

SITUACION DE LA SALUD Y NUTRICION EN LA ZONA URBANA DE COSTA RICA

Sandra Murillo González¹

Universidad de Costa Rica. Escuela de Nutrición

RESUMEN Costa Rica, país centroamericano no ha escapado al fenómeno de crecimiento acelerado de poblaciones concentradas en zonas urbanas. Tal ha sido el cambio que en la actualidad, el 60% de la población del país se localiza en el Valle Central característicamente urbano. Aunque el gobierno mediante sus leyes sociales promueve la salud tanto en zonas rurales como urbanas, aún no se han desarrollado guías ni procedimientos explícitos para regular el crecimiento rápido de la población urbana. Desde luego, el estudio del estado nutricional no puede realizarse de igual manera para todos los componentes de una población, hay subgrupos que son más vulnerables que otros al deterioro nutricional, razón por la cual este artículo se concentra en la nutrición de los niños, específicamente los menores de 6 años. El objetivo es describir la situación nutricional actual de los niños en la zona urbana del país, en especial del Área Metropolitana y discutir las causas determinantes de esta situación a la luz de los cambios de la economía del país.

En 1990 el 13.1% y el 23.1% de la población total del país, la constituyeron niños entre 0-4 años y entre 5-14 años, respectivamente. Para el grupo de edad de 0-4 años se tiene que la principal causa de muerte son las enfermedades congénitas y en el grupo de 5-14 años la principal causa de muerte la constituyen los accidentes. Este patrón señala que la nutrición ha dejado de ser una causa importante en la morbi-mortalidad del país. Sin embargo estudios recientes han destacado la focalización de la desnutrición en barrios marginados del área urbana del país. Este hecho a su vez, sugiere que el deterioro nutricional en zonas urbanas de Costa Rica se da únicamente en grupos con patología social o de escasos recursos económicos. Además, se conoce que los programas de ajuste estructural adoptados por el gobierno, han producido un mayor deterioro de las condiciones sociales y económicas de estos grupos con el consecuente agravante de su salud. En este artículo se discute tal situación con el fin de plantear algunas alternativas viables de acción.

SUMMARY Nutrition and health in the urban area of Costa Rica. Costa Rica, a Central American country, has not escaped to the phenomena of rapid growth of concentrated urban population. Thus, 60% of the country total inhabitants is located in the Central Valley which is characteristically urban. Although the Government cares for

health and education in both urban and rural areas, there is lack of rules and guidance to control the urban growth. Since a study of the nutritional status of a given population can not be done in the same way for all age groups, this paper concentrates in the nutrition of preschool children. The main objectives of this article are: to describe the current nutritional situation of children living in urban areas of the country, with emphasis in the Metropolitan Area, and to discuss the determinants of such condition.

In 1990, 13% and 23% of the country's population, was composed of children between 0-4 and 5-14 years respectively. The first age group showed as main cause of death congenital diseases, the second age group showed accidents as the main cause of death. This mortality pattern indicates that malnutrition is no longer an important cause of morbidity or death in Costa Rica. However, recent studies have demonstrated the presence of malnutrition in marginated urban settings. This fact, suggests that nutrition deterioration is being observed among urban groups of poor socioeconomic conditions.

INTRODUCCION

Costa Rica, país centroamericano, tiene una extensión de 52.000 kilómetros cuadrados con una población, a diciembre de 1991, de 3.200.000 habitantes. Este país se ha caracterizado por ser básicamente agrícola, por un siglo de ejercicio democrático, por 40 años sin ejército, por la gratuidad de la enseñanza primaria y secundaria, plenos derechos políticos para la mujer y prohibición de reelegir a sus gobernantes. La tasa de escolaridad es de 99.8% para los dos primeros ciclos. Según el último censo de población de 1984, el analfabetismo es de 6.9%. En 1987, el gasto para el sector educación representó el 20% del presupuesto nacional(1).

Desde su independencia en 1821, las distintas administraciones de gobierno, se han caracterizado por una fuerte preocupación social que promovió la promulgación de leyes enfocadas a promocionar el bienestar de la población. Es así como en 1940 se concretan las leyes y enunciados sociales que rigen actualmente, las cuales han proveído infraestructura y un marco operativo para la atención de la salud, la educación y la

¹ Finca 2, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

vivienda a la población en general y en particular a los más necesitados.

El proceso de urbanización ocurrida en esta segunda parte del presente siglo en países de América Latina, también ha tomado lugar en Costa Rica. Debido a que este país es pequeño en extensión geográfica, y a que alrededor de un 20% de su territorio nacional está destinado a parques nacionales y bosques, el aceleramiento de la urbanización es fácilmente notorio.

Definiendo el término "urbanización" como el proceso de crecimiento rápido en tamaño e importancia de una población dada en una área determinada, el Valle Central de Costa Rica concentra en la actualidad alrededor del 40% de la población de todo el país.

Localizada en este valle, se encuentra el Area Metropolitana la cual contiene el 28% de la población total del país en un área de 262 Km². Esta situación da como resultado una densidad de población de 513 habitantes/Km² en comparación con 59 habitantes/Km² para el resto del país. Aunque esta última cifra parece baja, coloca a Costa Rica en tercer lugar como país con una alta concentración de población en América Latina, superada únicamente por El Salvador y Guatemala(2).

El crecimiento rápido en estas áreas se da en la mayoría de los casos, por la constante migración de la población rural hacia las ciudades. Esta situación también ha sido el caso de Costa Rica aunado a los cambios en el uso del suelo, ya que las tierras agrícolas pierden terreno por la constante presión del proceso de urbanización(3,4).

Debido a que Costa Rica ha basado su economía en la agricultura, el enfoque de la mayoría de los programas sociales y de desarrollo ha sido la población rural. Razón por la cual, la atención de las familias del área urbana se ha postergado hasta el punto de que en la actualidad, la satisfacción de necesidades básicas de la misma, es preocupación principal del Estado(5).

Con el propósito de presentar la situación de salud y nutrición de la población urbana del país, en el II Taller Latinoamericano sobre Nutrición y Salud en Areas Urbanas, el presente artículo tiene como objetivos:

a) describir la situación socioeconómica de la población urbana del país con énfasis en el Area Metropolitana, b) presentar el estado de salud y nutrición de la población urbana con énfasis en la población infantil y c) indicar los principales factores condicionantes de la nutrición en la población del Area Metropolitana.

SITUACION SOCIOECONOMICA DE LA POBLACION URBANA

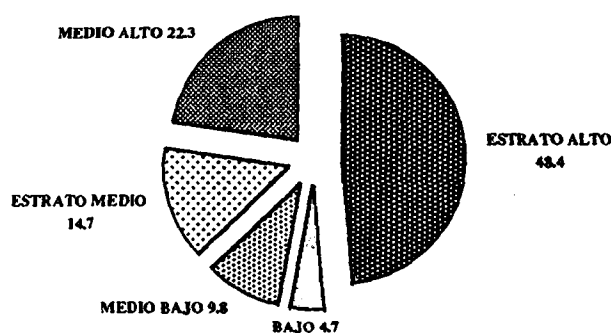
Pese a que el Area Metropolitana de San José es una de las zonas que, en promedio, presenta las mejores condiciones económicas y sociales del país, exhibe diferencias importantes en el nivel de vida de los hogares que la integran y en su

ubicación espacial.

Según un estudio realizado por el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN) durante el año de 1991, el 34% de los hogares de esta gran zona, no satisfacen sus necesidades básicas, mientras que 15.239 sobreviven en condiciones de pobreza aguda. Aunque la pobreza se encuentra dispersa por toda el Area Metropolitana, existen concentraciones en algunas zonas. Así por ejemplo, se ha determinado que las familias con niveles de insatisfacción de necesidades bajas se encuentran en su mayoría ubicadas en el sector sur del Area Metropolitana. Sin embargo, los distritos más céntricos con mayor densidad de población, contienen en su interior importantes sectores con gran deterioro social.

En la Figura 1, se observa que un 20% de las familias del país concentran el 48.4% de todo el ingreso nacional, mientras que otro 20% de familias reciben únicamente un 5% de los ingresos(6).

FIGURA 1
DISTRIBUCION DE LA RIQUEZA EN COSTA RICA
EXPRESADA COMO PORCENTAJE DE LA RIQUEZA
TOTAL POR ESTRATO, 1988.

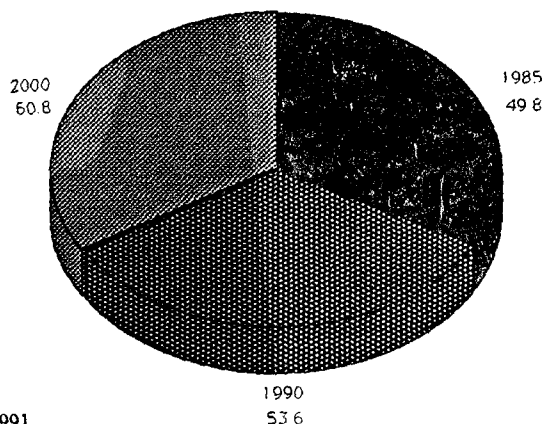


Dirección General de Estadística y Censos.
Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, 1988.

Esta situación es alarmante en la perspectiva del rápido incremento de la población urbana del país, pues se estima que para el año 2000 el porcentaje de la misma aumente a un 61% (Figura 2). Por el contrario, el presupuesto destinado a cubrir los servicios públicos tales como agua potable, alcantarillado, limpieza, centros de salud y escuelas, se ha reducido gradualmente durante la década de los 80.

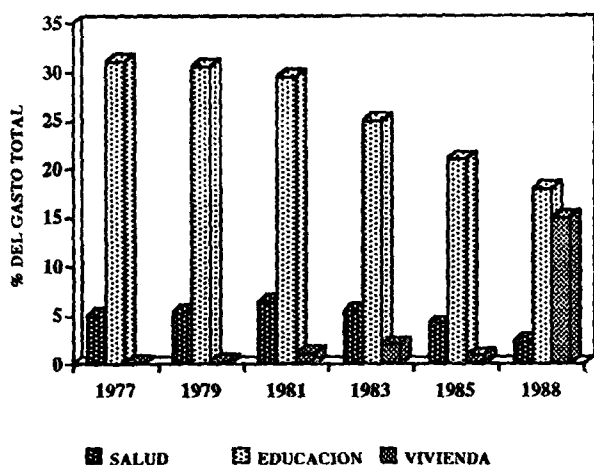
Por ejemplo, en la Figura 3 se nota la disminución gradual en el gasto público para los sectores salud y educación durante los años 80. Por el contrario, para el sector vivienda hubo un incremento considerable en el gasto público debido principalmente a la alta demanda de viviendas en las zonas urbanas del país.

FIGURA 2
INCREMENTO DE LA PROPORCION DE POBLACION URBANA DE COSTA RICA



OPS, 1991

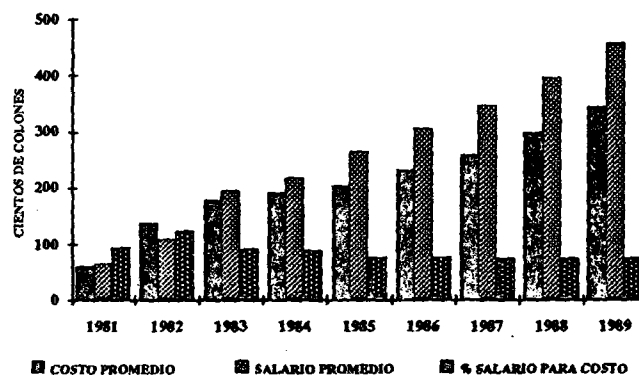
FIGURA 3
GASTO DEL GOBIERNO EN SALUD, EDUCACION Y VIVIENDA, PERIODO 1977-88, COSTA RICA



Mideplan, 1985 & O.P.S., 1991

El costo de la alimentación en relación al poder adquisitivo del salario, del ingreso familiar o del ingreso per cápita, es un indicador socioeconómico que permite sugerir las consecuencias alimentarias y por ende de la salud y la nutrición de las familias. A este respecto, en la Figura 4, se presenta el costo promedio de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) del costarricense para una familia de composición promedio, en relación con el salario promedio nacional para los años de 1981 a 1989. Se puede notar que aunque ocurrió un esfuerzo en recuperar el poder adquisitivo que tenía el país previo a la crisis económica iniciada en 1980, se necesita destinar el 75% del salario mínimo del jefe del hogar para cubrir el costo de una CBA. Esta situación ubicaría a tales familias en una situación de pobreza.

FIGURA 4
EVOLUCION DEL COSTO DE LA CANASTA BASICA ALIMENTARIA, 1981-89, COSTA RICA



Cáceres y Murillo, Cadesca, 1990

En 1981-82 una encuesta entre familias urbanas pobres fue llevada a cabo (Tabla 1). Resultados de este estudio revelaron que sólo aquellas familias cuyo jefe tenía un trabajo permanente, eran capaces de obtener una alimentación adecuada.

TABLA 1
PODER ADQUISITIVO Y GASTO EN ALIMENTOS DE FAMILIAS URBANAS POBRES, COSTA RICA, 1981-82.

Tipo de empleo del jefe de familia	Ingreso promedio* mensual en colones de alimentos	% del ingreso*** destinado a compra
Trabajadores permanentes:		
Asalariados	5397 *	49
Cuenta propia	4833	72
Patrono	10948	31
Trabajadores temporales:		
Por contrato	3751	53
Independientes	2556	41
Dependientes	3283	57

* El promedio del salario nacional en 1982 fue de 2957 colones.

** 60 colones = 1 U.S. dollar durante el período de la encuesta.

*** El costo de Canasta Básica Alimentaria para una familia costarricense fue de 2460 colones mensuales durante 1981-82.

Fuente: (16)

SITUACION DE SALUD Y NUTRICION DE LA POBLACION URBANA

Factores sociodemográficos. El estudio de la salud y el estado nutricional de una población, no puede realizarse de igual

manera para todos los componentes de la población, pues existen subgrupos más vulnerables que otros al deterioro nutricional(7).

Dentro del grupo de factores demográficos pueden identificarse los directamente relacionados a la composición poblacional como el sexo, la edad, la natalidad, la mortalidad, la distribución espacial y el nivel de instrucción entre otros.

Referente a las tasas brutas de natalidad y de mortalidad de Costa Rica, se tiene que para la primera mitad del presente siglo, la mortalidad ejercía una fuerte influencia en el comportamiento del crecimiento poblacional. A partir de los años 50, la natalidad pasó a ser la variable determinante del crecimiento poblacional debido a la fuerte baja que sufrió la mortalidad como se presenta en el Tabla 2 (8).

TABLA 2
TASAS DE MORTALIDAD PARA COSTA RICA

Categoría	Muertes/1000 habitantes		
	1970	1980	1990
Mortalidad total	6.6	4.1	3.9
Mortalidad infantil	61.5	19.1	14.0
Mortalidad 1-4 años	4.4	0.9	0.8
Mortalidad 5-14 años	0.9	0.5	0.3

Fuente: (22).

Como se observa en esta Tabla, particular peso sobre la tasa de mortalidad general la ha tenido la mortalidad infantil. El descenso de la mortalidad infantil, particularmente a partir de 1960, se produjo principalmente a expensas de la reducción de la mortalidad debida a enfermedades infecciosas como se muestra en el Tabla 3.

La composición de la mortalidad infantil también ha variado en el transcurso de las últimas décadas. Por ejemplo, en 1970, la mortalidad infantil de 61.5 por mil nacidos vivos estuvo compuesta por una tasa neonatal de 22/1000 nacidos vivos y por una tasa postneonatal de 39.5/1000 nacidos vivos. En 1988, estas cifras cambiaron a una tasa de mortalidad infantil de 14.1/1000 nacidos vivos compuesta por una mortalidad neonatal de 9.3/1000 nacidos vivos y de una tasa neonatal de 4.8/1000 nacidos vivos (Tabla 4).

Esta circunstancia aunada a una disminución en la tasa de natalidad (en la actualidad es de 28.6/1000 habitantes), ha afectado la estructura piramidal de la población. De esta manera, a 1990, se tenía un 13.1% de niños menores de 4 años y según proyecciones para el año 2000, se estima que este grupo

TABLA 3
CAMBIOS EN LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS, COSTA RICA.

	1970	1980	1990
1 Enfermedad Diarréica	Enfermedad perinatal	Idem.	
2 Neumonía	Malformaciones congénitas	Idem.	
3 Septicemia	Neumonía	Enf. transmisibles	
4 Meningitis	Trauma	Trauma	
5 Inmadurez	Tumores	Idem.	

Fuente: (22)

TABLA 4
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, PERIODO 1970-1988, COSTA RICA.

Año	Neonatal	Posneonatal	Infantil
1970	22.0	39.5	61.5
1975	17.7	19.4	37.1
1980	11.2	7.9	19.1
1988	9.3	4.8	14.1

Fuente: (22)

representará un 11.5% de la población total. Un 23.1% de la población se encontró entre 5 y 14 años, un 57.4% entre los 15 y 59 años y un 6.4% en los de 60 y más años.

Las principales causas de muerte entre la población adulta de Costa Rica muestran un patrón similar al de países industrializados tales como enfermedades cardiovasculares, tumores y accidentes.

Parasitosis intestinal. La alta prevalencia de infecciones parasitarias endémicas, es una de las principales preocupaciones de la salud pública en países en vías de desarrollo. En términos generales, muchos países del mundo han reducido el porcentaje de habitantes que sufren de parasitosis endémica, sin embargo, encuestas recientes han revelado que el número de personas infectadas en los países en vías de desarrollo permanece, debido principalmente al crecimiento de cinturones de miseria en la periferia de las grandes ciudades(9,10).

Al igual que muchas naciones latinoamericanas, Costa Rica

SITUACION DE LA SALUD Y NUTRICION EN LA ZONA URBANA DE COSTA RICA

ha logrado combatir con mayor eficiencia los problemas de salud en zonas rurales que en las poblaciones marginales urbanas(11,12).

La hipótesis que condiciones higiénicas inadecuadas condiciona la transmisión de parásitos intestinales fue confirmada en un estudio realizado en 1987 por Hernández y colaboradores(10). Este estudio se desarrolló en un barrio marginado (tugurio) del sector sur del área metropolitana con una población control de un barrio de clase media en el mismo sector.

Los resultados se presentan en la Tabla 5 donde se observa que existe una alta prevalencia de *A. lumbricoides*, *T. trichiura* y *H. nana* en el barrio marginado. Noventa y cuatro por ciento de los individuos en el barrio de clase media (Hatillo), fueron encontrados libres de los parásitos arriba mencionados; mientras que el 59% de los individuos del tugurio, sufrían de infestación total por estos parásitos. La diferencia entre estos porcentajes así como la diferencia entre las prevalencias de infestación encontradas para ambas poblaciones fue estadísticamente significativa.

Además, puede notarse que la infestación es mayor en la población de 1-14 años que en la población adulta. Sin embargo, la población adulta habitante del tugurio, presentó una prevalencia más alta que la correspondiente para el barrio de clase media. Estas diferencias sugieren que una inadecuada disposición de excretas y de facilidades sanitarias contribuyen a una mayor prevalencia de las infecciones helmínticas.

Otro estudio realizado en 1987 en una muestra de niños preescolares asistentes de las guarderías infantiles gubernamentales,

reveló que un 85% de los niños se encontraron positivos para parásitos. Porcentajes comparables fueron informados en niños de 4 años en un estudio realizado entre 1963-1964 en diferentes localidades del país, Tabla 6 (13).

Este estudio encontró que la prevalencia de *A. lumbricoides*, *T. trichiurus* y *E. histolytica*, relacionó de manera significativa ($p<0.05$) con la disponibilidad de agua potable y el tipo de servicio sanitario utilizado, no así con el nivel de instrucción, de ingreso o de hacinamiento.

TABLA 6
PREVALENCIA (%) DE PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS PRESCOLARES ATENDIDOS EN GUARDERIAS ESTATALES DEL AREA METROPOLITANA DE COSTA RICA, 1986.

Parásito	No.	%
<i>A. lumbricoides</i>	123	(25)
<i>T. trichiurus</i>	168	(37)
<i>E. histolytica</i>	83	(16)
<i>L. intestinalis</i>	234	(47)
Total	500	

Fuente: (13)

TABLA 5
PREVALENCIA (%) DE PARASITOSIS INTESTINAL EN UN TUGURIO Y EN HATILLO (COMUNIDAD DE CLASE MEDIA) AREA METROPOLITANA, COSTA RICA, 1987.

Parásito	Niños (1-14 años)		Adultos (15 ó más años)	
	Tugurio	Hatillo	Tugurio	Hatillo
<i>Ascaris</i>	38 (21.0)	4 (6)	16 (8.9)	10 (8.6)
<i>Trichuris</i>	28 (15.5)	0	23 (12.8)	1 (0.8)
<i>Hymenolepis nana</i>	16 (8.8)	0	6 (3.4)	0
n	181	67	179	117

Fuente: (10).

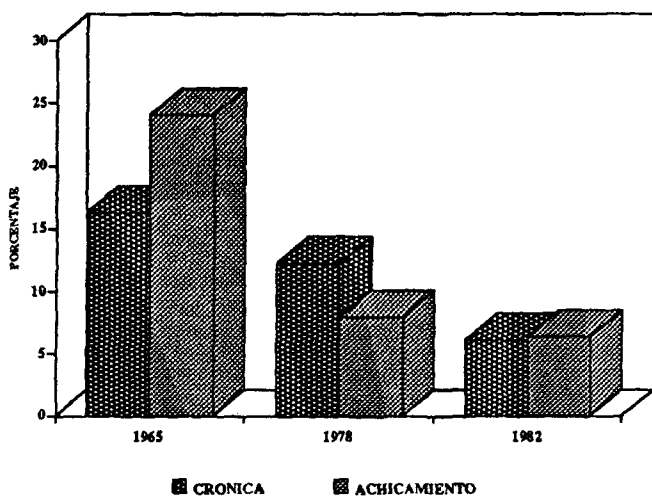
Coinciden con la situación presentada en párrafos anteriores los hallazgos de Murillo, 1990, quien encontró en una población de niños menores de 3 años habitantes de barrios pobres y marginados del Area Metropolitana, que el 50% presentaron episodios de diarrea durante el período de observación el cual fue de 12 meses.

Como lo expresa Reyes, 1987, "se puede concluir que aunque se ha logrado mucho en salud pública en Costa Rica, el deterioro en las condiciones socioeconómicas de algunos grupos poblacionales, sumado a los problemas inherentes al medio ambiente, se reflejan en los índices parasitarios encontrados en los últimos años en el Area Metropolitana, los que, al menos cualitativamente, son tan elevados como los de hace 20 o más años".

Salud y nutrición. El estado nutricional de niños menores de 6 años ha sido objeto de encuestas y estudios específicos en el país. Tal es el caso de las encuestas nacionales de nutrición que ha realizado el Ministerio de Salud desde 1965 hasta 1982, fecha en que se realizó la última encuesta de esta naturaleza.

La Figura 5 muestra el descenso ocurrido en un período de 17 años, de la prevalencia de la desnutrición crónica (definida en este caso como < 2 D.E. De la mediana del patrón de referencia del NCHS para la relación peso-edad) y del achicamiento (definido en este caso como < 2 D.E. De la mediana del patrón de referencia del NCHS para la relación talla-edad) en la población menor de 6 años del país. Este panorama, aunque halagador, está dado por promedios nacionales que no reflejan la situación nutricional de los niños por zona de urbanización ni por nivel socioeconómico.

FIGURA 5
PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN NIÑOS
PREESCOLARES, PERIODO 1965-82, COSTA RICA



Encuesta Nacional de Nutrición

Como se ha planteado por diversos investigadores(14,15) el estudio de problemas nutricionales en familias urbanas, coincide con la indicación de la adversidad de factores socio-económicos y culturales en la promoción de la pobreza y la desnutrición.

Esta relación entre pobreza o marginalidad y desnutrición también ha sido descrita para las zonas urbanas de Costa Rica. Un estudio realizado por Murillo, 1984, en una muestra de niños menores de 6 años de los barrios más desposeídos del Area Metropolitana, indicó que el grupo de familias de menor ingreso sostenía el mayor porcentaje de niños desnutridos. El 30% de los niños encuestados presentaron retardo en talla el cual se probó estar significativamente relacionado con las condiciones ambientales y no con factores genéticos.

Resultados del mismo estudio, sugieren que las diferencias en talla entre niños de diferentes niveles socioeconómicos aparecen después del primer año de vida. Esto probablemente como respuesta al efecto de los factores ambientales negativos en el estado nutricional del niño como lo son las deficientes condiciones higiénicas y las inadecuadas prácticas de crianza características de las poblaciones marginadas urbanas.

Por otro lado, las diferencias en talla en niños de 5 a 6 años tienden a nivelarse, probablemente debido al efecto de los programas de alimentación complementaria que operan en el país en las escuelas y en centros de atención integral del niño para este grupo de edad.

Las diferencias del peso corporal entre nivel socioeconómico, son menores que las dadas con la talla. De manera que podría decirse que es la talla y no el peso la medida antropométrica que mejor refleja las diferencias nutricionales entre grupos socioeconómicos para el área urbana de Costa Rica(16,17).

Un estudio longitudinal realizado en niños del Area Metropolitana reveló aspectos importantes sobre el patrón alimentario, morbilidad, lactancia materna, prácticas de ablactación y destete y antropometría relacionados con el nivel socioeconómico de las familias(18).

En relación al patrón alimentario, el estudio indicó similitud por nivel socioeconómico, es decir, el proceso de alimentación (incluyendo la prevalencia de la lactancia materna) de los niños desde cero hasta los 36 meses fue similar. Interesante es notar que tanto madres del nivel socioeconómico bajo como del medio amamantan a sus hijos. Sin embargo, la duración de la lactancia materna es poca pues a los tres meses de edad, el 30% de los niños fueron totalmente destetados. En relación a la ingestión de energía de estos niños, ésta resultó ser limitante de la dieta, particularmente para niños mayores de 11 meses.

Referente al crecimiento de los niños investigados, se encontró que para los mayores de 17 meses, la distribución de centiles según el indicador talla-edad, colocó al 73% de los niños de las familias más pobres, por debajo del percentil 50.

Existen algunas evidencias de que el estado nutricional de la

población infantil de la zona urbana de Costa Rica, se ha deteriorado en los últimos tres años como consecuencia de la grave crisis económica que afronta el país. Los programas de atención primaria han sufrido una disminución en su presupuesto, afectando la cantidad y calidad de personal así como de equipo para operar. Cambios ocurridos en la cobertura de los programas de atención primaria de la salud, tanto para áreas rurales como urbanas desde 1976 explican en parte el deterioro en nutrición y salud que está apareciendo en el país.

Es importante señalar que la prioridad de este programa la ha constituido la población rural. Por ejemplo, en 1976, la cobertura del programa para la población rural era de un 42% versus un 10% para la población urbana. En 1983, la cobertura para la zona rural era del 58% en comparación con un 38% para la zona urbana. Como puede notarse, aunque hubo un aumento en la cobertura para ambas zonas a partir del año de inicio del programa, la población marginal del área urbana ha recibido menos atención.

Varios son los factores que han condicionado un incremento en la aparición de casos de desnutrición severa en las áreas urbanas de Costa Rica en los últimos años, particularmente desde que se iniciaron los programas de ajuste estructural a partir de 1986. Un informe del Ministerio de Salud reciente, presenta un aumento en el número de casos de desnutrición severa en algunos cantones urbanos del país durante los años 1985-89, como se muestra en la Figura 6 (19). Otro informe

del mismo Ministerio, indica que hubo incremento en la desnutrición severa en algunos cantones del país, donde se observó un fuerte incremento en los cantones centrales (urbanos) de la provincia de Heredia, Puntarenas y San José, (Figura 7).

Esta situación es coincidente con los datos sobre niños hospitalizados en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA) con diagnóstico de ingreso de desnutrición severa durante el período 1989 a 1991. Aunque el mayor porcentaje de los niños provienen de la zona rural, un 67%, se considera importante que el 33% restante provenga de las zonas urbanas del país. Es interesante notar que los niños desnutridos del área urbana proceden principalmente de la provincia de San José según se muestra en la Figura 8.

Por último, en relación al consumo energético proteico, datos de la I Encuesta Nacional de Consumo Aparente realizada en 1989, revelaron, contrario a lo esperado, que la población urbana del país tiene una ingesta energética per cápita inferior a la mostrada por la población rural, Figura 9(20). Un comportamiento similar se da con el consumo per cápita de proteínas aunque con diferencias menos pronunciadas, (Figura 10).

FIGURA 6
INCREMENTO DE CASOS DE DESNUTRICION SEVERA EN ALGUNOS CANTONES URBANOS DE COSTA RICA, PERIODO 1985-1989

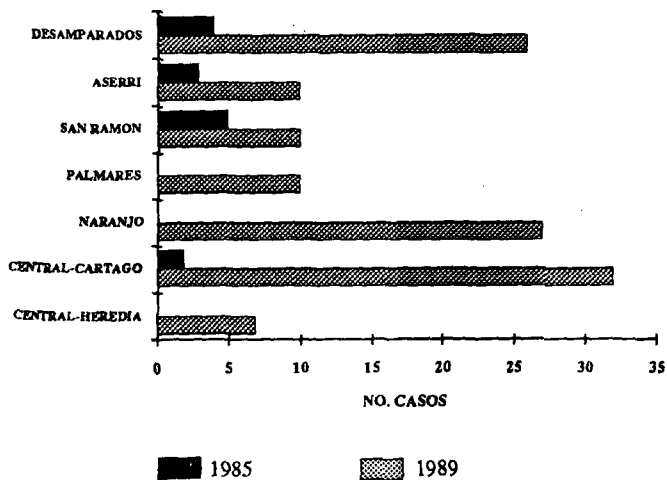
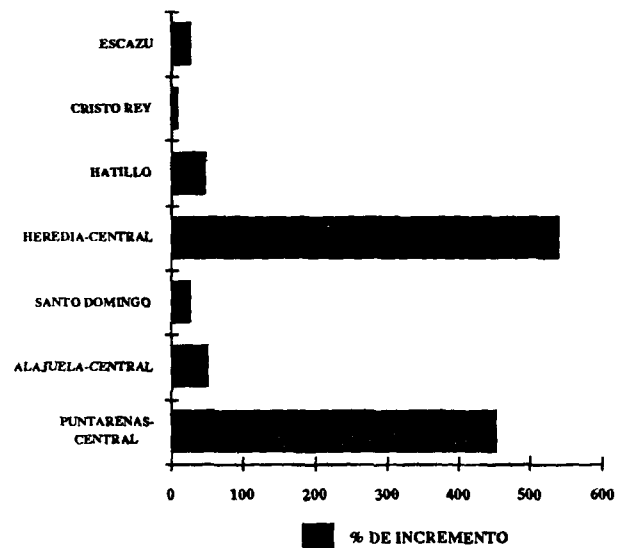


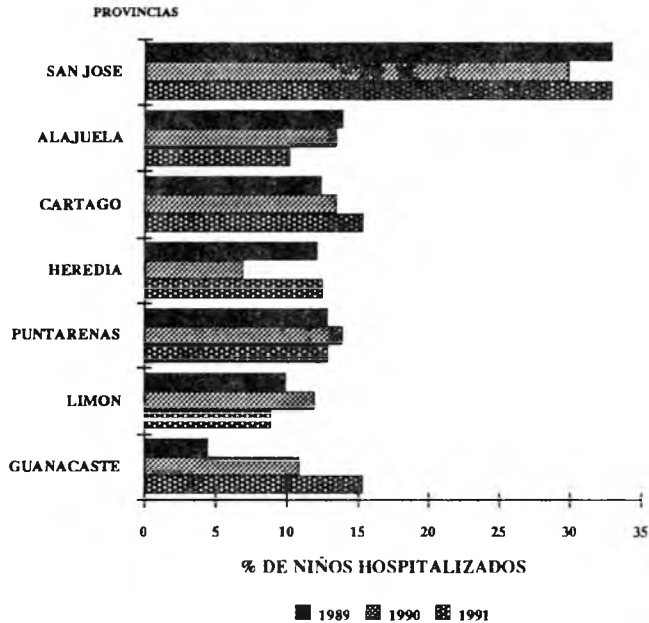
FIGURA 7
INCREMENTO (%) DE LA DESNUTRICION SEVERA SEGUN INFORME DEL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA, COSTA RICA 1985-89



Novigrodt, R. Proban. Ministerio de Salud, 1991

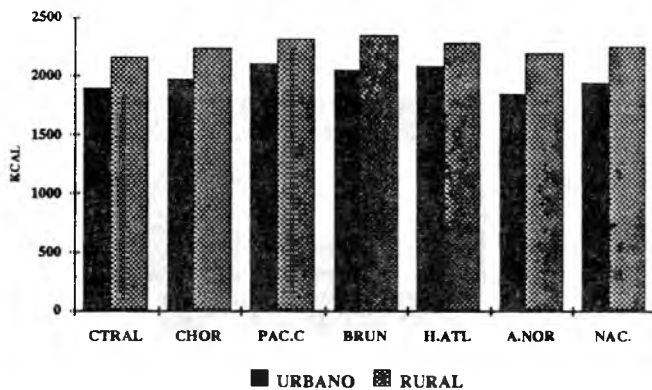
Novigrodt, R. Proban. Ministerio de Salud, 1991

FIGURA 8
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS
DESNUTRIDOS SEVEROS HOSPITALIZADOS EN
"INCIENSA", PERIODO 89-90, COSTA RICA



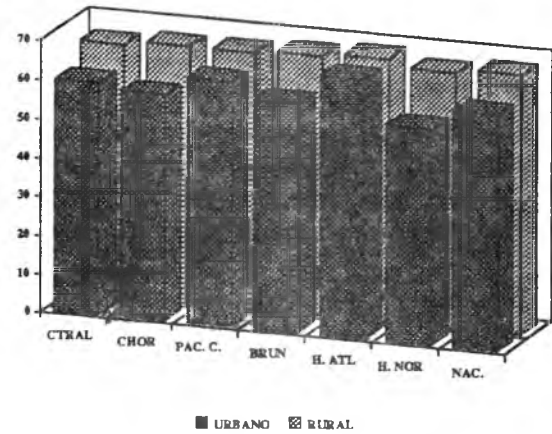
Alfaro, F. Inciensa, 1992

FIGURA 9
CONSUMO PER CAPITA DE ENERGIA SEGUN
URBANIZACION, POR REGIONES PROGRAMATICAS,
COSTA RICA, 1989



Encuesta Nacional de Consumo Aparente de Alimentos, 1989

FIGURA 10
CONSUMO PER CAPITA DE PROTEINA SEGUN
AREAS DE URBANIZACION POR REGIONES,
COSTA RICA, 1989



Encuesta Nacional de Consumo Aparente de Alimentos, 1989

CONCLUSIONES GENERALES

El estado de salud y nutrición de un pueblo usualmente está determinado por factores sociales y económicos. Estos factores condicionan no sólo el medio ambiente en que las personas viven sino que además condicionan el tipo de alimentación, el acceso a los alimentos y la capacidad productiva del individuo o población. Por ello es fundamental analizar el contexto en que las poblaciones se desarrollan para explicar el estado nutricional(21).

A pesar de que no existe en Costa Rica un análisis multicausal de la situación de salud y nutrición de la población urbana del país, en el presente artículo se presentan datos provenientes de los pocos estudios disponibles referentes al tema.

Esta presentación de los diferentes aspectos relacionados con la nutrición y salud en el área urbana, refleja lo postergada que ha sido, no sólo la investigación de los problemas que aquejan a la población marginada urbana de Costa Rica, sino también el poco reconocimiento que los entes gubernamentales han dado a los problemas de esta población. Este hecho quizá confirma la actitud por parte de los proveedores de servicios, de considerar a la población urbana como un grupo de familias con fácil acceso a los medios productivos del país.

La alta prevalencia de parasitosis intestinal y la alta frecuencia de episodios de enfermedad en la población infantil del Area Metropolitana, particularmente de la marginada, señala la necesidad de crear infraestructura adecuada para la recolección de basura, de disposición de excretas así como mejorar la calidad

SITUACION DE LA SALUD Y NUTRICION EN LA ZONA URBANA DE COSTA RICA

del agua. Además, es necesario proveer a estas poblaciones de un programa intensivo de educación alimentaria nutricia que enseñe a las familias a superar las condiciones que actualmente afrontan.

Es preocupante notar un proceso de deterioro en la condición nutricia de los niños, especialmente los menores de 6 años. Esta situación podría ser una de las consecuencias del costo social del programa de ajuste estructural que adoptó el país desde mediados de la década de los 80. La focalización de la desnutrición es un hecho en Costa Rica. Según se mostró en párrafos anteriores, las familias de bajos ingresos, en su mayoría localizadas en los cinturones de miseria de las ciudades, son las que presentan mayor deterioro de la salud y la nutrición. A pesar de que el Area Metropolitana de Costa Rica concentra los recursos del país, no escapa al proceso de deterioro social descrito anteriormente.

Se hacen necesarias entonces, intervenciones focalizadas y agresivas que contribuyan al mejoramiento y mantenimiento del bienestar de la población urbana del país.

REFERENCIAS

1. Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Las condiciones de salud en las Américas Volumen I y II. Publicación Científica No. 524. 1990.
2. Sosa, D. Factores sociodemográficos en el estudio de la nutrición. EN: Memoria del seminario-taller: La educación nutricional frente a la crisis: una disyuntiva actual. IIMEC. Universidad de Costa Rica, 1991 p.56-68.
3. Sosa, D. Ibid. 1991.
4. Mata, A & L Merino. Población y medio ambiente en Costa Rica. Asociación Demográfica costarricense. 1990.
5. Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN) Pobreza urbana, el caso del Area Metropolitana de San José. MIDEPLAN. San José, Costa Rica. 1991
6. Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN) Ibid. 1991.
7. Sosa, D. Ibid.1991.
8. Sosa, D. Ibid. 1991.
9. OPS, Ibid. 1990.
10. P. Kosoff, F, Hernández, M Vekoh et.al. Urban helminthiasis in two socioeconomically distinct Costa Rican communities. *Rev. Biol. Trop.* 37(2): p. 181-186. 1989.
11. Kosoff, P & Hernández, F. Ibid. 1989.
12. Murillo, S. Infant feeding practices and growth among different socioeconomic classes. Proceedings of a Workshop held on May 17 and 18,1990 at Lunderen, The Netherlands, Foundation Mother and Child. The Netherlands. 1990 p.69-74
13. Reyes, L R, G Marín, Catarinella et. al. Parasitosis intestinal en niños en guarderías de San José, Costa Rica. *Rev. Cost. Cienc. Méd.* 8(3): p. 123-128. 1990
14. Schurch, B & AM Favre. Urbanization and nutrition in the Third World. Nestlé Foundation. 1985 p. 5.
15. Gross, R, & CA Monteiro. Urban nutrition in developing countries: some lessons to learn. *Food and Nutrition Bulletin.* 1989 Vol. 11(2): p.14-20.
16. Murillo, S. The effects of social factors on the nutritional status of children in urban Costa Rica. PhD. Thesis. University of London, England. 1984.
17. Murillo, S. Urban malnutrition and its relation to social factors. *Am. J.Clin.Nutr.* 1987.
18. Murillo, S. Situación alimentaria y nutrición. EN:La inseguridad alimentaria en Centroamérica, un intento de síntesis. Cáceres y Murillo. Temas de Seguridad Alimentaria, Revista No.3. CADESCA. 1990.
19. Novigrodt, RM. Evaluación del Bono Alimentario Nutricional y acciones a tomar en los cantones productores de café y caña. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. Novigrodt, R M Deterioro en indicadores de salud, nutrición y la pobreza en Costa Rica, Septiembre de 1991. Ministerio de Salud. Documento interno. 1991
20. Ministerio de Salud, Dirección General de Estadística y Censos y Programa de Seguridad Alimentaria. 1991. I Encuesta Nacional sobre Consumo Aparente de Alimentos, 1989.
21. Murillo, S. Ibid. 1991
22. Mohs, E. Infectious diseases and health in Costa Rica: the development of a new paradigm. *Pediatric Infectious Disease.* 1982, Vol 1, No.3: 212-216.