



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**GOBIERNO  
DE COSTA RICA**

**MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA**

**ÁREA RECTORA DE SALUD BUENOS AIRES**

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD (ASIS)**

**ELABORADO POR EL ÁREA RECTORA DE SALUD BUENOS AIRES**

**OCTUBRE 2023**

## Contenido

1. Caracterización del entorno. ....	6
1.1.1. Aspectos Históricos.....	6
1.1.2. División administrativa: División Geopolítica del Cantón.....	9
1.1.3. Localización geográfica .....	10
1.1.4. Relieve y Topografía.....	12
1.1.5. Condiciones Climáticas .....	12
1.1.6. Caracterización Ecológica.....	13
1.1.7. Hidrografía.....	14
1.2. Descripción de las características demográficas. ....	16
1.2.1. Características de la población.....	16
1.2.2. Esperanza de vida al nacer .....	23
1.2.3. Densidad poblacional .....	24
1.2.4. Perfil étnico de la población. ....	25
1.3. Descripción de las características socioeconómicas .....	32
1.3.1. Organización política local.....	32
1.3.2. Organización social.....	38
1.3.3. Organización socioeconómica .....	50
1.4. Descripción de las características de presencia de riesgos.....	54
1.4.1. Riesgo de origen natural. ....	55
1.4.2. Riesgos Ambientales. ....	58
2. Descripción de las características de la Red de Servicios de Salud .....	60
3. Descripción de las características de Salud Mental.....	62
3.1. Factores biológicos .....	65
3.1.1. Tasa de mortalidad por Suicidio .....	65
3.1.2. Tasa de mortalidad por Demencia Senil.....	67
3.1.3. Tasa de mortalidad por Alzheimer .....	67
3.1.4. Prevalencia de trastornos bipolares .....	67
3.1.5. Incidencia de Esquizofrenia .....	68
3.1.6. Incidencia acumulada de trastorno depresivo .....	68

3.1.7. Incidencia acumulada de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas .....	69
3.1.8. Incidencia acumulada de intentos de suicidio .....	70
3.2. Factores sociales y económicos .....	71
3.2.1. Plan Cantonal de Prevención de Atención Integral al Riesgo Suicida Implementado .....	72
3.2.2. Estrategias desarrolladas para la promoción de la salud mental .....	74
3.2.3. Plan Estratégico Interinstitucional e Intersectorial en la Prevención de la Violencia Intrafamiliar implementado (PLANOVI).....	75
3.2.4. Incidencia de la Violencia Intrafamiliar Cantonal .....	77
3.2.5. Acciones desarrolladas en la promoción y prevención de la salud mental asociada al consumo de drogas y alcohol.....	78
3.2.6. Plan Local de la Red Cantonal de Actividad Física y Salud .....	84
3.3. Determinantes Ambientales .....	86
3.3.1. Actividades realizadas para la recuperación de Área verdes (Construcción de parques, Áreas recreativas, entre otros) .....	86
3.4. Determinantes de Sistemas y Servicios de Salud .....	89
4. Componente Salud Integral Adolescente.....	90
4.1. Determinantes biológicos .....	92
4.2. Determinantes socio-culturales.....	95
4.3. Determinantes sistemas y servicios de salud .....	98
4.3.1. Mortalidad infantil de madres adolescentes.....	100
4.3.2. Embarazo adolescente .....	102
4.3.3. Adolescentes que adoptan un método anticonceptivo post parto y post aborto. ....	106
4.3.4. Adolescentes atendidos en la Consulta de Atención Integral de primera vez en el año. ....	107
4.3.5. Adolescentes atendidos con evento/Dx de Salud Mental.....	109
5. Priorización del ASIS basado en mortalidad.....	112
6. Priorización de problemas de salud en la comunidad .....	117
6.1. Metodología para la determinación de los problemas en la comunidad .....	118
6.2. Valoración y selección de problemas de salud detectados en la comunidad .....	118

7. Análisis de los problemas priorizados .....	120
7.1. Identificación de las causas raíz, secundarias y terciarias de los problemas de salud.	121
7.2. Resultado del análisis de las causas raíz .....	127
7.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas .....	130
7.3.1. Limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud. ....	130
7.3.2. Limitado acceso de servicios de salud .....	134
7.3.3. Limitado acceso de agua potable .....	136
7.3.4. Pérdida de valores sociales y familiares .....	139
7.3.5. Asfixia del nacimiento.....	141
7.3.6. Shigelosis.....	143
7.3.7. Parálisis cerebral.....	144
7.3.8. Tumor maligno del estómago .....	146
7.3.9. Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas .....	148
7.4. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas .	149
8. Validación de las líneas de acción con la comunidad.....	150
9. Conclusiones .....	160
10. Bibliografía:.....	162
11. Anexos .....	169

## **Introducción**

El análisis de la Situación de Salud es un proceso en el que se describe y explica la caracterización de la producción de salud en un determinado espacio de la población, por lo que se explica la interacción de la salud-enfermedad de una población y los determinantes que pueden identificar las necesidades y prioridades de la salud de las personas, en el tanto individual y de sociedad, pretendiendo identificar las intervenciones y/o programas adecuados que sirvan de solución a dichas necesidades.

En el análisis se relacionan variables de los componentes en la interacción entre los factores biológicos con los ambientales, sociales, económicos y de acceso a los servicios, los que determinan que las personas sean saludables o no, influye los factores de acceso, la disponibilidad, eficiencia y utilización de los servicios de salud.

Estas dimensiones se abordarán mediante indicadores, para tratar de explicar los hechos, medir la intensidad de los mismos y la influencia de estos en la producción de salud, con la finalidad de establecer las necesidades y problemas de salud en el individuo, familia y comunidad, que perfilan las condiciones de vida, el nivel de salud, la condición social, la económica, la calidad de vida, los grupos más vulnerables, el grado de organización, los recursos comunitarios, las creencias y tradiciones, los hábitos, costumbres y los intereses de la comunidad; logrando proporcionar estrategias factibles de intervención oportuna que faciliten la toma de decisiones a los responsables de la salud.

El presente análisis de la situación de salud, de acuerdo con la metodología propuesta, se elaborará con participación de la comunidad mediante la efectiva participación de los actores sociales presentes en el cantón, además, se estudiará la mortalidad de un quinquenio 2015 hasta el 2019, haciendo análisis de los grupos de “*edad de curso de vida*”, identificando las principales causas de muerte registradas en cada grupo de edad.

## **1. Caracterización del entorno.**

### **1.1.1. Aspectos Históricos**

El origen del nombre de Buenos Aires se remonta a 1860 cuando don Pedro Calderón, pasó abriendo camino para comunicar a Cartago con Térraba y Boruca, a este sitio se le llamó Hato Viejo, posteriormente, se bautizó con el nombre actual, lo que se debe, posiblemente a la brisa constante que sopla en la zona, debido a corrientes del Océano Pacífico, en verano, estos vientos corren de norte a sur y en ocasiones son muy fuertes.

El origen de los habitantes fundadores del área y sus primeros asentamientos se da en la época precolombina, el territorio que corresponde actualmente al cantón estuvo habitado por aborígenes del llamado grupo de los Bruncas o Borucas, lo que se comprueba en los numerosos cementerios encontrados en diversos lugares de la región.

Durante la época de verano, los aborígenes de la región de Talamanca en el Atlántico (Bibrís y Cabecar), en ocasiones cruzaban la cordillera para asentarse en los márgenes del río Térraba.

En marzo de 1513 soldados de Don Juan Vázquez de Coronado asaltaron la fortaleza de los aborígenes Cotos o Coctos, ubicada en el área entre el río Coto y la Quebrada Guácimo.

Esta fortaleza fue incendiada por sus defensores al tener que abandonarla.

A fines de 1513 soldados de don Antonio Álvarez Pereira, capitán de Don Juan Vázquez de Coronado, fundó en las sábanas de la región, la ciudad Nueva Cartago que fue de efímera existencia.

Don Perafán de Rivera el 6 de mayo de 1561, estableció la ciudad de nombre Jesús, en el margen del río Coto, (hoy Térraba), Aguas debajo de la confluencia de los ríos que actualmente se denominan General y Coto Brus, sitio que fue abandonado por la mayoría de sus pobladores a principios del año siguiente.

Los franciscanos Recoletos Pablo de Rebudilla y Antonio de Andrade, fundaron en 1700, el poblado aborígen de San Francisco de Térraba con aborígenes Terbis de Talamanca. En 1712

Frailes Recoletos establecieron en la sabana de la región un hato de ganado vacuno. A partir de entonces y durante el resto de la colonia se conoció el lugar con el nombre de Hato de los Misioneros de Térraba, Hato de la Misión o simplemente El Hato.

En 1744 frailes recoletos crearon el poblado de Cabagra, el cual fue destruido por aborígenes del norte en 1716 y recobrado un año después; El Hato Viejo hoy Buenos Aires, aumentó la población blanca con la llegada de algunas familias de origen Chiricano. Con la apertura del tramo de la carretera Interamericana entre las ciudades de San Isidro de El General y Buenos Aires, en el año 1861, la región experimentó un aumento en la población, debido a la llegada de inmigrantes procedentes de la región central del país.

En la ley 363 del 4 de noviembre de 1825, Térraba se constituyó en un distrito del Departamento Oriental conformado por los Térrabas, Borucas, junto con los de Orosí y Tucurrique.

Posteriormente en las ordenanzas municipales promulgadas mediante la Ley 2 del 4 de noviembre de 1862, la población de Golfo Dulce, los pueblos de Térraba y Boruca se constituyeron en distritos del cantón de la Comarca de Puntarenas.

Don Pedro Calderón vecino de San Ramón, en 1868, basándose en un contrato que suscribió con el gobierno de la república, abrió una vereda para realizar un camino desde el caserío la Estrella, (situado al sur del actual cantón del Guarco), hasta los pueblos de Térraba y Boruca, en donde se unió con el camino que conducía a Panamá. Don Pedro se estableció con su familia en la hoy ciudad de Buenos Aires en 1870. En 1891 se incrementó la población hasta un aproximado de entre veinticinco y treinta familias, que representaba una población de entre 170 a 180 habitantes.

La primera escuela se estableció en 1890, durante la administración de Don José Joaquín Rodríguez Zeledón, denominada como Escuela Buenos Aires, tiempo después se renombró como Escuela Rogelio Fernández Guell, educador que luchó contra la dictadura de los Hermanos Tinoco (1917-1919) y falleció en Buenos Aires el 14 de marzo de 1918.

La primera ermita se construyó en 1902 en Térraba, en 1905 se edificó la iglesia dedicada a San Pedro Apóstol, durante el arzobispado de Don Román Arrieta Villalobos. En 1982 se

erigió la parroquia, la cual actualmente es sufragánea de la diócesis de San Isidro del General de la provincia eclesiástica de Costa Rica.

Durante la administración de don Alfredo González Flores, el 26 de junio de 1914 por Ley N° 31, se le otorgó la calificación de villa a la población de Buenos Aires, que se designó cabecera del cantón Osa, creado en esa oportunidad, al que le correspondió el número tres de la provincia de Puntarenas. Posteriormente por ley 4574 del 4 de marzo de 1970, se promulgó el Código Municipal que, en su Artículo tercero, le confirió a la villa la categoría de Ciudad por ser cabecera de cantón.

El alumbrado eléctrico se inauguró en 1935, en la tercera administración de don Ricardo Jiménez Oreamuno.

Mediante la ley 185 de 29 de Julio de 1940 Buenos Aires se instituyó en cantón de la provincia de Puntarenas, con cinco distritos en ese momento y se designó cómo cabecera a la villa del mismo nombre. Posteriormente fueron creados cuatro distritos más; Colinas, Changuena en 1988, Biolley en 1995, y Brunka el año 2000.

Por medio del Decreto Ejecutivo N° 34 de 15 de noviembre de 1956, se emitió por primera vez la delimitación de las tres primeras reservas indígenas debidamente delimitadas.

El citado precepto definió (en su artículo 1) la cabida de las siguientes jurisdicciones indígenas: Boruca-Térraba, que denominó como "lote I"; Ujarrás-Salitre-Cabagra, que distinguió como "lote II", China Kichá, que identificó por medio del "lote III".

Todas las referencias que anteriormente se han hecho, en torno a los derechos de las poblaciones indígenas sobre sus tierras, encontraron la cúspide de su fundamentación jurídica cuando se aprobó en Costa Rica por intermedio de la Ley N° 2330 de 9 de abril de 1959, el "Convenio Relativo a la Protección e Integración de las Poblaciones Indígenas y de otras Poblaciones Tribuales y Semitribuales en los Países Independientes" (denominado Convenio N° 107 de la Organización Internacional del Trabajo -O.I.T.-).

Mediante el decreto ley Indígena N°6172 en el año 1977, en la jurisdicción del Cantón de Buenos Aires de Puntarenas, se localizan 6 territorios indígenas, Boruca, Térraba, Curré,

Ujarrás, Salitre y Cabagra. Las tres primeras se localizan dentro de la Cordillera Brunqueña, y las restantes en la margen pacífica de la Cordillera de Talamanca.

Estos territorios albergan a las culturas Brunkas (Boruca y Curré), Teribes (Térraba), Bríbris (Cabagra y Salitre), Cabécares (Ujarrás) y Ngobe (Guaymés).

Los pueblos indígenas referidos habitan las tierras que se localizan dentro de este cantón, en algunos casos desde tiempos inmemoriales (el caso de Boruca y Rey Curré), en otros desde hace casi trescientos años (Térraba) y en los demás con más de una centuria de ocupación permanente en la ladera pacífica de la Cordillera de Talamanca (Ujarrás, Salitre y Cabagra).

Los pueblos Ngäbe o Guaymí en Costa Rica su migración iniciada a mediados del siglo XX desde la comarca Ngäbe-Buglé en Panamá, ubicados en la zona conocida como la Casona, fracción de territorio que se comparte entre los cantones de Buenos Aires y Coto Brus, para muchos Guaymí entre los meses de octubre hasta marzo llegan por motivos de trabajo en la recolección de café.

En 1961 a raíz de la apertura del tramo de la carretera interamericana entre las ciudades de San Isidro del General y Buenos Aires, la región experimentó un aumento en toda la población, debido a la llegada de emigrantes provenientes del Valle Central. (Fundamentos jurídicos e históricos de las obligaciones del ITCO (IDA), con relación a los territorios indígenas de Costa Rica).

### **1.1.2. División administrativa: División Geopolítica del Cantón.**

Buenos Aires es el tercer cantón de la Provincia de Puntarenas, creado bajo el decreto #185 del 29 de julio de 1946, su cabecera de Distrito lleva su mismo nombre.

Cuenta con una extensión geográfica de 2384.22 kilómetros cuadrados, esto lo ubica como el cantón más grande de la Región Brunca.

**Tabla 1. Número de distritos y extensión Buenos Aires, 2023**

Distrito	Extensión (km <sup>2</sup> )
Buenos Aires	552.51
Volcán	188.50
Potrero Grande	627.43
Boruca	138.03
Pilas	110,70
Colinas	122,03
Chánguena	272.88
Biolley	208.34
Brunka	163.80

---

Fuente: Municipalidad de Buenos Aires.

Buenos Aires tiene un clima tropical lluvioso, con temperaturas que oscilan entre 18 a 40 grados centígrados.

### **1.1.3. Localización geográfica**

Geográficamente el territorio Buenos Aires, se ubica al sur del territorio nacional, en las coordenadas geográficas medias 9° 05' 20" latitud norte y 83° 16' 07" longitud oeste. Sus límites son: al este los cantones de Talamanca y Coto Brus, al oeste Pérez Zeledón, al norte con Talamanca y Pérez Zeledón y al sur: Osa, Golfito y Coto Brus. Está compuesto por nueve distritos: Buenos Aires, Volcán, Potrero Grande, Boruca, Pilas, Colinas, Chánguena, Biolley y Brunka.

Su división geográfica y territorial es la siguiente;

**Figura 1. Mapa cantón de Buenos Aires.**



Fuente: Vigilancia de la Salud Ministerio de Salud, Costa Rica, 2023.

El cantón de Buenos Aires tiene la peculiaridad y a diferencia de otros cantones del país, cuenta con diferentes territorios y pueblos indígenas, ubicados en las siguientes comunidades:

- Bribri: En los territorios de Salitre y Cabagra.
- Brunkas: En los territorios de Curré y Boruca.
- Cabecar: En Ujarrás.
- Teribe: En Térraba.
- Guaymies: ubicado en el distrito de Chánguena, comparte zona con el cantón de

Coto Brus ubicado en la Casona.

Asimismo, el Cantón está comunicado con la provincia de San José a través de la carretera Interamericana, la cual divide el territorio de Buenos Aires y genera todos los caminos vecinales a las poblaciones.

La principal ruta en la 02, la cual comunica a Buenos Aires de la siguiente forma:

Buenos Aires – Pérez Zeledón	65 Km.
Buenos Aires – Palmar Norte	60 Km.
Buenos Aires – Paso Real (Coto Brus)	26 Km
Paso Real – San Vito	46 Km

Pista de aterrizaje ubicada contiguo a las instalaciones del MOPT.

#### **1.1.4. Relieve y Topografía**

En el cantón de Buenos Aires predomina la zona de vida del bosque tropical húmedo y bosque muy húmedo premontano. Tiene elevaciones que oscilan entre los 100 metros y más de 3000 metros sobre el nivel del mar.

La topografía del área en general es ondulada y escarpada, corta en la parte alta y en algunas lomas o montañas bajas. Los suelos del cantón son principalmente ácidos, de tipo franco-arcillosos y de baja fertilidad, que los hace aptos para cultivos extensivos de pocos requerimientos nutricios del suelo, tales como la piña que es el monocultivo de mayor presencia en la zona. Otros cultivos como caña de azúcar, café, se desarrollan en suelos un poco más fértiles y hacia los bordes de las zonas montañosas (MINSA, 2010).

#### **1.1.5. Condiciones Climáticas**

En el cantón de Buenos Aires dada la baja altitud de la Fila costeña y el Valle del río Grande de Térraba, presenta condiciones que favorecen la incursión de la humedad proveniente del Pacífico. Esto da como resultado una estación seca de tres a cuatro meses, de diciembre a marzo y otra en julio, asociada al veranillo de San Juan.

En cuanto a la precipitación se presentan dos estaciones bien definidas. La estación seca inicia a finales de diciembre y termina alrededor de abril. El mes más lluvioso suele ser octubre y el más seco febrero.

En cuanto al viento durante el día, entre las 10 y las 18 horas locales se registran vientos ecuatoriales y brisas de mar con componente oeste. En las horas que van desde las 18 a las 10 horas locales el viento suele ser calmo.

Durante la época seca predominan las brisas del mar y tierra. En época de verano los vientos de Norte que soplan con mayor fuerza en el cantón Buenos Aires que en el resto del territorio (INDER, 2014).

#### **1.1.6. Caracterización Ecológica**

Existen en el cantón de Buenos Aires dos áreas bien definidas y protegidas por el gobierno, como lo son:

**A)-** Reserva El Parque Internacional La Amistad (PILA), Fecha de creación 4 de febrero de 1982, mediante Decreto Ejecutivo. #13324-A, con una extensión 199147 ha, ubicado el área de conservación la Amistad Caribe 88% (175250 ha) y área de Conservación La Amistad Pacífico 12% (23897 ha), en el Cantón de Buenos Aires las Comunidades que comparten una franja con PILA son Tres Colinas, Biolley, Altamira de Biolley, Santa María de Brunka y La Lucha.

**B)-** La Reserva Indígena; Mediante el decreto ley Indígena N°6172 en el año 1977, en la jurisdicción del Cantón de Buenos Aires de Puntarenas, se localizan 7 territorios indígenas: Boruca, Térraba, Curré, Ujarrás, Salitre, Cabagra y Ngäbe. Las tres primeras se localizan dentro de la Cordillera Brunqueña, y las restantes en la margen pacífica de la Cordillera de Talamanca.

Predomina un clima tropical húmedo-seco y muy lluvioso, alternando masas de aire húmedo con masas de aire seco. El promedio regional de temperatura es de 23,7°C. El comportamiento de las temperaturas es muy variado, con promedios más bajos de 19,4°C en la Cordillera de Talamanca; alrededor de 23,8°C en San Isidro de El General y Buenos Aires; y 27,6°C en las partes bajas de la Región, es decir Osa, Golfito, y Corredores (MIDEPLAN, 2006). La elevación sobre el nivel del mar va desde los 100 hasta los 3 000 msnm. Las temperaturas mínimas y máximas a través del año rondan los 18°C y 40°C, respectivamente.

También encontramos dentro de las cuencas hidrográficas, la cuenca principal denominada cuenca hidrográfica El Térraba, una subcuenca El Ceibo y Microcuencas en grandes cantidades entre ellas: La Zaray, Volcán, Platanillal, Coto, Pitas, Colinas, Singre y otras.

La condición de las cuencas hidrográficas en el país es crítica y aunque existe legislación referente a su protección, esta no abarca a la totalidad de estas. Otro factor que pone en peligro es el alto grado de deforestación que ocurre en los cauces de los ríos, tanto así que no se respetan las zonas protegidas.

Siendo un cantón de gran extensión y cuya concentración poblacional se encuentra en la ciudad de Buenos Aires, es de esperar el observar mayor grado de contaminación en la zona urbana con respecto a las áreas rurales. El problema se focaliza en aspectos relacionados principalmente al manejo de residuos y aguas residuales urbanas. Las aguas y especialmente considerando que el río que atraviesa la ciudad constituye el principal receptor de los residuos líquidos generados en la zona urbana. Si bien es cierto, el problema no es excesivo en este momento, pero en el futuro podría ser probable que tal situación se agrave especialmente durante la época seca, debido a la disminución del caudal y capacidad de dilución del río.

Los incendios forestales constituyen una situación que afecta la calidad ambiental del área, dado en muchos casos sus características, lo extenso del territorio y lo difícil que muchas veces es el ingreso a dichas zonas; por lo que la brisa arrastra partículas suspendidas en el aire hacia las partes bajas, donde la zona urbana se localiza, estos incendios forestales constituyen una situación de difícil control por ser una práctica muy arraigada en los agricultores como formas de renovación de áreas de pastos o para adecuar sus cultivos afectando con esto la flora y la fauna existente y perdiendo el hábitat, no necesariamente por efecto de contaminantes.

### **1.1.7. Hidrografía**

El cantón de Buenos Aires cuenta con precipitaciones anuales cercanas a los 3107 milímetros. Durante la estación lluviosa el suelo es humedecido de dos a cuatro veces por mes y por períodos de dos a seis días. La lluvia provoca que el suelo sea pegajoso cuando está mojado, firme si se encuentra húmedo, duro y polvoriento cuando no llueve. La humedad relativa es de un 66%.

Por otra parte, el cantón está irrigado por numerosos ríos, quebradas y arroyos. Desembocando todas estas aguas al Océano Pacífico, mediante el Río Grande de Térraba,

que es el más caudaloso y largo de la Vertiente Pacífica Costarricense, siendo sus afluentes principales el Río General Superior y el Coto Brus que lo conforman al unirse en Paso Real.

Debido a las fuertes lluvias y por el tipo de camino existente, muchas comunidades quedan incomunicadas en el invierno por los deslizamientos; tales como las comunidades del distrito de Chánguena, localidades de Paraíso, Santa Lucía, Zapotal, distrito de Potrero Grande, localidad Las Vueltas, en el distrito Boruca, Sobre la carretera interamericana desde Brujo hasta localidad de Cajón, distrito Colinas, localidades de Cedral y San Luis, distrito Buenos Aires, localidades de Ujarrás, Olán, Cabagra, distrito Brunka, localidad de Santa María, distrito de Biolley, en Cuesta Aniceto y debido a causa por inundaciones se han visto afectadas las siguientes; Barrio Las Latas y Volcán centro, asociado al desbordamiento del Río Volcán. Ujarrás, bajo Ceibo, Bajo Remolino, Asentamiento IDA, San Martín, por desbordamiento del Río Ceibo. En San Luis (La Florida) por desbordamiento del Río Platanares, en la comunidad de Pilas centro por desbordamiento del Río Pilas. En Yuabin por desbordamiento del Río Cabagra.

Rey Curré por desbordamiento del Río Térraba. Potrero Grande, por desbordamiento del Río Guineal y Quebrada El Trébol. Las Vegas de Chánguena, por desbordamiento del Río Las Vegas.

Al contar con gran cantidad de ríos y afluentes lo convierte en potencial zona de inundación durante las épocas lluviosas, localizándose la mayor parte de estos desastres en las márgenes del Río Grande de Térraba y del Río Ceibo.

**Figura 2. Mapa Hidrografía cantón de Buenos Aires.**



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica 2023.

## 1.2. Descripción de las características demográficas.

### 1.2.1. Características de la población

En el presente análisis se detallan las características relevantes del perfil demográfico del cantón de Buenos Aires y los datos recabados necesarios para tasar el nivel de salud, mediante los indicadores como producto del proceso de producción social de la salud en la población del cantón de Buenos Aires.

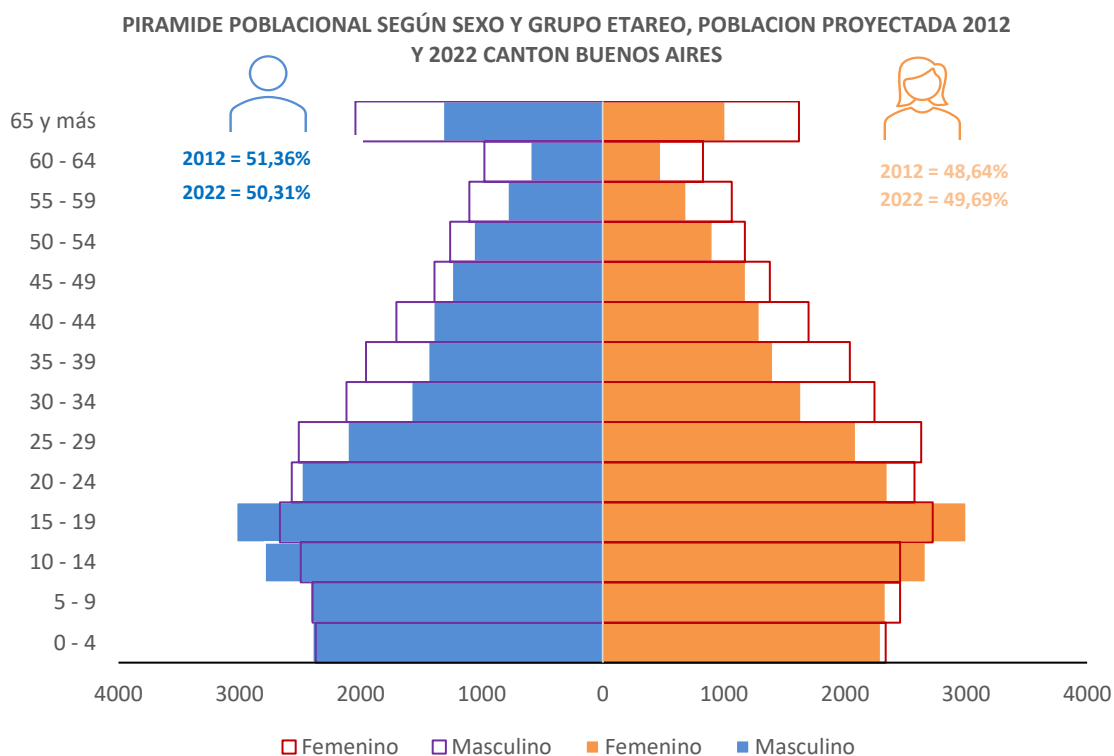
Según los datos de Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según cantón y sexo, en la tabla siguiente se muestra la población proyectada del año 2012 y 2022, datos población del INEC.

**Tabla 2. Población Proyectada, según sexo y grupo etario, Buenos Aires, años 2012 y 2022.**

GRUPO ETAREO	2012			2022		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
<b>0 – 4</b>	2 397	2 296	4 693	2 371	2 335	4 706
<b>5 – 9</b>	2 416	2 335	4 751	2 396	2 456	4 852
<b>10 – 14</b>	2 791	2 667	5 458	2 495	2 455	4 950
<b>15 – 19</b>	3 026	3 002	6 028	2 666	2 724	5 390
<b>20 – 24</b>	2 487	2 351	4 838	2 569	2 574	5 143
<b>25 – 29</b>	2 107	2 091	4 198	2 511	2 630	5 141
<b>30 – 34</b>	1 580	1 639	3 219	2 118	2 243	4 361
<b>35 – 39</b>	1 440	1 406	2 846	1 956	2 039	3 995
<b>40 – 44</b>	1 399	1 294	2 693	1 705	1 698	3 403
<b>45 – 49</b>	1 244	1 182	2 426	1 391	1 380	2 771
<b>50 – 54</b>	1 066	907	1 973	1 262	1 173	2 435
<b>55 – 59</b>	784	689	1 473	1 103	1 065	2 168
<b>60 – 64</b>	597	480	1 077	977	828	1 805
<b>65 y más</b>	1 318	1 012	2 330	2 043	1 619	3 662
<b>Total</b>	24 652	23 351	48 003	27 563	27 219	54 782
	51,36%	48,64%		50,31%	49,69%	

Fuente: INEC, marzo 2023.

**Figura 3. Pirámide Poblacional, según sexo y edad  
Buenos Aires Proyección poblacional 2023.**



Fuente: Datos tabla 2.

Partiendo de los datos del INEC se realiza una comparación entre la población proyectada en el año 2012 y 2022 para el cantón de Buenos Aires, según grupos de edades y sexo, lo cual se puede observar en la tabla expuesta anteriormente.

La pirámide de población para los años 2012 y 2022 para el cantón de Buenos Aires se describe según las características que se visualizan en la tabla regresiva. En la figura anterior se puede visualizar el comportamiento de la población del cantón de Buenos Aires en un periodo de un decenio, se puede observar que se mantiene la medida de razón de mayor cantidad de población de varones, al comparar por grupos de edad, en el grupo de 0 a 9 se observa que el control de la natalidad se presenta principalmente en los masculinos y leve incremento en mujeres.

Igualmente, se puede observar que, la población de 10 años en adelante cambió en el comportamiento piramidal, de mayor aumento en esas líneas de edad poblacional para el

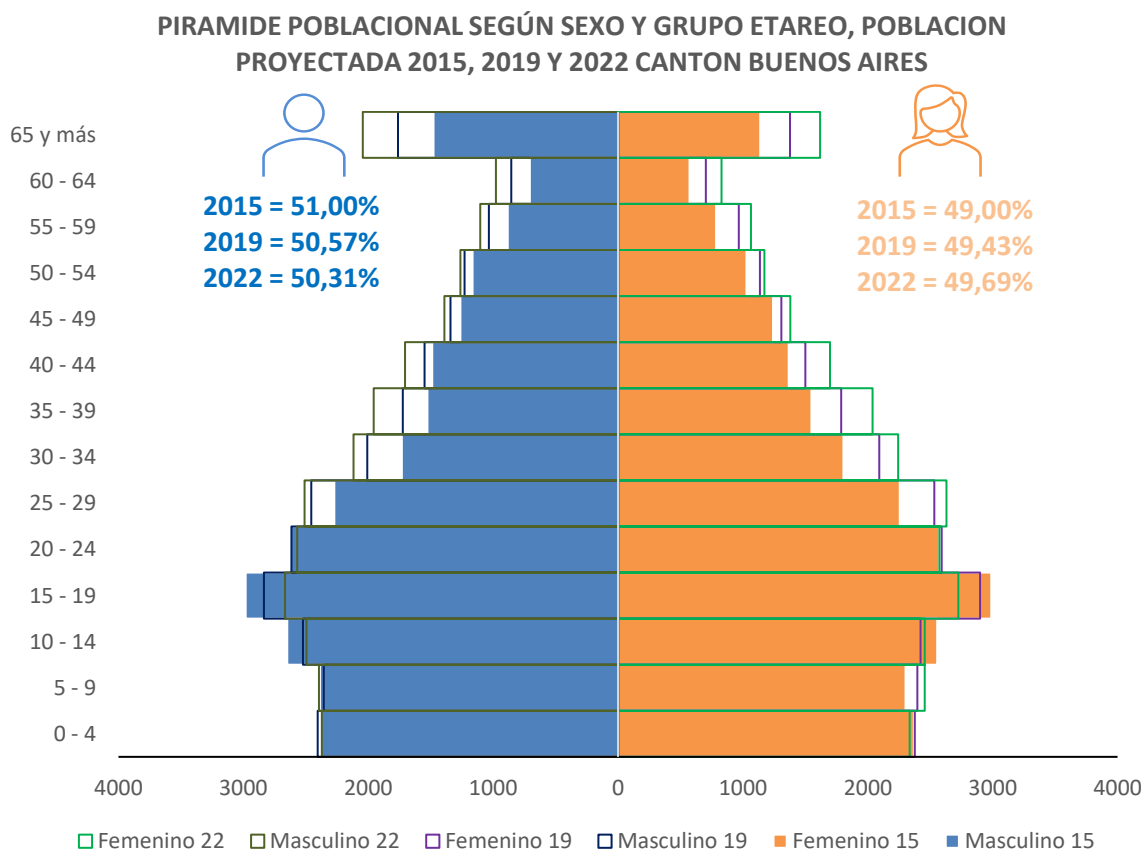
periodo 2022 con relación al 2012, es decir, proporcionalmente disminuyeron los nacimientos y ciclo de vida de la mortalidad reflejada, aumentando en años la población, mismo comportamiento del resto del país. También se puede analizar en las líneas de edad de los 15 a 24 años, en ambos sexos para el 2012 las líneas son más amplias y para el 2022 se reducen la cantidad de jóvenes en estas edades, así mismo, se puede valorar en el grupo de edad de mayor de 65 años y más en relación de comparación del periodo 2012 al 2022, en las barras se ve el incremento en su población, principalmente en el sexo masculino, en general, en el periodo del decenio en población mayor de 65 años significó un aumento del 63.62% (2330/3662).

**Tabla 3. Población Proyectada, según sexo y grupo etario, Buenos Aires, años 2015, 2019 y 2022.**

GRUPO ETAREO	2015			2019			2022		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
0 - 4	2 380	2 368	4 748	2 406	2 376	4 782	2 371	2 335	4 706
5 - 9	2 386	2 301	4 687	2 356	2 396	4 752	2 396	2 456	4 852
10 - 14	2 648	2 556	5 204	2 522	2 423	4 945	2 495	2 455	4 950
15 - 19	2 981	2 990	5 971	2 836	2 899	5 735	2 666	2 724	5 390
20 - 24	2 626	2 573	5 199	2 615	2 592	5 207	2 569	2 574	5 143
25 - 29	2 272	2 256	4 528	2 457	2 533	4 990	2 511	2 630	5 141
30 - 34	1 731	1 804	3 535	2 007	2 091	4 098	2 118	2 243	4 361
35 - 39	1 525	1 548	3 073	1 723	1 787	3 510	1 956	2 039	3 995
40 - 44	1 487	1 366	2 853	1 549	1 500	3 049	1 705	1 698	3 403
45 - 49	1 262	1 241	2 503	1 342	1 309	2 651	1 391	1 380	2 771
50 - 54	1 164	1 028	2 192	1 229	1 136	2 365	1 262	1 173	2 435
55 - 59	884	784	1 668	1 035	967	2 002	1 103	1 065	2 168
60 - 64	706	572	1 278	856	703	1 559	977	828	1 805
65 y más	1 478	1 140	2 618	1 761	1 378	3 139	2 043	1 619	3 662
<b>Total</b>	<b>25 530</b>	<b>24 527</b>	<b>50 057</b>	<b>26 694</b>	<b>26090</b>	<b>52 784</b>	<b>27 563</b>	<b>27 219</b>	<b>54 782</b>
	51,00%	49,00%		50,57%	49,43%		50,31%	49,69%	

Fuente: INEC, marzo 2023.

**Figura 4. Pirámide Poblacional, según sexo y edad  
Buenos Aires Proyección poblacional años 2015, 2019 y 2022.**



Fuente: Datos de la Tabla 3.

Partiendo de los datos del INEC se realiza una comparación entre la población proyectada en el año 2015, 2019 y 2022, según grupos de edades y sexo del cantón de Buenos Aires, lo cual se puede observar en la tabla expuesta anteriormente.

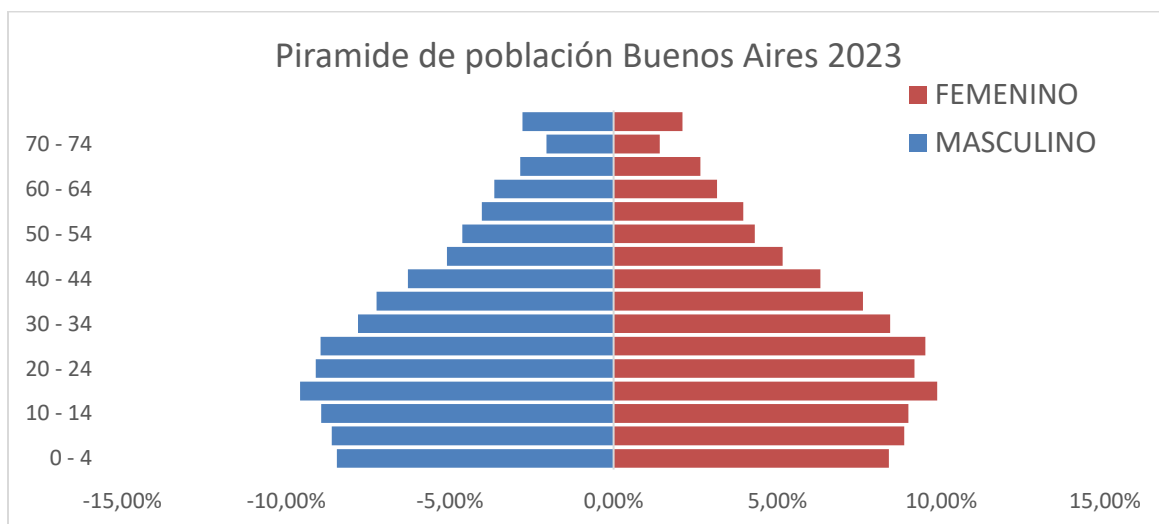
En la figura anterior se muestra el comportamiento de la población del cantón de Buenos Aires en un periodo de ocho años, se mantiene la medida de razón de mayor cantidad de población en varones en relación al sexo femenino durante el periodo analizado, si hacemos una comparación por grupos de edad, como se observa en la figura en el grupo de 0 a 9 se determina que estamos ante un comportamiento de una población con un control de la natalidad significativo, debido a que las barras de ambos grupos es muy leve su acrecentamiento en el tiempo de estudio, siendo el sexo femenino que levemente registra su incremento, a diferencia a partir de los 10 años en adelante cambio en el comportamiento

piramidal, justamente en las barras de edad de adolescente entre 10 a los 24 años para los años posterior del 2015 es menor la cantidad registradas en los años 2019 y 2022, después de la edad 25 años en adelante se registran un aumento en las siguientes barras de los grupos etarios. Analizando en el grupo de edad de mayor de 65 años y más con relación de comparación del periodo en estudio, las barras se ven el incremento en su población, así mismo desde las barras de edad de los 25 años en adelante, lo cual nos indica estamos ante un comportamiento de pirámide con población longeva.

A continuación, se presenta el perfil de la población del cantón de Buenos Aires con población proyectada al 30 de junio para el periodo 2023

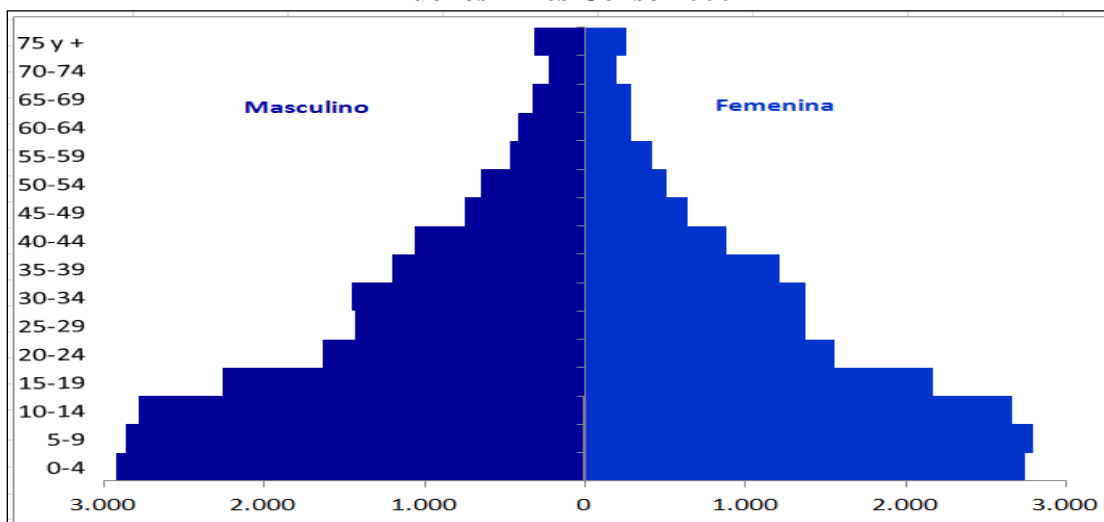
Estos datos se utilizarán como referencia en la descripción y análisis de pirámide poblacional, la división por grupos quinquenales y por sexo, representado en la siguiente pirámide poblacional. En el cantón de Buenos Aires para el año 2023, según datos del INEC se registraba una población de 55 443 habitantes y su distribución según sexo el 50.23% es de población masculino, comportamiento similar a nivel nacional (50.33%). De acuerdo con los Datos Básicos de Atención Primaria, en el cantón de Buenos Aires el 24 % corresponde a población Indígena.

**Figura 5. Pirámide Poblacional proyección año 2023, según sexo y edad Cantón Buenos Aires.**



Fuente: INEC octubre 2022.

**Figura 6. Pirámide Poblacional, según sexo y edad  
Buenos Aires Censo 2000**



Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda de Costa Rica 2000.

En la pirámide poblacional comparativa se puede observar que la evolución de la población en Buenos Aires ha seguido el mismo curso que el resto del país, en cuanto a los efectos de las políticas de control de la natalidad.

Según datos de la Población total proyectada en el Censo Nacional de población y viviendas en el año 2000, se puede observar en la pirámide poblacional que la base de la población era ancha, acumulando la mayoría de la población en los grupos etarios de entre 0 a 14 años. La línea trazada para el año 2023 la proporción de la población menor de 15 años traza una línea de descenso, para el cantón de Buenos Aires. En la figura 5 de la pirámide poblacional 2023, nos muestra un ensanchamiento en parte superior de la pirámide poblacional, es decir, se nos disminuye la población joven y aumenta la población adulta, significativamente en el grupo de edad de 75 años y más. Igualmente, que en el resto del país se observa mayor longevidad en el sexo masculino.

Haciendo uso del instrumento de análisis de la pirámide poblacional, para el censo año 2000, el índice de Fritz es de 247 y datos de población total proyectada al 30 de junio 2023 el valor del índice Fritz, es de 133, éste índice de Fritz indica que el cantón de Buenos Aires, para el periodo del año 2000 mantenía una población joven, pero para el periodo valorado 2023, con el valor del índice de Fritz registrado nos muestra una población en transición de joven a madura. A su vez utilizando el indicador de Sundbarg, el cual compara el porcentaje de

población del cantón de Buenos Aires, de los menores de 15 años con los mayores de 50 años, los resultados para el censo del año 2000 población menor de 15 años 88.3 y población mayor de 50 años 23.0, para datos de población total proyectada al 30 de junio 2023, población menor 15 años con los mayores de 50 años registran un valor de 52.63 y población mayor de 50 años 37.84, de acuerdo a lo que revela los valores de índice de Sundbag el cantón de Buenos Aires, mantiene una condición de carácter progresivo, debido a que la población menor de 15 años supera a los mayores de la población.

Ante un proceso gradual de envejecimiento mostrado en la estructura poblacional, el grupo de adultos mayores, requerirá una importancia aún mayor entre la población total y se hace necesario la adecuación de los programas de salud para su debida atención, en los servicios de atención directa a las personas, así mismo este cambio en cada grupo etario son diferentes las necesidades de los niños, los adolescentes, los hombres, las mujeres en edad fértil y los adultos mayores, lo que sugiere adecuar estrategias en atención de las nuevas demandas en los servicios de salud.

### 1.2.2. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer, debemos entenderla como el número de años que en promedio esperaríamos vivir una persona si las condiciones de mortalidad por edad, expuestas al momento de su nacimiento, no cambian a lo largo de su vida (INEC, 2023). Revisando los datos de las principales fuentes de información demográficas de nuestro país, la esperanza de vida al nacer la encontramos para proyección del país, a continuación, se expone datos en la siguiente tabla.

**Tabla 4. Esperanza de vida al nacimiento periodo 2008 – 2018, según población proyectadas por sexo y edad 1950-2050, Costa Rica.**

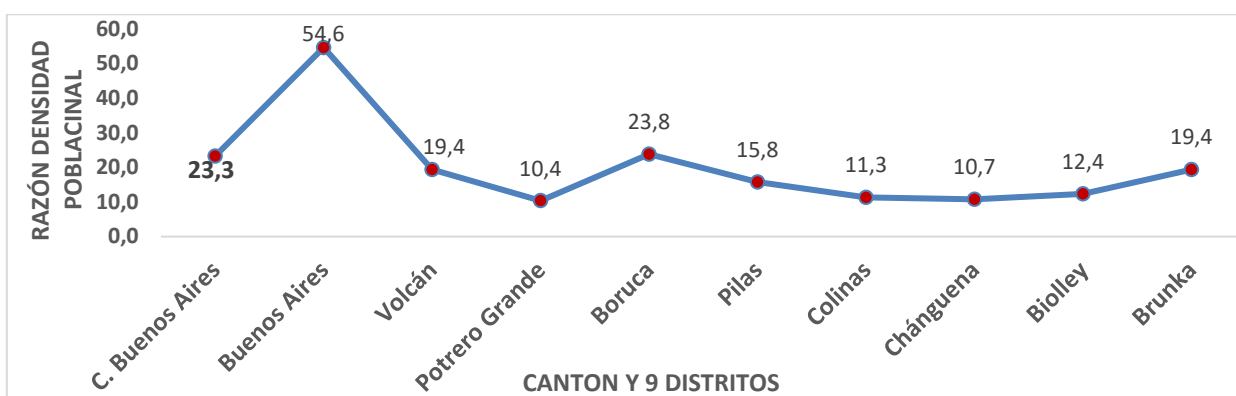
Esperanza de vida al nacer	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Hombres	76,8	76,6	76,9	77,2	77,5	77,8
Mujeres	81,8	81,6	81,9	82,3	82,6	82,9
General	79,3	79,1	79,4	79,7	80,0	80,3

Fuente: INEC-Costa Rica, noviembre 2022.

Partiendo de la tabla anterior, se aprecia según los datos estadísticos de los años representados que el sexo femenino evidencia un índice mayor de años de vida en comparación con el sexo masculino. Si comparamos este indicador con el comportamiento demostrado en las pirámides poblacionales expuestas en páginas anteriores, se evidencia la razón de la disminución de población en edades menores en comparación con la población mayor de 65 año, por lo que se puede decir que al mejorar las condiciones de vida y el sistema de salud se ha ido aumentando la esperanza de vida, lo cual conlleva a que se vaya proyectando mayor cantidad de población longeva.

### 1.2.3. Densidad poblacional

**Figura 7. Razón densidad poblacional, Cantón de Buenos Aires y los 9 Distritos.**



Fuente: Población proyectada 2023 INEC, octubre 2022.

Para el cantón y los nueve distritos de Buenos Aires, en la figura anterior, se muestra el comportamiento en la medida de razón, de la densidad poblacional en el cantón, para el periodo del año 2023. Por ejemplo; para el año 2011 se registraba que, en cada kilómetro cuadrado de territorio del cantón de Buenos Aires, habitan unos 18.9 habitantes, en relación para el año 2023, para el cantón de Buenos Aires, registra una razón de 23,3 habitantes por kilómetro cuadrado.

#### 1.2.4. Perfil étnico de la población.

**Figura 8. Imagen de Pintura Indígena del cantón de Buenos Aires**



El cantón de Buenos Aires fue declarado el día 27 de mayo del 2005 a través del Decreto N°.32454-C como Región de las culturas Aborígenes de Costa Rica.

Lo anterior debido a la gran cantidad de territorios indígenas y etnias presentes dentro de un mismo cantón. En el cantón de Buenos Aires se encuentran siete territorios indígenas y cinco etnias bien diferenciadas, a saber:

**Tabla 5. Territorio indígena y grupos de Etnias en el cantón de Buenos Aires.**

Territorio	Etnia
Térraba	Teribe
Boruca	Brunkas
Curré	Brunkas
Salitre	Bribí
Cabagra	Bribí
Ujarrás	Cabécar
Guaymés	Ngobe

Fuente: Análisis de los asentamientos humanos del Río Grande de Térraba, P. H. El Diquis 2008.

Estos territorios representan aproximadamente el 48% del total de la extensión del cantón y su población cerca del 23% de la población total de Buenos Aires.

En el siguiente mapa se detallan los territorios indígenas en Buenos Aires.

**Figura 9. Mapa Cantón de Buenos Aires Territorios Indígenas.**



Fuente: Municipalidad de Buenos Aires, oficina de catastro 2023.

**Figura 10. Extensión de los Territorios Indígenas de Buenos Aires.**

NOMBRE	AREA	AREA OFI	PUEBLO	POBLAC.	DECRE CREA	DECRE DELIT.	HOJA CARTOGRAFICO	REPRE LEGA
TERRITORIO INDIGENA CABECAR DE UJARRAS	20028.869	19040.00	CABECAR	1321	D 34-G	D 13571-G	KAMUK 3343 I, BUENOS AIRES 3343 IV, SIOLA 3544 II, DURIKA 3544 III	ASOCIACION DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA RESERVA INDIGENA CABECAR UJARRAS
TERRITORIO INDIGENA BRIBRI DE SALITRE	12662.687	11700.00	BRIBRI	1807	D 34-G	D 13571-G	KAMUK 3343 I, CABAGRA 3343 II, GENERAL 3343 III, BUENOS AIRES 3343 IV	ASOCIACION DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA RESERVA INDIGENA BRIBRI DE SALITRE
TERRITORIO INDIGENA BRUNKA DE CURRE (REY CURRE)	10298.789	10620.00	BORUCA	1089	D 34-G / D 16570-G	D 22203-G	COTO BRUS 3542 I, CHANGENA 3542 IV, CABAGRA 3543 II, GENERAL 3543 III	ASOCIACION DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA RESERVA INDIGENA BRUNKA DE CURRE
TERRITORIO INDIGENA GUAYMI DE COTO BRUS	7357.963	7500.00	NGOBES	1785	D 6036-G	D 12232-G / D 12751-G	COTO BRUS 3542 I, PIEDRAS BLANCAS 3542 II	ASOCIACION DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA RESERVA INDIGENA GUAYMI DE COTO BRUS
TERRITORIO INDIGENA BRIBRI DE CABAGRA	28840.121	27860.00	BRIBRI	3188	D 34-G	D 13571-G	KAMUK 3343 I, CABAGRA 3343 II, GENERAL 3343 III	ASOCIACION DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA RESERVA INDIGENA BRIBRI DE CABAGRA
TERRITORIO INDIGENA BRUNKA DE BORUCA	13506.688	12470.00	BORUCA	3228	D 34-G / D 16570-G	D 22203-G	CHANGENA 3542 IV, GENERAL 3543 III	ASOCIACION DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA RESERVA INDIGENA BRUNKA DE BORUCA
TERRITORIO INDIGENA DE TERRABA	9519.486	9357.00	TERRABA	2084	D 34-G / D 16570-G	D 22203-G	COTO BRUS 3542 I, CABAGRA 3543 II, GENERAL 3543 III	ASOCIACION DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA RESERVA INDIGENA DE TERRABA

Fuente: Municipalidad de Buenos Aires, oficina de catastro 2023.

Partiendo de las figuras expuestas se evidencia la cantidad de Territorios Indígenas que tiene el cantón de Buenos Aires, lo cual hace que en general la población bonaerense tenga aspectos relacionados con tradiciones y costumbres derivadas de los pueblos indígenas.

Cada una de las etnias tiene costumbres que varían entre una y otra, por lo que vale la pena recalcar en el presente documento para un mejor entendimiento de la dinámica a lo interno del cantón.

A continuación, se da una caracterización general de cada uno de los pueblos o etnias presentes en el cantón de Buenos Aires;

#### **1.2.4.1. Pueblo Cabécar**

##### **Tradición espiritual**

Existencia de la figura del “jawá” (conocido popularmente como “sukia”). Este es un especialista en medicina tradicional. La enfermedad es interpretada como un disturbio del universo que requiere la intervención del jawá en una calidad similar al “sacerdote”, como intermediario entre la sociedad y las fuerzas espirituales.

Existen aún otros especialistas, hombres y mujeres, que efectúan rituales particulares: para los enterramientos, la pubertad, los nacimientos y otros hechos de la vida. El usëkol, máximo líder espiritual se ha perdido. El último murió en los años 30 en Talamanca en circunstancias no esclarecidas, sin haber formado eventuales sucesores.

##### **Sistema de filiación y organización social tradicional**

Por clanes siguiendo la línea maternal. Este sistema estructura la organización familiar (quienes son o no parientes) así como los intercambios matrimoniales. En atención a las leyes que el Estado ha brindado a este sistema, los Cabécares optan por mantener una doble personalidad, hacia afuera se identifican con los apellidos del padre y la madre, y hacia adentro con el clan materno a que pertenece, según la tradición y el linaje materno.

## **Vivienda y recursos del bosque**

Del bosque obtienen materiales para su construcción. La vivienda “tradicional” se encuentra en mayor uso en las zonas donde el bosque ha podido ser protegido y que presentan poca o nula penetración de población no indígena.

## **Formas productivas y aspectos de la economía**

En estrecha relación con la naturaleza, pues de ella extraen directamente los recursos para la reproducción material y cultural. Así obtienen los recursos para la confección de canastas y otras industrias artesanales, las plantas medicinales y la obtención de alimentos.

Las comunidades de Ujarrás, a la margen izquierda del río Telire en la Talamanca Cabécar y Keköldi, han sido sometidas a fuertes presiones por el avance de la frontera agrícola.

Esto ha provocado que entre en crisis su cultura espiritual y simbólica por la limitación de obtener los recursos del bosque, propios de la reproducción de su cultura. Esto ha llevado que basen su economía en la producción de bienes de consumo nacional (granos y plátano) y coloquen los excedentes en el mercado; o bien que vendan su fuerza de trabajo a ganaderos o empresas.

### **1.2.4.2. Pueblo Bribri**

#### **Tradición espiritual**

Gran similitud con los Cabécares. Existencia del awá (homólogo del jawá cabécar), en el que se centra la práctica tradicional de la medicina. Pese a que existen más awás, respecto de los jawás, pocos jóvenes se preparan para continuar esta importante tradición. La preparación requiere más de 10 años y se trata de un estudio muy especializado (conocimiento de plantas y cantos rituales, entre otros aspectos). Esto lleva al desaparecimiento de la medicina y espiritualidad tradicional, lo que implica no sólo una pérdida cultural, sino también pérdida de desarrollo autónomo.

## **Sistema de filiación y organización social tradicional**

Clanes matrilineales semejantes a los Cabécar. Aproximadamente el 80% de la población tiene clara noción del clan al que pertenecen.

## **Vivienda y recursos del bosque**

La vivienda tradicional (igual que las industrias artesanales y la economía tradicional) se conserva y reproduce donde él está presente. Esto por la necesidad de los recursos naturales para ejercer estas actividades y en especial la construcción y mantenimiento de sus viviendas.

## **Formas productivas y aspectos de la economía**

Talamanca Bribri y Keköldi son los dos territorios que mantienen mayor cobertura del bosque. Especialmente al margen derecho del río Telire y en las cuencas superiores de los ríos Urén, Lari y Coén.

De forma similar a los cabécares, sufren de usurpación de sus territorios, destrucción de los bosques que impactan en pérdida de aspectos de su cultura.

El territorio bribri sufre de importantes migraciones que provocan fraccionamiento de las parcelas: por un lado, se da la presión por las migraciones y usurpación de no indígenas en su territorio, y por el otro la migración interna de su población que ha sido desplazada de sus tierras.

### **1.2.4.3. Pueblo Térraba**

#### **Tradición espiritual**

La destrucción cultural de los Térrabas ocurrió tempranamente por el interés de los españoles y sus descendientes de controlar su territorio.

Manifestaciones propiamente Teribes en la cultura de Térraba son muy reducidas. Se trata de un pueblo que fue obligado a migrar desde el territorio Teribe en Panamá. Así, debieron adaptarse a una región desconocida y reinventar su cultura, tomando préstamos de sus vecinos los Brunkas (como la forma de techar con hoja de palma real).

## **Sistema de filiación y organización social tradicional**

El sistema político administrativo entre los Teribes de Panamá descansa en la figura del “rey”, que es un cargo hereditario. Este sistema no se practicó en Térraba, pero se han hecho esfuerzos para articular un sistema inspirado en el de los Teribes de Panamá.

## **Vivienda y recursos del bosque**

Bosques escasos. Han debido adaptarse a la vivienda de madera aserrada y zinc.

## **Formas productivas y aspectos de la economía**

Situación similar a los indígenas de la región de Buenos Aires, labores agrícolas y artesanales.

### **1.2.4.4. Pueblo Brunca**

#### **Tradición espiritual**

Con la pérdida del idioma se encuentran otras pérdidas de la cultura, por la imposibilidad de mantener tradiciones y costumbres. En la actualidad se ha revitalizado el “baile de los diablitos”, representación teatral y festiva que se realiza en Boruca y en Curré. Se ha revitalizado la artesanía: construcción de máscaras, tejidos a partir de algodón y los tintes naturales. En estos se incluye el morado, a partir de un molusco marino al cual se le extrae en forma particular sin dañarlo y para lo cual realizan giras especiales.

#### **Vivienda y recursos del bosque**

De las sábanas hacia la desembocadura del río Térraba extraían los materiales para la construcción de los techos de sus viviendas, con varias especies de hierba. Estos podían durar hasta 50 años.

Al perder sus territorios patrimoniales, estas sabanas se enfrentan a la imposibilidad de reproducir su rancho tradicional. Por esto ahora sus viviendas son de madera aserrada y zinc.

## **Formas productivas y aspectos de la economía**

La importante reducción de su territorio patrimonial (prácticamente toda la región sur entre Quepos, Palmar y Puerto Cortés), el desgaste de sus tierras, la acelerada deforestación de sus bosques (por no indígenas), han hecho que para su sobrevivencia deban emplearse como peones agrícolas.

**Figura 11. Baile de los Diablitos.**



Fuente: Análisis de los asentamientos humanos del Río Grande de Térraba, P. H. El Diquís 2008.

### **1.2.4.5. Pueblo Ngäbe**

El pueblo Ngäbe, también conocido popularmente como “Guaymí” es el más numeroso de toda la Baja Centroamérica, alcanzando quizás 150.000 personas. Sin embargo, la mayor parte se encuentra en territorio panameño, ya que en Costa Rica se calcula que hay cerca de 4.000 personas (de las que 2.500 viven dentro del territorio), en el Pacífico sur, cerca de la frontera panameña.

**Figura 12. Familia Ngäbe**



Fuente. Foto archivo, 2012.

Los guaymíes mantienen fuertemente su cultura tradicional, haciendo prueba de una gran capacidad de adaptación, como se manifiesta en especial en la religión Mama Chi, que sincretiza rasgos del cristianismo y de su espiritualidad tradicional.

Parece ser que la lengua vernácula se conserva en el 100% de los territorios y comunidades, lo cual va a la par de su alto grado de preservación de su cultura espiritual y sus prácticas socioeconómicas tradicionales. Sin embargo, el pueblo Guaymi es uno de los pueblos indígenas con mayores problemas de exclusión social, así como uno de los que tienen mayores problemas de tenencia de tierras, a causa de flujos migratorios de poblaciones no indígenas, el establecimiento de grandes compañías agroindustriales y la apertura de la carretera interamericana.

Existe un número muy elevado de familias Guaymíes sin tierras (entre un 17 y un 35% de la población), y hay territorios donde los indígenas poseen menos del 40% de la tierra.

### **1.3. Descripción de las características socioeconómicas**

#### **1.3.1. Organización política local**

A continuación, se documenta la organización política local del cantón de Buenos Aires, para ello se indica cuáles son las autoridades locales, las organizaciones públicas, la representación de la sociedad civil local, las empresas privadas, fundaciones y ONG's del cantón, además de los partidos políticos cantonales.

### 1.3.1.1. Autoridades locales

Según datos aportados por el INDER (2021), el Gobierno Municipal de Buenos Aires está compuesto en su periodo 2020-2024 por una alcaldía conformada por tres personas, el alcalde, José Bernardo Rojas Méndez y dos vice alcaldías lideradas por Karol Zapata Zapata y Daniel Gamboa Arroyo, estos representan al Partido Liberación Nacional. El Concejo Municipal está presidido por Froilán Castro Valverde, y está conformado por siete regidores y regidoras, además de nueve personas síndicas, lo que representa un cuerpo político total de 19 personas.

La distribución por género en todo el cuerpo de gobierno señala que hay un total de 16 hombres, para representar un total del 84% de los puestos y 3 mujeres, que representa solamente un 16% de toda la representación municipal (INDER, 2021), lo cual demuestra la poca participación y representación de mujeres en el gobierno local.

Durante el periodo del 2016-2020 también estuvo al mando la alcaldía del Partido de Liberación Nacional y el alcalde fue el mismo del periodo actual.

### 1.3.1.2. Organizaciones públicas

Buenos Aires cuenta con la presencia de diferentes instituciones públicas, algunas con oficina en el distrito central del cantón y otras que brindan el servicio, pero sus oficinas están ubicadas en otro cantón de la Región. Específicamente se tiene la presencia de cuatro ministerios, además de cinco entes adscritos a dichos ministerios, tres bancos estatales, nueve instituciones autónomas, una universidad pública, una institución adscrita a una autónoma; una semiautónoma y una empresa pública.

A continuación, se presenta un cuadro con la información detallada de las instituciones públicas y sus funciones.

<b>Institución</b>	<b>Función</b>
Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)	Tiene oficina en el distrito central de Buenos Aires y en el distrito de Potrero grande. Se encarga de promover el desarrollo de capacidades técnicas y de gestión empresarial en los sistemas

	productivos y en las organizaciones agropecuarias.
Ministerio de Educación Pública (MEP)	Presente en todos los distritos del cantón, garantiza el acceso a la educación pública de preescolar, primaria y secundaria.
Ministerio de Salud	Ente rector en salud, dirige y conduce a las y los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes.
Ministerio de Seguridad Pública	Servir y proteger a las personas en el goce de sus derechos y garantías individuales, preservar la democracia y soberanía costarricense.
Servicio Fitosanitario del Estado (SFE)	Adscrita al MAG, controla y regula el intercambio comercial de productos agrícolas tanto en la importación como para la exportación, el registro, control y regulación de sustancias químicas y biológicas de uso agrícola (plaguicidas, fertilizantes, sustancias biológicas y otros productos afines).
Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA)	Adscrita al MAG, que tiene como misión brindar servicios de calidad que permitan al sector pecuario integrarse al plan de desarrollo del país, facilitar el comercio de animales, productos y subproductos pecuarios en los mercados internacionales.
Dirección Nacional de Desarrollo Comunal (DINADECO)	Adscrito al Ministerio de Gobernación y Policía, encargada de fomentar, orientar, coordinar y evaluar el proceso de organización de las comunidades para lograr su participación activa y consciente en el desarrollo económico, social, cultural y ambiental del país. Brinda la atención en Buenos Aires dos veces por semana.
Sistema Nacional de Áreas de Conservación (SINAC)	Adscrito al Ministerio de Ambiente y Energía, gestiona integralmente la conservación y el manejo sostenible de la vida silvestre, los recursos forestales, las áreas silvestres protegidas, cuencas hidrográficas y sistemas hídricos.
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	Órgano adscrito al Ministerio de Salud, tiene a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, al

	tabaco y a otras drogas lícitas o ilícitas, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a aquellos mismos fines, de conformidad con dicha ley.
Banco de Costa Rica (BCR)	Entidad bancaria estatal, ofrece diferentes opciones de préstamos para proyectos personales, empresariales y MIPYMES.
Banco Nacional de Costa Rica (BNCR)	Entidad bancaria estatal, ofrece diferentes opciones de préstamos para proyectos personales, empresariales y MIPYMES.
Banco Popular	Fomenta el bienestar económico – financiero, social y ambiental, mediante el acceso a productos y servicios financieros.
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Institución autónoma, encargada de brindar la atención en salud.
Consejo Nacional de Producción (CNP)	Encargado del control de la producción agrícola. Brinda Asesoría técnica y acompañamiento a las agro-empresas en temas vinculados al fortalecimiento organizacional. Tiene oficinas en las instalaciones del MAG en el distrito central de Buenos Aires.
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AYA)	Se encarga de asegurar el acceso universal al agua potable y al saneamiento de forma comprometida con la salud, la sostenibilidad del recurso hídrico y el desarrollo económico y social del país. Brinda el servicio en diferentes comunidades del cantón.
Instituto Costarricense de Electricidad (ICE)	Ofrece el servicio de electricidad y telecomunicaciones por medio de Kolbi.
Instituto de Desarrollo Rural (INDER)	Encargada de liderar el desarrollo de las comunidades rurales de Costa Rica, responsable de ejecutar las políticas de desarrollo rural del Estado, cuya finalidad es mejorar las condiciones de vida de la población. Sus oficinas físicas están en el cantón de Coto Brus y desde ahí atienden a Buenos Aires, realizando visitas a las comunidades.

Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)	Protege y promueve, de manera inclusiva y solidaria, el desarrollo de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, mediante programas y proyectos, desde un abordaje multidimensional.
Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	Encargado de velar por la defensa de los derechos y protección de la niñez y adolescencia del país.
Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)	Brinda servicios de capacitación y formación profesional, fomentando el trabajo productivo en todos los sectores de la economía.
Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)	Institución rectora en la promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres en su diversidad; así como su autonomía, inclusión, empoderamiento y la no violencia de género.
Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica	Adscrita al INS, brinda servicios de prevención y protección para salvaguardar la vida, los bienes y el medio ambiente.
Universidad Estatal a Distancia (UNED)	Universidad pública, brinda el acceso a la educación superior a distancia.
Junta de Desarrollo de la Zona Sur (JUDESUR)	Promover el desarrollo socioeconómico integral de los cantones de Golfito, Corredores, Buenos Aires, Coto Brus y Osa, mediante el apoyo a la generación de nuevas fuentes de empleo, el aumento en las oportunidades para capacitación y el mejoramiento de los servicios públicos. Brinda la atención en Buenos Aires dos veces por semana.
Correos de Costa Rica S.A	Empresa pública, entre sus principales funciones está el traslado de encomiendas, la emisión y venta de sellos postales.
Instituto Costarricense de Café (ICAFE)	Ente público, no estatal, responsable de las actividades normativas de la actividad cafetalera, como son la investigación, transferencia de tecnología, servicios de análisis de suelos, foliares, calidad del café, aguas residuales, venta de semillas, y producción de almácigo.

Cuadro creado a partir de información de las páginas web de las instituciones públicas, 2022.

De acuerdo con la información del cuadro, se evidencia la representación de la institucionalidad pública en el cantón de Buenos Aires, las principales funciones que tienen para atender las necesidades de las y los habitantes.

El principal mecanismo de articulación es por medio del Consejo Cantonal de Coordinación Institucional (CCCI), donde se conforman diferentes comisiones integradas por las instituciones encargadas de temas relacionados para la atención de las necesidades específicas del cantón.

### **1.3.1.3. ONG, empresa privada y fundaciones**

La principal representación de empresa privada en el cantón de Buenos Aires es Fresh del Monte, la misma llegó a Costa Rica en 1978 cuando adquirió sus primeros terrenos en el Cantón de Buenos Aires, en dicho cantón se dedica principalmente a la producción de piña y opera con su nombre corporativo de PINDECO. La producción es exportada principalmente a Estados Unidos, países de Europa y Asia.

Igualmente, el cantón cuenta con otras representaciones por parte de lo privado, por ejemplo, Coopealianza e Instacredit que brindan diferentes servicios a nivel financiero. Respecto al comercio, existen supermercados de línea blanca como Artelec, Gollo, Importadora Monge, MExpress y El Verdugo, así como supermercados de abarrotes, carnicerías, verdulerías, tiendas y otros productos que se ofrece.

En el cantón se cuenta con una fundación llamada Pro-clínica del dolor y cuidados paliativos Buenos Aires, creada en octubre 2015, es totalmente independiente de la CCSS, tiene como objetivos crear conciencia para mejorar la calidad de vida en personas en fase terminal y con diversos problemas de salud, además de proporcionar equipo y materiales que faciliten la vida cotidiana del enfermo y de los familiares que se encuentren a su cargo.

Además, otra institución privada que tiene presencia en el cantón es la Universidad privada UISIL, la cual cuenta con instalaciones físicas en el distrito central de Buenos Aires y brinda el acceso a la educación superior privada, ofreciendo principalmente carreras académicas en administración, educación preescolar y enseñanza de matemáticas, español y estudios sociales, principalmente.

#### **1.3.1.4. Partidos políticos cantonales**

Los partidos políticos cantonales no tienen representación en Buenos Aires, no existe ningún partido cantonal, pero si tienen representación los siguientes partidos nacionales: Liberación nacional que es el partido político que gobernó en el periodo 2017-2020 y 2021-2024, Unidad Social Cristiana, Frente Amplio, Nueva República, Restauración Nacional, Unidos Podemos y Republica Social Cristiana.

#### **1.3.2. Organización social**

A continuación, se expone la participación social comunitaria presente en el cantón de Buenos Aires, así como el perfil cultural.

##### **1.3.2.1. Participación social comunitaria**

En Buenos Aires la participación social comunitaria está dirigida por la Municipalidad del cantón, específicamente por la Oficina de Desarrollo Local, por medio de dicha oficina se apoya la ejecución de proyectos a través del Presupuesto de las Partidas Específicas de la Ley 7755, igualmente, gestiona articuladamente con otras instituciones del estado presentes en el Cantón “Proyectos de Desarrollo Productivo”.

La oficina nace a raíz de las necesidades de las organizaciones del cantón que requieren ayuda en la ejecución de proyectos para generar mayor desarrollo en la comunidad, y ha venido a solventar las necesidades de las agrupaciones, donde las y los líderes comunales encuentran un espacio de confianza para que se les brinda asesoría en el cumplimiento de sus proyectos (Oficina de Turismo Municipal de Buenos Aires, 2021).

La Oficina de Desarrollo Local, ha venido a convertirse en el instrumento ideal y preciso, que logra por primera vez, en muchos años, agilizar y facilitar el trabajo de los Consejos de Distrito, ADI y diferentes grupos organizados.

Para cualquier proyecto o ayuda comunal que se apoye desde la Oficina de Desarrollo Local, se toma como base las Asociaciones de Desarrollo, tanto en territorio no indígena como indígena. Cada solicitud que se gestione es por medio de las Asociaciones de Desarrollo que estén debidamente legalizadas.

A continuación, se muestra una base de datos con las Asociaciones de Desarrollo con las que se ha trabajado en el marco del desarrollo comunal.

<b>Nombre de la organización de desarrollo comunal</b>	<b>Distrito al que pertenece</b>	<b>Nombre del representante legal o contacto</b>	<b>Número de teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>
Unión Cantonal de Asociaciones de Buenos Aires Puntarenas	Buenos Aires	Juan Altamirano Barrantes (Presidente)	8794-6008	<a href="mailto:ucadiba@gmail.com">ucadiba@gmail.com</a>
Unión Zonal de Asociaciones del Sector de Río Brujo de Buenos Aires de Puntarenas	Buenos Aires	Eddy Kenneth Sibaja Umaña (Presidente)	8481-3806	<a href="mailto:unionzonalriobrujo@gmail.com">unionzonalriobrujo@gmail.com</a>
Unión Zonal de Asociaciones de Desarrollo Comunal del Sector Sur Este de Buenos Aires, Puntarenas	Potrero Grande	Pendiente la información del nuevo presidente		
Asociación de Desarrollo Integral de Buenos Aires de Puntarenas	Buenos Aires	Julián Lizano	83156202	<a href="mailto:adibuenosaires2019@gmail.com">adibuenosaires2019@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Bolas de Buenos Aires Puntarenas	Buenos Aires	Jairo Jacob Cordero Granados (Presidente)	8633-8449	<a href="mailto:adibolas@gmail.com">adibolas@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena de Salitre de Buenos Aires	Buenos Aires	Jenny Ortiz Figueroa (Presidenta)	8719-1016	<a href="mailto:adisalitre@hotmail.com">adisalitre@hotmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena de Ujarrás de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Nelson Zúñiga Reyes (Presidente)	8736-6743	<a href="mailto:adiujarras@hotmail.com">adiujarras@hotmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Río Brujo de Buenos Aires Puntarenas	Buenos Aires	Eduardo Ortiz Figueroa (Presidente)	8406-5314	<a href="mailto:adiriobrujo@hotmail.com">adiriobrujo@hotmail.com</a> / <a href="mailto:eduardortiz592011@hotmail.com">eduardortiz592011@hotmail.com</a>

Asociación de Desarrollo Integral de Santa Eduvigis de Buenos Aires Puntarenas	Buenos Aires	Luis Adrián Mora Calderón (Presidente)	8362-7302	<a href="mailto:adisantaeduviges@gmail.com">adisantaeduviges@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de San Carlos, Villa Hermosa, Platanares de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Juan Rafael Retana Montero (Presidente)	86286066	<a href="mailto:adisac.p.vh@gmail.com">adisac.p.vh@gmail.com</a> / <a href="mailto:kennethsibaja@gmail.com">kennethsibaja@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Ceibo de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Adriana Solís Solano (Presidente)	8462-2261	<a href="mailto:ceibo.adi@gmail.com">ceibo.adi@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Volcán de Buenos Aires Puntarenas	Volcán	Ana Lía Zamora Chávez (Presidenta)	8520-0300	<a href="mailto:adivolcan@hotmail.com">adivolcan@hotmail.com</a> / <a href="mailto:anazamorach@yahoo.com">anazamorach@yahoo.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de El Peje de Volcán de Buenos Aires	Volcán	Lorely Umaña Muñoz (Presidenta)	2742-1035 8955-0222	<a href="mailto:asociacionpeje@gmail.com">asociacionpeje@gmail.com</a> / <a href="mailto:lorellyum@gmail.com">lorellyum@gmail.com</a> /
Asociación de Desarrollo Integral de Cordoncillo de Volcán de Buenos Aires Puntarenas	Volcán	Virgilio Rivera Ceciliano (Presidente)	8646-1817	<a href="mailto:adicordoncillodevolcan@gmail.com">adicordoncillodevolcan@gmail.com</a> / <a href="mailto:vargasnavarrodana1@gmail.com">vargasnavarrodana1@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Potrero Grande de Buenos Aires de Puntarenas	Potrero Grande	Nelson Elizondo Torres (Presidente)	8755-0588	<a href="mailto:adi.potrero grande@gmail.com">adi.potrero grande@gmail.com</a> / <a href="mailto:nelsonelizo@gmail.com">nelsonelizo@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Jabillo de Potrero Grande de Buenos Aires	Potrero Grande	Carlos Luis Chacón Fernández (Presidente)	8791-7229	<a href="mailto:asocjabillo@gmail.com">asocjabillo@gmail.com</a> / <a href="mailto:cchafer1965@hotmail.com">cchafer1965@hotmail.com</a> /
Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena de Terraba de Buenos Aires	Potrero Grande	Genaro Gutiérrez	88422910	<a href="mailto:aditerraba2015@gmail.com">aditerraba2015@gmail.com</a>

Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena de San Rafael de Cabagra de Buenos Aires Puntarenas	Potrero Grande	Sin Junta Directiva aprobada		
Asociación de Desarrollo Integral de la Lucha de Potrero Grande de Buenos Aires, Puntarenas	Potrero Grande	José Elizondo Gamboa (Presidente)	8808-3030	<a href="mailto:adilaluchapotrerog@hotmail.com">adilaluchapotrerog@hotmail.com</a> / <a href="mailto:egranma14@gmail.com">egranma14@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de las Vueltas de Potrero Grande de Buenos Aires, Puntarenas	Potrero Grande	Adalberto Martínez Palacios (Presidente)	8837-7660	<a href="mailto:adivueltopotrero grande@hotmail.com">adivueltopotrero grande@hotmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena de Boruca de Buenos Aires	Boruca	Ismael González (Presidente)	8750-6424	<a href="mailto:adiboruca@hotmail.com">adiboruca@hotmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Reserva Indígena de Curré de Boruca (Rey Curré)	Boruca	Laura Borbón Mavisca	85811253	<a href="mailto:adicurre@gmail.com">adicurre@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Las Pilas de Buenos Aires de Puntarenas	Pilas	Robert Atencio Blanco (Presidente)	8505-4251	<a href="mailto:adilaspilas@gmail.com">adilaspilas@gmail.com</a> / <a href="mailto:robert15atencio@gmail.com">robert15atencio@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Concepción de Pilas de Buenos Aires, Puntarenas	Pilas	Óscar Batista Sánchez Chacón (Presidente)	8550-4034	<a href="mailto:adiconcepciondepilas@hotmail.com">adiconcepciondepilas@hotmail.com</a> / <a href="mailto:asoconcepcion@hotmail.com">asoconcepcion@hotmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de San Vicente y Pueblo Nuevo de Pilas de Buenos Aires, Puntarenas	Pilas	Víctor Julio Fallas Mora (Presidente)	8789-9466	<a href="mailto:sanvicenteypueblo123@gmail.com">sanvicenteypueblo123@gmail.com</a> / <a href="mailto:juliofallas1965@gmail.com">juliofallas1965@gmail.com</a> / <a href="mailto:andreygv11231@hotmail.com">andreygv11231@hotmail.com</a> /
Asociación de Desarrollo Integral de Colinas de Buenos Aires Puntarenas	Colinas	Lucas Agüero (Presidente)	86114238	<a href="mailto:adicolinasba@gmail.com">adicolinasba@gmail.com</a>

Asociación de Desarrollo Integral de Maíz de Colinas, Puntarenas	Colinas	Nelson Sánchez (Presidente)	89703558	<a href="mailto:adimaizdc@gmail.com">adimaizdc@gmail.com</a> / <a href="mailto:asociaciondedesarrollo1234@gmail.com">asociaciondedesarrollo1234@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Guagaral de Colinas de Buenos Aires, Puntarenas	Colinas	José Joaquín Camacho Ureña (Presidente Electo)	8528-0208	<a href="mailto:asocdesinteguagaral@gmail.com">asocdesinteguagaral@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Chánguena de Buenos Aires Puntarenas	Chánguena	José Mauricio Cordero Arias (Presidente)	8606-6067	<a href="mailto:adichanguena75@gmail.com">adichanguena75@gmail.com</a> / <a href="mailto:josemauriciocordero@gmail.com">josemauriciocordero@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de la Bonga de Chánguena de Potrero Grande, Buenos Aires	Chánguena	Odir Picado Naranjo (Presidente)	8546-0381	<a href="mailto:adi.bonga.changuena@gmail.com">adi.bonga.changuena@gmail.com</a> / <a href="mailto:adilabongadechanguena@gmail.com">adilabongadechanguena@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral del distrito Biolley de Buenos Aires	Biolley	Álvaro Jiménez Alvarado (Presidente)	8422-0075	<a href="mailto:adibiolleyba@yahoo.com">adibiolleyba@yahoo.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de la Puna de Biolley de Buenos Aires, Puntarenas	Biolley	Ana Yanci Loría Chaves (Presidente)	8426-1212	<a href="mailto:adilapunadebiolley@gmail.com">adilapunadebiolley@gmail.com</a> / <a href="mailto:anayancilorlachaves@gmail.com">anayancilorlachaves@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Altamira y San Isidro de Biolley de Buenos Aires, Puntarenas	Biolley	José Antonio Vargas Monge (Presidente)	8576-0625 8728-5926	<a href="mailto:adialsi2019@gmail.com">adialsi2019@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral del Carmen de Biolley de Buenos Aires, Puntarenas	Biolley	Yeínor Araya Solís (Presidente)	8410-7377	<a href="mailto:elcarmenadi@gmail.com">elcarmenadi@gmail.com</a> / <a href="mailto:henrysicu@gmail.com">henrysicu@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Santa Marta de Brunka Buenos Aires Puntarenas	Brunka	Marjorie Amador Picado (Presidenta)	8520-8148	<a href="mailto:santamarta.aso@gmail.com">santamarta.aso@gmail.com</a> / <a href="mailto:mayamador0827@gmail.com">mayamador0827@gmail.com</a> /
Asociación de Desarrollo Integral de Santa Rosa de Brunka de Buenos Aires	Brunka	Melvin Cordero Campos (Presidente)	8307-5517	<a href="mailto:adisantarosavolcan@gmail.com">adisantarosavolcan@gmail.com</a> / <a href="mailto:melvincordero1508@gmail.com">melvincordero1508@gmail.com</a> /

Asociación de Desarrollo Integral de San Rafael de Brunka, Buenos Aires de Puntarenas	Brunka	Bolívar Hernández Arce (Presidente)	8624-6648	<a href="mailto:adisanfafaeldebrunka@gmail.com">adisanfafaeldebrunka@gmail.com</a> / <a href="mailto:adisanrafaelbk@gmail.com">adisanrafaelbk@gmail.com</a> /
Asociación de Desarrollo Integral del Socorro de Brunka, Buenos Aires, Puntarenas	Brunka	Marvin Quesada Varela (Presidente)	8729-9009	<a href="mailto:adisocorrobrunka@gmail.com">adisocorrobrunka@gmail.com</a> / <a href="mailto:marvinquesada655@gmail.com">marvinquesada655@gmail.com</a> / <a href="mailto:jessyrojas09@gmail.com">jessyrojas09@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Integral de Cañas de Brunka de Buenos Aires, Puntarenas	Brunka	Karen Altamirano (Presidente)	83085351	<a href="mailto:kalgra89@hotmail.com">kalgra89@hotmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Específica Juventud, Recreación y Cultura de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Personería jurídica vencida desde el 26/04/2018		
Asociación de Desarrollo Específica Pro Mejoras Santa Cruz de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	María Lidiette Vásquez Carvajal (Presidenta)	8540-3738	<a href="mailto:asociacionespecificasantacruz@gmail.com">asociacionespecificasantacruz@gmail.com</a> / <a href="mailto:liidiethvasquezcarvajal25@gmail.com">liidiethvasquezcarvajal25@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Específica Pro Seguridad Comunitaria de la Urbanización Las Rosas, Buenos Aires de Puntarenas	Buenos Aires	Inactiva (no tiene junta directiva inscrita)		
Asociación de Desarrollo Específica Pro Seguridad Comunitaria y Mejoras de Paraíso de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Marlene Mora Vargas (Presidenta)	8452-2415	<a href="mailto:adedeparaiso17@gmail.com">adedeparaiso17@gmail.com</a> / <a href="mailto:artesia.lara4@gmail.com">artesia.lara4@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Específica Seguridad Comunitaria en la Urbanización Boruca, Puntarenas	Buenos Aires	Floribeth González González (Presidenta)	6128-2789 8650-5628	<a href="mailto:asodesurbo@hotmail.com">asodesurbo@hotmail.com</a> / <a href="mailto:williamnavarro885@gmail.com">williamnavarro885@gmail.com</a>

Asociación de Desarrollo Específica para la Producción Artesanal de Ceibo de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Bertilia Vargas Saldaña (Presidenta)	6136-6582	<a href="mailto:adepaceibo2018@gmail.com">adepaceibo2018@gmail.com</a> / <a href="mailto:katherine21.8.82@gmail.com">katherine21.8.82@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Específica para la Infraestructura Comunal y el Bienestar Social de Barrio Mena de Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Pablo David Vásquez Monge (Presidente)	8563-0048 2730-2530	<a href="mailto:adebarriomena2017@gmail.com">adebarriomena2017@gmail.com</a> / <a href="mailto:dvasquez1957@gmail.com">dvasquez1957@gmail.com</a> / <a href="mailto:dvasquez1967@gmail.com">dvasquez1967@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Específica para la Enseñanza y Producción Artesanal en Barrio Lomas del Sol, Buenos Aires, Puntarenas	Buenos Aires	Wilman Cabrera Espinoza (Presidenta)	6191-9282 8549-9740	<a href="mailto:ade.lomasdelsol@gmail.com">ade.lomasdelsol@gmail.com</a> / <a href="mailto:wilcabrera000@gmail.com">wilcabrera000@gmail.com</a> /
Asociación de Desarrollo Específica Pro Mejoras de Tres Ríos de Volcán, Buenos Aires de Puntarenas	Volcán	Marco Tulio Fallas Prado (Presidente)	8841-8864	<a href="mailto:adeprotresrios@gmail.com">adeprotresrios@gmail.com</a> / <a href="mailto:marcotfallas@gmail.com">marcotfallas@gmail.com</a> / <a href="mailto:eddyarguedas50@gmail.com">eddyarguedas50@gmail.com</a>
Asociación de Desarrollo Específica Pro Mujeres Productoras de Concepción de Pilas, Buenos Aires, Puntarenas	Pilas	Nidia Mora Cascante (Presidenta)	8524-4477 8481-1071	<a href="mailto:asoproconcepcion@gmail.com">asoproconcepcion@gmail.com</a> / <a href="mailto:adepro2005@hotmail.com">adepro2005@hotmail.com</a> / <a href="mailto:mendeznelly535@gmail.com">mendeznelly535@gmail.com</a>

### 1.3.2.2. Perfil cultural

La cultura en el cantón de Buenos Aires presenta dos actores muy marcados y diferenciados, la población no indígena y la población indígena, esto debido a que dentro del cantón existen 7 territorios indígenas, en los cuales, las costumbres, tradiciones, cultura y la misma gobernanza son completamente distintos al resto del territorio del Cantón que no es indígena. Como se mencionó en páginas anteriores, los territorios indígenas del cantón son Ujarrás, Salitre, Cabagra, Térraba, Boruca, Rey Curré y los Guaymés que se encuentran en el distrito de Chánguena. A continuación, se expone un cuadro con información detallada de cada territorio indígena.

Territorio Indígena	Tradiciones
Salitre, Etnia Bribri	<p>Este territorio indígena de etnia Bribri se ubica en el distrito de Buenos Aires, 3 kilómetros al noreste del Centro, tiene una población indígena aproximada de 1285 habitantes.</p> <p>Desde el momento en que se ingresa al territorio se nota la importancia que se tiene por conservar la naturaleza. El bosque es denso y las quebradas y ríos son limpios y puros. Gracias a estas condiciones, y a la armonía que tiene la población con la naturaleza, es muy común ver especies propias del tipo de bosque; mamíferos y aves. Todavía construyen casas autóctonas, mantienen la existencia de cantores funerarios: Tsukurs o Isogros y el BikakLa, especie de maestro de ceremonias. Además, elaboran instrumentos para la caza y la pesca y la confección de instrumentos como el Güiro, el Sabak (tambor), la maraca y el uso del Dúk (caracol).</p> <p>Y aún realizan sepulturas en los alrededores de la casa, practican la mano vuelta, la chichada, el baile del sorbón, animado por gritos y canciones en Bribri para los trabajos colectivos de agricultura o construcción de una casa cónica talamancaña.</p>
Cabagra, Etnia Bribri	<p>Este territorio posee una población indígena aproximada de 1683 habitantes.</p> <p>El territorio indígena de Cabagra se ubica en los distritos de Buenos Aires y Potrero Grande. Fue creado oficialmente como Territorio Indígena el 30 de abril de 1982.</p>

	<p>Cabagra fue creado por indígenas provenientes de Talamanca que utilizaban la fila montañosa como zonas de traslado. Al igual que los demás territorios indígenas, posee una gran cobertura boscosa con una gran cantidad de recurso hídrico.</p>
Boruca, Etnia Brunka	<p>Ubicado en el Distrito del mismo nombre, Boruca posee una población indígena aproximada de 1386 habitantes.</p> <p>Los Borucas conservan elementos de su cultura, su creencia en Sibö, el uso y consumo de chicha, artesanías; con esta última son famosos por su arte manual en jícaras, máscaras, el hilado de algodón, tintes vegetales, el telar de cintura, el transporte de productos sobre la espalda y parte de la vivienda tradicional.</p> <p>Solo los mayores hablan el idioma propio. Celebran la Fiesta de los Diablitos entre el 31 de diciembre y el 2 de enero. En este territorio indígena se puede encontrar un museo comunitario que exhibe las artesanías y forma de vida de los Borucas.</p>
Rey Curré, Etnia Brunca	<p>Población Indígena de 631 habitantes, su extensión territorial es de unas 10620 hectáreas, es parte del distrito de Boruca y también fue fundado en 1993.</p> <p>Al igual que Boruca, Curré también cuenta con un museo Comunitario Indígena, además de ser también de la etnia Brunca, comparten algunas costumbres y tradiciones, como lo es el Baile de los Diablitos.</p>
Ujarrás, Etnia Cabécar	<p>Este territorio cuenta con una población indígena aproximada de 855 habitantes de la etnia Cabécar. Ubicado en el distrito de Buenos Aires a unos 8 kilómetros del Centro, este territorio al igual que los otros, cuenta con una gran riqueza cultural y natural. Además de la presencia de un abundante Bosque, y un río limpio y cristalino que abastece de agua potable a gran cantidad de la población Bonaerense, este territorio tiene la presencia de aguas termales.</p>
Térraba, Etnia Teribe	<p>En este territorio indígena habitan los Teribes, tiene una población indígena aproximada de 750 habitantes y cuenta con un área de 8.000 hectáreas, el territorio está situado en el distrito de Potrero Grande, al sureste del puente sobre el río General, en el Brujo.</p>

	<p>Como parte de la riqueza de la identidad cultural, cuentan con tradiciones como la danza del tigre, el baile de la serpiente, el baile del sorbón, el gallote, el baile del toro y la mula y el camarón corbeco.</p> <p>También celebran “el baile de la serpiente” (Ööka Bëyo), que es una canción que trata de una serpiente grande que se casa con una muchacha teribe.</p> <p>Los teribes también se dedican a la elaboración de canastas de diferentes tamaños, hamacas tejidas manualmente con majagua y artículos en madera de laurel y cedro tales como bateas, pilones, cuerpo de tambores y principalmente canoas, en lo que sobresalen como excelentes talladores.</p>
Guaymíes, Ngöbes	<p>Se encuentran principalmente en el cantón de Coto Brus, en el Territorio Indígena la Casona, sin embargo, tienen presencia en el cantón de Buenos Aires, por medio del distrito de Chánguena. Mantienen costumbres arraigadas como la creencia en el Dios propio y general llamado en su lengua autóctona como Nubu y un dios malo representado por malos espíritus, igualmente practican el Mamachi, culto de grandes seguidores producto de la aparición de la virgen a una indígena, constituyéndose en la líder máxima de la doctrina. Poseen dos idiomas, el Ngöbe y el Bugle.</p> <p>Algunas tradiciones son el consumo de medicina natural, la estructura de las casas, el uso de la pintura facial en ciertas ceremonias y el caso de las mujeres que son las únicas en el país que mantienen sus trajes tradicionales.</p> <p>Este vestido es un amplio camión de colores lisos con aplicaciones geométricas en el área del pecho y mangas. Algunos son hechos a mano y otros confeccionados con máquina de coser.</p> <p>Mantienen creencias propias en cuanto al nacimiento, muerte, pubertad y matrimonio. Practican como costumbre, bailes y fiestas grandes una vez al año o bien en ocasiones especiales.</p> <p>También elaboran chácaras, bolsas hechas de fibra que se hacen de distintos tamaños dependiendo del uso que vaya a dársele; asimismo, elaboran las chaquiras, que son collares geométricos de una vistosa policromía.</p>

Cuadro creado con información brindada por la Oficina de Turismo, Municipalidad de Buenos Aires, 2021.

Además de los territorios indígenas, Buenos Aires tiene como parte de su perfil cultural las fiestas tradicionales, entre las más importantes se encuentra la Fiesta de San Pedro, se realiza en conmemoración del Patrono de Buenos Aires, se llevan a cabo en junio en el distrito de Buenos Aires, cabecera de Cantón.

Durante estos días de fiesta el centro de Buenos Aires se llena de puestos de ventas de alimentos, puestos de artesanías y juegos mecánicos. En el último día del festejo se lleva a cabo un tope que reúne una gran cantidad de participantes, no solo del cantón de Buenos Aires, también de otros cantones como Pérez Zeledón. Al llegar la noche se cierra el festejo con un gran y muy llamativo juego de pólvora.

Igualmente, la conocida fiesta cultural que se realiza en el distrito de Boruca, llamada el Baile de los Diablitos, declarado el 14 de diciembre del 2017 como Patrimonio Cultural Inmaterial para las comunidades de Boruca y Rey Curré.

Esta tradición, en forma de procesión dura tres días con sus noches, se realiza en la comunidad Boruca todos los 31 de diciembre al 02 de enero y en la comunidad de Rey Curré "tiene lugar el primer fin de semana de febrero, un mes después de la celebración en la comunidad de Boruca" (Amador, 2005:10).

El Juego de los Diablitos representa en forma de drama un episodio histórico: la lucha a muerte entre el invasor español y la comunidad indígena simboliza además el esfuerzo constante de las comunidades indígenas por defender sus tradiciones, costumbres, creencias e idiomas. (Vargas, 2005).

Su origen se remonta a la época colonial y desde allí se ha venido conservando de generación en generación en forma oral, con leves cambios en su organización, pero conservando en esencia el significado original.

Otra actividad cultural del cantón es el Festival del Tamal de Arroz. El tamal de arroz es uno de los platillos más típicos del Cantón de Buenos Aires, a mediados de diciembre se realiza una feria del tamal de arroz, donde las y los concursantes presentan sus tamales de arroz y

los 3 mejores son premiados. A este Festival del tamal de arroz se unen otras actividades recreativas y deportivas, además de dar un espacio a los emprendedores de Buenos Aires para vender sus productos. Es una actividad muy atractiva que muestra mucha de la cultura de los Bonaerenses (Oficina de Turismo, Municipalidad de Buenos Aires, 2021).

### **1.3.3. Organización socioeconómica**

En el presente apartado se expone las principales actividades socioeconómicas, productivas y comerciales del cantón de Buenos Aires, la situación de empleo y desempleo, medios de comunicación y transporte del cantón.

#### **1.3.3.1. Actividades económicas productivas y comerciales predominantes**

Según datos brindados por Fallas et al (2021) el cantón de Buenos Aires, por sus características climáticas, topográficas y altimétricas permite el desarrollo de una gran variedad de actividades económicas en los diferentes sectores: primario, secundario y de servicios.

En el sector primario se desarrollan actividades tales como la producción de piña, caña, café, ganadería, granos básicos, tubérculos y hortalizas, es el sector predominante en el cantón, generando mayores ingresos por medio de la agricultura y el ganado.

En el sector secundario las actividades se relacionan con el procesamiento de café, frijol y piña, esta última se procesa por medio de la empresa Fresh del Monte, la cual brinda una gran empleabilidad en el Cantón.

Por su parte, en el sector terciario se destacan actividades en turismo, principalmente en la zona de amortiguamiento del Parque Internacional La Amistad (PILA), actividades comerciales que incluyen pequeñas y medianas empresas, servicios de salud, financieros e institucionalidad pública (Fallas et al, 2021). Este sector representa otra fuente de empleo importante en el cantón, las cuales se evidencian por medio del comercio y la enseñanza.

Igualmente, las MIPYMES tienen representación en Buenos Aires, para el año 2021 se mantenían activas 48 MIPYMES, “donde un 89,58% de las empresas son Micro, 8,33% son

pequeñas y un 2,08% corresponde a empresas medianas.” (Fallas et al (2021). Estas se dedican a servicios, sector comercial e industria manufacturera.

En términos generales, el cantón de Buenos Aires ha ido diversificando su economía por medio de la siembra de diferentes productos agrícola y promoviendo el turismo, principalmente en el PILA. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de las y los habitantes por mejorar la economía, Buenos Aires se encuentra entre los cantones más pobres del país, con pocas opciones de empleo y desarrollo.

Durante el 2018 al 2020 la pobreza en la región brunca disminuyó un 5,7 punto porcentual, dicha reducción no parece sostenible en el tiempo, puesto que no se evidencian mayores oportunidades para los habitantes, por el contrario, el aumento de los ingresos se relaciona con las transferencias monetarias de los programas sociales, principalmente, las ayudas asistenciales y el bono proteger, depositado al inicio de la pandemia. (Morales y Fernández, 2022).

Lo mencionado anteriormente, refleja la situación que se vive en el cantón de Buenos Aires, donde se carece de fuentes de empleo y oportunidades para el desarrollo económico, por lo que se vuelve fundamental el ingreso por parte del asistencialismo.

Según datos del MIDEPLAN, el índice de Desarrollo Social, en el 2017, demuestra que, de un total de 483 distritos que existen en el país, los que corresponden al cantón de Buenos Aires, se ubican, según el nivel de desarrollo, en posiciones bajas.

**Tabla 6. Índice de desarrollo social, distritos de Buenos Aires, 2017**

<b>Distrito</b>	<b>Valor</b>	<b>Posición</b>
Brunka	50,89	376
Buenos Aires	49,88	389
Volcán	46,31	416
Biolley	43,60	441
Pilas	38,43	461
Boruca	37,22	463
Chánguena	36,03	469
Potrero Grande	34,04	473
Colinas	33,25	474

Fuente: Elaboración propia con datos del MIDEPLAN 2018.

Los distritos de Brunka y Buenos Aires se ubican en un área de menor desarrollo relativo con un nivel bajo y los demás distritos se ubican en un nivel muy bajo, lo cual demuestra las limitaciones que presenta el cantón y que se ve reflejado en el acceso a la educación, salud, economía, seguridad y participación social.

### **1.3.3.2. Nivel de Empleo y Desempleo**

De acuerdo con los datos recopilados y socializados del compendio del III trimestre de 2022 sobre población nacional, según indicadores generales de la condición de actividad en relación con el empleo y desempleo para la población de Costa Rica, se desprende la próxima información; consignando una población de 5 218 354, para el territorio nacional, registra el 72.49% (3782879/5218354) población vive en zona urbana y solo el 27.51% a zona rural. En relación con el sexo los hombres el 71.47% (1877531/3782879) a zona urbana y el 28.53% a zona rural, así mismo en relación con las mujeres el 73.53% (1905348/3782879) en zona urbana y 26.47% en zona rural. Se define la población de la fuerza laboral para los datos registrados en la presente encuesta por el INEC una población total en 2 484 855 personas de las cuales el 59.73% (1484216/2484855) masculina y el 40.27% femenino.

Los datos recogidos por la encuesta del INEC para el III trimestre del 2022, representan la situación de las familias en el contexto de las zonas urbana y rural, así mismo por condición de sexo en cuanto a empleo y desempleo, es decir los siguientes datos son la estimación de nivel nacional, los cuales para efectos del presente información son aplicados para la Región

Brunca y el cantón de Buenos Aires, registrando los siguientes datos para la población ocupada o con empleo de 2 187 884 siendo el 88.04% (2187884/2484855) de la fuerza laboral, en relación al sexo el 61.83% (1352739-2187884) masculino y el 38.17% corresponde al sexo femenino, observándolo por grupos etarios y sexo en la condición de empleo los de 25 a 44 años en el sexo masculino el 49.84% (674266/1352739) y el 55.64% (464676/835145) en femenino, seguido por el grupo de 45 años y más en ambos sexo.

En relación con la condición desempleado se registra el 11.96% (296971/2484855) de la fuerza laboral, en relación con el sexo en esta condición, corresponde al 55.73% (165494/296971) al sexo femenino y el 44.27% al sexo masculino. Con relación a la condición por grupos etarios y sexo en el estatus de desempleo los grupos más afectados también de 25 a 44 años en el sexo femenino con 50.44% (83471/165494) y en masculino con el 40.46% y en un segundo lugar los del grupo de edad de 15 a 24 años en masculino con un 39.92% (52487/131477) y el 30.09% en femenino.

Como referencia de datos consignados para el cantón de Buenos Aires por CENSO 2011 INEC, y relacionarlos con los datos expuestos anteriormente, según se reportaba en el CENSO 2011 para el cantón de Buenos Aires una población de la Fuerza laboral mayor de 15 años y más de 13 870 personas, de las cuales población ocupada de 15 años y más 13 402 con una tasa de ocupación general de 43.7, con una tasa de ocupación masculina del 68.2 y una tasa de ocupación de 18.9 en sexo femenino, Así mismo se registró una población de 15 años y más de 468 personas, registrando una tasa de desempleo general de 3.4 y asociada a sexo, una tasa de 3.6 en masculino y del 2.4 en la femenino (INEC, 2022).

### **1.3.3.3. Medios de comunicación y transporte**

Según datos aportados por el Fallas et al (2021), el cantón de Buenos Aires tiene 1 501,05 Km de carretera, de los cuales el 36% se encuentran en buen estado, el 12% en estado regular, el 31% en mal estado y el 21% en muy mal estado. Lo anterior limita el desarrollo económico del cantón, debido a que sus rutas viales se encuentran en su mayoría deterioradas, esto dificulta la promoción del turismo y la comercialización de los productos agrícolas que se producen.

La principal ruta vial es la interamericana, la cual permite la comunicación con otros cantones de la Región Brunca. Igualmente, se cuenta con caminos para ingresar a los distritos y comunidades de Buenos Aires, “la mayoría de los caminos del cantón son de lastre (91,18%), seguido de los caminos de tierra (7,27%) y por último un (1,55%) de caminos de asfalto” (INDER, 2021).

Según los datos indicados, se demuestra la precaria situación que existe en el cantón respecto a sus carreteras, esto también se ve reflejado en el servicio de transporte público que se ofrece, puesto que, no todas las comunidades cuentan con servicio de transporte público hacia la cabecera del cantón, donde se encuentran las oficinas de las instituciones públicas donde se deben realizar trámites, por lo que en la mayoría de las ocasiones, el traslado de una zona rural a la urbana se dificulta.

Igualmente, los distritos y comunidades que cuentan con servicio de transporte público ofrecen un horario reducido, con un máximo de cuatro horarios al día, dicha ruta corresponde a la del distrito de Brunca, las demás comunidades como Potrero Grande, Chánguena, Salitre, Boruca y Ujarrás ofrecen menos horarios al día.

Respecto a los medios de comunicación, el cantón ofrece diferentes plataformas por donde se divulga información de Buenos Aires, como lo es Tele Brunca, el cual es un canal de televisión local y se encuentra disponible en diferentes cableras de la región, además, tiene página Web y página en Facebook. También se tiene medios de comunicación digital como Brunca TV, Radio Cultural y Nativa Televisión.

Dichos medios de comunicación son de suma importancia, ya que informan de los acontecimientos del cantón, además de brindar charlas en diferentes temáticas.

#### **1.4. Descripción de las características de presencia de riesgos.**

Muchos factores se combinan para beneficiar y/o afectar la salud de individuos y comunidades. Si la población es saludable o no, está determinado por sus propias circunstancias y ambiente en su alrededor. Así mismo, estos determinantes se clasifican en

los siguientes: ambientales, socioeconómicos y culturales, de servicios de salud y biológicos. Los cuales se detallan a continuación.

El cantón de Buenos Aires cuenta con la Comisión Municipal de Emergencias, dicha comisión agrupa a representantes de las diferentes instituciones (Municipalidad, Bomberos, Cruz Roja, Fuerza Pública, CCSS, PINDECO, MEP, AYA, IMAS, Ministerio de Salud, PANI) presentes a nivel local. En el espacio de dicha comisión se dan lineamientos de abordaje a los diferentes eventos que se presentan, haciendo uso de los recursos existentes.

#### **1.4.1. Riesgo de origen natural.**

El cantón de Buenos Aires presenta al igual que el resto de los cantones de la Región Brunca aspectos que le dan vulnerabilidad ante desastres naturales y de tipo entrópico, según los criterios emitidos y por antecedentes de los miembros de la comisión local de emergencias del cantón de Buenos Aires, identificando las posibles amenazas que pueden provocar los efectos de las lluvias, huracanes y los riesgos de inundación y/o deslizamiento en los lugares identificados, los que se detallan continuación.

##### **1.4.1.1. Inundaciones**

Buenos Aires en su red fluvial se encuentran varias cuencas de ríos y quebradas, las cuales en temporada de invierno (estación lluviosa mayo a noviembre), se convierten en amenazas hidrometeorológicas para los pobladores y población en tránsito por el cantón de Buenos Aires. Identificados los principales afluentes por los ríos General – Cabagra – Coto Brus – Ceibo – Volcán – Terraba – Guapinol – Guineal – Chánguena – Cotón – Sábalo – Cañas – Platanillal – Limón – Platanares – Quebrada Pueblo.

Áreas de afectación identificadas por la Comisión local de Emergencias; Barrio Las Latas y Volcán centro, por desbordamiento del Río Volcán. Ujarrás, Bajo Ceibo, Bajo Remolino, Asentamiento IDA, San Martín, por desbordamiento del Río Ceibo. San Luis (La Florida): por desbordamiento del Río Platanares. Pilas centro: por desbordamiento del Río Pilas. Yuabin: por desbordamiento del Río Cabagra. Rey Curré, Lagarto, Cajón, Puerto Nuevo, por

desbordamiento del Río Térraba. Potrero Grande: Por desbordamiento del Río Guineal y Quebrada El Trébol. Las Vegas de Chánguena: Por desbordamiento del Río Las Vegas.

Sistema de afectación debido a las inundaciones; viviendas, red vial local, red vial interamericana, colegio, EBAIS, escuela, cultivos, ganadería, puentes, infraestructura comunal, puentes (Plan Local de Emergencia, 2022).

#### **1.4.1.2. Zonas de alta sismicidad**

Para el Cantón de Buenos Aires las zonas de amenazas geológicas de actividad sísmica, es localizada cerca de la región sísmica del Pacífico (Placas Coco-Caribe), las cuales tienen una alta recurrencia. Además, existen fuentes sísmicas locales hacia el NO del cantón, a unos 45 km de la ciudad de Buenos Aires y que generaron eventos sísmicos de importancia en el año 1983 (terremoto de Pérez Zeledón).

Entre las afectaciones del sistema encontramos; Infraestructura del cantón: Red vial, puentes, comunicaciones, servicios básicos, cultivos, ganadería, viviendas, infraestructura pública, edificios. Deslizamientos de diversa magnitud sobre todo en los sectores donde la pendiente del terreno tiende a ser mayor. Las áreas más vulnerables son aquellas localizadas hacia el Norte, noreste y suroeste del cantón, donde se encuentran los poblados de San Rafael, Guagaral, Jabillo, Maíz de Boruca, Bijagual, Térraba, Puerto Nuevo, Curre, Cabagra, Chánguena, Pílon, Paraíso, Tramo Carretera Interamericana Sur entre Paso Real y Cajón (Plan local de emergencias, (2022)).

#### **1.4.1.3. Deslizamiento.**

Las características topográficas y geológicas propias del cantón de Buenos Aires lo hacen vulnerable a la inestabilidad de laderas, sobre todo hacia el N, NE y SO del cantón, donde la pendiente del terreno es más abrupta. Los poblados más vulnerables son: San Rafael, Guagaral, Jabillo, Maíz de Boruca, Bojaral, Térraba, Puerto Nuevo, Curré, Cabagra, Chánguena, Pílon, Paraíso. Además, son susceptibles a inestabilidad de suelos aquellos lugares donde se han practicado cortes de caminos y rellenos poco compactos.

Los efectos más importantes de los deslizamientos serían: Sepultamiento de viviendas, daños a diversos caminos, afectando sobre todo aquella infraestructura localizada cerca del cauce del río o dentro de la llanura de inundación de los mismos y daños a ganadería y cultivos (Plan local de emergencias, 2022).

#### **1.4.1.4. Incendios Forestales**

En el Cantón de Buenos Aires, como ocurre acciones inadecuadas en la mayoría de nuestros poblados de la Región Brunca, principalmente en la época seca se incrementa el riesgo de incendios forestales debido a inadecuadas prácticas agrícolas y a la alta resequedad en la llanura y montañas circundantes. En el cantón de Buenos Aires las áreas de afectación principalmente en el sector noroeste de Buenos Aires (Reserva Indígena), Volcán, Biolley y Potrero Grande. Las principales afectaciones se presentan en Viviendas, cultivos, ganadería Infraestructura, medio ambiente, Parques Nacionales, Área de Conservación La Amistad Pacífico.

#### **1.4.1.5. Accidentes Tecnológicos**

Para el cantón de Buenos Aires, la localización de vulnerabilidad por Accidentes Tecnológicos se definen las áreas de afectación; La Carretera interamericana, Pérez Zeledón y Palmar Norte, Paso Real a San Vito. En Buenos Aires, las estaciones de combustible, las instalaciones de la Planta Empacadora de Piña, (uso de Amoniaco) (nh3). El Restaurante Flor de la Sabana: pipa con LPG, la Bodega Puesto 1: Almacenamiento de gas etileno, acetileno, NH3, Productos químicos y fertilizantes. En Volcán: Estación de combustible, bodega con agroquímicos y cilindros de etileno. En el distrito Brunca Bodega con agroquímicos y fertilizantes.

Entre las afectaciones se encuentran; infraestructuras, contaminación humana y ambiental. En el mapa siguiente se detallan los posibles riesgos, en su distribución natural del cantón:

**Figura 13. Riesgos Desastre Natural**



Fuente: Atlas 2008, Escuela Ing Forestal, ITCR.

## 1.4.2. Riesgos Ambientales.

### 1.4.2.1. Contaminación de Afluentes y Efluentes de agua.

El cantón de Buenos Aires cuenta con actividades comerciales, residenciales industriales, agrícolas y agropecuarias cuyos efluentes son dirigidos a cuerpo receptor, o afluentes, lo que obliga mantener un control permanente de las características de los efluentes, con el fin único de evitar la contaminación de cuerpos de agua.

Entre las actividades residenciales más importantes en el cantón, se encuentran la planta de tratamiento de aguas residuales Lomas y la planta de tratamiento de aguas residuales Boruca, ambas, en el distrito de Buenos Aires, se encargan de dar un tratamiento adecuado a las aguas residuales de la urbanización de Lomas y la urbanización Boruca, respectivamente, cuyos efluentes son arrojados al Río Ceibo y la Quebrada La Temblorosa. Los datos aportados corresponden a registro de expedientes del proceso de regulación del Área Rectora de Salud de Buenos Aires comprenden el periodo del 2016 a 2020.

### 1.4.2.2. Zonas de producción Industrial

En lo que concierne a la producción industrial, Buenos Aires, posee la planta empacadora de piña en el distrito de Buenos Aires, cuyas aguas son vertidas al afluente de la Quebrada La

Temblorosa, otra planta empacadora de piña ubicada en el distrito Volcán, la cual se encuentra ubicada en Sonador de Volcán cuyo efluente es arrojado a y una tercera fuente generadora de aguas residuales, es la planta extractora de jugos del Monte, ésta se ubica en Volcán de Buenos Aires, la misma cuenta con un sistema de tratamiento de aguas cuyo efluente es dirigido al Río Volcán.

También se cuenta con tres gasolineras en el distrito de Buenos Aires de las cuales las dos que se ubican en la entrada principal a Buenos Aires, denominadas Grupo Gasolinero GASOTICA, vierten su efluente a una quebrada sin nombre. Los datos aportados corresponden a registro de expedientes del proceso de regulación del Área Rectora de Salud de Buenos Aires comprenden el periodo del 2016 a 2020.

#### **1.4.2.3. Zonas de producción Agrícola y Agropecuaria**

La producción agropecuaria se centra en dos actividades muy puntuales como son, Trapiche Dulce Sur, ubicada en el distrito de Volcán, consiste en la producción de dulce de caña, la cual genera aguas residuales las que son arrojadas a la quebrada Cacao, solamente en el pico de mayor producción de dulce, como es de enero a abril. La otra actividad comercial consiste en la Empresa GIROCRUZ, dedicada al Procesamiento y Producción de Pulpa Mermelada y Jalea, que, si bien produce aguas residuales, son reusadas para mejoramiento de suelos y por ende de los repastos.

El cantón de Buenos Aires cuenta con 9 empresas cuyos efluentes son vertidos a cuerpos receptores o afluentes, las cuales son vigiladas muy de cerca por el Ministerio de Salud, amparado por el Decreto N° 33601-MINAE-S Reglamento de Vertido y Reúso de Aguas Residuales, las cuales presentan por ley Reportes operacionales periódicos, con los que se garantiza la no contaminación de ríos y quebradas del cantón. En los últimos 5 años (2016 a 2020) no ha existido cambio o variación alguna en las empresas en mención, las que día a día se esfuerzan en cumplir con los requisitos de ley, ya que no hacerlo se exponen en perder los permisos respectivos. Los datos aportados corresponden a registro de expedientes del proceso de regulación del Área Rectora de Salud de Buenos Aires comprenden el periodo del 2016 a 2020.

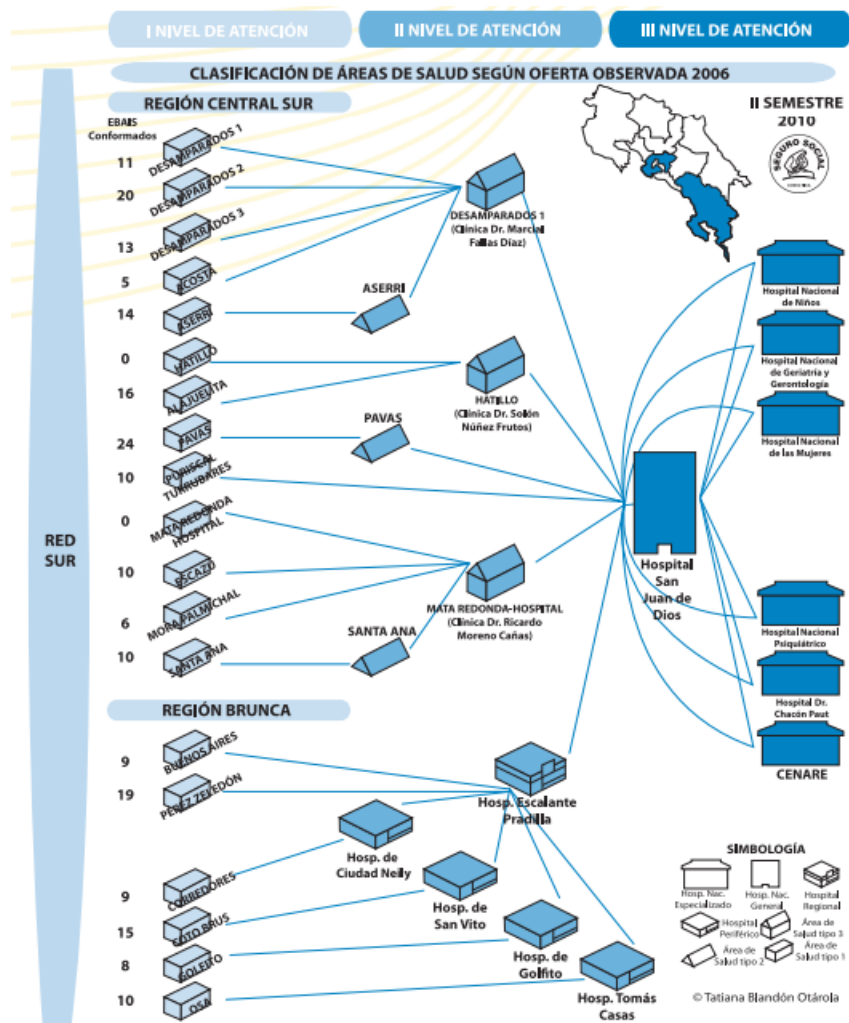
## **2. Descripción de las características de la Red de Servicios de Salud**

De acuerdo con la Caja Costarricense de Seguro Social (2014):

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) está conformada por un conjunto de establecimientos de salud organizados por regiones y niveles de atención, con distintos grados de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados entre sí, articulados de forma vertical y horizontal, cuya complementariedad asegura la provisión y continuidad de un conjunto de servicios en salud destinados a satisfacer necesidades y demandas de la población, e incrementar la capacidad operativa de la Institución. Los establecimientos de salud y dependencias de la Institución operan bajo un modelo de redes, con el soporte de un sistema de referencia y contra referencia entre las distintas unidades; se basa en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración (p. 13).

La CCSS ha estructurado tres redes de servicios de salud, en el caso de la Región Brunca se adscribe a la red sur, la cual se compone de 19 áreas de salud, 13 de la región Central Sur y los 6 restantes de la Brunca; misma que incluye 226 EBAIS conformados, cuatro hospitales periféricos y uno regional, además del hospital nacional general que es el San Juan de Dios (Caja Costarricense de Seguro Social, 2014).

Figura 14. Red Sur de Servicios de Salud, CCSS



Para el caso de la Región Brunca, cada una de las áreas de salud está ubicada en cada cantón, y en el caso de los hospitales, tiene 4 periféricos en los cantones de Coto Brus, Corredores, Osa y Golfito, y un hospital regional, el Hospital Escalante Pradilla (HEP) ubicado en el cantón de Pérez Zeledón. Como se puede evidenciar, el único cantón de la región que no posee un hospital es el de Buenos Aires, por lo que el nivel resolutivo está por debajo del resto de la región.

En este caso, el hospital de referencia del cantón es el HEP ubicado a 60 kilómetros y con una duración en los traslados de una hora aproximadamente, para lo cual se dispone de transporte extrahospitalario tanto propio del Área de Salud Buenos Aires (ASBA), 3

ambulancias de soporte básico; como del provisto por el Comité Auxiliar de la Cruz Roja Costarricense, 5 ambulancias de soporte básico en Buenos Aires y 3 ambulancias de soporte básico en Potrero Grande. Adicionalmente, el ASBA ha realizado contrataciones a nivel privado para el traslado extrahospitalario, sin embargo, estas pertenecen a otros cantones, ya que en Buenos Aires no se tiene registro de ninguna empresa de transporte extrahospitalario con permisos de habilitación.

### **3. Descripción de las características de Salud Mental**

#### **Justificación**

En la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, se refiere a:

“El Ministerio de Salud, como ente Rector en Salud, es quien define los principios, los enfoques, los lineamientos y el plan de acción de Salud Mental para el país, con base en el análisis de la situación nacional por determinantes, y con el apoyo de varios sectores e instituciones, lo que permite el desarrollo de acciones intersectoriales e interinstitucionales; que en su conjunto contribuyen a fortalecer la Salud Mental, previniendo enfermedades asociadas a los trastornos mentales, mediante un abordaje oportuno, de aquellos factores o situaciones en el ámbito comunitario que ponen en riesgo la Salud Mental y la vida de las personas.

Reconociendo que no hay salud física sin Salud Mental y que por tanto es necesario un abordaje del proceso salud-enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención del daño, sino también desde la promoción de la salud mental, interviniendo las condiciones de vida, que mejoran la salud y aquellos factores psicosociales relacionados con la conducta humana. Teniendo dentro de sus compromisos: fomentar y proteger la Salud Mental y fortalecer los programas proponiendo un

diseño de modelo de Salud Mental de base comunitaria, el fortalecimiento interinstitucional e intersectorial. Lo anterior liderando, promoviendo y articulando, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerciendo potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población por medio de la Política Nacional de Salud Mental” (Ministerio de Salud, 2012).

### **Marco Conceptual**

La Salud Pública involucra grandes retos a nivel nacional y local, con objetivos claros y metas establecidas, la emergencia sanitaria rebeló una realidad latente de atención en Salud Mental prioritaria, para lo cual es necesario e importante mejorar los procesos para lograr una intervención en Salud mental sin intermediarios, con atención integral para los pacientes, sus familias y su entorno social, priorizando la participación de profesionales, con capacidades de educar y comunicar de manera asertiva con orientación al cambio social.

El conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales establecen que el individuo disfrute de un estado de salud integral la cual es capaz de adaptarse a su circunstancia interna, al ambiente físico y social que lo rodea o, que sea afligido por trastornos mentales, del comportamiento, y su capacidad de adaptación y funcionamiento se vean comprometidas, tanto en el entorno familiar, como en el medio laboral y social.

La experiencia acumulada en el campo psicológico y psicosocial ha dado origen a importantes líneas de acción tanto en el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales como en el de la promoción y la prevención.

### **Concepto de salud mental**

La Salud Mental es un producto de construcción social, históricamente determinado, vinculado a las condiciones vida de los diferentes grupos sociales.

La Organización Mundial de la Salud define la Salud Mental como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, donde se amplían las dimensiones, incorporando a ese bienestar emocional y psicológico en la que cada persona se da cuenta de su propio potencial de hacer uso de habilidades emocionales y cognitivas (conocimiento), funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana” OMS (2022).

Investigaciones realizadas en los últimos años a nivel nacional, han llamado la atención con respecto al hecho de que la Salud Mental, afecta intrínsecamente a la salud física y que la salud física afecta a la Salud Mental. En lo que se refiere a lograr un estado más completo de bienestar, ambas son inseparables.

De acuerdo con la Comisión Nacional de Salud Mental (2012), la Salud Mental se entiende como:

Un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente (Ministerio de Salud, 2012).

## **Determinantes de la Salud Mental**

### **La salud como producto social**

La salud como producto social parte del reconocimiento de que la salud-enfermedad se construye a partir de las condiciones de vida de las personas, grupos sociales y comunidades. La salud se concibe como un proceso histórico-social, el cual se expresa en formas diferenciadas en los diferentes grupos sociales que conforman cada sociedad concreta, de acuerdo con sus condiciones de vida, género y etnia; y la forma en que los distintos grupos sociales, géneros o etnias, acceden a los diferentes bienes de consumo (salud, educación,

vivienda, vestido, alimentación, etc.) van a determinar su perfil de salud-enfermedad y el tipo de factores protectores y de riesgo a los que están expuestos.

De lo anterior se determina las formas de trabajo, es decir las condiciones de vida del grupo social y familiar, también define las formas reales de comprensión del mundo y las variadas estrategias de supervivencia y de vida, particulares a cada grupo social y dentro de él a las diferentes perspectivas de género.

Las condiciones de vida son un conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular en que cada grupo de población participa en la dinámica de la sociedad, es decir, en la producción, distribución, y consumo de bienes y servicios y además en las relaciones de poder, que caracterizan la organización política.

La salud es producto de las estructuras y relaciones sociales, pero también de la construcción de sentidos y significados, que moldean desde la vida cotidiana hasta la reproducción ampliada del capital y, por tanto, estos significados colectivos, condicionan la producción social de la salud y la enfermedad, y redefinen en el aquí y el ahora, y hacia el futuro su propio significado.

### **3.1. Factores biológicos**

Son aquellos elementos de la salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano que podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, y otros. Se destacan los aspectos de biología humana en lo referente a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente, y que también está relacionado con los procesos de envejecimiento y otros.

#### **3.1.1. Tasa de mortalidad por Suicidio**

El suicidio es un acto deliberado y consciente por medio del cual un individuo realiza una acción que causa su propia muerte; según la Organización Mundial de la Salud constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial, y ocupa el segundo lugar de las principales causas de muerte violenta, particularmente en individuos entre los 15 a 29 años y con mayor presencia en países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2021).

**Tabla 7. Buenos Aires, casos de suicidio en hombres 2017-2021.**

AÑOS	GRUPO ETAREO				
	18-29	30-39	40-49	50-64	DESCONOCIDO
<b>2017</b>	2	0	0	0	0
<b>2018</b>	1	1	1	0	1
<b>2019</b>	1	0	0	0	0
<b>2020</b>	1	2	0	0	0
<b>2021</b>	0	2	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Organismo de investigación Judicial Región Pérez Zeledón, 2022.

El suicidio en el Cantón de Buenos Aires muestra un comportamiento de aumento durante los años de estudio y una tasa quinquenal total de 26.5 por cada 100 000 habitantes, totalizando 14 casos de suicidio en hombres durante el quinquenio 2017-2021.

Los grupos de edades, en que mayormente se registran los casos es de los 18-29 y 30-39, edades donde se atraviesa por un período, en el cual se producen grandes cambios sociales y psicológicos, y se afrontan tareas vitales decisivas para cada ser humano, como la consolidación de su personalidad, identidad y autonomía.

El suicidio es la tercera causa de muerte en las personas entre 10-24 años y la tasa de suicidio en hombres representa el 79% de los casos, según datos de la OPS (s.f), lo cual nos refleja que es un problema de salud pública realmente serio, y de atención prioritaria.

Dentro de los factores de riesgo existen: la detección de trastornos mentales, problemas psicosociales, desintegración del núcleo familiar, deterioro de la situación social y económica, así como el bajo nivel de calidad de vida, y el consumo de sustancias psicoactivas.

Se considera necesario y oportuno, enseñar y desarrollar en grupos identificados la identificación de los factores de riesgo y protección relacionados con hombres y la conducta suicida del cantón de Buenos Aires.

En el caso de las mujeres del Cantón de Buenos Aires, dentro del quinquenio en estudio 2017-2021, no se registran casos de suicidio, según información brindada por el OIJ (2022).

### **3.1.2. Tasa de mortalidad por Demencia Senil**

La pérdida paulatina de las funciones cognitivas que dificulta las actividades del diario vivir, la afectación en comprensión del lenguaje y el deterioro en la habilidad motora, son secuelas de la demencia senil.

A nivel de nuestro cantón de Buenos Aires, en el quinquenio del 2017 al 2021, se registran 2 casos de Demencia Vascular no especificada en 2 mujeres, en edades de más de 65 años, y Demencia No Especificada, la totalidad de 13, correspondiendo a 7 hombres y 6 mujeres correspondientemente, de más de 65 años (INEC, 2012).

### **3.1.3. Tasa de mortalidad por Alzheimer**

En los datos de priorización del Cantón de Buenos Aires, se registran desde el año 2015 hasta el 2019, 3 casos de fallecimiento por Alzheimer, indicando que probablemente las causas de muerte de personas con este padecimiento correspondan a algún síntoma o afección ligada a la enfermedad (INEC, 2012).

### **3.1.4. Prevalencia de trastornos bipolares**

El Trastorno Afectivo Bipolar es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante que se ubica dentro de las alteraciones del estado del ánimo. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado del ánimo, las cogniciones y las conductas.

En el periodo de estudio en el cantón de Buenos Aires, 2017-2021, no se registran casos de dicho Trastorno, lo cual nos podría indicar que existe un subregistro, considerando que dichos registros pueden estar reportados en el Hospital Escalante Pradilla de Pérez Zeledón, o las boletas VE01 no se están realizando como corresponden de la enfermedad.

### 3.1.5. Incidencia de Esquizofrenia

La esquizofrenia es un síndrome complejo en el cual las personas presentan síntomas psicóticos diversos. Su curso tiende a ser crónico a pesar de la remisión de algunos de estos. Durante los últimos años se ha recabado extensa evidencia acerca de la necesidad de que dicha patología sea abordada desde una visión biológica, psicológica y social para alcanzar la rehabilitación integral de los pacientes y mejorar su funcionamiento y calidad de vida.

En Buenos Aires se registran casos, a continuación, se muestra la tasa de incidencia de casos de Esquizofrenia del año 2017 al 2021.

**Tabla 8. Buenos Aires, incidencia de casos de esquizofrenia, 2017-2021.**

Año	Población	Número de casos
2017	51 437	0
2018	52 126	0
2019	52 784	5
2020	53 436	0
2021	54 111	5

Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud 2022.

Si tomamos en cuenta que aproximadamente el 2% de la población general la sufre, en Costa Rica deben existir 35.000 esquizofrénicos, lo que constituye un problema de salud pública importante, es una de las enfermedades psiquiátricas más debilitantes con un alto costo económico, social, familiar y personal. En Costa Rica, la esquizofrenia constituye la primera causa de internamiento entre los desórdenes psiquiátricos en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

### 3.1.6. Incidencia acumulada de trastorno depresivo

La depresión es un trastorno multifactorial, en resumen, que su desarrollo involucra la interacción de factores genéticos y ambientales, entre los cuales la exposición a estrés es uno

de los más importantes (la exposición a situaciones estresantes como el maltrato infantil, la violencia familiar, la pobreza, etc., durante el desarrollo del individuo).

A continuación, se despliegan desde el periodo 2017-2021 los datos de la población de Buenos Aires, con respecto a la incidencia del trastorno depresivo.

**Tabla 9. Buenos Aires, incidencia de casos de trastorno depresivo, 2017-2021**  
(tasa por 10000 habitantes).

Año	Población	Número de casos	Tasa de incidencia
2017	51 437	412	80,0979
2018	52 126	133	25,5150
2019	52 784	0	0
2020	53 436	59	11,0412
2021	54 111	47	8,6858

Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud 2022.

En el quinquenio que corresponde analizar 2017-2021, la tasa por Trastornos Depresivos, en el cantón de Buenos Aires, disminuye, de igual forma considerando que también en este tipo de Trastorno hay un subregistro, que puede ser que estén los datos en el Hospital Escalante Pradilla, o que las boletas VE01 en la Clínica de Buenos Aires, no se estén llenando como corresponde. Se desconocen las causas porque en el año 2019 no hay un registro de casos.

### **3.1.7. Incidencia acumulada de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas**

Las enfermedades mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas son un elemento que permea la realidad de distintos espacios geográficos y de diversos grupos poblacionales. Se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, aproximadamente el 5% de la población adulta mundial, consumió drogas por lo menos una vez en el 2015 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017). En el año 2016, este número había aumentado a 275 millones de personas lo que corresponde al 5,6% de la población (entre 15 y 64 años). (Oficina

de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018), citado por Instituto Costarricense sobre Drogas (2019).

**Tabla 10. Buenos Aires, incidencia de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, 2017-2021.**

**(tasa por 10000 habitantes)**

<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Tasa de incidencia</b>
<b>2017</b>	51 437	0	0
<b>2018</b>	52 126	6	1,1510
<b>2019</b>	52 784	105	19,8923
<b>2020</b>	53 436	164	30,6909
<b>2021</b>	54 111	200	36,9610

Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud 2022.

### **3.1.8. Incidencia acumulada de intentos de suicidio**

El suicidio es un problema actual de salud pública. Los intentos de suicidio, así como los casos concretos, se han dado a través de los años. Según Vigilancia de la Salud de la Sede Regional Brunca del Ministerio de Salud (2022), existe un promedio de 77 casos de suicidio consumados durante los años 2019-2021, en la Región Brunca, además, se muestra un ascenso en los casos del intento suicida, mayormente en mujeres.

A continuación, se despliegan desde el periodo 2017-2021 los datos de la población de Buenos Aires, con respecto a los casos de intento de suicidio.

**Tabla 11. Buenos Aires. Casos de intento de suicidio reportados, 2017-2020**  
(tasa por 10000 habitantes)

Año	Población	Número de casos	Tasa de incidencia
2017	51 437	56	10,8871
2018	52 126	65	12,4697
2019	52 784	68	12,8826
2020	53 436	72	13,4740
2021	54 111	72	13,3059

Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud 2022.

Queda en evidencia que el cantón de Buenos Aires, año a año tiene un aumento en los casos registrados para intento de autoeliminación, lo cual es preocupante, ya que la Clínica de Buenos Aires, no cuenta con la capacidad de abordaje regularmente, como debería corresponder.

### 3.2. Factores sociales y económicos

Son los aspectos sociales y económicos en las que se desenvuelven la persona y los grupos sociales, que tienen efecto positivo o negativo, sobre su Salud Mental, incluye: estilos de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, uso de medicamentos y drogas ilícitas, niveles socialmente tolerados de castigo físico, tipos de familia, prácticas religiosas, vivencias y prácticas de la sexualidad, recreación, organización social y existencia de redes de apoyo, ingreso económico y equidad en su distribución, nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, políticas públicas y organización de las instituciones gubernamentales.

### **3.2.1. Plan Cantonal de Prevención de Atención Integral al Riesgo Suicida Implementado**

El Ministerio de Salud como ente rector, de acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud, es la institución encargada de velar por la salud de la población, detallándose en el artículo 2 de dicha Ley la función del Ministerio:

Artículo 2- Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias (Ley General de Salud, N° 5395).

De acuerdo con el Decreto No.41383 – S, la Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico adscrito al Despacho del Ministro de Salud, y tiene como objetivo abordar de forma integral el tema de la salud mental, desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

Con el Decreto 40881-S de fecha 15 de enero del 2018, se oficializa la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, con el objetivo de facilitar la articulación interinstitucional para el abordaje integral y oportuno de las personas que enfrentan riesgo suicida, intentos suicidas o se han visto afectadas por el suicidio.

Dicha normativa está basada en los enfoques y principios establecidos en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021.

En el año 2018, la Secretaría Técnica de Salud Mental, llegó a la Región Brunca para desarrollar una metodología de caracterización y articulación comunitaria para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, cuyo objetivo principal era de realizar una caracterización comunitaria de los cantones en términos de factores de riesgo y protectores en la incidencia del comportamiento suicida que permitiera construir una estrategia de acción comunitaria e interinstitucional correspondiente a la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida.

Cabe mencionar que, además dentro de los propósitos estaban: exponer las distintas políticas y decretos existentes en el país que fomentan articulación comunitaria e interinstitucional para el abordaje integral del comportamiento suicida. Identificar los factores protectores y de riesgo presentes en los cantones que inciden en el comportamiento suicida, y crear una estrategia de acción comunitaria e interinstitucional para el abordaje del comportamiento suicida.

Posteriormente se incluyó dicha Instancia en la Red de Actividad Física Local (RECAFIS), debido a que dentro de los ejes establecidos en el Plan de RECAFIS, había un componente correspondiente al desarrollo de actividades en Salud Mental.

En el año 2019, únicamente se desarrollan algunas acciones correspondientes al eje de Salud Mental, más enfocadas a la celebración de efemérides correspondientes en el tema de Salud Mental.

Posterior a ello, nos enfrentamos a la emergencia por la pandemia en el año 2020, siendo que las acciones específicas de las Áreas Rectoras de Salud Locales se centran en el trabajo de todo lo relacionado a la COVID-19.

En el año 2021, por medio de una Directriz Ministerial (MS-DM-4181-2021), enviada por el Dr. Daniel Salas Peraza, Ministro de Salud, la Dirección Regional Brunca indica que se analice por cada uno de los funcionarios según su área de atracción correspondiente en el abordaje ante las afectaciones de salud mental, si continúan bajo el mismo formato de trabajo para las ILAIS donde se unifico el equipo de trabajo con la RECAFIS o bien separan ambas instancias creando la Comisión de Salud Mental donde estaría inmersa la ILAIS, y desde

donde abordarían todo lo concerniente a dicho tema. Con lo cual en nuestro Cantón se toma la decisión de separar ambas comisiones y trabajar RECAFIS y la ILAIS por separado.

Durante el año 2022, una Red ILAIS conformada, y ya un equipo asignado de las Instituciones correspondientes se trabaja la promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo manteniendo una articulación de los diferentes actores sociales que contribuyan a que exista una producción social de la salud mental.

La ILAIS Local apoyada en el Sistema de Vigilancia de Información de la Salud, con un flujo de información oportuna y de calidad en la notificación de intentos de autoeliminación, y reporte de comportamiento suicida, generando espacios de análisis sobre los factores de riesgo, y orientando hacia una ruta crítica de los servicios de salud correspondientes.

Actualmente en nuestro cantón no se cuenta con un directorio de fundaciones, ONG, o contactos, que trabajen con el comportamiento suicida, de manera gratuita, los profesionales son mínimos para la cantidad de población y los costos en la mayoría de las ocasiones son imposibles de pagar por las personas.

No se cuenta con apoyo cantonal por parte del Gobierno Local que desconoce el tema como tal, invisibilizándolo y no dándole la importancia que requiere en un cantón con población vulnerable.

La ILAIS cuenta con un Plan actualmente donde se abordan los Ejes de Promoción, Prevención, Atención y Seguimiento, y la celebración de efemérides correspondientes al Día de Prevención del Suicidio 10 de setiembre, y el Día Mundial de Salud Mental, el 10 de octubre, además de una Base de datos de Intentos de Autoeliminación del Cantón, donde se da el seguimiento de la Comisión de los casos referidos.

### **3.2.2. Estrategias desarrolladas para la promoción de la salud mental**

Fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, modificando las condiciones sociales, ambientales y económicas, dicho proceso político y social permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud. La participación social es esencial, para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Un modelo de Salud Mental por medio de la acción intersectorial e interinstitucional, dirigida a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción con enfoque comunitario, para mejorar la calidad de vida y el disfrute a lo largo del ciclo de vida de las personas, con base a sus condiciones de vida y determinantes de la Salud Mental, a fin de reducir los índices de los trastornos mentales y del comportamiento.

Acciones intersectoriales e interinstitucionales para la prevención del riesgo suicida, con énfasis en áreas geográficas de mayor vulnerabilidad, mediante el fomento de factores protectores de la salud mental a lo largo del ciclo de vida con el fin de favorecer un óptimo desarrollo integral de las personas.

Se desarrollan actividades grupales para el fortalecimiento e identificación de factores protectores dirigidas a sus poblaciones meta (personas menores de edad, población indígena, mujeres), sobre temas como: Habilidades para la Vida (Comunicación asertiva. Manejo de Emociones y Sentimientos, Autocuidado, Manejo de tensiones y el Estrés, Empatía, Relaciones Interpersonales).

Acciones generadas a favorecer la identificación de la prevención del riesgo suicida, y sus implicaciones, se brinda atención a la población estudiantil en talleres y a personal docente sobre temas de Atención a Protocolo de ideación suicida, y Lesiones Autoinfligidas. Todas estas acciones y estrategias tienen un componente preventivo, en tanto que la identificación de factores del comportamiento suicida, inciden en la prevención temprana de afectaciones importantes de la salud mental.

### **3.2.3. Plan Estratégico Interinstitucional e Intersectorial en la Prevención de la Violencia Intrafamiliar implementado (PLANOVI)**

En el 2008, se creó el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Violencia contra las Mujeres-2008, por medio de la Ley N° 8688, como instancia de deliberación, concertación, coordinación y evaluación entre el Instituto Nacional de las Mujeres, los Ministerios, las instituciones descentralizadas del Estado y las organizaciones relacionadas con la materia, para promover políticas públicas que garanticen la atención integral de las personas afectadas por violencia contra las mujeres y violencia

intrafamiliar, permitiendo mejorar su situación, su recuperación y la construcción de un nuevo proyecto de vida.

El Sistema se estructuró en dos niveles. Un nivel, sectorial/intersectorial, en el cual participan todas las instituciones integrantes del Sistema, así como las organizaciones no gubernamentales y otros actores de la sociedad civil. Otro nivel, el territorial, conformado por redes locales en donde participan igualmente representantes de las instituciones gubernamentales que tengan presencia local y, de manera voluntaria, representantes de las organizaciones no gubernamentales y actores civiles que deseen integrarse.

Las redes locales de atención y prevención de la violencia contra las mujeres son Instancias operativas en el nivel local, las cuales permite una mayor cercanía con las necesidades particulares y diferenciadas tanto de la población vulnerable afectada, como de la población en general en términos de cambios sociales y culturales requeridos para la erradicación de la violencia. El INAMU a través del Área de Violencia, brinda asistencia técnica y apoyo operativo a estas redes locales.

Las redes locales, según artículo 13 de la Ley del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia intrafamiliar y Violencia Contra las Mujeres, están conformadas, de manera obligatoria, por representantes de las instituciones gubernamentales que tengan presencia local y, de manera voluntaria, por representantes de las organizaciones no gubernamentales y actores civiles que deseen integrarse.

La atención en salud de la violencia contra la mujer e intrafamiliar va más allá de la atención de la lesión o la denuncia. Por esta razón debe convocar voluntades que lleven a la definición de respuestas sociales organizadas en forma integral que se relacionen con lo personal, cultural, económico y político.

El derecho a vivir libre de violencia debe quedar explícito en Políticas, Planes y Normativas Institucionales, pero de nada servirán estos instrumentos si no cobran vida en todos los niveles de la práctica institucional. Si bien todos los niveles de gestión de las instituciones deben trabajar para garantizar el derecho a una vida segura y sin violencia y a la prevención y atención integral y de calidad a las víctimas; es el nivel local el espacio más estratégico para

promover acciones articuladas, concertadas y de escucha directa a las necesidades de la población. Por eso el trabajo desde la estrategia de Redes Locales es una gran oportunidad d

Acciones interinstitucionales e intersectoriales implementadas a nivel cantonal para la prevención de la Violencia intrafamiliar y Violencia contra la Mujer: participación activa en la Red Local, formulación y ejecución de Plan de la Red, apoyar mediante el liderazgo efectivo las acciones orientadas a que la Red funcione, con la participación de todas las Instituciones involucradas, participación en la organización de acciones de prevención primaria y secundaria de la violencia contra las mujeres, niñez y adolescencia y la promoción de estilos de convivencia pacífica entre las personas en diferentes ámbitos de acción familiar, laboral, educativo y comunal, además de incentivar del registro de las instituciones para el reporte por parte de Vigilancia de la Salud de los casos notificados de VIF con el fin de analizar la información y divulgarla para que sea utilizada como insumo a fin de tomar las acciones que deben ejecutarse en beneficio de la comunidad.

#### **3.2.4. Incidencia de la Violencia Intrafamiliar Cantonal**

La violencia intrafamiliar constituye sin duda alguna uno de los problemas sociales más graves por los que está pasando hoy día la sociedad costarricense y consecuentemente en el Cantón de Buenos Aires, constituyéndose uno de los problemas de Salud Pública y de la seguridad ciudadana principalmente en los grupos vulnerables, como son las mujeres, los niños y adultos mayores.

La Violencia Intrafamiliar produce daño físico, psicológico, moral y codependencia, como consecuencia de ello presenta alto índice de discapacidad, intento de suicidio y mortalidad en última instancia.

Debemos agregar el efecto que producen los medios de comunicación, glorifican la violencia, la sociedad actual promueve la fuerza para la resolución de los conflictos, los sistemas de información presentan subregistros.

**Tabla 12. Buenos Aires. Prevalencia de casos de violencia intrafamiliar, 2017-2021  
(tasa por 10000 habitantes)**

Año	Población	Número de casos	Tasa de incidencia
2017	51 437	204	39,6601
2018	52 126	133	25, 5150
2019	52 784	578	109, 5028
2020	53 436	722	135, 1149
2021	54 111	733	135, 4622

Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud 2022.

En la tabla, se presenta la incidencia de VIF en el quinquenio 2017-2021. En el 2021 se presentó la incidencia más alta de VIF, con una tasa de 135,4 de casos notificados por 10.000 habitantes, cabe indicar que se ha mejorado el reporte de este evento, en la Red de Violencia Intrafamiliar del Cantón de Buenos Aires.

### **3.2.5. Acciones desarrolladas en la promoción y prevención de la salud mental asociada al consumo de drogas y alcohol**

Prevención y promoción son dos pilares que hacen una prioridad también en el énfasis al concepto de salud pública, garantizando el bienestar a la población no consumidora, especialmente a las personas menores de edad (PME), y población vulnerable (indígenas, mujeres), un ambiente libre del consumo de sustancias psicoactivas, y a la población consumidora de sustancias psicoactivas el máximo bienestar posible, facilitando su acceso a todos los niveles de atención, promocionando hábitos de vida saludables, superando así el concepto limitado de salud que prevalecía, por otro que trasciende “la ausencia de enfermedad” dirigido a potenciar las capacidades humanas, y a la búsqueda integral de su bienestar.

El consumo de drogas es un fenómeno multicausal, según diversas teorías, existen factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas que aumentan las probabilidades de iniciarlo tales como la falta de supervisión de los padres, la disponibilidad y el fácil acceso a

la droga, la presión de grupos, los antecedentes familiares de consumo, los trastornos mentales descompensados, situaciones conflictivas en el ambiente familiar, los diferentes tipos de violencia, traumas en la historia de vida de la persona, entre otras situaciones laborales y sociales; así mismo, existen factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas que pueden disminuir el riesgo de desarrollarlo tales como el acompañamiento y buena comunicación de los padres con sus hijos, la inserción en el sistema educativo, la participación en actividades culturales, sociales o deportivas, la recreación y el buen uso del tiempo libre, las políticas y la seguridad pública, los programas de prevención e intervención temprana, la reinserción social, la formación de habilidades para la vida y herramientas para afrontar situaciones difíciles, entre otras.

En Costa Rica se han realizado grandes esfuerzos para promover y fortalecer intervenciones efectivas en la disminución del uso de sustancias y su impacto negativo en la salud, mediante estrategias preventivas, y de promoción, abordando tempranamente la población en riesgo, o mediante tratamientos para la dependencia y las consecuencias negativas de su uso; para ello existen a nivel nacional programas para la atención y tratamiento de las personas con factores de riesgo, iniciación, uso nocivo, dependencia y trastornos por consumo de drogas, incorporando estrategias comunitarias centradas en las personas, por medio del fortalecimiento de alianzas entre diversas organizaciones involucradas, para brindar una atención integral, desarrollando acciones entre sectores e instituciones involucradas, que promueven y protegen el derecho a la Salud Mental de la población.

Para el año 2002, la Ley N° 8289, otorga personalidad jurídica instrumental al IAFA, señalando que tendrá a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas; además, desempeñará otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines; deberá gestionar la suspensión o el cierre de tales programas, si incumplen los lineamientos estipulados al efecto.

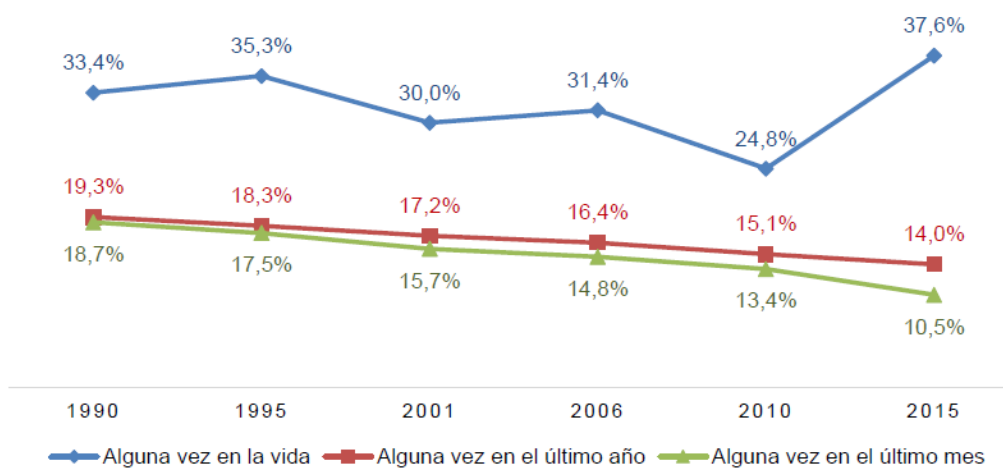
Así mismo la apertura de ocho Centros de Atención Integral en drogas y el Centro Nacional de Atención Integral en Adicciones para Personas Menores de Edad y la capacitación anual

a docentes de todo el país. Igualmente, se incentiva el trabajo colaborativo entre IAFA y ONGs. IAFA trabaja por seguir liderando el estudio, prevención y tratamiento de las adicciones, fortalecer la investigación, la docencia, la capacitación, asesoría y abrir espacios de discusión hacia nuevos paradigmas: uso de cannabinoides medicinales, educación sobre tipos de consumo, reducción de daño, intervenciones breves y usar más y mejor tecnología para llevar la información/prevenición y atención a todas las personas

Los datos consignados de esta encuesta están bajo la responsabilidad del Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y se dirige a la recolección de información de la población general, con respecto al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, lo cual da un panorama completo de las que son usadas por la población en estudio.

#### **Niveles de prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida, último año y mes.**

##### **Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010, 2015**

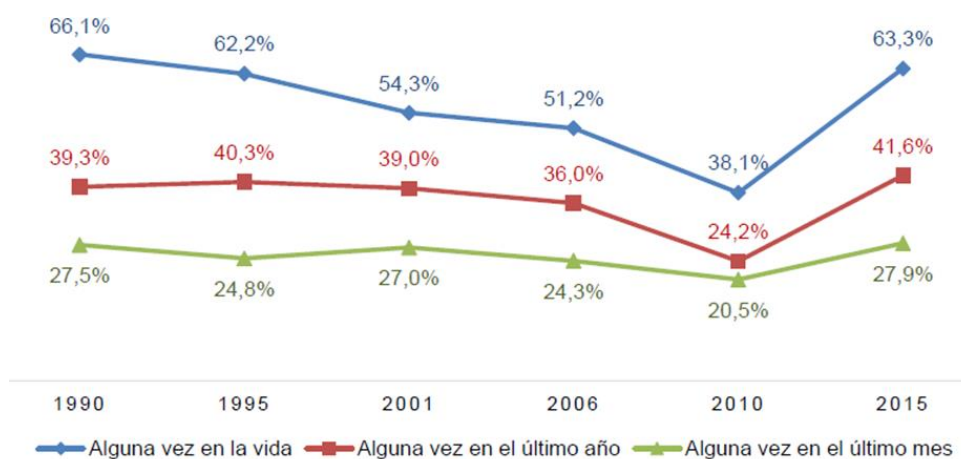


Fuente: IAFA (2015). Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general.

Al respecto es interesante observar como para el tabaco, de acuerdo con la serie comparativa de los últimos 6 períodos, ha existido una disminución de la prevalencia de último mes (consumo activo) a través de los años. Sin embargo, para el parámetro de alguna vez en la vida, lo cual podría catalogarse como una sola ocasión en la vida, el incremento entre el 2010 y 2015 fue del 12,8%.

Este dato visualiza el papel que juega el tabaco en la iniciación al consumo de sustancias psicoactivas, pues representa un 37,6% en la prevalencia de “alguna vez en la vida”. La nicotina es considerada por organismos especialistas en la materia (OMS, CICAD/ OEA, NIDA)<sup>2</sup> como una droga de “entrada” para iniciarse en el consumo de otras sustancias. Por lo tanto, es necesario que tanto el tabaco, como el alcohol, misma que se abordará a continuación, sean priorizadas en los esfuerzos preventivos, que tiene como aspecto central aumentar la edad de inicio de consumo.

Niveles de prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, último año y mes. Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010, 2015



Fuente: IAFA (2015). Encuestas Nacionales sobre consumo de drogas en población general.

Se puede observar una diferencia del 25,2% en los datos reportados con respecto al consumo alguna vez en la vida entre el 2010 y el 2015 siendo este último periodo el más alto del histórico evidenciado. Provoca pensar cuáles fueron los factores que dispararon las prevalencias de vida y de mes, estudiar si dependió más de la disponibilidad de la sustancia o en una baja sobre la percepción de riesgo con respecto a la sustancia, que suele ser altamente aceptada en la sociedad, por su carácter de legalidad.

En resumen, y de acuerdo con los datos aportados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Costa Rica, el alcohol es la sustancia de mayor consumo tanto una vez en la vida como en los últimos 30 días, sin embargo, el tabaco aporta también cifras necesarias a

considerar, ya que al igual que la primera por su disponibilidad y legalidad representa un riesgo como sustancia psicoactiva de inicio en la población en general.

El Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) brinda programas de atención a escolares que buscan prevenir el consumo de drogas, mediante la reducción de los factores de riesgo, el detenimiento del avance y la disminución de las consecuencias una vez establecido; cuenta con centros de atención donde se brindan servicios de tratamiento en diferentes zonas a nivel nacional por medio de los Centros de Atención Integral En Drogas (CAID). Además, se brinda cursos clínicos para el abordaje integral a la persona con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, dirigidos a profesionales y técnicos, involucrados en la atención, todas estas intervenciones son gratuitas y no se requiere aseguramiento.

El Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), diseña, estructura y desarrolla procesos de capacitación dirigidos a los niños de primero y segundo ciclo de la Educación General Básica, considerando las etapas de desarrollo cognitivo, social y emocional, que forme parte de la currícula educativa, promocionando actitudes positivas y estilos de vida saludables que aumentan la percepción de los riesgos asociados, generando en los niños la necesidad de que adopten una actitud desfavorable hacia el consumo de sustancias psicoactivas y lograr que una menor cantidad de estudiantes inicie el consumo en la adolescencia temprana.

El enfoque de habilidades para la vida, tal como lo apunta la Fundación EDEX (2020), la prevención basada en el modelo de Habilidades para la Vida propuesta por la Organización Mundial de la Salud es un proceso de educación socioemocional. Esto significa que brinda ante todo posibilidades de desarrollo de inteligencia emocional que conlleva no solo a la evitación del consumo de sustancias psicoactivas, sino también a la prevención de otras conductas de riesgo. Se ha demostrado científicamente ser un modelo por excelencia para el desarrollo de estrategias de intervención para la promoción de la salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Además, se ha trabajado en otras problemáticas sociales como lo son: prevención de la violencia, educación socioafectiva, bienestar adolescente, fortalecimiento de las competencias parentales, entre otros. Se aplica a partir del

desarrollo de cursos, cuyas sesiones educativas se caracterizan por ser interactivas, y que tienen como propósito brindar herramientas para el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades para la vida fundamentales para enfrentar los retos cotidianos y evitar conductas de riesgo.

Durante los años 2017 al 2021, el IAFA a nivel local ha desarrollado programas de Habilidades para la Vida, Aprendo a Valerme por mí Mismo, y la celebración de efemérides para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. De los cuales se han articulado acciones interinstitucionales, y se les ha dado prioridad a comunidades de condiciones de alta vulnerabilidad, así como a grupos etarios donde la probabilidad de consumo o de iniciación de consumo sea aún mayor.

De igual forma el Ministerio como ente rector en materia de Salud, ha desarrollado programas, y proyectos con respecto a la prevención del consumo de Tabaco, por medio de la Ley 9028.

En el año 2017 se desarrolla a nivel de cantón de Buenos Aires, el Proyecto de Unidades Itinerantes para Prevención del Consumo de Tabaco, Ley 9028, cuyo objetivo era informar a los niños y niñas de los centros educativos seleccionados (Escuela Rogelio Fernández Güell, Escuela Santa Cruz, y Centro Educativo El Peje), sobre los componentes letales del consumo de drogas y sus efectos en las personas, el impacto en la sociedad, el daño al medio ambiente y el aprendizaje de herramientas para que las personas puedan abandonar la adicción. Además de comunicarles que existe una Ley que es la 9028 que los protege y que permiten denunciar a personas que incumplan las disposiciones ahí reglamentadas.

Para el año 2019 se realiza el Proyecto II Edición carreras Recreativas Región Brunca, el cual consistía en carreras de ciclismo y atletismo, para la promoción de espacios recreativos en el cantón, bajo la Ley 9028. Las cuales se efectuaron en todos los cantones de la Región Brunca, con presupuesto de la Ley 9028; cabe mencionar que se contrató una empresa ER Creativo Eventos, quien fue la encargada de realizar toda la logística de consecución de camisetas, medallas, hidratación, perifoneo, e instrumento de inscripción, con las Áreas Rectoras de

Salud Locales, se coordinaban rutas, promoción, el staff que trabajaría y comunicación de las actividades anexas.

A partir de la habilitación de actividades externas posterior a la Emergencia Sanitaria por COVID-19, se han desarrollado talleres de promoción de estilos de vida saludables y fortalecimiento de las Habilidades para la Vida.

Con el desarrollo de acciones en la promoción y prevención de la salud mental asociada al consumo de drogas, alcohol y tabaco, se han proporcionado herramientas y alternativas a los habitantes del cantón, para desarrollar estrategias que permitan disminuir el uso y consumo de drogas psicoactivas, en la población de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, siendo esta población la más vulnerable de este riesgo de salud pública.

### **3.2.6. Plan Local de la Red Cantonal de Actividad Física y Salud**

La promoción de la actividad física, el deporte, la educación física y la recreación es tarea de todos y en cada escenario de la vida social: en la comunidad, centros de trabajo, centros educativos, desde los servicios de salud y en el entorno.

El Ministerio de Salud, como parte del sistema de producción social de la salud y desde su función rectora en salud, tiene el compromiso fundamental de procurar un trabajo conjunto con instituciones públicas y privadas, así como con la sociedad civil, de manera que se logre incidir sobre los determinantes que llevan a que las poblaciones alcancen los niveles de actividad física suficiente para obtener beneficios en la salud y la calidad de vida.

Existe una amplia evidencia científica que sustenta el reconocimiento mundial de la actividad física, deporte, educación física y recreación como factores protectores de la salud física, mental y social: razón por la cual se han posicionado como parte de los temas fundamentales en promoción de la salud y estilos de vida saludable. Asimismo, los estudios han demostrado que el sedentarismo representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT).

La inactividad física se identificó como la cuarta causa más importante globalmente en las muertes de origen crónico degenerativo y contribuye en más de 3 millones de muertes

prevenibles alrededor del mundo. La inactividad física, independientemente de la grasa corporal, aumenta el riesgo de diabetes, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, presión arterial elevada y de cáncer cervicouterino, ovárico, vaginal o de colon. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. (web, OMS, 2011)

Desde los años 1980 se han publicado numerosas evidencias científicas indicando que la rutina del ejercicio o actividad físicas regular, contribuyen a una vida sana y evitan o retrasan la aparición de las enfermedades que en forma creciente predominan en nuestro país y en muchas regiones del mundo. Pese a lo anterior, reportes internacionales estiman que cerca de tres cuartas partes de la población, incluyendo jóvenes y adultos realizan poca actividad física y más de 53.8 % llevan una vida sedentaria (La Nación, 2009, Aldea Global).

La promoción de actividad física, deporte, educación física y recreación es tarea de todos, en los diferentes espacios de la vida cotidiana de todos los grupos de población. Para el logro de poblaciones con un estilo de vida activo es preciso crear o habilitar espacios seguros y apropiados para el deporte y la recreación, así como programas y acciones que facilitan la práctica de actividad física en los diferentes escenarios: escuelas, centros de trabajo, comunidades, instituciones, centros penales, universidades, vías peatonales y otros.

Créase la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud en lo sucesivo denominada “RCAFS”, como una Organización participativa de alcance nacional y cantonal, así como un mecanismo de coordinación interinstitucional y social, cuyo fin es la promoción de la actividad física en todas sus modalidades para la salud integral de la población costarricense en todos los cantones del país, en el decreto ejecutivo N° 32886-S-C-MEP-MTSS-MP-G, firmado el 28 de junio del 2005.

En nuestro cantón existe la RECAFIS y su objetivo primordial es: desarrollar y brindar seguimiento del Plan Cantonal de Actividad Física y Recreativa que garantice el derecho a la Salud Mental y Salud Física, por medio de la acción intersectorial e interinstitucional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el disfrute a lo largo del ciclo de vida de las

personas, con base a sus condiciones de vida, en las comunidades del cantón de Buenos Aires; cuya misión es promover el desarrollo integral y el bienestar, en la población del cantón, mediante la promoción de estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de la población.

### **3.3. Determinantes Ambientales**

Corresponden a los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano, que modifican el estado de salud de las personas. Los procesos ambientales son los que inician los factores epigenéticos. La epigenética se asemeja a un proceso de interruptores genéticos que encienden y apagan los genes. El ambiente (nutrición, estrés, etc.) que las personas experimentan puede controlar estos interruptores y causar efectos hereditarios en los seres humanos

Desde una perspectiva más positiva, el ambiente, tanto construido como sin intervenir, puede promover interacción social, cohesión comunal y Salud Mental. En este sentido, vale decir que la Salud Mental de una población puede estar afectada por múltiples variables. Entre ellas la vivienda y su medio ambiente. Existe evidencia de la relación entre estas dos variables y la Salud Mental. Por ejemplo, barrios pobres, carencia de servicios, aislamiento social, tipos de vivienda, calidad de vivienda, pueden influir significativamente en la Salud Mental de una persona y una familia.

#### **3.3.1. Actividades realizadas para la recuperación de Área verdes (Construcción de parques, Áreas recreativas, entre otros)**

Existen espacios de recreación y deportivos, en Buenos Aires, como el polideportivo, que es el lugar en donde se centran la mayoría de las actividades deportivas competitivas del Cantón de Buenos Aires.

De acuerdo con la información brindada por el Departamento de Servicios Municipales, de la Municipalidad de Buenos Aires, adicional al Parque Central del cantón, existen 10 parques municipales más, a saber:

- Parque Urbanización Los Ángeles
- Parque Veracruz
- Parque Urbanización Boruca
- Parque Urbanización Las Vegas
- Parque Las Hormigas
- Parque Santa Marta
- Parque La Amistad
- Parque Urbanización las Rosas
- Parqucito Barrio Amapolas
- Parqucito Barrio Canta Rana

Según se informó, durante el año 2021, se implementó el Programa de Promoción y Activación de Espacios Recreativos a cargo de la Oficina de Desarrollo Local de la Municipalidad de Buenos Aires. Este Programa tiene como propósito la búsqueda de espacios recreativos para los niños y las niñas del Cantón, dicho trabajo se realiza en conjunto con el PANI y las Asociaciones de Desarrollo para la donación de parques infantiles en espacios públicos.

Cada parque tiene un valor de cinco millones de colones y viene a cumplir con el derecho a la cultura, el juego y la recreación que tienen las personas menores de edad, y familia, la comunidad y las autoridades locales nacionales deben apoyar y brindar estas posibilidades. La oficina de Desarrollo Local de la Municipalidad de Buenos Aires ha venido trabajando en la donación de parques infantiles para las distintas comunidades de nuestro cantón, a finales del año pasado indicaron que tenían aprobadas las solicitudes de las siguientes Asociaciones:

- ADI den Tres Ríos de Volcán.
- ADI de Colinas.
- ADI de La Lucha de Potrero Grande.
- ADE de Paraíso de Buenos Aires.

- ADI de La Bonga de Chánguena.
- ADI de Santa Marta de Brunka.
- ADI de Potrero Grande.
- ADE de Santa Cruz de Buenos Aires.
- ADI de Peje de Volcán.
- ADI de Cordoncillo de Volcán (reciben un parque en Cordoncillo y Altamira).
- ADI de Biolley.

Las 8 primeras se encuentran en la fase de entrega de ofertas.

Dentro de las acciones que el Ministerio de Salud local realizada para la recuperación de área verdes, y espacios de recreación dentro del quinquenio 2017-2021, se realizan campañas de limpieza y eliminación de criaderos de mosquitos y otros vectores responsables o asociados a enfermedades tales como: el dengue, malaria, zika, chikungunya, entre otras. Establecimiento de relaciones y alianzas con el Programa Bandera Azul, en la Modalidad de Salud Comunitaria.

Además de trabajar con la Red de Actividad Física local en coordinación con la Fuerza Pública y sus Programas Preventivos, en la recuperación de espacios recreativos que han sido ya apoderados por población que consume drogas, y cometen actos delictivos; como lo es el Parque de la Urbanización Los ángeles, por el Azteca, donde además se ha involucrado a la Asociación de Desarrollo de Santa Cruz para un abordaje más integral.

La recuperación de espacios comunales de deporte y recreación en nuestro Cantón, mediante la promoción de la salud mental, y acciones en el mejoramiento de algunas localidades, de manera interinstitucional, hace que la población tenga acceso y desarrolle actividades que permitan la prevención de enfermedades, bajos niveles de delincuencia, y más oportunidades para el desarrollo integral de los habitantes.

### **3.4. Determinantes de Sistemas y Servicios de Salud**

La provisión de servicios de salud se ha caracterizado históricamente por ser médico-centrista, biólogo, especializado en el tercer nivel de atención y, que, además, consume el mayor número de recursos financieros y humanos. El acceso de la población con algún grado de morbilidad es limitado a nivel comunitario, que además tiene fallas en los procesos de referencia y contra referencia; aunado a que no existe un sistema de información que apoye la toma de decisiones oportunas y una óptima planificación de los servicios de atención directa de las personas. Las respuestas de los servicios son por demanda y hay una pobre capacidad instalada y escaso recurso humano capacitado ni especializado para atender a esta población. Asimismo, no existen políticas de formación de recurso humano para atender las necesidades actuales y futuras en el campo de la Salud Mental.

Otro aspecto para considerar es que no existe la medición del gasto y financiamiento en Salud Mental. No hay estudios de costo/beneficio en las intervenciones de la Salud Mental, ni sobre la carga de las enfermedades mentales. Se desconoce el impacto económico de los trastornos mentales. Se carece de una política orientada a planificar de manera participativa los recursos económicos en este campo, para la promoción y la atención integral de la Salud Mental. Todos estos aspectos se conjugan y atentan a la hora de dar una respuesta más adecuada, oportuna y racional a los problemas asociados con la Salud Mental

Estos determinantes surgen de altas hospitalarias, la consulta externa, y los registros, porque Costa Rica no ha conducido estudios epidemiológicos recientes para determinar la incidencia y las causas de los trastornos mentales, a causa de ello, no tienen la información necesaria para tomar acción apropiada contra el incremento de problemas mentales. Aún peor, componen el principal costo económico de la salud pública.

La pandemia contribuyó al aumento en enfermedades mentales que las autoridades, necesitan atender. La COVID-19 agravó el estrés económico y social ya presente, mientras se intensifica la violencia y la desestabilización, con consecuencias en la salud mental.

Toda la población debería de tener acceso a servicios de salud mental, ya que se están medicalizando poco a poco problemas en salud que no son del todo médico sino de índole

social. En el mejor panorama, la promoción de la salud mental desde un primer acercamiento debe enseñar a la población en cómo lidiar con eventos estresantes que se pueden generar en el ambiente; por ejemplo, promoviendo habilidades para la vida, aumentando su autoestima, inteligencia emocional y diversos factores, que podrían llegar a instrumentalizar a las personas para el control de su salud.

Por lo tanto, la promoción de la salud mental tiene el potencial para proponer acciones conjuntas que superen el hacer tradicional de los servicios médicos, sociales y de los equipos de salud. Es vital un cambio en la formación de los profesionales en salud, para hacer frente a los nuevos retos que se nos presentan actualmente.

#### **4. Componente Salud Integral Adolescente**

La etapa de la adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (*s.f.*) como:

... la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud (párr. 1).

Esta delimitación coincide con el sector salud a nivel nacional y por ende, la utilizada en la norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente salud sexual y reproductiva, vigente a partir del año 2015 en el país mediante decreto ejecutivo N° 39088-S (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2015).

En el país se han realizado importantes esfuerzos en prevención de la enfermedad con el fin de salvaguardar la salud de la población infantil, desde el periodo preconcepcional hasta los primeros cinco años de vida con el fin de disminuir la mortalidad infantil. No obstante, después del primer quinquenio de vida y hasta la etapa adolescente, se disminuyen considerablemente las coberturas de atención, muchas veces asociado a la socialización de esta etapa como un periodo saludable de la vida.

Sin embargo, como lo indica el Ministerio de Salud (2020):

Si bien el riesgo de enfermar y morir en esta fase de la vida es bajo, por cuanto en la adolescencia se reducen los factores de orden biológico que producen morbimortalidad, si se presentan riesgos asociados a comportamientos individuales y otras condiciones sociales que estaban ausentes en la infancia (p. 25).

El ASIS permite la descripción y análisis de los determinantes y condicionantes que generan los problemas de salud, con el fin de identificar las intervenciones y programas apropiados para la evaluación de su impacto como última fase del proceso.

Asimismo, la Caja Costarricense de Seguro Social (2014) define que:

El ASIS aportará al personal de salud datos sobre las características demográficas, educativas y socioeconómicas, entre otras, de la población adolescente a ser atendida por los EBAIS, incluyendo la identificación de población en situación de vulnerabilidad. Estos datos se definen a partir de indicadores de salud y psicosociales que establecerá la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud. También se contará con información sobre los recursos institucionales e interinstitucionales existentes dentro de cada una de las áreas y sectores de salud, así como las ofertas de servicios institucionales e interinstitucionales (p. 44).

De acuerdo con la población total proyectada al 30 de junio del 2023 para el cantón de Buenos Aires del INEC, se estima un total de 55443 habitantes, de quienes 10363 corresponden a adolescentes, 4970 entre 10 y 14 años (2487 hombres y 2483 mujeres), y los 5393 restantes entre 15 y 19 años (2667 hombres y 2726 mujeres). Con una diferencia de 1239 adolescentes, el Área de Salud Buenos Aires indicó que al mes de enero 2023, en el cantón se tiene un total de 9124 adolescentes adscritos, 4926 entre 10 y 14 años (2555 hombres y 2371 mujeres), y los 4198 restantes entre 15 y 19 años (2180 hombres y 2018 mujeres).

La distribución de los adolescentes adscritos en el Área de Salud por año se puede apreciar en la siguiente tabla:

**Tabla 13. Cantidad de adolescentes adscritos en el Área de Salud Buenos Aires según sexo y años, Buenos Aires, Puntarenas, Costa Rica.**

<b>Edad</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total por edad</b>
10 años	487	581	1068
11 años	511	554	1065
12 años	493	467	960
13 años	444	498	942
14 años	436	455	891
15 años	421	445	866
16 años	369	457	826
17 años	391	405	796
18 años	403	445	848
19 años	434	428	862
<b>Total general</b>	<b>4389</b>	<b>4735</b>	<b>9124</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CUBOS del EDUS

A partir de lo anterior, en este apartado se analizarán los siguientes determinantes en la población adolescente: biológicos, socio-culturales y sistemas y servicios de salud.

#### **4.1. Determinantes biológicos**

De acuerdo con la base de datos de mortalidad para el quinquenio 2015-2019 de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, en este periodo hubo 17 diagnósticos en la población entre los 10 años y los 19 años, 11 meses y 29 días, siendo los dos de mayor incidencia las enfermedades no transmisibles (mayormente la subcategoría de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso) y las causas externas de morbilidad y mortalidad (otros accidentes no relacionados con exposición al fuego, humo y llamas, ni lesiones autoinfligidas intencionalmente). Para un mayor detalle de estos datos, en la siguiente table se realiza la clasificación de acuerdo con los grandes grupos de causas (GBD Global Burden of Disease):

**Tabla 14. Número de defunciones por diagnósticos según grandes grupos de causas (GBD) reportados en el periodo 2015-2019 durante la etapa adolescente en el cantón de Buenos Aires, Puntarenas, Costa Rica.**

<b>Grandes grupos de causas (GBD)</b>	<b>Número de defunciones</b>
<b>1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales</b>	<b>2</b>
<b>Enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	<b>1</b>
Otras enfermedades infecciosas	1
<b>Infecciones respiratorias</b>	<b>1</b>
Infecciones respiratorias agudas bajas	1
<b>2.Enfermedades no transmisibles</b>	<b>8</b>
<b>Anomalías congénitas</b>	<b>1</b>
Otras malformaciones congénitas	1
<b>Enfermedades del sistema genito-urinario</b>	<b>1</b>
Nefritis y nefrosis	1
<b>Enfermedades digestivas</b>	<b>1</b>
Apendicitis	1
<b>Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso</b>	<b>5</b>
Otros trastornos neuropsiquiátricos	5
<b>3.Causas externas de morbilidad y mortalidad</b>	<b>6</b>
<b>Accidentes</b>	<b>5</b>
Exposición al fuego, humo y llamas	1
Otros accidentes	4
<b>Lesiones intencionales</b>	<b>1</b>
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	1
<b>4.Mal definidas</b>	<b>1</b>
<b>Causas mal definidas</b>	<b>1</b>
Causas mal definidas	1
<b>Total general</b>	<b>17</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de mortalidad regional para el periodo 2015-2019.

Asimismo, se realizaron los filtros en la base de datos de mortalidad para el quinquenio 2015-2019 de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud en la población entre los 10 años y los 19 años, 11 meses y 29 días, pero de acuerdo con la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (código CIE-10 versión

2015), obteniendo que la mayor enfermedad que causó mortalidad en este grupo fue la parálisis cerebral con un 23,53% de los eventos, lo que coincide con la información anterior al ser parte de las enfermedades del sistema nervioso.

**Tabla 15. Número de defunciones por diagnósticos según clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (código CIE-10 versión 2015) reportados en el periodo 2015-2019 durante la etapa adolescente en el cantón de Buenos Aires, Puntarenas, Costa Rica.**

<b>Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (código CIE-10 versión 2015)</b>	<b>Número de defunciones</b>	<b>Porcentaje</b>
A41 - Otras septicemias	1	5,88%
G62 - Otras polineuropatías	1	5,88%
G80 - Parálisis cerebral	4	23,53%
J18 - Neumonía, organismo no especificado	1	5,88%
K35 - Apendicitis aguda	1	5,88%
N04 - Síndrome nefrótico	1	5,88%
Q78 - Otras osteocondrodisplasias	1	5,88%
R99 - Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	1	5,88%
V29 - Motociclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	1	5,88%
V84 - Ocupante de vehículo especial (de motor) para uso principalmente en agricultura lesionado en accidente de transporte	1	5,88%
V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	1	5,88%
W77 - Obstrucción de la respiración debida a hundimiento, caída de tierra u otras sustancias	1	5,88%
X09 - Exposición a humos, fuegos o llamas no especificados	1	5,88%
X68 - Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	1	5,88%
<b>Total general</b>	<b>17</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de mortalidad regional para el periodo 2015-2019.

## 4.2. Determinantes socio-culturales

La población está compuesta desde el punto de vista étnico por una mezcla de cultura ya que tiene en su haber 7 territorios: Cabagra, Ujarrrás, Salitre, Boruca, Térraba, Curré y Guaymíes; los que a su vez comparten 5 etnias que son: Bribrís, Cabécar, Teribe, Brunca y Ngäbe; lo que da una riqueza cultural muy singular en comparación con los otros cantones de la región.

En el cantón existen espacios de recreación y/o deportivos como por ejemplo el polideportivo, el cual es administrado por la junta directiva del Comité Cantonal de Deportes de Buenos Aires.

Además, de acuerdo con la información brindada por el Departamento de Servicios Municipales, Municipalidad de Buenos Aires vía correo electrónico el 20 de octubre 2022, adicional al parque central del cantón, existen 10 parques municipales más, a saber:

- Parque Urbanización Los Ángeles
- Parque Veracruz
- Parque Urbanización Boruca
- Parque Urbanización Las Vegas
- Parque Las Hormigas
- Parque Santa Marta
- Parque La Amistad
- Parque Urbanización las Rosas
- Parquécito Barrio Amapolas
- Parquécito Barrio Canta Rana

Artísticos-culturales: Existen centros religiosos que practican tanto el catolicismo como el protestantismo en todo el territorio del cantón. De acuerdo con la base de datos de establecimientos del Área Rectora de Salud de Buenos Aires, se tienen 13 centros religiosos protestantes:

**Tabla 16. Cantidad de centros religiosos protestantes según distrito en el cantón de Buenos Aires, Puntarenas, Costa Rica.**

<b>Nombre del centro</b>	<b>Distrito</b>
Iglesia de Dios Evangelio Completo	Buenos Aires
Iglesia Pentecostal Unida	Buenos Aires
Iglesia la Luz del Mundo	Buenos Aires
Iglesia Bíblica Bautista	Buenos Aires
Iglesia Cristiana Misionera Comunidad del Calvario	Buenos Aires
Iglesia Restauración Presencia de Dios un nuevo empezar	Buenos Aires
Asociación Iglesia de Cristo en Buenos Aires	Buenos Aires
Iglesia Asambleas de Dios Cebror	Buenos Aires
Asociación Cristiana Templo Belén San Carlos	Buenos Aires
Iglesia Evangelista, Centro Cristiano Horeb	Bolas
Iglesia Evangélica Fuente de Vida	Potrero Grande
Iglesia Metodista Peniel	Volcán
Iglesia Metodista Bajos de Coto	Biolley

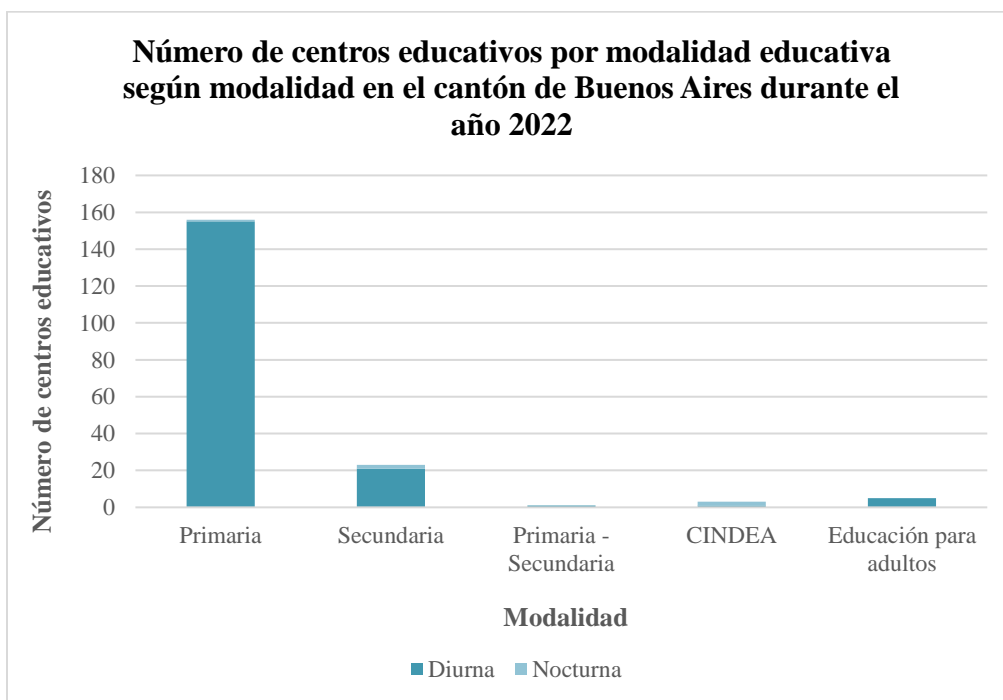
Fuente: Base de datos de establecimientos del Área Rectora de Salud Buenos Aires, Región Brunca, Ministerio de Salud.

Además de estos, se realizó consulta a la Parroquia San Pedro Apóstol de Buenos Aires sobre el número de filiales adscritas, las cuales al mes de octubre 2022 son un total de 46, ubicadas en las siguientes comunidades: Altamira, Los Ángeles, Brisas, Bolas, Brujo, Cañas, Cabagra, Convento, Cordoncillo, San Carlos, El Carmen, Cacao, Ceibo, Las Delicias, Dibujada, Santa Eduviges, Guadalajara, Guanacaste, Longo Mai, Llano Bonito, Santa Marta, Murciélago, Olán, Paraíso, Palmital, Piñera, Parcelas, Platanares, Peje, Tres Ríos, Tarise, La Tinta, Santa Cruz, Santa Rosa, Río Azul, San Rafael de Brunca, San Vicente, Santa María, Salitre, Utrapez, Ujarrás, Veracruz, Volcán, Dyeri, Yuavin y Zapotal.

Por otra parte, el sector educativo del cantón liderado al igual que en el resto del país por el Ministerio de Educación Pública, pertenece a la Dirección Regional de Educación Grande de Térraba, la cual se encarga de la dirección de los procesos tanto en el cantón de Buenos Aires como en el de Osa, ambos pertenecientes a la Región Brunca.

En el caso de Buenos Aires, se conforma de 9 circuitos educativos (circuito 01, circuito 02, circuito 03, circuito 04, circuito 05, circuito 10, circuito 11, circuito 12 y circuito 13). La oferta académica se desarrolla en un total de 188 centros educativos, 187 de ellos públicos y solamente uno privado que trabaja tanto primaria como secundaria. Adicionalmente, es importante rescatar que 156 de estos centros ofrecen preescolar y primaria, 23 secundaria, 1 primaria y secundaria, 3 Centros Integrados de Educación de Adultos (CINDEA) y 5 Educación para adultos la mayoría de ellos en horario diurno como se observa en el siguiente gráfico:

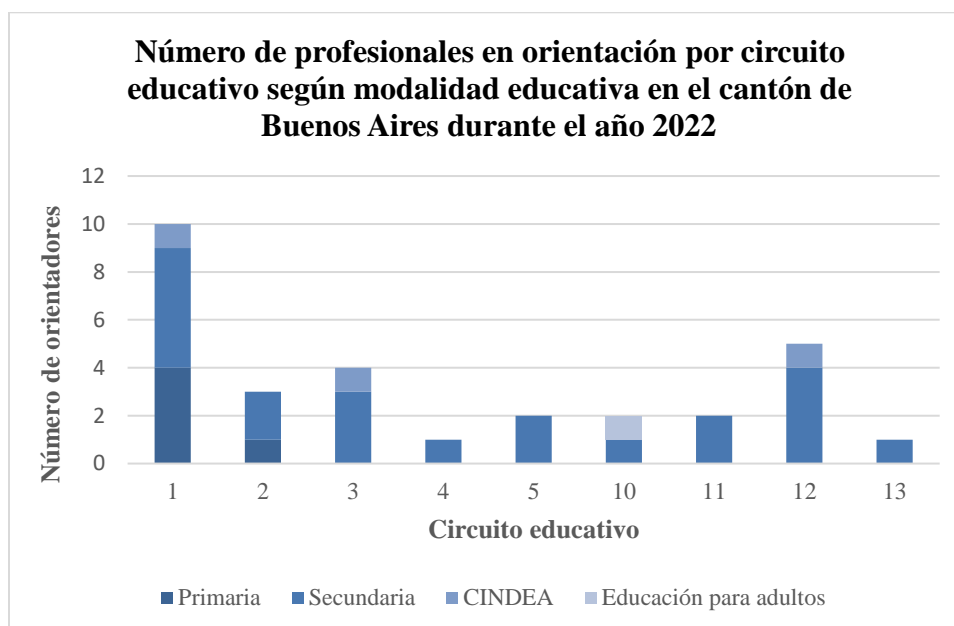
**Gráfico No. 1**



Fuente: Elaboración propia

Cabe mencionar que, de todos los centros educativos del cantón, solo uno de ellos cuenta con equipo interdisciplinario, mismo que se ubica en el Escuela Santa Cruz, perteneciente al circuito 01. Sobre la cantidad de profesionales en orientación, la mayoría de los colegios tienen este recurso así como los CINDEA; no obstante, las escuelas y la educación abierta quedan descubiertas de este servicio en la mayoría.

**Gráfico No. 2.**



Fuente: Elaboración propia

### **4.3. Determinantes sistemas y servicios de salud**

La población adolescente ha presentado barreras de acceso a los sistemas de servicios de salud ya sea por la disposición, la accesibilidad, la aceptabilidad, la equidad y/o los estereotipos de las personas adultas sobre este grupo, por lo que superarlas es el reto de los servicios de salud.

En respuesta a ello, las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud mencionadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (2014) para los servicios de salud dirigidos a adolescentes es que estos deben ser: accesibles, aceptables, equitativos, apropiados y efectivos.

En 1989 surgió el Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente del Sector Salud en respuesta a las necesidades de los jóvenes costarricenses, el cual propuso un enfoque intersectorial por medio de equipos interdisciplinarios que apoyen la promoción del crecimiento y desarrollo y la prevención de los trastornos biopsico-sociales, el cual se implementaría en los tres niveles de atención de la CCSS (Rodríguez Rojas, 2000).

Posteriormente, en el año 1996 se contaba con una normativa de servicios de salud dirigidos a la población adolescente, misma que fue actualizada en el año 2015 por medio del Proyecto Iniciativa Salud Mesoamérica desarrollado en el país, con el fin de responder al contexto, el marco jurídico, los retos y los mandatos de ese momento en torno a la salud de los adolescentes, sin embargo, se dispuso que fuera revisada y ajustada cada tres años, escenario que lamentablemente no ha sido cumplido (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2015).

El abordaje de la atención integral de salud en la adolescencia está descrito en el ámbito de aplicación de la norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente salud sexual y reproductiva, el cual refiere “Esta norma es de aplicación nacional obligatoria para todas las instituciones, establecimientos, organizaciones y personas con responsabilidades en el campo de los servicios de atención integral en salud dirigidos a las personas adolescentes, sean éstos públicos o privados” (Asamblea Legislativa de Costa Rica, 2015, p. 19).

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social como principal prestador de los servicios de salud en el país, propone para la atención diferenciada y su oferta de servicios que:

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá o readecuará de acuerdo a las capacidades financieras y técnicas de la institución la oferta de servicios de salud, de modo que se ajuste a las características y necesidades de las diferentes subetapas de la adolescencia, con la implementación y reorganización de servicios diferenciados y amigables en todos los niveles de

atención de la institución para brindar una atención integral, integrada y continua a las personas adolescentes (Ministerio de Salud, 2020; p. 65).

Para esto, se estableció en la Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva que:

... toda persona adolescente tendrá acceso a una consulta de atención integral individual anual, o a un mínimo de tres consultas al finalizar el período de la adolescencia: una en la adolescencia temprana (10 a 13 años), otra en la adolescencia media (14 y 16 años) y otra en la adolescencia tardía (17 a 19 años). Con esta consulta de atención integral se pretende superar la consulta exclusiva por morbilidad, y establecer un servicio predominantemente preventivo y anticipatorio a los problemas de salud y desarrollo en esta etapa de la vida (Caja Costarricense de Seguro Social, 2014, p. 48).

En este ASIS, los indicadores establecidos por la Dirección de Vigilancia del Salud del Ministerio de la Salud para esta la población adolescente fueron 5, a saber:

#### **4.3.1. Mortalidad infantil de madres adolescentes.**

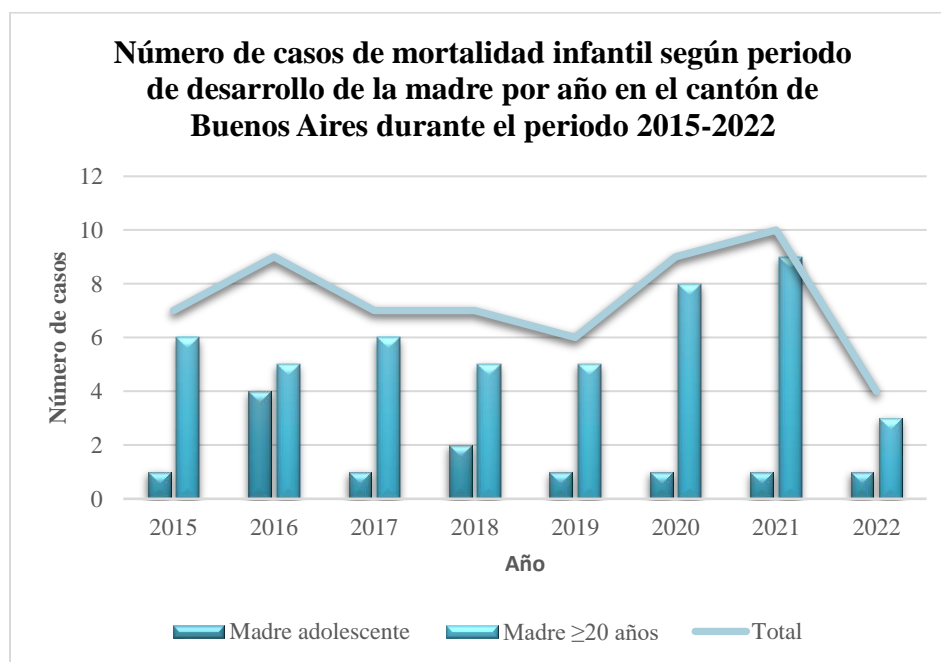
De acuerdo con el Decreto Ejecutivo 41120-S Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, la mortalidad infantil es considerada un problema prioritario de salud pública, por lo cual se definió incluir en los análisis toda aquella muerte que suceda en el territorio nacional en las personas menores de un año de edad, con el fin de realizar intervenciones en los servicios de salud así como políticas que incidan en la reducción de las mismas.

Para lograr la estadística de este componente, se declaró que la mortalidad infantil fuese de notificación obligatoria en el Sistema de Información de Mortalidad Materna e Infantil (SIMMI). Además, se estableció la Comisión Nacional, las comisiones regionales y las

locales, con representación tanto del Ministerio de Salud como ente rector, así como de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como el mayor ente prestatario de servicios en el país y representantes de los hospitales privados. Además, en la comisión nacional se incorporan representantes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), de las Escuelas de Enfermería y de Medicina de la Universidad de Costa Rica (UCR), representantes de los programas de Salud de la Mujer CCSS, Salud del Niño CCSS, Comité de Salud de la Mujer y Perinatología del Colegio de Enfermería, Asociación de Obstetricia y Perinatología, la Asociación Nacional de Neonatología y la Asociación Nacional de Pediatría del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

En el caso de Buenos Aires, la comisión local que lleva el registro de la mortalidad infantil reportó un comportamiento muy similar durante los años 2017-2019, no obstante, 2020-2021 hubo un incremento significativo, coincidiendo este con el periodo de la declaración de la pandemia por COVID-19. Para el año 2022 al mes de noviembre, solo se habían reportado 3 casos.

**Gráfico No. 3.**



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en los datos anteriores, al menos un caso de mortalidad infantil en cada uno de los años ocurrió en una madre durante el periodo de la adolescencia, a excepción del año 2022 que no ha presentado casos en este periodo de desarrollo al mes de noviembre.

Cabe mencionar que a pesar de haber casos de mortalidad infantil en personas adolescentes madres, solo en el año 2016 hubo un aumento significativo de los mismos. Lo anterior podría relacionarse con los esfuerzos que se realizan desde las distintas instituciones para el abordaje de la población adolescente madre, dentro de los cuales se podrían citar las Academias de Crianza del PANI, los talleres de salud sexual y salud reproductiva desarrollados por las Unidades de Coordinación Local (UCL's), el programa de control prenatal de la CCSS, la sensibilización a los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAPS's) para la captación de las adolescentes, las sesiones educativas que se imparten desde el CEN CINAI, entre muchas otras que se han logrado con la implementación del Proyecto Salud Mesoamérica desde el año 2015 y que luego se estipuló en la normativa nacional mediante decreto ejecutivo N° 39088-S.

#### **4.3.2. Embarazo adolescente**

El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública nacional, el cual en Costa Rica se ha vinculado con la disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales coitales de acuerdo con los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Salud Sexual y reproductiva realizada en el año 2015.

Asimismo, de acuerdo con Lugones Botell (2015) citado por Gálvez Henry y otros (2017):

El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública especialmente en países donde aún son altas las tasas de fecundidad.

En los últimos años, la preocupación de diversos sectores sociales por el fenómeno del embarazo adolescente ha aumentado significativamente. Este fenómeno se ha traducido en políticas y programas de población, de salud, de educación, sociales en los cuales tienden a invertirse recursos humanos y económicos crecientes (p. 16).

Además, es importante reconocer que todo embarazo desarrollado durante la etapa de la adolescencia es considerado de riesgo, por tanto, es responsabilidad del profesional en medicina del Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) valorar el tipo, ya sea este obstétrico, psicosocial o cuando el embarazo es producto de una violación o incesto, y realizar las acciones a seguir al identificarlo (Caja Costarricense de Seguro Social, 2014).

Al realizar la historia clínica perinatal que establece la Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto de la CCSS, brinda la oportunidad de discriminar el riesgo biológico, y determina como un riesgo todas aquellas mujeres embarazadas menores de 15 años, así como quienes presenten esta condición de embarazo sin ser planificado o deseado.

La Caja Costarricense de Seguro Social (2014) describe que "...las investigaciones recientes en este tema evidencian que el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto es significativamente mayor en estas adolescentes si se compara con la población en general" (p. 92).

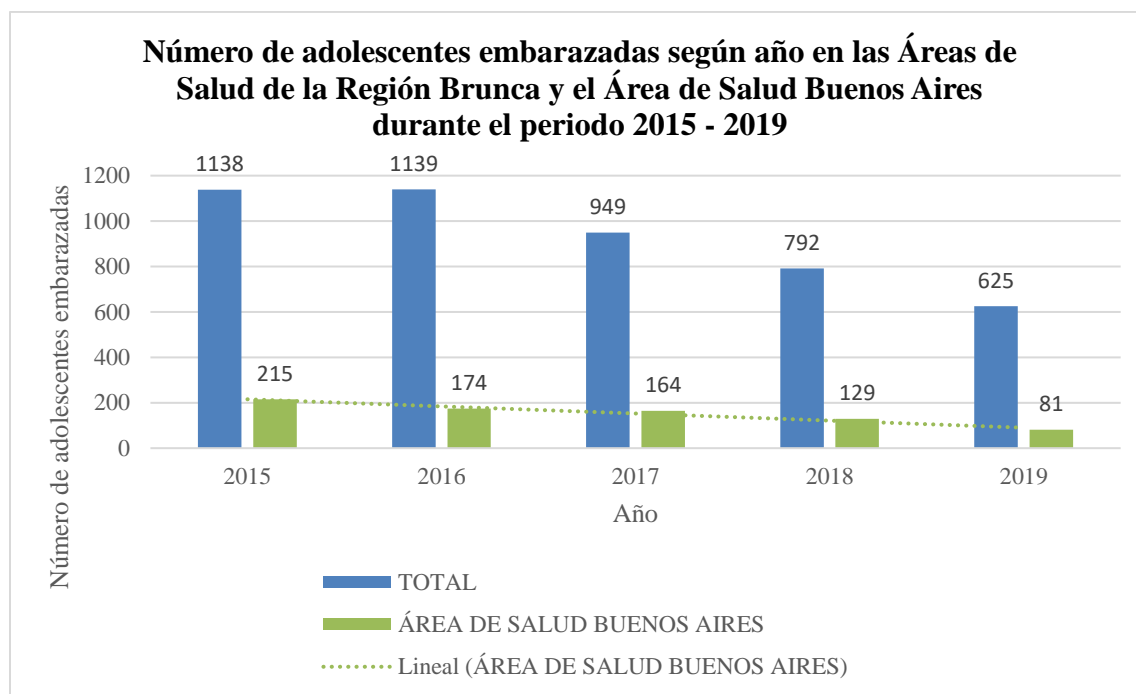
Es por ello que Costa Rica no se ha quedado fuera de estas iniciativas y ha implementado diversas estrategias obteniendo resultados positivos, así lo menciona Román Vega (2022) en una publicación realizada en el Programa Estado de la Nación:

Hace diez años uno de cada cinco nacimientos en Costa Rica correspondía a madres adolescentes, es decir, a mujeres menores de edad que quedaban embarazadas -en su mayoría- producto de relaciones impropias, abusos o de falta de información. Esta situación ha variado sustancialmente desde entonces, pues el porcentaje cayó de un 19% en el 2012 a un 9% en el 2021... (párr. 1).

En el caso de la Región Brunca, la tendencia coincide con la del país, ya que de acuerdo con los datos de la herramienta PGL en línea de la CCSS según unidad, el número de embarazos en mujeres adolescentes del año 2015 al 2019 se vio reducido en 513 en total según reporte

de las seis áreas de salud, y en el caso específico del Área de Salud Buenos Aires, pasó de 215 a 81, es decir, 134 menos. El desglose de la información anterior se puede apreciar en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 4.**



Fuente: Elaboración propia

Con base en el gráfico anterior, se destaca la línea de tendencia a la baja tanto a nivel regional como cantonal en cuanto a la problemática del embarazo en la adolescencia, ya que la tasa de adolescentes embarazadas en el Área de Salud Buenos Aires en el 2015 era de un 43,15 y ya para el año 2019 se refleja una disminución a 15,8. Se debe destacar en el quinquenio analizado, que a nivel regional, el Área de salud de Buenos Aires en conjunto con la de Osa, son las que presentaron mayor descenso en la captación de embarazos.

Con ello se pueden destacar algunas acciones realizadas a nivel país para lograrlo como menciona la Universidad de Costa Rica y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019):

diversos especialistas señalan que existen al menos 3 factores que inciden en la reducción en el embarazo adolescente, que deben resaltarse como decisiones positivas de las instituciones públicas. Por un lado, los Programas de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral del MEP, además de las acciones en el tema tomadas por la CCSS para concentrar esfuerzos en las zonas periféricas del país, adecuando los servicios a sus necesidades, y por último la Ley de Relaciones Impropias. (p. 37).

Asimismo, Román Vega (2022) coincide indicando:

Entre los múltiples factores que contribuyen a explicar este resultado, destacan: el Programa de Educación Sexual y Afectividad Integral (PAySI), aprobado en el 2012 por el Consejo Superior de Educación; el Proyecto Mesoamericano de Prevención del Embarazo Adolescente, que inició en el 2013 y la aprobación de la Ley 9406 de Relaciones Impropias, en el 2016 (párr. 2).

Cabe recordar que, en el caso del Proyecto Iniciativa Salud Mesoamérica, solo fue implementado en once áreas de salud seleccionadas por las características de marginalidad y pobreza de sus poblaciones, entre ellas cinco de las seis de la Región Brunca que involucra los cantones de Coto Brus, Osa, Corredores, Buenos Aires y Golfito; y seis de las ocho áreas en la Región Huetar Atlántica con los cantones de Pococí, Siquirres, Talamanca, Limón, Matina.

No obstante, con los resultados de la evaluación de impacto del proyecto las autoridades gubernamentales obtuvieron evidencia para decidir la continuidad del modelo una vez que finalizó el proyecto, y así, para el año 2023 se espera la operativización del Modelo de Atención Integral Adolescente en las Áreas de Salud pendientes de cada una de las regiones previamente abordadas y posteriormente, en la región Chorotega y Pacífico Central.

Basado en la información anterior, se denota el trabajo interinstitucional e intersectorial que ha sido clave en el abordaje del embarazo en la adolescencia como una problemática de salud pública en el país planteada desde hace varios años.

#### **4.3.3. Adolescentes que adoptan un método anticonceptivo post parto y post aborto.**

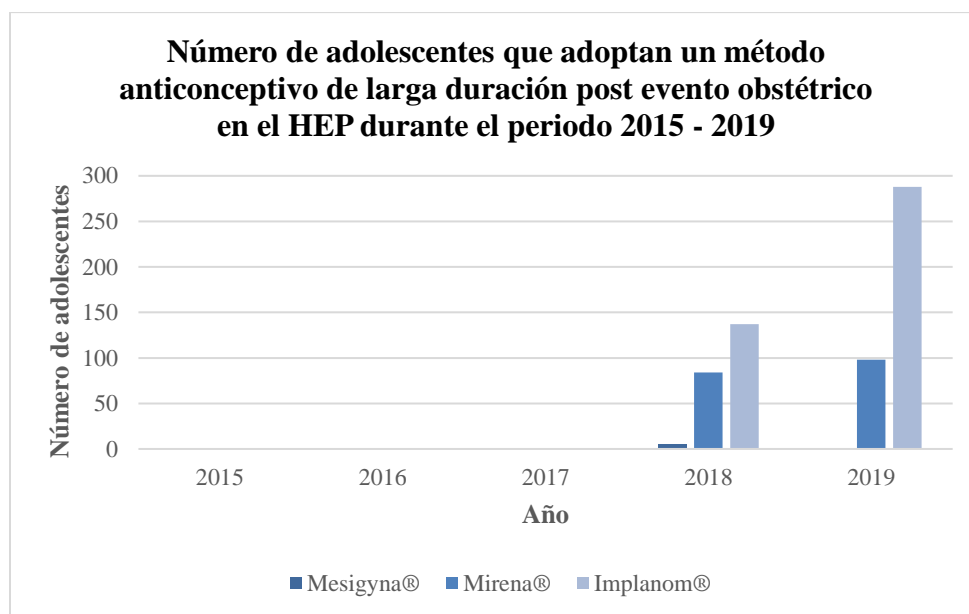
Este indicador de resultado también fue evaluado por parte del proyecto Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), solo que se especificaba que la colocación debía realizarse dentro de los primeros 42 días post parto o post evento obstétrico, no obstante, para efectos de este ASIS, solo se considerará la aplicación del método anticonceptivo independientemente del periodo.

Para esto, se consultó a la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Brunca (DRIPSS Brunca), quien por medio del oficio DRSS-DRIPSSB-3790-2022 brindó los datos según las unidades programáticas del segundo nivel de atención de la DRIPSS Brunca y año de acuerdo con la información del Sistema Integrado de Farmacias (SIFA) y los cubos de existencias. Cabe mencionar que, en el caso del cantón de Buenos Aires, el Área de Salud no pertenece a este segundo nivel de atención, sino al primer nivel, por lo que no se evidencia en los datos como tal; no obstante, al no contar con un servicio de sala de partos, todos los partos y eventos obstétricos son referidos al Hospital Escalante Pradilla (HEP) en Pérez Zeledón, por lo que los datos obtenidos en esta unidad programática comprenden los de Buenos Aires aunque no son excluyentes de otras adolescentes de otros cantones atendidas en este hospital al ser de una categoría regional.

Adicionalmente, se debe considerar que los métodos anticonceptivos disponibles para la población adolescente en la CCSS durante años han sido las pastillas con etinilestradiol más levonorgestrel, el dispositivo intrauterino con cobre y los condones masculinos, no obstante, a partir de del año 2015 por medio del Proyecto ISM se adicionaron otros métodos de larga duración recomendados para la población adolescente como el inyectable mensual con valerato de estradiol y enantato de norestisterona (Mesigyna®), el dispositivo intrauterino con levonorgestrel (Myrena®) y el implante subdérmico con etonorgestrel (Implanom®).

De acuerdo con la información suministrada por la CCSS mediante oficio DRSS-DRIPSSB-3790-2022, la colocación de los métodos de larga duración para población adolescente en el HEP inició en el año 2017 y se mantiene hasta la fecha, notándose un incremento en su colocación:

**Gráfico No. 5.**



Fuente: Elaboración propia

#### **4.3.4. Adolescentes atendidos en la Consulta de Atención Integral de primera vez en el año.**

A pesar de que el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) surgió en 1989 como una respuesta institucional para articular todos los esfuerzos, darles direccionalidad, especificidad y atención diferenciada a los adolescentes que hacen uso de los servicios de la seguridad social, su implementación arrancó en los tres niveles de atención de la CCSS a partir del año 2013 (Alarcón Alba, *s.f.*).

Sumado a este programa, con la operatividad del proyecto ISM, se dio paso en las regiones donde se desarrollaba el proyecto a una consulta de atención integral de la salud diferenciada para los adolescentes, en la cual se realiza un abordaje integral del proceso salud-enfermedad que responda al concepto de salud como construcción social, así como a los problemas y

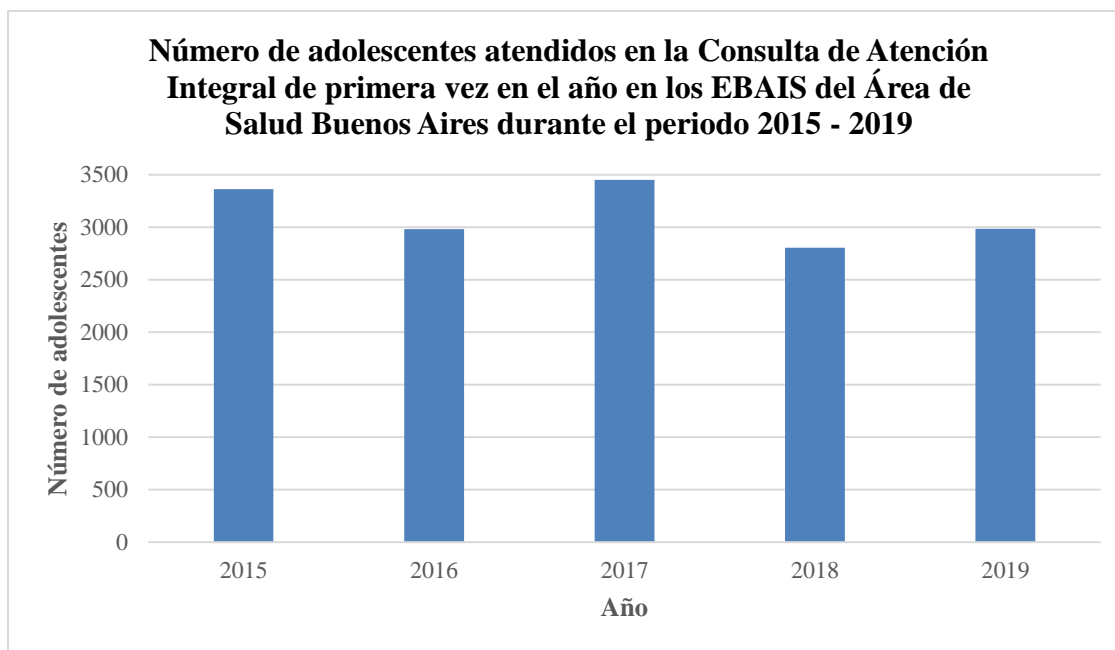
necesidades de salud de la población adolescente, tomando en cuenta sus particularidades y condiciones de accesibilidad a los servicios, para lograr la atención con calidad y calidad basada en la evidencia (Caja Costarricense de Seguro Social, 2014).

En el Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes con énfasis en salud sexual y salud reproductiva se indica que:

Con esta consulta de atención integral se pretende superar la consulta exclusiva por morbilidad, y establecer un servicio predominantemente preventivo y anticipatorio a los problemas de salud y desarrollo en esta etapa de la vida (Caja Costarricense de Seguro Social, 2014, p. 49).

Este fue otro de los indicadores que se evaluaron con el proyecto ISM, en el cual se requería abordar al menos un 70% de la población adolescente proyectada para el I semestre 2018 en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) durante el periodo 2015-2018, no obstante, cabe mencionar que se contó con apoyo económico y político para lograrlo. Los datos brindados por la herramienta PGL en línea de la CCSS, reflejan que el promedio de los adolescentes atendidos en la consulta de atención integral de primera vez en el año durante el periodo 2015-2019 fue de 3117 adolescentes anuales. Los datos específicos por año se aprecian en el siguiente gráfico:

Gráfico No. 6.



Fuente: Elaboración propia

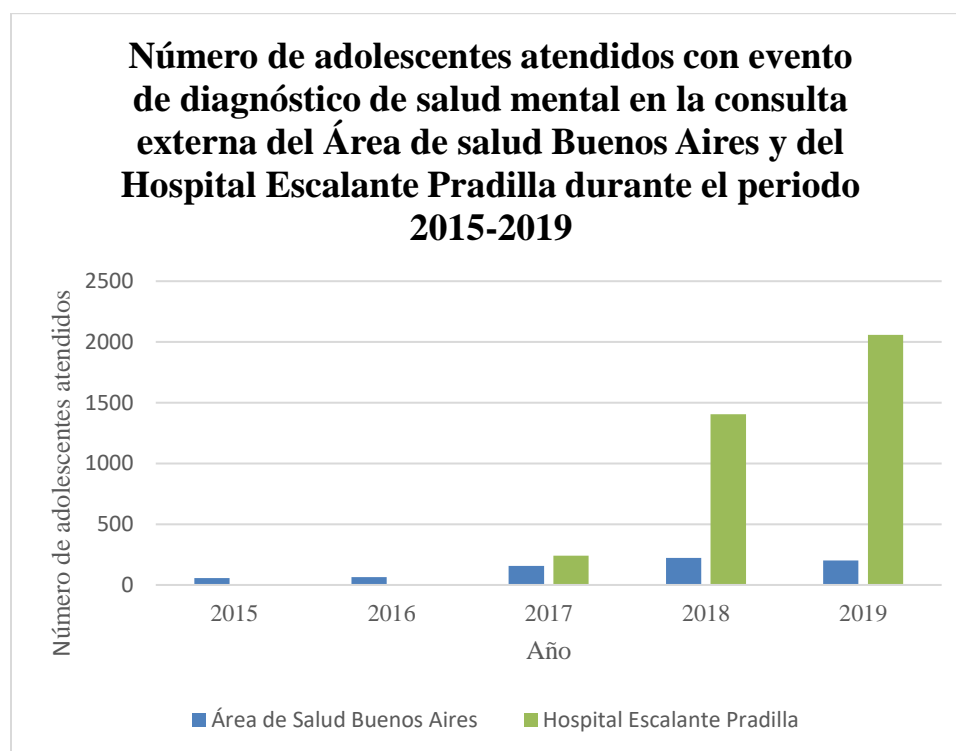
#### 4.3.5. Adolescentes atendidos con evento/Dx de Salud Mental.

Para la consulta de atención integral al adolescente se utiliza como instrumento la ficha de evaluación de riesgo, misma que contempla una sección a la salud mental, con el fin de identificar factores de riesgo ante problemáticas relacionadas con drogas, imagen corporal y depresión y/o ideación suicida. A partir de la información anterior en caso de detectar riesgo, el médico realiza una referencia y en caso de depresión y/o ideación suicida además de esto, debe brindar una intervención inmediata.

En el caso del Área de Salud Buenos Aires, se cuenta con un profesional en psicología, no así de psiquiatría, por lo que aquellos eventos que requieran de esta especialidad deben ser referidos al HEP.

De acuerdo con los datos proporcionados en los cubos del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) de la CCSS, la consulta externa se ha visto incrementada en el quinquenio 2015 – 2019 en todas las unidades programáticas de la región Brunca, no siendo Buenos Aires la excepción:

Gráfico No. 7.



Fuente: Elaboración propia

A pesar de que no se cuenta con los registros del HEP en los años 2015-2016, es evidente el incremento en el número de atenciones por este tipo de diagnósticos, en el caso solo el ASBA registró un total de 700 atenciones en ese quinquenio. En este caso, se debe contemplar tanto lo atendido específicamente en el ASBA como en el HEP, ya que como se mencionó anteriormente, las situaciones de salud de las personas adolescentes de Buenos Aires que requieren de atención por psiquiatría son atendidas en este hospital, por lo que aunque los datos del HEP no son exclusivos de Buenos Aires, sí contemplan esta población.

Por esta misma situación, en el caso de Buenos Aires los egresos de adolescentes atendidos con evento de diagnóstico de salud mental están contemplados en los reportes del HEP, para un total de 246 distribuidos por año de la siguiente manera:

**Tabla 17. Cantidad de adolescentes egresados del HEP que fueron atendidos con evento de diagnóstico de salud mental, con residencia en el cantón de Buenos Aires, Puntarenas, Costa Rica.**

<b>Año</b>	<b>Cantidad de egresos adolescentes atendidos con evento de diagnóstico de salud mental</b>
2015	37
2016	31
2017	46
2018	47
2019	85
<b>Total</b>	<b>246</b>

Fuente: Egresos Hospitalarios-EDUS-ARCA.

Estos datos son preocupantes, ya que como menciona Tirado-Hurtado (2020):

Si bien las consecuencias de la pandemia pueden afectar en la salud mental de todos los niños y adolescentes, hay varios indicadores de que los niños que “ya están en desventaja” corren mayor riesgo. Así, los niños y adolescentes que tenían algún problema de salud mental o trastorno psiquiátrico previo podrían presentar exacerbación de sus síntomas, que se produce dentro de una dinámica familiar afectada por una crisis económica y social, para quienes pueden haberse reducido o suspendido importantes apoyos y terapias presenciales (p. 163).

De allí la importancia de trabajar en actividades de promoción de la salud mental en distintos escenarios con esta población, de manera que se identifiquen los factores de riesgo tempranamente y poder así, disminuir las situaciones que podrían derivar en un intento de autoeliminación o suicidio

## 5. Priorización del ASIS basado en mortalidad

Para el análisis de los datos de la mortalidad para el ASIS cantonal, se analizó las principales causas de la mortalidad en la población. Para lo cual se definió como periodo el quinquenio comprendido entre 2015 hasta 2019, utilizando los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la priorización de las causas de mortalidad general y posteriormente por grupos de edad por curso de vida de las primeras causas de mortalidad de cada grupo de curso de vida.

**Tabla 18: Tasa de Mortalidad por 100000 habitantes, según años y sexo, Buenos Aires, periodo 2015 hasta 2019.**

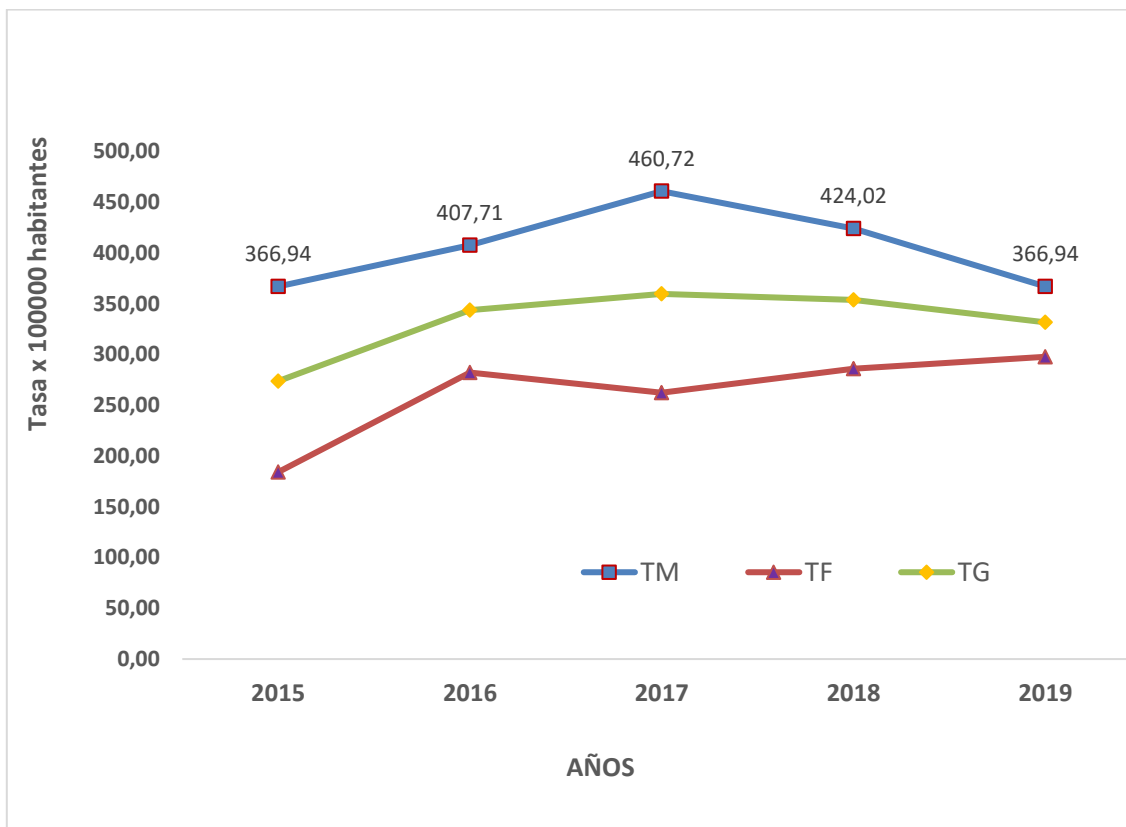
AÑOS	Mortalidad frecuencia casos absolutos			Tasa Mortalidad x 100000		
	M	F	T	TM	TF	TG
2015	90	47	137	366,94	184,10	273,69
2016	100	72	172	407,71	282,02	343,61
2017	113	67	180	460,72	262,44	359,59
2018	104	73	177	424,02	285,94	353,60
2019	90	76	166	366,94	297,69	331,62
	497	335	832			

Fuente: I.N.E.C. Vigilancia de la Salud ARSBA, 2023.

En la Tabla anterior representa la tendencia registrada de un quinquenio (2015 a 2019) de la mortalidad reportada para el cantón de Buenos Aires, en números absolutos y tasa por 100000 habitantes, por años de ocurrencia y sexo. Se puede apreciar la mayor frecuencia y tasa se

registra en el año 2017 en el sexo masculino, además para el periodo de análisis, en los cinco años se reportaron más defunciones en varones.

**Figura 15. Tasa de mortalidad registrada de los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019, Buenos Aires. (tasa promedio por 100000 habitantes).**



Fuente: I.N.E.C. Vigilancia de la Salud ARSBA, 2023.

En la figura anterior se muestra, el comportamiento espacial de la mortalidad registrada en el quinquenio de los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 en el cantón de Buenos Aires, representada en tasa por 100000 habitantes, según sexo y total reportado, registrando mayor tasa de mortalidad en varones, para el año 2017. Se observa un comportamiento lineal en aumento en la tendencia de la mortalidad general en el periodo de análisis.

A continuación, se presenta los datos registrados de la mortalidad de los años 2015 hasta 2019, para el cantón de Buenos Aires, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica.

**Tabla 19. Tasa de Mortalidad proporcional por 100000 habitantes, según eventos de carga global de enfermedad, Buenos Aires, periodo 2015 A 2019.**  
(cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes).

EVENTOS	TOTAL, QUINQUENIO	TASA QUINQUENIO	PORCENTAJE
1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	71	134,51	8,53%
2.Enfermedades no transmisibles	610	1155,65	73,32%
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	104	197,03	12,50%
4.Mal definidas	47	89,04	5,65%
<b>Total</b>	<b>832</b>	<b>1576,24</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: I.N.E.C. Vigilancia de la Salud ARSBA, 2023.

En la Tabla anterior se muestra la mortalidad de los años 2015 a 2019, según el evento de carga global de la enfermedad, para el cantón de Buenos Aires, siendo el grupo de; Enfermedades No Transmisibles, significando un 73.32%

**Tabla 20. Tasas de mortalidad proporcional por 100000 habitantes, según eventos de carga global de enfermedad, Buenos Aires, periodo 2015 - 2019.**  
(cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes).

EVENTOS	TOTAL, QUINQUENIO	TASA QUINQUENIO	PORCENTAJE
<b>1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales</b>			
Infecciones respiratorias	38	71,99	4,57%

Enfermedades infecciosas y parasitarias	15	28,42	1,80%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	17	32,21	2,04%
Causas maternas	1	1,89	0,12%
<b>2.Enfermedades no transmisibles</b>			
Anomalías congénitas	16	30,31	1,92%
Diabetes mellitus	26	49,26	3,13%
Enfermedades cardiovasculares	180	341,01	21,63%
Enfermedades de la piel	2	3,79	0,24%
Enfermedades del sistema genito - urinario	20	37,89	2,40%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	6	11,37	0,72%
Enfermedades digestivas	67	126,93	8,05%
Enfermedades respiratorias	76	143,98	9,13%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	6	11,37	0,72%
Otros tumores	5	9,47	0,60%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	43	81,46	5,17%
Tumores malignos	163	308,81	19,59%
<b>3.Causas externas de morbilidad y mortalidad</b>			
Accidentes	76	143,98	9,13%
Eventos (lesiones) de intención no determinada	3	5,68	0,36%
Lesiones intencionales	25	47,36	3,00%
<b>4.Mal definidas</b>			
Causas mal definidas	47	89,04	5,65%

---

Fuente: I.N.E.C. Vigilancia de la Salud ARSBA, 2023.

En la tabla anterior se visualiza la segregación de las enfermedades, según su clasificación, identificándose con mayor frecuencia las enfermedades cardiovasculares.

**Tabla 21. Priorización de eventos, según mortalidad por grupos de edad de curso de vida, 2015 – 2019 Buenos Aires.** (números absolutos, tasas y porcentajes).

N°	Grupos de causa básica de muerte	FRECUENCIA	PORCENTAJE	GRUPO
1	<b>P21 - Asfixia del nacimiento</b>	4	11,76%	
2	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	3	8,82%	MENOR UN AÑO
3	P28 - Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal	3	8,82%	
1	<b>A03 - Shigelosis</b>	1	6,25%	
2	C91 - Leucemia linfoide	1	6,25%	1 a 9 años
3	D47 - Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	1	6,25%	
1	<b>G80 - Parálisis cerebral</b>	4	25,00%	
2	A41 - Otras septicemias	1	6,25%	10 a 19 años
3	G62 - Otras polineuropatías	1	6,25%	
1	<b>C16 - Tumor maligno del estómago</b>	12	4,58%	
2	X68 - Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	10	3,82%	20 a 64 años
3	J18 - Neumonía, organismo no especificado	9	3,44%	
1	<b>J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas</b>	49	9,72%	65 y más años

2	R54 - Senilidad	34	6,75%
3	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	28	5,56%

Fuente: I.N.E.C. Vigilancia de la Salud ARSBA, 2023.

En la tabla anterior se evidencian los eventos de mortalidad registrados en el quinquenio de análisis (2015 a 2019), agrupados por ciclo de vida, seleccionándose los tres principales eventos de cada grupo, para efectos del análisis de mortalidad en el cantón se selecciona el primero de los eventos para ser tomado en cuenta para el análisis del ASIS 2023.

## 6. Priorización de problemas de salud en la comunidad

La priorización de los problemas de salud con la comunidad inició con la selección de los Actores Sociales Comunitarios, identificando y realizando un mapeo para la selección de estos (Anexo 1).

En total se identificaron 17 actores sociales, se convocó a una persona representante de las ADIS por Territorio Indígena, no se contó con representante del Territorio de Cabagra, debido a la ausencia de ADI en dicho lugar. También se convocó a un actor social por distrito, a un representante de la Fundación de Cuidados Paliativos, el Consejo de la Persona Joven y la vicealcaldesa del cantón.

El primer taller se llevó a cabo el 25 de mayo de 8:30 am a 3:30 pm, en la sala de reuniones del Área Rectora de Salud de Buenos Aires. Se contó con una participación de 14 actores sociales comunitarios y 5 funcionarios del ARSBA encargados de realizar la actividad (anexo 2).

Se inició la actividad con el registro de asistencia, entrega de material didáctico, la bienvenida y presentación del equipo facilitador y las personas convocadas, posteriormente, se realizó una exposición del ASIS, para qué se hace, cual es el objetivo que se busca, los apartados del documento y la metodología a desarrollarse durante el primer taller con actores sociales.

### 6.1. Metodología para la determinación de los problemas en la comunidad

Para priorizar los problemas de salud de la comunidad se inició con un sondeo general, cada actor social escribió tres problemas que identificó en su comunidad y los pegó en una pizarra, la facilitadora fue revisando los problemas en conjunto con los actores sociales, al finalizar la “lluvia de ideas” quedaron 15 problemas de salud, los cuales se exponen a continuación:

Manejo de Residuos
Consumo de drogas
Pérdida de valores sociales y familiares
Narcotráfico
Limitado acceso de los servicios de salud
Limitados espacios de recreación
Limitado acceso de agua potable
Contaminación de aguas por actividades pecuarias
Ansiedad y depresión en la población
Malas prácticas agrícolas y pecuarias
Mal manejo de aguas residuales
Limitado acceso a fuentes de empleo
Manejo inadecuado de los animales domésticos
Malas prácticas nutricionales
Desastres Naturales

### 6.2. Valoración y selección de problemas de salud detectados en la comunidad

Partiendo de los problemas priorizados por la comunidad se realizó una valoración y selección, para determinar los 10 problemas con más relevancia, por lo que cada participante seleccionó cinco problemas de salud de la lluvia de ideas y los clasificó de 1 a 5, siendo el 1 el menos importante y el 5 el de mayor importancia. Cada participante expuso su clasificación y el equipo facilitador los fue puntuando para obtener los 10 principales problemas de salud según los actores comunitarios.

10 principales problemas de salud
Limitado acceso de los servicios de salud
Limitado acceso de agua potable
Consumo de drogas
Limitado acceso a fuentes de empleo
Ansiedad y depresión en la población
Manejo de Residuos
Pérdida de valores sociales y familiares
Desastres Naturales
Mal manejo de aguas residuales
Malas prácticas agrícolas y pecuarias

Posteriormente, cada actor social procedió a calificar cada uno de los problemas seleccionados con los siguientes criterios (magnitud, gravedad, nivel de oportunidad de solución, valoración de interés de la comunidad, demanda de los servicios de salud), aplicando el valor correspondiente.

**Cuadro N°8. Criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad.**

Problema de salud	Magnitud	Gravedad	Nivel de oportunidad de solución	Valoración del interés de la comunidad	Demanda de los servicios de Salud
XXXX	<p>¿Qué cantidad de población (de ese grupo social) es afectada por el problema?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afecta a pocos</li> <li>2. Afectada de manera moderada</li> <li>3. Afecta a muchos</li> </ol>	<p>¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) importantes?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baja</li> <li>2. Media</li> <li>3. Alta</li> </ol>	<p>¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pocas oportunidades</li> <li>2. Oportunidades moderadas</li> <li>3. Altas oportunidades</li> </ol>	<p>¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poco interés</li> <li>2. Interés medio</li> <li>3. Alto interés</li> </ol>	<p>¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poca demanda</li> <li>2. Moderada demanda</li> <li>3. Alta demanda</li> </ol>

Fuente: Ministerio de Salud

El equipo facilitador conjunto con las y los actores sociales realizaron la tabulación de la calificación asignada a cada problema, con lo que se logró determinar los 3 principales problemas de salud del cantón.

#	PROBLEMAS PRIORIZADOS	PUNTAJE TOTAL
1	Limitado acceso de los servicios de salud	186
2	Pérdida de valores sociales y familiares	169
3	Limitado acceso de agua potable	167

## 7. Análisis de los problemas priorizados

Para el análisis de los problemas priorizados se partió de la selección de los problemas de salud realizada por la comunidad y la revisión de la estadística del cantón, donde se determinaron los principales problemas de mortalidad por curso de vida, además, se realizó un problema general.

Estos problemas fueron analizados por medio del diagrama causa – efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado), por medio de seis dimensiones que responden a determinantes de la salud, estas seis dimensiones son: factores sociopolíticos, factores socioeconómicos, factores biológicos, comportamiento, circunstancias materiales de vida y servicios de salud. Para cada una de las dimensiones mencionadas se determinó la causa raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias cuando correspondía.

Dicho análisis se llevó a cabo por medio de dos talleres, uno desarrollado el 29 de junio con actores sociales expertos para analizar los tres problemas priorizados por la comunidad. Se contó con una participación de 17 actores sociales institucionales y 5 funcionarios del ARSBA encargados de realizar la actividad (anexo 3).

El otro taller se desarrolló el 10 de julio con actores sociales del Área de Salud de Buenos Aires para analizar los problemas de mortalidad (anexo 4). Se contó con la participación de dos funcionarios del ASBA y cuatro funcionarios del ARSBA.

El análisis del problema general por medio del diagrama causa – efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado) estuvo a cargo del equipo del ASIS del ARSBA.

### **7.1. Identificación de las causas raíz, secundarias y terciarias de los problemas de salud.**

A continuación, se presenta un resumen con las causas raíz identificadas por cada problema y se adjunta en anexos los diagramas causa – efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado) que contienen más información.

**Problema General:** Limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

En la dimensión sociopolítica se determinó como causa raíz la ausencia de gestión en el tema de salud pública por parte del gobierno local, el poco involucramiento de la sociedad civil en la obtención de recursos para la atención en las necesidades en salud y la falta de cobertura de servicios de atención primaria.

En la dimensión de circunstancias materiales se identificó una causa raíz, la cual corresponde a la amplia extensión territorial del cantón.

En la dimensión de comportamientos se determinaron dos causas raíz, las cuales son la limitada promoción y prevención de la salud por parte de la atención primaria y el aumento en las malas prácticas de los estilos de vida saludables.

En la dimensión biológica se identificó una causa raíz que corresponde a programas sistematizados dirigidos a grupos preferenciales para la atención a la salud, por su parte, en la dimensión de servicios de salud se identificaron tres causas raíz, el insuficiente recurso humano para una adecuada cobertura de atención en los servicios de salud, la insatisfacción de la población con los servicios de salud brindados y la limitada asignación de presupuesto para los programas de promoción y prevención de la salud.

Por último, en la dimensión socioeconómica se encontraron como causa raíz la dependencia de los servicios de salud pública, la existencia de una pluriculturalidad en el cantón y el bajo índice de desarrollo social (Anexo 5).

**Problema priorizado por la comunidad:** Limitado acceso a los servicios de salud.

En la dimensión sociopolítica se determinó como causa raíz que la población económicamente activa tiene limitado acceso a los servicios de salud, intereses políticos y socioeconómicos que influyen en la toma de decisiones y la identidad cultural que provoca poca participación de la comunidad en la toma de decisiones.

En la dimensión de circunstancias materiales se identificaron las escasas fuentes de empleo, las condiciones climáticas de riesgo y el acceso limitado a bienes y servicios como causas raíz.

En la dimensión de comportamientos se identificaron los estilos de vida inadecuados por una deficiente promoción de la salud, participación social deficiente y percepción inadecuada de los accesos a los servicios de salud por parte de la población.

En la dimensión biológica se identificó tres causas raíz que corresponde al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, disminución de la atención en la morbilidad y subregistro en el reporte de enfermedades congénitas e inmunológicas.

En la dimensión de servicios de salud se identificaron las condiciones insuficientes de la capacidad instalada, la asignación de presupuesto limitado y porcentaje de presupuesto limitado dedicado a la promoción y prevención, lo cual provoca desatención a grupos con factores de riesgo. Por último, en la dimensión socioeconómica se determinaron como causas raíz la dependencia absoluta de los servicios de salud pública, las mujeres jefas de hogar, lo cual provoca limitación en el acceso de ingresos y el hecho de tener gran cantidad de población multiétnica en el cantón que limita la obtención de recursos (Anexo 6).

**Problema priorizado por la comunidad:** Limitado acceso al agua potable.

Las causas raíz priorizadas en la dimensión sociopolítica son la limitación por distribución geográfica en áreas rurales (distancias en las viviendas), la falta de coordinación en las comunidades para cumplir con los requisitos para brindar el servicio de agua potable y la diversidad de gobernanza en los Territorios Indígenas que provoca conflictos en la toma de decisiones para el acceso al agua.

En las circunstancias materiales se identificó los aspectos geográficos y topográficos que dificulta o encarece el establecimiento del sistema de distribución y la condición de pobreza que genera resistencia al establecimiento de sistema de tratamiento y distribución (Pagos de tarifas).

En la dimensión de comportamientos se identificó el consumo de agua no potabilizada que provoca exposición a enfermedades, las tomas ilegales en la red de distribución de entes prestatarios del servicio y por último el apropiamiento privado e ilegal del recurso hídrico.

En la dimensión biológica se encuentra una causa raíz la cual corresponde a la viabilidad de la fuente de agua para tratamiento para el consumo humano (alta carga de contaminantes), lo cual provoca limita las fuentes de agua disponibles. Respecto a la dimensión de servicios de salud se identificó solamente una causa raíz, la cual es la limitación de cobertura de los servicios de salud cuando hay ausencia de agua potable y en la dimensión socioeconómica se identificó que el costo de la tarifa de consumo genera oposición a los proyectos de potabilización del agua y la limitación económica que existe para la infraestructura requerida para la distribución del recurso hídrico (Anexo 7).

**Problema priorizado por la comunidad:** Pérdida de valores sociales y familiares.

Para el problema de pérdida de valores sociales y familiares se priorizó en la dimensión sociopolítica la débil ejecución de política pública a nivel local y el ineficiente sistema burocrático que limita la asignación de recursos.

Para la dimensión de circunstancias materiales se identificó el problema de educación en prevención de para la aplicación límites en los hogares y enseñanza de valores, y la limitación de recurso económico que pueden provocar situaciones de riesgo en el hogar.

Respecto a la dimensión de comportamientos se identificó la legitimación del patriarcado y la diversidad cultural, la cual podría estar poniendo en prácticas acciones que entrar en conflicto con los derechos humanos.

Para la dimensión de servicios de salud se identificaron dos causas raíz, la primera hace relevancia a los limitados programas institucionales para atenciones prioritarias de necesidades de la población en servicios de salud en y la segunda al limitado presupuesto que se asigna a los programas sociales en promoción y prevención en temas relacionados con valores sociales y familiares.

Por último, en la dimensión socioeconómica se identificaron tres causas raíz que corresponden a la cosmovisión indígena que es incomprendida por la institucionalidad pública, la economía de sobrevivencia y la dependencia al monocultivo. Las y los actores a cargo de analizar el problema de pérdida de valores sociales y familiares no identificaron causas raíz en la dimensión biológica (Anexo 8).

**Problema de mortalidad priorizado en menores de un año:** Asfixia del nacimiento.

Para el problema de mortalidad reflejado en la estadística del cantón en menores de un año se identificaron dos causas raíz en lo sociopolítico, las cuales corresponden a la limitada inversión pública en salud en el cantón y la carencia de áreas estratégicas locales.

En la dimensión de circunstancias materiales se encuentra la estructura familiar con múltiples embarazos y las familias disfuncionales. En comportamiento se identificaron prácticas sexuales de riesgo y la resistencia al desarrollo de programas de afectividad y sexualidad.

Respecto a la dimensión biológica se identificó una causa raíz que corresponde a la prematuridad extrema. En la dimensión de servicios de salud se encontró como causa raíz los

programas dirigidos a grupos específicos (adolescente) y la resistencia al uso de los programas de salud sexual y salud reproductiva. Por último, en la dimensión sociopolítica se identificó un índice de desarrollo social bajo y necesidades básicas insatisfechas (Anexo 9).

**Problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 1 a 9 años: Shigelosis.**

Para el problema de mortalidad de shigelosis se identificaron en la dimensión sociopolítica dos causas raíz, las cuales son la idiosincrasia de la población y el desinterés del gobierno local para atender las necesidades de saneamiento ambiental.

En la dimensión de circunstancias materiales se encuentra el consumo de agua no potable y la carencia de los servicios básicos de saneamiento ambiental. En la dimensión de comportamiento se identificó la inadecuada manipulación de alimentos, el consumo de alimentos no inocuos y la poca adherencia de mantener hábitos de higiene de lavados de manos.

Respecto a la dimensión biológica se priorizó la causa raíz sobre población vulnerable en edades extremas. En servicios de salud se encuentra deficiente capacidad instalada para realizar los estudios bacteriológicos y ausencia de programas de promoción de la salud. Por último, en la dimensión socioeconómica se identificó los deficiente programas educativos de saneamiento ambiental por parte del MEP y el bajo índice de desarrollo social del cantón de Buenos Aires (Anexo 10).

**Problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 10 a 19 años: Parálisis cerebral.**

En el problema de mortalidad de parálisis cerebral se identificó en la dimensión sociopolítica dos causas raíz, las cuales son la limitada inversión pública en salud para el cantón y la deficiente participación intersectorial en salud en los grupos prioritarios.

En la dimensión de circunstancias materiales se encuentra el limitado acceso a fuentes de empleo y el limitado acceso a bienes y servicios. En la dimensión de comportamiento se

identificó el consumo sustancias ilícitas durante la edad fértil, prácticas sexuales de riesgos y rol de cuidado enfocado en la madre lo cual provoca dependencia de las ayudas estatales.

Respecto a la dimensión biológica se priorizó la causa raíz sobre enfermedades congénitas y enfermedades inmunológicas. En servicios de salud se encuentran controles prenatales tardíos y ausencia de consejería preconcepcional. Por último, en la dimensión socioeconómica se identificó el aumento de la inversión de los programas de atención social y escasos recursos económicos que provocan mayor dependencia de las ayudas sociales (Anexo 11).

**Problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 20 a 64 años:** Tumor maligno del estómago.

Para el problema de mortalidad de tumor maligno del estómago se identificó en la dimensión sociopolítica tres causas raíz, las cuales mencionan que hay grupos prioritarios vulnerables desatendidos, deficiente inversión del gobierno local hacia los programas de promoción de la salud y hábitos y costumbres alimenticias inadecuadas de la población.

En la dimensión de circunstancias materiales se encuentra la inestabilidad en la condición de empleo y el ambiente laboral inadecuado. En la dimensión de comportamiento se identificó el consumo de sustancias ilícitas, las inadecuadas prácticas nutricionales y el manejo inadecuado del estrés.

Respecto a la dimensión biológica se priorizó la causa raíz sobre aumento de enfermedades inmunológicas adquiridas. En servicios de salud se encuentra la ausencia de especialidades médicas, el limitado acceso a los servicios de salud y la capacidad resolutoria insuficiente. Por último, en la dimensión socioeconómica se identificó el índice de desarrollo social bajo y la dependencia de los servicios de salud pública (Anexo 12).

**Problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 65 y más años:** Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Para el problema de mortalidad de otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas se identificó en la dimensión sociopolítica tres causas raíz, las cuales mencionan la priorización

de la legislación en salud pública tardía, prácticas culturales arraigadas (cocinar con leña) y el deficiente monitoreo de espacio libre de humo de tabaco.

En la dimensión de circunstancias materiales se encuentra el limitado acceso a bienes y servicios para la preparación de alimentos y las condiciones de viviendas en mal estado. por su parte, en la dimensión de comportamiento se identificó el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y los inadecuados estilos de vida, lo cual puede provocar un aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Respecto a la dimensión biológica se priorizaron tres causas raíz, las cuales son enfermedades inmunológicas y alergias, la vulnerabilidad en edad adulta mayor aumenta el factor de riesgo y enfermedades crónicas asociadas que pueden provocar complicaciones y disminuir la calidad de vida del paciente.

En servicios de salud se encuentra el inadecuado monitoreo y supervisión de las capacitaciones de terapia respiratoria, escaso recursos asignados a los programas de promoción y prevención de la salud y la deficiente capacitación a la población sobre el uso de los inhaladores y accesorios. Por último, en la dimensión socioeconómica se identificó el alto nivel de pobreza y la pertenencia social de los grupos étnicos en prácticas nocivas para la salud (Anexo 13).

## **7.2. Resultado del análisis de las causas raíz**

Después de realizar el análisis del diagrama causa – efecto con las y los actores sociales expertos se procedió a realizar la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se hizo mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

En dicho diagrama se colocaron las causas raíz priorizadas en cada dimensión y se procedió a calificarlas según el criterio del siguiente cuadro:

Criterios de priorización	Peso
<b>1. Nivel de influencia</b> <i>Según su conocimiento en el tema, la influencia de esta causa raíz en el problema de salud:</i>	
No está definida puesto que no se conoce evidencia que indique su influencia directa	3
No se tiene evidencia que la influencia sea directa, pero se identifica un nivel de influencia medio.	7
Se ha establecido en la evidencia una influencia directa	10
<b>2. Nivel de importancia</b> <i>El nivel de importancia del abordaje de esta causa en la comunidad es</i>	
El nivel de importancia del abordaje de esta causa en su comunidad de influencia es:	
Baja	1
Media	3
Alta	5
<b>3. Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz:</b> <i>¿Qué nivel de incidencia tiene las instituciones que existen en la comunidad para el abordaje de la causa raíz</i>	
Incidencia baja	3
Incidencia media	7
Incidencia alta	10

Después de realizar la calificación se procedió a extraer las primeras cinco causas raíz con puntaje más alto para realizar las líneas de acción.

A continuación, se exponen las causas raíz priorizadas según los diagramas de Pareto realizado por cada problema.

De acuerdo con el resultado del diagrama de Pareto (anexo 14) del problema general (limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud) se priorizaron las siguientes causas raíz: amplia extensión territorial del cantón, dependencia de los servicios de salud pública, bajo índice de desarrollo social, insuficiente recurso humano para una adecuada cobertura de atención en los servicios de salud y la insatisfacción de la población con los servicios de salud brindados.

Para el problema de limitado acceso a los servicios de salud se priorizaron las siguientes causas raíz: Escasas fuentes de empleo, estilos de vida inadecuados por una deficiente promoción de la salud, aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, subregistro en el reporte de enfermedades congénitas e inmunológicas y condiciones climáticas de riesgo (anexo 15).

Por su parte, el diagrama de Pareto del problema de limitado acceso al agua potable demuestra que se priorizaron las siguientes causas raíz: Consumo de agua no potabilizada, costo de la tarifa de consumo genera oposición a los proyectos de potabilización del agua, tomas ilegales en la red de distribución de entes prestatarios del servicio, falta de coordinación en las comunidades para cumplir con los requisitos para brindar el servicio de agua potable y la diversidad de gobernanza en los territorios indígenas (anexo 16).

Respecto al problema de pérdida de valores sociales y familiares se priorizaron las siguientes causas raíz: problemas de educación en prevención para la aplicación de límites en los hogares y enseñanza de valores, cosmovisiones indígenas incomprendidas por la institucionalidad pública, legitimación del patriarcado, economía de sobrevivencia y débil ejecución de política pública a nivel local (anexo 17).

Para asfixia del nacimiento se priorizaron según el diagrama de Pareto las siguientes causas raíz: prácticas sexuales de riesgo, prematuridad extrema, limitada inversión pública en salud en el cantón, índice de desarrollo social bajo y necesidades básicas insatisfechas (anexo 18).

Por su parte, en el problema de Shigelosis las cinco causas raíz priorizadas son: población vulnerable en edades extremas, desinterés del gobierno local para atender las necesidades de saneamiento ambiental, deficiente capacidad instalada para realizar los estudios bacteriológicos, ausencia de programas de promoción de la salud y consumo de agua no potable (anexo 19).

Para la parálisis cerebral se priorizaron según Pareto las enfermedades congénitas, enfermedades inmunológicas, controles prenatales tardíos, limitado acceso a bienes y servicios y limitado acceso a fuentes de empleo (anexo 20).

Respecto al problema de mortalidad de tumor maligno del estómago se priorizaron según diagrama de Pareto el manejo inadecuado del estrés, grupos prioritarios vulnerables desatendidos, hábitos y costumbres alimenticias inadecuadas de la población, inestabilidad en la condición de empleo e inadecuadas prácticas nutricionales (anexo 21).

Por último, en el problema de mortalidad de otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas se priorizaron según Pareto el limitado acceso a bienes y servicios para la preparación de alimentos, consumo de sustancias lícitas e ilícitas, enfermedades inmunológicas y alergia, vulnerabilidad en edad adulta mayor aumenta el factor de riesgo y enfermedades crónicas asociadas (anexo 22).

### **7.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas**

En el siguiente apartado se presentan el análisis del problema general, los problemas de salud priorizados por la comunidad y los problemas de mortalidad.

#### **7.3.1. Limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.**

El primer nivel de atención constituye el acceso al sistema de servicios de salud y en el cantón de Buenos Aires está centrada en un Área de Salud, la cual oferta programas de atención integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y adulto mayor. Adicionalmente, como especialidades médicas solo se cuenta con tres profesionales quienes destacan en los campos de ginecología, pediatría y medicina familiar y comunitaria, y más recientemente, los servicios en psicología y nutrición respectivamente.

También, se cuenta con un total de doce EBAIS, que proporcionan servicios en los centros de salud y cinco de ellos se trasladan también a algunos puestos de visita periódica o también llamados Casas de Salud, los cuales atienden desde los 113 hasta los 2118 habitantes cada uno.

De manera paralela, el sector privado del cantón está compuesto por un total de siete consultorios médicos y una Casa de Salud que oferta distintos servicios de salud, entre ellos

médicos especialistas. Este subsector cada vez se expande más, ya que como refiere la Organización Panamericana de la Salud (2004), la insuficiente oferta de servicios por parte del subsector público aunado al aumento en la demanda de estos servicios por usuarios de diferentes estratos, han dado paso a la consolidación de este subsector.

La cobertura de los servicios que se da en el cantón como es evidente, corresponde solamente a un primer nivel de atención, que más allá de realizar actividad de promoción de la salud, el contexto ha hecho de este sistema un modelo preventivo y/o de rehabilitación de baja complejidad, inclusive muchas veces derivando al segundo nivel de atención por su limitada capacidad resolutive con el recurso humano que cuenta.

En un estudio publicado desde el año 2006 sobre las necesidades de especialistas médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección: 2006-2017, se indicó:

Así mismo, el Centro de Atención Integral en Salud de Buenos Aires necesita un Radiólogo y Anestesiólogo ya que cuenta con capacidad física instalada suficiente cuyas características generan este requerimiento. Al respecto, las autoridades del CAIS indicaron que a pesar de poseer la necesidad, no cuentan con las plazas para la contratación de este recurso humano (Caja Costarricense de Seguro Social, 2006, p. 137).

Dicha necesidad evidenciada desde hace ya más de quince años, aún persiste en el ASBA, lo que incide en que no se efectúen partos en el cantón, sino que estos son derivados hasta el Hospital Escalante Pradilla con todos los riesgos y desventajas que conlleva; además, al no contar con el radiólogo, se ofrece el servicio de toma de radiografías por parte de un técnico en el área.

Entonces, la limitada cobertura en los servicios de atención primaria es una realidad en el cantón tal como lo plantearon los actores sociales, y que por sus características de atención a una población de aproximadamente 55443 habitantes, con una geografía tan dispersa, hace que los esfuerzos del ASBA sean insuficientes para cumplir con una cobertura universal en

salud a toda la población y de descongestionar la red hospitalaria, propósitos que se plantearon con la reforma del sector salud y la reorganización del nivel de atención primaria en los años noventa.

Más allá de un sistema prestatario de servicios centrados en la prevención y atención de la enfermedad, se debe trabajar de manera paralela para que los servicios de promoción de la salud se reflejen en los programas de atención integral agrupados en diferentes grupos de edad que consideren necesidades de género. Como se indica en la estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030, una de las líneas estratégicas de acción que propone es “Fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud”, lo cual obedece a:

En la Declaración de Astaná del 2018 se reconocen la promoción de la salud y la atención primaria de salud como estrategias complementarias para fortalecer los sistemas de salud a fin de obtener resultados equitativos. En la Región, en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se señala que la salud para todos puede lograrse solo si se abordan los determinantes sociales de la salud con medidas intersectoriales. Además, es necesario que los países establezcan sistemas integrados de salud que promuevan la colaboración entre los programas verticales y fragmentados. Para fortalecer los sistemas y servicios de salud y avanzar en la aplicación de modelos de atención centrados en las personas, las familias y las comunidades, hay que incorporar la promoción de la salud en las políticas y estrategias nacionales de salud. El sector de la salud debe lograr que la promoción de la salud sea más pertinente y concreta, y colaborar con las comunidades para crear condiciones de vida saludables, sobre la base de la atención primaria de salud. Debe desarrollar además competencias en todo el personal de salud para que

trascienda su responsabilidad de prestar servicios clínicos y curativos, lo que significa reconocer a los promotores de salud como trabajadores esenciales. Sobre la base de los principios de la atención primaria, los sistemas de salud deben incluir la promoción de la salud en los modelos locales de prestación de servicios (p. 25).

Sobre el abordaje de la promoción de la salud, el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica realizó justamente un pronunciamiento el pasado 30 de enero 2019, donde manifestaron:

En el caso de nuestro país, un ejemplo de estas brechas es la insuficiente cantidad de profesionales en Psicología con que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) cuenta dentro de su recurso humano, en relación con la cantidad de población y atenciones que la institución debe brindar. Más aún, es absolutamente insuficiente si lo que se desea es trascender de un enfoque de atención a la enfermedad para desarrollar más bien una política pública centrada en la promoción y la prevención, la cual requiere de personal para el trabajo en comunidades, con familias, con personas en todo su curso de vida, entre muchas otras acciones (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2019, párr. 5).

Estas situaciones sobre la falta de recurso humano profesional en el cantón, se manifiestan, ya que el Área de Salud dispone solo de un profesional en psicología, no así en psiquiatría por lo que las personas que requieran de este último, son referidas al Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla. No obstante, la lista de espera actualmente para el servicio de psicología es de cuatro meses aproximadamente, y en el caso de psiquiatría seis meses, lo que podría traducirse en una atención inoportuna de los trastornos relacionados con la salud mental.

Adicional a esto, se debe considerar también la angustia y preocupación que genera a las personas el requerir de los servicios de salud públicos y que estos no se oferten en el cantón, lo que implica la movilización geográfica del usuario a otra zona, y más aún cuando residen en zonas alejadas. Además, esto muchas veces asociado a incurrir en un gasto económico por el traslado y la alimentación.

Retomando el diagrama de causa efecto expuesto en páginas anteriores para el problema general, el cual es la limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud (anexo 5), el grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz: 1) Ausencia de gestión en el tema de salud pública por parte del gobierno local, 2) Dependencia de los servicios de salud públicos, 3) Amplia extensión territorial del cantón, 4) Insuficiente recurso humano para brindar una adecuada cobertura de atención en los servicios de salud, 5) Limitada promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de la atención primaria, y 6) Programas sistematizados dirigidos a grupos preferenciales para la atención a la salud.

Estas causas presentan condiciones que sin duda alguna dan lugar a las inequidades en salud, por lo que el segundo grupo de expertos consultado determinó líneas de acción a nivel local, regional e incluso nacional, que se proponen implementar para minimizar las inequidades que influyen en la cobertura en los servicios de salud.

### **7.3.2. Limitado acceso de servicios de salud**

Para hablar del limitado acceso a los servicios de salud es importante en primer lugar identificar con qué recurso se cuenta en una determinada zona para brindar el servicio a la población. Según lo analizado en páginas anteriores, para el caso de Buenos Aires se cuenta con un primer nivel de atención, que corresponde al Área de salud instalada en el distrito principal, además de los EBAIS y casas de salud que se distribuyen en diferentes distritos y comunidades del cantón.

En segundo lugar, es fundamental comprender qué se entiende por salud, para ello se va a partir de la definición de OMS, la cual indica que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, por lo que no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Partiendo de la definición anterior, queda preguntarse si realmente el país está realizando acciones que favorezcan el bienestar físico, mental y social de la población. Lo anterior debido a que, según los reportes de la Instancia Local de Abordaje Integral del Suicidio de Buenos Aires, los intentos de autoeliminación han ido en aumento durante el 2023 en dicho cantón.

Según Castellvi et al. (2017) existen muchos factores de riesgo que podrían influir en la ideación suicida, por ejemplo, el consumo de drogas, abandono del sistema educativo, ser víctima de maltrato o abuso, trastornos depresivos, entre otros (citado por Piqueras. s.f.). Estos factores de riesgo pueden afectar a cualquier persona, por lo que la salud mental es una temática que se debe trabajar desde la promoción y prevención, para fomentar habilidades para la vida y estilos de vida saludables desde el curso de vida, es decir, que toda la población, sin importar la edad, pueda ser capacitada.

Para realizar dichas capacitaciones se requiere personal en cantidad y calidad, es decir, que esté capacitado y que sea acorde con la cantidad de población que se debe atender, para realizar acciones de promoción, que permita instruir a la ciudadanía en hábitos saludables que prevengan enfermedades crónicas y mentales.

Lo anterior, es una limitante en el servicio de salud público que brinda la CCSS en el cantón de Buenos Aires, puesto que según lo identificado por las y los expertos que participaron en el análisis del problema de limitado acceso de servicios de salud, se evidencia como causa raíz la poca asignación de presupuesto, lo cual afecta los programas de promoción y prevención (anexo 6).

Según Romero (s.f) “nuestro país muestra estadísticas en salud dignas de países desarrollados, resultado de un sistema de prestación de servicios en salud, tanto públicos como privados, de primera calidad, así como sistemas de prevención de enfermedades por la

vacunación gratuita, universal y obligatoria de nuestros niños, y la electiva para adultos” (citado por Barrantes, 2022). El servicio que brinda la CCSS es de suma importancia para la salud del país, sin embargo, para el caso de Buenos Aires no se puede considerar de primera calidad, debido a que ni siquiera se cuenta con hospital, por ende, no hay acceso a servicios de salud especializados, lo cual afecta directamente a las personas que requieren dicho servicio.

Igualmente, al ser un cantón con bajo índice de desarrollo social, las personas carecen de recurso económico para acudir al sistema de salud privado, por lo que, según las personas participantes en el taller del ASIS, existe una dependencia absoluta de los servicios de salud pública (anexo 6). Dicha dependencia también se ve reflejada en la importancia que tiene las ayudas estatales para la población del cantón, por medio de las becas y beneficios asignados por el IMAS, lo cual está relacionado con las escasas fuentes de empleo, por lo que se considera fundamental implementar estrategias que atraigan la inversión del sector industrial y gestionar financiamiento para el desarrollo de proyectos de emprendedores.

Según Romero (s.f.), citado por Barrantes (2022), los bajos ingresos familiares conducen a condiciones de vida más constreñidas, por lo que se presentan angustias y problemas que afectan la salud mental, debido a la presencia de alteraciones del sueño y hasta la ideación suicida

Lo anterior genera preocupación al no contar con el servicio de psiquiatría en la clínica de salud de Buenos Aires, por lo que las personas deben ser referidas al Hospital Escalante Pradilla, lo cual se percibe como una barrera para el acceso a los servicios de salud, por lo que la población identifica la construcción de un hospital como una necesidad prioritaria en el cantón.

### **7.3.3. Limitado acceso de agua potable**

El acceso al agua potable es sin duda alguna una problemática a nivel mundial, según la ONU (2020), tres de cada diez personas en el mundo carecen de acceso a agua potable, dicha limitación está relacionada con temas de pobreza y bajo índice de desarrollo social.

Para Costa Rica el panorama es más alentador, según la ONU “el 92,4% de la población tiene acceso a agua potable, realidad que ubica al país con uno de los porcentajes más altos de la región”, sin embargo, ese acceso no es igualitario, es decir, existen comunidades que presentan dificultades para obtener este servicio, esto se evidencia en los problemas de salud priorizados por la comunidad durante los talleres del ASIS, donde el limitado acceso al agua potable fue identificado como una problemática de salud para el cantón de Buenos Aires.

Lo anterior se debe, según lo comentado por las y los participantes de los talleres del ASIS, a que, desde lo sociopolítico, las comunidades carecen de coordinación para cumplir con los requisitos y gestionar la construcción de acueductos, esta ausencia de acueductos podría provocar conflictos por la disponibilidad del recurso hídrico, debido a que algunas personas podrían estar siendo excluidas del acceso al agua al no contar con una naciente en sus propiedades y no existir un servicio público (anexo 7).

Según la Oficina de Comunicación y Mercadeo del Tecnológico de Costa Rica (s.f.), en un artículo titulado “Agua, un tesoro invaluable”, menciona que para tener una salud pública de calidad se le debe dar importancia al tema del agua y el saneamiento, pero esto debe ir acompañado del compromiso de hacer un buen uso por parte de los usuarios.

Con base en lo anterior, se considera de gran relevancia realizar capacitaciones que permitan aprender y comprender la importancia de utilizar adecuadamente el recurso hídrico que existe en las comunidades, ya que según lo expuesto por las y los participantes de los talleres del ASIS, hay comportamientos que afectan el servicio de agua potable que se brinda, por ejemplo, las tomas ilegales en la red de distribución de entes prestatarios del servicio, lo cual puede provocar un desperdicio del recurso al presentar fugas y una reducción del recurso para las y los abonados (anexo 7).

Igualmente, los sistemas de agua se pueden ver afectados por diferentes situaciones, partiendo de lo expuesto por Chacón y Mora (2022), el crecimiento demográfico, la deforestación, los incendios forestales y la ausencia de planes reguladores en las municipalidades pueden contaminar las fuentes de agua. En el caso de Buenos Aires no se

actualiza el plan regulador desde el 2004, lo cual podría estar influyendo negativamente en las fuentes de agua para consumo humano.

Por otra parte, las personas participantes de los talleres del ASIS identificaron que, aspectos geográficos y topográficos del cantón de Buenos Aires dificultan o encarecen el establecimiento de sistemas de distribución de agua, es decir, al ser un cantón tan extenso, se dificulta realizar proyectos hídricos (anexo 7).

Según Chacón y Mora (2022), algunos territorios indígenas de Buenos Aires presentan una gran lejanía con respecto a los centros de desarrollo económico, además de dificultades de acceso y un alto grado de necesidades insatisfechas, debido a la falta de recurso económico y fuentes de empleo. Sin embargo, lo expuesto por las autoras no es una realidad solamente de los territorios indígenas del cantón de Buenos Aires, puesto que existen muchas otras comunidades que también presentan la misma situación.

Partiendo de lo anterior y lo expuesto por las y los participantes de los talleres del ASIS, se puede decir que la extensión geográfica, la dificultad de acceso y las limitadas fuentes de empleo influyen negativamente en el acceso al agua potable en el cantón de Buenos Aires, debido a que principalmente en las comunidades rurales, las casas se encuentran muy distanciadas, lo cual encarece los proyectos hídricos, además de que al existir escasas fuentes de empleo las personas prefieren seguir consumiendo agua de nacientes o quebradas para no tener que pagar una tarifa por el servicio público.

Igualmente, un comportamiento identificado por las y los participantes en los talleres del ASIS, es el consumo de agua no potabilizada en el cantón, lo cual puede estar relacionado con el desconocimiento de las consecuencias negativas que esta práctica tiene para la salud.

Por todo lo anterior se considera fundamental realizar capacitaciones sobre la importancia del consumo de agua potable, el uso responsable del recurso hídrico y la gestión de presupuesto para la realización de proyectos que permitan aumentar la cobertura del servicio.

#### **7.3.4. Pérdida de valores sociales y familiares**

La familia es considerada como la base de la sociedad, de ahí que es importante que tenga bases sólidas para que sea fortalecida y que se vea reflejado en nuestra sociedad. Dentro de la misma los valores ocupan un sitio preponderante que nos ayudará a poder reafirmar esos factores protectores que se necesitan para nuestra familia. Los escasos intentos por brindar apoyo para el fortalecimiento de los valores familiares en el cantón de Buenos Aires han acrecentado los riesgos que se reflejan en la incidencia de casos de violencia intrafamiliar y el aumento en los intentos de autoeliminación, que en este documento se encuentran como datos estadísticos del quinquenio 2017-2021.

La Organización Mundial de la Salud, define familia como:

“la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (OMS 1976, citado por Consejo Directivo 2003).

Valorando el concepto de la OMS, la familia es un pilar importante para poder trabajar integralmente, y que desde ahí se puedan fortalecer los programas de capacitación, sensibilización y educación en promoción de valores sociales y familiares, como se indican en las líneas de acción que son señaladas en este ASIS, y que además sean incluidos en los planes de trabajo de las Instituciones, y asumidas en las Comisiones, Instancias y Redes que se encuentran en el Cantón, trabajando los problemas sociales de manera prioritaria, y que son responsabilidad de todos, incluyendo la Municipalidad de Buenos Aires.

El concepto de valor va relacionado a características, comportamiento y cualidades, que permiten fortalecer a las personas y a su entorno de manera positiva. Según Monge (2023) nuestro país ya no es la “Suiza Centroamericana” desde hace varios años, concepción utilizada por el recordado humanista cartaginés Mario Sancho y que diferenciaba a Costa

Rica de los otros países centroamericanos en aspectos políticos, avances en educación y salud.

Señalando las situaciones de riesgo que abundan en nuestro país, y que el cantón de Buenos Aires no es ajeno a dicha situación, donde la inseguridad, violencia, drogas, desintegración, la baja satisfacción de necesidades básicas a causa de escasas fuentes de empleo, llevan a muchos a una economía de sobrevivencia, existiendo en muchos casos, una dependencia de la asistencia social, con lo cual no se prioriza en el fortalecimiento de los valores sociales y familiares, ya que no son una prioridad política a pesar de tener gran peso en la parte social del cantón.

De igual manera, dentro del análisis de los expertos en la parte social, se indica que este tipo de situaciones de riesgo llevan a un conocimiento limitado en la promoción de proyectos de vida, con lo que muchos salen de secundaria y no tienen una meta valorable para su futuro, lo que puede causar una insatisfacción, frustración, desesperanza que no le permitirá tener herramientas para fortalecer los valores sociales y familiares, que se pueden fomentar en actitudes machistas, violación de derechos, maltrato, conductas de riesgo social y familiar.

Estos factores de riesgo se pueden trabajar de una manera positiva con el fortalecimiento de valores, por medio de la educación y enseñanza, teniendo la familia un rol esencial y significativo, donde luego le deben acompañar: la escuela preparando a los profesionales de la educación de los distintos niveles y proveerles los recursos necesarios para atender el desarrollo moral de los estudiantes, y además otros actores preponderantes en este tema como la Municipalidad de Buenos Aires, PANI, CEN CINAI, IMAS, Ministerio de Salud, Fuerza Pública, INAMU, entre otros, trabajando para fortalecer el sistema de la familia donde instruyen los valores, conductas positivas que puedan formar personas libres, que sean capaces de dirigir su propia vida con principios y valores que les permitan integrarse en la sociedad de manera adecuada.

### 7.3.5. Asfixia del nacimiento

Este evento fue el que obtuvo una mayor frecuencia según mortalidad por grupo de edad, en este caso en el periodo desde los 0 hasta el primer año de vida, durante el periodo 2015-2019 en el cantón. De acuerdo con Llambías Peláez y otros (2016):

se define como tal el síndrome resultante de la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso fetal, que genera varios cambios irreversibles: hipoxia, hipercapnia, acidosis metabólica, fracaso de la función de al menos dos órganos y, en algunos casos, la muerte (p. 31).

Asimismo, Cansino Vega (2009) describen:

Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, como también después del nacimiento. La asfixia afecta todos los órganos y sistemas en diverso grado según su intensidad y duración. El 5 – 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimación cardiopulmonar, el otro 90% se recuperan bajo cuidados de rutina (calor, despejar vía aérea y secar). En prematuros la reanimación se observa más frecuentemente, alcanzando hasta un 15%, de los cuales el 1-2% queda con alguna secuela importante (párr. 3).

Sobre la incidencia de la asfixia perinatal se obtuvo que:

La asfixia perinatal, según propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de las tres principales causas de muerte en recién nacido a término. En los EE. UU oscila entre 1 - 1.5% de los niños nacidos, y se ha observado una máxima incidencia

en los hijos que nacen de madres con diagnóstico de diabetes o toxemias. En la actualidad, cerca de cuatro millones de neonatos se han visto afectados con asfixia perinatal cada año, y cerca del 50% de ellos mueren o quedan con alguna secuela neurológica, donde aproximadamente se ha visto que entre un 10 - 20% tienen parálisis cerebral, por consecuencia de la deficiencia en el suministro de oxígeno dejando como secuela lesión cerebral permanente, y un 25% de los sobrevivientes desarrollan encefalopatía hipóxica isquémica (párr. 12).

Dentro de los factores de riesgo, un estudio refleja una alta incidencia de asfixia perinatal moderada y severa entre las adolescentes madres, específicamente las menores de 17 años (Vallejo Barón, 2013).

Por otra parte, al revisar el diagrama de causa efecto para el problema definido como “asfixia del nacimiento” (anexo 9), se obtuvo que el grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz: 1) Limitada inversión pública en salud en el cantón, 2) Índice de desarrollo social bajo, 3) Estructura familiar con múltiples embarazos, 4) Resistencia al uso de los programas de salud sexual y reproductiva, 5) Resistencia al desarrollo de programas de afectividad y sexualidad, y 6) Prematuridad extrema.

El análisis de estas causas permite identificar los factores de riesgo presentes en el cantón algunos de ellos modificables a través de la atención preconcepcional, prenatal, perinatal y neonatal, de manera que la población pueda acceder a estos servicios oportunamente y se puedan prevenir las complicaciones derivadas de una captación tardía, o bien, por la no captación de la usuaria, paralelamente a la sensibilización de la población para acceder a estos servicios. No obstante, es evidente que este problema tiene una relación directa con el problema general planteado en este documento, la limitada cobertura en la atención primaria para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

### 7.3.6. Shigelosis

La shigelosis fue el que obtuvo una mayor frecuencia según mortalidad por grupo de edad, específicamente en el periodo de 1 a los 9 años durante el periodo 2015-2019 en el cantón. Según indica el Ministerio de Salud (2019):

La infección por *Shigella* (shigelosis) es una enfermedad intestinal producto de una familia de bacterias conocida como *Shigella*, la cual se puede transmitir a través del contacto directo con las bacterias en las heces o bien transmitirse a través de alimentos contaminados o al beber o nadar en agua contaminada (párr. 2).

Asimismo, Bolaños y otros (2014), describen que:

La shigelosis es la principal causa de diarrea disenteriforme en el mundo. Es una infección bacteriana aguda invasiva del intestino, clínicamente indistinguible de otras diarreas disenteriformes, por lo que requiere del diagnóstico de laboratorio. La dosis infectante de *Shigella* es muy baja (100 a 200 bacterias), por lo que su transmisión se ve favorecida en condiciones deficientes de índole sanitario, de higiene personal y de los alimentos, así como por el hacinamiento (p. 2).

La epidemiología de la Shigelosis tiene un alcance mundial, que de acuerdo con León-Ramírez (2002), estima que esta enfermedad ocasiona aproximadamente 600 000 defunciones anuales, de las cuales 400 000 se dan en niños entre los 6 meses y los 10 años de edad. Este dato coincide con el obtenido en Buenos Aires en el periodo 2015-2019, tanto en la frecuencia como en el rango de edad descrito.

Sobre las causas en el cantón, de acuerdo con el diagrama de causa efecto para el problema definido como “Shigelosis” (anexo 10), se obtuvo que el grupo expertos consultado determinó y priorizó las siguientes causas raíz: 1) Idiosincrasia de la población y desinterés

del gobierno local para atender las necesidades de saneamiento ambiental en el plano sociopolítico, 2) Consumo de agua no potable y carencia de los servicios básicos de saneamiento ambiental desde las circunstancias materiales, 3) Inadecuada manipulación de alimentos y consumo de alimentos no inocuos, 4) Deficientes programas de saneamiento ambiental por parte del MEP, 5) Deficiente capacidad instalada para realizar los estudios bacteriológicos, y 6) Población vulnerable en edades extremas; las cuales coinciden con las anteriormente mencionadas por Bolaños y otros, y a su vez, se relacionan directamente con otro de los problemas descritos en este ASIS que es el “Limitado acceso al agua potable”.

### **7.3.7. Parálisis cerebral**

La parálisis cerebral fue el problema de mortalidad más frecuente en el curso de vida de 10 a 19 años, durante el periodo 2015-2019 en el cantón de Buenos Aires. Es causada por el desarrollo anormal del cerebro o por un daño al cerebro en desarrollo que afecta la capacidad del niño para controlar sus músculos (Centros para el Control y la Prevención de enfermedades, 2022).

Según la fuente indicada, hay varias causas posibles del desarrollo anormal o del daño al cerebro. Entre los principales factores de riesgo se encuentra el peso bajo al nacer, nacimiento prematuro, parto múltiple, tratamiento para la infertilidad por medio de tecnología de reproducción asistida, infecciones durante el embarazo, ictericia y kernícterus, afecciones de la madre y complicaciones durante el parto.

Lo valorado por los expertos en el taller de ASIS en el análisis del presente problema de salud, incorporando las diferentes dimensiones se identifica la variada causalidad analizada. Según el Instituto de Salud para el Bienestar de México, “se estima que en el mundo existen más de 17 millones de personas que viven con parálisis cerebral y cada día cerca de mil niños nacen con esta condición” (2022). Así mismo, indica que según “un estudio realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) muestra que la prevalencia promedio de Parálisis Cerebral es de 3.3 niños por cada mil”

En Costa Rica “la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (Enadis 2018) reveló que el 18,2% de la población de 18 años y más tienen discapacidad, lo que significa en términos absolutos unas 670 640 personas, datos para mayo 2019”.

También se realizó investigación desarrollada en periodo 2017, con información de un quinquenio 2011 a 2015, en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, “se estimó la prevalencia durante ese periodo de estudio oscilaba de 3 a 4 casos por cada 1000 nacidos vivos, indicando que existe una diversidad en los factores de riesgo para la parálisis cerebral” según lo investigado por Chavarría (2017).

De acuerdo con los expertos concluido en los diferentes estudios, realizados en diferentes latitudes, con relación al evento de salud de parálisis cerebral y asociando lo realizado según la metodología de la espina de pescado en busca de determinar las causas raíz del evento en estudio, los resultados enunciados en dicha espina de pescado son consecuente, según las diferentes dimensiones involucradas y de acuerdo con el curso de vida, es decir el grupo etario de 10 a 19 años.

Lo identificado en las dimensiones servicios de salud; está relacionado al tardío control prenatal, así mismo a la ausencia de consejería preconcepcional, aunado al comportamiento en el consumo sustancias ilícitas durante la edad fértil y prácticas sexuales de riesgo, influye el rol de cuidado enfocado en la madre.

La dimensión de circunstancias materiales; es relevante cuando se evidencia existe un limitado acceso a bienes y servicios, a limitado acceso a fuentes de empleo, en el factor socioeconómico, como causa raíz se identificó; aumento de la inversión de los programas especializados, escasos recursos económicos.

Como producto del análisis de la dimensión sociopolítica, se identificaron las causas raíz; Limitado inversión pública en salud en el territorio del cantón de Buenos Aires, también se identificó una deficiente participación intersectorial en salud en los grupos prioritarios.

La dimensión biológica, se registraron causales significativas tales como enfermedades congénitas, enfermedades inmunológicas.

En conclusión, de los estudios realizados a la parálisis cerebral en grupos de edad de 10 a 19 años, al ser una enfermedad con síndrome de causalidad, se registra la mayor afectación según sexo se presenta en los hombres.

### **7.3.8. Tumor maligno del estómago**

Según la estadística de Buenos Aires, durante el 2015 al 2019 los tumores malignos del estómago representan el problema de mortalidad más relevante en la población de 20 a 64 años. Es conocido como cáncer de estómago o gástrico, se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y propagarse a otras partes del cuerpo. Entre los principales factores de riesgo se encuentra la inadecuada alimentación, infección por *Helicobacter Pylori*, quimio prevención, antioxidante, antibióticos, medicamentos antiinflamatorios no esteroides.

Estadísticamente para el año 2023, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son:

- Se diagnosticarán aproximadamente 26,500 casos de cáncer de estómago (15,930 hombres y 10,570 mujeres).
- Aproximadamente 11,130 personas (6,690 hombres y 4,440 mujeres) morirán a causa de este cáncer.

El cáncer de estómago representa alrededor del 1.5% de todos los nuevos casos de cáncer que se diagnostican en los Estados Unidos cada año (American Cancer Society, 2023).

Para Costa Rica, según Buján y otros (2020), “el Ministerio de Salud reporta una incidencia en el sexo masculino de 17.3 por cada 100.00 hombres, colocando esta malignidad como la tercera más frecuente a nivel nacional, pero con tendencia a la disminución de los casos desde el 2000”, también se identificaron las dos provincias que tienen la mayor incidencia que la nacional; San José (20.3 casos por cada 100.000 hombres) y Cartago (18 casos por cada 100.000 hombres), en el caso femenino a nivel nacional existe una menor incidencia, registra una incidencia de 10.8 por cada 100.000 mujeres.

El tumor maligno del estómago, durante varias décadas, los sistemas de salud lo ha considerado entre las principales causas de mortalidad en el mundo y principalmente en países como Costa Rica que registran una gran incidencia, para los clínicos son del criterio que existe múltiples variables o factores de riesgo que son causales de esta enfermedad, debido a los diferentes estudios epidemiológicos en los cuales se han determinado la presencia de factores relevantes que desencadenan la enfermedad, en algunas poblaciones han logrado disminuir la alta incidencia.

La contextualización propuesta por los diferentes estudios sobre el evento de Tumor Maligno de estómago, identificando los diferentes factores de riesgo, muy asociados y de acuerdo a la metodológica y práctica desarrollada en el diagrama de Ishikawa para el curso de vida o grupo etario de 20 a 64 años y de acuerdo a las causas raíz según las diferentes dimensiones delimitadas en su análisis, como producto de la opinión de los expertos participantes en el III taller de ASIS para el cantón de Buenos Ares.

En la dimensión de circunstancias materiales, la causa raíz identificada; la inestabilidad en la condición de empleo, igual que en estudios realizados, esta causa interfiere en aspectos de disponibilidad y acceso a insumos necesarios básicos para la salud de las personas, así mismo en factores sociopolíticos se priorizó; hábitos y costumbres alimenticios inadecuados de la población, muy ligado al anterior en su razón social. En la dimensión de comportamiento se identificó como causa raíz; las Inadecuadas prácticas nutricionales, lo que significa una fuerte asociación a las dos anteriores en su fondo del escenario de necesidades insatisfechas, aunado a otra causa raíz identificado; Manejo inadecuado del estrés.

### **7.3.9. Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas**

El grupo de enfermedades respiratorias crónicas, son clasificadas por los clínicos entre los eventos de salud, que causan las principales defunciones y discapacidades cuando medimos los años de vida perdidos, principalmente en el curso de vida del grupo de edades mayor de 65 años, se señalan multifactorial de causas de riesgo.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o EPOC, hace referencia al grupo de enfermedades que causan obstrucción de la circulación del aire y generan problemas relacionados con la respiración. Entre estas enfermedades se encuentran el enfisema, la bronquitis crónica y, en algunos casos, el asma. Entre los principales factores de riesgos determinados, los siguientes; exposición humo de tabaco, exposición a los contaminantes aéreos en el hogar y en el lugar de trabajo, los factores genéticos y las infecciones respiratorias (Centros para el Control y la Prevención de enfermedades, 2015).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2021), en la Región de las Américas en el 2019, las enfermedades respiratorias crónicas causaron:

- 534 242 defunciones en ambos sexos combinados, 267 516 (50%) defunciones en hombre y 266 725 (50%) defunciones en mujeres.
- 35.8 defunciones por 100 000 habitantes (tasa estandarizada por edad), la cual fue más alta en hombres (42,2 defunciones por 100 000) que en mujeres (31,0 defunciones por 100 000 habitantes).

Los datos registrados para Costa Rica, de acuerdo con el análisis de la situación integral en salud en el periodo 2019 (analizando la Mortalidad del quinquenio 2013 a 2017), realizado por Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud de Costa Rica, reporta datos que detalla la mortalidad del periodo 2013 a 2015, en el cual el sexo masculino presentó mayor mortalidad que en el sexo femenino. Del quinquenio en estudio datos obtenidos; la tasa promedio para los cinco años es de 16.2 por 100 000 habitantes, lo cual es consistente con el

comportamiento de cada año por separado, pues se encontró entre 15 y 17.6 por cada 100 000 habitantes.

Para la construcción del presente ASIS, de acuerdo con metodología empleada, al identificar los principales problemas de salud estadísticamente cuantificado en el quinquenio analizado, mediante el diagrama de Ishikawa para el curso de vida o grupo etario de 65 y más años. Con la participación de expertos con conocimientos en las áreas de la salud, incluyendo las diferentes dimensiones a considerar en cada problema de salud identificado, con el objetivo de señalar las principales causas raíz, con relación al evento de salud de otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, los resultados enunciados en el diagrama de Ishikawa son consecuente.

En las sesiones de análisis el grupo de expertos identificaron en la dimensión de circunstancias materiales de vida y priorizaron, las causas raíz identificada; limitado acceso a bienes y servicios para la preparación de alimentos, así mismo en la de comportamiento; el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, en la dimensión de factores biológicos; enfermedades inmunológicas y alergias, además de enfermedades crónicas asociadas y vulnerabilidad en edad adulta mayor aumenta el factor de riesgo.

La responsabilidad social apela a las entidades intersectoriales en el abordaje de los factores de riesgos identificados en los problemas de salud señalados, debido a muchos de ellos son modificables, si se dispone y se plantean planes de trabajo conjuntos, con acciones necesarios en su abordaje en bienestar de las poblaciones bajo los principios de equidad e igualdad.

#### **7.4. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas**

Después de realizar la revisión estadística para determinar los problemas de mortalidad por curso de vida, los talleres con las y los actores sociales de la comunidad e institucionales para obtener los problemas priorizados, la identificación de las causas raíz por medio del Diagrama de Ishikawa o espina de pescado, la priorización de las causas raíz por medio de Pareto y el análisis de los problemas, se realizó la identificación de las líneas de acción.

Dicha identificación estuvo a cargo del equipo local del ASIS y fue validada el 13 de septiembre del 2023 con la asistencia de 22 participantes (anexo 23).

## **8. Validación de las líneas de acción con la comunidad**

Como se mencionó, la validación de las líneas de acción se realizó el 13 de septiembre, con actores sociales de las diferentes instituciones encargadas de ejecutarlas, para intervenir las causas raíz priorizadas y contribuir a la solución de las problemáticas de salud y mortalidad identificadas en el ASIS.

A continuación, se presentan las líneas de acción validadas.

<b>Problema de salud:</b> Limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud					
<b>Dimensión</b>	<b>Causa raíz</b>	<b>Factor protector:</b> ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	<b>Líneas de acción:</b> ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	<b>Actor responsable:</b> ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	<b>Actor colaborador:</b> ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Amplia extensión territorial del cantón	Mejoramiento de la infraestructura vial / ampliar la oferta de transporte público	Gestión presupuestaria de acuerdo con las necesidades de mantenimiento y ampliación de la infraestructura vial. / Identificar cuáles comunidades carecen o tienen limitado acceso al servicio de transporte público. <b>Y analizar la demanda.</b>	Municipalidad de Buenos Aires, CONAVI - <b>Empresa privada</b>	Ministerio de Hacienda, ADI
<b>Factores Socioeconomicos</b>	Dependencia de los servicios de salud pública	Modalidades de aseguramiento del reglamento del seguro de salud de la CCSS	Divulgación de las diferentes modalidades de aseguramiento de la CCSS	Sucursal CCSS, Unidad de validación y facturación de servicios médicos del área de salud Buenos Aires	Sistema de Salud
<b>Factores Socioeconomicos</b>	Bajo índice de desarrollo social	Programas sociales como: empleate de la Municipalidad de Buenos Aires, ideas productivas y avancemos del IMAS, OVOP. / Acceso a la educación superior pública y privada y un sistema parauniversitario en el cantón. / Sistema de becas de las Universidades Públicas. / Proyectos de extensión docente, acción social e investigación. Red institucional de apoyo a comunidades indígenas / Presupuestos para ejecución de proyectos	Gestión presupuestaria para dar continuidad a los programas sociales y ampliar su oferta. / Ampliar la oferta educativa del sistema universitario y parauniversitario. / Gestión del proyecto casa de idiomas en el cantón por parte de la UCR / Ferias vocacionales UNA-UCR-UNED y otras que se quieran unir a la iniciativa / Incentivar a las ADC para la presentación e implementación de proyectos comunales ante DINADECO	MAG, INDER, IMAS, Municipalidad de Buenos Aires, INAMU, CONARE, INA, CONESUP, UNA, UCR, UNED	CONARE, CONESUP
<b>Servicios de Salud</b>	Insuficiente recurso humano para una adecuada cobertura de atención en los servicios de salud	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EBASIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas.	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Servicios de Salud</b>	Insatisfacción de la población con los servicios de salud brindados	Acceso a los servicios de salud del Área de Salud de Buenos Aires	Capacitar al personal en clasificación TRIAGE	Área de Salud	CCSS

<b>Problema de salud:</b> Limitado acceso de los servicios de salud					
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Escasas fuentes de empleo	Presencia de empresa transnacional. / Talento Humano	Implementar estrategias que atraigan la inversión del sector industrial. / Gestionar financiamiento para el desarrollo de proyectos de emprendedores	MAG, INDER, IMAS, Municipalidad de Buenos Aires, INAMU, INA	Asamblea Legislativa
<b>Comportamiento</b>	Estilos de vida inadecuados por una deficiente promoción de la salud	Estilos de vida saludable / Proyectos de extensión de estilos de vida saludables de la UNA / Servicio de comedores del MEP / Celebración de efemerides. / Servicio de nutrición en el ASBA	Fortalecer las capacitaciones en estilos de vida saludable / Crear espacios públicos para actividades de esparcimiento. / Atención en el servicio de nutrición del ASBA.	Municipalidad de Buenos Aires, Comité de Deportes, Ministerio de Salud, ICODER, CCSS, MEP, CEN-CINAI, UNA	Fuerza Pública, PANI
<b>Factores Biologicos</b>	Aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles	Programas específicos para la atención de enfermedades crónicas no trasmisibles	Implementar programas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles.	CCSS, Ministerio de Salud, Municipalidad de Buenos Aires, Comité de Deportes	CEN-CINAI, ADI
<b>Factores Biologicos</b>	Subregistro en el reporte de enfermedades congénitas e inmunológicas	Existencia de un sistema de bases de datos	Mantener actualizado el sistema de bases de datos y realizar actualizaciones para su mejora	CCSS, Ministerio de Salud	INEC, UCR
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Condiciones climáticas de riesgo	Existencia de la Comisión Municipal de Emergencias. / Proyecto de observatorio de la UNA / Comisión de Adaptación de Cambio Climático	Gestión de recursos comunales para la atención de emergencias por condiciones climáticas (Comisiones Locales de Emergencias). / Mantener activada la Comisión Municipal de Emergencias. / Gestionar investigaciones con el observatorio de la UNA sobre condiciones climáticas de riesgo para el cantón. / Coordinar estudios sobre cambio climático a través de la Comisión de Adaptación de Cambio Climático	Municipalidad de Buenos Aires, Bomberos, Cruz Roja	IMAS, Ministerio de Salud, PANI, MEP, CCSS, CEN-CINAI, AyA, Fuerza Pública, MAG, ADI, Equipo de Gestión de Riesgo Regional, UNED

<b>Problema de salud:</b> Limitado acceso de agua potable					
<b>Comportamiento</b>	Consumo de agua no potabilizada	Acueductos del AyA y ASADAS	Gestión de presupuesto para la realización de sistemas de agua apta para consumo humano	AyA, Municipalidad, ASADAS	Ministerio de Salud, MINAE
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Costo de la tarifa de consumo genera oposición a los proyectos de potabilización del agua	Existencia del ente regulador de tarifas	Sensibilización sobre la importancia del consumo de agua potable	AyA, Municipalidad, ASADAS	MEP, Ministerio de Salud
<b>Comportamiento</b>	Tomas ilegales en la red de distribución de entes prestatarios del servicio	Mantenimiento del sistema de distribución por parte del AyA y ASADAS	Capacitación en el buen uso del recurso hídrico	AyA, Municipalidad, ASADAS	MEP, Ministerio de Salud
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Falta de coordinación en las comunidades para cumplir con los requisitos para brindar el servicio de agua potable	Existencia de ADC y comunidades organizadas	Brindar acompañamiento a las comunidades para que realicen las gestiones correspondientes para construir proyectos de potabilización del agua	AyA, Municipalidad, ASADAS	Ministerio de Salud
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Diversidad de gobernanza en los territorios indígenas	Ley Indígena N°6172. / Convenio 169 de la OIT / Oficina Regional de Asadas Comunes (ORAC) / Plan de Cuenca por parte de Dirección de Aguas en Térraba	Coordinar acciones con las ADC / Comités de los territorios indígenas para el acceso al agua apta para consumo humano	AyA, Municipalidad, ASADAS, ADI	Ministerio de Salud, DINADECO

<b>Problema de salud:</b> Pérdida de valores sociales y familiares					
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Problemas de educación en prevención para la aplicación de límites en los hogares y enseñanza de valores	Programas educativos para padres - madres impartidos por el PANI, CEN-CINAI, IMAS, INAMU, Fuerza Pública, MEP, Proyectos de extensión docente, TCU, profesional en psicología en el ASBA	Fortalecer los programas de capacitación en promoción de valores sociales y familiares / Articular con las universidades para el desarrollo de proyectos de acción social o TCU en el cantón que aborden esta temática / Gestionar recursos (económicos, transporte, humano) para la atención de grupos por medio de proyectos	PANI, CEN-CINAI, IMAS, INAMU, Fuerza Pública	Ministerio de Salud, MEP, Municipalidad de Buenos Aires
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Cosmovisiones indígenas incomprensibles por la institucionalidad pública	Profesionales con conocimiento en cosmovisión indígena / Profesional con expertiz en cosmovisión indígena por parte de una profesional de la UNA	Realizar capacitaciones en las diferentes instituciones públicas del cantón en el tema de cosmovisión indígena, Ley Indígena N°6172 y el convenio 169 de la OIT	IMAS, Ministerio de Salud, PANI, MEP, CCSS, CEN-CINAI, Fuerza Pública, MAG, Municipalidad de Buenos Aires, AyA, IAFA, UNED	
<b>Comportamiento</b>	Legitimación del patriarcado	Red de atención y prevención contra la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer / Oficina Municipal de la Mujer / Red institucional de hombres	Participación obligatoria y comprometida por parte de las institución que integran la Red VIF y VcM. / Realizar sensibilización en temas de prevención de la violencia. / Promover la participación institucional en la Red de Hombres. / Promoción de una vivencia sana de las masculinidades. / Visibilización y compromiso de la OFIM para trabajar el tema de prevención de la violencia	Municipalidad de Buenos Aires, IMAS, MEP, INAMU, CEN-CINAI, Ministerio de Salud, Fuerza Pública, CCSS, PANI, IAFA, INA, UNED, MAG	Bomberos, Cruz Roja, ICE, PINDECO
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Economía de sobrevivencia	Programas sociales como: Empléate de la Municipalidad de Buenos Aires, ideas productivas y Programa Avancemos del IMAS, OVOP. / Presencia de empresa transnacional. / Constitución de ADC en las comunidades	Gestión presupuestaria para dar continuidad a los programas sociales y ampliar su oferta. / Implementar estrategias que atraigan la inversión del sector industrial / Supervisión y evaluación de las disposiciones sobre el presupuesto de acuerdo con la Ley de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO) N° 3859.	Municipalidad de Buenos Aires, IMAS, INA, MAG, INAMU, INDER, DINADECO, Contraloría Nacional de la República, ADC	Asamblea Legislativa
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Débil ejecución de política pública a nivel local	Existencia de comisiones que trabajan temáticas sociales: Red VIF y VcM, Subsistema Local de Niez y Adolescencia, Dimensión Social, RECAFIS, COLSE, ILAIS, Red Institucional de Hombres, UCL	Actualizar los planes de trabajo de las comisiones anualmente y ajustarlos a las problemáticas prioritarias de intervención del cantón. / Articular los planes de trabajo de las comisiones con las funciones de la persona enlace de cada comisión.	Municipalidad de Buenos Aires, IMAS, INA, INAMU, CCSS, PANI, MEP, IAFA, Fuerza Pública, Ministerio de Salud, CEN-CINAI	

<b>Problema de salud:</b> Asfixia del nacimiento					
<b>Comportamiento</b>	Prácticas sexuales de riesgo.	Disponibilidad de métodos anticonceptivos y de protección sexual. / Unidad de Coordinación Local. / Operatividad del Modelo de Atención Integral del Adolescente	Realizar capacitaciones en temas de salud sexual y reproductiva	UCL, CCSS, Ministerio Salud, CEN-CINAI	MEP, PANI, IMAS, INAMU, CONAPDIS
<b>Factores Biológicos</b>	Prematuridad extrema	Acceso a Unidades de Soporte Básico para el traslado de pacientes. / Referencia directa a Hospital Regional	Continuar el desarrollo del CAIS Buenos Aires que contemple una sala de partos con los insumos materiales y humanos necesarios para su operación	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Limitada inversión pública en salud en el cantón	Existencia de una proyección para la construcción del CAIS Buenos Aires	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EBAIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas.	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Índice de desarrollo social bajo	Programas sociales como: empleate de la Municipalidad de Buenos Aires, ideas productivas y avancemos del IMAS, OVOP. / Acceso a la educación superior pública y privada y un sistema parauniversitario en el cantón	Gestión presupuestaria para dar continuidad a los programas sociales y ampliar su oferta. / Ampliar la oferta educativa del sistema universitario y parauniversitario	MAG, INDER, IMAS, Municipalidad de Buenos Aires, INAMU, CONARE, INA, CONESUP	CONARE, CONESUP
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Necesidades básicas insatisfechas	Visita domiciliar del primer nivel de atención. / Acceso al control prenatal. / Garantía de aseguramiento a las mujeres en estado de embarazo para su atención prenatal y durante el parto. / Modalidades de atención del CEN-CINAI	Gestionar la visita domiciliar en calidad de prioridad a toda gestante y seguimiento posparto. / Evaluación de las normas de prenatal, parto y posparto para la identificación y corrección de las limitaciones evidenciadas. / Divulgación de las modalidades de aseguramiento de la CCSS. / Divulgación de los servicios que oferta el CEN-CINAI.	CCSS, Ministerio de Salud, CEN-CINAI, Consultorios Médicos Privados	Ministerio de Salud, PANI, IMAS, MEP, Municipalidad de Buenos Aires

<b>Problema de salud: Shigelosis</b>					
<b>Factores Biológicos</b>	Población vulnerable en edades extremas	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EBAIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas.	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Desinterés del gobierno local para atender las necesidades de saneamiento ambiental	Departamento Municipal de Gestión Ambiental	Promover la articulación interinstitucional para la atención de temas relacionados con saneamiento ambiental. / Gestionar proyectos para mejoramiento de aspectos ambientales (alcantarillado, acueductos, Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos para el 2024).	Municipalidad de Buenos Aires, AyA, MAG, MINAE	Ministerio de Salud
<b>Servicios de Salud</b>	Deficiente capacidad instalada para realizar los estudios bacteriológicos	Laboratorio clínico instaurado en el Área de Salud Buenos Aires	Gestionar los insumos necesarios para el procesamiento de las muestras en el Área de Salud Buenos Aires. / Gestionar recurso humano para el laboratorio del ASBA	CCSS	Ministerio de Salud
<b>Servicios de Salud</b>	Ausencia de programas de promoción de la salud	Existencia de un proceso de promoción de la salud en el ARSBA y dos profesionales en promotoría social en el PANI, Proyecto de estilos de vida saludable de la UNA y UCR. / Comité Cantonal de Deportes.	Realizar un programa de implementación de promoción de la salud acorde con las necesidades identificadas con interacción interinstitucional. / Coordinación de apoyo de recurso humano de la UNA y UCR en temas de estilos de vida saludable.	PANI, Ministerio de Salud, CCSS, IMAS, Municipalidad de Buenos Aires, CEN-CINAI, Fuerza Pública, UNA	
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Consumo de agua no potable	Acueductos del AyA y ASADAS	Gestión de presupuesto para la realización de sistemas de agua apta para consumo humano / Mejoramiento de los sistemas de agua ya existentes (potabilización) / Capacitación a los encargados de las ASADAS	AyA, Municipalidad, ASADAS	Ministerio de Salud, Dirección de Aguas, MINAE

<b>Problema de salud:</b> Parálisis cerebral					
<b>Factores Biológicos</b>	Enfermedades Congénitas	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel. / Disponibilidad de un especialista en ginecología y obstetricia en el Área de Salud Buenos Aires. / Contar con la prueba de tamizaje de recién nacido	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EB AIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas. / Gestionar recurso humano para disminuir la lista de espera del servicio de gine-obstetricia. / Brindar el servicio de consulta preconcepcional en el cual se prescriban los exámenes de consanguinidad. / Brindar seguimiento para asegurar el 100% de la cobertura con el tamizaje neonatal.	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Factores Biológicos</b>	Enfermedades Inmunológicas	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel. / Programa ampliado de inmunizaciones	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EB AIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas. / Brindar seguimiento para asegurar el 100% de cobertura en las vacunas trazadoras	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Servicios de Salud</b>	Controles prenatales tardíos	Acceso al control prenatal. / Coordinación de captación inmediata por los EB AIS para inicio del control prenatal al brindar el diagnóstico de embarazo / Garantía de aseguramiento a las mujeres en estado de embarazo para su atención prenatal y durante el parto.	Gestionar la visita domiciliar en calidad de prioridad a toda gestante y seguimiento posparto. / Evaluación de las normas de prenatal, parto y posparto para la identificación y corrección de las limitaciones evidenciadas. / Divulgación de las modalidades de aseguramiento de la CCSS. / Reforzar la articulación interinstitucional para la captación temprana de mujeres gestantes por medio de la referencia.	CCSS, Ministerio de Salud, CEN-CINAI, Consultorios Médicos Privados, PANI, IMAS, MEP	Municipalidad de Buenos Aires
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Limitado acceso a bienes y servicios	Visita domiciliar del primer nivel de atención. / Modalidades de atención del CEN-CINAI. / Beneficios otorgados por el IMAS	Gestionar la visita domiciliar en calidad de prioridad a toda gestante y seguimiento posparto. / Divulgación de las modalidades de aseguramiento de la CCSS. / Divulgación de los servicios que ofertan el CEN-CINAI e IMAS	CCSS, Ministerio de Salud, CEN-CINAI, Consultorios Médicos Privados	PANI, IMAS, MEP, Municipalidad de Buenos Aires
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Limitado acceso a fuentes de empleo.	Programas sociales como: Empléate de la Municipalidad de Buenos Aires, ideas productivas del IMAS, OVOP. / Acceso a la educación superior pública y privada y un sistema parauniversitario en el cantón. / Presencia de empresa transnacional. / Talento humano	Gestión presupuestaria para dar continuidad a los programas sociales y ampliar su oferta. / Ampliar la oferta educativa del sistema universitario y parauniversitario. / Implementar estrategias que atraigan la inversión del sector industrial. / Gestionar financiamiento para el desarrollo de proyectos de emprendedores	MAG, INDER, IMAS, Municipalidad de Buenos Aires, INAMU, CONARE, INA, CONESUP	CONARE, CONESUP, Asamblea Legislativa

Problema de salud: Tumor maligno del estómago					
<b>Comportamiento</b>	Manejo inadecuado del estrés	Existencia de un proceso de promoción de la salud en el ARSBA. / Instituciones que cuentan con Comisión de Salud Ocupacional	Implementar un programa para el manejo del estrés. / Acompañamiento a las Comisiones de Salud Ocupacional de las instituciones del cantón	Ministerio de Salud, CCSS	PINDECO, MEP, ADEPSA, Supermercado BM, COLONO, Banco Nacional
<b>Factores sociopolíticos</b>	Grupos prioritarios vulnerables desatendidos	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel / Modalidad de aseguramiento por el Estado	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EBAIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas.	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Factores sociopolíticos</b>	Hábitos y costumbres alimenticias inadecuadas de la población	Beneficios y programas educativos que brinda CEN-CINAI y MEP existencia del decreto 37270-S. / Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021	Reforzar la articulación interinstitucional para la captación y abordaje de los grupos poblacionales / Actualizar la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional al periodo vigente.	Ministerio de Salud, CCSS, CEN-CINAI	
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Inestabilidad en la condición de empleo.	Programas sociales como: Empléate de la Municipalidad de Buenos Aires, ideas productivas del IMAS, OVOP. / Acceso a la educación superior pública y privada y un sistema parauniversitario en el cantón. / Presencia de empresa transnacional. / Talento humano / Presencia del INA / Programa FonMujeres del INAMU	Gestión presupuestaria para dar continuidad a los programas sociales y ampliar su oferta. / Ampliar la oferta educativa del sistema universitario y parauniversitario. / Implementar estrategias que atraigan la inversión del sector industrial. / Gestionar financiamiento para el desarrollo de proyectos de emprendedores / Divulgación de los programas y proyectos sobre emprendedurismo / Promover la participación del ICT en las iniciativas locales	MAG, INDER, IMAS, Municipalidad de Buenos Aires, INAMU, INA, CONESUP, ICT, Consejo Cantonal de Coordinación Institucional (CCCI).	CONARE, CONESUP, Asamblea Legislativa
<b>Comportamiento</b>	Inadecuadas prácticas nutricionales	Acceso y disponibilidad a variabilidad de productos. / Beneficios y programas educativos que brinda CEN-CINAI y MEP	Realizar un programa de promoción de estilos de vida saludables acorde con la cultura del grupo poblacional a atender. / Reforzar la articulación interinstitucional para la captación y abordaje de los grupos poblacionales.	Ministerio de Salud, CCSS, CEN-CINAI	

<b>Problema de salud:</b> Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas					
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Limitado acceso a bienes y servicios para la preparación de alimentos.	Disponibilidad de sistemas alternativos para la preparación de alimentos	Seguimiento a las medidas de seguridad en los diferentes sistemas alternativos para la preparación de los alimentos. / Atención de denuncias por fallas y/o deficiencias de las medidas de seguridad de los sistemas alternativos / Capacitación para la adaptación de las medidas de seguridad (disminución de los factores de riesgo)	Ministerio de Salud	
<b>Comportamiento</b>	Consumo de sustancias lícitas e ilícitas	Existencia de Ley 9028, Programa del IAFA	Seguimiento y cumplimiento de la Ley 9028. / Gestionar la permanencia de la oficina y el recurso humano del IAFA en el cantón de Buenos Aires	IAFA, Ministerio de Salud, CCSS, Fuerza Pública	
<b>Factores biológicos</b>	Enfermedades inmunológicas y alergias.	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel. / Programa ampliado de inmunizaciones	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EBAIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas.	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Factores biológicos</b>	Vulnerabilidad en edad adulta mayor aumenta el factor de riesgo	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel. / Existencia de la consulta de Atención Primaria de Enfermedades Respiratorias (APER)	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EBAIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas. Garantizar la cobertura del 100% de la población del cantón que requiere la consulta de APER.	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud
<b>Factores biológicos</b>	Enfermedades crónicas asociadas	Presencia del Área de Salud de Buenos Aires con atención del primer y segundo nivel. / Atención prioritaria en los EBAIS a enfermos crónicos / Apertura de dos EBAIS con consulta vespertina en el 2023	Continuar el desarrollo del CAIS y los nuevos EBAIS que contemplen adquisición de nuevas plazas de técnicos y profesionales en las diferentes áreas. / Garantizar la atención prioritaria en las agendas de los EBAIS para los enfermos crónicos de EPOC / Brindar seguimiento a la apertura del EBAIS Salitre	CCSS, Área de Salud, Junta de Salud, INDER, Municipalidad de Buenos Aires	Ministerio de Salud

## 9. Conclusiones

- Según la clasificación del índice del desarrollo social 2017, Buenos Aires está en la lista de los cantones más pobres del país.
- A partir del trabajo realizado en el ASIS se evidencia que presenta limitadas fuentes de empleo, lo cual genera una alta dependencia de las ayudas estatales y pone de manifiesto la pobreza, misma que va a incidir en la educación, transporte, el acceso a la vivienda digna y el bienestar en general.
- En Buenos Aires habitan cuatro de las ocho etnias indígenas del país, razón por la que fue declarado cantón de las culturas aborígenes de Costa Rica. Esto lo hace ser particularmente distinto, evidenciándose la necesidad de que las instituciones comprendan la cosmovisión de los territorios indígenas para una adecuada atención y/o intervención.
- Existe inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud, lo cual se evidencia por la falta de un nosocomio adecuado a la demanda Bonaerense, que cuente con atención oportuna y el recurso tanto humano como material especializado.
- El cantón de Buenos Aires es el de mayor extensión territorial de los cantones de la Región Brunca, esta particularidad limita el acceso a muchas comunidades por razones como; estaciones climáticas, caminos en mal estado, poca oferta de transporte y tiempos de traslado entre comunidades, además de la vulnerabilidad a los desastres naturales.
- Es necesario mejorar el trabajo intersectorial para intervenir en la elaboración de planes efectivos que respondan a las políticas y la legislación, incorporando a todos los actores sociales.
- La pérdida de valores sociales y familiares es identificada como una problemática de salud de gran relevancia para los actores sociales comunitarios, debido a la relación directa que tiene con situaciones como el consumo de drogas, narcotráfico, aumento de la violencia familiar y social.

- El aumento en las solicitudes para la atención especializada en salud mental, más los factores de riesgo físicos y mentales que se acrecentaron después de la pandemia del COVID-19, evidencia la necesidad de contar con el acceso a profesionales en este campo.
- Se considera fundamental trabajar la promoción y prevención para brindar herramientas adecuadas a las personas con conocimiento de los estilos de vida saludables, que se requieren tanto a nivel físico, social y mental, objetivos prioritarios que se deben poner en práctica en nuestra población, convirtiéndose en factores protectores.
- En el cantón de Buenos Aires no es posible descongestionar la red hospitalaria como se planteó con la reforma del sector salud, ya que actualmente existe un aumento en la demanda de servicios de salud, situación que no es ajena al contexto nacional, no obstante, en el caso de este cantón, es evidente la insuficiente oferta de servicios de salud públicos, así como la limitada capacidad resolutive del Área de Salud Buenos Aires al ser un primer nivel de atención que atiende aproximadamente 55 443 habitantes de zonas geográficas muy dispersas; transgrediendo los principios de universalidad y equidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, principal proveedor de los servicios de salud en el país.

## 10. Bibliografía:

Alarcón Alba, N. (s.f.). Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA).  
<https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/paia.pdf>

Amador, J. (2005) "El juego de los Diablitos en Curré" En Herencia: Programa de Rescate y Revitalización del Patrimonio Cultural. UCR, Vicerrectoría de Acción Social, Extensión Cultural. San José. Vol. 17 (1).

American Cancer Society. (2023). ¿Qué indican las estadísticas clave sobre el cáncer de estómago? <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-estomago/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=En%20los%20Estados%20Unidos%2C%20el,c%3%A1ncer%20en%20los%20Estados%20Unidos.>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2005). Declara cantón de Buenos Aries de la Provincia de Puntarenas como Región de las Culturas Aborígenes de Costa Rica. N°32454. Costa Rica.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=55100&nValor3=60373&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=55100&nValor3=60373&strTipM=TC)

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2014). Ley General de la Salud N°5395. Costa Rica. <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/LEY-5395.pdf>

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2015). Decreto Ejecutivo N° 39088-S Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente salud sexual y reproductiva. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2018). Oficializa la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida. N°40881-S. Costa Rica.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=85927&nValor3=111297&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=85927&nValor3=111297&strTipM=TC)

- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2018). Reglamento de organización y funcionamiento de la Secretaría Técnica de Salud Mental. N°41383-S. Costa Rica. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=87517&nValor3=114077&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=87517&nValor3=114077&strTipM=TC)
- Barrantes. V. (2022). Los retos en salud pública que afronta la próxima administración. <https://www.unacomunica.una.ac.cr/index.php/enero-2022/3829-los-retos-en-salud-publica-que-afrontar-la-proxima-administracion>
- Bolaños, H.; Tijerino, A.; Oropeza, G.; Morales, J.; Campos, E. y Red Nacional de Laboratorios de Bacteriología. (2014). Informe de vigilancia basada en laboratorio: Incremento significativo de la shigelosis en Costa Rica durante el primer cuatrimestre del 2014. [https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/2023-04-10\\_Estudio%20Carga%20de%20diarreas%20de%20presunto%20origen%20infeccioso.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/2023-04-10_Estudio%20Carga%20de%20diarreas%20de%20presunto%20origen%20infeccioso.pdf)
- Buján, S. et al (2020). Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140900152020000100062](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152020000100062)
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2006). Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social Proyección: 2006-2017. <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/362/EspecialidadesMedicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2009). Guía de Atención Integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y postparto. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/prenatal.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes con énfasis en salud sexual y salud reproductiva. Mundo Creativo 2015.

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). Memoria institucional 2014. <https://repositorio.binasss.sa.cr>
- Cansino Vega, R. (2009). Asfixia perinatal. Revista Médica MD, 4(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2009/md094b.pdf>
- Centros para el Control y la Prevención de enfermedades. (2015). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). <https://www.cdc.gov/copd/espanol.html#:~:text=La%20Enfermedad%20Pulmonar%20Obstructiva%20Cr%C3%B3nica,en%20algunos%20casos%2C%20el%20asma.%2012%20marzo%20201>
- Centros para el Control y la Prevención de enfermedades. (2022). ¿Qué es la parálisis cerebral infantil? [https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/cp/facts.html#:~:text=La%20par%C3%A1lisis%20cerebral%20infantil%20\(tambi%C3%A9n,de%20una%20persona%20a%20otr](https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/cp/facts.html#:~:text=La%20par%C3%A1lisis%20cerebral%20infantil%20(tambi%C3%A9n,de%20una%20persona%20a%20otr)
- Chavarría, N. (2017). Caracterización clínico y epidemiológico de la población con parálisis cerebral infantil atendida en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera entre el 1 de enero 2011 al 31 diciembre 2015. Trabajo de posgrado. Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/13341/1/41687.pdf>
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2019). La salud mental de las personas en Costa Rica: una obligación del Estado y un desafío para todos los sectores. <https://psicologiacr.com/la-salud-mental-de-las-personas-en-costa-rica-una-obligacion-del-estado-y-un-desafio-para-todos-los-sectores/>
- Consejo Directivo (2003). La familia y la salud. <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd44-10-s.pdf>
- Fallas, G. Leitón, A. Padilla, R. (2021). Informe de caracterización del territorio Buenos Aires - Coto Brus. Instituto de Desarrollo Rural. Región Brunca.

Gálvez Henry, F. y otros. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 43(3), 15-27. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2015). VI encuesta nacional. Consumo de drogas en Costa Rica. <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/Encuesta-Nacional-de-Drogas-2015.pdf>

Instituto Costarricense sobre Drogas (2019). Perfiles personales y sociodemográficos de las personas que reciben tratamiento en Organizaciones no Gubernamentales autorizadas por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en Costa Rica. [https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Perfiles\\_personales\\_y\\_sociodemograficos\\_personas\\_que\\_reciben\\_tratamiento\\_en\\_ONGs\\_autorizadas\\_IAFA.pdf](https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Perfiles_personales_y_sociodemograficos_personas_que_reciben_tratamiento_en_ONGs_autorizadas_IAFA.pdf)

Instituto de Desarrollo Rural [INDER]. (2014). Informe de caracterización del territorio Buenos Aires – Coto Brus. <https://www.inder.go.cr/buenos-aires-coto-brus/Caracterizacion-BuenosAires-CotoBrus.pdf>

Instituto de Salud para el Bienestar de México (2022). Día Mundial de la Parálisis Cerebral. <https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/dia-mundial-de-la-paralisis-cerebral-06-de-octubre?idiom=es#:~:text=Se%20estima%20que%20en%20el,ni%C3%B1os%20nacieron%20con%20esta%20condici%C3%B3n.&text=Esta%20condici%C3%B3n%20es%20la%20principal%20causa%20de%20discapacidad%20infantil>.

Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2019). País tiene 18,2% personas en situación de discapacidad. <https://inec.cr/noticias/pais-tiene-182-personas-situacion-discapacidad>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2022). Encuesta Continua de Empleo: Indicadores del Mercado Cuarto Trimestre 2013. San José, Costa Rica.

- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2023). Esperanza de vida al nacer. <https://inec.cr/indicadores/esperanza-vida-al-nacer>
- León-Ramírez, S. (2002). Shigelosis (disentería bacilar). *Revista Salud en Tabasco*, 8(1), 22-25. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48708106.pdf>
- Llambías Peláez, A.; Reyes Ramírez, W.; Pérez Buchillón, R.; Carmenate Martínez, L.; Pérez Martínez, L. y Díaz Díaz, G. (2016). Factores de riesgo de la asfixia perinatal. *Revista Médico Electrónica de Ciego de Ávila*, 22(4), 30-35. <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/666>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. [MIDEPLAN]. (2018). Índice de Desarrollo Social 2017. San José. Costa Rica. <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/6l2bxJTjQqWPGoLkFtG9Xw>
- Ministerio de Salud. (2019). Medidas de higiene son necesarias para prevenir diarrea Shigella. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/270-medidas-de-higiene-son-necesarias-para-prevenir-diarrea-shigella-casos-se-registran-en-mayor-cantidad-en-liberia-y-alajuelita>
- Ministerio de Salud (2020). Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2021-2030. El Ministerio.
- Monge. B. (2023). La pérdida de valores y la crisis de educación. <https://semanariouniversidad.com/opinion/la-perdida-de-valores-y-la-crisis-en-la-educacion/>
- Natalia, M y Diego, F. (2022). Situación socioeconómica de la región Brunca: investigación de base. CONARE – PEN. San José, Costa Rica. Disponible en: [https://repositorio.conare.ac.cr/bitstream/handle/20.500.12337/8282/Morales\\_N\\_Situacion\\_socioeconomica\\_region\\_Brunca\\_IEN\\_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.conare.ac.cr/bitstream/handle/20.500.12337/8282/Morales_N_Situacion_socioeconomica_region_Brunca_IEN_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Oficina de Comunicación y Mercadeo del Tecnológico de Costa Rica (s.f.). Agua, un tesoro invaluable. <https://www.tec.ac.cr/pensis/articulos/agua-tesoro-invaluable>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Salud del Adolescente. [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2021). La carga de las enfermedades respiratorias crónicas en la Región de las Américas, 2000-2019. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-respiratorias-cronicas>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2004). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. <https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/perfil.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006\\_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.). Prevención del suicidio. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Piqueras. J. (s.f). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. [https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el\\_suicidio\\_en\\_la\\_adolescencia\\_un\\_problema\\_de\\_salud\\_publica\\_que\\_se\\_puede\\_y\\_debe\\_prevenir.pdf](https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf)

Ministerio de Salud (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. San José, Costa Rica. <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>

Rodríguez Rojas, J. (2000). Una respuesta desde el Sector Salud a la Adolescencia Costarricense [Ponencia]. <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolescenciacostarricense.htm#respuesta>

- Román Vega, I. (2022). Educación sexual y caída de los embarazos adolescentes: un logro país que debemos cuidar. Programa Estado de La Nación. <https://estadonacion.or.cr/educacion-sexual-y-caida-de-los-embarazos-adolescentes-un-logro-pais-que-debemos-cuidar/>
- Tirado-Hurtado, B. (2020). La salud mental de los niños y adolescentes en tiempos de pandemia. Revista UH Ciencias de la Salud, 6(4), 161-165. <https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/445/276>
- Universidad de Costa Rica [UCR] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2019). IX Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia En Costa Rica. <http://www.edna.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2020/10/EDNA-2019-web-mod.pdf>
- Vallejo Barón, J. (2013). Embarazo en adolescentes. Complicaciones. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 605, 65-69. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
- Vargas, P. (2005). Dos festividades borucas: el baile de los diablitos y la fiesta de los negritos. En Revista Inter Sedes. UCR. San José. Vol.VI (11). <https://si.cultura.cr/expresiones-y-manifestaciones/el-juego-de-los-diablitos.html>
- Vigilancia de la Salud. (2019). Análisis de Situación Integral de Salud de Costa Rica. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.

## 11. Anexos

### Anexo número 1.

Selección de actores sociales comunitarios.

Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS						
Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
		1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	1. Poca 2. Media 3. Alta	
Actor de la comunidad	ADI Salitre	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	ADI Boruca	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	ADI Ujarrás	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	ADI Térraba	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	ADI Rey Curré	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	ADI Potrero Grande	3	2	2	2	9
Actor de la comunidad	ADI Buenos Aires	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Asada Volcán	3	3	3	2	11
Actor de la comunidad	Sector turismo Biolley	3	3	3	2	11
Actor de la comunidad	Actor social Junta de Educación Escuela San Carlos	3	3	3	2	11
Actor de la comunidad	ADI Santa Marta	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Síndico de Pila	3	2	2	2	9
Actor de la comunidad	Síndico de Colinas	3	2	2	2	9
Actor de la comunidad	Fundación de Cuidados Paliativos	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Consejo de la persona Joven	3	3	3	2	11

Actor de la comunidad	Vicealcaldesa	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	ADI Chánguena	3	3	2	2	10

## Anexo número 2.

### Lista de asistencia en el primer taller ASIS.



Lista de asistencia



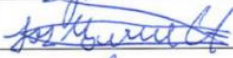




Actividad: Primer taller ASIS con Actores Sociales de la Comunidad.

Fecha: 25 de mayo 2023

Lugar: Sala de reuniones del Ministerio de Salud

Organiza: Equipo Local ASIS ARSBA

Nombre	Cédula	Número de teléfono	Comunidad / institución	Firma
Cindy Fonseca Mora	113480798	72758059	Fundación Pro Clínica	
* Miriam Paola Martínez Gutiérrez	1-1925-0127	63298769	ADII Térraba	
Grace González González	6-0237-0677	8319 7829	sindico Pitas B.A.	Grace González G.
José Jimmy Ureña Quiros	9-0057 0544	8918 9250	Biolley	José Ureña
Ismael González Rojas	6-02470203	8750 6924	ADI Boruca	
Tony Zúñiga Castro	1-517-374	63-46-4849	ASADA Volcán	
Robert Afencio Blanco	6-228-598	8505 4251	Pitas / ADI	
Neil Rojas Belgado	6-340 782	8931 5258	ADI Salitre	
María Victoria Lázaro Lázaro	1-1723-0884	8610 8795	ADI Curú	
Julian Lizano Quiros	1-429-954	83186202	ADI B.A.	
Nelson Zúñiga Rojas	11344 0485	87366743	ADII Ujarrés	
Fondación Reprograma Campos	303400719	0314-7003	Min. Salud	

Nombre.	Cédula	Comunidad	teléfono	Firma
Jenis Leiton Ullanueva	1-1220-0716	San Carlos	86-60-81-57	
Marpie Amador Picado	1-1110-0617	Santa Marta	85-20-81-48	
Mauricio Cordero Arias	1-0946-0996	Changuena	8606-60-67	
Fabiola Naranja Cordero	116550181	Ministerio de Salud	87252967	
Beverly Alpizar S	11007097	Minist de Salud	27320074	
Adolfo Felipe Vidal Btes	601680405	ARSB	2730 0074	
Milays Araya Solís	604040823	ARSB	84136924	

### Anexo número 3.

Lista de asistencia del segundo taller ASIS.



Lista de asistencia

Actividad: Segundo taller ASIS con expertos (Análisis de los problemas priorizados).

Fecha: 29 de junio 2023

Lugar: Sala de reuniones del Ministerio de Salud

Organiza: Equipo Local ASIS ARSBA



Nombre	Cédula	Número de teléfono	Comunidad / institución	Firma
Melissa Acosta Jiménez	114770112	89757373	San Carlos / UNED	
Juan José Flores Portilla	1-3190935	62211169	Fuerza Pública	
Wilber Leiton Villanueva	1-1101-0059	8327-3272	MEP	
Frank Quiel López	113620055	85090455	ASADA Volcán	
Clarisa Flores Obando	601970945	86852509	Fuerza Pública	
Dennis Mora Cordero	6195234	8839.0031	Instituto de Salud	
Yaniletta Muñoz Morales	1-0669-0591	83042345	E. C. S. S.	
Jairo Gomez Corp.	112662622	83289980	Dirección Agua y Medio Ambiente	
Rolando Rodríguez Torres	108830080	83181139	SINAC-ARSBA	
Karol Zapata Zapata	603450174	83021314	Municipalidad	
Lolita Gamboa Jiménez	111680836	83490221	MEP	
Junita Calderón Bustamente	14170360	87155863	Cruz Roja	

## Lista de asistencia

Actividad: Segundo taller ASIS con expertos (Análisis de los problemas priorizados).

Fecha: 29 de junio 2023

Lugar: Sala de reuniones del Ministerio de Salud

Organiza: Equipo Local ASIS ARSBA

Nombre	Cédula	Número de teléfono	Comunidad / institución	Firma
Jenny Espinoza Gano	107390929	2730 51 54	PANT	
Hannia Obispo Ortega	1-0972-0643	27320116	C.C.S.S.	
Hugo Elizondo S.	114220549	8728 8217	IMAS	
Luis Carlos Valverde Avila	110060936	89948311	CCSS	
Fouclall Priocano Campos	303430719	3314-7003	Min. Salud	
Milays Araya Solís	60404082	84136924	ARS BA	
Fabiola Naranjo Cordero	116550181	87252967	ARS BA	
Adolfo Eidal Barrantes	6168405	83156343	ARS BA	
BENGY ALPIZA S	11079097	27320071	ARS BA	
ANDRÉS GONZÁLEZ BARRERA	1-1117-0453	8892-4760	MALB	

**Anexo número 4.**

Lista de asistencia del tercer taller ASIS.



Lista de asistencia

Actividad: Tercer taller ASIS con expertos (Análisis de los problemas de mortalidad priorizados).

Fecha: 10 de julio 2023

Lugar: Sala de reuniones del Ministerio de Salud

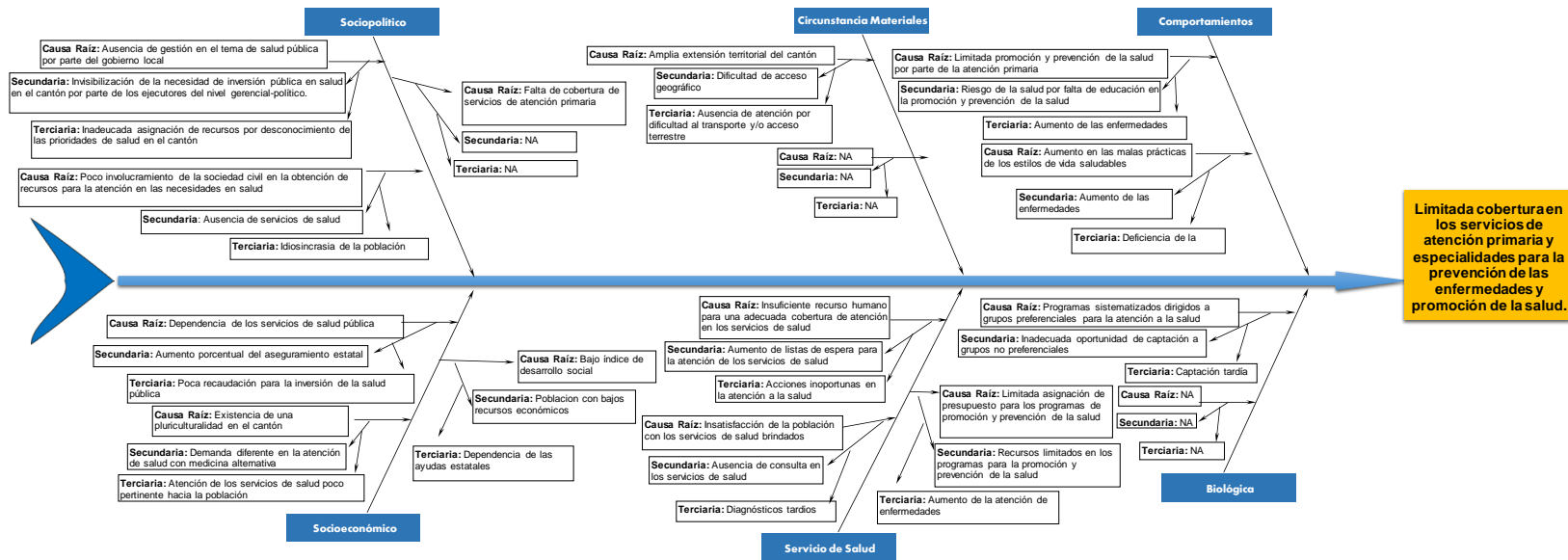
Organiza: Equipo Local ASIS ARSBA



Nombre	Cédula	Número de teléfono	Comunidad / institución	Firma
Milays Araya Solís	604040823	84136924	ARSBA	
Fabiola Naranjo Cordero	116550181	87252907	ARSBA	
Kamileth Méndez Morales	106690591	83042345	ASBA	
Luis Carlos Valverde Ailla	110060936	89948311	ASBA	
Adolfo Felipe Vidal Barrotes	601680405	83356543	ARSBA	
Faudat Zejorano Campos	303413079	8314-7003	Mju. Salud	
				/

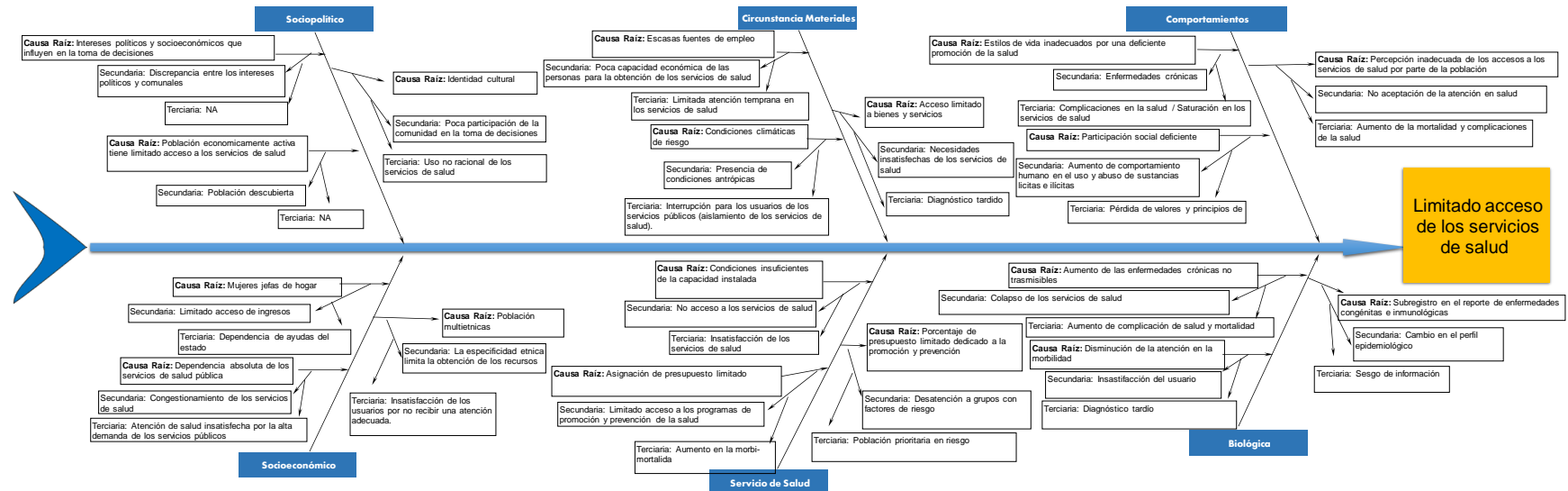
Anexo número 5.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema general: Limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.



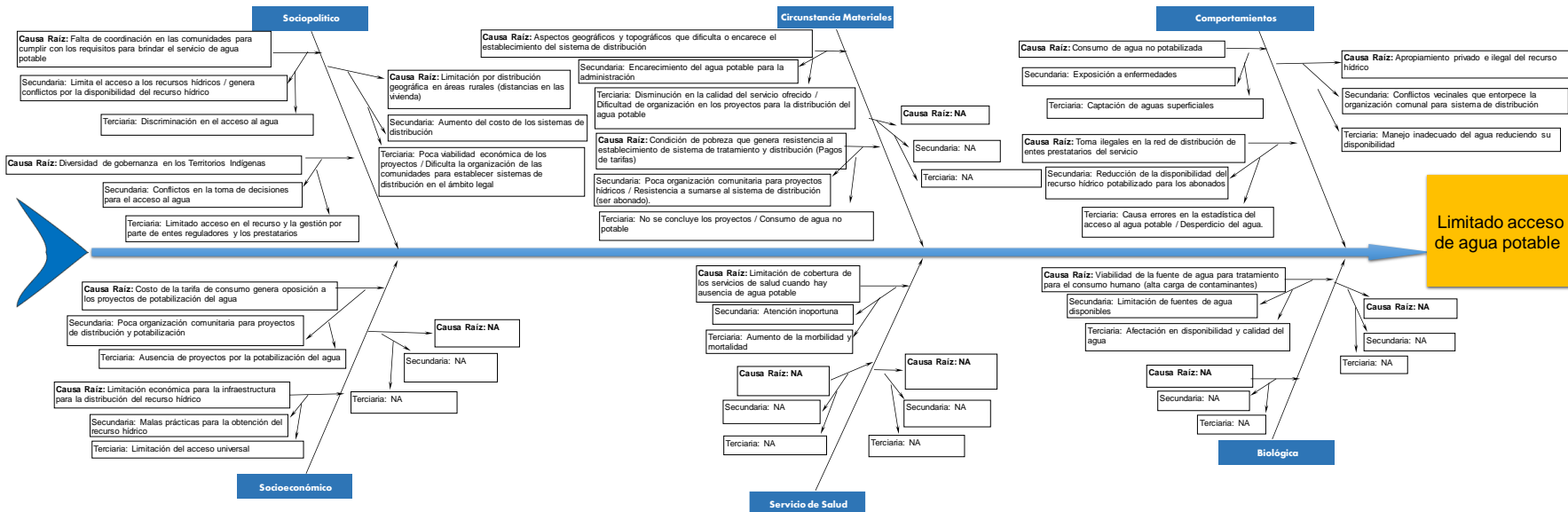
Anexo número 6.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema priorizado por la comunidad: Limitado acceso a los servicios de salud



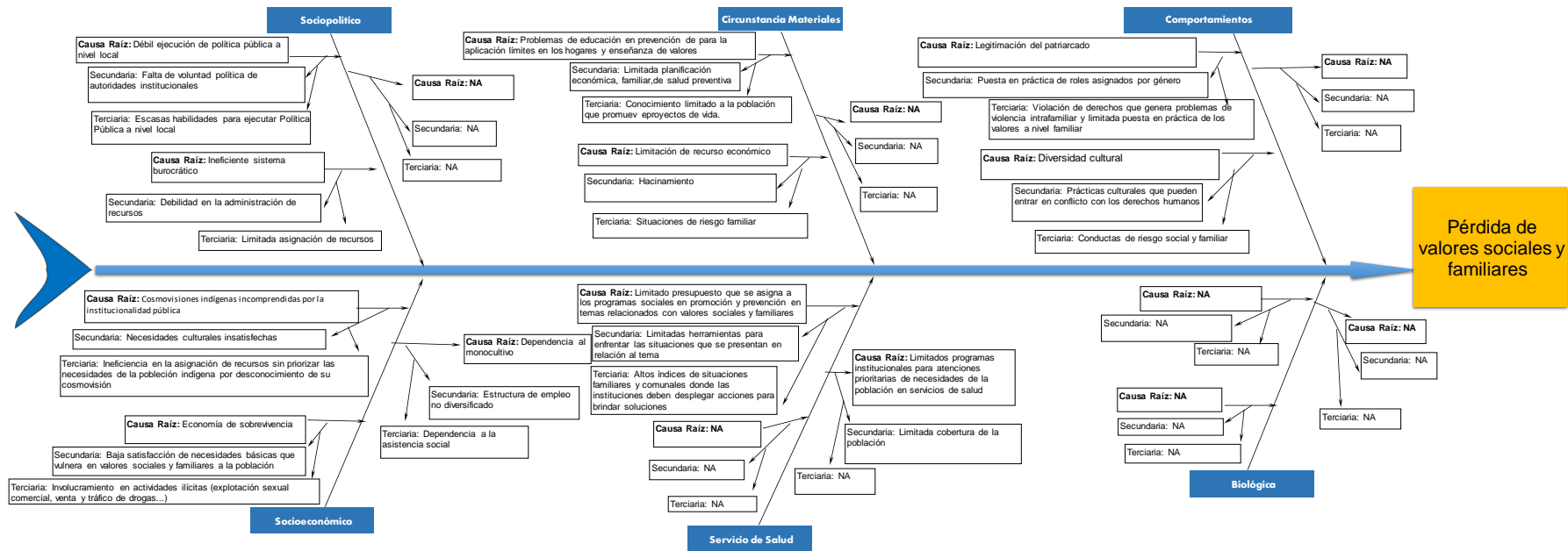
Anexo número 7.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema priorizado por la comunidad: Limitado acceso al agua potable.



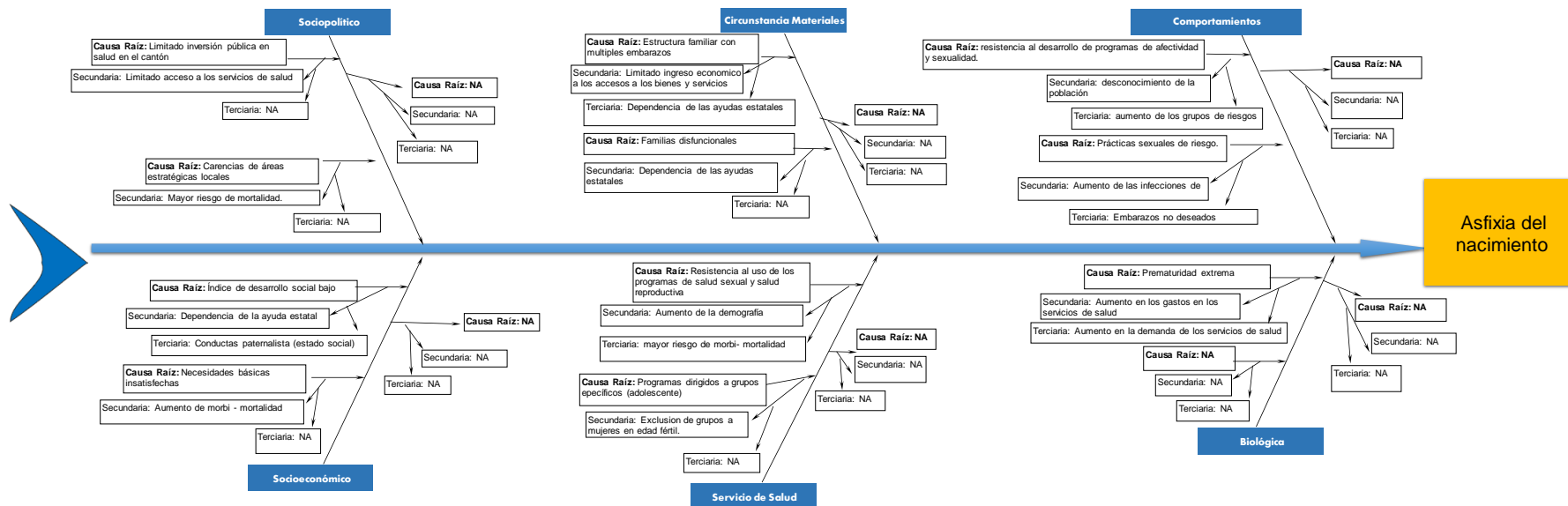
Anexo número 8.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema priorizado por la comunidad: Pérdida de valores sociales y familiares



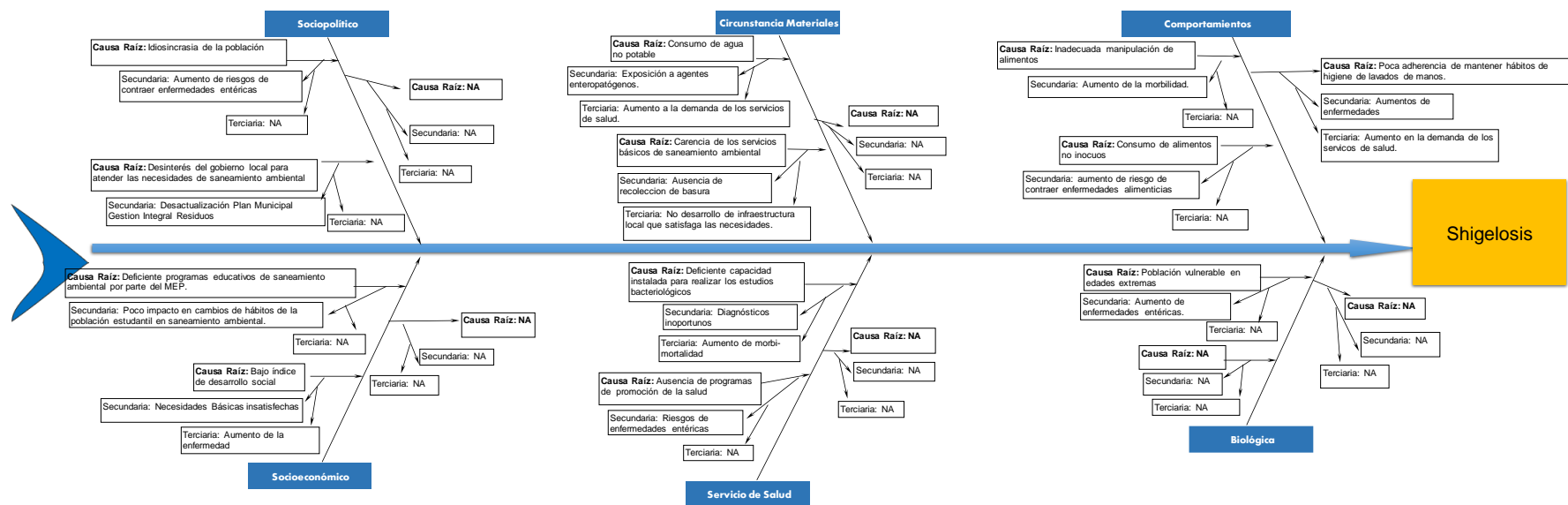
Anexo número 9.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema de mortalidad priorizado en menores de un año: Asfisia del nacimiento



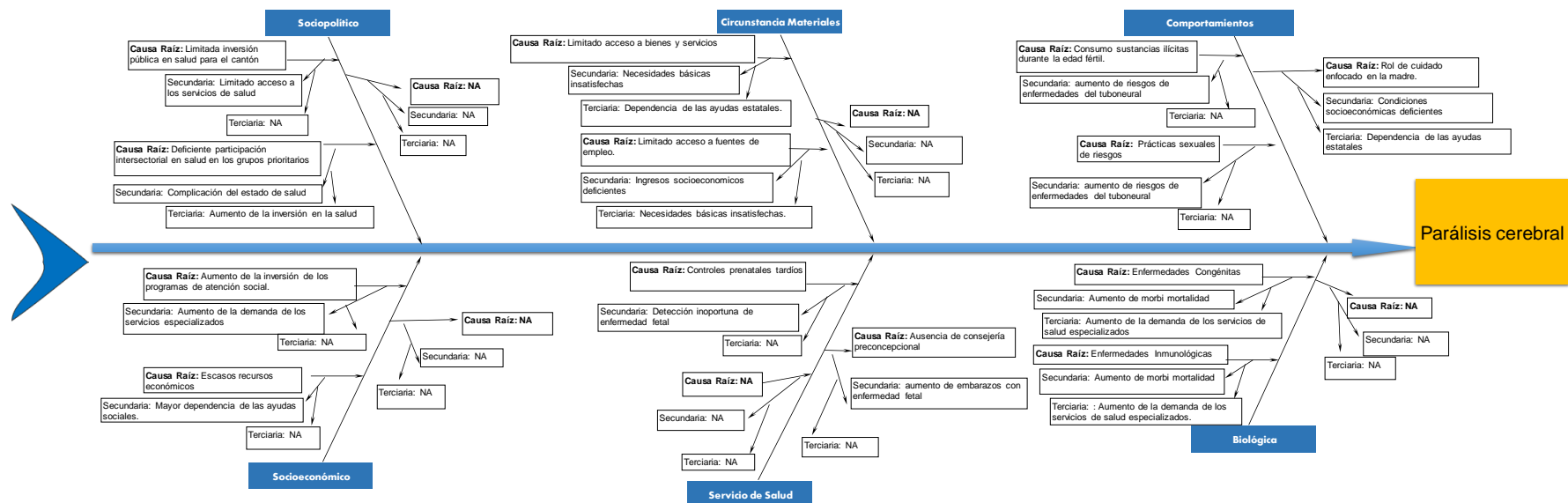
Anexo número 10.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 1 a 9 años: Shigelosis



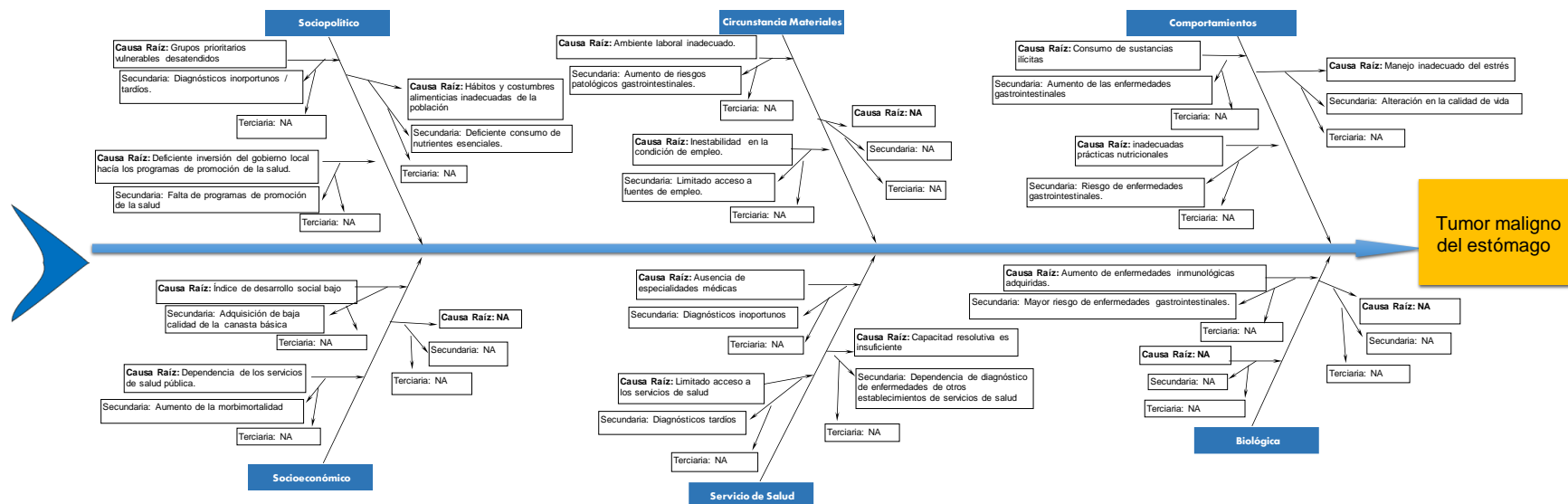
Anexo número 11.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 10 a 19 años: Parálisis cerebral



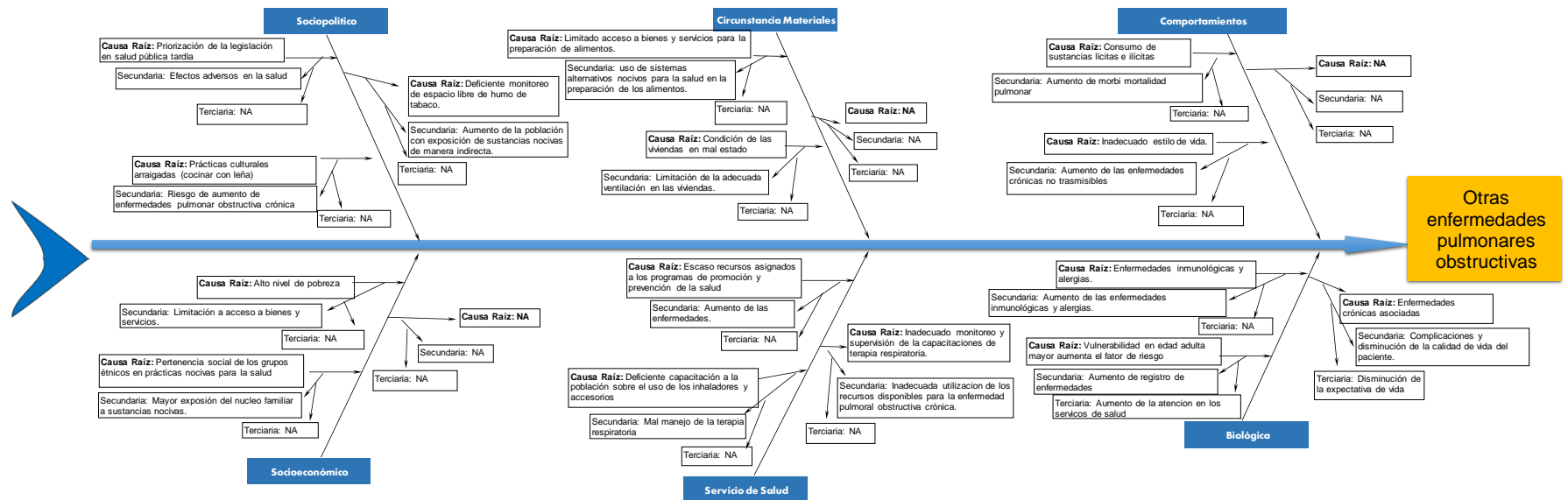
Anexo número 12.

Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 20 a 64 años: Tumor maligno del estómago.



Anexo número 13.

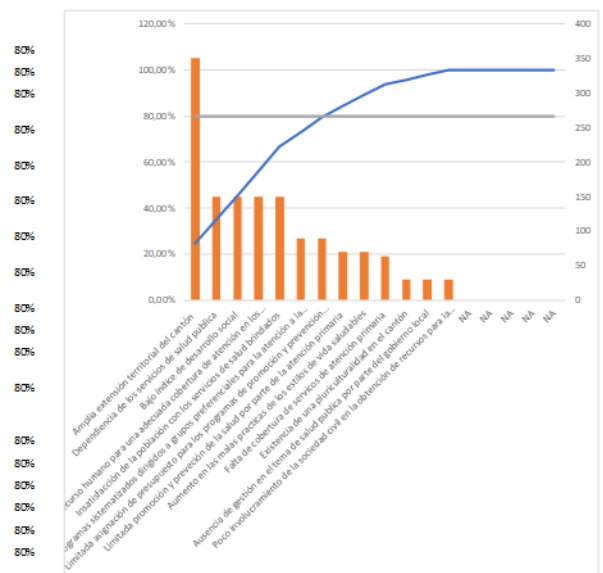
Diagrama de Ishikawa o espina de pescado del problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 65 y más años: Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas



Anexo número 14.

**Diagrama Pareto del Problema General:** Limitada cobertura en los servicios de atención primaria y especialidades para la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

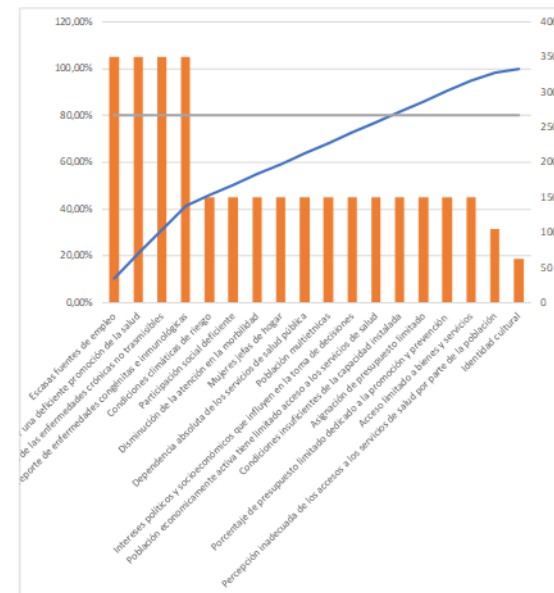
Dimensión	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)(B)(C)=D	% Relativa ORDENA R	0
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Amplia extensión territorial del cantón	10	5	7	350	24,80%	24,80%
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Dependencia de los servicios de salud pública	10	5	3	150	10,54%	35,14%
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Bajo índice de desarrollo social	10	5	3	150	10,54%	45,68%
<b>Servicios de Salud</b>	Insuficiente recurso humano para una adecuada cobertura de atención en los servicios de salud	10	5	3	150	10,54%	56,22%
<b>Servicios de Salud</b>	Insatisfacción de la población con los servicios de salud brindados	10	5	3	150	10,54%	66,76%
<b>Factores Biológicos</b>	Programas sistematizados dirigidos a grupos preferenciales para la atención a la salud	10	3	3	90	6,32%	73,09%
<b>Servicios de Salud</b>	Limitada asignación de presupuesto para los programas de promoción y prevención de la salud	10	3	3	90	6,32%	79,41%
<b>Comportamiento</b>	Limitada promoción y prevención de la salud por parte de la atención primaria	10	1	7	70	4,92%	84,33%
<b>Comportamiento</b>	Aumento en las malas prácticas de los estilos de vida saludables	10	1	7	70	4,92%	89,25%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Falta de cobertura de servicios de atención primaria	7	3	3	63	4,43%	93,68%
<b>Factores Socioeconómicos</b>	Existencia de una pluriculturalidad en el cantón	10	1	3	30	2,11%	95,78%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Ausencia de gestión en el tema de salud pública por parte del gobierno local	10	1	3	30	2,11%	97,89%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Poco involucramiento de la sociedad civil en la obtención de recursos para la atención en las necesidades en salud	10	1	3	30	2,11%	100,00%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Comportamiento</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Factores Biológicos</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Factores Biológicos</b>	NA				0	0,00%	100,00%



Anexo número 15.

Diagrama de Pareto del problema priorizado por la comunidad: Limitado acceso a los servicios de salud

Dimensión	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	$A^2(B)(C)-D$	% Relativa ORDENAR	$\sum$
Circunstancias materiales de vida	Escasas fuentes de empleo	10	5	7	350	10,39%	10,39%
Comportamiento	Estilos de vida inadecuados por una deficiente promoción de la salud	10	5	7	350	10,39%	20,78%
Factores Biológicos	Aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles	10	5	7	350	10,39%	31,18%
Factores Biológicos	Subregistro en el reporte de enfermedades congénitas e inmunológicas	10	5	7	350	10,39%	41,57%
Circunstancias materiales de vida	Condiciones climáticas de riesgo	10	5	3	150	4,45%	46,02%
Comportamiento	Participación social deficiente	10	5	3	150	4,45%	50,48%
Factores Biológicos	Disminución de la atención en la morbilidad	10	5	3	150	4,45%	54,93%
Factores Socioeconomicos	Mujeres jefas de hogar	10	5	3	150	4,45%	59,38%
Factores Socioeconomicos	Dependencia absoluta de los servicios de salud pública	10	5	3	150	4,45%	63,84%
Factores Socioeconomicos	Población multiétnicas	10	5	3	150	4,45%	68,29%
Factores Sociopolíticos	Intereses políticos y socioeconómicos que influyen en la toma de decisiones	10	5	3	150	4,45%	72,74%
Factores Sociopolíticos	Población económicamente activa tiene limitado acceso a los servicios de salud	10	5	3	150	4,45%	77,20%
Servicios de Salud	Condiciones insuficientes de la capacidad instalada	10	5	3	150	4,45%	81,65%
Servicios de Salud	Asignación de presupuesto limitado	10	5	3	150	4,45%	86,10%
Servicios de Salud	Porcentaje de presupuesto limitado dedicado a la promoción y prevención	10	5	3	150	4,45%	90,56%
Circunstancias materiales de vida	Acceso limitado a bienes y servicios	10	5	3	150	4,45%	95,01%
Comportamiento	Percepción inadecuada de los accesos a los servicios de salud por parte de la población	7	5	3	105	3,12%	98,13%
Factores Sociopolíticos	Identidad cultural	7	3	3	63	1,87%	100,00%





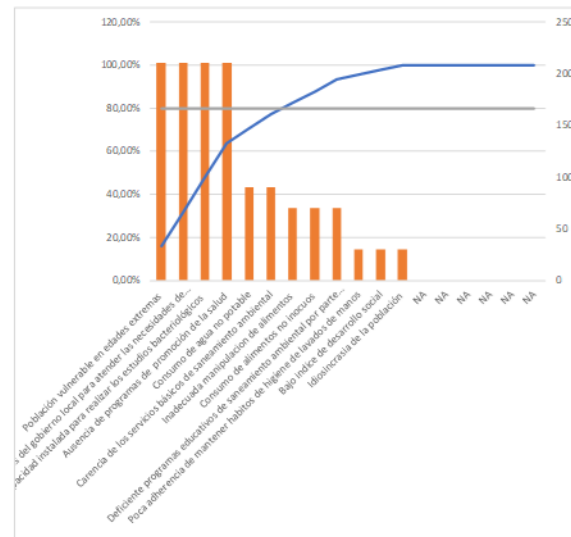




Anexo número 19.

Diagrama de Pareto del problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 1 a 9 años: Shigelosis

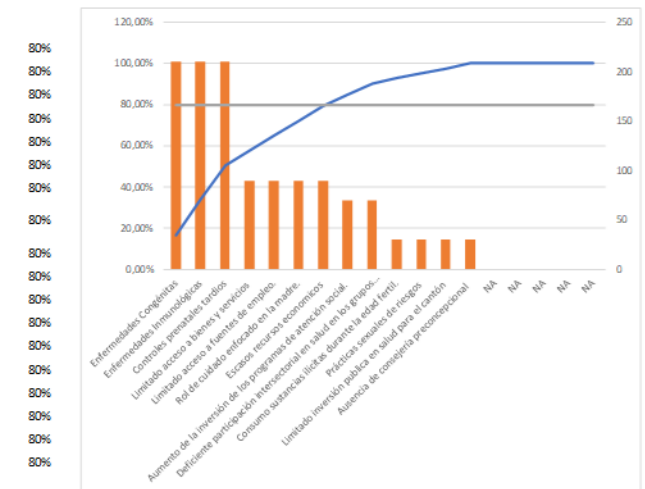
Dimensión	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	$(A) \times (B) \times (C) = D$	% Relativa ORDENAR	0
Factores Biológicos	Población vulnerable en edades extremas	10	3	7	210	15,91%	15,91%
Factores Sociopolíticos	Desinterés del gobierno local para atender las necesidades de saneamiento ambiental	10	3	7	210	15,91%	31,82%
Servicios de Salud	Deficiente capacidad instalada para realizar los estudios bacteriológicos	10	3	7	210	15,91%	47,73%
Servicios de Salud	Ausencia de programas de promoción de la salud	10	3	7	210	15,91%	63,64%
Circunstancias materiales de vida	Consumo de agua no potable	10	3	3	90	6,82%	70,45%
Circunstancias materiales de vida	Carencia de los servicios básicos de saneamiento ambiental	10	3	3	90	6,82%	77,27%
Comportamiento	Inadecuada manipulación de alimentos	10	1	7	70	5,30%	82,58%
Comportamiento	Consumo de alimentos no inocuos	10	1	7	70	5,30%	87,88%
Factores Socioeconomicos	Deficiente programas educativos de saneamiento ambiental por parte del MEP.	10	1	7	70	5,30%	93,18%
Comportamiento	Poca adherencia de mantener hábitos de higiene de lavados de manos	10	1	3	30	2,27%	95,45%
Factores Socioeconomicos	Bajo índice de desarrollo social	10	1	3	30	2,27%	97,73%
Factores Sociopolíticos	Índice de incrasia de la población	10	1	3	30	2,27%	100,00%
Circunstancias materiales de vida	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Biológicos	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Biológicos	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Socioeconomicos	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Sociopolíticos	NA				0	0,00%	100,00%
Servicios de Salud	NA				0	0,00%	100,00%



## Anexo número 20.

## Diagrama de Pareto del problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 10 a 19 años: Parálisis cerebral

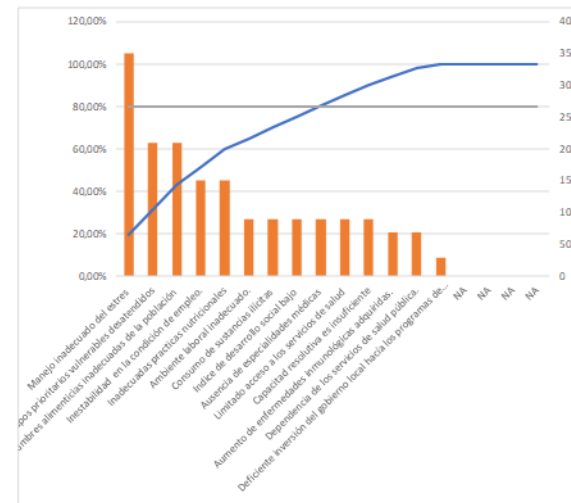
Dimensión	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)²/(B)³(C)=D	% Relativa ORDENAR	0
<b>Factores Biológicos</b>	Enfermedades Congénitas	10	3	7	210	16,80%	16,80%
<b>Factores Biológicos</b>	Enfermedades Inmunológicas	10	3	7	210	16,80%	33,60%
<b>Servicios de Salud</b>	Controles prenatales tardíos	10	3	7	210	16,80%	50,40%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Limitado acceso a bienes y servicios	10	3	3	90	7,20%	57,60%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	Limitado acceso a fuentes de empleo.	10	3	3	90	7,20%	64,80%
<b>Comportamiento</b>	Rol de cuidado encomendado en la madre.	10	3	3	90	7,20%	72,00%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	Escasos recursos economicos	10	3	3	90	7,20%	79,20%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	Aumento de la inversión de los programas de atención social.	10	1	7	70	5,60%	84,80%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Deficiente participación intersectorial en salud en los grupos prioritarios	10	1	7	70	5,60%	90,40%
<b>Comportamiento</b>	Consumo sustancias ilícitas durante la edad fértil.	10	1	3	30	2,40%	92,80%
<b>Comportamiento</b>	Prácticas sexuales de riesgos	10	1	3	30	2,40%	95,20%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	Limitado inversión pública en salud para el cantón	10	1	3	30	2,40%	97,60%
<b>Servicios de Salud</b>	Ausencia de consejería preconcepcional	10	1	3	30	2,40%	100,00%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Factores Biológicos</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	NA				0	0,00%	100,00%
<b>Servicios de Salud</b>	NA				0	0,00%	100,00%



Anexo número 21.

Diagrama de Pareto del Problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 20 a 64 años: Tumor maligno del estómago

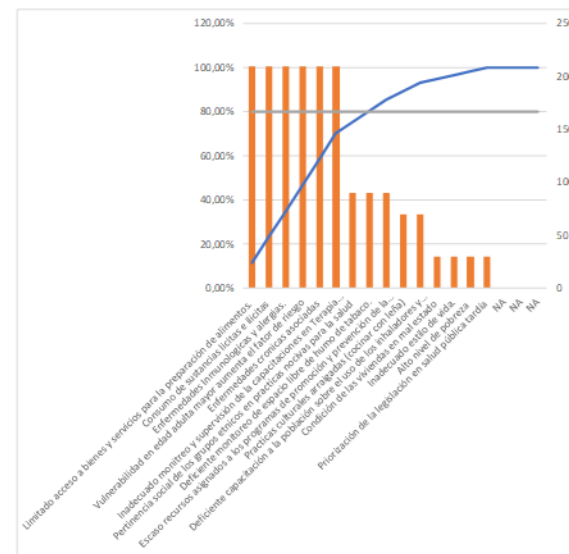
Dimensión	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa ORDENAR	0
Comportamiento	Manejo inadecuado del estrés	10	5	7	350	19,66%	19,66%
Factores Sociopolíticos	Grupos prioritarios vulnerables desatendidos	10	3	7	210	11,80%	31,46%
Factores Sociopolíticos	Hábitos y costumbres alimenticias inadecuadas de la población	10	3	7	210	11,80%	43,26%
Circunstancias materiales de vida	Inestabilidad en la condición de empleo.	10	5	3	150	8,43%	51,69%
Comportamiento	Inadecuadas prácticas nutricionales	10	5	3	150	8,43%	60,11%
Circunstancias materiales de vida	Ambiente laboral inadecuado.	10	3	3	90	5,06%	65,17%
Comportamiento	Consumo de sustancias ilícitas	10	3	3	90	5,06%	70,22%
Factores Socioeconomicos	Índice de desarrollo social bajo	10	3	3	90	5,06%	75,28%
Servicios de Salud	Ausencia de especialidades médicas	10	3	3	90	5,06%	80,34%
Servicios de Salud	Limitado acceso a los servicios de salud	10	3	3	90	5,06%	85,39%
Servicios de Salud	Capacidad resolutiva es insuficiente	10	3	3	90	5,06%	90,45%
Factores Biologicos	Aumento de enfermedades inmunológicas adquiridas.	10	1	7	70	3,93%	94,38%
Factores Socioeconomicos	Dependencia de los servicios de salud pública.	10	1	7	70	3,93%	98,31%
Factores Sociopolíticos	Deficiente inversión del gobierno local hacia los programas de promoción de la salud.	10	1	3	30	1,69%	100,00%
Circunstancias materiales de vida	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Biologicos	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Biologicos	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Socioeconomicos	NA				0	0,00%	100,00%



Anexo número 22.

Diagrama de Pareto del problema de mortalidad priorizado en el curso de vida de 65 y más años: Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

Dimensión	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)^(B)^(C)-D	% Relativa ORDENAR	0
Circunstancias materiales de vida	Limitado acceso a bienes y servicios para la preparación de alimentos.	10	3	7	210	11,73%	11,73%
Comportamiento	Consumo de sustancias lícitas e ilícitas	10	3	7	210	11,73%	23,46%
Factores Biológicos	Enfermedades Inmunológicas y alergias.	10	3	7	210	11,73%	35,20%
Factores Biológicos	Vulnerabilidad en edad adulta mayor aumenta el factor de riesgo	10	3	7	210	11,73%	46,93%
Factores Biológicos	Enfermedades crónicas asociadas	10	3	7	210	11,73%	58,66%
Servicios de Salud	Inadecuado monitoreo y supervisión de la capacitaciones en Terapia respiratoria.	10	3	7	210	11,73%	70,39%
Factores Socioeconomicos	Pertinencia social de los grupos étnicos en practicas nocivas para la salud	10	3	3	90	5,03%	75,42%
Factores Sociopolíticos	Deficiente monitoreo de espacio libre de humo de tabaco.	10	3	3	90	5,03%	80,45%
Servicios de Salud	Escaso recursos asignados a los programas de promoción y prevención de la salud	10	3	3	90	5,03%	85,47%
Factores Sociopolíticos	Practicas culturales arraigadas (cocinar con leña)	10	1	7	70	3,91%	89,39%
Servicios de Salud	Deficiente capacitación a la población sobre el uso de los inhaladores y accesorios	10	1	7	70	3,91%	93,30%
Circunstancias materiales de vida	Condición de las viviendas en mal estado	10	1	3	30	1,68%	94,97%
Comportamiento	Inadecuado estilo de vida.	10	1	3	30	1,68%	96,65%
Factores Socioeconomicos	Alto nivel de pobreza	10	1	3	30	1,68%	98,32%
Factores Sociopolíticos	Priorización de la legislación en salud pública tardía	10	1	3	30	1,68%	100,00%
Circunstancias materiales de vida	NA				0	0,00%	100,00%
Comportamiento	NA				0	0,00%	100,00%
Factores Socioeconomicos	NA				0	0,00%	100,00%



## Anexo número 23.

Lista de asistencia del cuarto taller ASIS para validar las líneas de acción.



Lista de asistencia  
 Actividad: IV taller ASIS para Validación Líneas de Acción  
 Fecha: 13 de septiembre 2023  
 Lugar: Sala de reuniones del Ministerio de Salud  
 Organiza: Equipo Local ASIS ARSBA



Nombre	Cédula	Número de teléfono	Comunidad / institución	Firma
Milays Araya Solís	604040823	84136924	ARSBA	
Adolfo Vidal Barrantes	605680405	83156143	ARSBA	
Josue' Naranjo Cordero	113980764	87135005	UNA	
Yajaira Fonseca Beito	114370885	84813570	Dirección de Agua	
Melissa Acosta Jimenez	011417012	89757373	UNEO	
Edith Rodríguez Vargas	109310945	83477448	MFP	
Diana Malbr Costero	6195234	88390031	Ave de Salud	
Carolina Zúñiga Baldi	1-1308-0058	8327-4658	ARS-BA	
Roxana Hernández Vargas	113600130	8308-0278	UCR- Sede Sur	
Brya Acuña Cruz	1-1185-0907	70393256	SENASA	
Jennifer Cedeño R.	6-0410-0291	86211075	Dinadeca	
Noe Guerrero Garcia	67331114	85114132	Fuerza Pública	

Lista de asistencia

Actividad: IV taller ASIS para Validación Líneas de Acción

Fecha: 13 de septiembre 2023

Lugar: Sala de reuniones del Ministerio de Salud

Organiza: Equipo Local ASIS ARSBA

Nombre	Cédula	Número de teléfono	Comunidad / institución	Firma
Randall Mora Cruz	11589789	85848601	Fuerzas Publicas	
Bareilly Alpiza Sandoz	11071097	27200074	H. Escuela	
Hugo E. Ricardo Sabazar	115220549	8728-8217	IMAS	
Karol Zapata Zapata	603450174	83021314	Municipalidad	
Randall Bejarano Campos	30343019	8314-7003	MS	
Jenny Espinoza Gons	107370929	63526468	PANI	
Gabriela Mora Monge	108650183	108650183	DAE Grande de Terraceros MFP	
Nancy Fernández Umari	603970807	85440625	CCSS-ARSBA	
ANDRÉS DAMAZO R	1-1117-0953	2105-6389	MAG	
Jonathan M. Castro Maldonado	1-11090900	83141421	PANI	