunta en el BRFSS planteada hacía referencia a si: *¿Alguna vez le dijeron que tuvo un derrame cerebral?* Durante los años 2005-2010, la prevalencia reportada de derrame cerebral en Puerto Rico fluctuó entre 1.7 por ciento para el año 2006 y 2.0 por ciento para el año 2010. Entre los grupos de edad de 45-54, 55-64 se observó un leve aumento en la prevalencia (ver gráfica 5.1). La tendencia sobre esta enfermedad a través de los grupos de edad no fue una clara. Los datos reflejan aumentos en la prevalencia en algunos años y disminuciones en otros. No es así, para el grupo de edad mayor de 65 años, donde se observaron periodos con mayor incremento. Específicamente, en el año 2008, la prevalencia reportada es de un 6.0 por ciento de los residentes de Puerto Rico mayores de 65 años y de 5.8 por ciento para el año 2010. Con relación a la prevalencia de derrame cerebral por género, no se presenta una diferencia marcada entre estos.

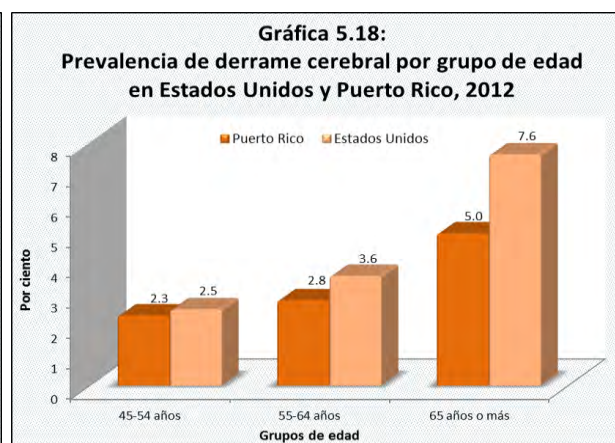
La prevalencia reportada para el año 2011 fue de 1.7 por ciento mientras que para el año 2012 fue de 2.1 por ciento (ver gráfica 5.18). Al analizar los datos correspondientes al año 2012 para Estados Unidos y Puerto Rico para el grupo de edad mayor de 65 años se observa una prevalencia para Puerto Rico por debajo con un 5.0 por ciento comparado con 7.6 por ciento en Estados Unidos. La misma tendencia se observa para el año 2011 en la gráfica 5.17.

Tabla 5.8: Prevalencia de derrame cerebral por género y grupo de edad en Puerto Rico, 2005-2012

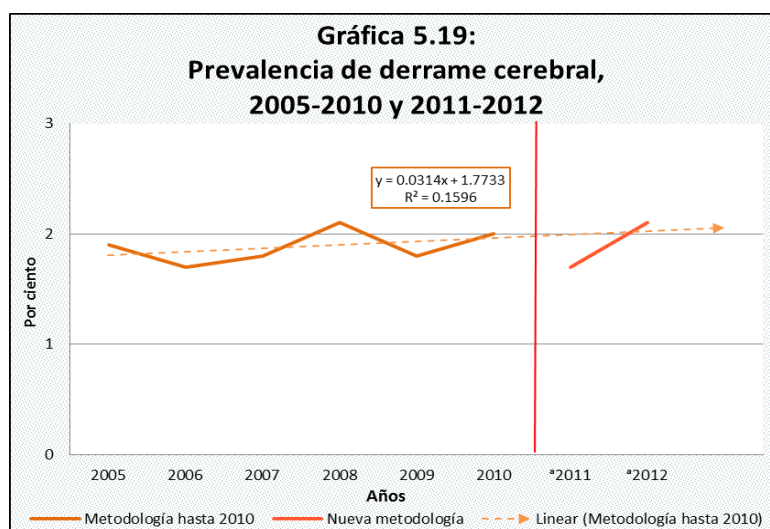
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	
Por Ciento	-	1.9	1.7	1.8	2.1	1.8	2.0	1.7	2.1	Percentage
Por Género										By Gender
Masculino	-	1.5	1.4	2.1	2.7	1.8	2.0	1.4	2.0	Male
Femenino	-	2.3	2.0	1.6	1.7	1.8	2.0	2.0	2.3	Female
Por Grupo de Edad										By Age Group
18-24 años	-	-	0.4	0.5	-	-	0.4	-	-	18-24 years
25-34 años	-	0.4	0.3	0.6	0.8	1.1	0.6	-	-	25-34 years
35-44 años	-	1.4	1.0	0.3	0.8	0.6	1.4	-	-	35-44 years
45-54 años	-	2.8	1.3	0.7	1.1	1.5	1.8	1.7	2.3	45-54 years
55-64 años	-	3.7	3.4	4.0	4.7	3.0	2.4	3.2	2.8	55-64 years
65 años o más	-	3.5	4.4	5.4	6.0	4.8	5.8	4.2	5.0	65 years and over

^a Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS).



Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.

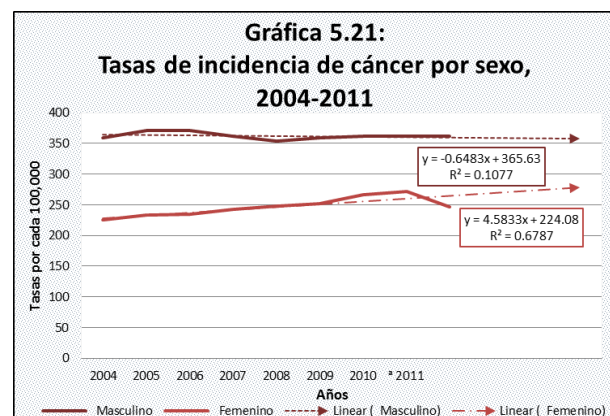
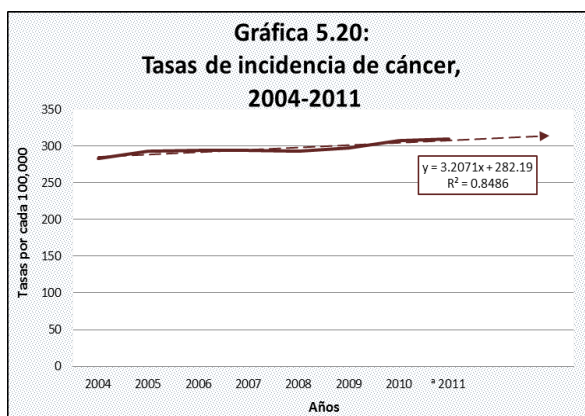


^a Los datos a partir del 2011, sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.

Incidencia de Cáncer

En Puerto Rico, la incidencia de cáncer muestra una tendencia de crecimiento. Según los datos provistos por el Registro de Cáncer de Puerto Rico (RCCPR) para el 2011, los casos de incidencia de cáncer fue un total de 14,415, lo que representa una tasa de 309.9 por cada 100, 000 habitantes. En Puerto Rico, durante el periodo de 2004 al 2011, la tasa de incidencia de todos los tipos de cáncer tuvo un aumento gradual de 283.4 a 309.9. (Ver tabla 5.10 y gráfica 5.20) En general, las tasas de incidencia en los hombres se mantuvieron constantes durante el periodo de 2004-2011, sin embargo, cuando analizamos las tasas de incidencia en las mujeres para este mismo periodo, se observó un aumento notable cada año. (Ver gráfica 5.21) La tasa de incidencia en las mujeres en el 2004, fue de 225.7 y aumentó a 272.1 en el 2011. Los datos sobre incidencia de cáncer analizados presentaron ser mayor en la población masculina al compararlos con la femenina. Para el periodo 2004-2010, se observó que la incidencia de cáncer incrementa según aumenta la edad. Para el grupo de edad de 45-49 hasta el grupo de 65-69 la incidencia de cáncer va en incremento, no es así para el grupo de 70-74 años en adelante donde se contempla una leve disminución. (Ver tabla 5.9 y gráfica 5.22)



Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Archivo de Incidencia de Puerto Rico. (2 de diciembre de 2013).



Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Archivo de Incidencia de Puerto Rico. (2 de diciembre de 2013).

Tabla 5.9: Incidencia de cáncer en Puerto Rico, 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	*2011	Total	
Total de Casos	11,738	12,385	12,638	12,853	13,011	13,452	14,067	14,415	104,559	All Cases
Por Sexo										By Sex
Hombre	6,647	7,021	7,162	7,105	7,083	7,369	7,546	7,667	57,600	Man
Mujer	5,091	5,364	5,476	5,748	5,928	6,083	6,521	6,748	46,959	Woman
Por grupo de edad										By Age Group
Menores de 5 años	50	40	40	35	37	31	45	37	315	Under 5 years
5-9 años	26	27	24	22	28	23	24	23	197	5-9 years
10-14 años	31	25	35	26	33	29	30	31	240	10-14 years
15-19 años	41	33	47	44	50	50	49	52	366	15-19 years
20-24 años	65	69	50	84	65	66	80	74	553	20-24 years
25-29 años	115	103	110	123	136	120	141	122	970	25-29 years
30-34 años	178	150	197	181	176	204	257	217	1,560	30-34 years
35-39 años	233	262	239	260	295	314	324	292	2,219	35-39 years
40-44 años	414	413	414	450	425	446	461	448	3,471	40-44 years
45-49 años	603	629	613	658	641	653	702	705	5,204	45-49 years
50-54 años	817	873	869	938	1,010	930	1,037	1,017	7,491	50-54 years
55-59 años	1,223	1,362	1,394	1,267	1,267	1,351	1,483	1,479	10,826	55-59 years
60-64 años	1,387	1,556	1,615	1,649	1,730	1,781	1,890	1,933	13,541	60-64 years
65-69 años	1,670	1,751	1,840	1,918	1,867	2,072	2,128	2,195	15,441	65-69 years
70-74 años	1,490	1,724	1,745	1,771	1,755	1,828	1,852	1,986	14,151	70-74 years
75-79 años	1,352	1,485	1,342	1,423	1,414	1,461	1,519	1,665	11,661	75-79 years
80-84 años	1,048	1,006	1,133	1,075	1,124	1,107	996	1,118	8,607	80-84 years
85 años o más	995	877	931	929	958	986	1,049	1,021	7,746	85 years and over

^a Estimado para este año.

Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Archivo de Incidencia de Puerto Rico (2 de diciembre de 2013).

Tabla 5.10: Tasa incidencia de cáncer en Puerto Rico, 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	^a 2011	Total	
^{b, c} Tasa General	283.4	293.1	293.6	294.3	293.3	297.9	307.5	309.9	296.6	^b General Rate
^{b, c} Por Sexo										^b By Sex
Hombre	359.7	371.1	370.6	361.4	353.8	359.7	361.7	361.3	362.2	Man
Mujer	225.7	233.4	234.8	243.2	248	251.5	267.1	272.1	247.2	Woman
^b Por grupo de edad										By Age Group
Menores de 5 años	18.7	15.4	16.0	14.5	15.7	13.5	20.2	17.2	16.4	Under 5 years
5-9 años	9.0	9.5	8.7	8.2	10.9	9.3	10.1	10.0	9.4	5-9 years
10-14 años	10.3	8.5	12.0	9.1	11.8	10.6	11.2	11.9	10.6	10-14 years
15-19 años	13.8	11.1	15.8	15.0	17.1	17.3	17.3	18.8	15.7	15-19 years
20-24 años	21.8	23.7	17.7	30.7	24.4	25.2	30.5	27.9	25.1	20-24 years
25-29 años	42.9	38.3	41.0	46.5	52.5	47.7	58.1	51.8	47.1	25-29 years
30-34 años	70.5	60.2	80.3	74.2	71.9	82.7	103.7	88.6	79.0	30-34 years
35-39 años	91.4	104.2	96.2	105.4	120.5	129.2	134.8	123.7	112.9	35-39 years
40-44 años	161.0	160.3	160.8	176.5	169.9	182.0	190.8	187.5	173.3	40-44 years
45-49 años	248.0	257.0	249.5	268.2	260.3	263.4	283.2	286.2	264.5	45-49 years
50-54 años	357.8	381.0	375.5	399.9	426.5	390.0	432.4	426.4	399.1	50-54 years
55-59 años	555.2	604.7	618.9	566.6	569.1	605.9	662.2	657.4	605.2	55-59 years
60-64 años	773.3	839.4	831.9	815.7	829.1	831.8	867.9	896.2	837.3	60-64 years
65-69 años	1,106.8	1,139.9	1,176.6	1,193.7	1,126.6	1,212.7	1,200.3	1,189.4	1,169.8	65-69 years
70-74 años	1,274.0	1,410.7	1,394.6	1,384.5	1,338.7	1,357.5	1,352.0	1,418.2	1,367.3	70-74 years
75-79 años	1,505.3	1,651.7	1,459.0	1,514.4	1,474.6	1,498.4	1,496.5	1,597.9	1,524.8	75-79 years
80-84 años	1,711.9	1,605.8	1,776.2	1,657.7	1,707.4	1,654.3	1,474.0	1,609.7	1,648.0	80-84 years
85 años o más	1,927.8	1,646.9	1,695.9	1,638.6	1,635.6	1,623.8	1,655.7	1,559.8	1,667.4	85 years and over

Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Archivo de Incidencia de Puerto Rico (2 de diciembre de 2013)

^a Estimado para este año^b Tasa por cada 100,000 habitantes^c Tasas ajustadas por edad para el 2000, Puerto Rico. Casos con edad desconocida fueron excluidos.

Incidencia y Prevalencia de VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo (NIH, 2014). En su etapa avanzada es causante del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). El VIH es una infección altamente prevenible. No existe una cura para combatir la infección por VIH, sin embargo las personas pueden ser tratadas con antiretrovirales.

VIH/SIDA a nivel mundial

Según cálculos de la OMS y el ONUSIDA (2013), a finales de 2012 había en el mundo unos 35.3 millones de personas infectadas por el VIH. De estas 32.1 millones eran adultos, 17.7 millones eran mujeres y 3.3 millones eran menores de 15 años. Se estima que ese mismo año, contrajeron la infección unos 2.3 millones de personas (2.0 millones de adultos y 260,000 menos de 15 años). Hasta la fecha, el VIH/SIDA ha cobrado la vida de unos 36 millones de personas. En el 2012 unos 1.6 millones murieron por causas relacionadas con el SIDA (1.4 millones de adultos y 210,000 menores de 15 años). La gran mayoría de las personas infectadas por el VIH viven en países de ingresos bajos y medios. El 69% de la población mundial VIH positiva vive en la región de África subsahariana donde uno de cada 20 adultos está infectado por el VIH.

Tabla 5.11: Estimados de VIH/SIDA por Regiones del Mundo, 2012

Región	Adultos y niños viviendo con VIH	Nuevas infecciones en adultos y niños	Muertes causadas por SIDA
África Subsahariana	25.0 millones	1.6 millones	1.2 millones
Oriente Medio y África del Norte	260,000	32,000	17,000
Sur y el Sudeste de Asia	3.9 millones	270,000	220,000
Este de Asia	880,000	81,000	41,000
América Latina	1.5 millones	86,000	52,000
Caribe	250,000	12,000	11,000
Europa Oriental y Asia Central	1.3 millones	130,000	91,000
Europa Occidental y Central	860,000	29,000	7,600
América del Norte	1.3 millones	48,000	20,000
Oceanía	51,000	2,100	1,200
Total	35.3 millones	2.3 millones	1.6 millones

Fuente: Core Epidemiological-HIV/AIDS Presentation, November 2013, WHO

Notas: Estimados basados en la información disponible.

VIH/SIDA en Puerto Rico

En el informe titulado *Perfil Epidemiológico Integrado para la Prevención del VIH en Puerto Rico 2005-2011* (2012), se incluye la siguiente descripción para la confirmación de los casos:

La definición de casos de SIDA se expandió en el año 1993 para incluir el criterio inmunológico (células CD4 < 200 ó 14%), tuberculosis pulmonar (TB), cáncer cervical invasivo y la pulmonía recurrente. En enero de 2003 entró en vigor la Orden Administrativa Núm. 177 firmada por el Secretario de Salud, permitiendo el reporte confidencial basado en nombre de los casos de infección con el VIH no-SIDA al sistema de vigilancia. El reporte de los casos de VIH no SIDA se encuentra bajo la Categoría I, que establece el reporte obligatorio al Departamento de Salud en un periodo no mayor de cinco días laborables.

En el año 2008, el CDC revisó nuevamente la definición de caso de infección por el VIH como respuesta a los avances en el campo de la farmacoterapia y las técnicas de

diagnosticar la infección. En la nueva definición de caso en adultos, adolescentes y niños ≥ 18 meses se requiere que el diagnóstico de infección por el VIH se base en pruebas de laboratorio. A continuación los criterios de laboratorio que se utilizan:

Criterios de laboratorio para adultos y/o adolescentes ≥ 13 años

Resultado positivo de prueba que detecte anticuerpos contra el VIH (EIA*) confirmada con un resultado positivo o reactivo en la prueba Western Blot o ensayo de inmuno-fluorescencia indirecta.

O

Prueba positiva o reporte de cantidad detectable de alguna de las siguientes pruebas virológicas del VIH:

- Prueba de detección de ácido nucleico de VIH (ADN o ARN)
- Prueba de antígenos p24 de VIH, incluyendo ensayo de neutralización
- Cultivo viral

Una vez se cumplen con las pruebas de rigor se utilizan los siguientes resultados para determinar el estadio de la infección:

Clasificación:

Prueba VIH y WB positivos con:

Estadio 1- No IO* y número de linfocitos CD4 ≥ 500 ó $\geq 29\%$.

Estadio 2- No IO y número de linfocitos CD4 entre 200 - 499 ó entre 14% - 28%.

Estadio 3- SIDA- Infección Oportunista y/o CD4 <200 ó $<14\%$.

Estadio Desconocido- No hay información de CD4's o %'s y *no* existe información de IO al momento de diagnóstico.

* *Infección Oportunista (IO)*

De acuerdo con la información publicada por el CDC en el 2013, Puerto Rico es uno de los 10 estados/territorios con el número mayor de casos acumulativos de SIDA, tasa estimada de diagnósticos de VIH y prevalencia de infección con el VIH. En el año 2011, la Isla ocupó el undécimo lugar en relación a la tasa de incidencia estimada de casos de SIDA (13.1 por cada 100,000 habitantes). Para este mismo año, se posicionó en el octavo lugar en relación a la tasa estimada de diagnósticos nuevos de infección con el VIH entre adultos y adolescentes (28.6 por

cada 100,000 habitantes). Del mismo modo, a finales del año 2010, ocupó el sexto lugar en la prevalencia de infección con el VIH entre adultos y adolescentes (584.3 por cada 100,000 habitantes).

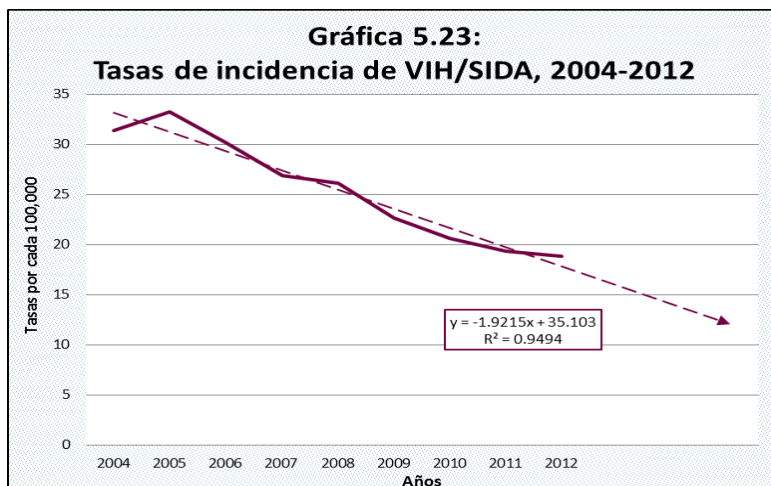
Tabla 5.12 : Primeros 10 estados y territorios con las prevalencias más altas de infección por VIH, 2010

Estado o Territorio	Tasa
Distrito de Columbia	2,704.3
New York	810.0
Islas Vírgenes (US)	667.1
Maryland	632.9
Florida	592.7
Puerto Rico	584.3
Luisiana	451.7
Georgia	428.8
Carolina del Sur	363.9
California	363.0
Connecticut	359.7

Fuente: Epidemiology of HIV Infection through 2011, Center for Disease Control, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD & TB Prevention, Division of HIV/ AIDS Prevention.

Según los datos que se proveen al CDC cuando se examina los diagnósticos de VIH por grupo racial, las tasas más altas se registran en las personas negras/afroamericanas seguidas de los hispanos/latinos. Cuando se examinan los datos de las personas diagnosticadas por sexo, los hombres representaban el 79% de todos los diagnósticos de infección por VIH.

Desde el 1993 se observó una disminución anual en los diagnósticos de SIDA. Sin embargo, no fue hasta el 1996 que se observó una disminución considerable en los diagnósticos anuales y en la mortalidad asociada al SIDA. Este fenómeno se comienza a detectar cuando se introdujo la terapia conocida por las siglas en inglés HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy). Desde entonces la tendencia de la incidencia de SIDA subestima el nivel de los nuevos diagnósticos de VIH que pueden tardar años en progresar al cuadro clínico.



Fuente: Sistema de Vigilancia VIH/SIDA, 2003-2012. Departamento de Salud.

Tabla 5.13: Incidencia de VIH/SIDA en Puerto Rico, 2003-2012

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Total de Casos	1,331	1,201	1,271	1,150	1,019	981	849	774	722	711	All Cases
Por Sexo											By Sex
Masculino	943	819	908	815	711	700	613	570	522	527	Male
Femenino	388	382	363	335	308	281	236	204	200	184	Female
Por Grupo de Edad											By Age Group
0-12 años	6	9	3	5	7	4	1	3	2	0	0-12 years
13-24 años	149	108	128	94	123	111	97	97	91	123	13-24 years
25-34 años	314	311	313	305	241	231	222	203	182	180	25-34 years
35-44 años	468	397	393	349	301	293	242	197	163	147	35-44 years
45-54 años	256	235	261	261	231	219	181	171	186	162	45-54 years
55-64 años	100	96	125	90	82	85	74	75	71	61	55-64 years
65 años o más	38	45	48	46	34	38	32	28	27	38	65 years and more
^a Tasa de Diagnósticos Nuevos VIH	34.8	31.4	33.3	30.2	26.9	26.1	22.7	20.8	19.5	19.4	Rate of New HIV Diagnosis
Por Sexo											By Sex
Masculino	51.3	44.6	49.5	44.6	39.2	38.8	34.2	31.9	29.4	30.0	Male
Femenino	19.5	19.2	18.3	16.9	15.6	14.4	12.1	10.5	10.3	9.6	Female
Por Grupo de Edad											By Age Group
0-12 años	0.8	1.2	0.4	0.7	1.0	0.6	0.2	0.5	0.3	0.0	0-12 years
13-24 años	20.6	15.0	18.1	13.5	18.0	16.5	14.6	14.8	14.0	19.2	13-24 years
25-34 años	60.3	59.8	60.4	59.4	47.4	45.8	44.6	41.2	37.7	38.3	25-34 years
35-44 años	91.1	77.5	77.2	69.0	60.0	59.2	49.6	40.7	34.2	31.3	35-44 years
45-54 años	54.6	49.8	55.1	54.7	48.1	45.3	37.2	35.1	38.2	33.7	45-54 years
55-64 años	25.7	24.0	30.4	21.5	19.3	19.7	16.9	17.0	16.1	13.9	55-64 years
65 años o más	8.3	9.6	10.0	9.3	6.7	7.3	6.0	5.2	4.8	6.5	65 years and more

^aTasas por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico

Fuente: Sistema de Vigilancia VIH/SIDA, 2003-2012. Departamento de Salud.

Según datos obtenidos por el Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA al 31 de diciembre del 2012, sobre 45,200 personas han sido diagnosticadas con la infección del VIH en Puerto Rico. La tasa de fatalidad de la infección con el VIH durante el periodo 1981-2012 es 56.5%. La tasa de fatalidad de los hombres es 24% mayor que la tasa de fatalidad en mujeres. Durante el periodo 2003-2012 fueron diagnosticados y reportados al Sistema de Vigilancia 9,981 diagnósticos nuevos de infección con el VIH. Se han diagnosticado con el VIH 643 (1.4%) niños entre las edades de 0 a 12 años donde el 86% de estos casos fue por transmisión perinatal. En los últimos años la tasa más alta de diagnósticos de VIH ha ocurrido entre las edades de 25 a 34 años. Para el año 2012, los hombres representaban el 73.8% de los casos diagnosticados con el VIH y las mujeres un 26.2%.

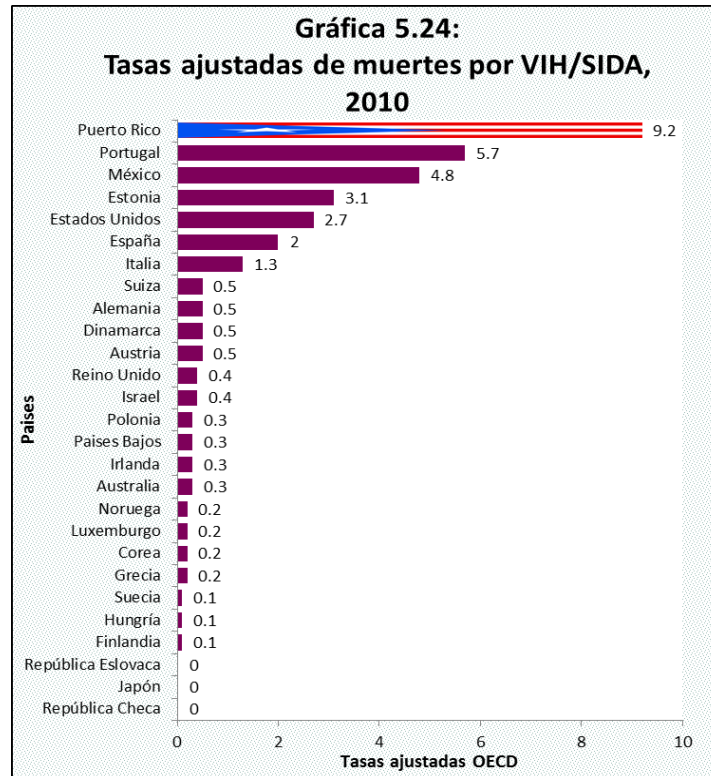
Aunque el número de diagnósticos de infección con el VIH continúa descendiendo cada año, la prevalencia continúa en aumento. Las muertes de las personas diagnosticadas con la infección del VIH presentan a su vez una tendencia descendente. En el año 2003, el número de personas viviendo con la infección del VIH fue 12,730, mientras que la cifra en el año 2012 fue de 19,710 reflejando un aumento porcentual de 54.8% de PVCVS en Puerto Rico. La cantidad de nuevos diagnósticos durante ese año 2012 totalizó 692 casos.

En Puerto Rico se diagnostican alrededor de 700 casos del VIH cada año. De las personas que, actualmente, viven con la infección de VIH 13,173 son hombres y 5,940 son mujeres. La transmisión de VIH en la Isla ocurre principalmente entre usuarios de drogas que comparten agujas y en segundo lugar, por hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, sean homosexuales o estén casados con mujeres. Desde el 1984, el uso de drogas inyectables

ha sido el modo de exposición reportado con mayor frecuencia en Puerto Rico. Los grupos con la mayor proporción de casos son hombres, personas diagnosticadas entre las edades de 25 y 34 años, residentes en el área metropolitana, específicamente en San Juan y Cataño.

Muertes por VIH/SIDA en Puerto Rico y países de la OECD

Según la base de datos de defunciones de Puerto Rico del año 2010, un total de 333 murieron por VIH/SIDA. La gráfica 5.24 presenta para el año 2010 la tasa ajustada OECD de las muertes por VIH/SIDA para un total de 27 países, incluyendo a Puerto Rico. (Ver gráfica 5.24) En relación a los países participantes, Puerto Rico ocupó la primera posición en orden descendente, con una tasa ajustada OECD de alrededor de 9 muertes por VIH/SIDA por cada 100,000 habitantes. Por su parte, México ocupó la segunda posición, con una tasa ajustada, aproximadamente, 6 muertes por VIH/SIDA por cada 100,000 habitantes. La última posición la ocuparon República Eslovaca, Japón y República Checa.



Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, San Juan, Puerto Rico

Enfermedades de Transmisión Sexual⁴

Según estimaciones realizadas por la OMS, cada año se producen 448 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual (ETS) curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) en adultos de 15 a 49 años. Esta cifra no incluye las infecciones por VIH y otras ETS existentes. Las ETS son aquellas enfermedades infecciosas que se transmiten de persona a persona por contacto íntimo, durante las relaciones sexuales. Previo a los años 80 eran conocidas como enfermedades venéreas. Estas enfermedades no solo tiene consecuencias graves de salud pública sino que pueden provocar alteración, disfunción y/o pérdida de actividades corporales. En embarazadas con sífilis temprana no tratada el 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal. Existe evidencia que sustenta que de las 10 enfermedades más reportadas, 5 de ellas son ETS.

Las ETS son causadas por bacterias, virus y parásitos. Incluyen alrededor de 26 enfermedades diferentes. Algunas ETS son asintomáticas y pueden manifestarse más de una vez, ya que el cuerpo no desarrolla inmunidad. Existen factores biológicos y sociales que pueden afectar tanto la detección como el tratamiento. Expertos señalan como factores biológicos el hecho de que muchos casos de ETS son asintomáticos, por lo que las personas puede tardar en percatarse de la aparición de algún problema clínico y por el desconocimiento pueden afectar a sus parejas. Entre los factores sociales se encuentran: la pobreza, el abuso de sustancias ilícitas, el alcohol, la violencia, la dificultad para acceder servicios y la falta de educación, entre otros.

⁴ Para el desarrollo de la sección dedicada a las enfermedades de transmisión sexual, clamidia, gonorrea, sífilis y herpes se utilizó como referencia el *Módulo sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual* (2013) desarrollado por la Sección de Capacitación y Asistencia Técnica de la División de Prevención de ETS/VIH

La comunidad científica coincide en que una ETS no tratada puede llegar a multiplicar por 10 el riesgo de adquisición y transmisión del VIH. Es por ello, que los programas de prevención de los departamentos de salud a nivel mundial exhortan al tratamiento preventivo y precoz ETS como una de las múltiples estrategias para reducir el riesgo de infección por el VIH. Aunque existen métodos tradicionales para detectar las ETS como lo son las pruebas de laboratorio, se reconoce que en ocasiones personal clínico hace diagnóstico y brinda tratamiento a pacientes basados en la sintomatología del paciente y el examen físico. Esto presenta ciertas dificultades para los sistemas de vigilancia, pues los datos que se obtienen basados en las notificaciones recibidas pudieran ser menores a los casos reales.

En Puerto Rico, las ETS más comunes son: clamidia, verrugas genitales por VPH, gonorrea, sífilis y el herpes simplex Tipo I y II. El Sistema de Vigilancia de ETS del Departamento tiene la responsabilidad de establecer la vigilancia continua y sistemática de la ocurrencia y distribución de las ETS, y del servicio de Orientación, Pruebas y Referido de VIH (OTR), así como los eventos o condiciones que aumentan el riesgo de transmisión de las mismas. Esta vigilancia se realiza mediante la recopilación de datos, generando información estadística de las ETS y servicios de OTR, análisis epidemiológico de las frecuencias de las ETS para proveer a la División de Prevención de ETS/VIH la información epidemiológica necesaria para la planificación de sus servicios.

Se sabe que la ETS afecta a diferentes grupos de la población desproporcionalmente y esto está altamente relacionado con los factores de riesgos. Aunque estas enfermedades pueden afectar a cualquier persona, en la medida que aumentan las conductas de riesgo, aumentan la probabilidad de adquirir alguna de estas infecciones incluyendo el VIH. Por mucho tiempo el

Departamento de Salud ha promovido intervenciones que incluyen actividades de alcance comunitario para orientar y educar a la población sobre la práctica de conductas saludables y de menos riesgo con el propósito de evitar el aumento potencial de la morbilidad.

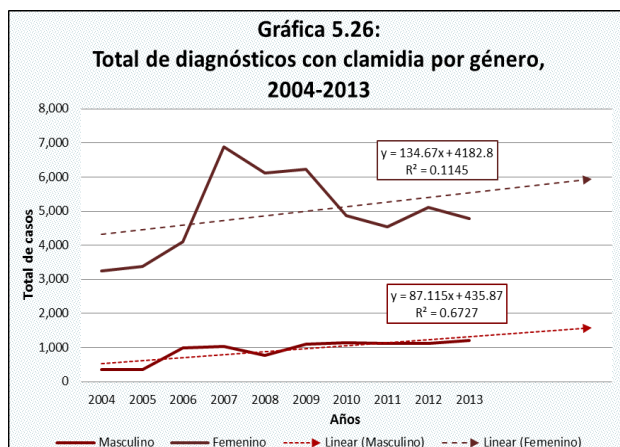
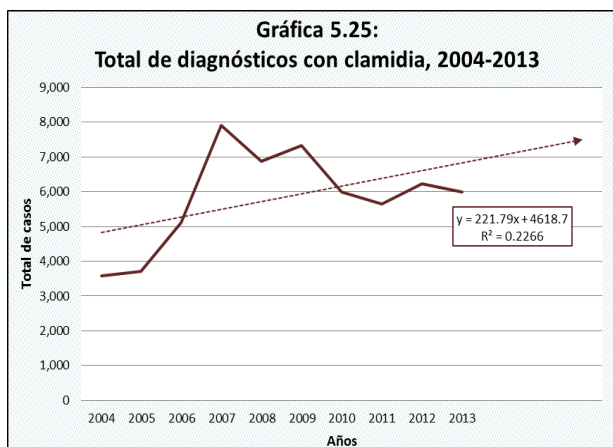
Tabla 5.14: Tabla resumen de total de diagnósticos de ciertas enfermedades de transmisión sexual, 2004-2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Clamidia											Chlamydia
Total de Casos	3,588	3,720	5,100	7,912	6,883	7,317	5,995	5,655	6,233	5,982	All Cases
Por Género											By Gender
Masculino	348	348	994	1,028	764	1,096	1,132	1,110	1,126	1,204	Male
Femenino	3,240	3,372	4,106	6,884	6,119	6,221	4,863	4,545	5,107	4,778	Female
Gonorrea											Gonorrhoea
Total de Casos	277	328	302	323	273	230	313	343	343	353	All Cases
Por Género											By Gender
Masculino	121	134	136	134	101	110	171	203	186	233	Male
Femenino	156	194	166	189	172	120	142	140	157	120	Female
Sífilis Congénita											Congenital Syphilis
Total de Casos	12	14	16	10	9	6	3	2	1	2	All Cases
Por Género											By Gender
Masculino	4	7	5	4	7	5	1	1	1	2	Male
Femenino	8	7	11	6	2	1	2	1	0	0	Female
Sífilis Latente Temprana											Early Latent Syphilis
Total de Casos	352	432	368	408	237	163	192	212	222	271	All Cases
Por Género											By Gender
Masculino	197	247	217	246	151	116	147	165	192	225	Male
Femenino	155	185	151	162	86	47	45	47	30	46	Female
Sífilis Latente Tardía											Late Latent Syphilis
Total de Casos	513	463	467	624	352	311	289	196	164	145	All Cases
Por Género											By Gender
Masculino	312	265	306	416	207	231	218	140	124	105	Male
Femenino	201	198	161	208	145	80	71	56	40	40	Female
Sífilis Primaria y Secundaria											Primary and Secondary Syphilis
Total de Casos	181	224	150	169	167	227	228	254	306	385	All Cases
Por Género											By Gender
Masculino	120	143	99	112	138	205	211	237	286	350	Male
Femenino	61	81	51	57	29	22	17	17	20	35	Female
Herpes											Herpes
Total de Casos	1,102	1,055	1,156	1,303	1,851	1,498	1,288	1,345	1,132	1,935	All Cases
Por Género											By Gender
Masculino	359	347	317	387	493	403	360	340	289	510	Male
Femenino	743	708	839	916	1,358	1,095	928	1,005	843	1,425	Female

Fuente: Oficina de Vigilancia de ETS. División de Prevención de ETS/VIH/SIDA. Departamento de Salud.

Clamidia

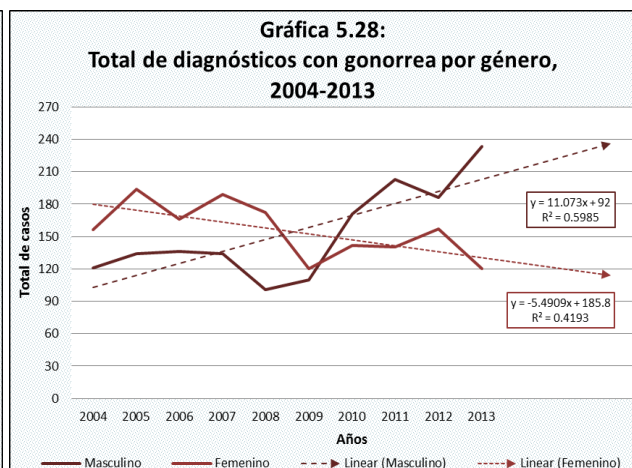
La clamidia es la ETS más común y de mayor reporte tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico. Es causada por la bacteria llamada *Chlamydia trachomatis*. Estudios señalan que el 25% de los bebés nacidos de una madre infectada con clamidia contraerá pulmonía al nacer. Por otro lado, cuando los casos de bebés no son tratados a tiempo pueden presentar problemas respiratorios a lo largo de su vida. En Puerto Rico, esta es una de las pocas infecciones de transmisión sexual donde la prevalencia en mujeres es mayor que la de los hombres. El mayor número de casos corresponde a mujeres jóvenes. En los últimos cuatro años ha habido una disminución de casos comparado con el 2009. En el 2007, fue el año donde más casos se han reportado. Para ese año se reportaron 7,912 casos. En 2013 se reportaron 5,982 casos. Cuando se compara el año de mayor reporte de casos (2007) con el año 2013 se observa una disminución de un 24%.



Fuente: Oficina de Vigilancia de ETS, División de Prevención de ETS/VIH/SIDA Departamento de Salud.

Gonorrea

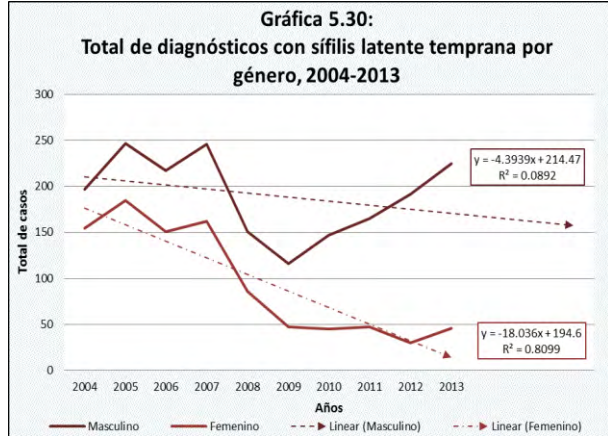
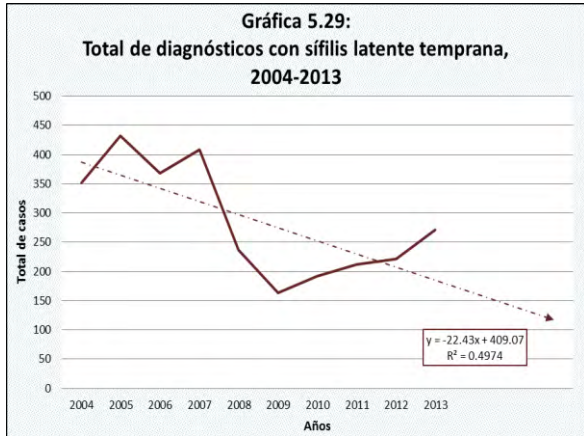
La gonorrea es causada por la bacteria (gonococo) llamada *Neisseria gonorrhoeae*. En Estados Unidos la gonorrea es la segunda enfermedad infecciosa reportada con más frecuencia. Cuando se examinan los casos de gonorrea en Puerto Rico vemos que en el año 2013 se reportaba casi un caso diariamente. En ese año, el número de casos reportados de personas infectadas con gonorrea fue de 353, de los cuales, el 66 por ciento fue masculino y el 34 por ciento femenino. Del 2005 al 2009, el número de infecciones era mayor en mujeres que en hombres, sin embargo, en los últimos cuatro años los hombres superan a las mujeres. En los últimos cuatro años se puede observar también un aumento en los casos reportados. Es importante destacar que en el 2011 se retomaron las entrevistas para notificación de pareja en los pacientes con diagnóstico de gonorrea, por lo que este factor pudiera estar influyendo en el aumento que se ha observado en los últimos años.



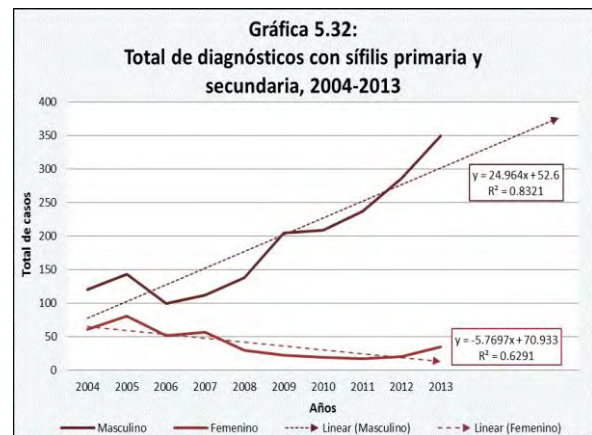
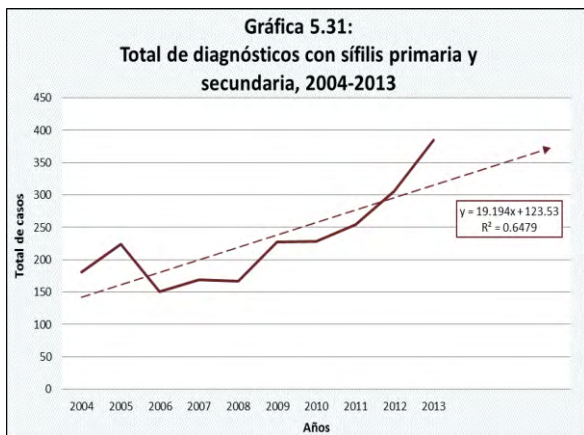
Fuente: Oficina de Vigilancia de ETS, División de Prevención de ETS/VIH/SIDA, Departamento de Salud.

Sífilis

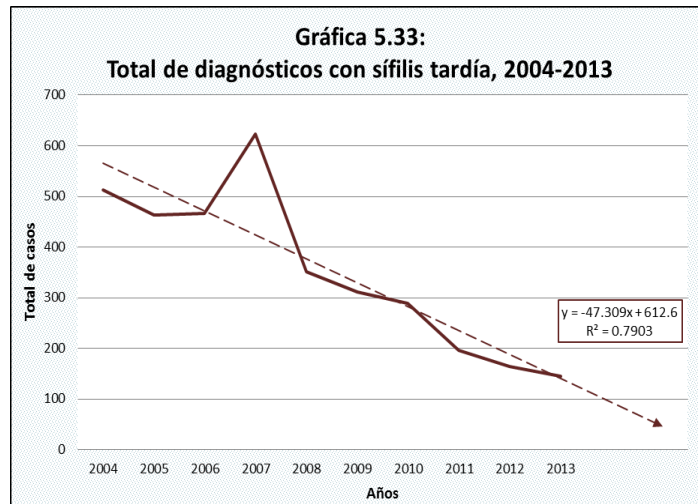
La sífilis es causada por una bacteria en forma de espiral llamada *Treponema pallidum*. La sífilis primaria y secundaria son las etapas más contagiosas de la enfermedad. Según información obtenida del CDC la sífilis es una enfermedad que estuvo a punto de ser erradicada pero comenzó a resurgir como una amenaza a la salud pública en el 2001. Esto se debe principalmente al resurgimiento de la enfermedad entre los hombres que tienen contacto sexual con otros hombres (MSM, por sus siglas en inglés), aunque los casos entre las mujeres también han ido en aumento en los últimos años. En los últimos tres años en Puerto Rico, de los casos diagnosticados con sífilis primaria y secundaria en hombres, más del 80% reportó tener relaciones sexuales con otros hombres. Por otro lado, desde el 2010 ha habido un aumento en los casos de sífilis primaria y secundaria co-infectados con VIH, en los hombres que tienen contacto sexual con otros hombres. En Puerto Rico, cuando se observa el reporte de casos de sífilis por etapa, en los últimos cinco años ha habido un aumento en los casos reportados de sífilis primaria y secundaria, y sífilis latente temprana. En el caso de sífilis temprana, en el 2009 alcanzaron 163 casos y aumentó hasta 271 en el año 2013, mientras que en el caso de sífilis primaria y secundaria aumentó de 227 en 2009 a 385 en 2013. En el caso de la sífilis primaria y secundaria en los últimos seis años la diferencia de casos entre hombres y mujeres ha sido más marcada. En cuanto a la sífilis latente temprana se reportan más casos en hombre que en mujeres. En los últimos seis años el reporte de casos de sífilis latente temprana en mujeres ha disminuido en comparación con los casos reportados en hombres. De los 86 casos reportados en féminas en el 2008 bajó a 46 casos en 2013 mientras que en los varones, en esos mismos años, subió de 151 (2008) hasta 225 (2013).



Fuente: Oficina de Vigilancia de ETS. División de Prevención de ETS/VIH/SIDA, Departamento de Salud.



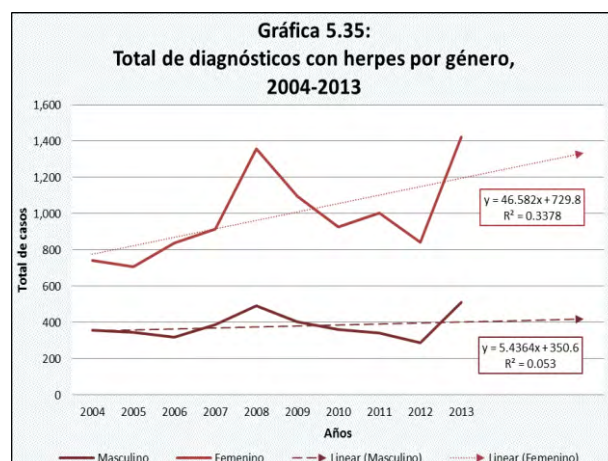
Fuente: Oficina de Vigilancia de ETS. División de Prevención de ETS/VIH/SIDA, Departamento de Salud.



Fuente: Oficina de Vigilancia de ETS, División de Prevención de ETS/VIH/SIDA, Departamento de Salud.

Herpes

El herpes es un virus que se divide en: *Herpes Simplex Tipo I (VHS I)* y *Herpes Simplex Tipo II (VHS II)*. Se entiende que los casos que entran al Sistema de Vigilancia de ETS por herpes es un sub-reporte y no refleja la realidad de la totalidad de los casos existentes en Puerto Rico. En Puerto Rico se reportan más casos de herpes en mujeres que hombres. En el año 2013, se reportaron 1,935 casos, de los cuales el 26.4 por ciento fueron hombres y 73.6 por ciento fueron mujeres.



Fuente: Oficina de Vigilancia de ETS, División de Prevención de ETS/VIH/SIDA, Departamento de Salud.

Tuberculosis

La tuberculosis (TB) sigue siendo un tema que acapara la atención de las autoridades sanitarias en el mundo. La TB pulmonar es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Las personas pueden adquirir la enfermedad por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado en Díez Ruiz-Navarro, M. (2003) declaró la tuberculosis como una situación de emergencia global. Esto con el propósito de llamar la atención sobre el alarmante estado en que se encontraba la enfermedad a causa de diversos factores como lo son: la pobreza, la insuficiencia de programas de control, la expansión del VIH, los problemas de acceso para ciertas poblaciones, entre otros.

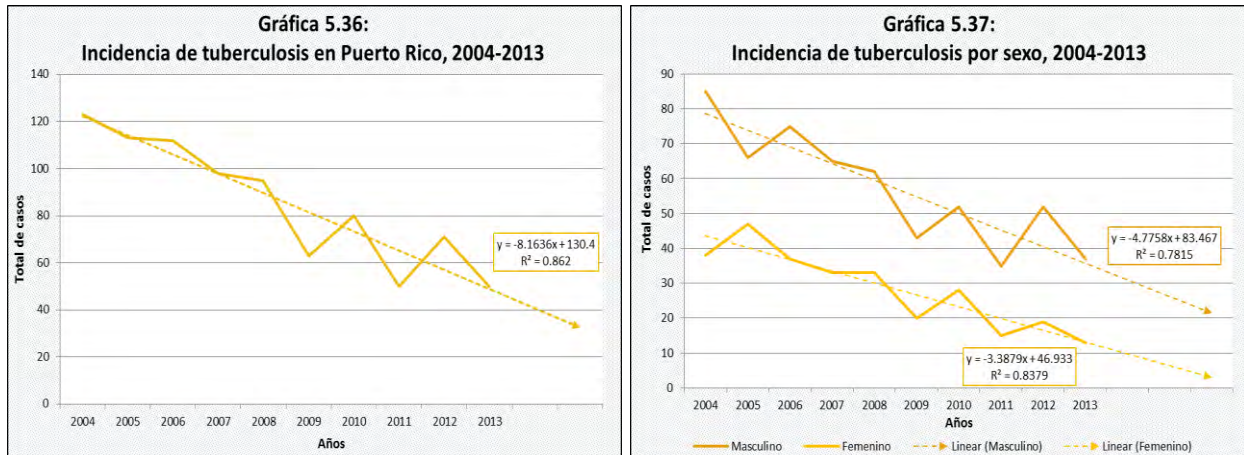
Según datos de la OMS (2014) en el año 2012 se estima que hubo 8.6 millones de casos de TB y 1.3 millones murieron por esta causa. Aproximadamente medio millón de niños (de 0 a 14 años) enfermaron de tuberculosis y una media de 74,000 murieron por esta causa. La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA, causada por un agente infeccioso. A pesar de ser una enfermedad prevenible y para la cual existe cura la TB está presente en todo el mundo. A nivel mundial más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Los datos de la OMS indican que para el 2012, el mayor número de casos ocurrió en Asia, a la que correspondió el 60% de los casos nuevos en el mundo. La mayor incidencia para ese año se reportó en el África subsahariana (más de 255 por 100,000 habitantes) y el 80% de los casos se presentaron en 22 países, entre los que se encuentran Brasil y China.

En la Región de las Américas se notificaron 219,000 casos de TB de los cuales 9,800 fueron niños, según datos del 2012 provistos por la OPS. El 61% de los casos se reportaron en Brasil, Perú, México y Haití. La tasa de incidencia estimada fue de 29 casos por 100,000 habitantes. El 16% de los casos con TB que no conocían su seroestatus resultaron positivos a VIH. De los casos nuevos de TB con baciloscopía positiva notificados en las Américas, 63% fueron hombres y 37% mujeres. En América del Norte, las tasas de notificación fueron más elevadas en los varones de 45 años de edad en adelante. Según el informe más reciente publicado por la OPS en el 2013 las tasas fueron menores en las mujeres en todos los grupos de edad (con excepción de los niños), con un valor más elevado en las jóvenes y otro en las mujeres de edad avanzada. En el Caribe, las tasas de notificación, tanto en los hombres como en las mujeres, fueron más elevadas en los adultos de 25-34 años. En México y Centroamérica, las tasas de notificación aumentaron con la edad, tanto en los hombres como en las mujeres. En los países andinos de América del Sur, las tasas de notificación de casos de TB mostraron dos valores máximos, tanto en los hombres como en las mujeres, en la población de 25-34 años y en la de 65 años en adelante. En el resto de países de América del Sur, las mayores tasas de notificación correspondieron a varones adultos y los valores elevados en mujeres se observa en mujeres jóvenes (15-34 años).

Tuberculosis en Puerto Rico

Para el año 2013 en Puerto Rico se reportaron 50 casos. Los casos reportados disminuyeron en casi un 60% si se compara con los casos reportados en el 2004. La tasa de incidencia para ese año fue 1.4 por 100,000 habitantes. Entre el 2007 al 2013 los casos se han mantenido por debajo de 100 casos. Es importante destacar que la tasa de incidencia para TB en Puerto Rico

está por debajo de las tasas de los Estados Unidos. Para el año 2013 la diferencia entre ambos fue de 1.6 casos por 100,000 habitantes.



Fuente: Programa para el Control de la Tuberculosis. Reportes Anuales de Tuberculosis en P.R., Departamento de Salud

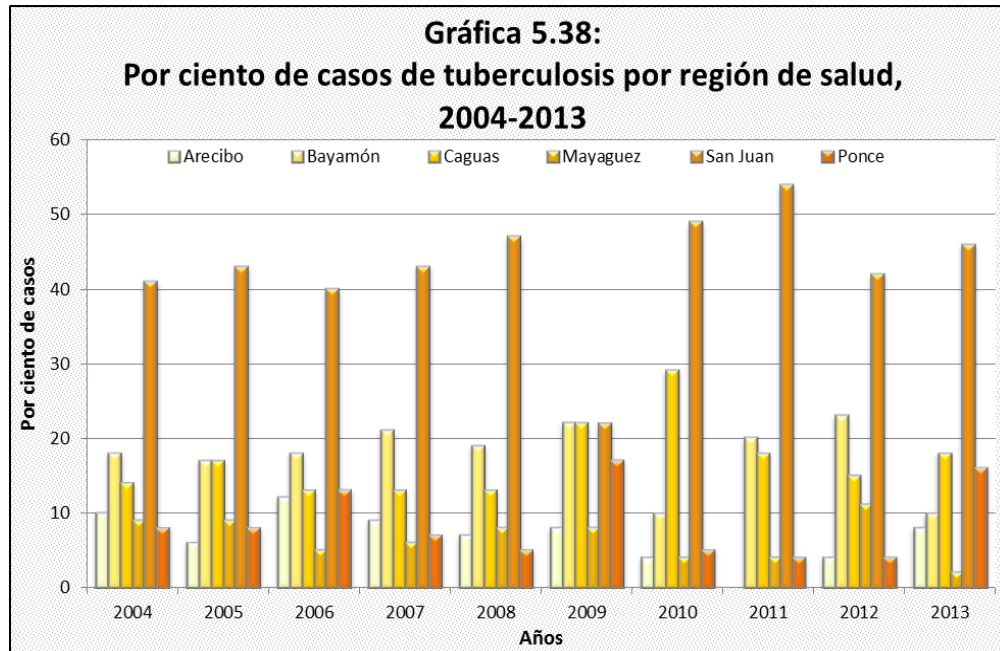
Cuando comparamos la incidencia de TB por sexo en la Isla se puede observar que la proporción mayor es en hombres. Este fenómeno es similar a lo que ocurre tanto a nivel de las Américas como a nivel mundial. El grupo de edad en donde se concentra un mayor número de infecciones es entre las edades de 45-64 años. Este comportamiento se ha mantenido constante durante toda la década según se muestra en la Tabla 5.15. En el año 2013 no se reportaron casos en el grupo de edad de 0-14 años. El mayor número de casos en este grupo de edad se refleja en el año 2006 donde se reportaron 8 casos. La tasa general para el 2013 es 1.4 por lo que en comparación con la tasa de 2004 (3.2) ha tenido una reducción significativa.

Tabla 5.15: Incidencia de tuberculosis en Puerto Rico, 2004- 2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Total de Casos	123	113	112	98	95	63	80	50	71	50	All Cases
Tasa General	3.2	3.0	2.9	2.6	2.5	1.7	2.1	1.4	1.9	1.4	General Rate
Casos por Sexo											Cases by Sex
Masculino	85	66	75	65	62	43	52	35	52	37	Male
Femenino	38	47	37	33	33	20	28	15	19	13	Female
Casos por Grupo de Edad											Cases by Age Group
0-14 años	1	5	8	4	2	2	2	1	1	0	0-14 years
15-24 años	6	9	8	7	4	3	2	2	2	4	15-24 years
25-44 años	38	32	31	25	24	20	19	16	18	11	25-44 years
45-64 años	46	36	40	39	42	21	33	21	27	24	45-64 years
65 años y más	32	31	25	23	23	17	24	10	23	11	65 years and over

Fuente: Programa para el Control de la Tuberculosis, Reportes Anuales de Tuberculosis en P.R., Departamento de Salud.

Para el año 2013, la región con mayor número de casos fue San Juan, seguida de Caguas, Ponce, Bayamón, Arecibo y finalmente Mayagüez con el menor número de casos. Según información obtenida de los reportes anuales del PCTB los casos siempre se han concentrado en la Región de San Juan, sin embargo, tal y como se muestra en la gráfica 5.38 ha habido variaciones a través de los años. Los expertos del PCTB indican que la concentración de los casos de TB en el área metropolitana es esperada debido a las necesidades y problemas sociales que acompañan esas zonas como lo son la pobreza, las adicciones y el VIH/SIDA. Otro factor importante que señalan es la presencia mayor de comunidades emigrantes de países donde hay una alta incidencia de TB.



Fuente: Programa para el Control de la Tuberculosis, Reportes Anuales de Tuberculosis en P.R., Departamento de Salud.

La mortalidad de casos por TB en Puerto Rico está por encima de Estados Unidos. Los datos que se recogen a través del Sistema de Vigilancia de TB indican que, en Puerto Rico, para el año 2012 de los 71 casos reportados, 18 murieron lo que representa el 25% de los casos. Los factores de riesgos que señalan los expertos asociados a la incidencia de TB son múltiples entre los que se encuentran: abuso de sustancias nocivas (alcohol, drogas inyectables o no inyectables, etc.), infección por VIH, personas con sistemas inmunitarios débiles por condiciones de salud, ser persona sin hogar, extranjeros, entre otros. Según el último informe publicado por el PCTB el 57% de los casos reportados en el 2012 tenían al menos uno de estos factores de riesgos y un 28% tenía al menos dos o más factores de riesgos. Es importante destacar que el mayor proveedor de cuidado médico de la mayoría de los casos reportados con TB es el Departamento de Salud según información provista por el PCTB.

Tabla 5.16: Mortalidad de tuberculosis en Puerto Rico, 2008-2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	^a 2012	^a 2013
Total de Casos	123	113	112	98	95	63	80	50	71	50
En diagnóstico	15	13	7	5	9	5	2	3	5	3
Por ciento	12%	12%	6%	5%	9%	8%	3%	6%	7%	6%
Durante el tratamiento	18	12	14	9	15	6	8	10	13	8
Por ciento	15%	11%	13%	9%	16%	10%	10%	20%	18%	16%
Total de Muertes	33	25	21	14	24	11	10	13	18	11
Por ciento	27%	33%	19%	14%	25%	17%	13%	26%	25%	22%

^a Datos preliminares, sujeto a revisión

Fuente: Programa para el Control de la Tuberculosis, Reportes Anuales de Tuberculosis en P.R., Departamento de Salud.

Referencias:

Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology of HIV Infection through 2011

Recuperado de http://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics_epidemiology_of_infection_through_2011.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico. (2013) *Módulo sobre las Enfermedades de Transmisión*

Sexual. Sección de Capacitación y Asistencia Técnica de la División de Prevención de ETS/VIH.

Recuperado de

<http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Documents/Modulo%20ETS%202013.pdf>

Díez Ruiz-Navarro, Mercedes. (2003) *La tuberculosis en los albores del siglo XXI*. *Rev. Esp. Salud*

Publica,77(2),183-187.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Global Report: UNAIDS report on the global*

AIDS epidemic, 2013. Recuperado de

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_global_report_2013_en.pdf

Marrero, E., Rolón, Y., López, B. & Miranda, S. (2012). *Perfil Epidemiológico Integrado para la*

Prevención del VIH en Puerto Rico 2005-2011. Recuperado de

<http://www.salud.gov.pr/Programas/OficEpidemiologia/Boletines%20Epidemiologicos/Perfil%20epidemiologico%20integrado%20para%20la%20prevencion%20del%20VIH%20en%20Puerto%20Rico.pdf>

National Institutes of Health. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of*

Overweight and Obesity in Adults, Septiembre 1998. Bethesda, MD: US. Recuperado de

http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/ob_gdlns.pdf

National Institutes of Health. VIH/SIDA. Recuperado de

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hiv aids.html>

Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre las enfermedades no transmisibles. (Marzo 2013).

Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso (Mayo, 2014). Nota Descriptiva 311.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

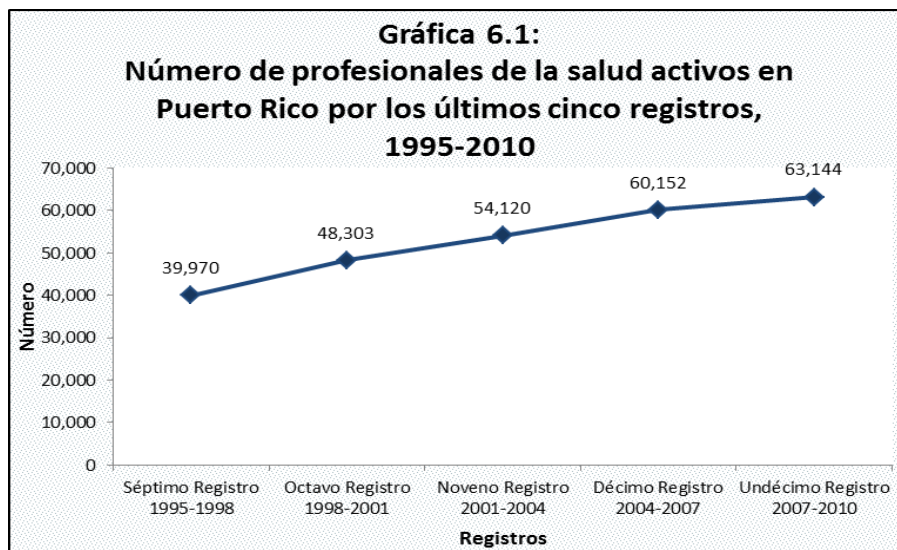
Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis (Marzo, 2014). Nota Descriptiva 104.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Capítulo 6: Profesionales de la Salud de Puerto Rico

Profesionales de la Salud de Puerto Rico, 2007-2010

El Undécimo Registro de Profesionales de la Salud de Puerto Rico comprende el período fiscal de julio de 2007 a junio de 2010 (Departamento de Salud, 2013). En este período, conocido como trienio, se registraron 76,701 profesionales de la salud. Los profesionales de la salud registrados se dividen por estado de empleo. Las categorías de estado de empleo son: activos en Puerto Rico, activos fuera de Puerto Rico e inactivos (incluye en Puerto Rico y fuera de Puerto Rico). Los profesionales de la salud activos se refieren a los profesionales de la salud que estaban ejerciendo su profesión, en o fuera de Puerto Rico, al momento de cumplimentar el formulario de registro. Los inactivos se refieren a los profesionales de la salud que no estaban ejerciendo su profesión al momento de cumplimentar el formulario de certificación o re-certificación de su licencia. En relación a los profesionales de la salud activos en Puerto Rico, se ha observado un incremento constante en el total de profesionales de la salud desde el séptimo hasta el undécimo registro.



Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico y División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

En Puerto Rico, la tasa de profesionales de la salud es de aproximadamente 17 profesionales de la salud por cada 1,000 habitantes. Dentro de los profesionales de la salud, algunas de las principales profesiones son los profesionales de la enfermería, médicos, farmacéuticos y dentistas. Los profesionales de la enfermería presentan una tasa de 7 enfermeros(as) por cada 1,000 habitantes en Puerto Rico.

Tabla 6.1: Profesionales de la salud activos en Puerto Rico por profesión, trienio 2007-2010

Profesiones	Número	Por ciento	Tasa ¹
Total	63,144	100.0	16.8
Prof. Enfermería	26,404	41.8	7.0
Médicos	9,424	14.9	2.5
Farmacéuticos (as)	2,507	4.0	0.7
Dentistas	1,495	2.4	0.4
Otros Profesionales	23,314	36.9	6.2

¹ Se utilizó una población intermedia del trienio 2007-2010. Población Intercensal Estimada Año 2008 del Censo de Estados Unidos (Septiembre 2011) fue de 3,760,866. Tasa por cada 1,000 habitantes.

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico y División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

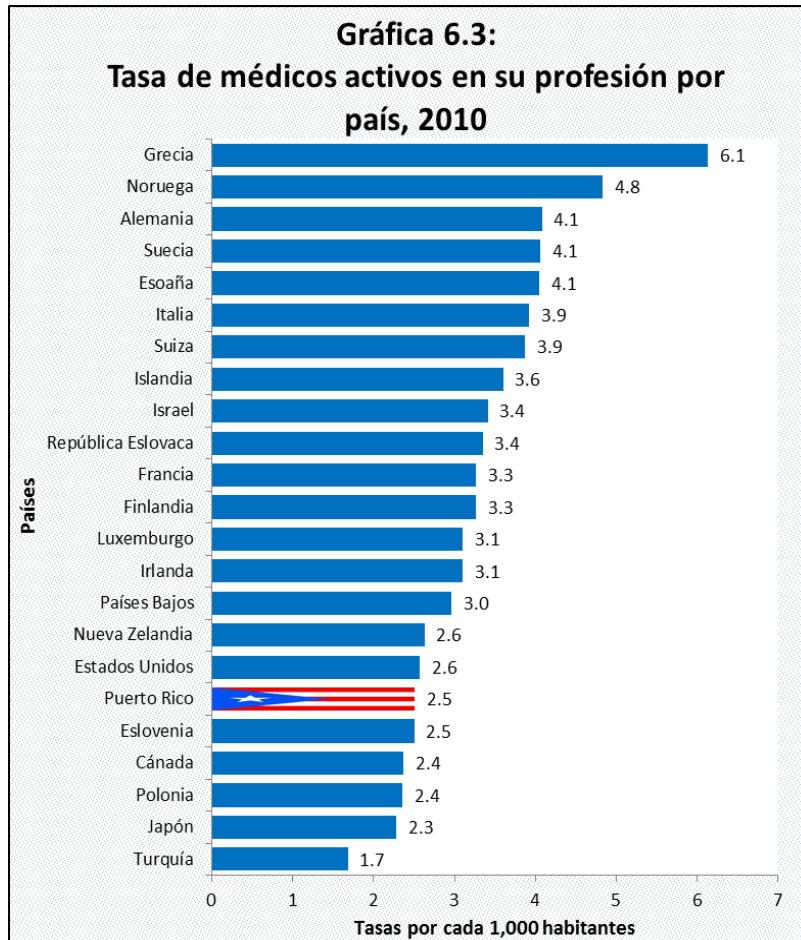


Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico y División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

La “Organization for Economic Co-operation and Development” (OECD, 2014) tiene como misión promover políticas para lograr el bienestar económico y social de las personas alrededor

del mundo. Dicha organización recopila datos estadísticos de diferentes temas por país. En esta sección se estarán comparando los datos de profesionales de la salud en Puerto Rico con otros países alrededor del mundo. Para las comparaciones se utilizaron los datos de todos los países que proveyeron la información a la OECD. Es importante señalar que los datos incluidos son los profesionales de la salud activos en su profesión; profesionales que estaban ejerciendo su profesión y/o que necesitaban la educación académica para ejecutar su trabajo.

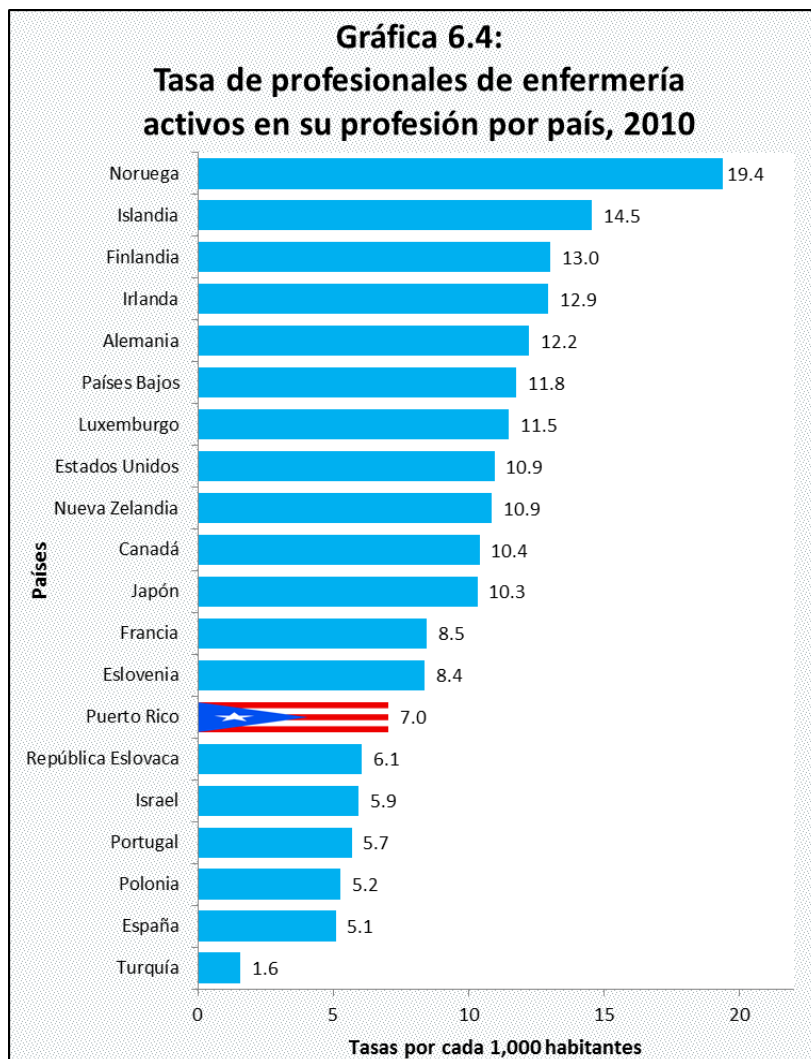
La tasa de médicos activos en Puerto Rico (2.5) es comparable a la tasa de Estados Unidos (2.6), Nueva Zelandia (2.6), Polonia (2.5) y Eslovenia (2.5). Los países con las tasas más altas de médicos activos son Noruega y Grecia con 4.8 y 6.1, respectivamente. Mientras, los países con las tasas más bajas de médicos activos son Turquía (1.7) y Japón (2.3).



Nota: Datos disponibles para Puerto Rico provienen del Undécimo Registro Trienio 2007-2010

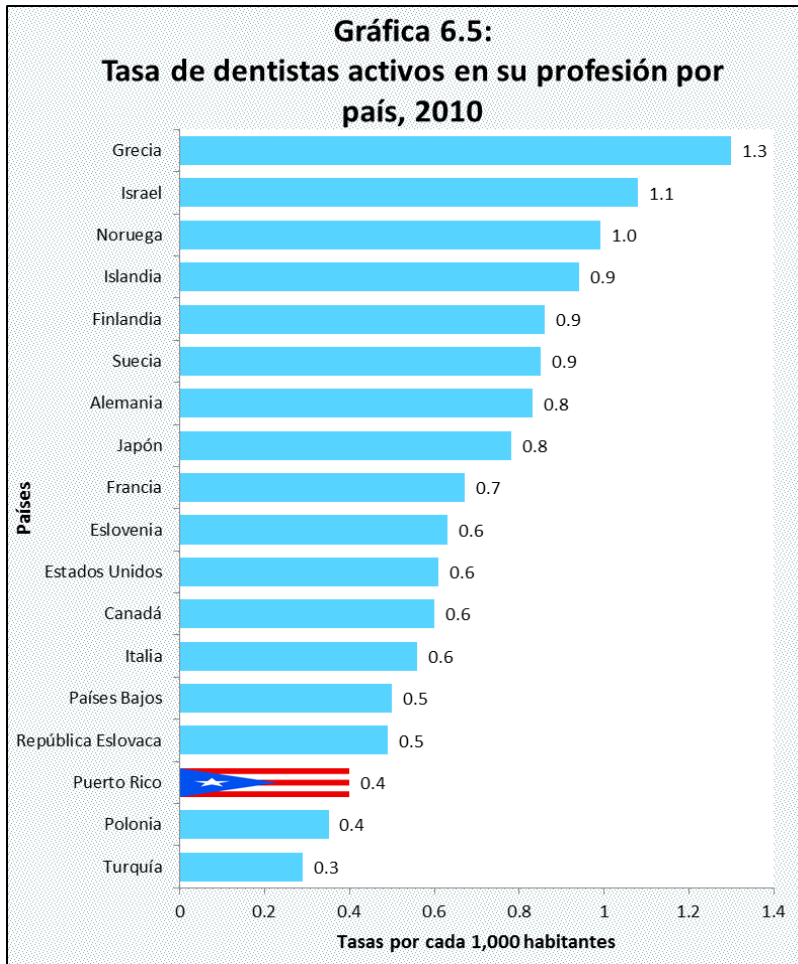
Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y de Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico y División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

La tasa de profesionales de la enfermería activos en Puerto Rico es de 7 enfermeros(as) por cada 1,000 habitantes en Puerto Rico. Dicha tasa se puede comparar con la tasa de la República Eslovaca (6.1), Eslovenia (8.4) y Francia (8.5). Los países con las tasas más altas de profesionales de la enfermería activos son Noruega (19.4) e Islandia (14.5).



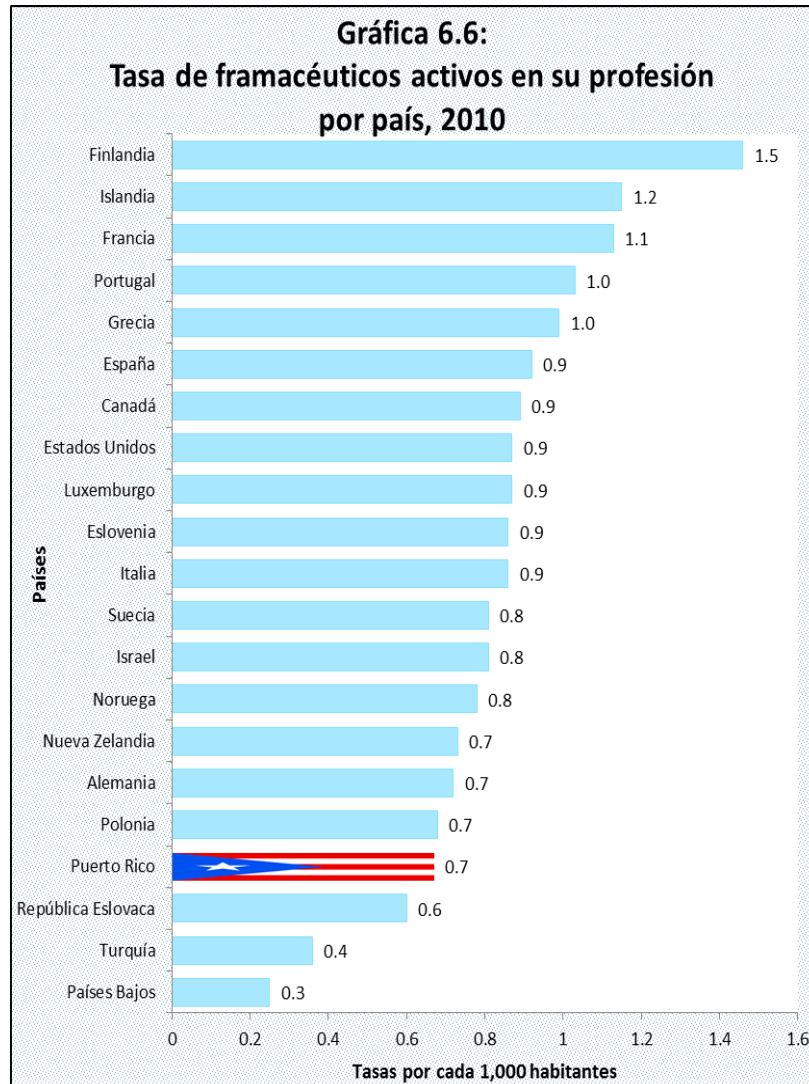
Nota: Datos disponibles para Puerto Rico provienen del Undécimo Registro Trienio 2007-2010
Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico y
División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

La tasa de dentistas activos en Puerto Rico (0.40) es la tercera tasa más baja cuando se compara con los datos de los países que proveyeron la información. La tasa de Puerto Rico es comparable a los datos de la República Eslovaca (0.49) y Polonia (0.35). Los países con las tasas más altas de dentistas activos son Grecia e Israel con 1.30 y 1.08, respectivamente.



Nota: Datos disponibles para Puerto Rico provienen del Undécimo Registro Trienio 2007-2010
Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD).
Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico y
División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

La tasa de farmacéuticos activos en Puerto Rico (0.67) es la cuarta tasa más baja cuando se compara con los datos de los países que proveyeron la información. La tasa de Puerto Rico es comparable a los datos de la República Eslovaca (0.60) y Polonia (0.68). Los países con las tasas más altas de dentistas activos son Finlandia e Islandia con 1.46 y 1.15, respectivamente.



Nota: Datos disponibles para Puerto Rico provienen del Undécimo Registro Trienio 2007-2010

Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico y División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

Tabla 6.2: Tasa de profesionales de la salud activos por país y profesión, 2010

País	Tasa* por profesiones			
	Médicos	Enfermería	Dentistas	Farmacéuticos
Canadá	2.37	10.40	0.60	0.89
Finlandia	3.27	13.00	0.86	1.46
Francia	3.27	8.50	0.67	1.13
Alemania	4.08	12.20	0.83	0.72
Grecia	6.13	-	1.30	0.99
Islandia	3.60	14.50	0.94	1.15
Irlanda	3.10	12.90	-	-
Israel	3.41	5.90	1.08	0.81
Italia	3.92	-	0.56	0.86
Japón	2.28	10.30	0.78	-
Luxemburgo	3.10	11.50	-	0.87
Países Bajos	2.96	11.80	0.50	0.25
Nueva Zenlandia	2.63	10.90	-	0.73
Noruega	4.83	19.40	0.99	0.78
Polonia	2.36	5.20	0.35	0.68
Portugal	-	5.70	-	1.03
Puerto Rico	2.51	7.00	0.40	0.67
República Eslovaca	3.35	6.10	0.49	0.60
Eslovenia	2.50	8.40	0.63	0.86
España	4.05	5.10	-	0.92
Suecia	4.06	1.60	0.85	0.81
Suiza	3.87	10.90	-	-
Turquía	1.68	-	0.29	0.36
Estados Unidos	2.57	-	0.61	0.87

* Tasas por cada 1,000 habitantes

Nota: Datos disponibles para Puerto Rico provienen del Undécimo Registro Trienio 2007-2010

Fuente: Estadísticas de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD)

Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico, y División de Evaluación y Monitoreo, San Juan, Puerto Rico

Referencia:

Departamento de Salud. (2013). Informe Estadístico de los Profesionales de la Salud, 2007-2010. San Juan, Puerto

Rico: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo.

OECD (2014), "OECD Health Data: Health status", *OECD Health Statistics* (database). doi: [10.1787/data-00540-en](https://doi.org/10.1787/data-00540-en)

(Accessed on 26 de Marzo de 2014)

Capítulo 7: Facilidades de Salud

Declaración de Información Estadística de Hospitales

En la División de Análisis Estadístico de la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo se recibe la *Declaración de Información Estadística*. La misma es un requisito en el proceso de la renovación de la licencia para “funcionar y mantener una facilidad de salud por virtud de la Ley 101 (Ley de facilidades de Salud, según enmendada)” (Departamento de Salud, 2005). Las facilidades de salud que necesitan cumplir con este requisito son:

- Hospitales generales
- Hospitales especializados
- Centros de Salud
- Centros de Rehabilitación
- Centros de rehabilitación psicosocial
- Facilidad Médica para Retardos Mentales
- Casas de Salud
- Centros de Salud Mental
- Facilidad de cuidado de larga duración
- Hospicios
- Salud en el Hogar (“home care”)
- Centros de Diagnóstico y Tratamiento
- Centros de Cirugía Ambulatoria
- Centros de hemodiálisis
- Clínicas de terminación de embarazo
- Unidades de Salud Pública
- Salas de Urgencias
- Salas de Emergencia

La Declaración cubre un periodo por año fiscal (1 de julio de cada año al 30 de junio del próximo año) y debe ser enviada al Departamento en o antes del 15 de septiembre. La información recopilada puede ser compartida con otras agencias gubernamentales. Para propósitos de este informe, se incluyen los datos sobre las camas autorizadas y camas en uso de facilidades hospitalarias (hospitales generales, especializados y psiquiátricos) en Puerto Rico. Además, se presenta información geo-referenciada para algunas de las facilidades o servicios de salud en la isla.

La declaración de información estadística solicitada a las facilidades hospitalarias incluye las siguientes secciones:

- Información de la facilidad- nombre, tipo de facilidad, dirección, clasificación de la facilidad, persona a cargo, entre otras.
- Informe sobre las camas- capacidad y complemento de camas (autorizadas y en uso), camas en cuidado intensivo, otras camas (recuperación, observación, cunas, incubadoras, camas para psiquiatría)
- Recursos humanos- personal clínico y administrativo.
- Institución y servicios- número de salas de operaciones, total de operaciones, total de cirugías cardiovasculares, cirugías ambulatorias, ente otros.
- Movimiento de pacientes- Parte A y B.
- Diagnósticos de alta más comunes por edad y sexo
- Información sobre contratos de servicios

De acuerdo al informe de Declaraciones de Información Estadística de Facilidades Hospitalarias correspondiente al año fiscal 2010-2011, en Puerto Rico había 68 hospitales, estos contaban

con un total de 12,787 camas autorizadas y 9,756 camas en uso. La capacidad de camas en uso fue de un 76.3% y la tasa de camas en uso fue de 2.6 por cada mil habitantes.

Tabla 7.1: Camas en facilidades hospitalarias en Puerto Rico, año fiscal 2010-2011

Camas autorizadas	Camas en uso	Capacidad en uso	Tasa de camas en uso (2010)
12,787	9,756	76.3%	2.6 / 1,000

Fuente: Declaraciones de Información Estadística de Facilidades Hospitalarias, 2010-2011. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. Departamento de Salud.

La tasa de camas en uso en Estados Unidos para el 2010 fue 3.1 camas en uso por mil habitantes, siendo esta mayor que la tasa de camas en uso para Puerto Rico. Al comparar la tasa de camas en uso con diferentes estados, Puerto Rico ocupaba la posición número 32, seguido por New Jersey, Rhode Island y Wisconsin con 2.3 camas en uso por mil habitantes. En comparación con otros países del Caribe y Latinoamérica, Puerto Rico es superado por Cuba con una tasa de 5.1 camas en uso por cada mil habitantes. La tasa de camas en uso de Puerto Rico para el 2010 fue mayor que la de Panamá (2.4 camas en uso por cada mil habitantes), República Dominicana (1.7 camas en uso por cada mil habitantes) y Colombia (1.4 camas en uso por cada mil habitantes).

Tabla 7.2: Tasas de camas en uso en facilidades hospitalarias en Estados Unidos y otros países, 2010

Estado	Tasa de camas en uso	Orden
Estados Unidos	3.1/1,000	--
New Jersey	2.3/1,000	33
Rhode Island	2.3/1,000	34
Wisconsin	2.3/1,000	35
País	Tasa de camas en uso	
Cuba	5.1/1,000	
Panamá	2.4/1,000	
República Dominicana	1.7/1,000	
Colombia	1.4/1,000	

Fuente: PRHCA, WB 2013, AAMC.

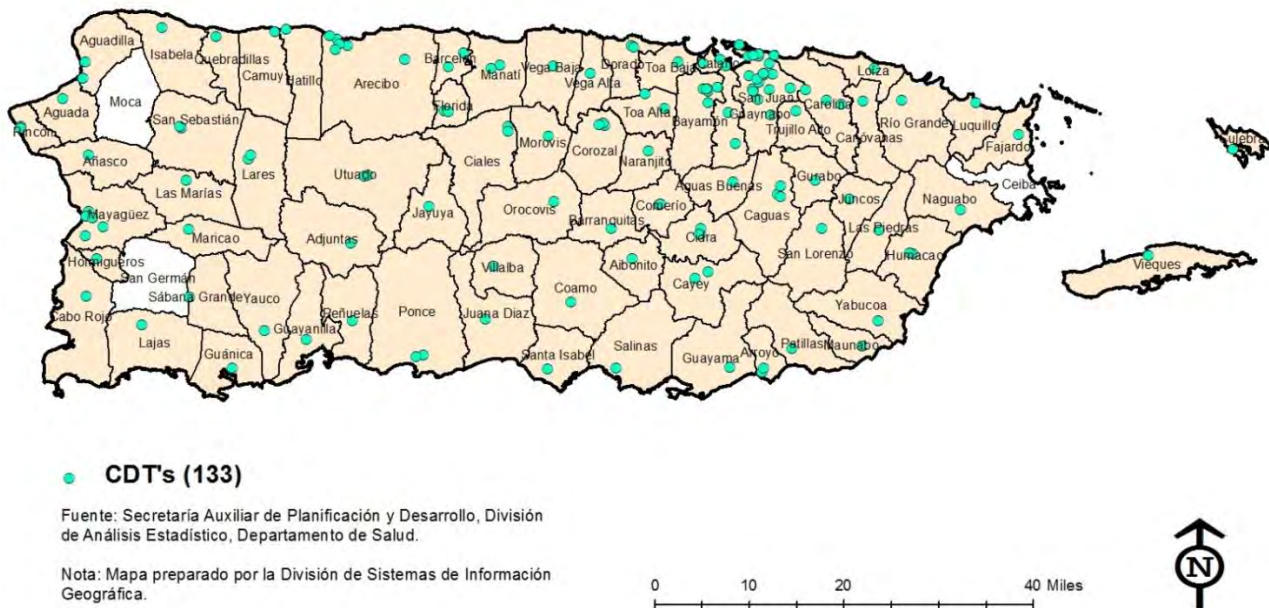
Otras facilidades y/o servicios de salud

A continuación se presenta información geo-referenciada relacionada a otras facilidades y/o servicios de salud en Puerto Rico.

Centros de Cuidado y Tratamiento (CDT's)

En Puerto Rico existen 133 CDT's que brindan servicios de salud a través de toda la isla. En el mapa 7.1 se presenta la localización geográfica geo-referenciada de los CDT's. Esta distribución no incluye los Centros de Salud Primaria que operan con fondos federales bajo la Sección 330 de la Ley de Consolidación de Centros de Salud de 1996.

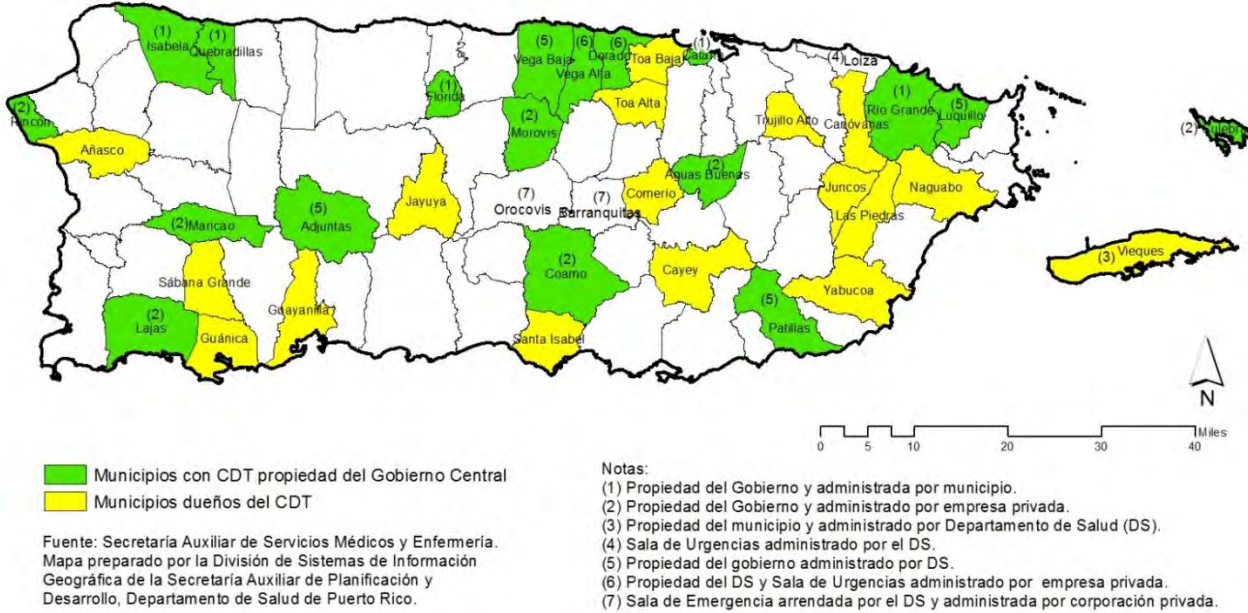
Mapa 7.1: **CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (CDT's)
PUERTO RICO, 2013**



Durante la implantación del modelo de Reforma de Salud en septiembre de 1993, muchos de los Centros de Cuidado y Tratamiento pasaron a manos privadas. El siguiente mapa 7.2 muestra los municipios cuyo CDT aún permanecen como propiedad del gobierno.

Mapa 7.2:

**MUNICIPIOS CON CDT'S PROPIEDAD DEL
GOBIERNO CENTRAL Y MUNICIPAL
PUERTO RICO, 2013**



Centros de Salud Primaria (330)

Los Centros de Salud Primaria o Centros de Salud Comunitaria originalmente surgen como parte del programa contra la pobreza que tuvo lugar a mediados de la década de 1960 de los Estados Unidos. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos comenzó a financiar estos centros en 1969. Al presente, el programa de centros de salud comunal está autorizado bajo la Sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública de 1 de julio de 1944, según enmendada. Dicha ley establece estos Centros como organizaciones que proveen cuidados de salud a poblaciones con pocos o limitados servicios de salud. Además de recibir fondos federales por la sección 330, tienen la obligación de ofrecer a su población tarifas ajustadas o descuentos de acuerdo a las necesidades económicas de sus pacientes.

En Puerto Rico, al año 2013, existían 50 Centros de Salud Primaria o Centros 330 (Mapa 7.3).

Mapa 7.3:

CENTROS DE SALUD PRIMARIA (330) PUERTO RICO, 2013



Fuente: Oficina de Servicios Primarios, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica. N=50

0 5 10 20 30 40 Miles



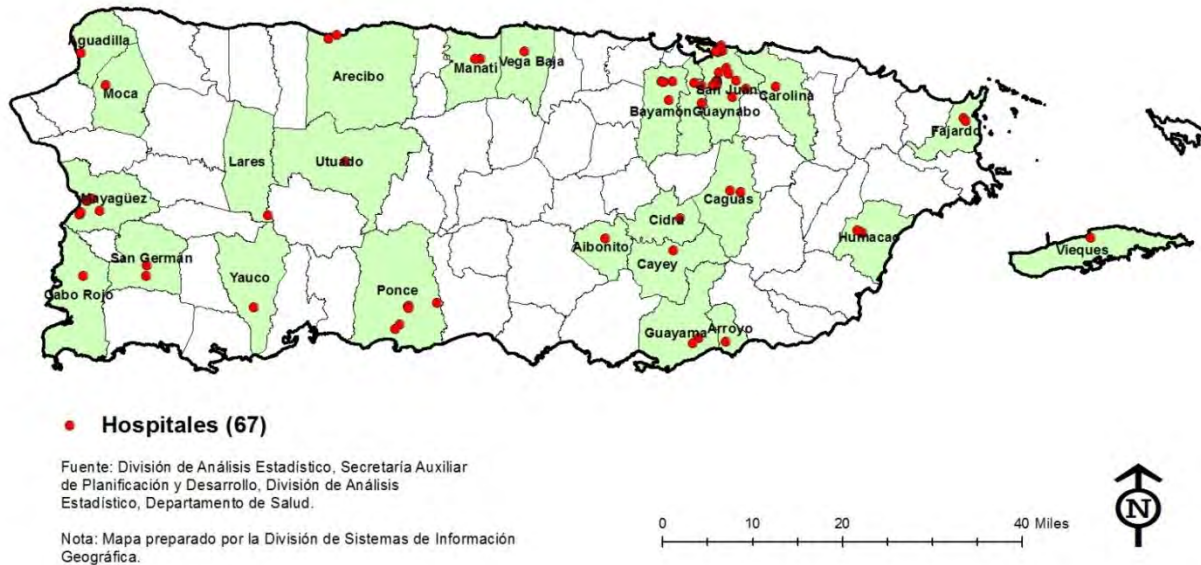
Servicios Hospitalarios

En la actualidad, existen en Puerto Rico un total de 67 hospitales (Mapa 7.4) que pueden ser clasificados de acuerdo a su especialidad en:

Hospitales Generales	52
Hospitales Psiquiátricos	8
Hospitales Pediátricos	3
Hospital de Rehabilitación	1
Hospital Cardiovascular	1
Hospital de Trauma	1
Hospitales Oncológicos	1

Mapa 7.4:

HOSPITALES PUERTO RICO, 2013



En el mapa 7.5 se presenta la distribución geográfica de los hospitales generales. La isla municipio de Vieques cuenta con un Centro de Salud con un número muy limitado de camas y cuenta con dos (2) salas de partos. Para efectos de este mapa se considera como un hospital general.

Mapa 7.5:

HOSPITALES GENERALES PUERTO RICO, 2013

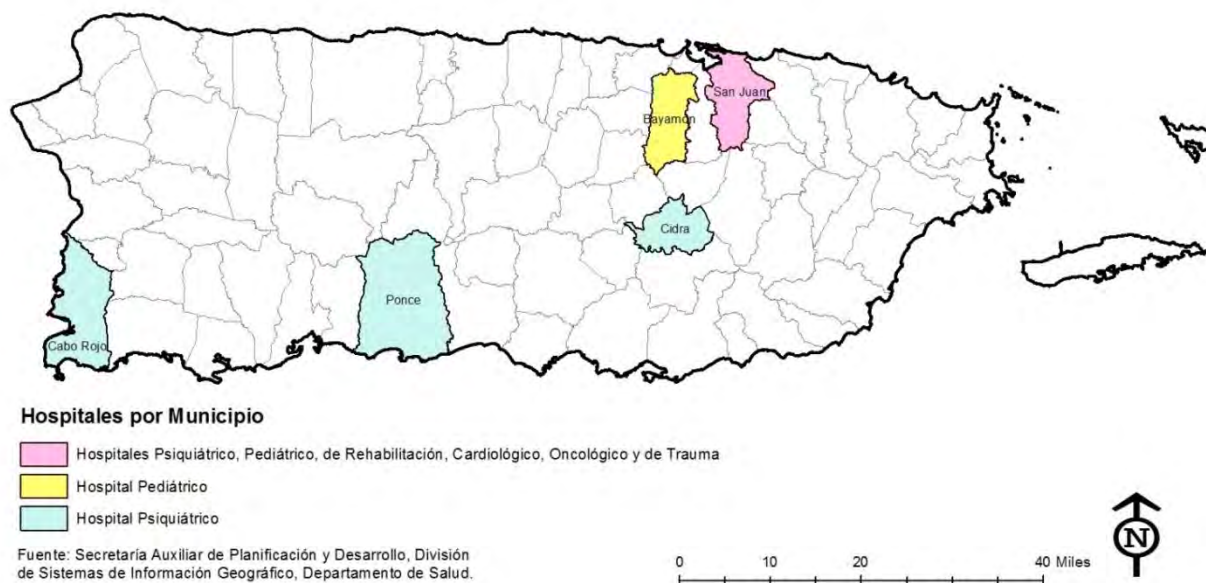


Hospitales Especializados

Los hospitales especializados constituyen una facultad médica organizada, facilidades permanentes que incluyen un mínimo de 6 camas, servicios médicos y servicios continuos de enfermería, que provee diagnóstico y tratamiento a pacientes con ciertas condiciones médicas o a otras categorías especiales de pacientes (Departamento de Salud, 2005). En el siguiente mapa (7.6) se ilustran los municipios con hospitales especializados.

Mapa 7.6

MUNICIPIOS CON HOSPITALES ESPECIALIZADOS PUERTO RICO, 2013



En el municipio de San Juan existen 4 hospitales psiquiátricos, 2 hospitales pediátricos, 1 hospital de rehabilitación, 1 hospital cardiovascular, 1 hospital oncológico y 1 de trauma. Los municipios de Ponce, Cidra y Cabo Rojo también cuentan con hospitales psiquiátricos.

Tabla 7.3: Hospitales Especializados por Municipio y Clasificación, Año 2013

Nombre de facilidad	Municipio	Clasificación
Centro Cardiovascular de PR y el Caribe	San Juan	Cardiología
Hospital Oncológico Dr. Isaac González Martínez	San Juan	Oncológico
Puerto Rico Children's Hospital	Bayamón	Pediátrico
San Jorge Children's Hospital	San Juan	Pediátrico
Hospital Pediátrico Universitario	San Juan	Pediátrico
Hospital Psiquiátrico de Cabo Rojo	Cabo Rojo	Psiquiátrico
First Hospital Panamericano	Cidra	Psiquiátrico
Inspira Psiquiátrico Behavioral Care, Corp.	Ponce	Psiquiátrico
Hospital Psiquiatría Forense	Ponce	Psiquiátrico
Hospital Psiquiátrico Dr. Ramón Fernández Marina	San Juan	Psiquiátrico
CPC Hospital San Juan Capestrano	San Juan	Psiquiátrico
Hospital Psiquiatría Forense	San Juan	Psiquiátrico
Hospital de Psiquiatría Correccional	San Juan	Psiquiátrico
Health South Rehabilitation of PR	San Juan	Rehabilitación
Hospital de Trauma Centro Médico	San Juan	Trauma

Fuente: Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de SIG

Servicios de Salud Mental

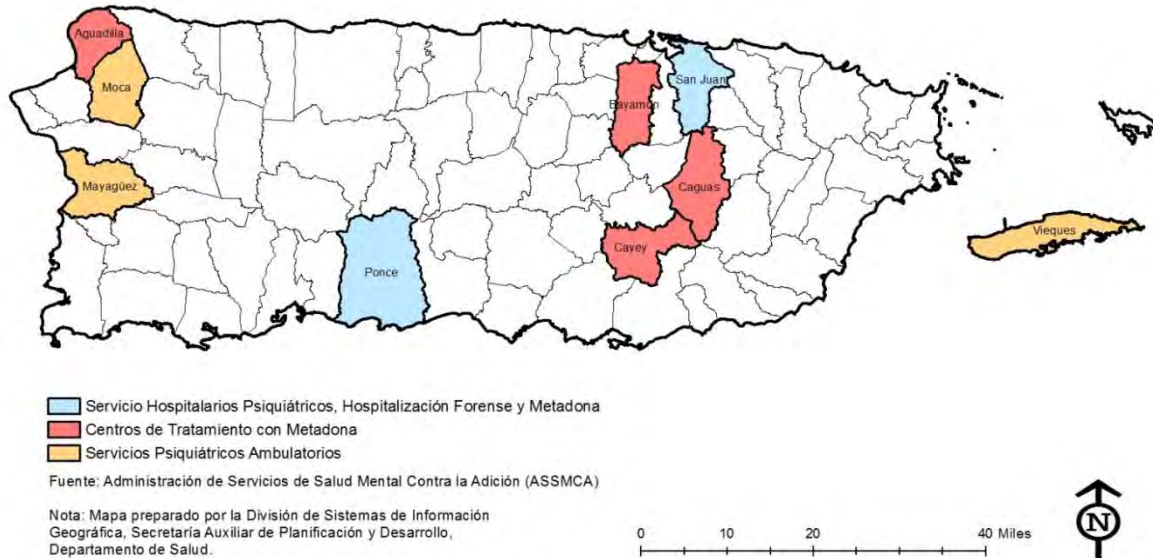
Tratamiento de Adultos

La Administración Auxiliar de Tratamiento de Adultos provee una diversidad de servicios y niveles de cuidado de tratamiento para salud mental y abuso de sustancias. Actualmente, la Administración de Servicios de salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) provee servicios hospitalarios psiquiátricos tanto en el Hospital de Psiquiatría General como en los servicios de hospitalización forense. Este servicio se ofrece a la población masculina en San Juan y a ambos sexos en Ponce. También, en el área de salud mental se proveen servicios ambulatorios en los Centros de Salud Mental de San Juan (San Patricio), Mayagüez, Moca y Vieques.

En relación a los servicios para personas con problemas de sustancias, ofrece servicios de desintoxicación y mantenimiento con metadona, tratamiento dirigido a personas con dependencia a opiáceos. Existen 6 centros de mantenimiento con metadona ubicados en Aguadilla, Bayamón, Caguas, Cayey, Ponce y San Juan. Además, en Ponce se ofrecen programas de desintoxicación interna y ambulatoria y en San Juan de desintoxicación ambulatoria. El siguiente mapa (7.7) muestra la localización por municipio de estos centros.

Mapa 7.7:

TRATAMIENTO A ADULTOS POR ASSMCA PUERTO RICO, 2014



Administración Auxiliar de Tratamiento de Niños/as y Adolescentes (AATNA)

La AATNA centra sus servicios en la población de niños entre las edades de 4 a 12 años y de adolescentes entre las edades de 13 a 17 años. Abarca las necesidades de esta población y su familia, lo que determina el tipo de servicios a ser provistos. La misión de AATNA es proveer servicios integrales de salud mental, incluyendo trastornos por abuso de sustancias y alcohol, con la mejor calidad y al menor costo posible, a la población de niños y adolescentes de Puerto Rico (ASSMCA, s.f.). Los puntos de servicio están ubicados en las siguientes facilidades: Unidad de Tratamiento Ambulatorio (Arecibo, Ponce, Moca), Clínica de Niños y Adolescentes de Río Piedras, Centro de Salud Mental Comunitario (Mayagüez y Bayamón) y Servicios Residenciales para Adolescentes (SeRA) en Bayamón.

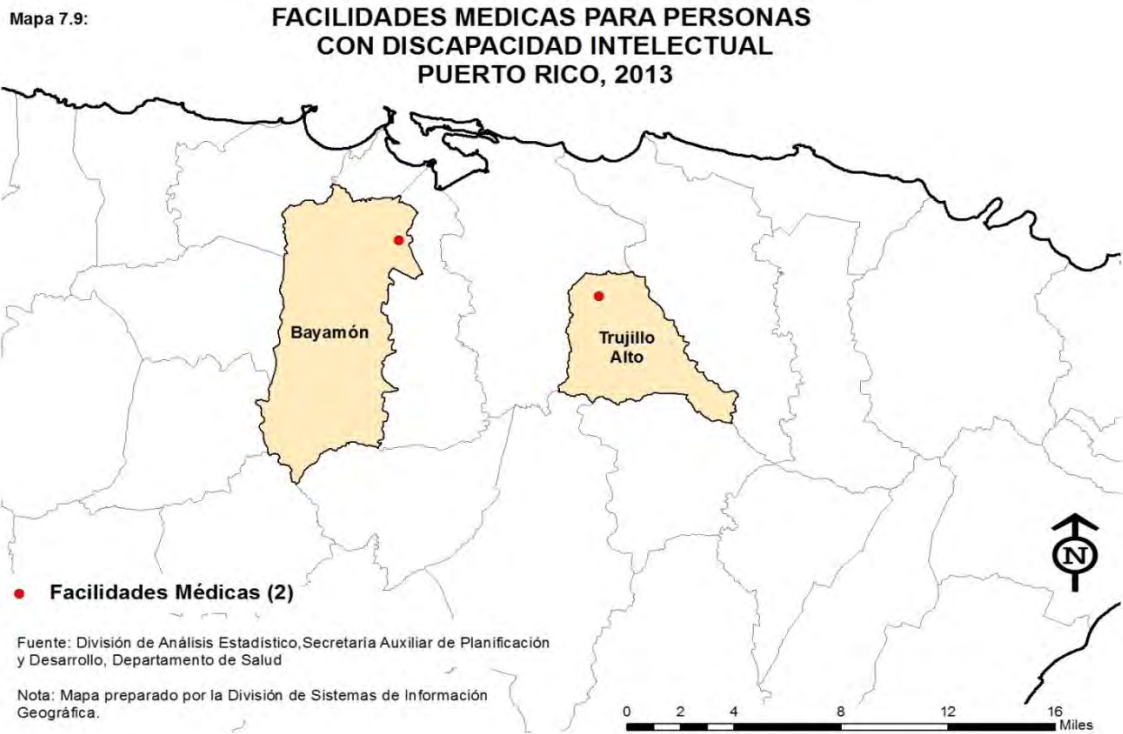
Centros de Rehabilitación Psicosocial

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial complementan los servicios de salud mental que se ofrecen en Puerto Rico. Existen en Puerto Rico dos (2) Centros de Rehabilitación Psicosocial, uno en el municipio de Cayey o el otro está en Trujillo Alto (Mapa 7.8).



División de Servicios a Población con Retardación Mental

La misión de la División es proveer servicios habilitativos centrados en la persona con Retardación Mental, con dignidad e igualdad, enfocados en el logro del mayor bienestar familiar y social para facilitar su inclusión en la comunidad (Departamento de Salud, 2013). La División de Servicios a Población con Retardación Mental tiene como responsabilidad el proveer servicios habilitativos y de tratamiento clínico (Mapa 7.9).

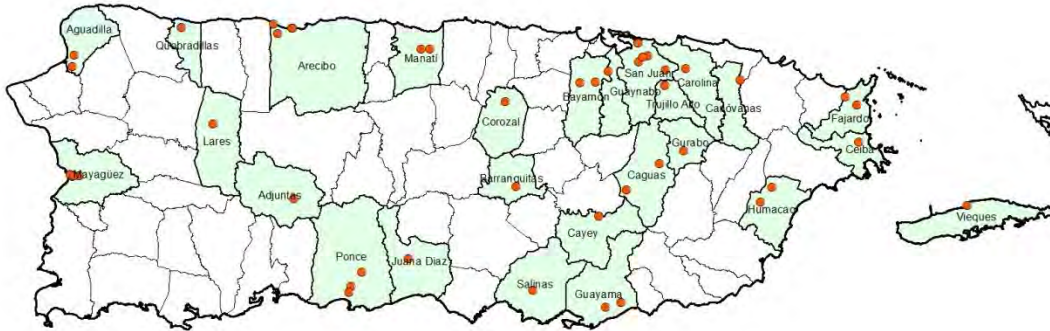


Otras Facilidades de Salud

De acuerdo al Registro de Hospitales y Otras Facilidades producido por la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo (Departamento de Salud, 2014), en Puerto Rico existen otros centros donde se ofrecen servicios relacionados con la salud. Entre estos: Agencias de Salud en el Hogar (Mapa 7.10), Hospicios (Mapa 7.11), Centros de Cirugía Ambulatoria (7.12) y Centros de Diálisis (Mapa 7.13).

Mapa 7.10:

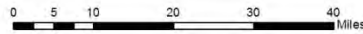
**AGENCIAS DE SALUD EN EL HOGAR
PUERTO RICO, 2014**



● **Agencias de Salud en el Hogar (48)**

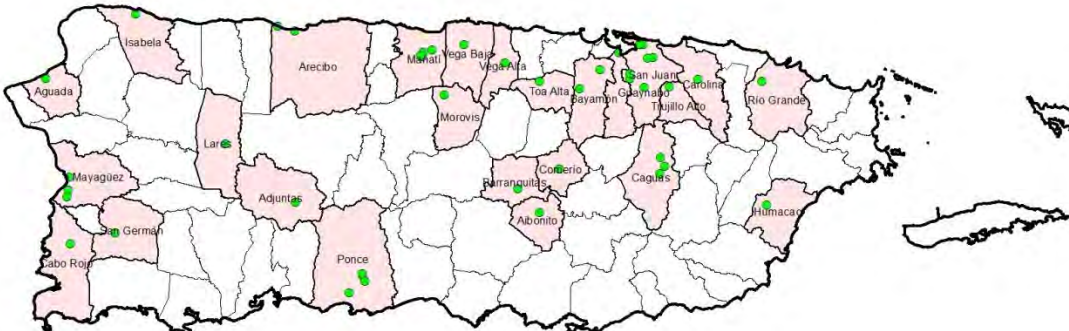
Fuente: División de Análisis Estadístico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica.



Mapa 7.11:

**HOSPICIOS
PUERTO RICO, 2013**



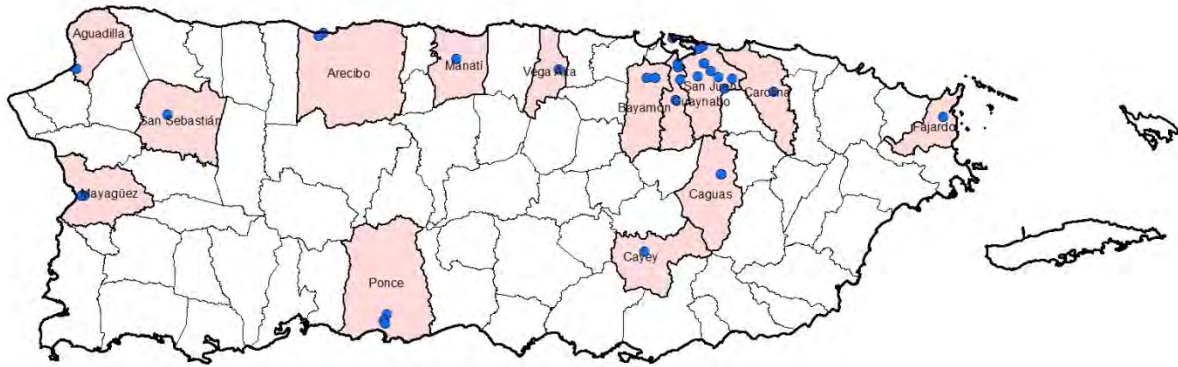
● **Hospicios Puerto Rico (43)**

Fuente: División de Análisis Estadístico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, División de Análisis Estadístico.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica.



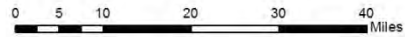
Mapa 7.12: **CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA
PUERTO RICO, 2013**



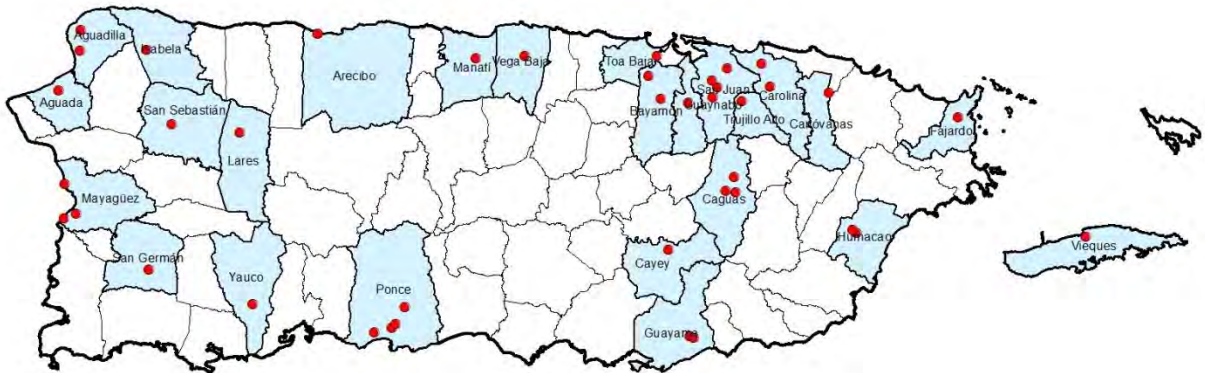
● **Centros Cirugía Ambulatoria (32)**

Fuente: División de Análisis Estadístico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica.



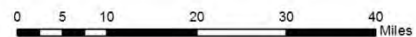
Mapa 7.13: **CENTROS DE DIÁLISIS
PUERTO RICO, 2013**



● **Centros de Diálisis (41)**

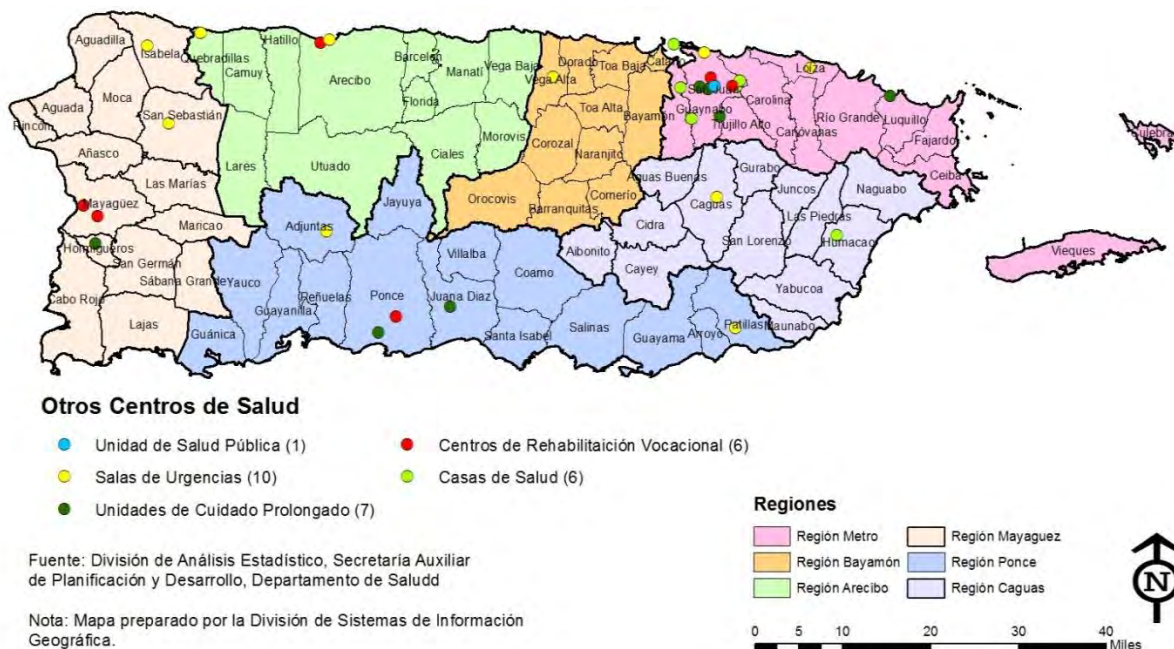
Fuente: División de Análisis Estadístico, Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud.

Nota: Mapa preparado por la División de Sistemas de Información Geográfica.



Existen otros Centros donde se reciben servicios de salud. El mapa 7.14) muestra las Salas de Urgencia, Unidades de Cuidado Prolongado, Unidades de Salud Pública, Casas de Salud y Centros de Rehabilitación Vocacional.

Mapa 7.14: OTROS CENTROS DE SALUD POR MUNICIPIOS Y REGIÓN
PUERTO RICO, 2014

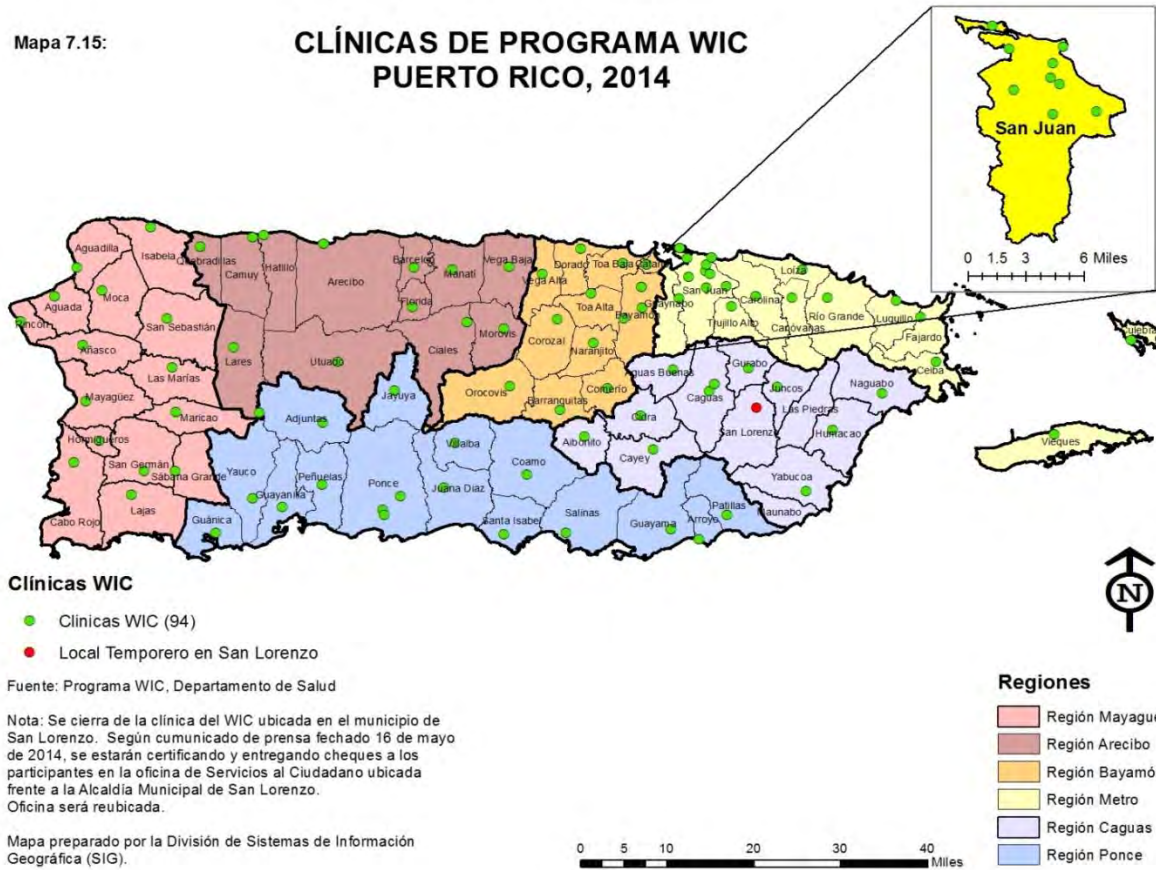


Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

Este programa le pertenece a la División de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura Federal (Food and Nutrition Services) y en Puerto Rico está adscrito al Departamento de Salud. El Programa es subvencionado con fondos federales los cuales se asignan anualmente a los estados y territorios de los Estados Unidos. El siguiente mapa (7.15) presenta la distribución geográfica de las Clínicas WIC en Puerto Rico.

Mapa 7.15:

**CLÍNICAS DE PROGRAMA WIC
PUERTO RICO, 2014**



Existen otros servicios que ofrece el Departamento de Salud no presentados de forma geográfica en este capítulo. Entre estos se encuentran: los servicios prestados por la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET) y sus programas de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV) y las Clínicas de Inmunología.

Referencias:

Association of American Medical Colleges PRHCA, WB 2013, AAMC

Departamento de Salud. (2005). Declaración de Información Estadística para hospitales generales,

especializados y centros de salud. San Juan, Puerto Rico: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo.

Capítulo 8: Población sin seguro de salud en Puerto Rico

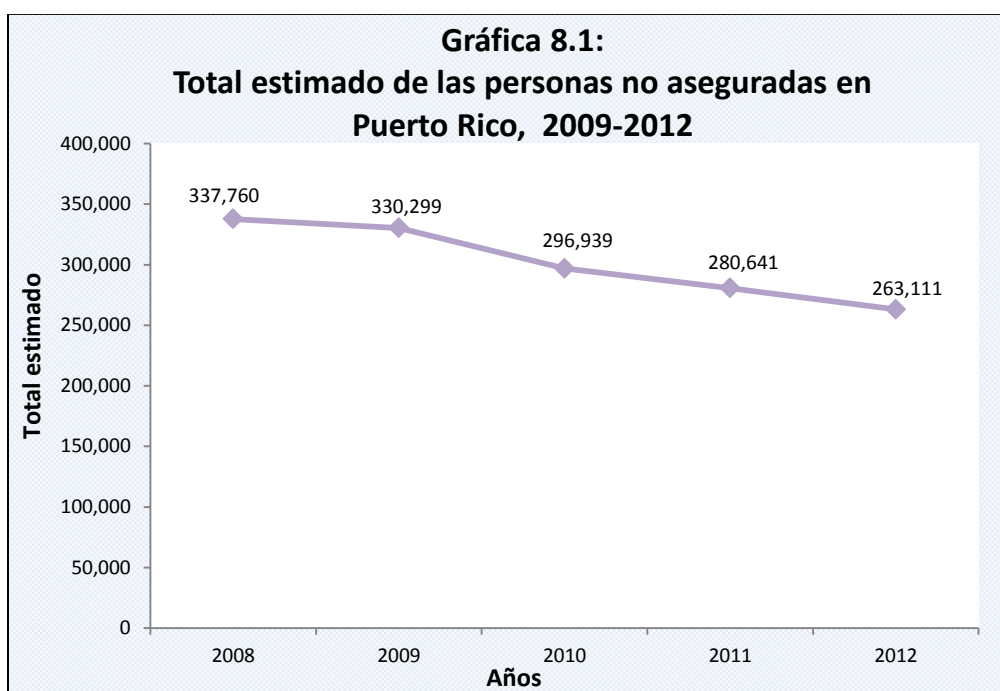
Población sin seguro de salud en Puerto Rico

El primer y más importante compromiso de esta administración de gobierno ha consistido en ofrecer acceso a un seguro de salud a la población que carece del mismo. Por lo pertinente de esta promesa, se incluye una sección sobre la población no asegurada en Puerto Rico. Estimados realizados por diferentes profesionales, tanto de la economía como de la demografía, indican que existen cerca de 300 mil personas sin seguro de salud en la Isla. En este capítulo, se presentarán tres fuentes de datos que se utilizan para conocer el estimado de personas no aseguradas en Puerto Rico. También, se indicarán las ventajas y desventajas de cada una de las fuentes de datos.

La primera fuente utilizada para estimar la población no asegurada en Puerto Rico es el Censo Federal. El *American Community Survey* (específicamente el *Puerto Rico Community Survey*), es uno de los cuestionarios donde se recoge información que incluye la población asegurada y no asegurada de Puerto Rico. Los datos que se presentan en el Censo Federal se obtienen a base de estimaciones de un año, tres años y cinco años. El estimado de un año incluye una muestra de áreas geográficas que tienen una población de 65,000 personas o más; distribuidas en 12 municipios, 7 zonas urbanas y 8 áreas metropolitanas. La segunda estimación, de tres años, incluye una muestra de áreas geográficas con población de 20,000 personas o más distribuidas en 65 municipios, 16 zonas urbanas y comunidades, entre otros. El tercer estimado, de cinco años, incluye áreas geográficas pequeñas, por lo que es más específico y está basado en datos recogidos entre 2005-2009. De la población no asegurada en Puerto Rico existen datos anuales del 2008-2012, estimaciones de tres años del 2010-2012 y una estimación de cinco años del año

2012⁵. Para propósitos de este escrito se utilizarán los datos anuales del 2008-2012 para poder realizar comparaciones entre los años.

Los datos generados por el censo señalan que la población sin seguro de salud en Puerto Rico ha estado disminuyendo. En las estimaciones anuales del Censo Federal se observa que en el año 2009 había 330,299 personas no aseguradas, mientras en el 2012 había 263,111. (Ver gráfica 8.1)



Fuente: Negociado del Censo de los Estados Unidos, Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico. Estimados de 1 año (2009, 2010, 2011, 2012)

Al observar los datos de la encuesta por sexo, es notable la diferencia que existe entre la población no asegurada masculina y femenina. En los cuatro años analizados, la población sin seguro de salud masculina representa más del 50.0% de la población no asegurada. (Ver tabla 8.1)

⁵ http://factfinder2.census.gov/faces/nav/jsf/pages/wc_prcs.xhtml

Tabla 8.1: Distribución porcentual del total estimado de la población sin seguro de salud en Puerto Rico por sexo, 2009-2012

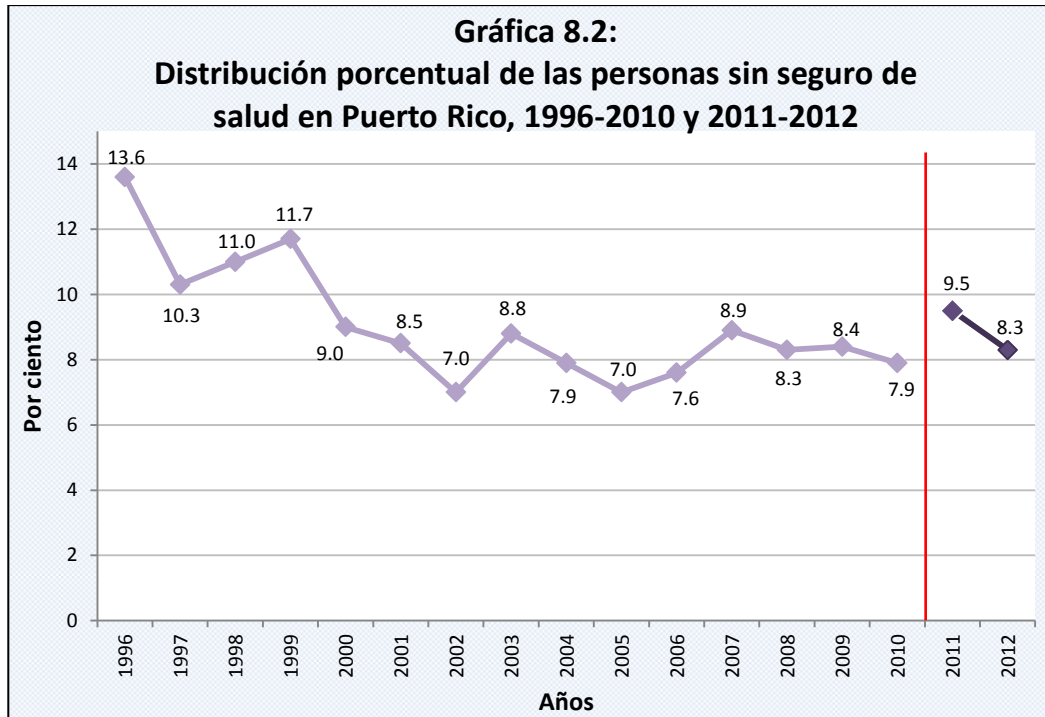
Años	Total		Masculino		Femenino	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento	Número	Por ciento
2009	330,299	100.0	201,541	61.0	128,758	39.0
2010	296,939	100.0	177,414	59.7	119,525	40.3
2011	280,641	100.0	175,242	62.4	105,399	37.6
2012	263,111	100.0	157,227	59.8	105,884	40.2

Fuente: Negociado del Censo de los Estados Unidos, Encuesta de la Comunidad de Puerto Rico. Estimados de 1 año (2009, 2010, 2011, 2012)

La segunda fuente de datos que ofrece información de la población no asegurada es el *Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS)*. Una de las preguntas incluidas en el cuestionario utilizado está relacionada a la cubierta médica. En ésta, se le pregunta al entrevistado si posee un plan médico.

En los datos del PR-BRFSS se observa una tendencia general de disminución en la población sin seguro de salud. Cabe señalar, que en el año 2011 hubo cambios en la metodología de la encuesta, donde se incluyeron en la muestra las personas con teléfonos celulares. Las gráficas 8.2 y 8.3 muestran el cambio en metodología a través de una línea⁶ en los datos presentados del año 2010 al 2011. En el 2012, el 8.3% de las personas indicaron no tener cubierta médica. (Ver gráfica 8.2) Ese porcentaje representa aproximadamente 304,368 personas cuando se calcula utilizando la población estimada de Puerto Rico por el Censo Federal (estimado anual) para el 2012 que ascendió a 3,667,084.

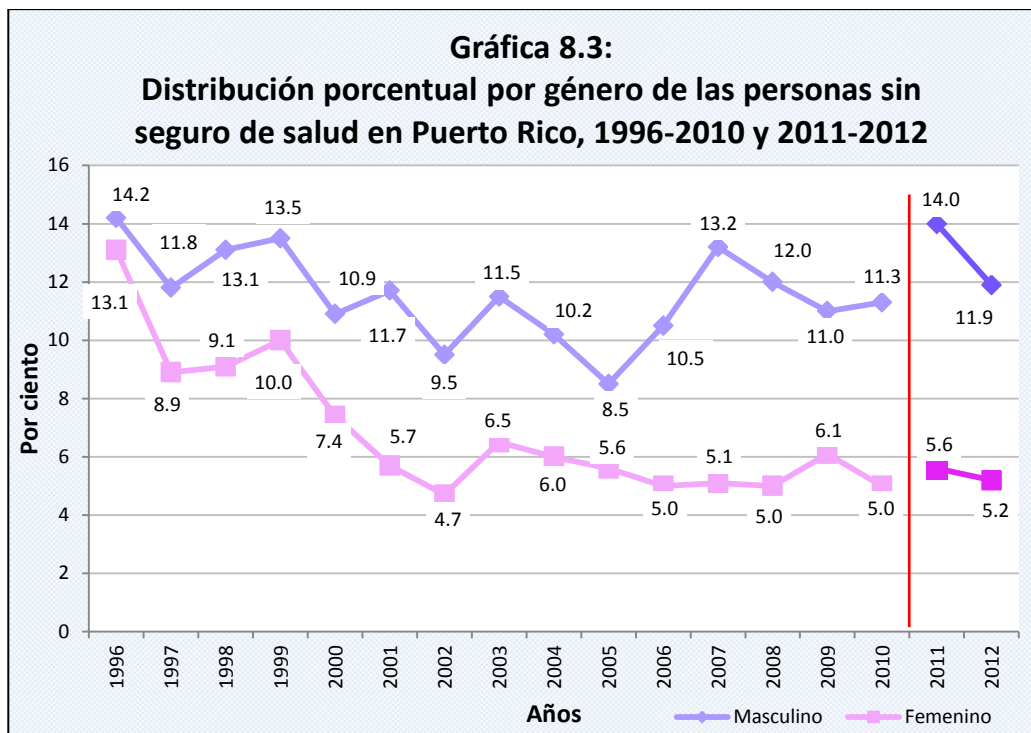
⁶ Es importante señalar que aunque los datos se presentan en la misma gráfica, los datos entre el 1996-2010 no son comparables a los datos del 2011-2012 debido al cambio en metodología.



^a Los datos a partir del 2011, sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PR-BRFSS). Departamento de Salud.

En esta fuente de información también es notable la diferencia entre la población masculina y femenina. Se desprende de los datos, que la diferencia porcentual menor entre los por cientos de la población no asegurada masculina (14.4%) y femenina (13.1%) fue en el año 1996. (Ver gráfica 8.3) En los años subsiguientes, la brecha entre ambos géneros se ha abierto. En el año 2012, se observa que el por ciento de hombres sin cubierta médica es de 11.9%; mientras, las mujeres fue 5.2%.

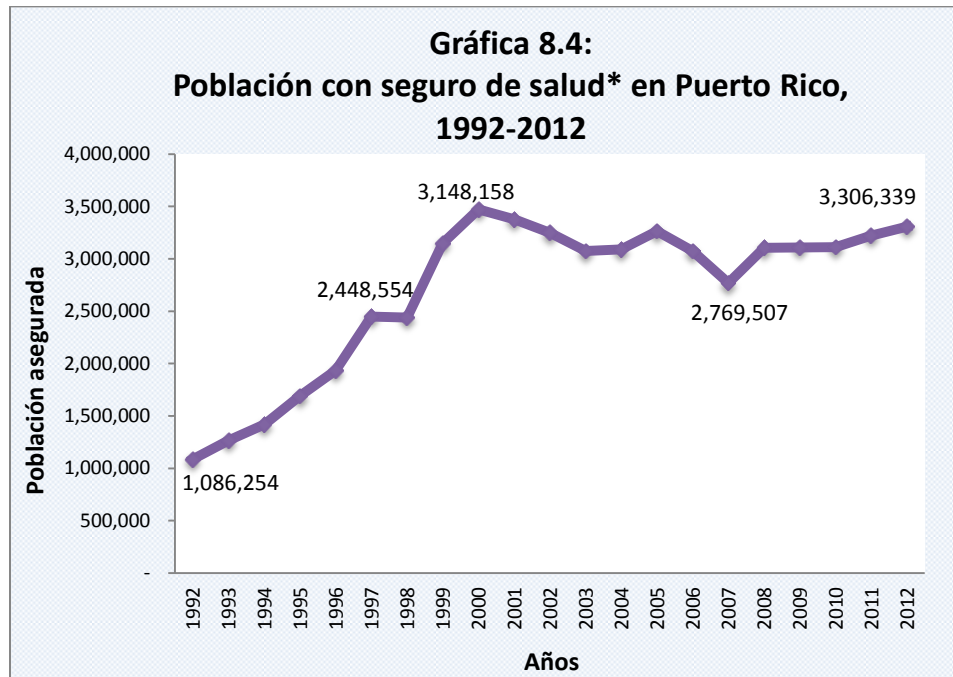


^a Los datos a partir del 2011, sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Fuente: Puerto Rico Behavioral Risk Factor Surveillance System (PRBRFSS). Departamento de Salud.

La tercera fuente de información sería una estimación de la población sin seguro de salud tomando en consideración la población asegurada. Para calcular dicho dato se deben considerar todos los planes de salud disponibles en Puerto Rico: aseguradoras privadas, Plan de Salud del Gobierno, Programa de Servicios de Salud de la Asociación de Maestros de Puerto Rico (PROSSAM), la Sociedad del Auxilio Mutuo y la Administración de Veteranos. En la Oficina del Comisionado de Seguros se solicita anualmente a las aseguradoras que completen un reporte sobre las personas aseguradas, las primas que suscribieron y sus pérdidas; este reporte es comúnmente conocido como la Planillita. En el reporte se desglosan las personas aseguradas desglosadas por tipo de aseguradora y grupo de edad. Los datos del reporte están disponibles

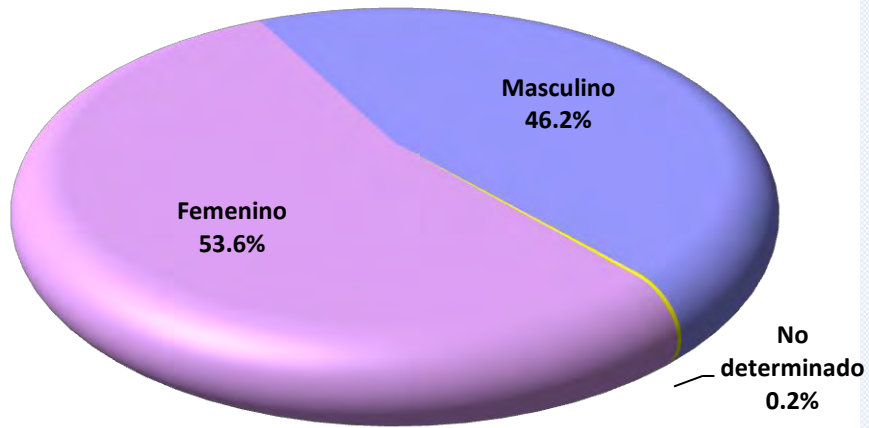
desde el año 1992 hasta el 2012. En el reporte se indica que para el año 2012 hubo un total de 3,306,339 personas aseguradas. (Ver gráfica 8.4)



*Datos no incluyen la totalidad de la población asegurada de Puerto Rico
Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros

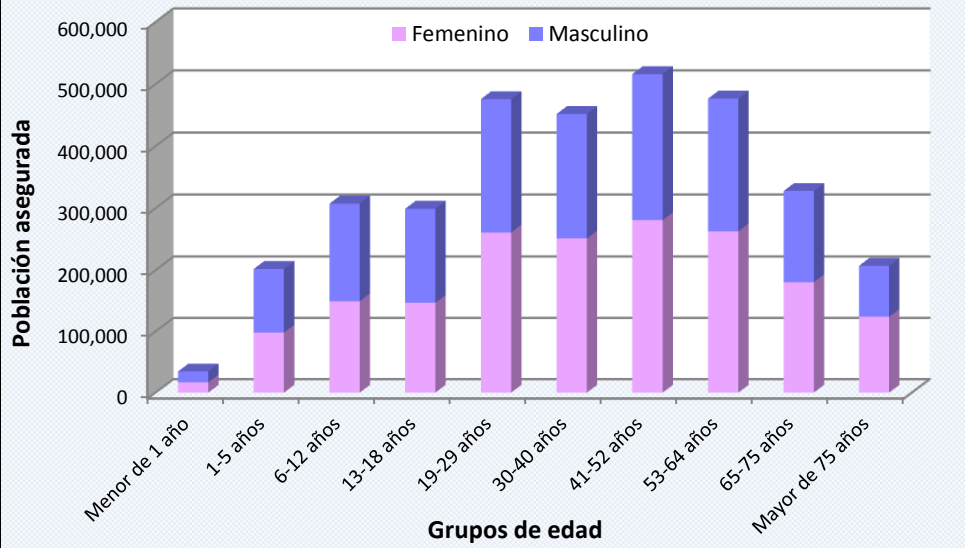
Al analizar los datos de la Oficina del Comisionado de Seguros por sexo, se observa que las mujeres con cubierta médica superan a los hombres. El por ciento de mujeres con seguro de salud es de 53.6%; en cambio, los hombres con seguro de salud representan el 46.2%. (Ver gráfica 8.5) Al evaluar los datos por grupo de edad, se observa que los hombres con seguro médico superan a las mujeres desde un año o menos hasta los dieciocho años. En los restantes cohortes de edad, la mujer supera al hombre. (Ver gráfica 8.6)

Gráfica 8.5:
Distribución porcentual por sexo de población con seguro de salud* en Puerto Rico, 2012



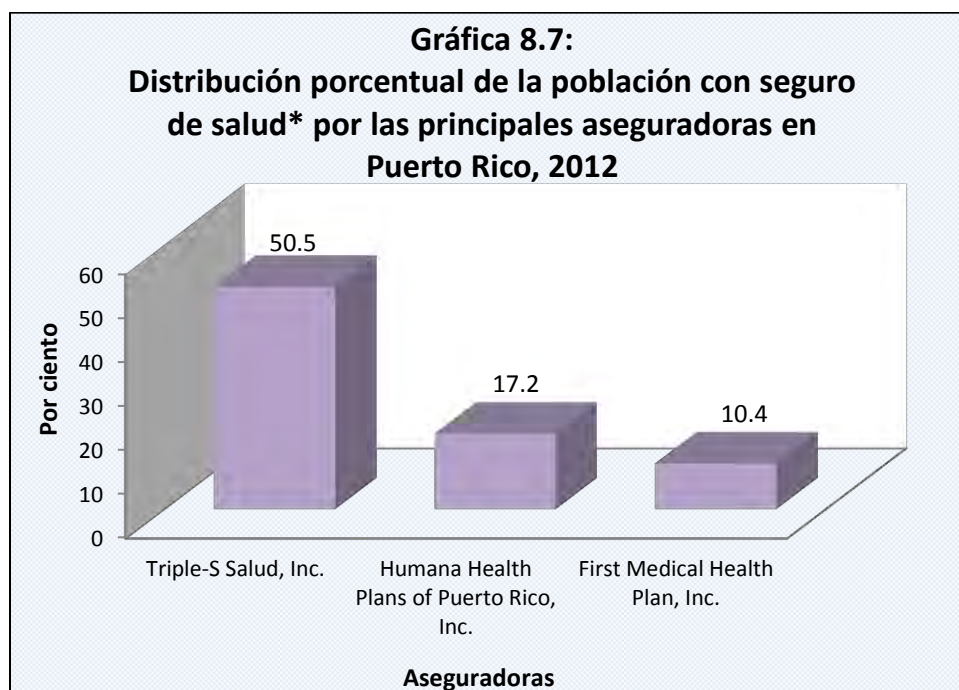
* Datos no incluyen la totalidad de la población asegurada en Puerto Rico
 Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros

Gráfica 8.6:
Distribución numérica de la población con seguro de salud* por grupo de edad y sexo, 2012



* Datos no incluyen la totalidad de la población asegurada en Puerto Rico
 Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros

El reporte de la Oficina del Comisionado de Seguros incluye los datos de la población con seguro de salud por aseguradora. En el año 2012, se observa que las principales aseguradoras privadas en Puerto Rico eran Triple S Salud, Humana Health Plan of Puerto Rico y First Medical Health Plan; estas representan el 78.1%. (Ver gráfica 8.7 y tabla 8.2)



* Datos no incluyen la totalidad de la población asegurada en Puerto Rico
Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros

Tabla 8.2: Distribución numérica y porcentual por aseguradora de la población con seguro de salud* en Puerto Rico, 2012

Nombre de la aseguradora	Número	Por ciento
Total	3,306,339	100.0
Triple-S Salud, Inc.	1,669,261	50.5
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.	568,004	17.2
First Medical Health Plan, Inc.	344,562	10.4
MMM Healthcare, Inc.	180,733	5.5
MCS Life Insurance Company	162,173	4.9
Otras aseguradoras	381,606	11.5

* Datos no incluyen la totalidad de la población asegurada en Puerto Rico
Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros

Para tener un aproximado del total de la población asegurada en Puerto Rico se deben considerar los datos de asegurados de la Asociación de Maestros, la Sociedad del Auxilio Mutuo, y la Administración de Veteranos, que no están incluidos en los datos provistos por la Oficina del Comisionado de Seguros. Al utilizar la población del censo⁷ para el año 2012 (3,667,084) y restarle la población asegurada según la Oficina del Comisionado de Seguros, el Programa de Servicios de Salud de la Asociación de Maestros de Puerto Rico (PROSSAM) y Administración de Veteranos, el estimado de la población sin seguro de salud en Puerto Rico es 88,497 (2.4%), según se muestra en la tabla 8.3. (Esto no incluye los socios del Plan de Salud del Auxilio Mutuo)

⁷ Población civil no institucionalizada

Tabla: 8.3: Distribución numérica y porcentual de la población de Puerto Rico por seguro de salud, 2004-2012

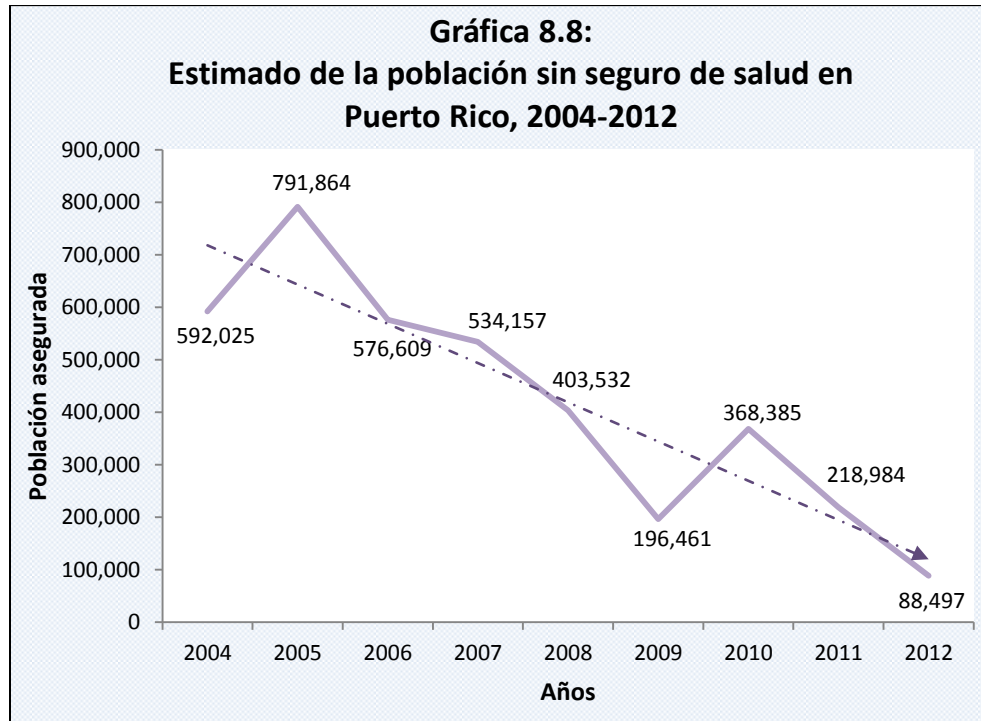
Distribución numérica	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Población de Puerto Rico	3,826,878	3,821,362	3,805,214	3,782,995	3,760,866	3,740,410	3,721,208	3,694,093	3,667,084
Datos numéricos									
Población con seguro de salud	3,234,853	3,029,498	3,228,605	3,248,838	3,357,334	3,543,949	3,352,823	3,475,109	3,578,587
Plan de Salud del Gobierno	1,521,930	1,541,306	1,409,567	1,362,824	1,389,796	1,549,147	1,479,627	1,512,422	1,571,353
^a Seguros de Salud Privados	1,712,923	1,488,192	1,819,038	1,886,014	1,967,538	1,994,802	1,873,196	1,962,687	2,007,234
^b Población sin seguro de salud	592,025	791,864	576,609	534,157	403,532	196,461	368,385	218,984	88,497
Distribución porcentual	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Población con seguro de salud	84.5	79.3	84.8	85.9	89.3	94.7	90.1	94.1	97.6
Plan de Salud del Gobierno	39.8	40.3	37.0	36.0	37.0	41.4	39.8	40.9	42.9
Seguros de Salud Privados	44.8	38.9	47.8	49.9	52.3	53.3	50.3	53.1	54.7
Población sin seguro de salud	15.5	20.7	15.2	14.1	10.7	5.3	9.9	5.9	2.4

^a Una persona puede tener varios seguros de salud privados. Se incluyen datos de la población asegurada del Plan de Socios de Auxilio Mutuo, Programa de Servicios de Salud de la Asociación de Maestros de Puerto Rico (PROSSAM), Veteranos y sus familiares.

^b Datos estimados tomando en consideración la población total de Puerto Rico y la población con seguro de salud
Tabla preparada en la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud

Fuentes: Población de Puerto Rico según el Censo de Estados Unidos; Plan de Salud del Gobierno, Administración de Seguros de Salud; Seguros de salud privados, Oficina del Comisionado de Seguros; Veteranos y familiares, Administración de Veteranos; PROSSAM, Administración de PROSSAM.

Los datos estimados de la población sin seguro de salud del año 2004 al 2012 muestran una tendencia decreciente. Dicha tendencia coincide con los datos del Censo y del BRFSS. Es importante señalar que en los datos del Comisionado de Seguros puede haber personas con más de un seguro de salud.



Estimado en la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud
Fuente: Oficina del Comisionado de Seguros

Tomando en consideración las tres fuentes de datos que estiman la población sin seguro de salud en Puerto Rico, se observa que dos (Censo y BRFSS) coinciden en que la población no asegurada es de aproximadamente de 300 mil. La estimación que utiliza los datos de la población con seguro de salud es más baja comparada a las demás debido a que existen personas con más de un seguro de salud. La tabla 8.4 muestra la comparación entre las tres fuentes de datos. En la misma se observa que en las tres fuentes de datos la población sin seguro de salud ha disminuido.

Tabla 8.4: Estimados de la población sin seguro de salud en Puerto Rico, 2008-2012

Años	Población Puerto Rico	^a Estimado		Censo		^b BRFSS	
		Número	%	Número	%	Número	%
2008	3,760,866	403,532	10.7	323,434	8.6	312,152	8.3
2009	3,740,410	196,461	5.3	314,194	8.4	314,194	8.4
2010	3,721,208	368,385	9.9	297,697	8.0	293,975	7.9
2011	3,694,093	218,984	5.9	280,751	7.6	350,939	9.5
2012	3,667,084	88,497	2.4	264,030	7.2	304,368	8.3

^a Datos estimados tomando en consideración la población total de Puerto Rico y la población con seguro de salud. Una persona puede tener varios seguros de salud.

^b Los datos a partir del 2011 sufrieron cambios en su metodología y pesaje, por lo que no son comparables con datos de años anteriores.

Tabla preparada en la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo, Departamento de Salud

Fuentes: Administración de Seguros de Salud; Oficina del Comisionado de Seguros; Administración de Veteranos; Administración de PROSSAM; Administración de Auxilio Mutuo; Censo de Estados Unidos; Behavioral Risk Factor Surveillance System.