



# APORTES Salud: retos presentes para un futuro posible

Instituto de Estudios Sociales en Población

## OP´S 35 BIS

Agosto 2004  
ISSN 1659-0007

### Retos de estilos de vida saludable

Programa Estudios de Opinión  
IDESPO

1

### Generalidades sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, en Costa Rica

M.Sc. Gioconda Padilla Vargas

9



UNIVERSIDAD NACIONAL

### Retos para un estilo de vida saludable

Equipo  
Programa Estudios de Opinión

La encuesta "*Percepciones de la ciudadanía costarricense sobre estilos de vida saludable y los servicios de salud en el país*" (OP´S 35) realizada por el IDESPO en agosto del 2004 aborda tres cuestiones básicas: concepciones sobre salud y vida saludable, percepciones sobre prácticas para estilos de vida saludable y opinión sobre los servicios de salud. La concepción de fondo, además, participa de una perspectiva histórica, con un enfoque de derechos y una sensibilidad de género, de los cuales apostaremos algunos fragmentos para la reflexión y el diálogo.

### 1. Antecedentes

La historia de Costa Rica, en sus inicios, está marcada por una situación de pobreza generalizada, y por una incipiente democracia rural y espontánea. El modelo socioeconómico se fue configurando por la expansión de la pequeña propiedad privada, que se da a partir del siglo XVIII y transcurre hasta el último tercio del siglo XIX cuando se consolidan las clases oligárquicas. Así, para la década de 1940, la población costarricense se dividía en dos grandes sectores. En palabras del historiador Juan Rafael Quesada se trata de "una época en que la sociedad se dividía entre la "sociedad" y el "pueblo" [lo cual ocasionaba que] los sociólogos estadounidenses comprobaban que la ignorancia, los bajos salarios y la dieta inadecuada causaban una...

...continúa en página 3

# OP´S 35 BIS

Agosto 2004

ISSN 1659-0007

---

El objetivo del Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO) es promover y generar propuestas de transformación de las sociedades, mediante la investigación demográfica en su contexto social, económico y político, en procura del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

En la búsqueda de condiciones de igualdad, justicia y equidad, la misión del IDESPO es la de contribuir con el desarrollo de la sociedad, produciendo y diseminando información estratégica de su población, mediante acciones académicas integradas, tanto en el contexto nacional como internacional.

De esta manera se busca responder a las necesidades de cumplir con el objetivo específico de ofrecer a las instituciones públicas y privadas información estratégica sobre las variables demográficas, socioeconómicas y culturales que caracterizan el desarrollo de la sociedad costarricense.

El Programa de Estudios de Opinión constituye uno de los procesos académicos más sistematizados y antiguos que tiene el IDESPO. Dentro de este programa se realizan las Encuestas de Pulso Nacional y las Encuestas de Situación Socioeconómica.

Una investigación sobre la opinión de la ciudadanía respecto del tema que sea, debe comprender, al menos, dos caras, a saber: por un lado, se trata de recuperar las percepciones y consideraciones de la ciudadanía como punto de partida para generar una *opinión pública* y, por otro lado, devolver a esa ciudadanía una *información ciudadana* que le sea *oportuna, productiva y efectiva*. Ambas caras constituyen lo que podemos denominar una *opinión pública informada*.

Una opinión ciudadana *oportuna* es aquella que es accesible cuando se requiera y disponible en códigos descifrables por cualquier ciudadano o ciudadana. Es *productiva* cuando es susceptible de generar y movilizar procesos de toma de decisión, con criterios y orientaciones claras; y es *efectiva* cuando es verificable por cualquier persona y susceptible de producir y potenciar su incidencia política.

© Instituto de Estudios Sociales en Población

Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad Nacional

Teléfonos: (506) 237-1104, (506) 277-3442

Apartado Postal 86-3000 Heredia

<http://www.una.ac.cr/idespo>

Costa Rica, América Central



mortalidad infantil entre los peones, que alcanzaba "proporciones espantosas". A manera de ejemplo, contaban que: «En el distrito cafetalero de Santo Domingo, muere un niño de cada cuatro antes de su primer cumpleaños. En 1940 murieron dos de cada quince nacidos en el país, durante su primer año de vida; una cuarta parte de estos tenían menos de un mes de edad».<sup>1</sup>

En materia de salud los datos muestran que la esperanza de vida al nacer era de treinta años, y no se presentaban diferencias muy significativas en la población en cuanto a los estilos de vida.<sup>2</sup>

Por la misma época cobra impulso la reforma social y se empezaron a dar cambios en el papel del Estado, que más allá de la gestión administrativa se convirtió en proteccionista, tendencia que se mantiene hasta inicios de la década de 1980.

De esta forma se crean instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), lo cual permite una institucionalización de las políticas sociales y la ampliación de los servicios de salud. Esto incide directamente en el mejoramiento de los servicios de salud, la universalización del Seguro Social, la creación de programas de salud preventiva de la población como "salud rural" y "salud comunitaria", la erradicación de la malaria, el incremento en la escolaridad de la población femenina, el control de las enfermedades infecciosas y el aumento de cobertura del servicio de agua potable entre algunos eventos representativos de este periodo de los años entre 1940 y 1980.

---

<sup>1</sup> QUESADA CAMACHO, Juan Rafael *et al.*, *Costa Rica contemporánea, raíces del estado de la nación*, Editorial Costa Rica, San José, 1999, p. 33.

<sup>2</sup> *Ibid.*, pp. 162 ss.

En la década de los 80, con la crisis económica y los programas de ajuste estructural, se reducen los aportes del Estado al Sector Salud; esto repercutió negativamente en la cobertura y el avance en infraestructura, limitando la inversión en equipamiento y tecnología.

Finalmente en el año 1992, hay una redefinición del esquema institucional en el ámbito de la salud, de modo que el Ministerio de Salud asume la rectoría del Sector Salud y la CCSS la prestación de los servicios integrales a las personas.

## **2. Derecho a la salud y género**

La cuestión por la salud y los estilos de vida saludable, desde un enfoque de derechos, busca construir mecanismos jurídicos y políticos que transformen las instituciones y, consecuentemente, la vida social y cotidiana de las personas con base en una nueva ética del desarrollo humano. Dicha ética se operacionaliza mediante la formulación de nuevas políticas públicas, la transformación de los valores, costumbres y prácticas sociales, y la construcción y realización de los sujetos bajo el marco de una nueva institucionalidad.

A partir de una sensibilidad de derechos humanos, todo el marco jurídico vigente es evaluado a los efectos de generar un marco formal de regulación de las relaciones sociales, basado en el reconocimiento de la ciudadanía de todas las personas. Esto es lo que puede fomentar una cultura institucional de respeto a las diversidades cuyo centro son las personas.

En ese sentido, el cumplimiento del derecho a la salud implicaría una revisión profunda de los criterios y enfoques predominantes en la distribución de la riqueza, para asegurar que hombres y mujeres puedan disfrutar de las condiciones que promueven la salud, el

trabajo digno, la recreación y un ambiente sano, en fin, que puedan disfrutar de los beneficios del desarrollo económico.

La salud es un derecho y un bien público, tal como lo declara y destaca la Ley General de Salud, N° 5395, de 8 de noviembre de 1973, por tanto, debe estar tutelado por el Estado. El derecho a la salud de las personas no puede ser mediatizado por criterios que tienen que ver con la condición social, económica, de género y edad. La salud es, entonces, una situación que conlleva la responsabilidad personal y social.

Por otra parte, de manera complementaria, la cuestión por la salud y estilos de vida saludable ha de incorporar una visión género sensitiva, que pasa por tomar en cuenta la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a varones y mujeres.

Pero solo seremos consecuentes con la perspectiva de género si la incorporamos en la formulación y la evaluación de las políticas, el diseño de los servicios, la investigación en salud y en los procesos de promoción y atención de la salud.

El género, como categoría de análisis, es siempre relacional e histórico-social y articula o entrecruza la clase, la religión, la edad, la etnia. También resulta determinante cuando queremos investigar, evaluar o explicar situaciones, fenómenos y problemas de salud en la población, o bien, cuando queremos estudiar o analizar el impacto de una metodología, experiencia o proyecto en las condiciones de salud de la población en general o de determinados grupos en particular.

El género explica el impacto diferente que tiene en la salud de las personas la experiencia de ser hombre o de ser mujer. "Aprender a ser mujer en un mundo ordenado

desde lo masculino como modelo, implica interiorizar la subordinación y asumir que todo lo que se hace está siempre supeditado a una fuerza y capacidad superior a la suya, la de los hombres."<sup>3</sup>

Esta forma de poder basada en la división sexual define condiciones distintas para mujeres y hombres; por el contrario, desde una visión género sensitiva se "reconoce la diversidad de géneros y la existencia de las mujeres y los hombres, como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión y ambas obstaculizan esa posibilidad"<sup>4</sup>.

Las relaciones de poder que subordinan a las mujeres a un estatus inferior frente a los hombres constituyen un aspecto importante de género. Además las escuelas, los medios de comunicación, la familia y la legislación son instancias que promueven esta subordinación a través de los estereotipos de género. Las diferencias biológicas del sexo son utilizadas frecuentemente para explicar y justificar desigualdades, entre ellas las que impiden ejercitar el derecho pleno a la salud como bien público.

Cuando las diferencias entre las personas por su condición de ser hombres o mujeres se convierten en desventajas para uno de los sexos, se produce la discriminación y exclusión en el acceso a recursos, servicios y beneficios de igual calidad. Esta discriminación la sufre la población femenina cuando se le anula el reconocimiento, disfrute

---

<sup>3</sup> OIT, *Mujer Trabajo y Organización*, Serie didáctica, Módulo 1 y 4: Género y Trabajo, San José, 2002, p. 18.

<sup>4</sup> LAGARDE, Marcela, *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Cuadernos Inacabados #25, Edición Horas y Horas, España, 1997.

y ejercicio de derechos y libertades fundamentales.

Sin lugar a dudas, en Costa Rica se han dado avances en la salud de las mujeres, pero todavía se hace necesario garantizarles una salud integral con calidad de vida. La mayor longevidad, por ejemplo, no significa mejor calidad de vida, ya que ha aumentado su jornada de trabajo, están vulnerables a la flexibilidad laboral, y su condición de jefas de hogar, con dobles jornadas, se ha instalado como su realidad cotidiana.

El derecho a una vida saludable tiene que ver con desarrollar la habilidad de las mujeres para conocer y negociar sus derechos en las relaciones de pareja, en la familia, en el trabajo, en la comunidad, en organizaciones sociales y ante las instituciones (v.g., servicios de salud). En fin, se debe favorecer el control de las mujeres sobre su propio cuerpo, su tiempo y sus movimientos, incluido vivir una vida libre de violencia.

### **3. Percepciones sobre salud y vida saludable**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud en términos holísticos, así, sostiene que "la salud es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o invalidez."<sup>5</sup>

Se entiende que salud y enfermedad constituyen las caras reversibles de un mismo fenómeno, el cual aparece fragmentado e incompleto cuando las separamos en dimensiones diferentes.

La noción de salud implica ideas de variación y adaptación continuas entre los estados de

salud y de enfermedad. Ambos estados pueden determinarse por condiciones que son mutuamente excluyentes.

La salud y la enfermedad pueden no ser percibidas cuando los signos clínicos típicos no se evidencian, por lo mismo la salud no se puede considerar como un estado biológico y social estático.<sup>6</sup> Podemos hablar de un periodo silencioso de incubación para los estados de la salud y la enfermedad, como también de importantes factores sociales que perturban la imposición del estado de salud sobre el estado de enfermedad.

En todo caso son las condiciones físicas, genéticas, sociales, económicas y ecológicas, consideradas globalmente las que contribuyen a configurar una relación sinérgica entre calidad de vida, goce pleno, disfrute de bienestar y posibilidades reales de contribución productiva al progreso social.

El nivel de salud de una persona o población está relacionado con el acceso a trabajo e ingresos dignos, descanso y jornadas de trabajo razonables, servicios de salud adecuados y suficientes, una buena alimentación, y una educación de calidad que permita el desarrollo de su personalidad, entre otros factores.

Esto es lo que ha hecho que algunos países del Tercer Mundo, especialmente los africanos, hayan propuesto la llamada "definición estratégica de la salud" que estipula que "el mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población".<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Citado por SAN MARTÍN, Hernán, *Salud y enfermedad*, Editorial Prensa Médica Mexicana, S.A., México, reimp. de la ed., 1985, p. 12.

---

<sup>6</sup> *Ibid*, p. 11.

<sup>7</sup> *Idem*.

Desde esta perspectiva se supera una visión esencialista, biológica, a-histórica e individualista de la salud. Por consiguiente, "[e]n las condiciones actuales (y futuras, según las previsiones de las Naciones Unidas) del mundo, donde coexisten sociedades humanas con muy diferentes condiciones de vida y de ambientes sociales, no parece realista la noción de "salud absoluta" ni de mantenerla como esperanza utópica. Más concreto parece el aceptar la noción de una "salud relativa" y variable, es decir, el aceptar niveles de salud que pueden incluir ciertos grados de anormalidad e incluso un cierto porcentaje de enfermedad no percibida. Esta noción de salud relativa se define en relación a las posibilidades que cada sociedad tiene de apreciar objetivamente el estado de salud de cada individuo y la población."<sup>8</sup>

También, la salud implica aspectos subjetivos, que tienen que ver con el imaginario de las personas, tal y cual se visibiliza en las percepciones de la población entrevistada ante las preguntas: ¿qué entiende por vida saludable?, ¿su entorno favorece, entorpece o inhibe una vida saludable?, ¿tenemos los(as) tícos(as) una vida saludable?

Por otra parte, si bien es relevante conocer qué entiende la gente por salud, esta no se puede ver abstractamente, es decir no se puede ver esencialistamente, como cosa, sino como predicado de algo, ni aislada de las condiciones en que se genera y mantiene. De forma que salud es un predicado de un estado corpóreo integral, pero también se predica de un estilo de vida, por eso en la encuesta OP'S 35 incorporamos la cuestión sobre los estilos de vida saludable, que son la dimensión práctica en la cual adquiere sentido la pregunta por la salud.

En esta encuesta, se pretende conocer las percepciones sobre lo que es saludable y lo

que es patológico, dicho de forma muy general. Se recogen las percepciones sobre actitudes y prácticas de las gentes para alcanzar, mejorar y mantener una vida saludable, y como incide esto en su calidad de vida global. Algunas de las dimensiones de estilo de vida saludable, son actitudes y prácticas personales particulares (hábitos de higiene; tabaquismo, alcoholismo; incidencia de problemas de colesterol, sobrepeso, problemas cardíacos, estrés, actitudes y prácticas colectivas (ejercicio físico y práctica de deportes; visita a espacios de salud); actitudes y prácticas en salud reproductiva (autocuidado y revisiones periódicas, por sí mismo y por su médico; incidencia de ciertas enfermedades, como cáncer de mama, de cervix; ITS); actitudes y prácticas en salud sexual (uso del condón, afectividad), actividades recreativas y otras.

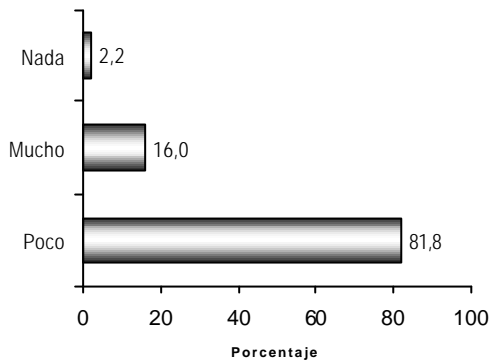
Al respecto, la ciudadanía costarricense percibe un estado de vida saludable ligado al bienestar físico espiritual y mental en 32% de las personas entrevistadas. Mientras que el 25% de las personas se refieren a vida saludable cuando hay carencia de enfermedades, y 13% incorporan el entorno como un factor importante en un estado de vida saludable.

Además, 86% de las personas entrevistadas consideran que el entorno donde viven les permite alcanzar, mejorar y mantener una vida saludable, de los cuales 41% se refiere a un ambiente sano y limpio, 19% menciona que cuentan con servicios básicos, 13% habla de tranquilidad y 12% señala la existencia de áreas verdes.

En general, 81% de las personas entrevistadas considera que la población costarricense tiene un estilo de vida poco saludable (Gráfico 2).

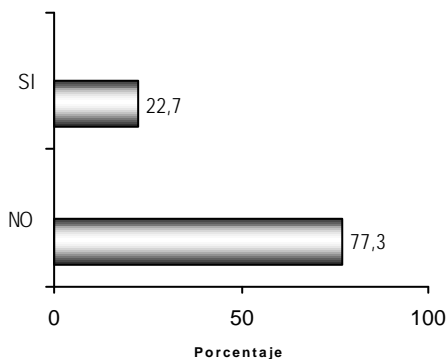
<sup>8</sup> Idem

Gráfico 2  
Distribución de las personas entrevistadas según grado en que consideran que la población costarricense tiene un estilo de vida saludable (n = 596)



Esto es coherente con 77% de quienes consideran que no existen suficientes servicios de salud para cubrir todas las necesidades de la población en materia de salud (Gráfico 13).

Gráfico 13  
Distribución de las personas entrevistadas según consideran que existen suficientes servicios de salud para cubrir todas las necesidades de los y las costarricenses (n=600)



De forma general, resulta que los cambios que poco a poco se han ido introduciendo han provocado mayores conocimientos y

generado nuevas actitudes y comportamientos en la población; además, hacen que ésta perciba una mejora en los servicios de salud. Esto es lo que puede estar detrás de las percepciones que al respecto se recogen en la encuesta OP'S 35 (Cuadro 12).<sup>9</sup>

Cuadro 12  
Distribución de las personas entrevistadas según opinión sobre los servicios de salud

Servicios	Han Mejorado	Siguen Igual	Han Disminuido
La cobertura	59.5	27.7	12.8
La calidad	39.2	41.9	18.9
Servicios materno infantil	62.5	31.3	6.2
Para adolescentes y jóvenes	48.5	40.8	10.7
Para personas adultas mayores	64.1	27.3	8.6
Los servicios de cirugía	45.8	38.4	15.8
Las especialidades médicas	54.5	35.7	9.8
De planificación familiar	52.7	41.1	6.2

#### 4. A manera de conclusión

La salud es un concepto complejo y una práctica que involucra al ser humano como totalidad. Esto incluye sus percepciones de cómo puede mantener una serie de actitudes, comportamientos y concepciones de vida, que influyen para alcanzar una vida saludable, teniendo en cuenta el conjunto de factores sociales, económicos y políticos, que inciden en la visión de salud.

Transformar las relaciones que propician desigualdades y subordinación, así como potenciar las prácticas personales y colectivas que inciden en un estilo de vida saludable, son parte de un abordaje sistémico del tema de salud.

<sup>9</sup> Además, véase IDESPO, *Percepciones de la población costarricense sobre la situación socioeconómica y política del país (pobreza, calidad de vida y confianza institucional)*, IDESPO-UNA, Heredia [Perspectivas, noviembre de 2003], pp. 24-26.

Modelos de desarrollo y proyectos políticos definen -explícita o implícitamente- la ideología que sustenta las políticas de salud y es un reto incorporar aquellas prácticas que desde el imaginario colectivo sustentan las percepciones de la población.

Por consiguiente, incrementar la salud es tomar en cuenta condiciones objetivas de vida, y condiciones subjetivas, en un contexto diferente que incorpore los cambios de una sociedad del nuevo siglo.

## **Bibliografía**

IDESPO, Percepciones de la población costarricense sobre la situación socioeconómica y política del país (pobreza, calidad de vida y confianza institucional), IDESPO-UNA, [Perspectivas, noviembre de 2003].

LAGARDE, Marcela, Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Cuadernos Inacabados #25, Edición Horas y Horas, España, 1997.

OIT, Mujer Trabajo y Organización, Serie didáctica, Módulo 1 y 4: Género y Trabajo, San José, 2002.

QUESADA CAMACHO, Juan Rafael et al., Costa Rica contemporánea, raíces del estado de la nación, Editorial Costa Rica, 1999.

SAN MARTÍN, Hernán, Salud y enfermedad, Editorial Prensa Médica Mexicana, S.A., México, reimp. de la 4 ed., 1985.

## Generalidades sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, en Costa Rica

M.Sc. Gioconda Padilla Vargas<sup>1</sup>  
[gpadilla@inciensa.sa.cr](mailto:gpadilla@inciensa.sa.cr)

En el ámbito mundial, el incremento de las enfermedades crónicas está asociado con estilos de vida no saludables, por ejemplo una alimentación inadecuada, la inactividad física diaria, el fumado, el alcoholismo, entre otros. En este resumen solamente se contemplarán algunos de los factores de riesgo que de alguna manera se relacionan con la alimentación.

Entre ellas, destacan padecimientos que contribuyen de alguna manera, a elevar la morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV), tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y las dislipidemias, entre otras.

En los últimos 20 años, la situación de salud de la población costarricense ha mejorado de manera progresiva. Desde los años ochentas los indicadores de salud muestran una reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como en la tasa de mortalidad general, pasando de 4,8 por cada mil habitantes en 1980, a 3,8 por 1000, en el período comprendido entre 1980 y el año 2000 (Bortman 2002). No obstante, la mortalidad por patologías asociadas a tumores o enfermedades del aparato circulatorio, ha aumentado. Entre 1980 y el 2001, se mantienen como primera causa de muerte las enfermedades cardiovasculares (Bortman 2002), con factores de riesgo reconocidos tales como la edad, el género, la

herencia (factores no modificables), y otros susceptibles de modificación como son la elevación del colesterol LDL y de los triglicéridos, la reducción del colesterol HDL, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad abdominal, el sedentarismo y algunos factores nutricionales.

El conocimiento de las enfermedades crónicas en Costa Rica era limitado hasta hace poco tiempo, principalmente por la carencia de estudios o encuestas que profundizaran en las mismas. En la actualidad, si bien es cierto no se cuenta con suficientes encuestas nacionales sobre estos factores de riesgo, sí se tiene información de estudios específicos que permiten tener un panorama de la situación de algunos de estos padecimientos en el ámbito nacional.

En Costa Rica en 1992, la DM se reportó como una causa importante de consulta y egreso hospitalario, siendo la cuarta causa de consulta externa en mujeres y octava causa de consulta en hombres. Las tasas de egresos hospitalarios son altas, principalmente en mujeres (16,5 x 10000 habitantes) y fundamentalmente en el grupo de edad de 60 años y más (130,1 x 10000 habitantes), al compararlo con los hombres. La tasa de mortalidad por diabetes, en 1996 fue de 1,28 por 10 000 habitantes y se encontró que la diabetes con manifestaciones renales aporta la mayor proporción de defunciones en la categoría de muertes asociadas a diabetes mellitus. En 1998, a partir de la Encuesta Nacional de Hogares, que realizó la Dirección General de Estadística y Censos, se obtuvo información relevante con respecto a la prevalencia de diabetes (2.4%) y a la existencia de limitaciones físicas entre las personas que padecen esta enfermedad (37.2%), entre otros. (Morice, 1999).

Con relación al peso corporal, la tendencia observada en las Encuestas Nacionales de

---

<sup>1</sup> Nutricionista investigadora, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)

Nutrición, es hacia su aumento. Según la última Encuesta de Nutrición, el aumento del sobrepeso y la obesidad está presente en diferentes grupos poblacionales.

En el año 1996, la prevalencia observada en mujeres entre 20-44 años fue 45.9%, 11.3% más que en la encuesta de 1982; prevalencia que aumenta a 75% en mujeres de 45 a 59 años (Ministerio de Salud 1996).

Otros estudios específicos, han mostrado también alta prevalencia de este padecimiento en hombres. En los años 1999-2000, el estudio de Damas en Desamparados mostró que el 58,8 de los hombres entre 19 y 44 años, presentó algún grado de sobrepeso y obesidad (Ministerio de Salud-INCIENSA 2003).

La Encuesta CARMEN sobre factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (Ministerio de Salud 2003), mostró que el 59.4% de la población participante, presenta algún grado de sobrepeso u obesidad (60.4% mujeres y 58.1% hombres).

El colesterol sanguíneo elevado, es otro factor considerado de riesgo para la enfermedad cardiovascular, debido a la relación que se ha demostrado entre el colesterol dietético, el colesterol plasmático y las lesiones arteriales ateromatosas. En un estudio específico, Roselló y colaboradores, encontraron que el 43.3% de la población presentó valores de colesterol mayores a 200 mg/dl (considerados de riesgo), y de éstos, 18.7% presentó valores superiores a 220 mg/dl (valores donde el riesgo es más evidente y se requiere algún tipo de intervención) (Roselló 1996). Más recientemente, la Encuesta CARMEN sobre factores de riesgo, encontró que más del 50% de la población adulta, presenta valores de colesterol total y triglicéridos elevados, que aumentan con la edad (Ministerio de Salud 2003)

La grasa saturada y el colesterol son los elementos dietéticos con mayor asociación con la enfermedad cardiovascular; contrariamente, las grasa monoinsaturadas y poliinsaturadas tienen la propiedad de reducir los valores de colesterol total y LDL-colesterol. Desde el año 1991, autoridades en salud de nuestro país han reportado que la dieta del costarricense presenta desbalance dietético por lo que se considera como un factor de riesgo aterogénico (Rodríguez 1996).

Más recientemente, la Encuesta CARMEN también analizó algunos aspectos de la dieta, específicamente en la provincia de Cartago (Ministerio de Salud 2003), encontrando que el aporte dietético de macronutrientes es adecuado para carbohidratos y proteína (63% y 12% respectivamente), no así para la grasa; se encontró que en más del 50% de los hogares entrevistados, el consumo de grasa fue superior (28%) al recomendado (?25%) como meta para la población costarricense (Ministerio de Salud 2003, Muñoz 1995).

Asimismo, se encontraron algunas prácticas que refuerzan el consumo de grasa y azúcares simples, como lo son el consumo diario de alimentos fritos (92%), el acompañamiento del pan o tortillas con alimentos como embutidos (22.6%), margarina en barra (20.4%), mantequilla (19.8%) y natilla (19.4%), y el consumo de carne de res o pollo con piel o grasa (27.9% y 43.3% respectivamente); prácticas que se dan más en los hombres que en las mujeres. De la misma manera, el consumo de confites, cajetas y chocolates es bastante frecuente (45.7%).

La ingesta reducida de fibra dietética, también es una característica de la dieta del costarricense (Ministerio de Salud 2003, Guzmán 2003, Rodríguez 1996).

Con respecto a la Hipertensión Arterial (HTA), no se cuenta con información nacional sobre su prevalencia; sin embargo, algunos estudios específicos mencionan prevalencias de HTA en 9% en población mayor de 15 años (Morice 1998).

Como producto de ésta y otras problemáticas de la salud, en nuestro país desde los años 70's la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se ha constituido en la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres. La enfermedad isquémica del corazón contribuye con el 48% de la muertes por ECV, y de éstas, las dos terceras partes se deben al infarto agudo de miocardio (Roselló 2003, CCSS 2001)

Son muy diversos los cambios ocurridos en el patrón epidemiológico nacional, que reflejan y refuerzan como las enfermedades crónicas que promueven la ECV, representan una problemática actual, relacionada con estilos de vida<sup>2</sup> poco saludables. Esta situación requiere de la incorporación de estilos de vida saludables que promuevan el fortalecimiento del autocuidado de la salud.

En este contexto, es necesaria la promoción del trabajo conjunto entre instituciones públicas y privadas que contribuyan a la generación de información de calidad, como en la creación de estrategias que promuevan el desarrollo de una nueva salud pública, en la que se reconozcan tanto los aspectos biológicos de la enfermedad, como aquellos otros que le dan integralidad a la "salud cotidiana" del individuo, como sus opiniones, percepciones y creencias con respecto a la

salud, a la enfermedad, y al ambiente que lo rodea.

---

<sup>2</sup> El término hábitos de salud o estilo de vida, hace referencia a "la combinación de costumbres y condiciones ambientales que reflejan patrones de vida influenciados por la historia familiar, cultural y circunstancias socioeconómicas" (SIVFRENT-A 2000).

## Bibliografía

Bortman M. Situación de Salud: Costa Rica 2002. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de atención a la salud de las personas. San José, Costa Rica: Editorial Corporación Litográfica Internacional, 2001.

Guzmán S., Roselló M. Factores socioculturales asociados al consumo de frutas en una población adulta costarricense. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2003; año 12, No. 23: 31-37

Ministerio de Salud. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Cartago 2001. Serie de documentos técnicos #4./ Ascensio-Rivera M, Rodríguez-Aguilar S, Murillo Gonzáles S. – 1.ed.—San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2003.

Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición. Fascículo 1 Antropometría. Costa Rica: Ministerio de Salud, 1996

Ministerio de Salud-INCIENSA. Encuesta basal comunidades centinela en alimentación y nutrición 1999-2000. Costa Rica, 2003. Documento borrador. En: Ministerio de Salud. Encuesta basal de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Cartago 2001. Serie de documentos técnicos #4./ Ascensio-Rivera M, Rodríguez-Aguilar S, Murillo Gonzáles S. –1.ed.—San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2003.

Morice AC, Roselló M, Aráuz AG, Sánchez G,

Padilla G. Diabetes Mellitus en Costa Rica: un análisis interdisciplinario. Tres Ríos, C.R.: INCIENSA, 1999

Morice AC. Análisis de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. Tres Ríos, INCIENSA, 1998.

Muñoz L. Ed, Murillo S. Ed. Guías de alimentación: lineamientos metodológicos y criterios técnicos. San José, 1995

Rodríguez N., Aráuz AG., Meza N., Roselló M. Factores aterogénicos de la dieta de la población costarricense, 1991. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 1996; 46(1):27-32

Roselló M., Araya M., Jiménez JG. Evaluación de factores de riesgo cardiovascular en una población costarricense adulta. *Rev Cost Cien Méd*. 1996; 17-1: 23-33

Roselló M., Guzmán S. Mortalidad por infarto agudo de miocardio: distribución geográfica y lugar de ocurrencia. Costa Rica, 1970-2002. *Revista Costarricense de Cardiología*. 2003; 5(3):25-29

SIVFRENT-A Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid 2000: Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT -A).







# APORTES

Equipo responsable  
Programa Estudios de Opinión

Irma Sandoval Carvajal  
Vilma Pernudi Chavarría  
Norman Solórzano Alfaro  
Marjorie Hartley Ballesteros  
Ana Lucía Bustos Vásquez  
Raymi Padilla Vargas

© Instituto de Estudios Sociales en Población  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad Nacional  
Teléfonos (506) 237-1104, (506) 277 3442  
Apartado Postal 86-3000 Heredia  
Http//: [www.una.ac.cr/idespo](http://www.una.ac.cr/idespo)  
Costa Rica, América Central

