



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

**20
23**

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE
LA PRODUCCIÓN SOCIAL
DE LA SALUD
PERÍODO 2022-2023**

ÁREA RECTORA DE SALUD LA UNIÓN



CONTENIDOS

- 01** LISTA DE ABREVIATURAS

- 03** **CAPÍTULO 1**
- 04 INTRODUCCIÓN
- 05 JUSTIFICACIÓN
- 06 PROBLEMA
- 07 OBJETIVOS
- 08 METODOLOGÍA

- 17 MARCO CONCEPTUAL

- 21** **CAPÍTULO 2**
- 22 CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

- 69** **CAPÍTULO 3**
- 70 PERFIL DE MORBILIDAD DEL ARS LA UNIÓN

CONTENIDOS

- 90 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN MORTALIDAD DEL ARS LA UNIÓN
- 96 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS CON ACTORES SOCIALES DE LA COMUNIDAD
- 96 ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS
- 100 CAPÍTULO 4**
- 101 ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD
- 146 DEFINICIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN
- 155 ANEXOS**
- 157 BIBLIOGRAFÍA**



EQUIPO COLABORADOR

QUIÉNES SOMOS

Dra. Ángela Morales Soto	Directora del Área Rectora de Salud La Unión
Dra. Alejandra Mora Elizondo	Vigilancia de la Salud
Dr. Marcos Goyenaga Castro	Regulación de la Salud
Mag. Christiam Álvarez Vega	Servicios de Salud
Licda. Kimberly Ulate Arias	Planificación de la Salud, Promoción de la Salud y Salud Mental
Ing. Óscar Salas Mora	Regulación de la Salud
Bach. Daniel Castañaza Molina	Regulación de la Salud
Ing. Kevin Sandoval Quirós	Regulación de la Salud
Sr. Randall Ramírez Méndez	Administración, Unidad de Apoyo Logístico Administrativo
Srta. Natalia Rocha Quirós	Secretaria de la Dirección



LISTA DE ABREVIATURAS

ASIS: Análisis de la de la Producción Social de la Salud.

AYA: Acueductos y Alcantarillados.

ASLU: Área de Salud La Unión.

ASSJSDC: Área de Salud San Juan-San Diego-Concepción.

ARSLU: Área Rectora de Salud La Unión.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

CEN CINAI: Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

ENAH: Encuesta Nacional de Hogares.

EHPM: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.

GAM: Gran Área Metropolitana.

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

ICC: Índice de Competitividad Cantonal.

IDH: Índice de Desarrollo humano.

IFAM: Instituto de Fomento Municipal.

ILAIS: Instancia de Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

IPH: Índice de Pobreza Humana.

MEP: Ministerio de Educación Pública de Costa Rica



MIDEPLAN: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

MS: Ministerio de Salud.

MSP: Ministerio de Seguridad Pública.

OIJ: Organismo de Investigación Judicial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PEA: Población Económicamente Activa.

PISAV: Plataforma Integrada de Servicios de Atención a la Víctima.

PNSAM: Política Nacional de Salud Mental.

REDATAM: Recuperación de Datos para Áreas pequeñas por Microcomputador.



CAPÍTULO 1



INTRODUCCIÓN

La salud es un producto social y depende de la interacción de diversos factores que inciden en el proceso de producción social de la salud, así como de la respuesta social que se genera para abordarlos.

El Análisis de Situación de la Producción Social de la Salud, definido a partir de este momento con las siglas ASIS, representa un proceso permanente de investigación dado por la identificación, caracterización, interrelación y tendencia de los determinantes salutogénicos y patogénicos de la salud, generando elementos claves de la realidad social. Este proceso de investigación pretende identificar determinantes salutogénicos y reducir los patogénicos, así como establecer responsabilidades y competencias de los actores sociales del sistema de producción social de la salud en el ámbito nacional, regional y local.

A partir de la relevancia del Análisis de Situación de Salud, el Área Rectora de Salud de la Unión como Unidad Organizativa Local del Ministerio de Salud, ha realizado esfuerzos importantes para generar este proceso desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud y tomando en cuenta la salud mental como eje transversal en el estudio de los diferentes problemas de salud identificados. Considerando que la salud mental conlleva al bienestar personal y grupal, al bienestar de la familia y a contribuir positivamente en la comunidad y en la sociedad.

El presente ASIS se sustenta en una revisión de componentes, con el fin de extraer los elementos necesarios para mejorar el quehacer, de frente al acontecer social, económico y tecnológico de la época y a la demanda de la población por servicios de salud accesibles y de calidad. En el marco de este análisis se parte del principio que la salud es un bien público fundamental y, por lo tanto, indispensable para lograr el desarrollo humano sostenible. El proceso salud, enfermedad y muerte es producto histórico social, condicionado y determinado por las condiciones de vida, ambientales, culturales y biológicas.



JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud, como ente Rector en Salud, tiene la misión de dirigir y conducir a la población, actores sociales institucionales y personas a la toma de decisiones efectivas para el beneficio de la salud pública e individual, y a ejercer autoridad sobre ellas en el marco de la legislación vigente. En este proceso lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves para proteger y mejorar la salud de la población.

Teniendo clara la misión rectora en salud, se puede comprender el deber del Ministerio en liderar la construcción del Análisis de Situación de Salud del cantón de La Unión, esto a través de investigación documental, estadísticas cantonales, indicadores y articulación con actores sociales clave para la elaboración de los diferentes apartados que contiene este documento. Posterior a tener un documento descriptivo desde la morbilidad, mortalidad y caracterización del entorno, se procedió a realizar una serie de talleres como método de consulta participativa para priorización de los tres principales problemas morbilidad en salud pública, seguidamente se tomaron los 6 problemas principales de mortalidad y los actores sociales institucionales realizaron un análisis mediante técnica espina de pescado.

Es así como se obtiene este producto para enfocar los recursos institucionales en dar respuesta a la mejora de la salud las necesidades identificadas.

Se debe entender que comprender el proceso de salud y enfermedad de la población del cantón de La Unión, implica entender el comportamiento y recursos presentes desde los diferentes determinantes de la salud, se requiere análisis de las condiciones presentes en el cantón y los factores individuales y colectivos que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la salud y enfermedad.

Así mismo es necesario tomar en cuenta que como parte del proceso de salud y enfermedad de la población, la ausencia de una buena salud mental puede producir trastornos mentales en el mediano y largo plazo, las cuales se reflejan, afectan y reducen la capacidad del desarrollo socio- económico y productivo de los países; pero particularmente, afectan la calidad de vida de las personas y el desarrollo pleno de sus capacidades y potencialidades. Por lo tanto, es necesario incluir este componente en el análisis de la problemática de salud de los residentes del Cantón de la Unión.



PROBLEMA

Durante el año 2015 se efectuó el último Análisis de Situación de Salud ASIS del Área Rectora de Salud de La Unión. Según lo indicado en el documento Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud de Costa Rica, antes del año 2019, existían diversas metodologías de elaboración del ASIS en cada institución por ejemplo Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Universidad de Costa Rica, etc.

Debido a la falta de estandarización de objetivos y mecanismos de evaluación, así como la falta de coordinación entre los diferentes actores del sector salud y una poca comunicación con los usuarios de los servicios, se identificó un panorama complejo, donde las acciones de coordinación para trabajar los principales problemas de salud, no se habían logrado implementar hasta la fecha.

Por lo tanto, este documento a través de esta nueva metodología pretende establecer un panorama claro con respecto a la articulación interinstitucional que favorezca el análisis de correlación, tendencias y distribución espacial de los resultados obtenidos. Esto enriquecido con los aportes de los actores sociales y de las comunidades del cantón de Unión, para obtener como producto una valoración final sistemática de la situación de salud de la comunidad. Así como las principales líneas de acción que respondan a los problemas de salud identificados y sus factores de riesgo, las cuales deben ser establecidas de manera interinstitucional en conjunto con los actores sociales y de la comunidad del cantón de la Unión.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la situación y las tendencias del proceso salud-enfermedad, con especial énfasis en la identificación de determinantes sociales, económicos y desigualdades que impactan la salud de la población del Cantón de Unión, excepto los distritos de Río Azul y San Ramon, durante el periodo 2022 -2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el contexto histórico, político, socioeconómico, cultural y demográfico de la población del cantón de La Unión.
- Identificar y analizar los principales problemas de salud y su interrelación con los determinantes sociales de la salud del Cantón de la Unión.
- Dar a conocer a los actores sociales e interinstitucionales del cantón de La Unión los principales problemas de salud.
- Establecer a través del proceso metodológico establecido, los espacios necesarios de realimentación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria que favorezca la planificación estratégica conjunta a fin de dar respuesta a los problemas de salud priorizados.



METODOLOGÍA

El proceso metodológico que se implementó para la construcción del ASIS del Área Rectora de La Unión es un estudio descriptivo de tipo transversal que combina una metodología de tipo cuali-cuantitativa

Además, cumple los parámetros establecidos en la Guía metodológica para la elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica por la Dirección de Vigilancia de la Salud del Nivel Central del Ministerio de Salud, Costa Rica de julio del 2019.

Para llevar a cabo el proceso, la directora del Área Rectora de Salud designó un equipo de trabajo local para ejecutar el ASIS. El seguimiento del proceso de trabajo fue coordinado por la Coordinadora de Vigilancia de la Salud del área rectora, según la designación de la directora. La Dirección del área rectora de la Unión, dirigió el proceso y apoyo en todas las actividades de coordinación y asignación de tareas a los funcionarios del equipo local.

Como parte de lo establecido en la metodología de este proceso se establecieron las siguientes etapas de trabajo:

Etapas I: Selección de indicadores y caracterización del entorno.

Etapas II: Priorización de problemas por causas de mortalidad

Etapas III: Priorización de problemas de salud con actores sociales

Etapas IV: Análisis y definición de líneas de acción

Etapas V: Validación de las líneas de acción con la comunidad y finalización del proceso.



ETAPA I. SELECCIÓN DE INDICADORES Y CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

1. Selección de indicadores

Durante el mes de octubre del 2022, la Dirección del Área Rectora en conjunto con la Coordinadora de Vigilancia de la Salud, realizaron una revisión de los 80 indicadores propuestos, para efectuar la elección, en virtud del criterio del equipo de trabajo.

En el mes de noviembre del año 2022, posterior a la definición de los indicadores se realizó una distribución entre los miembros del equipo de trabajo, acorde a sus competencias y campo de trabajo, con el visto bueno y seguimiento por parte de la directora. Esta actividad de análisis y búsqueda de fuentes de información fue ejecutada de diciembre del 2022 a febrero del año 2023.

2. Caracterización del entorno

Con respecto a la caracterización del entorno, se realizó una búsqueda bibliográfica y el aporte de los miembros del equipo de trabajo con base en su experiencia y competencias en el ámbito laboral. Este apartado comprende:

Descripción de las características demográficas.

Descripción de las características socioeconómicas.

Descripción de características de presencia de riesgos.

ETAPA II. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS POR CAUSA DE MORTALIDAD

1. Priorización de datos de mortalidad

El ASIS del Área Rectora de La Unión utilizó según lo establecido en la guía metodológica, la mortalidad como parámetro general para la priorización de los problemas, en donde se analizaron sus causas en la población y cuáles son las estrategias más adecuadas para su abordaje.

En este sentido se tuvo como insumo la base de mortalidad anual del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), facilitada por la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud. Los datos fueron los del último quinquenio 2015-2019. Se realizó una priorización de las causas de mortalidad general y posteriormente por grupos de edad, por curso de vida, dando énfasis en dicho análisis a las tres primeras causas de mortalidad de cada grupo.



De acuerdo con la base de causas de mortalidad anuales del Instituto de Estadística y Censo según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) versión 2015 para el período 2015-2019 se efectuaron los siguientes análisis:

Clasificación de las causas de mortalidad por grupos de edad según curso de vida:

- Menores de 1 año
- Niñez: 1-09 años
- Adolescencia 10 - 19 años
- Persona adulta 20-64 años
- Persona adulta mayor, mayores de 65 años

Clasificación de los eventos según los grupos y subgrupos de carga global de enfermedad (GBD):

- Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales
- Enfermedades no transmisibles
- Causas externas de morbilidad y mortalidad
- Causas Mal definidas
- Clasificación los eventos según CIE 10 a cuarto y tercer carácter de desagregación.
- Cálculo de las tasas de mortalidad simple por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.

Posteriormente se calcularon las tasas promedio por quinquenio por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos. Una vez agrupados los eventos por tercer carácter de CIE-10 se realizó la revisión de los eventos que tienen origen y factores determinantes en común.

ETAPA III. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD CON ACTORES SOCIALES

1. Identificación de actores sociales

Para identificar los actores sociales que participaron del proceso de análisis de los principales problemas de salud, el equipo local realizó un mapeo de los actores sociales del cantón de La Unión con la finalidad de identificarlos. Se tomó en cuenta la paridad de género y se realizaron acciones para integrar a representantes del gobierno local, instituciones educativas, organizaciones sociales, de igual forma se tomaron en cuenta a los líderes comunales, líderes religiosos, etc.

Posterior a este proceso de identificación de actores sociales, por parte del Equipo Local del ASIS del área rectora de salud de la Unión, se efectuó una matriz establecida dentro de la metodología, la cual está compuesta de las siguientes variables.



- Actor social.
- Rol o función.
- Posición o relación predominante.
- Interés.
- Influencia o jerarquización de poder.

Finalizada la matriz, el equipo responsable local, realizó una ponderación de la participación de no más 15 actores sociales, con el objetivo de la representatividad de todos los sectores involucrados.

2. Primer taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud

Para el trabajo de priorización de problemas de salud con los actores sociales elegidos, se desarrolló un taller participativo el 15 de junio del año 2023, en el Salón Parroquial de la Iglesia de Nuestra Señora del Pilar de Tres Ríos, que se dividió en 2 etapas, las cuales se detallan a continuación.

Sondeo general de problemas de salud en la comunidad:

En esta etapa cada participante de forma individual escribió en tarjetas los 3 principales problemas de salud que consideraba, afectan a la comunidad. Seguidamente cada participante expuso los problemas identificados al grupo. El Equipo local del ASIS presentó al grupo en una pizarra, el resumen de todos problemas de salud que los actores construyó.

Posteriormente cada participante de manera individual seleccionó los problemas de salud que consideraron son los más importantes en la comunidad y les dio una puntuación de 1 a 5 (5 es de gran importancia y 1 menor importancia).

Luego, cada participante expuso su clasificación y se fue sumando la puntuación de los problemas de salud según la votación individual hasta obtener los primeros 10 problemas de salud según actores sociales.

Valorización y selección de los problemas de salud detectados en la comunidad:

Una vez que el grupo definió los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual calificó cada uno de los problemas de salud, según los criterios expresados en el cuadro Criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad (contenido en la página 31 de la Guía).

El puntaje total dado por cada participante, para cada uno a de los problemas fueron colocados en el cuadro Valoración de Problemas de Salud por Participante en la Comunidad contenida en la Plantilla-ASIS facilitada por la Dirección de Vigilancia de la Salud.



Finalmente se tuvo un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de todos los participantes. Se extrajeron los 3 problemas de salud que obtuvieron el mayor puntaje y se agregaron a la lista de problemas priorizados por el equipo local.

El análisis de los 3 problemas con la comunidad se realizó mediante la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”. La cual consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular por medio de un proceso de trazabilidad. Esto permitió analizar cada problema identificando las principales causas según lo manifestado por los actores de la comunidad.

3. Análisis de los problemas priorizados

Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud:

A partir de los problemas seleccionados por el equipo local del Área Rectora y los actores sociales, se desarrolló un análisis por medio del Diagrama Causa-Efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado, ver apartado de anexos), que es una herramienta para determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud.

Dicho diagrama contiene cuatro niveles:

- **Nivel 1:** Dimensiones retomando una parte del Modelo teórico-metodológico para el análisis de situación de salud según Determinantes Sociales INHEM. 2019, adaptación más didáctica del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- **Nivel 2:** Causas raíz del problema de salud por dimensión.
- **Nivel 3:** Causas secundarias.
- **Nivel 4:** las causas terciarias.

Se establecieron seis grandes dimensiones que responden al Modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) del INHEM Cuba, el cual es una adaptación del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Ver apartado de anexos). Para el nivel 1 se utilizaron las siguientes dimensiones: factores sociopolíticos, factores socioeconómicos, factores biológicos, comportamiento, circunstancias materiales de vida y servicios de salud.

Para cada una de las dimensiones indicadas se identificó las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias.

4. Segundo taller para análisis de los problemas de salud priorizados

En la identificación de las causas raíz, secundarias y terciarias de los problemas, el equipo local del Área Rectora de La Unión realizó un II Taller, el 29 de junio del 2023, en las instalaciones del Colegio de Veterinarios de Costa Rica en San Rafael de la Unión, con expertos de la comunidad de varias instituciones.

El equipo local junto con los expertos analizó para cada dimensión, las causas raíz principales, que afectan el problema de salud identificado. Posteriormente por cada causa raíz se identificó como máximo tres causas secundarias y una o dos causas terciarias por cada causa secundaria. Para realizar este ejercicio se utilizó la Plantilla-ASIS Diagrama Causa-Efecto.

Los problemas de salud analizados con el Diagrama Causa-Efecto fue priorizado junto con los expertos. Dicha priorización se efectuó mediante la herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto que se encontraba en la plantilla-ASIS pestaña Priorización-Pareto, facilitada por la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud según la guía.

Seguidamente junto con el grupo de expertos se calificó a cada causa raíz identificada, una vez que finalizaron la calificación de manera automática la Plantilla calculó los puntajes, porcentaje relativo y porcentaje acumulado de cada causa raíz.

Ya ordenada la plantilla, el grupo de expertos junto con el equipo local, interpretó los resultados, las causas que se ubicaron en los porcentajes de 80% tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud. Por lo cual se seleccionaron las primeras 5 causas con asignación de 80% para el análisis respectivo.

ETAPA IV. ANÁLISIS DEL EVENTO DE SALUD Y VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON LA COMUNIDAD

Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Con la finalidad de realizar este apartado, desde del Dirección del área rectora de salud de la Unión, se estableció una sesión de trabajo, en donde se distribuyeron los principales eventos de salud analizados en el diagrama de Pareto, entre los miembros del equipo local del área rectora. Cada miembro realizó un análisis de cada causa raíz según evento. Este análisis consiste en un acercamiento a la determinación social del evento de salud, el cual contiene la siguiente información: descripción general del evento, descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

1. Descripción general del evento de salud:

En este apartado se describe de manera cualitativa el evento de manera general y se anexaron estadísticas básicas tanto a nivel internacional como nivel nacional. Los datos pueden fueron tomados de la información antes revisada y de la revisión de informes técnicos nacionales e internacionales.

2. Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto:

Para llevar a cabo este proceso se citaron las causas que fueron priorizadas según los expertos y se detalla la relación que existen entre éstas y el evento de salud. Lo que se pretende con este análisis es comprender de una manera general la determinación que ejercen esas causas en la aparición del evento. Es importante indicar que se tomó en cuenta que las causas priorizadas parten de un determinante social de la salud. Así mismo, el análisis involucra el contexto de la comunidad, lo cual es básico para comprender, cada determinante, cada causa y por tanto el evento de salud. De esta forma lograr entender la multicausalidad del evento.

Para el último paso de esta fase, el equipo local retomará 5 las causas raíz priorizadas por problema de salud y procederá a la identificación de los factores protectores y líneas de acción; empleando la plantilla-ASIS pestaña Líneas de Acción.

3. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas:

Posteriormente al finalizar el análisis de las causas raíz, se efectuó una reunión del equipo local del ASIS, convocada por la Dirección del área rectora. En esta reunión se retomaron las causas raíz priorizadas por problema de salud y se procedió a la identificación de los factores protectores y líneas de acción.

Para cada problema de salud se tomaron las causas raíz priorizadas y se identificaron según los criterios de los miembros del equipo local del ASIS, los factores protectores del problema. La traducción de causa raíz a factor protector se llevó a cabo preguntándose: ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz? Ejemplo: ¿Cuál es la acción contraria a un estilo de vida sedentario? Respuesta: Actividad física regular.

Finalmente, una vez que se identificó el factor protector se procedió a determinar las líneas de acción necesarias, para mantener, fortalecer o reproducir este factor. Esto se realizó tomando como referencia las causas secundarias y terciarias de la causa raíz, puesto que éstas brindan la información sobre las acciones específicas que pueden incidir sobre el problema de salud. Es importante aclarar que las líneas acción, están enfocadas en responder al ámbito de la prevención o promoción de la salud.

4. Validación de las líneas de acción con la comunidad, Tercer taller

Para validar las líneas de acción que planteó el equipo local del ASIS del área rectora de salud de la Unión, se realizó un III taller el 12 de septiembre del año 2023 en el Colegio de Veterinarios de Costa Rica. Para este taller se convocó a actores de la comunidad y actores de expertos, con la finalidad de validar con los actores sociales las líneas de acciones identificadas, además de ajustar, cambiar o eliminar y proponer otras líneas de acción si fuera necesario.



Para la validación de estas líneas de acción se utilizó la información contenida en el cuadro de Identificación de factor protección y líneas de acción para cada problema de salud, presente en la Guía de Elaboración del ASIS (Ver apartado de anexos). Se efectuó un trabajo en grupos, de manera multidisciplinaria en donde se distribuyeron las causas raíz y las líneas de acción. Cada actor social expresó sus ideas con respecto a las líneas de acción establecidas por el equipo local del área rectora. En este sentido se dieron cambios en las líneas establecidas y se conformó un plan de trabajo con el aporte de todos los participantes. Las líneas de acción finales se presentan más adelante en este documento.



MARCO CONCEPTUAL

La salud como producto social se ve influida por los diferentes determinantes de la salud en su proceso de construcción histórica (salud-enfermedad-muerte), tanto de tipo física como mental. Por lo tanto, la salud y la enfermedad no son estáticas ni en el individuo ni en la sociedad, lo cual ha llevado a cuestionar ciertos conceptos como el de salud mental proporcionado por la OMS donde se menciona que es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Ante este panorama cuando se creó la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 de Costa Rica, la Comisión Nacional de Salud Mental 2012 a cargo de esta, realizó una propuesta del concepto para el país, el cual se cita a continuación.

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. (PNSM, 2012. p,34)

A partir del concepto anterior se entiende el alcance de las necesidades básicas de todo ser humano, sumado a la autorrealización, son aspectos que proporcionan bienestar y herramientas personales y colectivas para afrontar las circunstancias de vida en los diferentes escenarios. El logro de esto implica comprender que la Salud Mental está determinada por factores protectores y de riesgo que interaccionan en los determinantes de la salud biológicos, emocionales, ambientales, socioeconómicos, culturales, y sistemas y servicios de salud. (PNSM, 2012. p,34).

Seguidamente se explica la relación de cada un de los determinantes de la salud con la salud mental. Toda la información que se expone en este documento sobre los determinantes de la salud mental fue obtenida de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Aclarado lo anterior, se procede a explicar que son los determinantes de la salud mental.



DETERMINANTES DE LA SALUD

Los determinantes de la Salud son todos aquellos factores que promueven la Salud Mental o por el contrario tienen un impacto negativo en la salud. Se identifican cuatro que son: Biológicos, Ambientales, Sociales-Económicos-Culturales, y Servicios y Sistemas de Salud.

Determinantes Biológicos

Los determinantes biológicos son todos aquellos elementos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, la estructura poblacional y otros. (PNSM, 2012. p.20).

La influencia del entorno y los hábitos de vida en el código genético actúan como factores epigenéticos. Las alteraciones epigenéticas son desencadenadas por factores ambientales y mediadas por enzimas cuya actividad se podría modificar con los fármacos adecuados. Ejemplo, una mala nutrición materna, el consumo de tabaco y alcohol u otras drogas por parte de la embarazada, desencadenan procesos epigenéticos que afectan negativamente el desarrollo...se ve que hay una fuerte relación entre el cuidado materno y un mejor desarrollo de su descendencia a través de procesos epigenéticos relacionados con el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal cuyo efecto es el de mejorar la respuesta ante el estrés. (PNSM, 2012. p.20)

Determinantes Sociales, Económicos y Culturales

Estos determinantes se refieren a variables como aspectos culturales, estilos de vida, violencia social, discriminación por diversos motivos, estigma, ingresos económicos, nivel educativo, abuso de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, empleo, prácticas de sexualidad, prácticas religiosas, la organización social, entre otras.

Los estilos de vida patogénicos como sedentarismo, malos hábitos alimentarios, falta de actividad física, altos niveles de estrés, condiciones de trabajo desfavorables, afectan de manera negativa el desarrollo de las personas. El informe de la Encuesta Nacional de la Caja Costarricense de Seguro Social (2010) sobre factores de riesgo cardiovascular, reportó que un 50,1% de la población presenta altos niveles de vida sedentaria. Los tres principales grupos de causas de mortalidad en el país son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las de causa externa que tienen, entre sus determinantes, al sedentarismo, los malos hábitos alimentarios y el estrés.

Las muertes por causas externas ocupan el tercer lugar dentro de la mortalidad general y afectan a la población joven y económicamente activa, lo cual genera una magnitud importante en años de vida potencialmente perdidos y un gran impacto social y económico. Los pilares básicos de la Salud Mental son el deporte, la actividad física, la recreación y la utilización efectiva del tiempo libre. Desde el punto de vista de la Salud Mental se hace necesario mantener y fortalecer estos pilares.



Determinantes Ambientales

Estos determinantes 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. (PNSM, 2012. p.20)

Desde una perspectiva más positiva, el ambiente, tanto construido como sin intervenir, puede promover interacción social, cohesión comunal y Salud Mental. Weich 2002 indica que se ha encontrado asociación significativa entre bajos niveles de depresión y comunidad con baja frecuencia de grafiti y abundantes jardines. Así mismo, algunas de las zonas destinadas como zonas verdes, han sido alteradas por el crecimiento de la Gran Área Metropolitana (GAM), lo que hace que se acrecienten los problemas provocados por el ruido, la contaminación, desertificación o el impacto del cambio climático. (PNSM, 2012. p.21)

A nivel mundial, uno de los elementos que más se ha asociado a la salud en general, y de alguna manera a la Salud Mental, es el agua, ya que permite el aseo del entorno y el personal, lo cual tiene un impacto directo en la autoimagen y la autoestima de las personas. Otro elemento relacionado con el agua lo constituye la pérdida de los ríos y lagos como espacio de recreación, lo cual llama a la necesaria recuperación de estos espacios para la población. (PNSM, 2012. p.22)

La disposición de residuos en las calles, parques, veredas, playas, orillas de ríos, quebradas, riachuelos o cualquier otro espacio público, elimina cualquier posibilidad de disfrute de estos espacios por parte del ciudadano e influye en el concepto de “sí mismo” y el de “autoestima” que se ve sensiblemente deteriorados. Los procesos de manejo y disposición de residuos sólidos afectan significativamente el paisaje. El desarrollo urbano desordenado ha generado un continuo deterioro del recurso paisaje, el cual se constituye en última instancia en el receptor indiscutible de todas las actuaciones del ser humano porque el manejo inadecuado de los residuos no sólo afecta su salud y su ambiente, sino que disminuye su calidad de vida en términos del disfrute y del acceso al espacio y del horizonte. (PNSM, 2012. p.22)

Determinante de Servicios de Salud

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. (PNSM, 2012. p.26)



En cuanto a normas estandarizadas de atención para las diferentes intervenciones, el país no dispone de estos instrumentos. En el modelo actual no se da la participación social de grupos organizados y familiares en torno a la atención, recuperación y rehabilitación de las personas afectadas con problemas de Salud Mental; tampoco se implementa la estrategia de promoción de la Salud Mental en las comunidades (deporte, recreación, utilización de tiempo libre y alimentación saludable). Hay una deficiente articulación y complementariedad en la red de proveedores de servicios de Salud Mental, tanto públicos como privados. En este sentido, el nuevo enfoque va dirigido a solucionar estos problemas con el fin de lograr la armonización de los servicios y la modulación del financiamiento. (PNSM, 2012. p.26)

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. (PNSM, 2012. p.26)

A partir de lo descrito en los diferentes determinantes de la salud se logra comprender que los factores protectores de la salud y los factores de riesgo no son aislados



CAPÍTULO 2

CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO



CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

El entorno es el conjunto de circunstancias y condiciones de tipo geográficas, demográficas, sociales, económicas y ambientales que rodean a toda persona y que ejercen influencia sobre el desarrollo de su vida, moldeando las oportunidades y limitaciones.

2.1. Historia del cantón La Unión

Según la información detallada en por el Instituto de Fomento Municipal, (IFAM 2002), el territorio que corresponde al Cantón de La Unión estuvo habitado en la época precolombina por indígenas del reino Huetar de Oriente, cuyo cacique era Guarco. En el siglo XVIII datan los primeros pobladores de lo que se conocía como el Valle de los Tres Ríos, quienes fueron curas doctrineros, procedentes de la ciudad de Espíritu Santo de Esparza, que venían acompañados de indígenas de Talamanca.

Con destino a la ciudad de Cartago, se establecieron en el valle de los Tres Ríos dando origen a una población más estable. Construyeron una pequeña ermita dedicada a la Virgen del Pilar, denominándose el lugar “de Nuestra Señora del Pilar de los Tres Ríos” o pueblo del Pilar.

En 1771 el pueblo tenía una iglesia, un convento, 45 casas y un cabildo. Según el censo de 1801 la población consistía en 212 indios, 57 mestizos, 80 mulatos y 15 españoles. El 8 de julio de 1825, según el Decreto Ejecutivo N° 41 del gobierno de Don Juan Mora Fernández se sustituyó la denominación de pueblo de los Tres Ríos; por el de Pueblo de Nuestra Señora del Pilar de La Unión.

En la Ley N° 63 del 4 de noviembre de 1825, La Unión fue un pueblo del Distrito de Cartago, del Departamento Oriental. El 07 de diciembre de 1848 se le otorgó el título de Villa al pueblo de La Unión, mediante el decreto N° 167. En el Registro de Linderos de los barrios y cuarteles del Departamento de San José, del 30 de noviembre de 1841, El Pilar fue cuartel del Barrio Curridabat. En la administración de don José María Castro Madriz el 07 de diciembre de 1848, en la ley N°37 se le otorgó el título de Villa al pueblo de La Unión. En 1970, en la Ley N° 4 574 del 4 de mayo, se promulgó el Código Municipal, que en su artículo 3°, le confirió a la villa la categoría de Ciudad, por ser cabecera de cantón.

Con relación al nombre del cantón existen dos versiones populares. Una se refiere a que un grupo de misioneros españoles provenientes de un convento de Guatemala, que venían acompañados por indígenas de diferentes grupos culturales, establecieron un pequeño poblado, que, por su buena convivencia y fraternidad, se le llamó La Unión.



La otra versión se atribuye al hecho de que en el lugar donde se originó el poblado, se unen tres ríos, hoy denominados Tiribi, Chiquito y la quebrada Fierro; que luego se conoció como La Unión de Tres Ríos.

Los indígenas que habitaban la región cedieron un terreno de su propiedad para que con el producto de la explotación se sostuviera una escuela de primeras letras. Lográndose establecer en 1 877, siendo financiada por la Municipalidad, se ubicaron en dos unidades, una para varones llamada Escuela Juan de Dios Céspedes y otra para niñas denominada Escuela Adela Rivas de Fonseca. El edificio actual fue construido en 1 942, en la administración de don Rafael Ángel Calderón Guardia. En marzo de 1967, en el gobierno de don José Joaquín Trejos Fernández, inició actividades docentes el Colegio con el nombre de Liceo La Unión; en 1 971 se cambió la denominación por Liceo Mario Quirós Sasso.

En 1878 la Municipalidad dispuso organizar el alumbrado público para las cuatro cuadras principales de la calle real. El alumbrado eléctrico se estableció en 1916, mediante contrato efectuado entre la Municipalidad de La Unión y la empresa Felipe J. Alvarado y Co, en el gobierno de don Alfredo González Flores.

2.2. Descripción de las características geográficas

2.2.1. Ubicación

El Cantón de la Unión es el No. 3 de la Provincia de Cartago, se encuentra ubicado al suroeste de esta. Seguidamente se presenta una tabla resumen de su caracterización geográfica.

Tabla N° 01
Caracterización geográfica del Cantón La Unión
Año 2022

Indicador	Datos de interés			
Extensión territorial	44.83 m ²			
Organización territorial	Provincia	Cantón n° 3	Distritos	
	Cartago	La Unión	Tres Ríos, San Diego, San Juan, San Rafael, Concepción, Dulce Nombre, Río Azul y San Ramón	
Límites geográficos	Norte	Sur	Este	Oeste
	Montes de Oca	Desamparados y Cartago	Cartago	Curridabat
Territorios indígenas	Según mapa de territorios indígenas 2011 del INEC. No hay territorios de este tipo en el cantón de la Unión.			
Plan regulador	Plan Regulador Cantón de La Unión 2023			

Fuente: Elaboración propia con datos de Municipalidad de La Unión. Evaluación de la infraestructura verde y su relación con los servicios ecosistémicos urbanos en el Cantón de La Unión. 2023.

La extensión territorial del Cantón de La Unión se detalla a continuación por distrito en el siguiente mapa:

Tabla N° 02
Extensión territorial, según distrito.
Cantón La Unión.
Año 2011

Cantón La Unión	Extensión (Km2)
Total, del Cantón	44.83
Tres Ríos	2.39
San Diego	8.75
San Juan	3.6
San Rafael	8.9
Concepción	3.7
Dulce Nombre	8.35

Fuente: INEC, 2011.

2.2.2. Uso de suelo según Propuesta del Plan Regulador de Municipalidad La Unión 2023

Este apartado, se construyó por parte del valioso análisis realizado por la Municipalidad de La Unión en su plan regulador, es decir fue tomado de dicho documento y el crédito de autoría compete a la Municipalidad. Conocer cómo está distribuido el uso de suelo en un cantón, permite una noción de las condiciones sociales de vivienda, de espacios recreativos y ambientales, de comercio, fuentes de empleo, y de uso agrícola; así como factores protectores y factores de riesgo presentes en el cantón.

Uso actual del suelo en La Unión

La condición de uso actual del suelo es resultado del desarrollo histórico de actividades humanas a partir de la fundación de los primeros asentamientos, pasando por el proceso de introducción y consolidación del cultivo de café que determinó la imagen y reputación cantonal al tiempo que generó la mayor transformación del espacio natural (sustitución del bosque natural para la apertura de zonas de cultivo).

A partir de los años 60's el crecimiento poblacional de la mano con la mejora en las tasas de natalidad y mortalidad determinaron el inicio de la expansión urbana más acelerada. Luego, a partir de 1982 y con la entrada en vigor del Plan GAM el desarrollo urbano se consolida de manera nuclear en la zona central del Cantón (franja este-oeste que une las cabeceras de San Rafael, Tres Ríos, San Juan y San Diego, en el mismo orden). Finalmente, a partir del año 2003 y como consecuencia de la aplicación del primer Plan Regulador se da una expansión y dispersión de los usos urbanos predominantemente residenciales. En la actualidad, la comprobación en campo del mosaico catastral permite caracterizar el uso del suelo a partir de siete categorías principales; las cuales son:



1. **Uso forestal**
2. **Uso Agrícola y Pecuario**
3. **Uso Industrial**
4. **Uso Residencial**
5. **Uso Comercial**
6. **Uso Institucional**
7. **Uso Recreativo**

Seguidamente se explica cada uno y se caracteriza según su condición más actual.

Uso Forestal

Se aplica esta nomenclatura a todos los terrenos que en la actualidad presenta una cobertura boscosa, ya sea en propiedad privada, en patrimonio natural del Estado o bien las zonas de protección creadas por la Ley Forestal #7575. Como una primera referencia para la delimitación de esta categoría de uso se utilizó el Mapa de Cobertura Boscosa 2000 oficializado por medio del Decreto Ejecutivo 38818-MINAET.

Según cartografía el uso forestal presenta una alta fragmentación; su mejor escenario en términos de concentración y área se encuentra en los extremos norte y sur del Cantón dentro de los límites de las Zonas Protectoras Tiribi y Cerros de La Carpintera, respectivamente.

Son parte integral de esta categoría de uso las márgenes de ríos y quebradas que mantienen cobertura de bosque y que se ubican principalmente aguas arriba de las zonas urbanas, donde a pesar de los retiros de Ley, son constantes las invasiones de este espacio y, por lo tanto, la eliminación de cobertura forestal para dar paso a construcciones.

Las márgenes de cauces con cobertura forestal presentan un escenario medio dentro de las áreas de uso agrícola, ya que, aunque presentan cobertura de bosque éste presenta alteraciones; en casos muy puntuales se observa la sustitución de la cobertura forestal por los cultivos. La delimitación de esta categoría a partir del mapa oficial y su comprobación en campo permite determinar que ocupa cerca del 20% del territorio cantonal; otras características de la categoría de uso forestal son las siguientes:

- a) Representan los sectores de mayor riqueza ecológica y biodiversidad, no obstante, la fragmentación y la escasa conectividad que existe fuera de las áreas silvestres protegidas resulta un proceso contraproducente al valor ecológico.
- b) A pesar de las restricciones de Ley (retiros) y a las condiciones de amenaza natural potencial asociada a riesgos de inundación, pendientes fuertes y riesgo de deslizamientos, la expansión de las actividades antrópicas representa su mayor amenaza.
- c) Se ubica dentro de los terrenos de mayor importancia para recarga acuífera y mayor belleza paisajística y escénica.



- d) Abarcan terrenos que en general presentan vocación para usos forestales y/o cultivos permanentes, siendo a la vez terrenos con vocación urbanística nula o muy limitada.
- e) Comprende pocos o muy limitados usos productivos, situación que dificulta la generación de recursos que permitan sostener los costos económicos de la conservación, más aún cuando el mayor porcentaje de estas zonas se ubica en terrenos de dominio privado.
- f) Tanto las zonas fragmentadas (márgenes de cauces) como las nucleares (Tiribí y Cerros de La Carpintera) presentan una alta presión de usos urbanos, incluyendo procesos activos y crecientes de invasiones para usos residenciales principalmente.

Uso Agrícola y Pecuario

Corresponde a una de las unidades más representativas dentro del esquema de uso actual cantonal. Según datos del Censo Agropecuario 2014 esta unidad está representada por un total de 110 fincas que abarcan una extensión de 1.756,2 hectáreas, es decir un 40% del territorio cantonal. De este total de fincas el 91% tienen un régimen de tenencia simple y un 15,4% se encuentra en manos de mujeres productoras. La principal actividad está representada por el cultivo de café, aunque se registran otras actividades menores:

- a) Cultivo de café: se ubica en el rango entre 200 y 1 000 Ha.
- b) Cultivo de yuca, banano, caña de azúcar y piña: se ubican en los rangos de 1Ha o menos cada uno.
- c) Acuicultura: menos de 5 fincas.
- d) Aves de corral: rango de 2 000 aves o menos.
- e) Cría de cerdos u ovejas: rango de 500 animales o menos cada uno.
- f) Ganado caprino: rango entre 150 y 300 animales.
- g) Ganado vacuno: rango entre 500 y 3 000 animales.

Esta categoría de uso del suelo se concentra más en los distritos Dulce Nombre, Concepción y en menor medida los distritos San Juan, San Rafael y Río Azul. La existencia y permanencia de esta unidad de uso del suelo está asociada al monocultivo de café principalmente, el cual no solo representa una actividad productiva tradicional sino además uno de los elementos que constituyen la identidad del Cantón y que determinan su imagen paisajística.

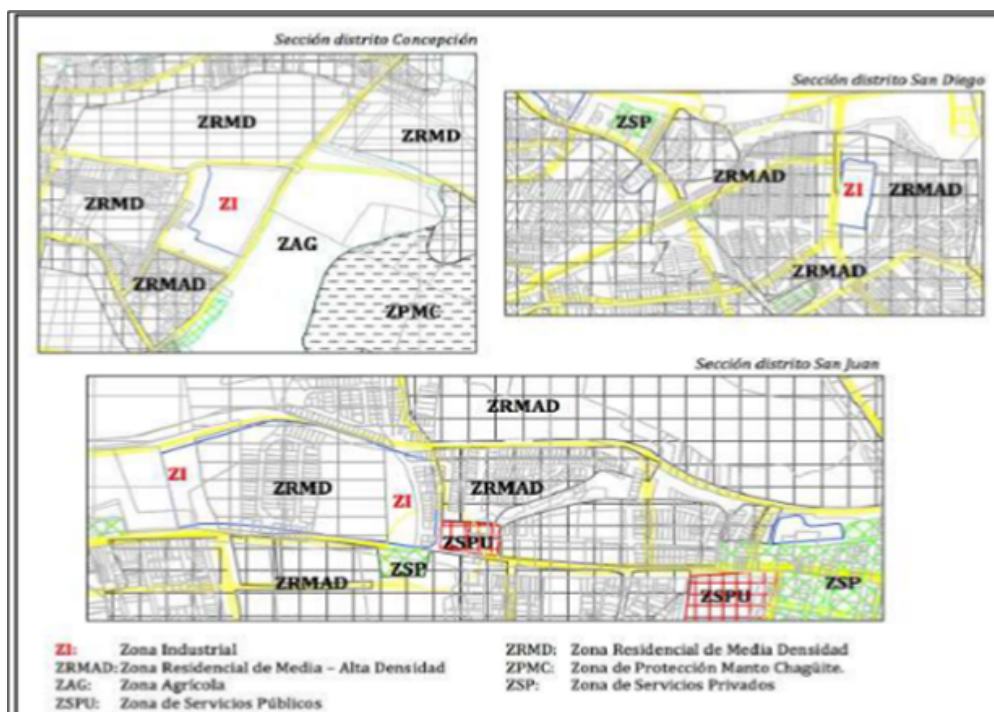
Uso Industrial

Los usos que constituyen esta categoría (actividades destinadas a la transformación, manipulación o utilización de productos naturales o a la elaboración, manipulación, transformación o utilización de productos artificiales mediante tratamiento físico, químico o biológico, manualmente o por medio de máquinas o instrumentos) son importantes dentro de la estructura económica cantonal (generación de riqueza y empleo) pero poco representativos en términos de área. Por la carencia de zonas planificadas para uso y desarrollo industrial, su patrón de distribución es de tipo disperso a lo interno de las zonas urbanas. El mismo diseño urbano (plan regulador vigente) propicia la aproximación de usos más sensibles (residenciales) en la periferia de las zonas industriales, o bien, la inserción de los usos industriales dentro de zonas predominantemente residenciales, generando con ello relaciones de uso conflictivo (como se observa en la figura, todas las zonas industriales de la nueva propuesta del actual plan regulador se ubican a lo interno del área urbana y rodeadas de zonas residenciales principalmente).

Según se aprecia en el mapa siguiente el mayor porcentaje de las actividades industriales se ubican en las cercanías de la Ruta Nacional N° 2, aunque no necesariamente con frente o acceso directo a la misma.

Un caso particular se da con las instalaciones de IREX al constituir el uso industrial más importante y al mismo tiempo ubicarse dispersa y en un ámbito periurbano con tendencia a la expansión residencial (sector Salitrillos). En este caso la actividad industrial se ve sometida tanto a la presión del crecimiento urbano como a las condiciones limitadas de acceso y circulación.

Figura N° 02
Propuesta de Plan Regulador cantón de La Unión



Fuente: Propuesta de Plan Regulador, 2022. DIDEUCU, sobre la base del mapa de Zonificación de plan Regulador de La Unión 2003.

Uso Residencial

El diseño urbano temprano determinó que el uso residencial obedeciera a un modelo de concentración; primeramente en los cuadrantes centrales (Tres Ríos) y posteriormente en la franja central de sentido norte sur que se extendía entre la línea del ferrocarril (por el norte) hasta los terrenos aledaños a la ruta #2 (por el sur); a partir del año 2003 el primer plan regulador determinó una dispersión de los usos residenciales en relación con los principales ejes que comunican la ciudad de Tres Ríos con la cabecera del resto de distritos (rutas nacionales). Así, las áreas de uso residencial se originan a partir de la figura de fraccionamiento frente a calles públicas; posteriormente bajo la modalidad de urbanización; luego bajo la figura de condominios de tipo horizontal; y más recientemente bajo la modalidad de condominios de tipo vertical.



Del total de asentamientos inventariados el uso residencial se manifiesta principalmente bajo las figuras de la urbanización (45%) y del fraccionamiento frente a calles públicas y/o fraccionamientos con fines urbanísticos (42%); por su parte la figura del condominio representa el 13% del total de asentamientos.

No se detallan los distritos San Ramón y Río Azul, por no ser parte de la jurisdicción del Ministerio de Salud en La Unión. El escenario situacional por distrito se describe seguidamente:

- En el distrito **Tres Ríos** es predominante el fraccionamiento frente a calles públicas asociado al trazado original de cuadrantes (56%), mientras que el desarrollo de urbanización representa el 43% de los casos y se asocia al crecimiento tardío en la sección oeste del distrito; no existen dentro de sus límites desarrollo de condominios.
- **San Diego** presenta por su parte una predominancia de usos residenciales bajo modalidad de urbanización (61%), situación que explica el crecimiento experimentado por el distrito durante los últimos 25 años. Se suma el fraccionamiento frente a calles públicas en el 39% de los casos y no presenta tampoco desarrollo de condominios. La distribución de los desarrollos inmobiliarios muestra una segmentación por estrato económico según la cual las urbanizaciones localizadas cerca de la Ruta Nacional N° 2 y hacia el límite oeste del distrito (conurbación con desarrollos de Curridabat) son dirigidos a estratos de clase media – alta y alta; por su parte los desarrollos de la sección sur y suroeste del distrito responden más bien a estratos económicos de tipo medio y medio – bajo.
- **San Juan** constituye un distrito de desarrollo más tardío y que se manifiesta con una mayor distribución de condominios (30%) y urbanizaciones (53%), mientras que el fraccionamiento se registra en el 17% de los casos, lo cual es concordante con una menor longitud neta de calles públicas en comparación con el resto de distritos. Por su ubicación constituye uno de los distritos con mayor oferta de terrenos para uso urbano y con una tendencia de crecimiento residencial muy determinada por el plan regulador vigente. Asimismo, representa el escenario donde se ha experimentado el mayor desarrollo condominal en modalidad vertical, dirigido a estrato económico alto y muy alto.
- **San Rafael** muestra un comportamiento similar al distrito Primero, sin presencia de condominios y una distribución equitativa entre urbanizaciones (46%) y fraccionamientos (54%). Es uno de los distritos más afectados por áreas protegidas y/o zonas de riesgo, lo cual ha limitado su crecimiento urbano a la sección central y cuya dinámica se asocia con la ruta #2 (por el sur) y el ferrocarril (por el norte). El desarrollo residencial actual muestra una segmentación de estratos económicos según la cual los terrenos entre línea férrea y la ruta #2 se ha destinado a proyectos de estrato medio y medio alto, mientras que la zona urbana hacia el sur de la ruta #2 muestra una mayor orientación hacia los estratos medio y medio bajo.
- **Concepción** representa uno de los escenarios de más crecimiento residencial en los últimos 15 a 20 años y este desarrollo más tardío se refleja en la modalidad de los asentamientos, donde un 43% corresponde a urbanizaciones, un 28.5% a condominios y el 28.5% restante a fraccionamientos. Constituye el distrito con mayor agotamiento de terrenos para fines residenciales. Su desarrollo temprano fue determinado por los fraccionamientos frente a calle pública, tanto a lo largo de la ruta nacional como de ejes secundarios. El crecimiento acelerado se experimentó como conducencia de grandes proyectos de urbanización, particularmente el caso de Monserrat. Los últimos 10 años muestran una mayor tendencia hacia la modalidad de condominios horizontales, representados en proyectos como La Floresta, Santa Rica, Barlovento, Vistas de Monserrat y Torres del Sol.



- **Dulce Nombre** constituye el distrito de menor crecimiento residencial en cuanto a número de asentamientos. Se distribuye equitativamente entre urbanizaciones (46%), fraccionamientos (36%) y un menor porcentaje en condominios (18%). Es un distrito también limitado en cuanto a restricciones asociadas a topografía fuerte de los terrenos, zonas de riesgo, áreas de recarga y áreas silvestres protegidas. El desarrollo residencial temprano se dio por medio de fraccionamientos frente a calle pública a lo largo de la Ruta Nacional N° 202, logrando una concentración en la cabecera distrital principalmente a partir de 1982 con la entrada en vigencia del Plan GAM.

El espacio previsto para crecimiento urbano alcanzó su agotamiento como resultado de procesos de urbanización como El Tirr y Las Brisas. La vigencia del primer plan regulador a partir del año 2003 permitió la expansión fuera del cuadrante con lo cual se dan principalmente nuevos proyectos bajo modalidad de condominio como Naturalezas del Este, Asadem y Nazareth. Debe destacarse que el agotamiento del espacio urbano planificado ha dado pie al desarrollo y expansión residencial en terrenos sin vocación urbana, característicos por la fuerte pendiente y la ausencia de servicios, a la vez que generan presión hacia terrenos con vocación ligada a cultivos permanentes o protección.

Uso Comercial

Históricamente, la ubicación y desarrollo de la oferta de bienes y servicios se ve ligada al trayecto de las principales vías de comunicación dados los factores de acceso, circulación y percepción que éstas determinan. En el caso de La Unión, si bien la oferta en general se caracteriza por su dispersión es posible observar una concentración más temprana a lo largo de la Ruta N 251 (Calle Vieja) y de manera más tardía en las márgenes de la ruta N 2; fuera de estos dos ejes las otras rutas nacionales en la sección que atraviesan las cabeceras de distrito agrupan buena parte de la oferta.

Debe mencionarse que los usos comerciales y de servicios que permite el Plan Regulador vigente dentro de las zonas de uso residencial ha facilitado de manera consecuyente la dispersión de la oferta comercial y de servicios. En dicho contexto y tomando como base esta distribución actual, es posible caracterizar los usos comerciales en tres grupos:

Oferta en Ruta N 251: corresponde a la oferta más variada y especializada dentro de los límites cantonales. Presenta su mayor concentración entre las calles 1 (por el este) y 12 (por el oeste), correspondiendo además con la oferta más temprana en términos históricos y que se prolonga como resultado del crecimiento urbano hacia la cabera de San Rafael (este) hasta entroncar con la ruta nacional N 2. Una etapa más tardía se registra con la expansión hacia el oeste en el distrito San Juan hasta alcanzar la colindancia cantonal con Curridabat.

Las primeras etapas (Tres Ríos y San Rafael) se caracteriza por una oferta variada, en negocios y locales de pequeña escala y cuyos predios representan hoy una parte de la problemática urbana dada la carencia de espacios para estacionamiento y la invasión de espacios de aceras. Representan además una situación caótica en términos de la disposición de la publicidad comercial. La etapa más tardía hacia San Juan muestra una mayor tendencia hacia la concentración de la oferta en centros comerciales cuyo diseño permite tanto la reserva de espacios mínimos para estacionamiento como una mejor disposición publicitaria; ocupan una mayor área relativa y mayor frente a calle pública, aunque también permite un mayor aprovechamiento del espacio en los fondos de lote.



Oferta Concentrada (Nodos): corresponde a una oferta variada y concentrada cuya ubicación y diseño responde a tales fines. Desde el punto de vista de escala el ejemplo más representativo corresponde al que se denominó en apartados anteriores como Nodo Terramall y que constituye un centro de actividad comercial que agrupa la oferta de bienes y servicios del centro comercial Terramall, la oferta comercial del supermercado Pricesmart y la oferta de servicios del ofiCentro Terracampus. De igual manera, se identifican otros nodos de menor escala, pero igual condición y que se presentan como centros o plazas comerciales tales como Lomas de Ayarco Plaza, Vía San Juan, Plaza Madrid o Plaza Barcelona, siendo esta última un espacio integrado a una de las estaciones del ferrocarril. Si bien el diseño característico permite una mejor disposición comercial y una adecuada ubicación interna de los espacios para estacionamiento, esta oferta concentrada determina también una mayor atracción de vehículos privados sin necesariamente contar con la ampliación de la capacidad de carga de las vías, tanto para circulación como para entradas y salidas.

Oferta Dispersa (Otras Rutas): corresponde a la oferta principalmente de tipo comercial que se presenta tanto en el resto de las cabezas de distrito como a lo largo de las principales rutas. Se caracteriza por ser en su mayoría una oferta básica o bien de negocios de primera necesidad tales como pulperías, abastecedores, carnicerías, cantinas y pequeñas tiendas, aunque también debe sumarse en este grupo la oferta de talleres (principalmente en sectores como San Rafael, San Diego y Río Azul), así como una particular oferta educativa de tipo privado que se ha concentrado en los últimos años en la zona que históricamente se conoció como Hacienda Herrán y que hoyes la colindancia entre los distritos San Juan y Concepción.

Uso Institucional

Corresponde a la oferta de servicios asociados a la educación, salud, seguridad o emergencias, sea de tipo pública (en su mayoría) o privada; asimismo, a los servicios relacionados con el Gobierno Local. En términos generales la oferta es amplia pero desconcentrada, siendo un caso atípico el distrito Río Azul que no sólo presenta una disposición y concentración de los espacios destinados a servicio público sino además una importante amplitud de área. El distrito Central presenta una leve concentración en los alrededores de la sede Municipal (Nodo Central 1 y 2) y en menor medida los distritos Dulce Nombre y Concepción. Así, el patrón dominante se caracteriza por la dispersión de las instalaciones previstas para servicio institucional, que en muchos casos guarda poca relación geográfica con las zonas en las que se asienta su población meta.

Se observan grandes zonas en los sectores norte, este y suroeste del Cantón, las cuales sin embargo corresponde a instalaciones del Hospital Chacón Paut (norte), Universidad de Costa Rica – Servicio Nacional de Salud Animal – Acueductos y Alcantarillados (este) y los terrenos del Parque Metropolitano La Libertad (suroeste). Desde la perspectiva de cobertura, se identifica como un buen escenario la localización de instituciones de educación primaria, las cuales guardan una relación geográfica adecuada con las zonas residenciales, de manera tal que, según la recomendación del Ministerio de Educación Pública, el mayor porcentaje de la población meta no se desplaza más de 1km lineal para acceder al servicio de educación con relación al sitio de residencia. La situación no es tan favorable en el caso de la educación secundaria donde el mismo mapa indica una menor oferta de centros educativos y observa mayores distancias de desplazamientos.



Uso Recreativo

Se describen en esta categoría los usos del suelo correspondientes a zonas verdes y de tipo recreativo de tipo público. La localización de los predios destinados a este tipo de usos muestra claramente un patrón disperso y fragmentado dentro de la estructura cantonal, hasta el punto de que a pesar de que se trata de un Cantón de dimensiones reducidas, no existe un entramado y/o conectividad real de zonas verdes que permita un aprovechamiento más eficiente de los espacios creados para la recreación o el esparcimiento.

En términos de área los casos más representativos son el Parque Central y las diferentes plazas de fútbol, ya que el resto son en su mayoría zonas de parque y de juegos infantiles que son producto de proyectos de urbanización. No se consideran en este análisis primario áreas como el Parque Recreativo La Libertad o el Estadio de Río Azul por su naturaleza de uso distinta a los espacios recreativos abiertos como plazas, parques o áreas de juegos infantiles.

En cuanto a ubicación y densidad, los mejores escenarios se alcanzan en las zonas más pobladas, de manera tal que el mayor porcentaje se concentra dentro del espacio que delimitan la línea del ferrocarril por el norte y la autopista por el sur. La distribución por distrito es la siguiente según el registro oficial municipal:

- a) Tres Ríos con 84 068.63 m² que representan un promedio de 8.26m² por persona.
- b) San Diego con 118 281.75 m² que representan un promedio de 7.00m² por persona.
- c) San Juan con 112 978.63 m² que representan un promedio de 13.62m² por persona.
- d) San Rafael con 107 652.26 m² que representan un promedio de 9.65m² por persona.
- e) Concepción con 38 369.86 m² que representan un promedio de 2.92m² por persona.
- f) Dulce Nombre con 35 814.82 m² que representan un promedio de 5.33m² por persona.
- g) San Ramón con 49 721.81 m² que representan un promedio de 10.52m² por persona.
- h) Río Azul con 23 837.35 m² que representan un promedio de 2.24m² por persona.

A nivel cantonal se registra un total de 570 725.11m² de área verde pública o recreativa, lo cual resulta en un promedio de 6.98, es decir un escenario desfavorable si se considera un indicador de calidad de vida mínimo de 10m²/persona. En cuanto a su distribución distrital el mejor escenario lo representa San Juan con un promedio de 13.62m² de área verde por persona, muy determinado por la predominancia de parques de tamaño medio (600 a 1 000m²) y mayor (más de 1 000m²); con un promedio favorable de 10.52m² por persona se ubica el distrito San Ramón, no obstante, este valor está más determinado en este caso por una menor densidad poblacional.

2.2.3. Geología

Este Cantón se encuentra conformado por dos unidades, una de origen volcánico producto de rellenos de la Sierra Volcánica Central, y otra, ubicada al sur producto de tectonismo y erosión. Es en esta última donde se ubican los Cerros de La Carpintera. Hacia el noreste del cantón y relativamente muy cerca se localiza el Volcán Irazú, que es el aparato volcánico que ha presentado mayor actividad en el Valle Central.

Sus erupciones se han caracterizado por el lanzamiento de un volumen considerable de cenizas y gases. Otro efecto para considerar es la posibilidad de la generación de avalanchas de lodo, en el cauce del río Tiribí, que, si bien nunca ha presentado estos fenómenos, su nacimiento se localiza muy cerca del cráter del Volcán Irazú.

2.2.4. Hidrografía

El Cantón de La Unión tiene una red fluvial bien definida, la cual cuenta con un grupo de ríos y quebradas que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón. Estos ríos pertenecen a la cuenca del río Grande de Tárcoles, cuyas aguas van en dirección noreste a sureste.

El río Torres y el Río Damas son límites con la provincia de San José en los cantones de Montes de Oca y Desamparados. Otros ríos que drenan este cantón son el Tiribí, María Aguilar, Chagüite, Salitrillo, Chiquito, La Cruz, Quebrada del Fierro, Quebrada del Monte y Quebrada Carpintera.

El lanzamiento de residuos sólidos a los cauces de estos provoca el desbordamiento de ríos y quebradas. Situación que ha generado por los serios problemas de construcción de viviendas cercanas a los ríos en el cantón de La Unión.

2.2.5. Aspectos climatológicos

El Cantón posee una altitud de 1 345 m sobre el nivel del mar. La altura promedio en las cabeceras de distrito oscila entre 1 200 a 1 443 m. Las temperaturas promedio son: máxima de 25 °C y mínima de 19°, con una media de 14 °C. En general el Cantón cuenta con un clima bastante templado. De acuerdo con el comportamiento de los últimos años los meses de mayor precipitación van desde septiembre hasta noviembre.

2.2.6. Aspectos Físico-Geográficos

Altitud

Según la información detallada en por el Instituto De Fomento Municipal (IFAM, 2002), las elevaciones, en metros sobre el nivel medio del mar, del centro urbano de los distritos del cantón son las siguientes:

Tabla N° 03
Altitud de los distritos del cantón de La Unión

Distritos	Altitud (m.s.n.m.)
Tres Ríos	1 345
San Diego	1270
San Juan	1260
San Rafael	1340
Concepción	1350
Dulce Nombre	1445
San Ramón	1440
Río Azul	1200

Fuente: IFAM, 2002.

Sistema Fluvial

El sistema fluvial del Cantón de La Unión corresponde a la vertiente del Pacífico, el cual pertenece a la cuenca del río Grande de Tárcoles. El área es drenada por el río Tiribí, al que se le unen los ríos Chiquito, Chagüite, Bosque y las quebradas Monte, Carpintera, Fierro, Cantillo y Vega, lo mismo que por el río María Aguilar con sus afluentes el río Salitrillo y quebrada Granadilla; también por el río Torres, y las quebradas Chorro y Quebradas.

Los citados cursos de agua, excepto los ríos Tiribí, Chiquito y la quebrada Fierro, nacen en La Unión, en los cerros La Carpintera y alto Coris; los cuales presentan un rumbo de sur a norte y de noreste a suroeste. El río Torres y la quebrada Chorro, son límites cantonales; el primero con Montes de Oca, y el segundo con Desamparados, ambos de la provincia de San José (IFAM 2002).

En el contexto del Área Metropolitana, el cantón de La Unión se encuentra en una posición estratégica por estar situado entre dos cabeceras de provincia: La ciudad de Cartago y la ciudad de San José, esta posición estratégica, trae una serie de ventajas y desventajas. Para las primeras, brinda oportunidades de índole comercial por la gran afluencia de población en tránsito; por otra parte, la cercanía a polos dinámicos de las cabeceras urbanas cercanas.

La condición de protección de espacios importantes de bosques secundarios posibilita el desarrollo de actividades ecoturísticas y de descontaminación ambiental, que ofrece una condición de mayor salud ambiental. En consecuencia, se derivaría en la protección de las cuencas y nacientes que permitan recuperar y proteger las fuentes hídricas que abastecen al cantón y buena parte del consumo de agua potable del área metropolitana.

Al no cerrarse aún la frontera habitacional del cantón se posibilita que el crecimiento de desarrollos urbanísticos pueda aún ser planificado y se tomen las medidas de corrección con los avances establecidos.

Los aspectos negativos son que por su misma cercanía, se provoque una gran afluencia poblacional de migrantes que traen consigo fuerte contaminación por el considerable parque vehicular que transita por las vías principales, la ausencia de pertenencia por parte de los pobladores en las nuevas barriadas que se crean, provocando el abandono e impacto contaminante de los desechos, la particular la autopista Florencio del Castillo, que se convierte en una barrera arquitectónica que segmenta el territorio. Igualmente, otro aspecto negativo, ha sido que su cercanía a polos de crecimiento económico provoca la movilización de importantes masas de población que laboran fuera del cantón, lo que convierte a la Unión en un cantón “dormitorio”.

2.3. Descripción de las características geográficas

La demografía engloba elementos como la estructura sociocultural de un lugar específico, el ritmo de crecimiento y movilidad poblacional. Asociado también a otros rasgos sociales influyentes en los determinantes de la salud, relativos a la educación, salud, actividad económica y equidad, que permite comprender y valorar el grado de desarrollo de un determinado ámbito geográfico. Para caracterizar el perfil poblacional del cantón La Unión, se eligieron indicadores como (población, composición poblacional por grupos de edad y sexo, razón mujer-hombre, razón de envejecimiento, proporción de personas por curso de vida, densidad poblacional, tasa de fecundidad total, total de nacimientos, tasa de natalidad, media anual de defunciones, tasa cruda de mortalidad, proporción de población urbana).

Particularmente el Área Rectora de Salud La Unión no tiene jurisdicción en los distritos de San Ramón y Río Azul, motivo por el cual no se toman en cuenta en los datos presentados a continuación.

2.3.1. Caracterización poblacional

El cantón de La Unión es el cantón más densamente poblado de la provincia de Cartago. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos 2022, la población del cantón de la Unión para el año 2022 sería de 95 229 habitantes. El distrito que cuenta con un mayor número de habitantes es el Distrito de San Diego con un 26.6% del total de la población, le siguen los distritos de Concepción y San Rafael con un 20.2 % y 17.1 % respectivamente. Los distritos con menor cantidad de habitantes son los sectores de Tres Ríos y Dulce Nombre con un peso porcentual del 9.8%. Esto se observa en la siguiente tabla:

Tabla N° 04
Distribución porcentual según distrito. Cantón de La Unión
Año 2022

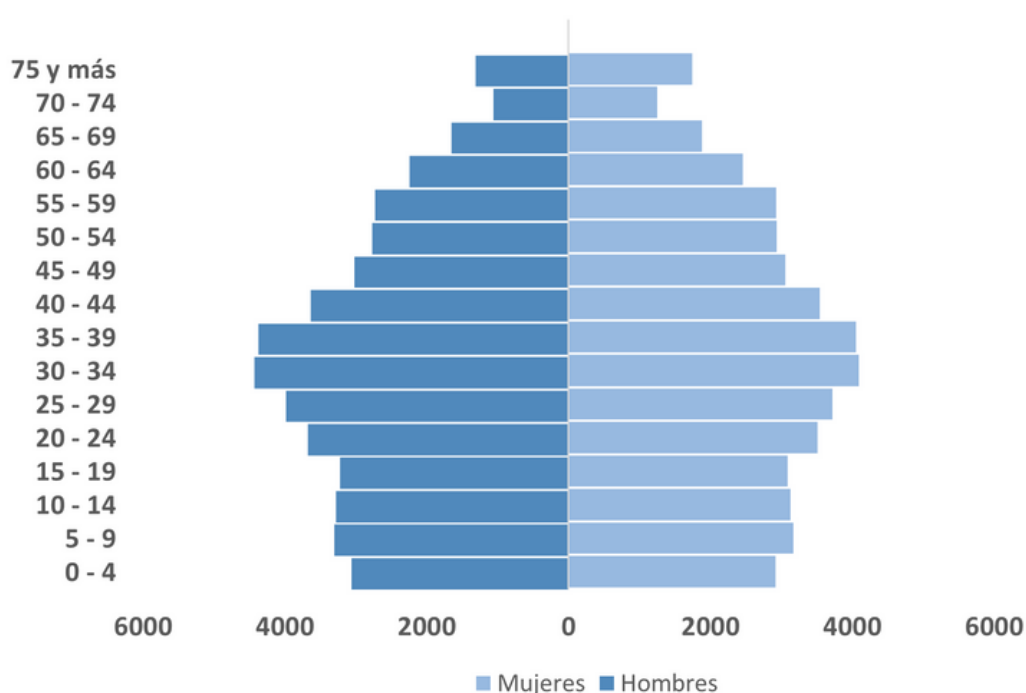
Distrito	Habitantes	Porcentaje
San Diego	25 354	26.6
Concepción	19 259	20.2
San Rafael	16 277	17.1
San Juan	15 752	16.5
Tres Ríos	9 298	9.8
Dulce Nombre	9 289	9.8
La Unión	95 229	100

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2022.

2.3.2. Composición poblacional por grupos de edad y sexo

En cuanto a la composición poblacional del cantón de La Unión por grupos de edad y sexo, se han tomado en cuenta las proyecciones del INEC correspondientes al año 2022. Con el objetivo de ilustrar el comportamiento poblacional por grupos de edad y cantidad de personas, se presenta a continuación una pirámide poblacional que permite observar los aspectos relevantes.

Gráfico N° 01
Pirámide poblacional, cantón de La Unión Año 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2022.

Para el año 2022, la cantidad de hombres fue de 47 766 representando un 50.16%, mientras que la cantidad de mujeres que se tiene como dato proyectado es de 47 463 para un 49.84%, por lo tanto, la población masculina es ligeramente mayor a la femenina. Este ligero predominio del grupo masculino se observa en todos los grupos de edad de los 0 a los 44 años. En los grupos de edad de 45 años hasta los 75 y más, las mujeres representan un porcentaje mayor versus a los hombres.

Continuando con la pirámide poblacional, la mayor parte de la población se ubica en el rango de edad entre los 30 a 34 años, siendo este el grupo más representativo, con un porcentaje del 4.65% para la población masculina y un 4.29% para las mujeres. Esta característica es importante a tomar en cuenta ya que la mayor cantidad de personas pertenece a un grupo económicamente activo.

Otro fenómeno importante el cual se ha venido observando a través de los años es como se ha reducido la población menor de 4 años, lo cual se refleja claramente en la pirámide de la población, en donde este grupo representa un 6.2 % del total de personas que residen en los distritos indicados. Así como en los grupos de 5 a 9 y 10 a 14 años, esto en contraste con los grupos de 45 a 65 años que ha ido más bien en aumento en los últimos años. El grupo poblacional con un menor peso porcentual es el grupo de edad entre los 70 a 74 años, con un 2.42%.

2.3.3. Razón de Mujer-Hombre

En cuanto a la razón de mujer hombre, según datos del INEC del año 2022, es de 99.36 mujeres por cada 100 hombres, dato similar al nacional.

2.3.4 Razón de Envejecimiento

Aunado a lo anterior y relacionado con el comportamiento observado en la pirámide poblacional del cantón se encuentra la razón o índice de envejecimiento la cual responde a la cantidad de adultos mayores que hay en una población por cada 100 niños y jóvenes. Siendo esta para el cantón de 41.7 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años, lo que nos indica que existe una menor población de adultos mayores de 64 años, en relación con la de menores de 15 años. Este dato es cercano al nacional, el cual fue de 45 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años (INEC. 2022).

Este dato nos indica que la población del cantón de la Unión aún se encuentra en el rango de población considerada como joven, debido a que existe mayor presencia de personas jóvenes que adultas, sin embargo, es vital seguir vigilando este índice a futuro para determinar la tendencia y así preparar los diferentes sistemas sociales que se van a necesitar, para dar atención a las necesidades futuras.

2.3.5. Proporción de personas por curso de vida

Por otra parte, de la proporción de personas por curso de vida, en la siguiente tabla podemos observar la distribución porcentual de las personas por curso de vida del cantón de La Unión para el año 2011.

Tabla N° 05
Distribución porcentual de personas por curso de vida. Cantón de la Unión
Año 2011

Grupo de edad	Habitantes	Porcentaje %
Menores de 1 año	1 385	17
De 1 a 9 años	11 541	13.8
De 10 a 19 años	14 495	17.4
De 20 a 64 años	50 914	61.1
De 65 años y más	5 000	6.0
Total	83335	100

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2011.

Como se puede apreciar la población menor de 1 año representa el 1.7%. siendo la de menor peso porcentual. Seguida de los niños de 1 a 9 años con un 13.8%. Los adolescentes tienen un valor del 17.4%. La población económicamente activa se encuentra con el valor más alto con 61.1 %. Los adultos mayores representan un 6% de la población.

Estos datos no distan mucho de los datos a nivel nacional para el mismo periodo. En donde los valores son relativamente similares. Cabe resaltar que estos valores nos muestran los resultados del Censo Nacional del INEC para el año 2011. Lo que significa que se puede tener un valor sesgado, debido a que se conoce el proceso de transición de envejecimiento que está sufriendo la población costarricense y las bajas tasas de fecundidad, de las cuales no está exento el cantón de la Unión y los distritos indicados. Por lo tanto, se considera necesario actualizar estos datos con los resultados del Censo 2022.

2.3.6. Proporción de la población urbana

Al respecto la información más actualizada disponible fue la del CENSO 2011 del INEC, los datos de ese momento indicaron que el cantón de La Unión cuenta con una población de 99 399 habitantes, 48% hombres y 52% mujeres, de la cual, predominantemente constituye una población urbana con un 97% del total, siendo el distrito de San Diego el más urbanizado y Dulce Nombre el menos urbanizado.

Según la propuesta de Plan Regulador de la Municipalidad de La Unión (2022), hasta hace poco más de 20 años la mayor cantidad eran originarios del mismo Cantón, no obstante, ha sido afectado por una fuerte migración inicialmente de segmentos de baja escala económica y en condición informal (precarios) y más recientemente segmentos de nivel alto (desarrollos en condominio).

Tabla N° 06
Población urbana y rural por distrito, del cantón de La Unión
Año 2011

Provincia, cantón y distrito	Total			Urbano			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Costa Rica	4 301 712	2 106 063	2 195 649	3 130 871	1 509 161	1 621 710	1 170 841	596 902	573 939
La Unión	99 399	47 946	51 453	96 404	46 470	49 934	2 995	1 476	1 519
Tres Ríos	9 331	4 391	4 940	9 331	4 391	4 940	-	-	-
San Diego	21 620	10 465	11 155	20 799	10 067	10 732	821	398	423
San Juan	13 729	6 452	7 277	13 729	6 452	7 277	-	-	-
San Rafael	14 247	6 860	7 387	12 776	6 150	6 626	1 471	710	761
Concepción	16 515	8 069	8 446	16 515	8 069	8 446	-	-	-
Dulce Nombre	7 893	3 835	4 058	7 691	3 720	3 971	202	115	87

Fuente: INEC, CENSO 2011.

A partir de la tabla anterior se observa que la población del cantón de La Unión tiene residencia predominantemente en el sector urbano y según sexo hay una diferencia de 3 464 mujeres más en comparación con los hombres que habitan en el territorio urbano.

2.3.7. Tasa de fecundidad total

Se define como el número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes, en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica. Para el caso del cantón de La Unión, se toma la información de los distritos de Tres Ríos, San Diego, San Juan, San Rafael, Concepción y Dulce Nombre ya que es la población atendida por el Área Rectora de Salud de La Unión.

Primeramente, se toma la cantidad de mujeres que se tienen en los distritos atendidos en grupos etarios (5 años) de la población fértil (de 15 a 49 años).

Tabla N° 07
Población total de mujeres, según grupos de edades fértiles por distrito
Cantón La Unión, Año 2021

Distrito	Grupos de edades						
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
Tres Ríos	215	286	304	477	489	429	364
San Diego	869	982	1 052	1 084	1 001	880	766
San Juan	482	532	559	711	688	603	525
San Rafael	557	633	644	697	655	577	503
Concepción	648	733	761	831	776	681	594
Dulce Nombre	345	392	416	384	344	303	263
TOTAL	3 116	3 558	3 736	4 184	3 953	3 473	3 015

Fuente: INEC, Población proyectada 2021

Como segundo dato se toma la cantidad de mujeres embarazadas en los mismos grupos etarios (cada 5 años) de la población fértil (de 15 a 49 años) de los distritos atendidos del cantón de La Unión.

Tabla N° 08
Población total de mujeres embarazadas, según grupos de edades fértiles por distrito.
Cantón La Unión, Año 2021

Distrito	Grupos de edades						
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
Tres Ríos	10	36	36	46	25	6	0
San Diego	41	64	80	70	30	10	0
San Juan	1	23	34	26	12	5	0
San Rafael	19	62	69	55	21	4	0
Concepción	20	51	56	46	26	3	0
Dulce Nombre	12	52	47	40	13	3	1
TOTAL	103	288	322	283	127	31	1

Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social, 2021

Se debe calcular primeramente las tasas específicas de fecundidad para cada grupo de edad, utilizando la formula siguiente:

$$TEFE = \frac{\text{Poblacion embarazada por grupo de edad}}{\text{Cantidad de mujeres por grupo de edad}} \times 1000$$

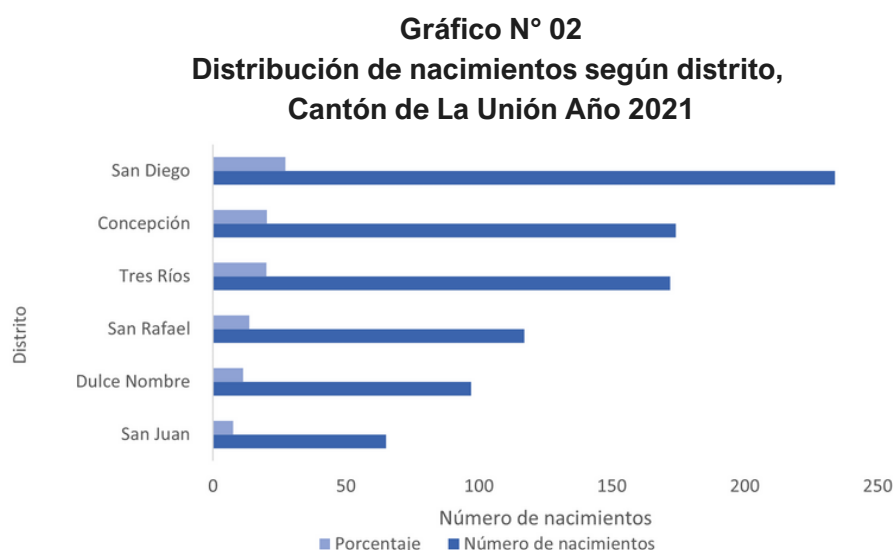
Donde se obtiene la TEFÉ de cada grupo etario (5 años) de la población fértil (mujeres de 15 a 49 años). Por tanto, la tasa de fecundidad total en el Área Rectora de Salud del cantón de La Unión es de 1,55 hijos por mujer para el año 2021, un índice mayor al presentado a nivel nacional, en donde es de 1,3 hijos por mujer en edad fértil. Esto nos indica, que si bien es cierto el valor es mayor, no se alcanza el índice de fecundidad que garantice la tasa de reemplazo que es de 2,1 por mujer. Según podemos apreciar la cantidad de nacimientos va en detrimento.

2.3.9. Tasa de natalidad

La tasa de natalidad hace referencia al número de nacimientos que se produce en un territorio por cada mil habitantes en un período de un año. En el caso del cantón de La Unión, excluyendo los distritos de San Ramón y Río Azul, con los datos de población proyectados para el año 2021 y los nacimientos de este mismo año, se estimó que se dieron 9.09 nacimientos por cada 1 000 habitantes, estando por debajo de la tasa a nivel nacional la cual fue de 10.5 nacimientos por cada 1 000 habitantes. (INEC. 2021).

2.3.10. Datos de nacimientos por distrito

Para el año 2021 la cantidad de nacimientos registrados fue de 859. El distrito con mayor número de nacimientos fue el de San Diego con 234, que representó el 27.2%. Seguido de Concepción con 174, Tres Ríos con 172, y le siguen San Rafael y Dulce Nombre con 117 y 97 respectivamente. El sector con menor número de nacimientos registrados fue San Juan, con 65, lo cual representa el 7.6% de todos los nacimientos. Esto se muestra en el siguiente grafico:



Fuente: Elaboración propia con datos del INEC año 2021.



2.3.11. Numero anual de Defunciones

Por otro lado, sobre el número anual de defunciones, este indicador según proyecciones del INEC, en el año 2021 se registraron 1 500 defunciones a nivel del cantón de La Unión y un total de 31 081 a nivel nacional.

2.3.12. Tasa cruda de mortalidad

Con respecto a la tasa cruda de mortalidad, corresponde a la razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1 000.

En este caso se han calculado los datos con proyecciones poblacionales al año 2021 y el número anual de defunciones para el mismo periodo.

Para el cantón de La Unión se produjeron 5.6 muertes por cada 1 000 habitantes lo cual se asemeja a la tasa Cruda de mortalidad nacional, la cual presentó para este mismo año, 6 muertes por cada 1 000 habitantes.

2.3.13. Densidad Poblacional

Este indicador nos muestra la relación entre la población de una localidad y su superficie total. La densidad poblacional representa el número de personas por cada unidad de terreno en la localidad, indicando en muchas ocasiones que tan disperso o concentrada esta la población y los beneficios y perjuicios de esta concentración poblacional.

Con respecto a la densidad poblacional, en el cantón de la Unión, según datos del INEC, el distrito con mayor densidad poblacional es Concepción, el cual para el año 2018, tuvo una densidad de 4 860 habitantes personas por kilómetro cuadrado.

El distrito de Tres Ríos es el segundo con mayor densidad poblacional, siendo uno de los más pequeños territorialmente hablando, pero altamente poblado, los datos nos indican que viven en esta zona un total de 4 254 habitantes por kilómetro cuadrado.

Dulce Nombre es el distrito con menor población, pero ha venido en aumento en los últimos años, pasando de 954 habitante por km cuadrado en el 2011, a 1 057 habitantes por kilómetro cuadrado para el año 2018.

En el siguiente cuadro se puede observar como el aumento de la densidad poblacional por distrito desde los años 2011 al 2018.

Tabla N°09
Densidad Poblacional según distrito,
Cantón de la Unión (excepto distritos de Río Azul y San Ramón)
Años 2011 al 2018

Distrito	Año							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tres Ríos	4 191,89	4 206,94	4 219,26	4 232,49	4244,81	4 253,48	4 254,4	4 254,4
San Diego	2 764,15	2 804,09	2 844,29	2 883,86	2923,06	2 996,96	3 033,0	3 033,0
San Juan	3 563,96	3 611,68	3 657,36	3 704,06	3748,98	3 826,90	3 864,2	3 864,2
San Rafael	1 513,00	1 532,88	1 552,85	1 572,62	1591,97	1 631,29	1 650,4	1 650,4
Concepción	4 433,69	4 496,64	4 559,86	4 622,55	4683,92	4 802,18	4 860,1	4 860,1
Dulce Nombre	954,49	968,86	983,47	997,96	1012,22	1 042,51	1 057,0	1 057,0

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2022.

Como se puede visualizar la mayoría de los distritos han aumentado su densidad poblacional con el paso de los años. Este factor está relacionado al aumento de la población

Finalmente, se realizó investigación mediante consultas a Municipalidad de La Unión, CONAPDIS Cartago y revisión estadística en INEC, respecto a datos de población migrante y con discapacidad presentes en el cantón, no obstante, la información encontrada en ambos temas no fue de utilidad debido a que se presentan datos estadísticos nacionales y no se clasifican ni por provincia ni por cantón.

Con respecto a la población indígena, no se cuenta con datos que evidencien residencia de estos grupos poblacionales en el cantón de la Unión, en la actualidad.

2.4. Descripción de las características socioeconómicas

La organización política y social de un cantón consta de una serie de instituciones públicas y privadas, así como organizaciones y empresas que prestan servicios de diferente índole a la población, influyendo en los determinantes de la salud, como por ejemplo en la seguridad social, acceso del cantón mediante condiciones de sus vías, transporte, sistema educativo, atención de emergencias, acceso a oportunidades como el empleo, la educación, a la recreación, sistemas de salud y participación social.

2.4.1. Organización política local (actores)

El área rectora de salud de la Unión se ha dado a la tarea de recabar la información de los actores sociales de la comunidad, con la finalidad de poder establecer alianzas estratégicas para el logro de los objetivos, que buscan el bienestar de las personas que residen en los distritos dentro de nuestra jurisdicción. Seguidamente se presenta una tabla que resume la organización político-social de La Unión.



Tabla N° 10
Organizaciones políticas sociales, presentes en el Cantón de la Unión
Año 2022

Tipo de organización	Nombre de institución u organización
Autoridades locales	Municipalidad La Unión (Concejo municipal y Alcaldía) Fuerza Pública Área Rectora de Salud La Unión Patronato Nacional de la Infancia Poder Judicial (Organismo de Investigación Judicial, oficina PISAV) Dirección de tránsito Ministerio de Agricultura y Ganadería (y SENASA) Ministerio de Educación Pública (supervisiones de circuitos escolares)
Organizaciones públicas	Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) Instituto Costarricense de electricidad Áreas de Salud (CCSS) y EBAIS Comité Cantonal de Deporte y Recreación Comité Cantonal de la Persona Joven IMAS (Visita un representante) IAFA (Visita un representante) Oficina de Tránsito Municipal (MOPT) INCIENSA
ONG, empresa privada y fundaciones	Cámara de comercio Bancos (Nacional-BCR-Popular-BAC San José, CREDOMATIC, DAVIVIENDA) Cooperativas: COOPEUNIÓN y COOPETRANSPIIL Bomberos Cruz Roja Hogares CREA Mujeres Asociación Centro Diurno de la Tercera Edad Fuente Del Saber ATEFUSA Fundación Manos Abiertas (cuido a persona adulta mayor) Fundación ABRAHAM Parque de la Libertad
Grupos Religiosos	<u>Iglesias y centros religiosos con permisos sanitarios de funcionamiento</u> 6 Iglesias Católicas, 2 Salones del Reino de Testigos de Jehová 5 Templos
Partidos políticos cantonales	Partido Rescate Cantonal Partido Alianza Social por La Unión

Fuente: Elaboración propia, 2022.

2.4.2. Organización Sociocultural

La participación social comunitaria formal e informal es de gran relevancia porque influye directamente en los determinantes de la salud como factores protectores de la misma, la participación social son grupos de jóvenes, asociaciones culturales, asociaciones artísticas, sindicatos, asociaciones comunales, entre otras.

Se toma como base o fuente de información de este apartado el directorio cultural elaborado en 2020, por la Oficina de Gestión Cultural de la Municipalidad de la Unión. El directorio se incluye como anexo para consulta de las agrupaciones identificadas, más no se colocan dentro del ASIS.

Tabla N° 11
Agrupaciones artístico-culturales presentes en el cantón La Unión.
Año 2020

Tipo	Cantidad
Artes escénicas	Se registran 31 agrupaciones en los diferentes distritos.
Grupos de artesanía	Se contabilizan 71 artesanos entre independientes y agrupaciones.
Artistas musicales	Se contabilizan 32 entre solistas y grupos.
Artes visuales y audiovisuales	Se contabilizan 15 personas dedicadas a esta disciplina.
En diseño	Solo se registran tres personas.
En educación artístico cultural	Se registran 5 agrupaciones.
En gestión y producción cultural	Aparecen 10 entre personas independientes y agrupaciones.
Empresas de literatura y editorial	Se registran 6 empresas
Patrimonio inmaterial	Tres mascaradas y un rehalitero.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Oficina de Gestión Cultural de la Municipalidad de la Unión, 2022.

A partir de la información anterior se puede analizar que existe mucha riqueza cultural y recreativa en el cantón de La Unión, lo cual es un factor protector de la salud ya que permite que las personas involucradas desarrollen habilidades, favorezcan su salud mental y mediante presentaciones promuevan la recreación y puedan perpetuar la cultura.



Otros grupos de participación social son los administradores de acueductos rurales: Se identificaron según datos de Regulación de la Salud del Área Rectora de La Unión, ASADA San Vicente en San Rafael, ASADA la Cima en Dulce Nombre, ASADA Villa Alegre y ASADA San Rafael.

Con respecto a los servicios de salud hay dos Áreas de Salud, la del sector de la Unión y la del sector San Diego, Concepción San Juan, cada una de ellas cuenta con Juntas de Salud Identificadas las cuales se conforma por representantes de la sociedad civil. También se identifica en el centro de Tres Ríos un Comité Cantonal de Deporte y Recreación.

2.4.3. Perfil cultural

Se hace referencia a creencias religiosas, idiomas, expresiones artísticas, conocimientos culinarios, juegos y recreación y patrimonios históricos. Según datos de la propuesta del Plan Regulador 2022, se identifican como elementos propios de la cultura cantonal y que dan imagen a La Unión los siguientes:

- La unión de los tres ríos, lo que da origen al nombre del Cantón (Tiribí, La Cruz y Chiquito).
- El culto a la Virgen del Pilar.
- La cuadrícula del casco central que constituye el primer diseño urbano del asentamiento.
- El cultivo de café, que incluye las zonas de cultivo y la industrialización del producto (beneficios) como elementos de imagen.
- Los cerros de La Carpintera

Por su parte hay distintas tradiciones que definen la cultura de La Unión como, por ejemplo:

- Retretas y turnos de verano.
- Festividades patronales en cada distrito.
- Fiesta de la Virgen del Pilar (arreglo de calles principales desde la madrugada del 12 de octubre para el traslado de la imagen en procesión).
- Paso de la Romería el 01 y 02 de agosto (paso de romeros en ruta al Santuario de la Virgen de Los Ángeles en Cartago).

Patrimonio Histórico – Arquitectónico: Se consideran elementos de patrimonio histórico cantonal los siguientes:

- La Piedra del Encanto.
- Los cerros de La Carpintera
- El Potrero Los Pinos y la celebración del 15 de septiembre (iniciada el 15 de setiembre de 1963, “Quién no mira la bandera NO es PILARICO”).
- Templo Católico Nuestra Señora del Pilar
- Escuela Central de Tres Ríos
- Sede Unidad Sanitaria
- Templo Católico San Diego
- La Casona
- Casa Juanita Cantillo
- Antigua casa de servicio del ferrocarril
- Fuentes del Padre Carazo

Asimismo, existen una serie importante de viviendas e instalaciones que caracterizan diferentes etapas de la historia cantonal y que son parte del patrimonio histórico. (Propuesta Plan regulador, 2022, p.101-102)

2.4.4 Organización socioeconómica

Se hace referencia a actividades económicas, productivas y comerciales predominantes, al respecto la información más actualizada que se encontró corresponde al Censo del 2011, por lo cual es esperable que no represente los datos reales a la actualidad, en especial posterior a una pandemia como lo es el COVID- 19, que implicó movilidad laboral y cierres de comercios.

Tabla N°12
Población del cantón de La Unión por rama de actividad, según Censo 2011

Categoría de actividad	Cantidad de personas	%
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	792	1,84
Minas y canteras	10	0,02
Industrias manufactureras	5 247	12,20
Suministro electricidad y gas	356	0,83
Suministro agua, evacuación residuos, gestión desechos	440	1,02
Construcción	3 374	7,84
Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos automáticos y motocicletas	8 908	20,71
Transporte y almacenamiento	2 087	4,85
Alojamiento y servicios de comida	1 817	4,22
Información y comunicación	1 411	3,28
Actividades financieras y de seguros	1 993	4,63
Actividades inmobiliarias	287	0,67
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1 832	4,26
Actividades administrativas y servicios de apoyo	2 663	6,19
Administración pública y defensa, planes de seguridad social	1 918	6,19
Enseñanza	3 178	7,39
Actividades atención salud humana y asistencia social	2 286	5,31
Actividades artísticas de entretenimiento y recreativas	600	1,39
Otras actividades de servicio	1 307	3,04
Actividades de los hogares en calidad de empleadores	2 451	5,70
Actividades de organizaciones y órganos extraterritorial	57	0,13
Total	43 014	

Fuente: INEC, CENSO 2011

A partir de la información ofrecida en la tabla anterior, se puede observar que para el año 2011 la actividad económica con mayor cantidad de personas laborando es Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos automotrices y motocicletas con un 20.71% de la población económicamente activa, le siguen tres actividades más, la industria manufacturera presenta un 12.20%, el sector Construcción tiene un 7.84% de población económicamente activa y el sector de enseñanza un 7.39%. Por tanto, se puede concluir que el cantón tiene una predominancia de oferta laboral en actividades económicas destinadas a vender servicios de diferente tipo, comercio de venta de productos, industria manufacturera y enseñanza.

2.4.5. Economía

Las principales actividades de la región de Cartago están insertas en el sector de Servicios, aunque en un porcentaje menor comparativamente a otras provincias del país. En lo que se refiere a la Población Económicamente Activa de la Región Cartago, se debe entender que el PEA, es el conjunto de personas de quince años o más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada (plenos, subempleados) y desocupada (cesantes, buscan trabajo por primera vez). (INEC: EHPM, 2008). Como se puede observar en la siguiente tabla el Cantón de la Unión tienen un índice de competitividad cantonal de 22 y un Índice de Desarrollo humano de 0.79. Lo cual lo posicionan de manera muy favorable con respecto a los otros cantones de la provincia de Cartago.

Figura N° 03
Principales indicadores Socioeconómicos
Provincia Cartago. Año 2009

Principales Indicadores Socioeconómicos: Región INA Cartago		
Cantón	Posición ICC	IDH
Cartago	23	0.81
Paraíso	34	0.72
La Unión	22	0.79
Jiménez	49	0.80
Turrialba	66	0.75
Alvarado	33	0.77
Oreamuno	38	0.80
El Guarco	30	0.84
León Cortés	67	0.69
Dota	54	0.83
Tarrazú	65	0.69

Fuente: INEC, 2009

2.4.6. Índice de Pobreza Humana

En lo que se refiere a la pobreza de la población, éste índice para países en desarrollo es un proceso por el cual las oportunidades básicas para alcanzar el desarrollo son negadas. Incluye las tres variables del IDH planteadas como privaciones más el componente de la longevidad, como la vulnerabilidad de morir a una edad relativamente temprana. La cifra resultante para el IPH se indica en porcentaje, con un 0% para el porcentaje más bajo de pobreza humana, en tanto que cifras que se alejen de este indicarían mayores privaciones.

El IPH es medido por tres aspectos:

- Vida larga y saludable (probabilidad al nacer de no vivir hasta 40 años).
- Educación (tasa de analfabetismo en adultos).
- Nivel de vida digno (% de la población sin acceso a una fuente de agua mejorada y porcentaje de niños con peso insuficiente para su edad).

El IPH del cantón se puede observar en la siguiente figura:

Figura N° 04

Índice de pobreza humana (IPH) por cantón de la provincia de Cartago, según la posición que ocupa a nivel nacional, 2011

Cantón	IPH %	Posición nacional
Cartago	11.68	27
Paraiso	11.28	15
La Unión	11.4	19
Jiménez	11.72	28
Turrialba	11.0	7
Alvarado	10.6	1
Oreamuno	11.4	16
El Guarco	12.0	31
León Cortés	11.06	10
Dota	11.4	17
Tarrazú	12.2	40

Fuente: PNUD, 2011

2.4.7. Tasa de alfabetización

Con respecto a la Tasa de alfabetización, corresponde a la proporción de la población adulta de 10 y más años que es letrada, la cual es expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.

Para La Unión con base al censo del INEC del 2011, la Tasa de Alfabetización corresponde a un 98.64% el cual ha sido calculado con base a una población cantonal de 83 579 habitantes, siendo de estas 82 440 personas alfabetas. En este caso se supera la Tasa de Alfabetización nacional la cual se encuentra en un 97.6%.

2.4.8. Índice de desarrollo humano cantonal (IDHC) del cantón La Unión de Cartago

El IDHC consiste en un promedio basado en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano de un cantón (Basado en PNUD-Costa Rica y UCR). Explicado lo anterior se puede ver el comportamiento del IDHC 2015 al 2019, del cantón de la Unión.

Tabla N° 13
Índice de desarrollo humano del cantón La Unión
2015-2019

Cantón	2015	2016	2017	2018	2019
La Unión	0,853	0,850	0,858	0,863	0,875

Fuente: Atlas de Desarrollo Humano Cantonal, 2021

A partir de la información anterior se puede observar que el índice de desarrollo humano del cantón de La Unión es superior a 0.8 con tendencia anual al alza, es decir, que disfrutar de una vida larga y saludable, la disponibilidad de educación y disfrute de un nivel de vida digno son dimensiones estables en La Unión, permitiendo a una mayoría de la población un bienestar continuo.

2.4.9. Índice de Desarrollo Social Cantonal (IDS) 2017 de La Unión de Cartago

El IDS mide las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, esto a partir de cuatro dimensiones: económica, participación social, salud y educación. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 100, donde 100 indica el máximo nivel de desarrollo social. En el caso particular del cantón 303 La Unión de Cartago, para el 2017 se tenía un IDS de 77,07, lo cual, aunque es un indicador promedio, si es un porcentaje para considerar que permanecen importantes brechas sociales en el cantón que deben analizarse para propuestas de trabajo que permitan minimizarlas más. (Censo 2011)

Por consiguiente, otro indicador social que representa parte de la economía de un cantón es la capacidad y condiciones de tenencia de vivienda de la población.

2.4.10. Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable

El porcentaje de la población que utiliza fuentes de agua potable mejoradas (conexión de los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo excavado cubierto, fuente protegida, recolección de agua de lluvia) según datos del censo 2011 para el cantón de La Unión es del 99,20%, lo que indica que en el cantón de La Unión se ha invertido en el abastecimiento y la seguridad hídrica para que la población pueda tener fuentes de agua potable mejoradas. Este dato se encuentra por encima del porcentaje nacional que es del 97%. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC. Censo 2011.

2.4.11. Medios de comunicación locales

Los medios de comunicación identificados por el departamento de Comunicación y Divulgación de la Municipalidad de La Unión, corresponde a un periódico y cuatro páginas en redes sociales.

1. Crónicas de La Unión (periódico digital)
2. Somos La Unión
3. Tertulias del Tiribí
4. La Unión Emergencias
5. Anuncios de Tres Ríos

Además, la Municipalidad de la Unión cuenta con página en Red Social donde brinda información importante a la comunidad, acerca de proyecto, obras realizadas y anuncios de interés comunal.

2.4.13. Transporte

La siguiente descripción de los medios de comunicación para transporte, fueron obtenidos de la Propuesta del Plan Regulador Municipal del 2022, por tanto, la siguiente información es de su autoría.

El análisis del transporte público considera tanto las modalidades de la oferta existente en La Unión (ferrocarril, autobús y taxi) como las variables que las caracterizan (cobertura, frecuencia, planta o estructura física, paradas y percepción del servicio):

Modalidad Ferrocarril: como parte del servicio de pasajeros del ferrocarril nacional se cuenta con el servicio regular prestado por el INCOFER, el cual permite la comunicación hacia el oeste del cantón con la ciudad de San José y de allí hacia el oeste de la GAM, o bien hacia el este con la ciudad de Cartago.

En función del trazado de la línea férrea que atraviesa el Cantón de este a oeste la cobertura de este servicio se extiende a la zona urbana central y principalmente la que se localiza hacia el norte de la ruta nacional #2 por razones de distancia. En tal sentido resultan con una adecuada cobertura de servicio los centros urbanos de San Juan, San Diego, Tres Ríos y San Rafael. En el resto del Cantón, tanto por factor distancia como por la carencia de conectividad entre el ferrocarril y los servicios de autobús o taxi, no se cuenta con este servicio.

Modalidad Autobús: la información y estadísticas obtenidas del Concejo de Transporte Público permiten determinar la existencia de ocho rutas principales de transporte público modalidad autobús con servicio dentro de los límites de La Unión:

1. San José – San Juan – Tres Ríos – Dulce Nombre – San Ramón.
2. San José – San Juan – Tres Ríos – Concepción
3. San José – San Juan – Tres Ríos – San Rafael – Cartago
4. San José – San Diego – Tres Ríos – San Rafael – Cartago
5. San José – San Diego – Cartago (servicio por ruta nacional #2)
6. San José – San Juan – Tres Ríos – San Diego – Rincón de Mesén – Río Azul
7. San José – San Diego – Santiago – Rincón de Mesén – Río Azul
8. San José – San Diego – Tres Ríos – San Vicente

Modalidad Taxi: en esta modalidad debe distinguirse la prestación tanto del servicio formal como informal.

A nivel de cobertura el servicio formal de taxis debidamente concesionado está presente en el mayor porcentaje del Cantón, con excepción de sectores del distrito Río Azul, Rincón de Mesén, La Inmaculada, Santiago El Monte y San Vicente donde por razones de inseguridad no se registra en términos generales el ingreso de unidades formales.

Por su parte, el servicio informal constituye parte de la oferta de transporte principalmente en las cabeceras de San Diego, Río Azul y Tres Ríos, y en menor medida en Dulce Nombre y Concepción; de toda esta oferta informal se distingue el servicio en el distrito Tres Ríos, tanto por la cantidad de vehículos que se ubican en segmentos de la avenida central, calle 2, avenida 1 y calle 1, como por la organización que tienen y que facilita la prestación de servicios “colectivos”. (Propuesta del Plan regulador, 2022, p.70)

2.5. Descripción de características de presencia de riesgos en el cantón de La Unión

Para el año 2022 por parte del equipo de gestión de riesgo del Área Rectora de salud La Unión, se confeccionó la Herramienta de Evaluación Estratégica del Riesgo (STAR), en la que se priorizaron los principales riesgos presentes en el Cantón de La Unión.

Con base a esta priorización se presentan cuadros con la información sobre los principales riesgos, probabilidad de ocurrencia de estos, así como su clasificación en la escala de severidad, vulnerabilidad y capacidad de afrontamiento por parte de las instituciones competentes. Se clasificó además el impacto y nivel de riesgo que los eventos seleccionados podrían generar en caso de ocurrir.

Tabla N° 14

Priorización de amenazas en cantón de La Unión y exposición de la población vulnerable, año 2022

Grupo	Amenaza	Tipo	Consecuencias para la Salud	Escala	Exposición
Naturales	Hidrológicos	Deslizamiento de tierra	Inmediatas (lesión integridad física personas, afectación infraestructura, colapso servicios de primera respuesta y de salud, agua y saneamiento) y secundarias (brotes de enfermedades, daños estructurales, colapso de vías, pérdida calidad de alimentos perecederos, aumento gasto presupuesto público)	Local	30
Naturales	Hidrológicos	Inundación	Inmediatas (lesión integridad física personas, afectación infraestructura, colapso servicios de primera respuesta y de salud, agua y saneamiento) y secundarias (brotes de enfermedades, daños estructurales, colapso de vías, pérdida calidad de alimentos perecederos, aumento gasto presupuesto público)	Local	30
Naturales	Biológicos	Epidemias y pandemias	Inmediatas (morbilidad y mortalidad de personas afectadas, colapso en sistemas de salud) y secundarias (incapacidades prolongadas, pérdida de confianza en el gobierno local, disminución de la economía local, aumento el gasto en salud, sobrecarga laboral de personal de atención, devaluación de imagen turística, pérdida de confianza y descontento al gobierno local y servicios de salud)	Local	95 229
Causados por el hombre	Sociales	Disturbios sociales (Romería)	Concentración Masiva de Personas (Romería): Inmediatas (colapso de vías, lesión integridad física personas, colapso servicios de primera respuesta, afectación de servicios de saneamiento (residuos)) y secundarias (brotes de enfermedades vectoriales, aumento gasto presupuesto público)	Local	2 500 000
Naturales	Geológicos	Terremotos	Inmediatas (lesión integridad física personas, afectación infraestructura, colapso servicios de primera respuesta y de salud, agua y saneamiento) y secundarias (daños estructurales, colapso de vías, pérdida calidad de alimentos perecederos, aumento gasto presupuesto público)	Local	20
Naturales	Geológicos	Actividad volcánica	Inmediatas (caída de ceniza y Emanación de gases que afectarían a la población con afecciones respiratorias) y secundarias (amenaza la seguridad alimentaria (pérdida de cultivo café), Afectaciones sobre todo hacia el cauce del río Tiribí (su nacimiento se ubica en faldas del volcán Irazú), siendo más vulnerable los poblados ubicados a ambas márgenes de este río)	Local	200

Fuente: Elaboración propia con datos generados y proporcionados por el Área Rectora de Salud La Unión.

De la tabla anterior se puede observar que de los riesgos encontrados el que presenta mayor afectación es el de la Actividad de Romería, ya que por el cantón de La Unión transitan aproximadamente 2 500 000 personas en el transcurso de 4 días de actividad, lo cual presenta una actividad de concentración de personas de gran magnitud. A nivel país es la actividad de mayor concentración de personas al año.

Tabla N° 15
Probabilidad de ocurrencia por tipo de amenaza y carácter estacional en cantón de La Unión, año 2022

		Probabilidad												
		Carácter Estacional												
Tipo	Frecuencia	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Probabilidad
Deslizamiento de tierra	Recurrente	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarillo	Naranja	Rojo	Rojo	Rojo	Naranja	Amarillo	Muy probable
Inundación	Recurrente	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarillo	Naranja	Rojo	Rojo	Rojo	Naranja	Amarillo	Muy probable
Epidemias y pandemias	Perenne	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Rojo	Casi seguro
Disturbios sociales (Romería)	Recurrente	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Rojo	Verde	Verde	Verde	Verde	Casi seguro
Terremotos	Fortuito													Muy improbable
Actividad volcánica	Fortuito													Muy improbable

* Rojo= casi seguro, Naranja= Muy probable, Amarillo=Probable, Verde=Improbable y Blanco= Muy Improbable.

Fuente: Elaboración propia con datos generados y proporcionados por el Área Rectora de Salud La Unión.

De la tabla anterior se puede observar que un riesgo latente durante todo el año, lo conforma las epidemias y pandemias, en la actualidad se cuenta con la pandemia de la COVID 19, así mismo se presentan enfermedades como la gripe aviar, la H1N1, y la viruela Símica, sin embargo, siempre se cuenta con el riesgo del surgimiento de nuevas enfermedades.

Tabla N° 16
Balance entre severidad e impacto según tipo de amenaza entre nivel de confianza de atención y riesgo en cantón de La Unión, año 2022.

Tipo	Severidad	Vulnerabilidad	Capacidad de Afrontamiento	Impacto	Nivel de Confianza	Nivel de riesgo
Deslizamiento de tierra	Moderada severidad	Baja	Alta	Mínimo	Satisfactorio	Alto
Inundación	Moderada severidad	Baja	Alta	Mínimo	Satisfactorio	Alto
Epidemias y pandemias	Moderada severidad	Baja	Alta	Mínimo	Bueno	Alto
Disturbios sociales (Romería)	Alta severidad	Parcial	Muy alta	Moderado	Bueno	Alto
Terremotos	Muy baja severidad	Muy baja	Muy alta	Insignificante	Bueno	Muy bajo
Actividad volcánica	Muy baja severidad	Muy baja	Muy alta	Insignificante	Bueno	Muy bajo

Fuente: Elaboración propia con datos generados y proporcionados por el Área Rectora de Salud La Unión.



En la tabla anterior se puede observar que, a partir de la severidad, la vulnerabilidad, la capacidad de afrontamiento, el impacto y el nivel de confianza, se tiene un nivel de riesgo alto para Deslizamiento de tierra, Inundación, Epidemias y pandemias y para Disturbios sociales (Romería). Se obtuvo un nivel de riesgo bajo para Terremotos y para Actividad volcánica.

Adicionalmente conforme a la ubicación y distribución geográfica del cantón de la Unión se describen los siguientes riesgos geográficos los cuales han sido descritos a detalle por el INSTITUTO DE FOMENTO MUNICIPAL, (IFAM 2002):

- Amenazas hidrometeorológicas del cantón de la Unión
- Amenazas geológicas cantón de la Unión
- Actividad volcánica

2.5.1. Amenazas hidrometeorológicas del cantón de La Unión

El cantón de La Unión posee una red fluvial bien definida, la misma cuenta con un grupo de ríos y quebradas que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón, dicha red de drenaje está compuesta principalmente por:

- Río Tiribí
- Quebrada Carpintera
- Río María Aguilar
- Río Chagüite
- Quebrada Fierro
- Río Chiquito

De estos ríos y quebradas algunos, han disminuido el período de recurrencia de inundaciones a un año, y algunos a períodos menores, lo anterior por causa de la ocupación de las planicies de inundación, y el desarrollo urbano en forma desordenada y sin ninguna planificación, y al margen de las leyes de desarrollo urbano y forestal.

Así mismo el lanzado de desechos sólidos a los cauces de estos, redundando esto y lo anterior en la reducción de la capacidad de la sección hidráulica, lo que provoca el desbordamiento de ríos y quebradas. Situación que se ha generado por los serios problemas de construcción de viviendas cercanas a los ríos en el cantón de La Unión.

2.5.2. Amenazas geológicas del cantón de La Unión

Amenaza Sísmica

El Cantón de La Unión, se localiza muy cerca de fuentes sísmicas reconocidas dentro del Valle Central, como las del sur de San José y sur de Cartago. La actividad características de estos sistemas de fallas, es la de sismos superficiales de intensidades moderadas a bajas. Entre los efectos geológicos más importantes que puede generar un evento sísmico en el Cantón de La Unión, se puede mencionar:



- Amplificaciones de la intensidad sísmica, en aquellas regiones donde el tipo de suelo favorecen estos fenómenos, los poblados más vulnerables son Tres Ríos, San Ramón, Dulce Nombre, Concepción, San Juan y Río Azul.
- Deslizamientos de diversa magnitud.
- Fracturas en el terreno.
- Asentamientos en lugares que se han hecho rellenos mal compactos.

Actividad volcánica

Hacia el noreste del cantón de La Unión, se localiza el Volcán Irazú, que es el centro volcánico que ha presentado mayor actividad en el Valle Central. Las erupciones de este volcán se han caracterizado por el lanzamiento de un volumen considerable de cenizas y gases, proceso al cual es especialmente vulnerable el Cantón de La Unión.

Otro efecto que se debe considerar es la posibilidad de la generación de avalanchas de lodo, en el cauce del Río Tiribí, que si bien nunca ha presentado. Estos fenómenos, su nacimiento se localiza muy cerca del cráter del Volcán Irazú. En caso de erupción volcánica los efectos geológicos más determinantes serían:

- Caída de Cenizas, efecto al cual es vulnerable todo el cantón, el volumen de cenizas en el techo puede llegar a ser lo suficientemente grande para provocar el colapso de la estructura. Además, afectaría los cultivos de la región.
- Corrientes de barro se podrían presentar sobre todo hacia el cauce del Río Tiribí, siendo más vulnerable los poblados ubicados a ambos márgenes de este río, con arrastre y sepultamiento de estructuras.
- Emanación de gases afectarían a la población en general, así como a cultivos y ganadería.

Deslizamientos (Inestabilidad de Suelos)

Las características geológicas y climáticas del Cantón de La Unión lo hacen vulnerable a sufrir esta clase de proceso. Hacia el norte del cantón, la fuerte pendiente del terreno provoca que esta región sea altamente vulnerable a esta clase de fenómeno, reconociéndose inclusive varios deslizamientos de importancia tal como el del margen del río Chiquito. Los poblados de mayor riesgo son San Ramón, Alto del Carmen.

Hacia el sur del cantón, los poblados más sensibles son aquellos localizados hacia el margen de los ríos principales donde la pendiente del terreno aumenta considerablemente. Los ríos más frágiles son Tiribí, Chagüite, Quebrada Fierro. Además, se debe indicar el sector sur del cantón, en las laderas de los Cerros La Carpintera, donde existe una alta vulnerabilidad a la inestabilidad de laderas y se ha dado un fuerte desarrollo urbano.

También son vulnerables a este proceso los sitios donde se han hecho cortes de carretera, caminos y tajos.

Los efectos más notorios de los deslizamientos en el Cantón de La Unión serían:

- Viviendas colapsadas
- Carreteras destruidas
- Avalanchas de lodo causadas por represamiento en los ríos
- Daños a cultivos

2.5.3. Riesgos ambientales (actividades productivas y extractivas)

Los siguientes riesgos ambientales “Contaminación de afluentes y efluentes de agua, Zonas de producción industrial, Zonas de producción agrícola y agropecuaria” fueron tomados de la Propuesta Plan Regulador Municipalidad de La Unión 2022. El cantón de la Unión cuenta con actividades productivas agrícolas como el cultivo de café el cual representa riesgo en cuanto al uso de agroquímicos en el suelo y aguas.

Se cuenta con producción industrial, donde las principales industrias son Jaleas Ujarrás, Irex de Costa Rica, Alimentos Zúñiga, Bioland. En cuanto a las actividades extractivas, se cuenta con el Tajo Hacienda San Rafael el mismo representa riesgo, ya que en la actualidad no cuenta con permisos para extraer o comercializar materiales.

2.5.4. Contaminación de afluentes y efluentes de agua

La expansión demográfica de los últimos años ha reemplazado las áreas de cultivo de café por zonas residenciales o habitacionales, lo cual trae consigo riesgos ambientales por mal manejo de residuos sólidos y líquidos. El Tajo Hacienda San Rafael, durante muchos años ha representado un riesgo ambiental por deslizamientos, que pueden obstruir el cauce del Río Chiquito y afectar directamente el centro poblacional de Tres Ríos y San Rafael.

2.5.6. Zonas de producción industrial

Según la propuesta de Plan Regulador del cantón de La Unión de 2022, los usos que constituyen esta categoría (actividades destinadas a la transformación, manipulación o utilización de productos naturales o a la elaboración, manipulación, transformación o utilización de productos artificiales mediante tratamiento físico, químico o biológico, manualmente o por medio de máquinas o instrumentos) son importantes dentro de la estructura económica cantonal (generación de riqueza y empleo) pero poco representativos en términos de área. El mayor porcentaje de las actividades industriales se ubican en las cercanías de la Ruta Nacional N° 2, aunque no necesariamente con frente o acceso directo a la misma.

2.5.7. Zonas de producción agrícola y agropecuaria

Las zonas de cultivos permanentes ocupan el 19,5% del territorio y se componen en su casi totalidad por fincas de café que se concentran en la zona centro-sur del cantón. Por su parte, los cultivos estacionales sólo ocupan el 1,7% del territorio. Se distribuyen en las secciones sudoeste centro-norte y noreste del Cantón, siendo el cultivo de café el predominante. Según el MINAE, el cantón de La Unión cuenta con zonas protegidas, en las cuales están Cerros de la Carpintera con 2391 hectáreas y el Río Tiribi con 702 hectáreas.

2.6 Descripción de características de oferta, demanda y cobertura de servicios de salud

2.6.1. Distribución de servicios de salud

Para el caso de la distribución de los servicios de salud debidamente habilitados, al año 2021 se cuenta con un total de 221 establecimientos de salud con su respectivo permiso de habilitación vigente, distribuidos de la siguiente manera, según la clasificación del Anexo 1, Sección Q del Decreto Ejecutivo N° 43432-S: Reglamento general para permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorización para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud:

Tabla N° 17

Distribución de servicios de salud habilitados por el Área Rectora de Salud La Unión, al año 2021

Tipo de actividad	Cantidad de servicios habilitados	Públicos	Privados
Servicios de consulta ambulatoria odontología generales o especializados	44	1	43
Servicios de diagnóstico por imágenes	4	0	4
Servicios de diagnóstico por imágenes odontológicas	1	0	1
Farmacias hospitalarias	2	2	0
Farmacias comunitarias	16	0	16
Laboratorios de microbiología y química clínica	10	2	8
Laboratorio de vigilancia epidemiológica en investigaciones en salud pública	1	1	0
Servicios ambulatorios de atención en enfermería	1	0	1
Servicios ambulatorios de atención integral a la persona adulta mayor	2	0	2
Servicios de consulta ambulatoria en medicina general o especializada	70	20	50
Centro de investigaciones en seres humanos	1	0	1
Servicios de consulta ambulatoria en nutrición	11	0	11
Servicios de consulta ambulatoria en optometría	17	0	17
Servicios de consulta ambulatoria en psicología	10	0	10
Servicios de consulta ambulatoria en terapia física	19	0	19
Servicios residenciales de atención integral a la persona adulta mayor	2	0	2
Servicios residenciales de atención integral a la persona con discapacidad	1	0	1
Ambulancia de traslado de pacientes	2	2	0
Ambulancia de soporte básico	4	4	0
Ambulancia de soporte avanzado	1	1	0
Servicios de cuidados paliativos	2	1	1

Fuente: Base de datos de servicios de salud del Área Rectora de Salud La Unión, 2021.

Adicionalmente, es importante aclarar que en la Tabla N°17 no se incluyen los Centros de Acondicionamiento Físico (CAF) ni los Centros de Tatuajes y Perforaciones Corporales, que hasta la entrada en vigencia del Decreto Ejecutivo N° 43432-S: Reglamento general para permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorización para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud eran catalogados como servicios de salud, sin embargo, según cambios en la normativa vigente, se retiraron de esta clasificación.



Tampoco se consideran los Servicios de Vacunatorios e Inyectables que a la fecha cuentan con un permiso de habilitación independiente (5 servicios habilitados), pero que son parte de los servicios de salud que ofrece la CCSS y otros servicios catalogados como “Terapias Complementarias” (2 servicios habilitados), ya que su clasificación independiente fue retirada de la normativa a partir de la entrada en vigencia del Decreto Ejecutivo N° 43432-S. Estos últimos, fueron reclasificados en nuevos códigos CAECR, según su actividad.

2.6.2. Promedio de atenciones ambulatorias por población

Sobre este indicador es importante hacer la aclaración de que la construcción de una “Tasa de atenciones ambulatorias” no sería apropiada ya que se cuenta con un número impersonal de atenciones ambulatorias, el cual no diferencia si una persona recibió una o más consultas o si por el contrario no ha consultado durante el periodo en evaluación, por lo que corresponde es anotar el promedio de consultas médicas por población por año.

En este caso se incluyen todas las visitas hechas ya sea por médicos generales o especialistas, ya sea en consultorios individuales, clínicas o áreas de consulta externa de hospitales. No se incluyen la teleconsultas ni las interconsultas o visitas durante periodos de internamiento. Para construir el promedio de consulta por población del Cantón se han utilizado los datos proporcionados por la C.C.S.S. correspondientes al 2021 por los servicios de salud del Cantón:

- Área de Salud La Unión contó con una población asignada de 39551 y un total de consultas atendidas de 63407.
- Área de Salud San Juan San Diego Concepción contó con una población asignada de 56907 y un total de consultas atendidas de 70626.

En este caso podríamos calcularlo de la siguiente forma:

Número de consultas atendidas 134033/ total población 94421 = 1.4

Con lo que se obtiene un promedio de 1.4 atenciones ambulatorias por cada habitante para el Cantón de La Unión.

2.6.3. Tasa de profesionales en medicina

La Tasa de profesionales en medicina se entiende de la siguiente forma: Por profesionales en medicina activos: Todos aquellos que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Esto incluye: médicos generales, médicos especialistas y médicos residentes en formación que cumplan con los requisitos establecidos por el Colegio de Médicos y Cirujanos para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras.



Esta se construye con los datos disponibles en bases de datos del Área Rectora y proporcionados por la C:C:S:S: de los médicos que prestan servicios de salud en la jurisdicción del Área Rectora de Salud, utilizando la siguiente fórmula:

Número de profesionales en medicina activos / total población * 1.000

En el caso de La Unión se cuenta con 96 profesionales en medicina activos los cuales se desglosan de la siguiente manera:

- Área de Salud La Unión: 17
- Área de Salud San Juan San Diego Concepción: 14
- Hospital Chacón Paut: 13
- Consultorios Privados: 50
- Área Rectora de Salud La Unión: 2

En vista de lo anterior el cálculo de la Tasa de profesionales en medicina se realizaría de la siguiente forma tomando en cuenta la proyección de población del 2021 para La Unión proporcionada por el INEC:

Número de profesionales en medicina activos 96 / total población 94421 * 1.000 = 1.016

Con lo que se obtiene una tasa de 1 profesional en medicina activo por cada 1000 habitantes para el Cantón de La Unión.

2.6.4. Tasa de profesionales en odontología

En el área de atracción del Área Rectora de Salud La Unión (ARSLU) (distritos Tres Ríos, San Rafael, Dulce Nombre, San Juan, San Diego y Concepción), se cuenta con un total de 44 Servicios de consulta ambulatoria en odontología general o especializada debidamente habilitados al año 2021, de los cuales, 43 son privados (46 profesionales en odontología) y 1 es público (6 profesionales en odontología), este último administrado por el Área de Salud La Unión de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y que brindan atención a la población adscrita a los EBAS de Tres Ríos, San Rafael y Dulce Nombre.

Por su parte, la población adscrita a los EBAS de San Juan, San Diego y Concepción de La Unión, deben acudir al servicio de odontología del Área de Salud San Juan-San Diego-Concepción, el cual se ubica en el cantón de Curridabat, fuera del área de atracción del ARSLU y se constituye de 6 profesionales en odontología adicionales.

A partir de lo anterior, considerando la población total proyectada al 2022 por cantón y distrito del INEC y la base de datos de servicios de salud del Área Rectora de Salud La Unión, se tiene que se cuenta con una tasa de profesionales en odontología activos de 6,09 por cada 10000 habitantes. Para estos efectos, según Peraza y Vega (2014), “la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que exista una relación de 3500 habitantes por cada odontólogo” (p. 11). Para el caso de la población de los distritos del cantón de La Unión, dentro de la jurisdicción del Área Rectora de Salud La Unión, la proporción sería de 2,13 odontólogos (entre servicios públicos y privados) por cada 3500 habitantes.



A pesar de ello, se presentan ciertas inequidades en cuanto al acceso a estos servicios, principalmente por la ubicación geográfica de los servicios públicos de odontología (uno en el distrito central de Tres Ríos y otro en el cantón vecino de Curridabat), en los que en algunos de los casos no se tienen facilidades de acceso de transporte público que conecte los distritos correspondientes con la ubicación de estos servicios o se deben utilizar varias rutas o tipos de transporte público o privado para poder acceder a estos servicios, considerando las largas distancias que puede haber entre algunos distritos y su ubicación, lo que implica en ocasiones costos económicos en transporte que algunas poblaciones más vulnerables del cantón quizá no pueden costear.

Asimismo, el patrón de distribución de los servicios privados de odontología no es proporcional a la población de los distritos, pues la mayoría están concentrados en los distritos de Tres Ríos, Concepción y San Juan, mientras que, en los distritos de San Diego, San Rafael y Dulce Nombre, son muy pocas las opciones privadas de estos servicios.

2.6.5. Oferta de servicios en salud mental a nivel público

El cantón de La Unión tiene entre sus servicios que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social, al Hospital Psiquiátrico Chacón Paut, el cual atiende población de todo el país, además cuenta con dos clínicas, una es el Área de Salud de la Unión y la otra Área de Salud San Juan, San Diego, Concepción. Asimismo, se ofrecen servicios generales desde 20 EBAIS.

Con el fin de conocer la oferta de servicios enfocados en salud mental se procedió a consultar a cada establecimiento (hospital y clínicas) respecto al personal especializado en brindar servicios en el campo de la salud y la enfermedad mental, específicamente se consultó por la cantidad de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros de salud mental y promotores de salud, disponibles en esos establecimientos, así como el tipo de servicio que ofrecen y la cobertura de población que tienen. También se consultó a otras instituciones como la Municipalidad, el Ministerio de, CEN CINAI. Poder Judicial PISAV, Educación (Supervisión de circuito 06) y Patronato Nacional de la Infancia. Estos dos últimos no brindaron respuesta.

Seguidamente se presentan tablas informativas, por institución pública consultada, respecto a la oferta de servicios por disciplina, posteriormente se consolida la información para valorar la totalidad de disponibilidad de recursos.

Tabla N° 18

Oferta de servicios profesionales en salud y enfermedad mental del Área de Salud San Juan, San Diego, Concepción. Año 2023

Disciplinas dentro de la institución	Cantidad	Tipo de servicio que brindan	Población a la que se dirigen	Cobertura de población
Psicólogos	1	Consultas y talleres	Con patología via referencia	1 para 56 000 personas
Trabajadores sociales	2	Consultas y talleres	Con patología via referencia	2 para 56 000 personas
Promoción de la Salud	3	Talleres	Sana	3 para 56 000 personas

Fuente: Área de Salud San Juan, San Diego, Concepción. 2023.

Con respecto al sector geográfico que cubre el Área de Salud de San Juan, San Diego, Concepción, se evidencia que a pesar de ser una clínica con 6 profesionales competentes para brindar terapia individual y/o grupal, talleres de prevención y promoción de la salud, son una cantidad de recurso humano conservadora, en especial al tener solo un psicólogo para cubrir una población de 56 000 personas, esto puede incurrir en que la demanda de atención en consulta puede llevar a una saturación de agenda que impide una atención oportuna del servicio e incrementa listas de espera ya que se deben manejar por prioridades atendiendo casos con patologías de mayor urgencia. Seguidamente se presentan los datos del Área de Salud de La Unión.

Tabla N° 19
Oferta de servicios profesionales en salud y enfermedad mental del
Área de Salud de La Unión, Año 2023

Disciplinas dentro de la institución	Cantidad	Tipo de servicio que brindan (consulta, talleres, investigación, etc)	Población a la que se dirigen	Cobertura de población
Psicólogos	1	Consulta externa individual y grupal, presencial o por medios alternativos.	Poblacion adscrita (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores) al ASLU y usuario interno.	39840 habitantes adscritos.
		Talleres y actividades de prevención y promoción de la salud.		
		Se integran varias comisiones internas y locales. Visita Domiciliar Clínica del Dolor.		
Trabajadores sociales	1	Consulta(individual, familiar y grupal);Educación Social en Salud y Atención Social. Grupal en temas de los Sub Ejes. Institucionales de Promoción de la Salud: autocuidado, pensamientos positivos, autoestima y asertividad	Poblacion adscrita (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores) al ASLU y usuario interno.	39840 habitantes adscritos.

Fuente: Área de Salud La Unión. 2023.

Esta área de salud cuenta con menor cantidad de profesionales con competencias para el trabajo de la atención de patologías mentales y acciones en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, su rango de cobertura por profesional es muy grande, y al igual como se explicó anteriormente, se puede caer en afectar el oportuno acceso a los servicios de salud mental por parte de la población.

Como se observó en las clínicas no se cuenta con profesionales especializados como enfermeras en salud mental o médicos psiquiatras, este tipo de profesionales son más exclusivos de servicios hospitalarios. Seguidamente se observa la oferta del Hospital Nacional de Psiquiatría es el Hospital Dr. Chacón Paut.

Tabla N° 20
Oferta de servicios profesionales en salud y enfermedad mental del Hospital Dr. Chacón Paut.
Año 2023

Disciplinas	Cantidad	Tipo de servicio que brindan	Población a la que se dirigen	Cobertura de población
Psicólogos	7	Servicios ambulatorios y de atención ambulatorios especializados (tercer nivel de atención en salud). De cobertura nacional en hospitalización y clínicas especializadas, la consulta externa de psiquiatría tiene como área de adscripción el cantón de La Unión	Personas mayores de 18 años con descompensación de su condición mental referidas de la red de salud	1,5 para consulta externa resto de profesionales se dedican a programas de cobertura nacional
Psiquiatras	8			1 para consulta externa (resto de profesionales se dedican a programas de cobertura nacional)
Trabajadores Sociales	3			0.5 para consulta externa resto de profesionales se dedican a programas de cobertura nacional
Enfermeras de Salud Mental	5			La totalidad de los enfermeros especialistas se dedican a hospitalización

Fuente: Dirección del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut. 2023.



Con respecto a la información proporcionada en la tabla anterior, se aclara que a pesar de que este hospital se ubique en el cantón de la Unión, tiene una cobertura nacional a la que acceden los pacientes mediante referencias de la red de salud. No obstante, de la cantidad de profesionales con las que cuenta el hospital, los que brindan consulta externa para la población de La Unión son 1.5 psicólogo, 1 psiquiatra y medio tiempo de trabajo social. Este establecimiento si cuenta con enfermeras de salud mental pero enfocadas en hospitalización.

Se amplia descripción de los servicios ofrecidos por este centro médico con capacidad de 58 camas para internamiento, sus servicios se concentran en atención ambulatoria, atención hospitalaria especializada en salud mental y otros servicios. Se describen a continuación a partir de información proporcionada por la Dra. Carolina Montoya Brenes, directora de este centro médico.

a) Atención ambulatoria

- Consulta Externa especializada en psiquiatría: se brinda atención a personas con enfermedad mental referidos del cantón de La Unión, además de clínicas especializadas: Deterioro Cognitivo, referidos de la red integrada de prestación de servicios
- Dispositivo comunitario: dispositivo de tipo ambulatorio que ofrece clínicas especializadas: intervención en crisis, afectos, psicosis y violencia, mediante la intervención interdisciplinaria.
- Visita domiciliar psiquiátrica interdisciplinario de tercer nivel aceptabilidad; según las posibilidades presupuestarias del hospital.
- Consulta externa de psicología: ofrece intervenciones de tipo individual y grupal. Atención especializada en pareja y familia, consulta psicodiagnóstico y consulta de trauma, Grupo de estimulación cognitiva y violencia.
- Consulta externa de Nutrición para personas usuarias de la consulta externa de psiquiatría y centro diurno que presenten síndrome metabólico además de la patología mental
- Clínica Cesación de tabaco.
- Programa de prevención de adicciones: se trata de programa socioeducativo dirigido a estudiantes de secundaria
- Programa de Atención al funcionario con consumo de sustancias psicoactivas.

b) Atención hospitalaria especializada en salud mental

- Intervención de la crisis: abordaje hospitalario de personas con afectación de su salud mental desencadenado por agente estresor, que suelen ser de pronta recuperación y estancia limitada
- Intervención patología dual: ofrece atención hospitalaria para diagnóstico, tratamiento, intervención interdisciplinaria y articulación de proceso de rehabilitación a personas con enfermedad mental mayor asociada a consumo perjudicial de sustancias psicoactivas.
- Intervención patología aguda: servicio de atención hospitalario a personas con enfermedad mental descompensada que amerita intervención interdisciplinaria y multimodal para su estabilización.
- Unidad médica: atención médica especializada a personas ingresadas por enfermedad mental y presentan comorbilidad médica que requiera vigilancia y/o tratamiento físico continuo.



c) Otros servicios de apoyo

Los servicios de apoyo brindan atención en consulta externa de seguimiento y participan en los equipos interdisciplinarios especializados de hospitalización.

- Intervención terapia física.
- Intervención terapia respiratoria: incluye Programa de educación para pacientes, familia o cuidadores (aplicación de oxígeno en el hogar y cuidados de traqueostomía en el hogar, entre otros).
- Intervención terapia ocupacional.

Otras instituciones públicas con servicios de profesionales en salud mental

La Municipalidad de la Unión cuenta con 4 profesionales en psicología y una trabajadora social, no obstante, las labores que desempeñan no son de atención clínica, sin embargo, es importante conocer la oferta de servicios como parte de los factores protectores de la salud.

Tabla N° 21
Oferta de servicios profesionales en salud y enfermedad mental de Municipalidad. Año 2023

Disciplinas	Cantidad	Tipo de servicio que brindan	Población a la que se dirigen	Cobertura de población
Psicólogos de Recursos Humanos	1	Administrar los procesos de reclutamiento, selección de personal, inducciones y evaluaciones de desempeño. Participar de procesos de apoyo psicológico a los empleados, así como en negociación y solución de conflictos laborales.	Funcionarios de la Municipalidad	1 profesional para 330 funcionarios de la Municipalidad
Psicólogos (Desarrollo Socioeconómico)	2	Brindar contención, intervención en crisis y atención psicológica a la población del Cantón, prioritariamente a la atención de menores de edad y mujeres. Realizar evaluaciones psicométricas a la población meta que recibe atención psicológica individual. Establecer coordinaciones interinstitucionales para la atención. Apoyar en la organización y ejecución de los procesos de capacitación de acuerdo con los programas.	Población del Cantón de La Unión	2 profesionales para los habitantes del Cantón de La Unión
Psicóloga Coordinadora Desarrollo Socioeconómico	1	Planear, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar el desarrollo de proyectos y acciones orientadas a la promoción de calidad de vida y desarrollo integral de la población de La Unión (niñez, adolescencia, personas adultas y personas adultas mayores). Coordinar y supervisar procesos socioformativos orientados al fortalecimiento de emprendimientos y la promoción de empleo. Supervisar y evaluar las acciones realizadas por el personal de la unidad relacionadas con el desarrollo de procesos socioformativos, la atención psicológica brindada a la población de La Unión y demás labores asignadas.	Población del Cantón de La Unión	1 profesional para los habitantes del Cantón de La Unión
Trabajadores Sociales	1	Elaborar estudios socioeconómicos con propósitos varios Según referencias y solicitudes internas, principalmente para asignación de recursos o beneficios, se hacen referencias a otras instituciones.	Población del Cantón de La Unión	1 profesional para los habitantes del Cantón de La Unión

Fuente: Recursos Humanos de la Municipalidad de La Unión. 2023.



Otra institución consultada fue los CEN CINAI, por ofrecer servicios integrales en el cuidado de personas menores de 12 años, particularmente en el cantón de La Unión se ubican dos establecimientos de este tipo y son vistos por las oficinas regionales de Cartago. Ellos cuentan con una oferta de servicios de un profesional en psicología para brindar acompañamiento y atención directa de los menores que atienden y sus familias, no obstante, este profesional debe cubrir los 23 establecimientos que administra la oficina regional de Cartago.

Por otra parte, en La Unión existe PISAV que es la “Plataforma Integrada de Servicios de Atención a la Víctima, integra en un solo lugar o espacio físico despachos como el Juzgado de Pensiones Alimentarias y Violencia Doméstica, Fiscalía, Defensa Pública, Departamento de Trabajo Social y Psicología y la Oficina de Atención y Protección a la Víctima del Delito, Medicina Legal (actualmente solo en PISAV Pavas, La Unión y Siquirres), con la finalidad de que la persona víctima de violencia reciba una atención integral no fraccionada y no tenga que desplazarse a varios lugares para sus trámites, encontrando: atención, protección y seguimiento”. (Poder Judicial, 2023)

Considerando la razón de ser de PISAV se procedió a consultarles sobre su oferta de servicios, la cual se presenta seguidamente en la siguiente tabla.

Tabla N° 22
Oferta de servicios profesionales en salud y enfermedad mental de Plataforma Integrada de Servicios de Atención a la Víctima. Año 2023.

Disciplinas	Cantidad	Tipo de servicio que brindan	Población a la que se dirigen	Cobertura de población
Psicólogos	2	Valoración psicosocial de personas vinculadas con procesos judiciales. Atención inmediata en las que se brinda contención emocional, información y orientación a la persona referida a fin de facilitar su participación en los procesos judiciales. Contención emocional, información y orientación mediante las atenciones inmediatas	Personas víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, así como a personas usuarias de pensiones alimentarias referidas por la autoridad judicial.	Toda la Población de la Unión
Trabajadores Sociales	2	Valoración de riesgo en la OAPVD Atención interdisciplinaria en Trabajo Social y Psicología		

Fuente: Dirección PISAV. 2023.

Como se puede apreciar en la información anterior, PISAV cuenta con 4 profesionales para atender población específica (víctima de violencia) la cual por razón de la problemática en cuestión ya presentan algún tipo de afectación al menos temporal de la salud mental. No obstante, los profesionales en psicología y trabajo social no brindan terapias, sino valoraciones y atención en crisis o primeros auxilios psicológicos.

Oferta de servicios de salud mental a nivel privado

Con respecto a los servicios de salud mental que se ofrecen en el sector privado, se procedió a revisar en listado de habilitaciones de consultorios psicológicos y se encontraron 9, los cuales particularmente se encuentran en una misma zona, siendo los distritos de San Juan y San Diego.

Tabla N° 23

**Consultorios psicológicos privados con permiso de habilitación según datos de abril del ARSLU.
Año 2023**

Nombre de consultorio	Distrito	Psicólogo a cargo	Cod.
Consultorio de Psicología Dra. Giselle Rovira	San Juan	Giselle Rovira Rodríguez	725
Centro de Especialidades OMEGA	San Juan	Ana Maritza Calderón Castro	5354
Kids and Teens Center	San Diego	Fiorella Jiménez Garro	9514
Consultorio Psicología Centro Médico Abraham	San Juan	Dominique Laurent Cordero	6599
Consultorio Psicológico Fundación Clínicas Sin Fronteras	San Juan	Blanca Maritza Malca Reategui	10475
PSICOMED Consultorio Psicológico	San Juan	Gabriela Abarca Arias	5444
Grupo POIESIS Clínica Integral De Psicología Y Psicoanálisis	San Juan	Carlos Fernando Bonilla Cortés	7266
Psicología Centro Diurno Fuente Del Saber	San Diego	Fabian Ricardo Whyte Hernández	5953
CAPSICOV Service SRL Psicología	San Juan	Hecyoli Yolimer Arraez De Harrington	11600

Fuente: Base de datos de establecimientos de salud 2023.

A partir de la información anterior, se resalta que, según lo descrito en el plan regulador municipal sobre el uso de suelos, San Diego y San Juan se caracterizan de la siguiente manera, San Diego es uno de los distritos más densamente poblados con presencia de estratos económicos medio y bajo, mientras que San Juan también es un distrito con tendencia al crecimiento urbano con alta presencia de condominios con permanencia de estrato poblacional alto y muy alto. Esta breve caracterización puede explicar que la oferta de atención psicológica privada se concentre geográficamente en un sector donde la población puede tener una mayor capacidad adquisitiva para pagar este tipo de servicio.

Se identifican 2 organizaciones no gubernamentales que brindan servicios de atención de salud mental. La Fundación Abraham cuenta con consultorio de psicología privado a un bajo costo, además su razón de ser tiene un enfoque preventivo pues brinda cuidado gratuito de menores de edad para que las familias puedan trabajar, además brindan talleres de diversos temas para el desarrollo de habilidades de los menores de edad, por tanto, se considera que promueven factores protectores de la salud mental y previenen riesgos.

La otra organización se ubica en el cantón de La Unión, en un distrito fuera de la jurisdicción del Área Rectora de La Unión como lo es Río Azul, no obstante, la organización Parque La Libertad atiende población de todo el país incluyendo los demás distritos que si son jurisdicción de la ARSLU. Parque la Libertad cuenta con servicio de psicología gratuito, ofrece capacitaciones técnicas, formación y recreación en disciplinas deportivas y tecnológicas, se puede decir que son una organización cuna de promoción de la salud y de factores protectores de la salud mental.



Proyectos y actividades de salud mental desarrollados en el cantón en el último quinquenio

En este apartado se registra información proporcionada por las Áreas de Salud respecto a sus iniciativas desarrolladas en los últimos 5 años.

Área de Salud de La Unión:

Proyectos o actividades:

- 2021: Taller para la prevención del suicidio en adolescentes de alto riesgo. Se llevó a cabo el 30 de set del 2021.
- 2022: Terapia grupal para adolescentes de alto riesgo: se realizó el 26 de mayo del 2022.
- Estos talleres y terapias grupales se vienen desarrollando desde el 2019 más o menos cuando surgió la idea de abordar a todos los adolescentes referidos como de alto riesgo según el tamizaje. En ellos se abordan diferentes temas para prevenir conductas de alto riesgo, por profesionales en las ramas de: medicina, enfermería, psicología y trabajo social.
- Terapia grupal de manejo de emociones: para pacientes adultos referidos por algunos síntomas de ansiedad y depresión (esto se viene desarrollando desde el año 2019 de forma preventiva y como estrategia de atención también, primero de forma presencial y ahora de forma virtual).

Área de Salud de San Diego, San Juan y Concepción:

Proyectos o actividades implementadas con enfoque de promoción y prevención en salud mental. Esta Área de Salud informa lo realizado en los últimos 3 años, pues anteriormente era UNIBE quien administraba este centro de salud.

- Se han realizado actividades de promoción de la salud mental con usuarios internos (funcionarios) con el proyecto “Arte y Salud” el cual se realizó mediante un convenio CCSS-UNA, el cual se ha implementado en varias unidades de la CCSS.
- Se implementó este año un proyecto de promoción de salud mental con adultos mayores del centro diurno “Fuente del Saber”, el cual trabaja aspectos como: estimulación cognitiva, relaciones familiares, comunicación asertiva y autocuidado, entre otros.
- Se han realizado conversatorios sobre tema de prevención del suicidio, autocuidado, Salud mental en tiempos de pandemia, etc.
- El año anterior en los meses de Octubre y Noviembre se realizó taller de Arteterapia para adolescentes adscritos a esta Área de Salud y que fueron referidos a este servicio y fueron canalizados a dicho taller. La idea es retomarlo en el II semestre de este año.

Con respecto a los proyectos y actividades desarrollados por el sector privado solo la organización Parque la Libertad proporcionó información. Se citan sus proyectos en el apartado de anexos de este documento, esto debido a que trabajan con población de todo el cantón de La Unión, cuentan con proyectos y programas enfocados en promoción de la salud mental y de sus factores protectores tanto individuales como ambientales y socioculturales. Además de que integra la ILAIS.

En lo que refiere a investigaciones en salud mental en el último quinquenio, se realizó consulta a los actores sociales y no se cuenta con un registro en las instituciones sobre investigaciones realizadas.

Redes comunitarias

No se cuenta con un registro de redes comunitarias especializadas en el tema, únicamente se conoce red interinstitucional ILAIS, que una Instancia de Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, la cual trabaja prevención del suicidio, seguimiento de casos de intento suicida y promoción de la salud mental.

2.6.6. Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas

Este indicador corresponde al porcentaje de nacimientos según número de consultas prenatales recibidas en una población determinada. Para obtener los datos de la Unión se utilizan datos del INEC correspondientes a las estadísticas de nacimientos del año 2021 (REDATAM).

Tabla N° 24

Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas, cantón La Unión, Año 2021

Total, de consultas	Casos	Porcentaje
0	10	1,23%
1	1	0,12%
2	6	0,74%
3	11	1,35%
4	6	0,74%
5	34	4,18%
6	86	10,57%
7	73	8,97%
8	113	13,88%
9	180	22,11%
10	98	12,04%
11	40	4,91%
12	79	9,71%
13	17	2,09%
14	23	2,83%
15	16	1,97%
16	4	0,49%
17	1	0,12%
18	2	0,25%
19	1	0,12%
20	6	0,74%
21	0	0,00%
22	0	0,00%
23	0	0,00%
25	0	0,00%
25	1	0,12%
Ignorado	6	0,74%
Total	814	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el INEC, 2023.

Como se puede observar la mayoría de las mujeres en edad gestacional recibieron control prenatal, el 22.11 %, fueron vistas en 9 ocasiones para su control prenatal y seguimiento. Seguido de un 13.8% con 10 consultas. En este caso, únicamente un porcentaje de 1.23% de nacimientos según número de consultas prenatales no recibió ninguna consulta prenatal; como evidenciado en el cuadro anterior correspondiente a La Unión; sin embargo, no es posible aseverar con certeza dicho porcentaje ya que existe un número ignorado de consultas en la información proporcionada por el INEC.

2.6.7. Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado

La proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado, corresponde al número de nacimientos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica.

La definición de personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.

Para obtener los datos de la Unión se utilizan datos del INEC correspondientes a las estadísticas de nacimientos del año 2021 (REDATAM).

Tabla N° 25
Proporción de nacimientos de menores, atendidos por personal capacitado
Cantón La Unión, Año 2021

Persona que atendió el parto	Casos	Porcentaje
Profesional en medicina	210	24,65%
Profesional en enfermería obstétrica	492	57,75%
Profesional en enfermería	1	0,12%
Otra persona	6	0,70%
Profesional en medicina gineco-obstetra	143	16,78%
Total	852	100,00%

Fuente: Elaboración propia propia con datos proporcionados por la C.C.S.S., 2023

Como es posible observar en el cuadro anterior el 99.3% de los casos registrados para el año 2021 correspondientes a La Unión fue atendido por personal capacitado. Sobre el 0,7% restante este se ha catalogado como “Otra Persona” ya que se desconocen los atestados de quienes atendieron dichos partos.

2.6.8. Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud

Con respecto a los nacimientos que fueron atendidos durante el año 2021 en establecimientos de salud, en los distritos de la Unión, a saber, Dulce Nombre, Tres Ríos, Concepción, San Rafael, San Juan y San Diego, el porcentaje de nacimientos en establecimientos de salud es de un 99.41 %, este valor es más alto que a nivel nacional en donde el porcentaje fue de 98,65%, para el mismo periodo.

Es importante recalcar que el 70.7 % de los nacimientos fueron en Hospital Max Peralta, centro de referencia de la zona. Le siguen el Hospital Calderón Guardia con 5.8% y Hospital de las Mujeres con 4.9%. Cabe resaltar que, de los 859 nacimientos registrados en el año 2021, 124 se presentaron en centros de salud privados, siendo esto reflejo de la posibilidad de ciertos grupos de la población del cantón, para acceder a este tipo de servicios.

Solamente 5 nacimientos se presentaron en el hogar, 1 en una ambulancia. Esto refleja el acceso a los establecimientos de salud, por parte de las familias gestantes y puede ser un indicador de la calidad de la atención y consejería recibida en los servicios de atención prenatal. Lo anterior se visualiza en la siguiente tabla:

Tabla N° 26

Distribución porcentual de los nacimientos, según lugar de o institución de ocurrencia.
Cantón de la Unión (excepto Distritos de Río Azul y San Ramón), Año 2021

Lugar o Institución donde ocurrió el nacimiento	Total	Porcentaje
Hospital Max Peralta, Cartago	607	70,7
Hospital Calderón Guardia	50	5,8
Hospital de las Mujeres	42	4,9
Clínica Bíblica	39	4,5
Clínica Católica	37	4,3
Hospital Cima	32	3,7
Hospital Metropolitano	15	1,7
Hospital San Juan de Dios	8	0,9
Hospital México	6	0,7
Hospital San Vicente de Paul, Heredia	6	0,7
Su Hogar	5	0,6
CAIS Desamparados (Clínica Marcial Fallas)	4	0,5
Hospital San Rafael de Alajuela	2	0,2
Clínica del Seguro de Cañas	2	0,2
Clínica de Home Creek	1	0,1
Hospital La California	1	0,1
Ambulancia	1	0,1
Hospital Jhon William Allen, Turrialba	1	0,1
Total	859	100

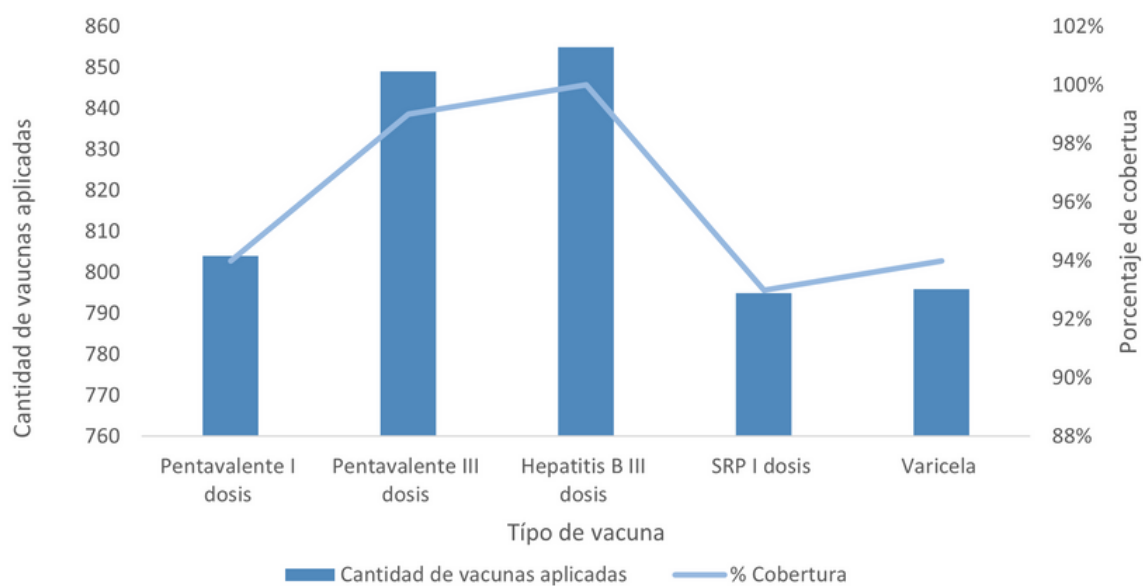
Fuente: Elaboración propia propia con datos proporcionados por el INEC, 2023

2.6.9. Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna

Las actividades desarrolladas anualmente en el Programa Ampliado de Inmunizaciones han estado dirigidas al cumplimiento de los lineamientos establecidos por parte del Ministerio de Salud en coordinación y articulación directa con la CCSS, así como a las necesidades identificadas a nivel local, enfocando sus estrategias principalmente a la captación de niños para aplicación del esquema básico y la vacunación a otros grupos de riesgo.

Desde del año 2020, debido a la pandemia por COVID -19, las coberturas de vacunación se han visto disminuidas, sin embargo, en el año 2022, las coberturas de vacunas en cuanto a lo que corresponde a las trazadoras epidemiológicas han estado dentro de rangos óptimos.

Gráfico N° 03
Cantidad y porcentaje de coberturas de vacunación según trazadoras epidemiológicas
Cantón de la Unión. Año 2022



Fuente: Elaboración propia propia propia con datos de informes mensuales de vacunación de la CCSS.

Para el año 2022, se tomaron como datos de referencia los nacimientos del año 2021 que fueron un total de 859 para menores de 1 año y 851 para mayores de un año (dato que se utiliza para medir la vacunación de SRP). Como se observa en el gráfico anterior, la cobertura de vacunas para pentavalente I dosis fue de un 94%, mientras que para la pentavalente III se obtuvo un porcentaje de 99%. En lo que respecta a SRP la cobertura de vacunación fue de un 94%.

Las coberturas de pentavalente I dosis y SRP I dosis, si bien se encuentran arriba del 90%, es importante indicar que los datos alcanzados deberían ser mayores al 95%. Como se ha mencionado la disminución de estos porcentajes, se deben principalmente a la reorganización de los servicios de salud para atender la pandemia por COVID -19, así como la poca afluencia a los servicios de salud de los padres por temor de llevar a los niños a las consultas en el primer nivel de atención.



CAPÍTULO 3

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD



PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

3.1. Perfil de morbilidad del Área Rectora de Salud La Unión

3.1.1 Distribución porcentual de los eventos de notificación obligatoria individual

En el Cantón de la Unión para el año 2022, se registraron un total de 19,869 eventos de reporte individual notificados en VE-01, de estos el mayor porcentaje un 60.5%, corresponden a casos positivos por COVID 19. En segundo lugar, con un 14.9 % se encuentra la obesidad y en tercer lugar con un 7.3% tenemos los casos sospechosos por COVID-19. Los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, así como la Hipertensión Arterial, se encuentran en cuarta y quinta posición, respectivamente. La diabetes mellitus ocupa el sexto lugar, con un peso porcentual del 1.09% de la totalidad de los eventos.

Se recibieron un total de 193 eventos notificados como casos de enfermedad renal crónica, que representa el 0.97% de la totalidad de los casos. Así mismo los accidentes laborales, la depresión, así como la violencia intrafamiliar, tienen un porcentaje menor al 0.8% de las notificaciones.

Se puede observar cómo los eventos notificados en boleta VE 01, de mayor presencia en el cantón de la Unión, son transmisibles como no transmisibles. Por lo tanto, tenemos un complejo escenario, en cuanto el perfil de salud de la población del cantón, en donde las enfermedades crónicas, así como las infectocontagiosas afectan de manera importante a los habitantes de la zona.

En un año en donde la pandemia por COVID -19, fue el evento de mayor impacto para las instituciones en salud, el área rectora de salud de la Unión tuvo un total de 12030 casos positivos, lo cual requirió el redoblar esfuerzos y redirigir acciones para abordar, investigar y dar seguimiento a estos casos. Por otra parte, es importante mencionar que, debido a un cambio en el uso de los sistemas de la CCSS a partir de abril, se dejó de reportar los casos sospechosos de COVID -19, en la base VE 01. Por lo tanto, se observa una menor cantidad de estos eventos con respecto a los casos positivos, de los cuales se llevan bases de datos paralelas.

Es importante agregar a este análisis que la Caja Costarricense de Seguro Social, en mayo del año 2022, sufrió un hackeo informático, lo que causó que no se enviaran las bases en digital de los reportes obligatorios, esto evidentemente es un factor importante para un subregistro de información de los eventos de notificación para el año 2022.

En la siguiente tabla se detallan los 25 eventos, de mayor reporte, notificados en la boleta VE-01, para el año 2022.



Tabla N° 27
Distribución porcentual de Eventos Notificados en Boleta VE-01.
Cantón de la Unión. Año 2022

EVENTO	FRECUENCIA (N° DE CASOS)	PORCENTAJE (%)
TOTAL, GENERAL	19869	100
COVID 19 VIRUS IDENTIFICADO U07.1	12030	60,547
OBESIDAD	2974	14,968
COVID 19 VIRUS NO IDENTIFICADO U07.2	1453	7,313
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	5,979
HIPERTENSION ARTERIAL	721	3,629
DIABETES MELLITUS	218	1,097
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	193	0,971
ACCIDENTES LABORALES	177	0,891
DEPRESION	162	0,815
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	117	0,589
INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCION EN SALUD	82	0,413
EMBARAZO DE ALTO RIESGO	77	0,388
INTENTO DE SUICIDIO	62	0,312
DESNUTRICION	50	0,252
VICTIMA ACCIDENTE TRANSITO	46	0,232
SIFILIS	34	0,171
QUEMADURAS	32	0,161
VARICELA	25	0,126
NEGLIGENCIA Y ABANDONO	22	0,111
INFECCION GONOCOCICA	19	0,096
INFLUENZA	17	0,086
DENGUE	16	0,081
NEUMONIAS	15	0,075
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), RESULTANTE EN ENFERME	13	0,065
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	12	0,060
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	1	0,005

Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-01, y Base de datos de casos positivos de COVID -19 de ARS La Unión.

3.1.2 Distribución porcentual de los eventos de notificación obligatoria de reporte colectivo

Con respecto a la notificación de eventos de reporte colectivo se cuenta con un total de 11463 registros, en este caso la Infecciones de Vías Respiratorias Superiores y las Enfermedades Diarreicas Agudas son las que representan el mayor porcentaje, las cuales se caracterizan por ser enfermedades transmisibles.

Tabla N°28
Distribución porcentual de Eventos de Reporte Colectivos, notificados en Boleta VE-02.
Cantón La Unión. Año 2022

EVENTO	FRECUENCIA (N° DE CASOS)	PORCENTAJE (%)
Total general	11463	100
Infección respiratoria aguda superior (IRAS)	8329	72,66
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	2684	23,41
Parasitosis intestinal sin especificar	177	1,54
Enfermedad tipo Influenza (ETI)	90	0,79
Conjuntivitis Infecciosa No Hemorrágica	79	0,69
Amebiasis	68	0,59
Giardiasis	24	0,21
Conjuntivitis hemorrágica	4	0,03
Ascariasis	4	0,03
Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte	3	0,03
Accidentes ofídicos	1	0,01

Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-02, ARS La Unión.



Como se observa en la tabla anterior, las infecciones de vías respiratorias superiores son el evento de reporte colectivo con mayor cantidad de casos con un 72.6%. Según OMS Las infecciones respiratorias agudas son la causa principal de morbilidad y mortalidad por enfermedad infecciosa en todo el mundo y afectan en especial a los menores y ancianos de las naciones de ingresos bajos y medianos. En Costa Rica como en el cantón de la Unión, estos datos estadísticos nos demuestran el impacto que tiene esta enfermedad en los servicios de salud.

Por su parte la enfermedad diarreica aguda también representa tiene un peso porcentual importante con un 23.41% de las notificaciones. Importante el comportamiento de las parasitosis que son eventos que han aumentado, debido a que se ha sensibilizado al personal médico en lo que respecta al reporte obligatoria de esta enfermedad.

3.1.3. Tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria

Según Moreno 2002, las tasas expresan la dinámica de un suceso en una población a lo largo del tiempo. Se pueden definir como la magnitud del cambio de una variable (enfermedad o muerte) por unidad de cambio de otra (usualmente el tiempo) en relación con el tamaño de la población que se encuentra en riesgo de experimentar el suceso. Por lo tanto, la tasa es una de las medidas clásicas de la epidemiología y representan el riesgo de padecer una enfermedad en una población determinada.

Para efectos de este documento nos interesa conocer el riesgo que tuvo la población del cantón de la Unión, de sufrir los eventos ya descritos anteriormente. Por lo tanto, utilizaremos la incidencia para analizar estas variables. Se describirán los principales 10 eventos de notificación, tomando en cuenta tanto los eventos de reporte individual como colectivos.

Tabla N°29
Tasas de incidencia Eventos de notificación obligatoria
Cantón La Unión. Año 2022

EVENTO	FRECUENCIA	TASAS POR 10,000 HABITANTES
COVID 19 VIRUS IDENTIFICADO U07.1	12030	1263,3
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA SUPERIOR (IRAS)	8329	874,6
OBESIDAD	2974	312,3
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	2684	281,8
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1188	124,8
HIPERTENSION ARTERIAL	721	75,7
DIABETES MELLITUS	218	22,9
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	193	20,3
ACCIDENTES LABORALES	177	18,6
DEPRESION	162	17,0

Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-01, y Base de datos de casos positivos de COVID -19 de ARS La Unión.

Para el año 2022, el evento que presentó una mayor tasa de incidencia fue el COVID-19, con una tasa de 1263,3 casos positivos por cada 10, 000 habitantes. Las infecciones de vías respiratorias superiores tienen una tasa de 874 casos por cada 10, 000 habitantes. Ambos eventos de transmisión directa que se caracterizan por ser de difícil control para los servicios de salud al ser el contagio por la vía aérea.

La obesidad también se encuentra dentro de los eventos con mayores tasas de incidencia, 312 casos por 10,000 habitantes. Le sigue la enfermedad diarreica con 281,8 casos y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas con 124,8 casos por 10, 000 habitantes.

Las enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica tienen tasas de incidencia que van desde los 75 a los 18 casos. Se ubica en el lugar número 10, la depresión con una tasa de 17 casos por cada 10, 000 habitantes.

Vemos que tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles, están impactando la salud de los habitantes del cantón de la Unión. Como se mencionó anteriormente, esto pone en evidencia un ámbito complejo para las autoridades sanitarias y los servicios de salud. Debido a que estas enfermedades tienen multicausalidad y no se pueden asociar solo a factores biológicos. Por lo tanto, se requiere un abordaje intersectorial e integrado para dar poder controlar estos eventos, que afectan de manera importante la salud de los habitantes del cantón de la Unión.

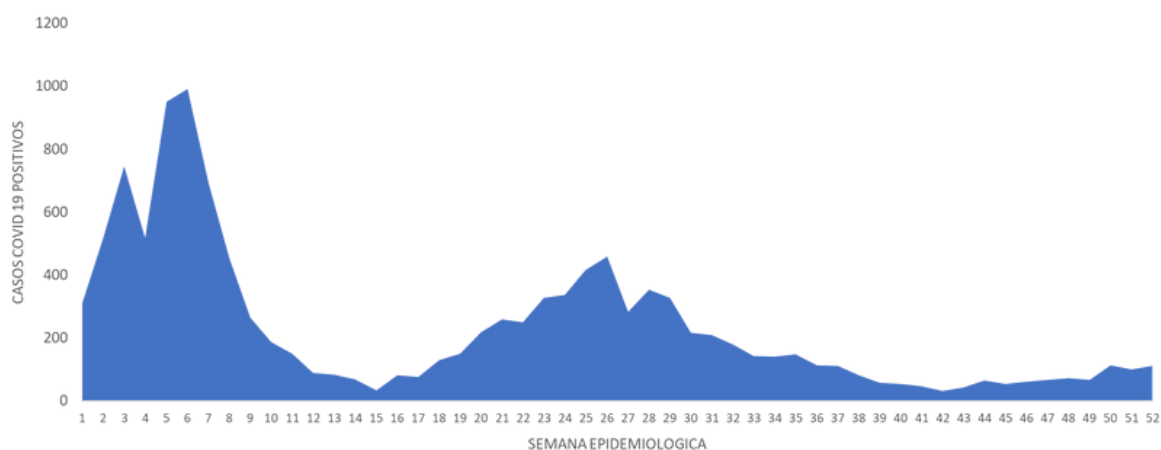
3.1.4. Caracterización de los 3 principales eventos de notificación

En vista de los eventos con incidencia en el año 2022, dentro del perfil epidemiológico es válido analizar los principales 3 eventos, según variables epidemiológicas básicas, que permitan tener un panorama más detallado de estos y como afectaron la salud de la población del cantón de La Unión durante el periodo mencionado.

3.1.4.1. Infección por SARS-CoV-2

En el año 2022 en el Cantón de La Unión, la enfermedad por COVID-19, fue el evento de mayor incidencia. Esta gran cantidad de casos tuvo un impacto importante en la reorganización de los servicios de salud, así como el priorizar y destinar los recursos existentes del área rectora de la Unión, para dar contención y abordaje a los 12030 casos positivos notificados durante el año en mención. El comportamiento del evento por semana epidemiológica se observa en el siguiente grafico:

Gráfico N° 04
Distribución de Casos positivos de COVID -19, por semana epidemiológica
Área Rectora de Salud La Unión. Año 2022.



Fuente: Base de datos de casos positivos de COVID -19 de ARS La Unión.

Como se puede observar las primeras semanas del año 2022, fue en donde se presentaron la mayor cantidad de casos positivos por COVID -19. En la semana epidemiológica número 6, fue la semana con más casos, un total de 992, seguido de la semana 5 con 951 casos. En la semana número 3, se notificaron un total de 745 casos. Posteriormente en las semanas posteriores se observa una tendencia a la baja.

Sin embargo, para la mitad de año se presenta otro aumento de casos, siendo en la semana 26 la que presento un mayor número de casos con 460. Cabe resaltar que este aumento no fue tan elevado como en las primeras semanas del año. Este comportamiento es similar al presentado a nivel nacional.

Tabla N° 30
Distribución de Tasas de incidencia de casos COVID 19, según distrito.
Cantón La Unión. Año 2022

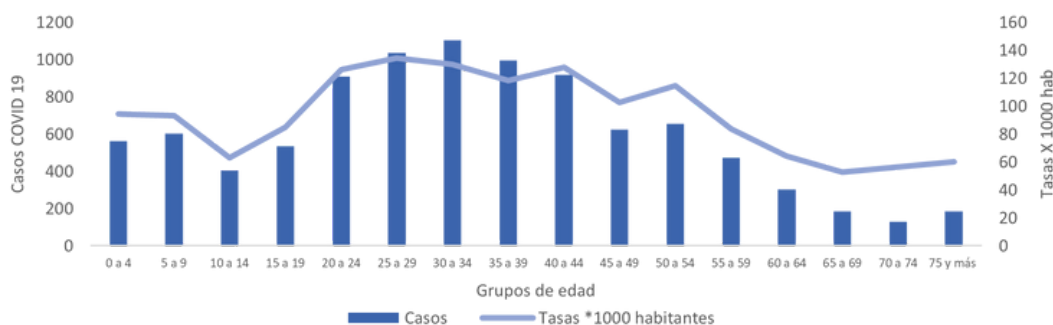
DISTRITO	FRECUENCIA N° DE CASOS	POBLACION	TASAS DE INCIDENCIA POR 1,000 HABITANTES
CANTONAL	12030	95229	126,3
CONCEPCION	2536	19259	131,7
DULCE NOMBRE	1298	9289	139,7
SAN DIEGO	2298	25354	90,6
SAN JUAN	1674	15752	106,3
SAN RAFAEL	2257	16277	138,7
TRES RIOS	2201	9298	236,7

Fuente: Base de datos de casos positivos de COVID -19 de ARS La Unión.

Con respecto a las tasas de incidencia por distrito, vemos como que el que presentó una mayor tasa de incidencia fue distrito de Tres Ríos con 236.7 casos por 1000 habitantes. Le sigue el distrito de Dulce Nombre con 139.7 casos por 1000. En tercer lugar, tenemos el distrito de Concepción con una tasa de 131.7 casos por 1000 habitantes.

Cabe resaltar que, aunque el distrito de San Diego fue que el notifico mayor cantidad de casos, su tasa de incidencia fue de 90.6 casos, siendo el distrito con menor incidencia en comparación con el resto.

Gráfico N° 05
Distribución de Tasas de incidencia de casos COVID 19, por grupo de edad.
Cantón La Unión. Año 2022



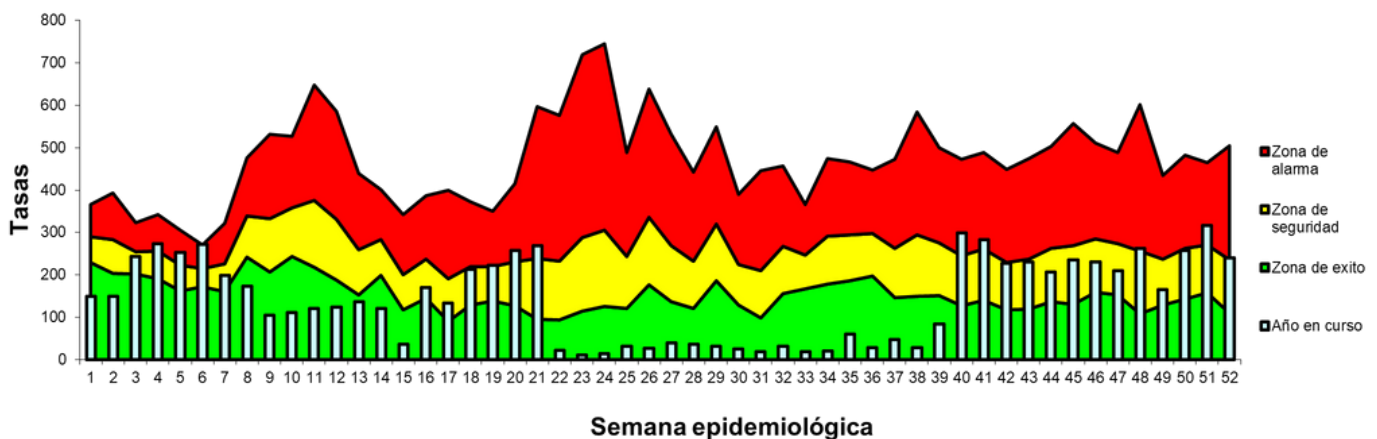
Fuente: Base de datos de casos positivos de COVID -19 de ARS La Unión.

En lo que respecta a las tasas de incidencia por grupo de edad vemos como la más elevada se encuentra en el grupo de 25 a 29 años con una tasa de 134 casos por 1000 habitantes. Las tasas más elevadas se encuentran en los adultos jóvenes y adultos de mediana edad. El grupo de edad con una menor tasa de incidencia es del 65 a 69 con 53 casos por 1000 habitantes.

3.1.4.2. Infecciones de Vías Respiratorias Superiores (IRAS)

Las infecciones de vías respiratorias fue el segundo evento de mayor incidencia, con un total de 8329 casos notificados. Esta gran cantidad de casos repercute de manera importante en los servicios de salud, por ende, representa una de las principales causas de consulta, así como de incapacidades.

Gráfico N° 06
Corredor Endémico IRAS
Área Rectora de Salud La Unión 2022



Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-02. ARS La Unión.

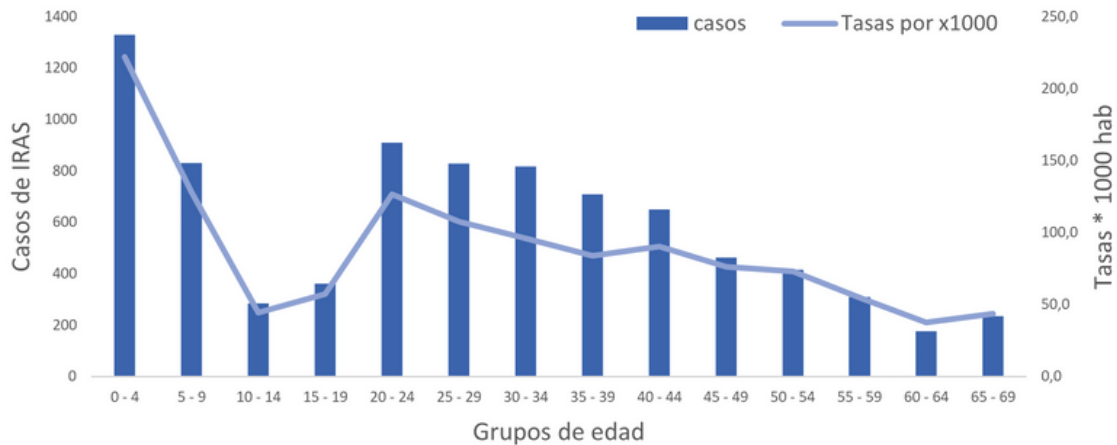
Según el corredor endémico de IRAS anterior, vemos el comportamiento por semana epidemiológica del 2022, durante las primeras semanas del año, vemos un comportamiento dentro de la zona seguridad y alarma, del evento. A partir de la semana 8 vemos una disminución de casos la situación en zona de éxito. Debido al hackeo de la CCSS, en donde se dejaron de recibir las notificaciones de los diferentes entes, se observa una disminución importante de los eventos, esto a partir de la semana semanas 22 hasta la 39.

El comportamiento del evento a partir de la semana 40 se eleva, siendo en la semana 51 en donde se observa la mayor cantidad de casos notificados durante el año un total de 317, posicionándose en zona de alarma.

Como se observa en el siguiente gráfico en cuanto a la notificación de las IRAS según grupo de edad para el 2022, los niños menores de 0 a 4 años son los más afectados con una tasa de incidencia de más 222 casos por 1000 habitantes.

El grupo de edad que va desde los 5 a 9 años es el segundo en importancia, con una tasa de incidencia de 128 casos nuevos por cada 1000 habitantes.

Gráfico N° 07
Distribución de casos y tasas de incidencia de IRAS grupo etario.
La Unión. Año 2022



Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-02. ARS La Unión.

Lo anterior concuerda con lo citado en la literatura en donde los grupos de edad de 0 a 4 años y 5 a 9 años son los más afectados por esta enfermedad transmisible, así lo menciona la OMS 2014, pág. 93, en donde se señala, las infecciones respiratorias agudas son la causa principal de morbilidad y mortalidad por enfermedad infecciosa en todo el mundo y afectan en especial a los menores y ancianos de las naciones de ingresos bajos y medianos.

Esto hace fundamental que los funcionarios de salud concentren esfuerzos por educar a niños, así como a los padres de familia acerca de cómo prevenir las infecciones de vías respiratorias y estrategias para promover la lactancia materna en los más pequeños.

Tabla N° 31
Tasa de Incidencia y casos de IRAS notificados por Distrito
Cantón La Unión. Año 2022

DISTRITO	FRECUENCIA N° DE CASOS	TASAS *1000 Hab
TRES RIOS	2184	234,89
DULCE NOMBRE	1575	169,56
SAN RAFAEL	2068	127,05
CONCEPCION	964	50,05
SAN DIEGO	1136	44,81
SAN JUAN	402	25,52

Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-02. ARS La Unión.

En lo concerniente a la a distribución de casos de IRAS según distrito, vemos como el distrito con mayor incidencia es Tres Ríos con 234,89 casos por 1000 habitantes. Es importante mencionar que en lo que respecta a la notificación de los casos, en alguno se notifica incorrectamente el distrito de residencia, debido a que muchos usuarios indican vivir en Tres Ríos, sin embargo, se ha evidenciado que son de otro distrito por dirección, por lo tanto, esto puede afectar las estadísticas.

Los distritos de Dulce Nombre y San Rafael presentaron tasas de incidencia de 169,56 y 227,05 casos por 1000. El Distrito de San Juan presentó una menor tasa de incidencia de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores durante el 2022.

3.1.4.3. *Obesidad*

La obesidad es un grave problema de salud pública porque es un importante factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, que son las de mayor carga de morbilidad. Para el año 2022 en el cantón de La Unión se notificaron un total de 2974 casos, con una tasa de incidencia de 312 casos por 10,000 habitantes.

Gráfico N° 08
Distribución de Casos nuevos de Obesidad por semana epidemiológica.
Cantón La Unión. Año 2022



Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-01. ARS La Unión.

Se puede observar que, durante el 2022, en las primeras semanas del año fue donde se notificaron la mayor cantidad de casos de obesidad, a partir de la semana 25 se presenta un cambio importante en el patrón de eventos notificados por semana. Esto se debe al hackeo informático de la CCSS, en donde se dejaron de recibir los datos del evento. Para la semana 36 se empezaron a recibir los datos del principal ente notificador por lo tanto se visualiza un cambio importante en el patrón semanal.

El aumento de la obesidad infantil es preocupante, se observa un incremento del sobrepeso y obesidad entre menores de edad. En el Cantón de Unión para el año en análisis, la obesidad en población infantil en los grupos de edad de niños entre 5 a 9, 10 a 14 y 15 a 19, ronda los 6 casos por 1000 habitantes.

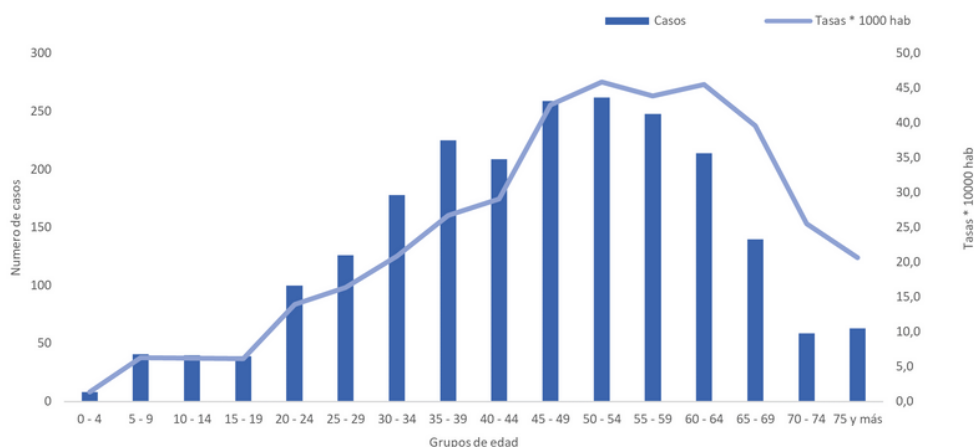
Tabla N° 32
Incidencia de Casos Nuevos de Obesidad por grupo etario
Cantón La Unión. Año 2022

Edad Quinquenal	Casos	Tasas * 1000 Hab
Total General	2974	312,3
0 - 4	8	1,3
5 - 9	41	6,3
10 - 14	40	6,2
15 - 19	39	6,2
20 - 24	100	13,9
25 - 29	126	16,4
30 - 34	178	20,9
35 - 39	225	26,7
40 - 44	209	29,1
45 - 49	259	42,6
50 - 54	262	45,9
55 - 59	248	43,9
60 - 64	214	45,5
65 - 69	140	39,6
70 - 74	59	25,5
75 y más	63	20,6

Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-01. ARS La Unión.

El grupo de edad con una tasa de incidencia más alta es el que se ubica entre los 50 a los 54 años con una tasa de 45,9 casos por 1000 habitantes. El grupo de edad con una menor incidencia son los niños de 1 a 4 años con 1,3 casos por 1000 habitantes. Los casos y tasas de incidencia por grupo de edad se detallan en el siguiente grafico:

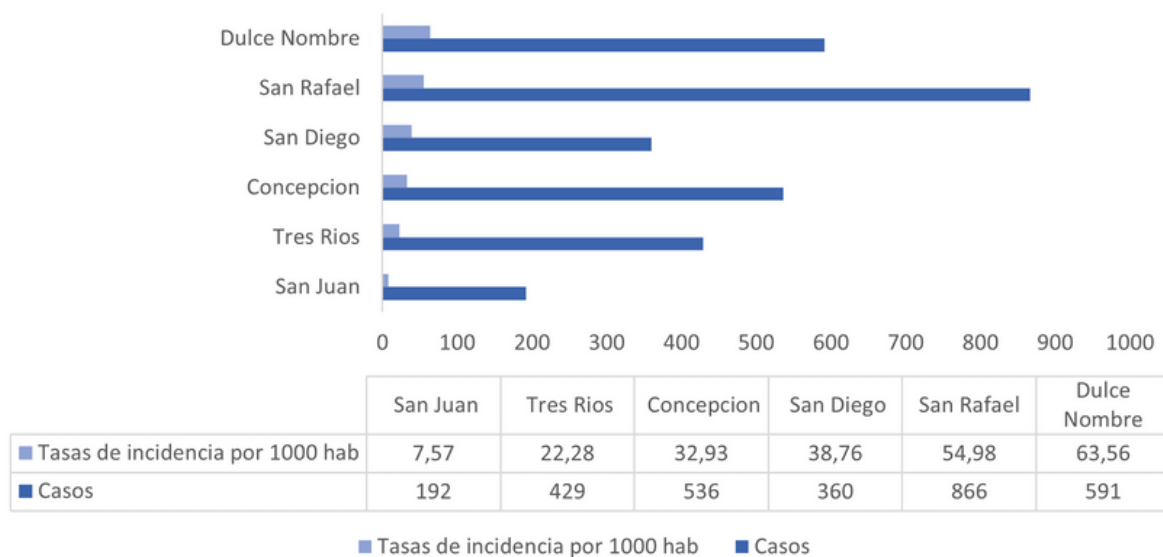
Gráfico N° 09
Incidencia de Casos Nuevos de Obesidad por grupo etario
Cantón La Unión. Año 2022



Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-01. ARS La Unión.

El distrito de Dulce Nombre fue el que presentó una mayor tasa de incidencia acumulada de obesidad, con 63.56 casos por 1000 habitantes, seguido de San Rafael con 54.98 casos. San Diego se encuentra en el tercer puesto con una tasa de 38.76 casos por 1000 habitantes. San Juan es el distrito con menor incidencia de casos con 7.57 casos por 1000 habitantes

Gráfico N° 10
Distribución de Casos y Tasas de incidencia de Obesidad por Distrito.
La Unión, Año 2022



Fuente: Base de Eventos de Reporte Obligatoria VE-01. ARS La Unión.

3.1.5. Enfermedades Vectoriales

Durante el año 2022 se presentaron un total de 16 casos sospechosos de enfermedades producidas por el vector aedes aegypti. De estos 16 casos, 9 resultaron positivos por Dengue clásico y 3 casos fueron descartados como negativos por dengue, pero positivos por Chikunguña. Los otros 4 casos fueron descartados.

A todos los casos se les realizó el abordaje en tiempo y forma según lo dictan el Reglamento de Vigilancia de la Salud y la normativa conexas.

3.1.6. Tuberculosis

En lo que respecta a los casos de Tuberculosis, se diagnosticaron un total de 4 casos, de estos 3 son casos de tuberculosis pulmonar y un caso de tuberculosis extrapulmonar, el cual corresponde a una tuberculosis del sistema nervioso.

De los 3 casos de tuberculosis pulmonar, todos fueron captados por medio de baciloscopia, teniendo que el 100 % fueron BK positivos por este medio diagnóstico.

Tabla N°33
Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva.
Cantón la Unión. Año 2022

Tipo de Tuberculosis	N° de casos y Porcentaje
Casos de Tuberculosis Pulmonar	3
N° de casos con baciloscopia positiva	3
% De positividad	100%

Fuente: Base de datos de Tuberculosis 2022. ARS La Unión.

3.1.7. Tasa de incidencia de neoplasias malignas

Con respecto a los casos de neoplasias malignas, se presentan a continuación los datos del año 2016, proporcionados por la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

Según la OPS 2019, las enfermedades neoplásicas son causas principales de mortalidad en la Región de las Américas, en nuestro país, así como en el Cantón de la Unión, también representa un problema de morbimortalidad.

Según las tablas 14 y 15, la tasa de incidencia de tumores malignos en la población masculina es de 118.27 casos por 100,000 hombres. En el caso de la población, la tasa de incidencia es más elevada siendo de 134,2 casos por cada 100,000 mujeres.

Tabla N° 34
Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina.
Cantón La Unión. Año 2016

Localizaciones más frecuentes	N°	Tasas por 100.000 varones
Total	64	118.27
Glándula prostática	19	35.1
Piel	9	16.6
Estómago	6	11.1
Glándula tiroides	6	11.1
Vejiga urinaria	5	9.2
Otras localizaciones	5	9.2
Bronquios y pulmon	3	5.5
Ganglios linfáticos	3	5.5
Sistemas hematopoyético y reticuloendot.	3	5.5
Colon	2	3.7
Testículos	2	3.7
Recto	1	1.8

* Cifras preliminares

Fuente: Elaboración propia con datos de la Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores, Registro Nacional de Indicadores, Ministerio de Salud.

Los tumores de glándula prostática en los hombres son lo que se han diagnosticado más, con 19 casos, seguidos del piel y estómago, con 9 y 6 casos respectivamente.

Con respecto a los tumores de mayor incidencia en las mujeres, según los datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud, el tumor mama es que tiene mayor incidencia con 14 casos y una tasa de incidencia de 26.1 por cada 100 000 mujeres.

Seguido de las otras localizaciones y de la glándula tiroides ocupan el segundo y tercer lugar con 26 y 24.2 casos por 100 000 femeninas, respectivamente.

Tabla N° 35
Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina.
Cantón La Unión. Año 2016

Localizaciones más frecuentes	N°	Tasas por 100.000 mujeres
Total	72	134.2
Mama	14	26.1
Otras localizac.	14	26.1
Glándula tiroides	13	24.2
Piel	9	16.8
Cuello uterino	9	16.8
Colon	4	7.5
Cuerpo uterino	4	7.5
Estómago	2	3.7
Ganglios linfáticos	2	3.7
Ovario	1	1.9
Bronquios y pulmón	0	0.0

Fuente: Elaboración propia con datos de la Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores, Registro Nacional de Indicadores, Ministerio de Salud.

3.1.8. Tasa de incidencia de VIH -SIDA

El comportamiento de los eventos por VIH-SIDA registrados en el cantón de la Unión, ha sido variable en los últimos años.

El año 2016 es el año que presenta una mayor incidencia con 34 casos reportados y una tasa de incidencia de 0.38 casos por cada 1000 habitantes.

Los demás años presentan un comportamiento similar que oscila entre los 0.14 casos y 0.19 casos por 1000 habitantes. El año con menor incidencia es el 2018 con 0.14 caso por cada 1000.

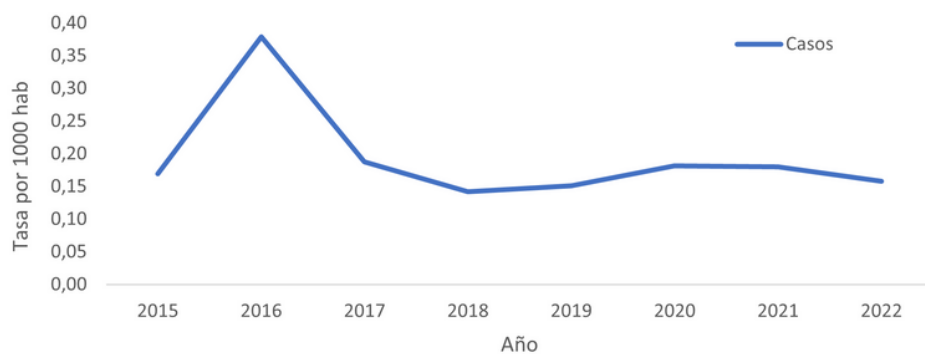
Tabla N°36
Tasas de incidencia de VIH SIDA.
Cantón de la Unión, exceptuando Distritos de Río Azul y San Ramón.
Año 2015-2022

Año	Casos	Tasas por 1000 habitantes
2015	15	0.17
2016	34	0.38
2017	17	0.19
2018	13	0.14
2019	14	0.15
2020	17	0.18
2021	17	0.18
2022	15	0.16

Fuente: Elaboración propia con datos de la Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores, Ministerio de Salud.

En el siguiente grafico se muestra el comportamiento del evento, según año.

Gráfico 11
Tasas de incidencia de VIH SIDA.
Cantón de la Unión, exceptuando Distritos de Río Azul y San Ramón.
Año 2015-2022



Fuente: Elaboración propia con datos de la Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores, Ministerio de Salud.

3.1.9. Razón hombre, mujer en casos de VIH-SIDA

Según los datos suministrados por la Dirección de Vigilancia de la cantidad de casos positivos de acumulados de VIH-SIDA del último quinquenio, la relación de hombres versus mujeres con esta enfermedad para el Cantón de la Unión es de 100 hombres por cada 18.75 mujeres. Es decir, por cada 100 hombres infectados hay 18.75 mujeres. Se observa que la mayor cantidad de casos se está produciendo el sexo masculino. Es importante analizar los factores de riesgo presentes en esta población, que hacen que los hombres tengan un mayor riesgo de contagio, este comportamiento se ha mantenido en los últimos años.

3.1.10. Tasas sobre enfermedades mentales: Trastorno bipolar afectivo

Dentro de los eventos de notificación obligatoria se encuentra el trastorno bipolar afectivo, esta enfermedad es de reciente introducción en el reglamento de vigilancia de la salud.

Según los datos que se han recabado desde las bases de notificación VE 01, se puede observar un aumento en los casos notificados desde el año 2017 al año 2023. En la siguiente tabla se detalla el comportamiento de este evento.

Tabla N°37
Tasas de incidencia de Trastorno Afectivo Bipolar, según sexo.
Cantón la Unión. Periodo 2017 al 2022.
(Tasas por 100,000 habitantes)

Año	Femenino		Masculino	
	N°	Tasas	N°	Tasas
2017	2	3,6	0	0,0
2018	1	1,8	2	3,6
2019	2	3,6	1	1,8
2020	0	0,0	0	0,0
2021	10	21,2	4	8,4
2022	5	10,5	7	14,6

Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión y la Dirección de Vigilancia de la Salud.

El año 2021 se reporta la mayor cantidad de casos tanto en hombres como mujeres, siendo que las tasas de incidencia son de 21.2 casos por 100 000 mujeres y 8.4 casos por 100 000 hombres. Por otra parte, la distribución de las tasas de incidencia es muy variable entre hombres y mujeres, por lo tanto, no se puede determinar que el sexo sea un factor de riesgo en esta enfermedad.

Así lo respalda, Ramírez Vargas X. 2020, esta enfermedad afecta tanto a hombres como a mujeres en la misma proporción. La etiología es compleja y abarca muchos factores, dentro de estos incluyendo cambios en el Sistema nerviosos central, el papel de la inflamación y las citosinas.

El año con menor incidencia fue el 2020, en donde no se registran casos, esto puede estar asociado a subregistro de notificación del evento por el surgimiento de la pandemia COVID-19.

3.1.11. Tasas sobre enfermedades mentales: Esquizofrenia

En el periodo del año 2017 al 2022, en el cantón de la Unión, se han registrado un total de 32 casos de esquizofrenia. El comportamiento de esta enfermedad ha sido variable durante este periodo de tiempo. Las tasas de incidencia han ido en aumento, como se puede observar en el siguiente gráfico:



Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión y la Dirección de Vigilancia de la Salud.

El año 2021 tuvo la mayor tasa de incidencia con una tasa de 13 casos por 100 000 habitantes, seguido del año 2018 con una tasa de 11 casos por 100 000. Al igual que con el trastorno afectivo bipolar en el año 2020 no se notificaron casos de esquizofrenia.

En lo que respecta los casos de intento de suicidio, en los últimos 6 años, se observa un aumento importante de la incidencia. El año 2019 fue el que presentó la mayor tasa con 72,2 casos por 100 000 habitantes. Seguido del año 2022 con una incidencia de 65,1 casos por 100 000 habitantes. El año que presentó una menor incidencia fue el 2017, con solamente 8 casos notificados, esto puede deberse, a que, en este periodo, fue que se inició con el proceso de notificación del evento.

Algunos de los factores que influyeron en el aumento de notificación del evento durante el año 2019, es que se realizaron procesos de sensibilización en torno al evento. Sin embargo, en los años 2020 y 2021, disminuyeron las tasas de incidencia, lo cual puede estar relacionado a un subregistro de eventos debido a la reorganización del sector salud para la atención de los casos por COVID-19.

El comportamiento del evento por año se observa en la siguiente tabla:

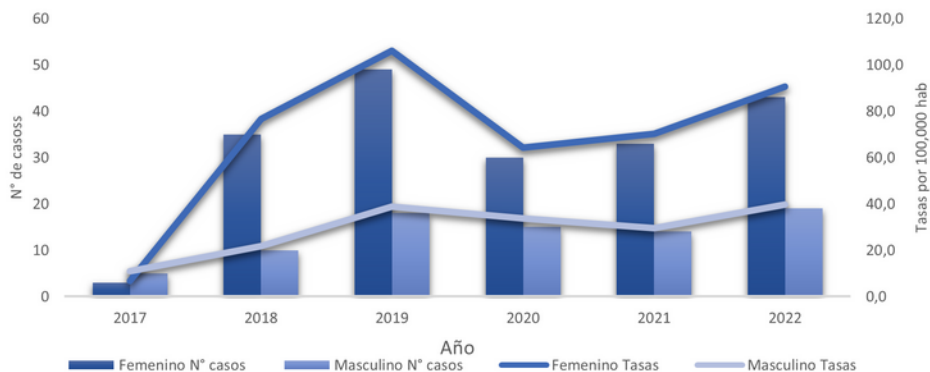
Tabla N°38
Tasas de incidencia de suicidio
Cantón La Unión. Periodo 2017 al 2022.
(Tasas por 100,000 habitantes)

Año	Nº de casos	Tasas
2017	8	8,8
2018	45	49,0
2019	67	72,2
2020	45	48,0
2021	47	49,7
2022	62	65,1

Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión y la Dirección de Vigilancia de la Salud.

La distribución de las tasas según sexo nos demuestra que las mujeres han presentado un mayor riesgo de intento de suicidio durante los últimos 5 años. Solamente en el año 2017 la tasa de incidencia fue mayor en hombres que en mujeres. Posteriormente en el periodo del 2018 al 2022 las mujeres han presentado tasas muchos más elevadas. Siendo el año 2019 el año con mayor tasa de incidencia con 106,1 casos por 100 000 mujeres. Lo cual se muestra en el siguiente grafico:

Gráfico N° 13
Casos y Tasas de incidencia de intento de suicidio según sexo.
Cantón La Unión. Periodo 2017 al 2022.
(Tasas por 100,000 habitantes)



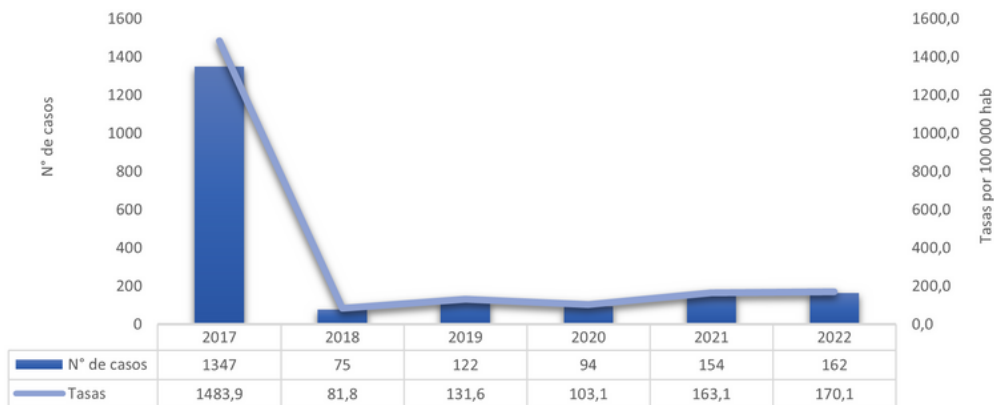
Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión y la Dirección de Vigilancia de la Salud.

3.1.12. Depresión

La depresión ha sido un evento que va en aumento en el cantón de la Unión. En el año 2017 esta enfermedad pasa a notificarse en boleta individual, por lo tanto, en este año se observa una cantidad de casos muy elevada con respecto a los años anteriores, debido que se notifica una única vez en la vida, teniendo una tasa de incidencia de 1347 casos por 100 000 habitantes. Para el año 2018 los casos disminuyeron con respecto al 2017.

Sin embargo, en las tasas de incidencia se observa un comportamiento al alza. Vemos que los años 2021 y 2022 las tasas de incidencia se encuentran en 163,1 y 170,1 casos por cada 100 000 habitantes.

Gráfico N°14
Casos y Tasas de incidencia de Depresión.
Cantón La Unión. Periodo 2017 al 2022.
(Tasas por 100,000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión y la Dirección de Vigilancia de la Salud.

La distribución de los casos y la incidencia por sexo, evidencia que las mujeres son las que presentaron mayor riesgo de esta enfermedad con respecto a los hombres. Las tasas de incidencia más elevadas las observamos en el grupo femenino durante el año 2022 con 273,9 casos por 100 000 mujeres en comparación de 67,0 casos por 100 000 hombres.

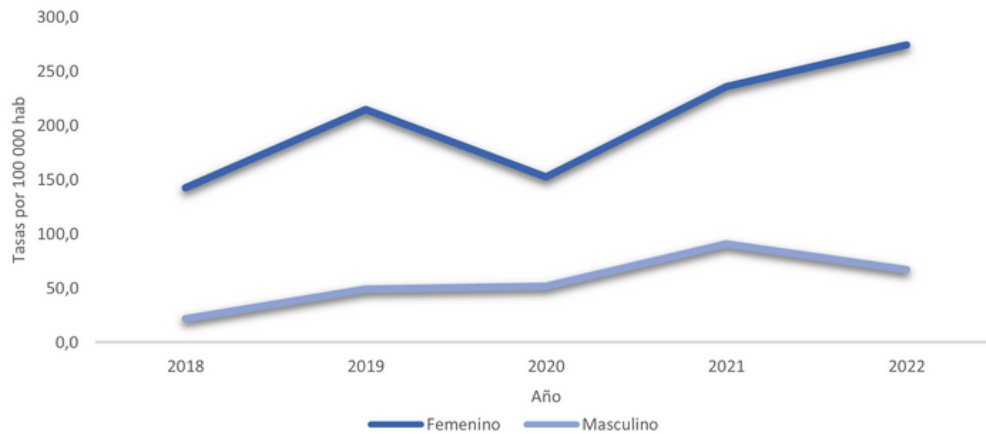
El año con menor incidencia tanto en el grupo masculino como femenino es 2018 con una tasa de 142,3 mujeres y 21,7 hombres por 100 000. Lo cual se puede observar en la tabla N° 39 y gráfico N° 15.

Tabla N°39
Tasas de incidencia de depresión, según sexo
Cantón La Unión. Periodo 2018 al 2022.
(Tasas por 100,000 habitantes)

Año	Tasas	
	Femenino	Masculino
2018	142,3	21,7
2019	214,5	49,5
2020	152,3	51,6
2021	235,9	90,8
2022	273,9	67,0

Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión y la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Gráfico N°15
Tasas de incidencia de depresión, según sexo
Cantón La Unión. Periodo 2018 al 2022.
(Tasas por 100,000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión y la Dirección de Vigilancia de la Salud.

3.1.13. Trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas

Los trastornos mentales y de comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas, corresponden a uno de los eventos con mayor incidencia en el Cantón de la Unión para él durante el año 2022, con una tasa de incidencia de 124.8 casos por 10 000 habitantes. En el último quinquenio se ha observado un aumento en la notificación de este evento.

Tabla N°40
Casos y Tasas de incidencia
Trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas
Cantón La Unión. Periodo 2018 al 2022.
(Tasas por 10,000 habitantes)

Año	N° de Casos	Tasas
2018	46	5.0
2019	380	41.0
2020	400	43.9
2021	441	46.7
2022	1188	124.8

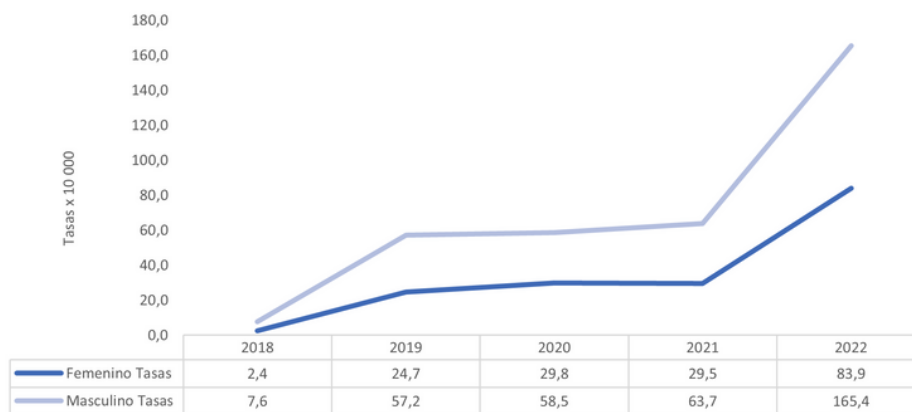
Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión, 2023.

En los años 2019, 2020 y 2021 la incidencia se mantuvo entre 41 y 46 casos por 10 000 habitantes. Pero como se mencionó anteriormente en el año 2022 se aumentó de manera importante la notificación, esto puede deberse a que se recibió durante todo el año información proveniente del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.

El uso de sustancias psicoafectivas afectó de manera importante a los hombres. En los 5 años analizados podemos observar que las tasas de incidencia son más elevadas en el grupo masculino versus el femenino. En el siguiente grafico se observa los casos y las tasas en último quinquenio distribuidos por sexo.

Gráfico N° 16

**Casos y Tasas de incidencia de Trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas según sexo
Cantón La Unión. Periodo 2018 al 2022.
(Tasas por 10,000 habitantes)**



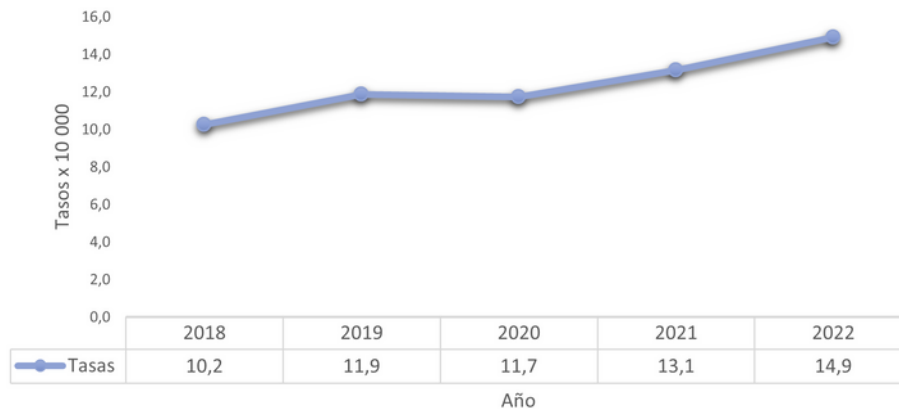
Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión, 2023.

Como se detalla en el grafico anterior las tasas de incidencia de los trastornos mentales y del comportamiento en los hombres han ido aumentando y son mucho más elevadas que en las mujeres. Para el año 2022 la tasa de incidencia en el grupo masculino fue de 165.4 casos por 10 000 hombres, mientras que en las mujeres estuvo en 83.9 casos por 10 000 mujeres. El año con menor incidencia es el 2018 con una tasa de 7.6 en el grupo masculino versus 2.4 en el grupo femenino.

3.1.14. Violencia Intrafamiliar

Durante el quinquenio 2018 al 2022 se tiene registro de un total de 577 casos de violencia intrafamiliar. El año 2022 fue el que presentó una mayor incidencia con 14.9 casos por 10 000 habitantes.

Gráfico N° 17
Tasas de incidencia Violencia Intrafamiliar en todas sus formas
Cantón la Unión. Periodo 2018 al 2022.
(Tasas por 100,000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión, 2023.

En el grafico anterior podemos observar que los casos de violencia intrafamiliar han ido en aumento, el año que presenta menor incidencia es el 2018, le sigue el año 2019 con 11.9 casos por 10 000 habitantes.

En el 2020 se tuvo una leve disminución de la notificación, para posteriormente en el 2021 un aumento del evento. Es importante destacar que este aumento de casos puede estar asociado a una mayor sensibilización del personal de salud y de los entes notificadores para el reporte y la denuncia de los casos.

Tabla N°41
Tasas de incidencia de Casos de VIF, según sexo.
Cantón La Unión. Periodo 2018 al 2022.
(Tasas por 10,000 habitantes)

Año	Femenino		Masculino	
	N° casos	Tasas	N° casos	Tasas
2018	60	13.1	35	7.6
2019	77	16.7	33	7.1
2020	91	19.5	16	3.6
2021	97	20.6	27	5.7
2022	101	21.3	41	8.6

Fuente: Elaboración propia con datos del ARS La Unión, 2023.



La violencia intrafamiliar es un evento que afecta más a las mujeres que a los hombres. En los datos del último quinquenio, podemos observar como las tasas de incidencia esta más altas en la población femenina en comparación con el grupo masculino. El año con mayor tasa de incidencia en el grupo femenino fue el 2022 con 21.3 casos por 10 000 mujeres, en la población masculina la tasa de incidencia se mantuvo en 8.6 casos por 10 000 hombres. Le sigue el año 2021 con una tasa de 20.6 y 5.7 casos para el sexo femenino y masculino respectivamente. El año con menor incidencia tanto en hombres como en mujeres fue el 2018.

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN MORTALIDAD DEL ÁREA RECTORA DE SALUD LA UNIÓN

3.2. Perfil de mortalidad del Área Rectora de Salud La Unión

El análisis de Mortalidad por quinquenio del Área Rectora de la Salud de la Unión se realizó con fundamento en los datos facilitados por INEC, del último quinquenio, en cuanto a la mortalidad, se realizó una selección de las causas más frecuentes de muerte por curso de vida. Así mismo se enfocó el análisis según la carga global de la enfermedad. En la siguiente tabla se puede observar los resultados.

Tabla N° 42
Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad
Cantón La Unión, Periodo 2015-2019
(Cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

Eventos	Total, Quinquenio	Tasa de Quinquenio	Porcentaje
Total, General	1871	201,89	100,00
2.Enfermedades no transmisibles	1542	166,39	82.42
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	194	20,93	10,37
1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	117	12,62	6,25
4.Mal definidas	18	1,94	0,96

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC, 2023.

Como se puede observar en la tabla N° 42, las enfermedades no transmisibles son los eventos de carga global que mayor mortalidad generan, con una tasa de incidencia del 166.39 casos por 100, 000 habitantes. Así como un peso porcentual del 82.42 %. Seguido de las causas externas con una tasa de 20.93 casos por 100 000 habitantes. En tercer lugar, están las enfermedades transmisibles con un 6.25 casos por 100 000 habitantes.

El valor en lo que respecta a las enfermedades no transmisibles es mayor a los datos generales del país en donde el peso porcentual de las enfermedades no transmisibles es de un 80.05%.

Tabla N° 43
Mortalidad Proporcional según eventos de carga global de enfermedad
Cantón La Unión, periodo 2015-2019
(Cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

Evento	Total, Quinquenio	Tasa de Quinquenio	Porcentaje
2.Enfermedades no transmisibles	1542	166,39	82,42
Enfermedades cardiovasculares	525	56,65	28,06
Tumores malignos	452	48,77	24,16
Enfermedades digestivas	139	15,00	7,43
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	119	12,84	6,36
Enfermedades respiratorias	99	10,68	5,29
Diabetes mellitus	84	9,06	4,49
Enfermedades del sistema genito-urinario	63	6,80	3,37
Anomalías congénitas	16	1,73	0,86
Enfermedades del sistema músculo esquelético	16	1,73	0,86
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	13	1,40	0,69
Otros tumores	12	1,29	0,64
Enfermedades de la piel	4	0,43	0,21
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	194	20,93	10,37
Accidentes	97	10,47	5,18
Lesiones intencionales	88	9,50	4,70
Eventos (lesiones) de intención no determinada	9	0,97	0,48
1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	117	12,62	6,25
Infecciones respiratorias	50	5,40	2,67
Enfermedades infecciosas y parasitarias	44	4,75	2,35
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19	2,05	1,02
Causas maternas	2	0,22	0,11
Deficiencias de la nutrición	2	0,22	0,11
4.Mal definidas	18	1,94	0,96
Causas mal definidas	18	1,94	0,96
Total General	1871	201,89	100,00

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC, 2023.



En la tabla N° 43 nos muestra la segregación de los eventos, para los grupos y subgrupos según la carga global de la enfermedad, según esta clasificación, en donde se detalla las enfermedades no transmisibles como las de mayor incidencia, podemos observar que sobresalen las afecciones cardiovasculares.

Aquí podemos observar que estas enfermedades tienen un peso porcentual del 28.06% con una tasa 56.55 casos por cada 100 000 habitantes. Seguido tenemos los tumores malignos con una tasa de 48.77 casos y en tercer lugar las enfermedades digestivas con un porcentaje del 7.43% y una tasa de 15 casos por 100 000 habitantes.

El otro gran grupo, que son las causas externas de morbilidad y mortalidad, tiene a los accidentes como los de mayor impacto en la mortalidad del cantón, con una tasa de 10.47 casos por cada 100 000 habitantes. Las lesiones auto infligidas ocupan el segundo lugar según este subgrupo y en tercer puesto los eventos de intención no determinadas.

Las enfermedades trasmisibles afecciones maternas, perinatales y nutricionales son el subgrupo de menor incidencia. Sin embargo, podemos recalcar como las enfermedades respiratorias son las que causan mayor morbilidad según esta clasificación con una tasa del 5.40 casos por cada 100 000 habitantes.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias están en segundo puesto según este subgrupo con 4.75 casos por cada 100 000 habitantes y le siguen las afecciones originadas en el periodo perinatal con una incidencia menor de 2 casos por 100 000 habitantes.

Es válido concluir observando estos datos que las enfermedades no transmisibles generan mayor mortalidad en la población del cantón de la Unión durante el quinquenio analizado.

Siguiendo el análisis de la mortalidad si lo vemos según curso de vida y acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) según carácter, tenemos los siguientes datos:

Tabla N° 44

Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. Cantón La Unión, periodo 2015-2019 (números absolutos y porcentaje)

Orden N	Evento (código CIE10)	Grupo de edad	
		Menores de 1 año	Porcentaje
1	P21 - Asfixia del nacimiento (P21, P22, P24)	8	24%
2	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	6	18%
3	Q24 - Otras malformaciones congénitas del corazón (Q21, Q23,Q24)	5	15%



Orden N	Evento (código CIE10)	1 a 9 años	Porcentaje
	C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas(C92)	3	30%
	G93 -Otros trastornos del sistema nervioso (G71)	2	20%
	Q87 - Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados que afectan múltiples sistemas (Q61)	2	20%
Orden N	Evento (código CIE10)	10 a 19 años	Porcentaje
	X95 - Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas (X99)	4	24%
	G93 - Otros trastornos del encéfalo (G80, G93)	3	18%
	X70 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	2	12%
	Evento (código CIE10)	20 a 64 años	Porcentaje
	C16 C18,C22,C50,C61 Tumores malignos de estómago, colon,higado, pancreas, mama y prostata.	85	13%
	I21 - Infarto agudo del miocardio (I20,I21,I24,I25)	79	12%
	X95 - Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas(X91,X95, X99, Y08,Y09)	59	9%
Orden N	Evento (código CIE10)	65 y más n	Porcentaje
	I21 - Infarto agudo del miocardio (I20,I21,I24,I25)	172	15%
	C16 - Tumor maligno del estómago(C15,C16,C17, C18,C19,C20,C21,C22,C23,C24,C25,C26)	117	10%
	I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares(I60,I61,I62,I63,I64,I67,I69)	93	8%
Orden N	Totales	Total de Edades	Porcentaje
	C16 C18,C22,C34,C50,C61 Tumores malignos de estómago, colon,higado, pulmón, pancreas, mama y prostata	263	14%
	I21 - Infarto agudo del miocardio (I20,I21,I24,I25)	251	13%
	I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares (I60, I61,I62,I63,I64,I67,I69)	114	6%

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2015-2019.

En lo que respecta a la segregación de los eventos según CIE10, a partir del tercer carácter, por curso de vida, podemos visualizar que los problemas varían según grupo de edad. En el grupo de edad de menores de 1 año, la principal causa de mortalidad es la asfixia del nacimiento y la hipoxia neonatal, están representando el 24% de las causas de muerte.



Los niños de 1 a 9 años tienen como principal causa de mortalidad los tumores del hígado y de las vías biliares, cabe resaltar que en este grupo de edad las personas fallecidas durante este quinquenio fueron únicamente 17. En el grupo de 10 a 19 años el principal problema de salud es la agresión con disparo con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas, con 4 muertes y un porcentaje del 24%

En lo que respecta al grupo de 20 a 64 años los tumores malignos en diversos órganos fue la causa de muerte más representativa en este quinquenio. Se presentaron 85 fallecimientos con un peso porcentual del 13%. El grupo de 65 años y más la causa de muerte que más se presentó esta asociada al infarto agudo de miocardio con 172 eventos y un 15%

El gran problema de salud en todos los grupos de edad son los tumores malignos de estómago, colon, hígado, pulmón, páncreas, mama y próstata. Producto de esta afección en salud fallecieron un total de 263 personas, con una distribución porcentual del 14%.

Según la metodología a utilizar para este análisis de situación de salud, en lo que respecta a la selección de los principales problemas de salud, se seleccionaron las principales causas según el grupo de edad, por lo tanto, tenemos que se deben analizar un total de 4 problemas principales los cuales son:

- 1. Asfixia del nacimiento y dificultad respiratoria del recién nacido,**
- 2. Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas,**
- 3. Infarto Agudo de Miocardio y enfermedades isquémicas del corazón.**
- 4. Tumores Malignos.**

Es necesario indicar que esta área rectora de salud, al repetirse varios problemas de salud decidió analizar también la Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. Esto asociado a los datos de morbilidad que se presentan en el cantón, en donde los intentos de suicidio son eventos que se tienen una alta incidencia y como sabemos esto representa un grave problema de salud pública no solo a nivel del Cantón de La Unión sino también a nivel nacional y mundial.

Lo cual también lo hemos fundamentado en el siguiente apartado en donde se analizan datos estadísticos de mortalidad por suicidio.

3.2.1. Mortalidad por suicidio

En los últimos 6 años en el cantón de la Unión, se han registrado un total de 34 muertes por suicidio. Las tasas de mortalidad por año nos indican que en el año 2019 y 2020 se elevaron las muertes por esta causa, siendo el año 2020 el que presentó una mayor tasa con 9.9 casos por 100 000 habitantes.

Seguido del año 2019 con 7.6 casos por 100 000 habitantes. El resto de los años, el comportamiento promedio ronda los 5 casos por año. En el año 2021 se presentó una disminución de la mortalidad por suicidio, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N° 45
Tasas de Mortalidad por suicidio (X60.0 - X84.9), por año.
Cantón La Unión. (Tasas por 100, 000 habitantes)
Periodo 2016 al 2021

Año	N° de casos	Tasas
2016	5	5,6
2017	5	5,5
2018	4	4,4
2019	7	7,6
2020	9	9,9
2021	4	4,2

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Las muertes por suicidio según distrito muestran que el comportamiento ha sido variable. Para el año 2017 el distrito de Dulce Nombre fue el que tuvo la mayor tasa de mortalidad con 23.0 casos por 100,000 habitantes.

En el 2018 fue el distrito de San Rafael con una tasa de 6.4 muertes. Mientras que el año 2019 y 2020 en donde se observa un incremento de las muertes, el distrito con mayor tasa de mortalidad es Concepción con 16.3 y 15.9 muertes por 100 000 habitantes respectivamente.

Para el año 2021 el distrito de San Juan fue el que presentó la mayor tasa de mortalidad con 6.4 casos.

Tabla N° 46
Tasas de Mortalidad por suicidio (X60.0 - X84.9), por distrito.
Cantón La Unión. (Tasas por 100, 000 habitantes)
Periodo 2017 al 2021

Año	2017		2018		2019		2020		2021	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Tres Ríos	1	10,7	0	0,0	0	0,0	1	10,7	0	0,0
San Diego	1	4,2	1	4,1	2	8,1	1	4,0	1	4,0
San Juan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,9	1	6,4
San Rafael	0	0,0	1	6,4	1	6,3	2	12,5	1	6,2
Concepción	1	5,5	1	5,4	3	16,1	3	15,9	1	5,2
Dulce Nombre	2	23,0	0	0,0	1	11,2	0	0,0	0	0,0

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud



PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD CON ACTORES DE LA COMUNIDAD

Según la metodología expuesta en este documento, dentro de las etapas de trabajo descritas, se efectuó un I Taller con actores sociales de la comunidad. Este primer Taller como se mencionó anteriormente, fue realizado el 15 de junio del 2023, en el Auditorio Parroquial de la Iglesia de Nuestra Señora del Pilar ubicado en Tres Ríos.

Este taller tuvo como objetivo conocer cuáles eran los principales problemas de salud que consideraba la comunidad, tenían un mayor impacto en la salud de las personas que viven en el Cantón de la Unión.

Por lo tanto, se efectuó un sondeo general con los actores de la comunidad, para conocer los problemas de salud y posteriormente una valorización y selección de los que se consideraban de mayor impacto y afectaban más la salud de la comunidad. Los resultados y las herramientas con las que se realizó este sondeo general, así como la selección de los principales problemas se encuentran disponibles en los anexos de este documento.

Con los actores de la comunidad y a través de la metodología implementada, resultaron los tres principales problemas de salud que se detallan a continuación:

- 1. Acceso a los Servicios de Salud (este fue el problema que tuvo mayor puntaje por parte de la comunidad)**
- 2. Pobreza**
- 3. Sedentarismo.**

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

A raíz del análisis de mortalidad, así como de los principales problemas de salud descritos por la comunidad, se realiza una compilación de estos eventos con la finalidad de llevar a cabo la Identificación de sus principales causas raíz, sus causas secundarias y terciarias según cada problema de salud. Para este análisis se realizó un segundo Taller, el 29 de junio del 2023, con actores expertos de instituciones presentes en el Cantón, los cuales fueron seleccionados de acuerdo con el conocimiento y abordaje del problema.

En este II Taller, como se indicó en la metodología, se trabajó con el diagrama de Ishikawa o espina de pescado, con lo cual se pudo establecer aquellas causas principales que influyen el problema de salud, tomando como parámetro los determinantes sociales de la salud y sus dimensiones.

Seguidamente junto con el grupo de expertos se calificó a cada causa raíz identificada, para seleccionar las de mayor importancia según los puntajes, por porcentaje relativo y porcentaje acumulado de cada causa raíz. Las espinas de pescado y la herramienta de Pareto por cada problema analizado se pueden consultar en los anexos de este documento.

A continuación, se detalla por problema de salud, las causas raíz principales que fueron identificadas y que son producto del análisis cuantitativo y cualitativo que se presenta en el siguiente capítulo.

Tabla N° 47**Problema Asfixia del Nacimiento y Dificultad para respirar del recién nacido
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos**

Problema	Dimensión	Causa Raíz
1.Asfixia del Nacimiento y Dificultad para respirar del recién nacido.	Servicios de Salud	Problemas dentro del control prenatal
	Servicios de Salud	Inadecuada atención durante el parto
	Factores biológicos	Sepsis Neonatal

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Tabla N° 48**Problema Tumores malignos
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos**

Problema	Dimensión	Causa Raíz
2.Tumores Malignos	Servicios de Salud	Diagnóstico tardío
	Comportamiento	Mala alimentación
	Comportamiento	Consumo de Tabaco

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Tabla N° 49**Problema Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos**

Problema	Dimensión	Causa Raíz
3.Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	Comportamiento	Consumo ilícito de drogas
	Comportamiento	Comportamiento Violento
	Circunstancias materiales de vida	Portación ilegal de armas de fuego
	Contexto sociopolítico	"Falta" Grupos de trabajo comunitario

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Tabla N° 50**Problema Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos**

Problema	Dimensión	Causa Raíz
4. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.	Factores Sociopolíticos	No se divulga estadística nacional que evidencia los problemas de salud mental
	Servicios de Salud	Accesibilidad a los servicios de salud poco eficientes y oportunos
	Servicios de Salud	Poca promoción para la salud mental informativa
	Factores Biológicos	Adicción a sustancias psicotrópicas
	Comportamiento	Ser víctima de violencia

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Tabla N° 51**Problema Infarto agudo de Miocardio y enfermedad isquémica del corazón
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos**

Problema	Dimensión	Causa Raíz
5. Infarto agudo de Miocardio y enfermedad isquémica del corazón	Factores Biológicos	Hipertensión
	Factores Biológicos	Dislipidemia
	Factores Biológicos	Diabetes Mellitus
	Comportamiento	Consumo de tabaco como detonante

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Tabla N° 52**Problema Acceso a Servicios de Salud
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos**

Problema	Dimensión	Causa Raíz
6. Acceso a Servicios de Salud	Circunstancias materiales de vida	Ubicación de los servicios de salud
	Servicios de Salud	Hay una oferta de servicios de salud limitada
	Servicios de Salud	Población desinformada sobre servicios de salud

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Tabla N° 53
Problema Pobreza
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos

Problema	Dimensión	Causa Raíz
7. Pobreza	Factores socioeconómicos	Educación
	Factores socioeconómicos	Vivienda
	Factores Sociopolíticos	Desempleo
	Factores socioeconómicos	Ingreso económico
	Factores Biológicos	Enfermedades congénitas e incapacitantes

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Tabla N° 54
Problema Sedentarismo
Dimensión y Causa Raíz identificado en Taller II con expertos

Problema	Dimensión	Causa Raíz
8.Sedentarismo	Factores Sociopolíticos	Falta de inversión pública
	Factores Sociopolíticos	Falta de Prioridad de políticas públicas del deporte y recreación
	Factores socioeconómicos	Franjas horarias de funcionamiento de las instalaciones
	Servicios de Salud	Poco control y seguimiento de los servicios de salud en temas relacionados con el sedentarismo
	Factores Biológicos	Problemas de salud asociados a diferentes enfermedades

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.



CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN



ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Como se mencionó en la metodología de este proceso, el equipo local del área rectora de salud de la Unión realizó un análisis de cada problema de salud y sus causas raíz. Este análisis consiste en un acercamiento a la determinación social del evento de salud, el cual contiene la siguiente información: descripción general del evento, descripción y análisis de las causas priorizadas. priorizadas según Pareto.

Por lo tanto, a continuación, se presenta el análisis de cada problema, desde una perspectiva cualitativa y enfocada en los determinantes sociales de la salud.

4.1. Problema: Asfixia del Nacimiento y Dificultad respiratoria del recién nacido

Descripción General

La Asfixia del Nacimiento es un problema de salud, que se presenta antes, durante o después del parto, es una condición, en donde el bebé no recibe suficiente oxígeno, por lo cual puede presentarse una inadecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales, como lo son el cerebro y todo su organismo.

La Dificultad Respiratoria del Recién Nacido se refiere a cualquier dificultad que el bebé pueda tener para respirar después de nacer, lo cual puede traer consigo graves problemas. Estos dos problemas de salud son una de las principales causas de mortalidad en el periodo neonatal.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), se estima que aproximadamente 2,6 millones de recién nacidos mueren cada año, además, que la asfixia del nacimiento es responsable de alrededor del 23% de todas las muertes neonatales. Por otra parte, estimaciones de esta misma organización señalan, que más de un millón de recién nacidos que sobreviven a la asfixia, desarrollan parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y otros problemas del desarrollo. (Peniche, 2007)

En lo que respecta a la dificultad respiratoria del recién nacido, la incidencia a nivel mundial es de 2 a 12.8 casos por cada 100.000 neonatos, cuya mortalidad ha aumentado del 20 al 30% en los últimos años. (Loor Zambrano, 2022)

La mayoría de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos, donde la atención médica durante el parto y el nacimiento puede ser limitada.

En Costa Rica según una revisión realizada en 2020 por Mora et al, sobre "Asfixia perinatal y factores de riesgo asociados en recién nacidos costarricenses" indicó que la asfixia perinatal está presente en el 2,3% de los recién nacidos y se asocia significativamente con mortalidad neonatal y morbilidad". Además, resalta que "los factores de riesgo asociados más importantes fueron la presencia de meconio en el líquido amniótico y la puntuación de Apgar menor a 7 al minuto".



Según lo anterior la asfixia de nacimiento y la dificultad respiratoria en el recién nacidos son problemas graves de salud, que se presentan durante el periodo gestacional y neonatal, que pueden tener una variedad de determinantes sociales de la salud, que incluyen factores genéticos y comportamentales, así como otros factores ambientales y de atención médica.

Por lo tanto, es necesario tomar en cuenta todos estos determinantes para abordar de manera efectiva esta problemática y mejorar la atención y el cuidado materno-infantil.

En el taller de análisis de situación de salud, que se llevó a cabo con los expertos, en relación con estos problemas de salud, se identificaron varias causas raíz, según los determinantes de la salud. Las principales se citan a continuación:

- **Problemas dentro del control prenatal**
- **Inadecuada atención durante el parto**
- **Sepsis neonatal**

Como podemos observar, las causas señaladas, tienen una relación importante con la dificultad respiratoria del recién nacido y la asfixia neonatal, que fueron las principales causas de muerte en los niños menores de 1 año durante el quinquenio 2015 al 2019, en el Cantón de la Unión. Los cuales vamos a ir analizando en función de la determinación del evento de salud.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto

Problemas dentro del control prenatal

Los problemas dentro del control prenatal, o un inadecuado control prenatal, es una causa que está inmersa en los determinantes intermedios de la salud, que son los servicios de salud.

Una atención prenatal, que no cumpla con los criterios de calidad y o bien se realice de manera tardía, puede ser un factor determinante en las complicaciones que se pueden presentar durante el parto y posparto. El control prenatal, como tal es un seguimiento médico regular y sistemático que una mujer embarazada recibe durante su gestación, con la finalidad de detectar de manera temprana complicaciones, que tanto la mujer gestante, como su bebé, pueden presentar durante el periodo gestacional. Si este seguimiento es inadecuado o insuficiente, pueden surgir diversos riesgos y complicaciones para el recién nacido, dentro de estos la asfixia neonatal y la dificultad respiratoria del recién nacido.

Según Sánchez (2019), el control prenatal es de suma importancia debido a que, mediante acciones sistemáticas periódicas se puede detectar factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna o perinatal. Los problemas perinatales que se desea prevenir son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones.

Por otra parte, el que la mujer, en el periodo gestacional, no tenga un control prenatal adecuado, implica que se pierde la oportunidad de educar a la familia gestante sobre el cuidado del bebé y la lactancia materna, así como de identificar por parte de la mujer alguna situación de riesgo que requiera atención médica, durante su embarazo, lo cual es fundamental para el bienestar del recién nacido.



El grupo de expertos señaló, que esto puede estar influenciado por un desconocimiento de las políticas de salud del país, tanto del personal de salud como de los ciudadanos. Esta política de salud, en nuestro país, esta plasmada en la Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico del año 2009, que establece la importancia del control prenatal y parámetros básicos que deben ser cumplidos en cada consulta prenatal. Además, la posibilidad de que toda mujer gestante, reciba atención medica regular, en los servicios de salud públicos, sin la necesidad de tener algún seguro médico o pagar la consulta médica.

Así mismo otra de los factores importantes que se discutió en el análisis de los problemas, es la falta de capacitación de los funcionarios de salud en relación con la Norma de Atención Integral de la Mujer durante el embarazo. Esto debido a que, si el personal desconoce la normativa en la atención integral de la mujer en el periodo prenatal, parto y posparto, puede traer consigo fallos en la detección de condiciones de riesgo de manera oportuna. Hurtado (1998) así lo respalda cuando menciona que para que el personal de salud dé consejería efectiva en el control prenatal, es esencial que tenga los conocimientos, las destrezas y la motivación necesaria y cuente con algún material de comunicación.

Inadecuada atención durante el parto

La atención inadecuada durante el parto fue una de las causas que señalaron los expertos puede ser determinante en provocar problemas como la asfixia de nacimiento y la dificultad respiratoria del recién nacido, esto debido a varios factores que pueden afectar directamente la salud y seguridad del bebé durante el proceso de nacimiento. Según la OMS (s.f.) el momento del nacimiento es crítico para la sobrevivencia de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. Esta causa al igual que un inadecuado control prenatal, forma parte de los determinantes intermedios de la salud, lo cual está también relacionado con los factores de un control prenatal inadecuado.

Según varios estudios, con respecto a este tema dentro de las complicaciones que se pueden presentar son:

- Retraso en la identificación y manejo de la asfixia de nacimiento, un inadecuado monitoreo del bienestar fetal durante el parto puede retrasar la identificación de la asfixia de nacimiento y la toma de medidas de resucitación para restablecer la respiración del bebé. (Mungia, et al., 2007)
- Falta de acciones oportunas en casos de distocia de hombros, esta es una complicación durante el parto en la que los hombros del bebé quedan atascados en la pelvis de la madre, lo que puede llevar a una falta de oxígeno al feto y aumentar el riesgo de asfixia al nacer. (Medwave, 2018)
- Falta de capacitación del personal de salud en maniobras de resucitación neonatal: La falta de entrenamiento adecuado en técnicas de resucitación neonatal puede retrasar la respuesta a una situación de emergencia y afectar la salud del recién nacido. (Wyllie, J et al., 2015)

Es importante destacar que la atención adecuada durante el parto, que incluye una vigilancia constante y una respuesta rápida ante situaciones de emergencia, es esencial para minimizar los riesgos de asfixia de nacimiento y dificultad respiratoria del recién nacido. La capacitación del personal de salud y el cumplimiento de las guías y protocolos de atención obstétrica son fundamentales para asegurar un resultado positivo en el nacimiento.

Sepsis neonatal

Por último, dentro de las causas raíz que según los expertos tiene un papel fundamental en la asfixia de nacimiento y dificultad respiratoria del recién nacido, está la sepsis neonatal que se define como una infección grave que afecta a los recién nacidos en los primeros 28 días de vida. Esta causa se ubica en los determinantes sociales intermedios de la salud anotados como dentro de la biología humana.

La sepsis neonatal como tal al ser una infección sistémica del organismo, puede provocar condiciones que desencadenan los problemas de salud ya indicados, debido a ciertos mecanismos del organismo, que terminan afectando la parte respiratoria y el sistema cardiovascular del recién nacido.

Según Cortes et al, (2019) existen varias complicaciones que produce la sepsis neonatal, que se pueden relacionar con el problema de salud, entre las que están:

- **Inflamación sistémica:** la cual puede afectar los tejidos y órganos, incluidos los pulmones, lo que lleva a una disminución de la función pulmonar y dificultad para respirar.
- **Neumonía asociada a la sepsis** que es una infección del tejido pulmonar, que puede afectar la capacidad de los pulmones para expandirse y llevar a cabo un intercambio adecuado de oxígeno, lo que puede resultar en dificultades respiratorias.
- **Hipoxemia** que nos indica la disminución de los niveles de oxígeno en sangre. Cuando el bebé no recibe suficiente oxígeno, puede experimentar asfixia, lo que afecta la función cerebral y otros órganos vitales.
- Por último, un sistema cardiovascular comprometido en donde el corazón no bombea adecuadamente la sangre oxigenada, el bebé puede experimentar asfixia y dificultad respiratoria.

Es esencial que los recién nacidos con sospecha de sepsis reciban atención médica, rápida y especializada para minimizar las complicaciones y mejorar el pronóstico.

Como lo podemos observar existe un determinante biológico que influye de manera importante en el evento de salud, así como los determinantes de los servicios de salud, que están interrelacionados en que se presente esta problemática. Se debe fortalecer la atención adecuada a nivel de servicios de salud tanto públicos como privados en lo que respecta a la consulta prenatal, así como el cumplimiento de las normas de atención obstétricas durante el trabajo de parto. Lo cual se puede establecer dentro de las líneas de acción con el grupo de expertos y la comunidad en general.

4.2. Problema: Tumores Malignos

Descripción General

Los tumores malignos o el cáncer son un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales que pueden invadir y destruir tejidos circundantes. Estas células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo a través del sistema linfático o el torrente sanguíneo, en un proceso llamado metástasis. (ASTDR, 2021).



Los tumores malignos pueden afectar a casi cualquier órgano o tejido del cuerpo y representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

Las estadísticas relacionadas con el cáncer varían según el tipo de cáncer, la ubicación geográfica y otros factores demográficos. A continuación, se presentan algunas cifras generales a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2020:

- El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, representando aproximadamente el 9.6% de todas las muertes.
- Se estima que, en 2020, hubo alrededor de 19.3 millones de nuevos casos de cáncer y aproximadamente 10 millones de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo.
- Los tipos de cáncer más comunes son los de pulmón, mama y próstata.
- Se espera que la incidencia de cáncer aumente en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población, los cambios en el estilo de vida y la exposición a factores de riesgo.

En Costa Rica se cuentan con varios datos estadísticos según Registro Nacional de Tumores del 2018:

- Se registraron aproximadamente 13,000 nuevos casos de cáncer en el país.
- Los tipos de cáncer más frecuentes en Costa Rica incluyen el cáncer de próstata en hombres y el cáncer de mama en mujeres.

Se ha observado que la incidencia de cáncer en Costa Rica ha ido en aumento en los últimos años debido a varios factores, incluido el envejecimiento de la población y los cambios en los hábitos de vida. Como parte de la selección de los problemas de salud, desde los datos mortalidad del quinquenio 2015 al 2019, se pudo determinar que los tumores malignos, o el cáncer, es el problema de salud, que más muertes género en la población del cantón de la Unión. Siendo el principal problema de salud, para este quinquenio.

Esta afectación se presentó de manera importante en los grupos de edad de 1 a 9 años, así como en el grupo de 20 a 64 años. El total de muertes asociadas a la presencia de un tumor maligno fue de 263 casos, representando un 14 % de todas las defunciones según los datos del INEC.

Por lo tanto, podemos inferir que este problema de salud pública que afecta de manera importante a la comunidad, en muchas de sus esferas, tiene asociados condicionantes del ambiente social, conductual y con relación a los servicios de salud.

Esta enfermedad tiene múltiples factores de riesgos, por otra parte, desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud, sus causas son muy variadas y están inmersas en los determinantes intermedios y estructurales. Según el Instituto Nacional de Cáncer de España (s.f.), aunque los médicos no alcanzan a explicar por qué una persona desarrolla la enfermedad y otra no, los investigadores han identificado factores específicos que aumentan las posibilidades de que una persona padezca ciertos tipos de cáncer.

Esto nos permite inferir que existen causas que pueden ser modificables desde el entorno social, conductual y físico, las cuales deben trabajarse de manera interdisciplinaria.

Según Huelamo citando a la OMS (2021) se estima que entre un 30% y un 50% de los casos de cáncer son evitables, esto debido a que fundamentalmente tienen cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios como IMC, sedentarismo, mala alimentación, consumo de tabaco y alcohol. Para ello, es necesario reducir estos factores de riesgo y aplicar estrategias preventivas de base científica.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto

En el taller de análisis de este gran problema de salud, el grupo de expertos tuvo claro las causas raíz principales, las cuales priorizó y se detallan a continuación:

Tabla N° 55
Causas raíz priorizadas por actores sociales para el problema Tumores malignos

Dimensión según modelo DSS	Causa raíz priorizada por grupo de expertos
Servicios de Salud	Diagnostico tardío
Comportamiento	Mala Alimentación
	Consumo de tabaco

Fuente: Resultados del II Taller con actores institucionales. Elaboración propia, 2023.

Estas causas raíz priorizadas por los expertos en el II Taller, se analizarán de manera integral realizando una vinculación con el determinante de la salud según el modelo de las dimensiones sociales de la salud.

Diagnóstico tardío

La OMS citando a Krug (2017) menciona que el diagnóstico del cáncer en una fase tardía y la imposibilidad de recibir tratamiento condenan a muchas personas a sufrimientos innecesarios y a una muerte precoz. Por lo tanto, el diagnóstico temprano es fundamental para el tratamiento exitoso de los tumores malignos.

Cuando el cáncer se detecta en sus etapas iniciales, hay una mayor probabilidad de que el tratamiento sea efectivo y las tasas de supervivencia sean más altas. Sin embargo, muchas personas reciben un diagnóstico tardío debido a la falta de síntomas evidentes en las primeras etapas del cáncer o la falta de acceso a servicios de salud adecuados.



Esta causa raíz se encuentra en la dimensión de los servicios de salud. Según el análisis de los expertos, factores que intervienen en esta situación son la problemática que existe en el acceso oportuno a los servicios de salud, la saturación de estos servicios y las listas de espera. Como se puede observar las causas secundarias están intrínsecamente relacionadas y comprenden una mejora sustancial en la atención que se brinda desde los servicios de salud a la comunidad.

Esto implica la asignación de mayor cantidad de recursos, tanto humanos como materiales para atender las necesidades de la población en esta materia, en lo que respecta a la saturación de los servicios y la lista de espera de los centros de salud. Además, la distribución equitativa y acorde a las necesidades en los servicios de salud, que viene dada por una gestión de servicios ética y adecuada priorizando la necesidad fisiopatológica de los individuos como un criterio objetivo para la designación de los recursos con los que se cuenta para atender los requerimientos.

El acceso oportuno a los servicios de salud depende también de la educación que se le brinde a la población en cuanto a la presencia de síntomas y signos que pueden ser indicativos de una neoplasia. Así mismo educar y favorecer el uso de programas de detección sistemática, que permitan un diagnóstico oportuno de encontrarse alguna alteración.

Sin embargo, para lograr estas mejoras se requiere un compromiso político, social y económico de los diferentes ámbitos de la sociedad para colocar el problema del cáncer como una prioridad en salud, desde el ámbito político.

Mala alimentación

Según el Instituto Nacional Contra el Cáncer (2023) muchos estudios han indicado que existe la posibilidad de que componentes o nutrientes específicos de la dieta estén asociados con aumentos o disminuciones del riesgo de cáncer. Estudios de células cancerosas en el laboratorio y de modelos animales algunas veces proveen evidencia de que compuestos químicos aislados pueden ser carcinógenos (o tienen actividad contra el cáncer).

Dichos estudios han concluido, en buena medida, que una dieta poco saludable, rica en grasas saturadas, azúcares refinados y alimentos procesados, y pobre en frutas, verduras y otros alimentos ricos en nutrientes, se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer.

Aquí es necesario analizar el motivo por el cual la población consume estos alimentos, en el análisis con el grupo de expertos, al ubicarse esta causa dentro de los comportamientos, se pudo concluir que existe un aumento en el consumo de comidas rápidas, las cuales son más fáciles de acceder (en lo que se refiere a bajos precios), así mismo el estilo de vida actual en donde el cumplimiento de metas y las exigencias laborales, en algunos casos impiden el tener buenos hábitos alimenticios.

Por otra parte, las conductas aprendidas es un factor que puede ser importante, en donde los padres de familia inculcan desde pequeños a sus hijos a que el consumo de alimentos de este tipo se relaciona con sensaciones de bienestar o festejo.



Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de tumores malignos, especialmente cáncer de pulmón, esófago, boca, laringe, vejiga y páncreas, entre otros. Los productos químicos tóxicos presentes en el tabaco dañan el ADN y provocan cambios genéticos que pueden llevar a la formación de células cancerosas. (Instituto Nacional del Cáncer 2017)

Existen muchos factores que promueven al consumo del tabaco, dentro de los cuales se deben analizar la presión social, hábitos aprendidos del entorno familiar y la necesidad de pertenecer a un grupo, esto según conclusiones de los expertos en el análisis. Es importante continuar en la prevención del consumo del tabaco en todas sus formas.

En conclusión, el diagnóstico tardío, la mala alimentación y el consumo de tabaco están relacionados con un mayor riesgo de desarrollar tumores malignos. Es fundamental fomentar la conciencia sobre los factores de riesgo del cáncer, mejorar el acceso a servicios de salud y promover estilos de vida saludables, incluyendo una dieta equilibrada y el abandono del hábito de fumar, para reducir la incidencia y mejorar los resultados del tratamiento del cáncer.

4.3. Problema: Agresión con disparo de armas de fuego y las no especificadas

Descripción General

El problema de agresión con disparo de otras armas de fuego, y otras armas es una situación preocupante y compleja que involucra violencia armada para infligir daño físico a otras personas. Esta forma de violencia puede ocurrir en diversos contextos, que van desde conflictos armados entre pandillas o grupos rivales, hasta incidentes de violencia interpersonal por problemas vecinales.

Este problema tiene consecuencias importantes para las personas y las comunidades inmersas en estas situaciones. Las víctimas si no llegan a fallecer a menudo sufren lesiones graves o discapacidades permanentes. Estos actos también generan un impacto emocional y psicológico significativo tanto en las víctimas directas como en aquellos que presencian estos eventos traumáticos.

Por otro lado, este evento tiene profundas raíces sociales y estructurales. La desigualdad socioeconómica, la falta de oportunidades y la marginalización de ciertos grupos pueden aumentar la vulnerabilidad a la violencia armada. Asimismo, la cultura de violencia y la resolución de conflictos por medios agresivos en ciertos entornos pueden perpetuar un ciclo de violencia.

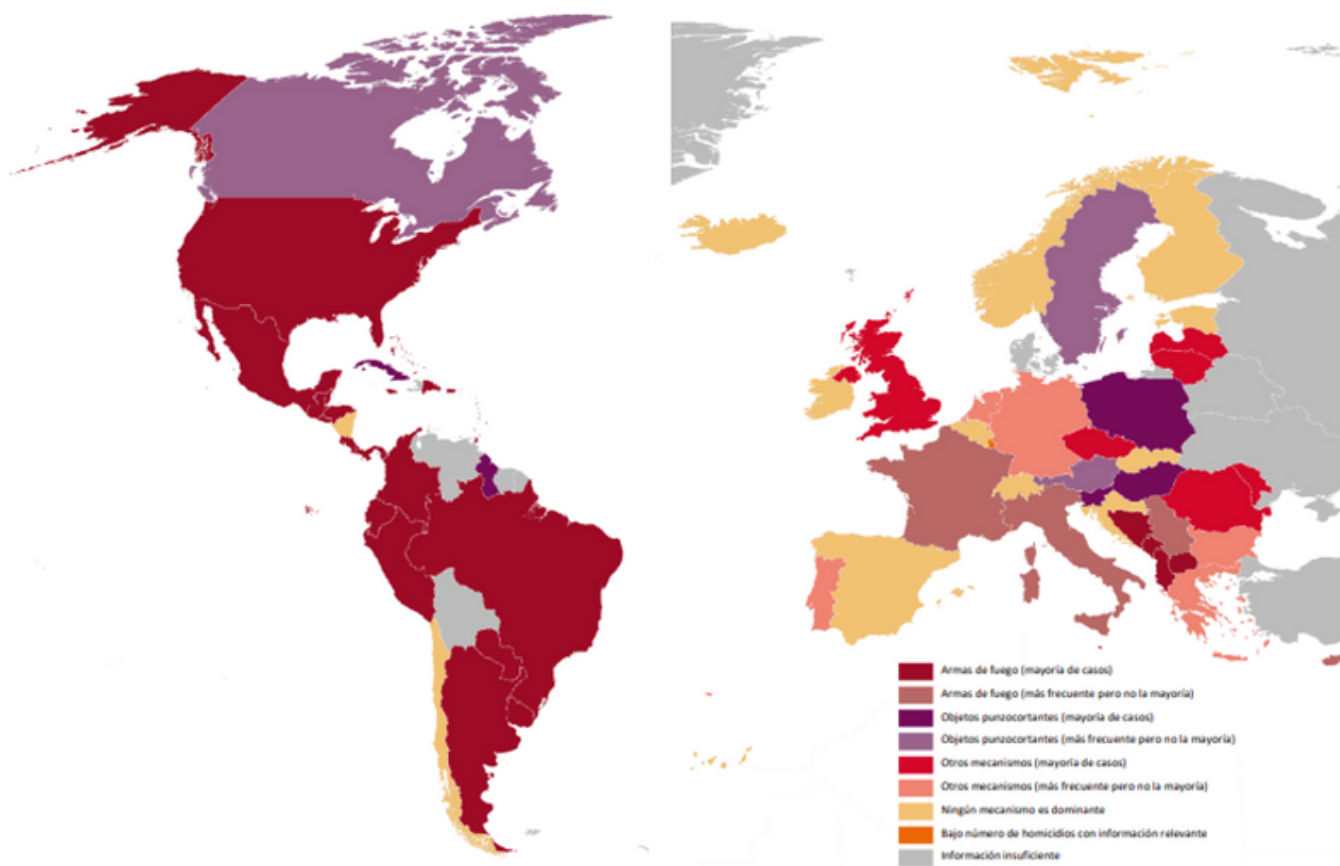
Estadísticas básicas internacionales

A nivel internacional, la agresión con armas de fuego representa una preocupación significativa para la salud pública, siendo investigada por diferentes organismos internacionales entre ellos la Organización de las Naciones Unidas ya que miles de personas mueren y resultan heridas cada año debido a incidentes de violencia armada. Estos eventos pueden ocurrir en diferentes contextos, incluyendo conflictos armados, violencia interpersonal y crimen organizado.

Según el resumen ejecutivo del "Estudio Mundial sobre el Homicidio" realizado por la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) más del 50% de todos los asesinatos a nivel global durante el año 2017 tuvieron relación con armas de fuego (2019, p. 26) (ver Figura N° 05). Sin embargo, es importante recalcar que en América es la región donde más se registra esta relación de uso de armas de fuego y homicidios.

Figura N° 05

Mecanismo más frecuente, utilizado en la comisión de homicidios en las Américas y Europa, 2013–2016.



Fuente: UNODC, 2019, p. 26

Ahora bien, al profundizar un poco en el problema se encuentra que el mayor riesgo de homicidio a nivel mundial recae en hombres y adolescentes varones de 15 a 29 años, principalmente debido a la influencia de pandillas y crimen organizado en las Américas, donde el uso de armas de fuego es la causa más frecuente.

Sin embargo, en otras partes del mundo como Europa, los hombres de 30 a 44 años enfrentan un mayor riesgo. Ahora bien, aunque las mujeres tienen un riesgo mucho menor que los hombres, su perfil de edad como víctimas sigue de cerca el patrón observado en las víctimas masculinas en cada región (UNODC, 2019, p. 29).

En relación con lo indicado anteriormente, según el estudio "Juvenicidio armado: homicidios de jóvenes y armas de fuego en América Latina", se destaca que el mayor riesgo de homicidio se presenta en hombres y adolescentes varones de 15 a 29 años, especialmente en países como Brasil, Venezuela, El Salvador, Colombia, Panamá y Guatemala. El estudio revela que el 80% de todos los homicidios de adolescentes en la región involucran armas de fuego, y que la mayoría de las víctimas son hombres (Otamendi, 2019). Afirmando la importancia que tiene este problema en la salud pública de nuestra región, y siendo necesario abordarlo de forma integral y así reducir las muertes por agresión de arma de fuego.

Estadísticas básicas nacionales

A nivel nacional, según el informe Evolución de los homicidios en Costa Rica en los últimos 10 años, del Poder Judicial, el país ha incrementado el número de homicidios desde el 2012 al 2022 con una tasa de crecimiento de 37% (figura N°06). Siendo que "un 93% de las víctimas en el año 2022 corresponde a hombres y que el principal móvil de los crímenes fue el "ajuste de cuentas" por narcotráfico" (Alvarado, 2022). Estos homicidios, según indica Alvarado, han experimentado cambios en sus motivos y formas, mostrando un incremento en el empleo de armas de fuego como medio para demostrar superioridad o poder territorial entre bandas organizadas (2022).

Figura N° 06
Cantidad homicidios en Costa Rica
Años 2012 – 2022.



Fuente: Unidad de Análisis Criminal, OIJ, 2022

Es importante resaltar que Costa Rica sigue la tendencia internacional en cuanto a homicidios dolosos, según el "Análisis sobre homicidios dolosos enero-marzo 2022" (Observatorio de la Violencia del Ministerio de Justicia y Paz, 2022). Se observa que el 97% de las víctimas son hombres, y los jóvenes de entre 20 y 34 años representan el 57% de las víctimas de homicidio, siendo el 77% de estos crímenes perpetrados con armas de fuego.

Además, se destaca que el 67% del total de homicidios está relacionado con la delincuencia organizada (Observatorio de la Violencia del Ministerio de Justicia y Paz, 2022).



En los últimos años, se ha observado un incremento significativo en el empleo de armas de fuego en homicidios, especialmente relacionado con actividades de narcotráfico y disputas territoriales. Esta tendencia ha hecho que los delitos sean más desafiantes y mortales. Aunque Costa Rica sigue siendo relativamente pacífico en comparación con otros países de la región, también ha experimentado un aumento en los homicidios asociados al uso de armas de fuego (Alvarado, 2022).

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto

El abordaje de este problema requiere enfoques integrales y coordinados que involucren a múltiples actores de la comunidad, incluidas las autoridades gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y la comunidad en general. Por lo que es necesario analizar las causas raíz que se identificaron y priorizaron junto con los expertos, y que responden a que se presente la agresión con disparo de armas de fuego y las no especificadas son:

- 1. Consumo ilícito de drogas**
- 2. Comportamiento violento**
- 3. Acceso de armas de fuego ilícitas**
- 4. Grupos de trabajo comunitario**

Por lo anterior es fundamental llevar a cabo un análisis para establecer la relación entre estas causas raíz y la incidencia de eventos de agresión mediante disparos de armas de fuego y otros eventos no especificados. Este análisis incluirá los determinantes sociales de la salud que están asociados y se considerará la realidad expuesta por los diferentes actores sociales involucrados en el tema.

Consumo ilícito de drogas

Esta causa raíz se clasificó dentro del determinante intermedio de comportamiento en relación con el problema mencionado. Los expertos consultados indicaron que, si bien no existe evidencia directa de su influencia sobre el problema en el cantón, se identifica un nivel de influencia medio. Sin embargo, subrayaron que es de alta importancia abordar esta causa raíz. Además, se señaló que las instituciones presentes en el cantón tienen un nivel medio de incidencia en el abordaje de esta causa.

Ahora bien, es importante considerar que el consumo ilícito de drogas puede no tener una influencia directa significativa en la agresión por arma de fuego, pero sí existe una relación indirecta con todo el sistema que rodea este consumo (Gómez, 2016). A medida que aumenta el consumo de drogas, también se fomenta el crecimiento de bandas organizadas que llevan a cabo actos violentos, como la toma de territorios y ajustes de cuentas.

Estas situaciones contribuyen al incremento de la violencia, afectando negativamente la seguridad ciudadana y el bienestar social en general (Alvarado, 2022). Por lo tanto, es crucial abordar el problema del consumo de drogas y el tráfico ilícito para reducir la incidencia de agresiones con armas de fuego y homicidios. Al atacar las raíces del problema, se puede mitigar la violencia y mejorar la calidad de vida en la sociedad.



Comportamiento violento

Relacionado con la causa raíz anterior, el comportamiento violento va de la mano con grupos organizados delictivos, ya que para poder generar dominio utilizan la violencia como vía de acción. Esta causa raíz fue incluida por los expertos dentro del determinante intermedio de comportamiento en relación con el problema mencionado llegando a concluir que, aunque no hay evidencia directa de su influencia al problema, se ha identificado un nivel medio de posible impacto. Sin embargo, se hizo hincapié en la importancia de abordar esta causa raíz de manera prioritaria. Asimismo, se destacó que las instituciones presentes en el cantón tienen una incidencia moderada en el enfoque de esta causa.

La relación entre esta causa raíz y el problema de agresión con arma de fuego es de gran relevancia y complejidad. Un comportamiento violento puede tener sus raíces en un entorno social donde la violencia se normaliza y se considera una vía común para resolver conflictos, tal y como fue comentado por los expertos consultados en el taller. En algunas comunidades, lamentablemente, la cultura de la violencia puede estar arraigada, y esto puede influir en la propensión de algunas personas a recurrir al uso de armas de fuego como medio para imponer su voluntad o resolver disputas.

Además, como se mencionó anteriormente, la relación entre el consumo ilícito de drogas y la agresión con arma de fuego es estrecha. El aumento del tráfico ilícito de drogas y la formación de bandas criminales también contribuyen a la proliferación de armas de fuego en manos de personas violentas (Organización de los Estados Americanos, 2013, p 18–21). Estos grupos suelen estar involucrados en disputas territoriales, ajustes de cuentas y actividades delictivas, lo que aumenta la probabilidad de que se utilicen armas de fuego en actos violentos (Organización de los Estados Americanos, 2013, p 18– 21).

Portación ilegal de armas de fuego

Tal y como se ha venido exponiendo hasta ahora, y con base a las estadísticas nacionales anteriormente expuestas, el acceso a armas de fuego ilícitas, al igual que las dos causas raíz previamente mencionadas, están estrechamente relacionadas. Esta situación han sido objeto de análisis en América Latina y se han identificado como asuntos de gran importancia que requieren abordarse adecuadamente.

En el desarrollo del taller, los expertos incluyeron esta causa raíz dentro del determinante intermedio de las circunstancias materiales de vida en relación con el problema mencionado. Concluyeron que esta causa tiene un impacto directo en el problema en cuestión. Sin embargo, hicieron hincapié en la importancia primordial de abordar esta causa raíz. Además, se resaltó que las instituciones presentes en el cantón tienen una incidencia baja en el manejo de esta causa.

Como se ha indicado hasta ahora, existe una estrecha conexión entre el transporte de drogas y armas de fuego, lo que ha llevado a un intercambio de drogas por armas en ciertas ocasiones. Esto significa que, además de utilizar armas en la comisión de delitos relacionados con el tráfico de drogas, ahora también se ha vuelto común que las drogas sean intercambiadas directamente por armas de fuego. Como resultado, el tráfico de drogas ha facilitado la entrada de un gran número de armas al Caribe, lo que aumenta la disponibilidad de armas ilícitas en manos de personas violentas, permitiendo que exista más agresión con disparo de armas de fuego (Organización de los Estados Americanos, 2013, p. 9–10).

Aunado a lo anterior, Carlos Pérez señala que existen razones sólidas para argumentar que en zonas donde hay tráfico o cultivo de drogas ilegales, la mayor circulación de armas también puede catalizar situaciones violentas. Aquí, se establece una conexión entre el comercio ilícito de drogas y la disponibilidad de armas, lo que, a su vez, podría potenciar el aumento de la violencia (Pérez, 2022).

Grupos de trabajo comunitario

Ahora bien, la causa raíz “Grupos de trabajo comunitario” indicada por los expertos se encuentra relacionada a la falta de este tipo de grupos, siendo esto un posible factor de influencia en el desarrollo del problema.

Esta causa raíz fue identificada como parte del determinante intermedio de servicios de salud en relación con el problema mencionado. Los expertos consultados mencionaron que no hay evidencia directa que respalde su influencia sobre el problema en el cantón. No obstante, hicieron hincapié en la gran importancia de abordar esta causa raíz. Asimismo, se destacó que las instituciones presentes en el cantón muestran un nivel moderado de intervención en relación con esta causa.

Si bien esta causa raíz, tal y como indican los expertos, es difícil vincularla a que aparezca el evento de agresión por arma de fuego, el realizar una estrategia de prevención de violencia en las comunidades, que incluya actividades lúdicas, programas de capacitación técnica y habilidades blandas para los adolescentes, puede brindarles oportunidades y alternativas para un futuro. Al ofrecer capacitación en diferentes oficios y habilidades, se les proporciona una opción para desarrollarse personal y profesionalmente, lo que podría reducir la probabilidad de que se involucren en comportamientos violentos, incluida la agresión con armas de fuego (Conte 2016).

4.4. Problema: Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulación o sofocación

Descripción general del evento

El título de este problema de mortalidad pretende hacer énfasis a los casos de suicidio consumado mediante las técnicas de ahorcamiento, estrangulación o sofocación, por lo tanto, para una mejor comprensión se citan los conceptos de autolesión, intento suicida y suicidio consumado.

“Autolesión o gesto suicida: Conducta potencialmente lesiva auto infligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte auto infligida no intencionada)”. (Ministerio de Salud de Costa Rica. 2018. p. 8)

El concepto anterior deja claro que las autolesiones no son una manifestación de deseo de quitarse la vida, pero si quiere aparentar que desea morir por algún motivo personal, por lo tanto, el problema de salud que estamos analizando debería tener por nombre: “Suicidio por ahorcamiento”. Veamos qué si es un intento suicida:



“**Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva auto infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método”. (Ministerio de Salud de Costa Rica. 2018. Pag 10) Claramente en el intento suicida si hay intención de morir y el método que use el individuo para quitarse la vida es aplicado por sí mismo. Entonces ¿Qué es un suicidio?

Suicidio consumado: Es el momento en que se logra concretar la autoeliminación, se habla del fallecimiento de una persona por una acción directamente dirigida hacia sí misma, ejecutada precisamente con el fin de acabar con su vida. (Ministerio de Salud de Costa Rica. 2018. Pag 11) Partiendo de la diferenciación de estos tres conceptos, el problema de mortalidad que se analizará debería denominarse Suicidio consumado por ahorcamiento, estrangulación o sofocación.

Para el año 2021, la Organización Mundial de la Salud informó en su página web que cada año, cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Indican que se trata de un fenómeno que puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. Es un dato alarmante que fuera la cuarta causa de muerte y en grupo etario tan joven. De hecho, explica la OMS, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Según indica Chaves y otros. dentro de la Medicina Forense, se han clasificado los métodos de suicidio en tres grandes grupos de mecanismos de muerte, los cuales se describen como clásicos y más frecuentes:

- I. Asfixias: El método más utilizado es la ahorcadura y en segundo lugar la inmersión y también se utilizan bolsas plásticas en la cabeza.
- II. Grandes traumatismos: Aquí se emplea una fuerza que produzca lesiones mortales en el organismo. Se separan en tres grupos: a) La fuerza es dada por el propio organismo, como en la precipitación. b) Se utiliza una gran fuerza exterior como el atropello por tren. c) Se emplea un instrumento con gran lesividad como heridas por arma blanco o por proyectiles de armas de fuego.
- III. Intoxicaciones: en la actualidad se usa con más frecuencia los medicamentos, productos de uso doméstico y los plaguicidas. (Mora, M; Moya, D y Calderón J. 2019. Pag 29)

En lo que respecta a métodos de suicidio o autoeliminación hay muchos, depende de lo que esté al alcance del individuo que desea quitarse la vida, existen diferencias entre los métodos elegidos por hombres y mujeres, siendo los hombres lo que eligen métodos más violentos y fulminantes logrando su objetivo, mientras que las mujeres eligen métodos que tiene un mayor lapso de tiempo en hacer efecto como por ejemplo ingesta de pastillas. La OMS 2021 indica que, el suicidio, aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral.

En Costa Rica se cuenta con una Secretaría de Salud Mental adscrita al Ministerio de Salud, la cual tiene entre sus cargos el diseño e implementación de Política Nacional de Salud Mental y el Decreto N° 40881 el cual regula a las Instancias de Articulación interinstitucional para el Riesgo suicida que deben existir en cada cantón, las cuales están constituidas por representantes institucionales intersectoriales con competencias de atención, prevención y promoción.



A su vez se ha tratado dar mayor reconocimiento a los temas de enfermedades mentales y el suicidio, no solo con la política y el decreto citados, también incorporando el tema de salud mental en los ASIS a nivel nacional, pues suelen las enfermedades mentales ser de menor reconocimiento por no ser causas directas de mortalidad de relevancia cuantitativa. A su vez que el tema suicidio es un tema tabú permeado de mitos y que genera temor en la población.

En Costa Rica, del año 2019 y hasta el 2021, se contabilizan 1147 fallecimientos por suicidio, siendo que el 83% (950) han sido hombres y el 17% (197) mujeres. Solo en el 2021 se registran un total de 377 fallecimientos por suicidio y 2156 intentos de suicidio (755 hombres/1401 mujeres).

Además, en el año 2021 el SE9-1-1, recibió 6542 llamadas vinculadas a ideación y comportamiento suicida, para este 2022 y de acuerdo con los datos registrados hasta el pasado 26 de agosto, se han recibido un total 5211 llamadas, lo que representa un aumento en el promedio de llamadas de un 19.48% mensual con respecto al año anterior”. (Ministerio de Salud de Costa Rica. 2022)

El suicidio es un problema que se puede comparar con un Iceberg, siendo el suicidio la punta de este, es decir, lo que es visible, bajo él existe otra serie casos de intento suicida no logrados, autolesiones, de patologías mentales y problemas sociales.

“Los intentos de suicidio aumentaron un 34% en 2022 en comparación con el año anterior, según datos divulgados por la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud. Las personas de entre 10 y 24 años registraron la mayor incidencia.

En 2022, se notificaron 2.896 intentos de suicidio en todo el país, para un promedio de 7,9 por día. Se trata de 740 intentos más que en 2021, y 1.110 más que en 2020...El intento de suicidio fue el segundo trastorno mental más recurrente en Costa Rica en 2022, representando un 35% de los casos y solo superado por la depresión, con el 60%, estando ambos trastornos directamente vinculados.” (Solís. 2023.)

Se logra comprender a partir de la información anterior que es necesario e importante intervenir de forma temprana las enfermedades mentales y factores de riesgo presentes para la prevención del suicidio, pero también necesario la promoción de factores protectores mediante la generación y condiciones socioambientales. Se analiza seguidamente, las causas raíz del problema en cuestión, según lo propuesto por los expertos.

Tabla N° 56

Causa Raíz del determinante Sociopolítico del problema lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulación o sofocación

Causa raíz principal	Causas raíz secundarias	Causas raíz terciarias
No se divulga estadística nacional que evidencia los problemas de salud mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. La estadística se presenta en temas separados y se aborda separado, ejemplo: intento suicida, depresión, violencia, trastornos de adaptación, entre otras más. 2. Ministerio de salud prioriza mortalidad (suicidios) y no morbilidad (enfermedades mentales y asociadas) 3. Hay subregistro de enfermedades mentales porque población no consulta por estigma social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se carece de equipos interdisciplinarios para el análisis y estudio de relaciones de enfermedades, problemas sociales con las manifestaciones de problemas en salud mental. 2. Enfoque medico biologista no permite priorizar prevención de riesgos y promoción de factores protectores. 3. Normalización de síntomas como estrés, pensamientos pesimistas y de desesperanza, dolores de cabeza colitis y demás señas de una afectación a la salud mental.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.



Los expertos consideran que el tema de las enfermedades mentales y suicidio tienen poca relevancia por parte del gobierno, esto desde una óptica del determinante sociopolítico, debido a que las autoridades en salud, universidades y demás entidades con competencias en el manejo de estadísticas y generación de estudios científicos no generan una buena divulgación del problema a nivel nacional ni directo con los gobiernos de turno.

A su vez, visualizan que cuando se realiza divulgación estadística se hace por cada tipo de enfermedad mental, disociadas entre ellas y de otras problemáticas sociales influyentes como pueden ser la violencia o consumo de drogas. Consideran los participantes que hay ausencia a nivel país de un equipo interdisciplinario para el análisis y estudio de relaciones de enfermedades, problemas sociales con las manifestaciones de problemas en salud mental.

Tener datos estadísticos del suicidio, enfermedades y problemas sociales vinculados, permiten a los gobiernos y a los jerarcas de las instituciones tomar decisiones de tipo financiera para generación de programas y proyectos que combatan los problemas, además de trabajar por prioridades.

Otra causa secundaria es que, desde su óptica, el Ministerio de Salud prioriza mortalidad (suicidios) y no morbilidad (enfermedades mentales y asociadas), por ejemplo el decreto N° 40881 el cual regula a las Instancias de Articulación interinstitucional para el Riesgo Suicida, si bien indica que se deben generar acciones preventivas y de promoción de la salud, no obstante en casos como el de ILAIS de La Unión, la demanda de casos de intento suicida y su respectivo seguimiento consume el tiempo de las sesiones de dicha instancia, además de superar la capacidad de atención de que pueden ofrecer los psicólogos de las áreas de salud.

En los apartados de este ASIS sobre la oferta de servicios disponibles en el cantón de la Unión, públicos y privados, queda demostrado que hay insuficientes profesionales en salud mental brindando opciones de terapia y casi nulos proyectos de prevención y promoción de la salud, por lo tanto, se argumenta que una causa terciaria es el enfoque médico biológico predominante, que no permite priorizar prevención de riesgos y promoción de factores protectores.

No se omite mencionar que aunado a una baja divulgación estadística nacional que evidencie los problemas de salud mental, está el subregistro, ya sea porque los entes notificadores no lo hacen de forma regular y oportuna o por la cantidad de personas que no consultan ante una eventual sintomatología de enfermedad mental, ya sea por desconocimiento, vergüenza o incluso normalización de síntomas como estrés, pensamientos pesimistas y de desesperanza, entre otros.

Todo esto permite visualizar una relación de responsables en diferentes niveles de gobierno e institucionalidad que, si no opera de forma articulada y oportuna para la concientización del problema suicidio, se obstaculiza una priorización en la asignación de recursos que permita intervenir la situación desde las tres aristas prevención, promoción y atención de manera oportuna y efectiva.

Seguidamente se presentan las causas raíz del determinante Servicios de Salud, según los criterios de expertos.



Tabla N° 57

Causas raíz del determinante Servicios de Salud del problema lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulación o sofocación

Causas raíz principales	Causas raíz secundarias	Causas raíz terciarias
Accesibilidad a los servicios de salud poco eficientes y oportunos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personas con inestabilidad laboral o patronos que no los aseguran 2. Condición de pobreza no permite pagar seguro social. 3. Saturación de servicio por demanda de servicios de psicología y trabajo social no permite atención continua y oportuna. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Precarización del trabajo en CR 2. Aumento de la Pobreza 3. Aumento de patologías de enfermedad mental y misma cantidad de recurso humano para atención.
Poca promoción para la salud mental informativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategias de divulgación no adaptadas a grupos de población. 2. Carencia de recursos económicos para financiar programas de promoción de la salud. 3. Poco recurso humano capacitado en la promoción de la salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de estrategias de comunicación focalizadas 2. No se prioriza recursos económicos para la promoción, atención, prevención de la salud mental

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Desde el criterio de los participantes existe accesibilidad a los servicios de salud poco eficientes y oportunos, las causas secundarias que identifican van en dos vertientes a problemas sociales e individuales vinculados a temas de aseguramiento, condiciones laborales y económicas, pero también a que los servicios de salud públicos en salud mental son escasos, ante la demanda de patologías de enfermedad mental emergentes en la actualidad, lo que sugiere que la demanda ha superado la capacidad del servicio, lo cual conlleva a que las personas aseguradas deban esperar meses para ser atendidas.

Particularmente en el tema de intentos de suicidio por normativa nacional son de atención y carácter prioritario, debiendo pasar por servicios de urgencias para activación de protocolo de la CCSS, la cual procede a enviar al paciente a consulta y valoración psiquiátrica e interdisciplinaria en servicios hospitalarios donde por demanda de trabajo dejan por horas en espera al paciente de intento suicida.

Actualmente se dispone de un profesional en psicología por cada una de las 2 áreas de salud que atienden el cantón de la Unión (excepto los distritos de San Ramón y Río Azul) y para el primer semestre del 2023, específicamente la semana epidemiológica 29 del presente año 2023, ya se contabilizan en la base de datos local de eventos de notificación obligatoria, 51 casos de intento suicida (10 menos de los reportado en todo el 2022), 155 casos de depresión, 599 casos de trastornos mentales debido a uso de sustancias psico adictivas y 155 casos de violencia intrafamiliar que asistieron a los servicios de salud.



Todo esto son datos que nos dan un panorama de las condiciones de salud mental de parte de la población de La Unión y una evidente señal de que no hay capacidad instalada de recurso humano en el sector público para poder asumir esa cantidad de casos, sin considerar las personas que tienen seguimiento de años previos, por lo tanto, se deben asumir nuevas formas de intervención desde la articulación intersectorial y evidenciar la necesidad de recurso humano.

Lo anterior se relaciona con la segunda causa raíz de este determinante, la cual es poca promoción para la salud mental informativa, el recurso humano y financiero de la CCSS esta priorizada en la atención de la enfermedad y no en la promoción de factores protectores o prevención de riesgos. A nivel local los mecanismos de divulgación preventivos o de promoción de la salud que usan los establecimientos como EBAIS y Clínicas son pizarras informativas cuyo alcance está limitado a la población consultante por alguna enfermedad, hay poca frecuencia de ferias de salud comunitaria, solo los niveles centrales de las instituciones pueden usar redes sociales. Esto se relaciona con la causa terciaria denominada ausencia de estrategias de comunicación focalizadas a poblaciones específicas.

Podría considerarse la participación de la CCSS en comisiones interinstitucionales como un recurso de apoyo para fortalecer su capacidad divulgativa en promoción y prevención. A su vez se requiere de personal capacitado en promoción de la salud con recurso económico asignado para desarrollar programas y proyectos que fortalezcan los factores protectores de la salud mental.

A continuación, se muestra la cuarta causa raíz priorizada por los participantes, vinculada al determinante biológico.

Tabla N° 58

Causas raíz del determinante Biológico del problema lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulación o sofocación

Causas raíz principales	Causas raíz secundarias
Adicción a sustancias psicotrópicas	<ol style="list-style-type: none">1. Presencia conjunta del consumo de sustancias y de otros trastornos o enfermedades aumenta aún más el riesgo de ideación e intentos de suicidio.2. Predisposición genética de consumo de sustancias por antecedentes familiares de consumo.3. Consumo de sobredosis de algún medicamento prescrito para sí mismo o para otra persona.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Según el orden de las tasas de incidencia eventos de notificación obligatoria cantón La Unión del año 2022, en quinto lugar, se ubicó los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas con un total de 1188 casos y una tasa de 124,8 casos por cada 10, 000 habitantes.

Lo anterior contextualiza la necesidad de abordar la patología dual en muchas personas consultantes, como se puede visualizar en la causa secundarias hay dos posibilidades en este determinante biológico, que el consumo o adicción a sustancias ocurra por predisposición genética de consumo debido a antecedentes familiares de consumo, la otra es que haya predisposición genética al desarrollo de enfermedades mentales que sí se desarrollen o a graven por el consumo de sustancias. No se deja de lado la posibilidad de una negligencia del individuo o persona a sus cargos en un suministro de sobredosis de algún medicamento prescrito.

“Diversos autores han señalado la predisposición genética hereditaria a desarrollar la enfermedad alcohólica, con mayor incidencia en el sexo masculino. Existen fundadas sospechas que tal predisposición hereditaria es igualmente importante en lo concerniente a las sustancias psicotropas ilegales.

Son de particular importancia los efectos en hijos recién nacidos de consumidoras de sustancias psicotropas, como es el caso de síndrome de abstinencia neonatal en casos de madres alcohólicas, o los reportes de mayor incidencia de peso y talla en hijos de consumidoras, así como de trastornos de conducta en la niñez y la infancia de los mismos.” (Dirección Regional de Salud de Cusco. 2023)

A partir de lo anterior y valorando la cantidad de casos de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas del año 2022 y primer semestre del 2023, es claro que son factores de riesgo de ideación e intento suicida que deben ser abordados desde la interdisciplinariedad e intersectorialidad según competencias de diversas instituciones.

Por otra parte, la última causa raíz priorizada tiene que ver con el determinante conductual o de comportamiento de los individuos, se presenta en la siguiente tabla.

Tabla N° 59

Causa raíz del determinante conductual o comportamiento, del problema lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulación o sofocación

Causa raíz principal	Causas raíz secundarias	Causas raíz terciarias
Ser víctima de violencia	<ol style="list-style-type: none">1. Autolesión y pérdida de esperanza por no saber dónde buscar ayuda2. Si la violencia es intrafamiliar no desean traicionar el núcleo al denunciar y acuden a la autolesión.3. Traumas, enfermedades mentales a causa de violencia llevan a autolesión y pérdida desesperanza.	<ol style="list-style-type: none">1. Vergüenza, temor y desconocimiento de los lugares donde les pueden ayudar.2. Complicidad de la víctima por sentido de pertenencia y lealtad3. No consultar a tiempo en centros médicos o consultorios psicológicos.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.



Ser una persona víctima de violencia, ya sea por un hecho traumatizante o por maltratos prolongados en el tiempo, son un factor de riesgo determinante en que la salud mental de las personas se quebrante y se desarrollen enfermedades mentales o trastornos como la depresión, ansiedad, ideación suicida práctica de autolesiones, consumo de sustancias e incluso malestares de tipo físico. Los actos de violencia conllevan a que la víctima sienta pérdida de autoestima, sentimientos de poca valía, soledad e incluso la desesperanza. Cuando la víctima no logra identificar personas o instituciones que sean un recurso de apoyo en el momento oportuno, puede ocurrir el intento suicida o suicidio consumado.

La notificación de intentos suicidas ha ido mejorando a través de los años en especial con la activación de las ILAIS, permitiendo dar abordajes oportunos. En la tabla presentada en el apartado de tasas de enfermedades mentales, se presenta las tasas de incidencia de suicidio del Cantón la Unión. Periodo 2017 al 2022, donde se visualiza un aumento de 8 casos reportados en 2017 a 67 en 2019 y nuevamente hay un repunte en el 2022 con 62 casos para una tasa del 65,1 por 100.000 habitantes. Predominan los intentos suicidas de las mujeres en todo ese quinquenio.

Respecto a los casos de trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas del cantón La Unión en el periodo 2018 al 2022. Se visualizó un considerable aumento en la notificación de casos, pues en 2018 hubo 46, en 2020 y 2021 se superó los 400 casos, llegando en el 2022 a 1188 casos.

Lograr un impacto en las causas raíz identificadas requiere de un constante trabajo intersectorial e interinstitucional que incluya acciones de prevención de riesgos, promoción de factores protectores, creación de una estructura social para ello y para la atención oportuna de los casos.

4.5. Problema: Infarto Agudo de Miocardio y Enfermedad isquémica del corazón

Descripción General

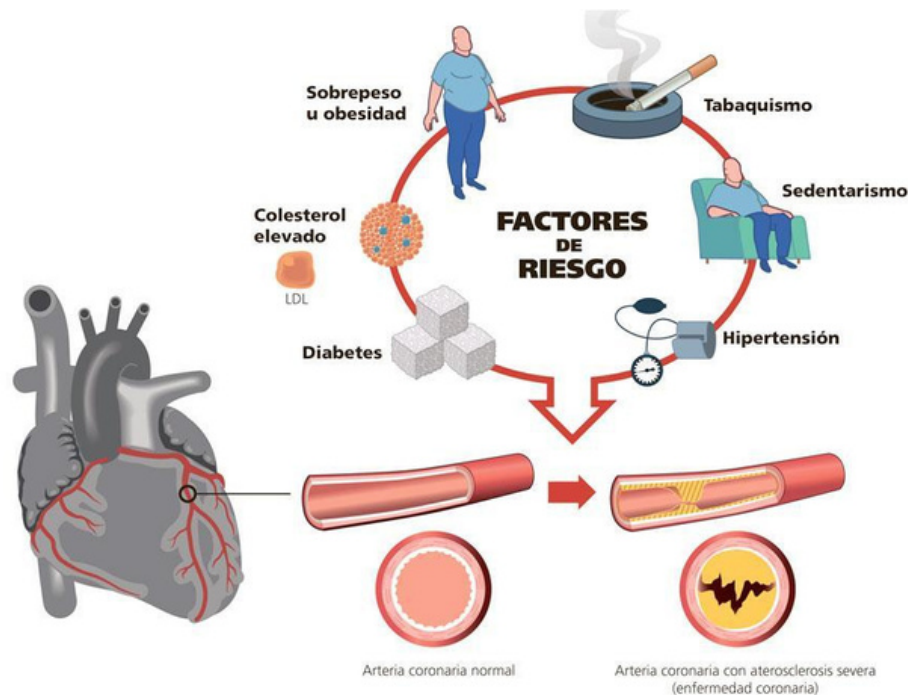
En los últimos años hemos visto como las enfermedades cardiovasculares (EC) han aumentado. Se han dado cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones, en donde las enfermedades crónicas han ido en aumento de manera importante. En lo que respecta al infarto agudo de miocardio y las enfermedades isquémicas, se han identificado como principales causas de morbilidad y mortalidad.

Fernández (s.f.), define el infarto Agudo de Miocardio de la siguiente manera:

Conocido también como ataque al corazón, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. Infarto significa 'necrosis por falta de riego sanguíneo', con agudo se refiere a 'súbito', con mio a 'músculo' y con cardio a 'corazón'. Desde el punto de vista de la atención clínica, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado una verdadera urgencia médica. Desde el punto de vista de la atención clínica, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado una verdadera urgencia médica. Las manifestaciones del infarto aparecen de forma súbita, y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es elevado.(pág. 259).

Es válido analizar cuáles son las causas que conllevan a la obstrucción de las arterias coronarias, según las investigaciones realizadas existen muchos factores que pueden desencadenar un infarto, en la siguiente imagen podemos observar los principales:

Figura N° 07
Factores de Riesgo para un infarto agudo de miocardio y enfermedad isquémica



Fuente: <https://www.elperiodico.com/es/bienestar/20210929/dia-mueren-espana-350-personas-12119213>

Como se observa existen factores biológicos y no biológicos que influyen en el infarto agudo de miocardio y las enfermedades isquémicas. Esto lo confirma la OPS (2023) la cual menciona que algunos de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades del corazón pueden incluir, edad, sexo, antecedentes familiares, el tabaquismo, la mala alimentación, la falta de actividad física, el consumo de alcohol, la hipertensión, la diabetes y la obesidad.

Esta enfermedad es sin duda alguna un gran problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (2017), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los Accidentes cerebro vasculares (AVC).

En la región de las Américas para el año 2020, el cáncer fue una de las principales causas de mortalidad en las Américas. Según la OPS (2023) causó 1,4 millones de muertes, un 47% de ellas en personas de 69 años de edad o más jóvenes.

En nuestro país, el infarto agudo al miocardio (IAM) constituye el principal componente del grupo de la enfermedad isquémica aguda, variando su porcentaje en diversas partes del mundo. Así, por ejemplo, en Costa Rica representa aproximadamente las dos terceras partes y es la primera causa de muertes específica en ambos sexos. Durante el año 2015 hubo 1383 defunciones por IAM para una tasa de 28.6 por cada 100 000 habitantes. (Evans; 2020)

Según los datos del INEC para el quinquenio 2015 al 2019 en el cantón de la Unión, estas enfermedades tuvieron un impacto importante en el grupo de edad de 65 años y más, con un total de 172 muertes, representando el 15 % de todas las defunciones en ese grupo de edad. Así mismo en el grupo de 20 a 64 años fue la segunda causa de muerte con el 12% de todas las defunciones.

Estas enfermedades son multifactoriales, como se indicó anteriormente, existen factores no biológicos que influyen de manera importante en la misma, como los son el entorno social, económico, cultural y ambiental en el que vive una persona.

En vista de lo anterior, en el análisis que realizaron el grupo de expertos se pudo identificar determinantes intermedios y estructurales, en las dimensiones del comportamiento, factores biológicos, servicios de salud, factores socioeconómicos políticos y circunstancias materiales de la vida. Lo que por ende nos indica que esta problemática es compleja y por ende su abordaje también implica un abordaje intersectorial, en donde se establezcan políticas que tengan estrategias para trabajar en los factores de riesgo identificados.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto

En el taller con actores sociales expertos de la comunidad, se analiza el infarto agudo de miocardio y la enfermedad isquémica del corazón, producto de esta discusión, se obtuvo un análisis de sus principales causas raíz, así como una priorización de estas, las cuales se detalla a continuación:

Tabla N° 60
Causas raíz priorizadas por actores sociales para infarto Agudo de Miocardio y enfermedad isquémica del corazón

Dimensión según modelo DSS	Causa raíz priorizada por grupo de expertos
Factores Biológicos	Hipertensión
	Dislipidemia
	Diabetes
	Consumo de Tabaco
Comportamiento	Consumo de tabaco

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.



Los determinantes biológicos para los expertos tienen un peso fundamental en el infarto agudo de miocardio, sin embargo, estas enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus, surgen a partir de condiciones del ambiente y de conductas de los individuos, producto de un entorno sociocultural.

Por su parte el tabaco se destaca como un determinante del comportamiento, que por su parte también tiene una connotación importante en el desarrollo de la enfermedad cardiaca. Sin embargo, no hay duda de que estas causas se relacionan entre sí y pueden tener variables comunes. Analizaremos que determinación tienen estas causas en el problema de salud.

Hipertensión Arterial

Según La American Heart Asociación (2021) la presión arterial es la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg). Con el paso de los años en personas de mayor edad las arterias se van endureciendo por lo tanto esta presión que ejerce la sangre sobre los vasos sanguíneos tiende a aumentar. Sin embargo, este aumento de la presión arterial se puede presentar en personas más jóvenes.

La hipertensión arterial puede aumentar el riesgo de infarto agudo del miocardio debido, a la capacidad que tiene para dañar las arterias, promover la formación de placas de ateroma y contribuir a un entorno propicio para la formación de coágulos sanguíneos.

Según lo comentado por los expertos, los factores genéticos pueden tener un papel importante en la predisposición de una persona a desarrollar hipertensión arterial. Algunas personas pueden heredar una mayor sensibilidad a las hormonas que regulan la presión arterial. Por ende, estas variaciones genéticas pueden llevar a una regulación anormal de la presión arterial y aumentar la probabilidad de desarrollar hipertensión, estas variaciones son no modificables o difíciles de controlar.

Sin embargo, existen otros aspectos que puede desencadenar la hipertensión arterial, como lo son los estilos de vida poco saludables, esto puede generar y agravar la hipertensión arterial, lo que aumenta aún más el riesgo de sufrir trastornos cardiacos.

Algunos factores de estilo de vida que contribuyen a la hipertensión según La American Heart Asociación (2021) son el tabaquismo, la diabetes, obesidad, colesterol alto y el sobrepeso u obesidad, los cuales fueron ya también identificados por los expertos para este problema de salud.

Dislipidemia

La dislipidemia, está caracterizada por alteraciones en los niveles de lípidos en la sangre, es un factor de riesgo bien establecido para el infarto agudo del miocardio. Según la Caja de Costarricense de Seguro Social (2004, pág. 5) las dislipidemias son un factor de riesgo bien reconocido de las enfermedades cardiovasculares y constituyen un problema de salud pública. Son un factor de riesgo mayor reversible, y su prevención primaria es posible modificando los comportamientos de riesgo involucrados en su causalidad.

Este análisis producto del taller con los expertos, menciona cómo los factores genéticos y un estilo de vida poco saludable interactúan para aumentar este riesgo.

La predisposición genética desempeña un papel crucial en la dislipidemia y su asociación con el IAM. Según Arráiz (2007, párrafo9), existen variantes en varios genes que están relacionadas con el metabolismo lipídico y pueden influir en los niveles de lipoproteínas, incluido el colesterol LDL (lipoproteína de baja densidad) y el colesterol HDL (lipoproteína de alta densidad). Uno de los defectos genéticos mejor caracterizados es el hipercolesterolemia familiar.

Así mismo como en la hipertensión arterial, la dislipidemia se puede exacerbar por un estilo de vida poco saludable, en donde predomine una dieta alta en grasas saturadas, grasas trans y colesterol que puede elevar los niveles de colesterol LDL y contribuir a la formación de placas de ateroma. Estas placas pueden obstruir las arterias coronarias y, si se rompen, desencadenar la formación de coágulos sanguíneos que bloquean el flujo sanguíneo y causan un IAM.

Por último, la CCSS (2004, p. 19) menciona que toda persona con concentraciones elevadas de LDL colesterol, debe cambiar su estilo de vida, estos cambios consisten en la reducción del consumo de grasas saturadas y colesterol mayor actividad física y reducción de peso, teniendo claro que la actividad física y la alimentación saludable son intervenciones necesariamente interrelacionadas.

Diabetes Mellitus

Según la OPS (2017) la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos

La diabetes mellitus es un factor de riesgo significativo para el infarto agudo de miocardio (IAM), ya que contribuye al desarrollo de enfermedad cardiovascular. Tanto los factores genéticos como el estilo de vida poco saludable interactúan para aumentar este riesgo, creando un complejo escenario de vulnerabilidad cardiovascular.

Una de las causas secundarias identificadas por los expertos en el II Taller, en lo que respecta a la diabetes mellitus es el componente genético o el factor hereditario que puede tener una enfermedad crónica como esta. La predisposición genética juega un papel importante en la diabetes mellitus tipo 2, que está vinculada al IAM. Según Carrillo et al:

Existen familias cuyos miembros presentan DM tipo 2 solamente o bien diferentes tipos de diabetes. En general se presenta un patrón de herencia multifactorial, rara vez autosómico dominante o mitocondrial. El riesgo que tienen los familiares de pacientes con DM tipo 2 se establece con el valor lambda el cual depende del grado de parentesco y la prevalencia... Estudios epidemiológicos de heredabilidad (que se refieren al porcentaje de la enfermedad que es determinada por los genes en relación con el ambiente), sugieren una naturaleza multifactorial con umbral en donde participan factores genéticos y factores ambientales, cuya combinación tiene un límite o tolerancia para que se desarrolle la enfermedad. (2001 párr. 1,4).



Según lo anterior podemos determinar que existe un factor hereditario bien establecido en la producción de la diabetes mellitus, estas mismas variantes también pueden influir en la resistencia a la insulina y en los trastornos metabólicos que aumentan el riesgo cardiovascular. Sin embargo, como lo indicado en el párrafo anterior, existen otros factores ambientales que son determinantes.

El estilo de vida poco saludable puede favorecer a que una persona sufra de esta enfermedad, un aspecto importante es una dieta no saludable, en donde predomina la ingesta excesiva de azúcares y carbohidratos refinados, los cuales contribuyen a la obesidad y a la resistencia a la insulina, factores que aumentan el riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular.

Por otra parte, una conducta que puede ser detonante en la obesidad, la cual favorece a la resistencia a la insulina, en particular asociado la adiposidad abdominal, es la inactividad física o el sedentarismo. De este problema en particular se ha realizado un análisis importante debido a que fue seleccionado por los actores sociales de la comunidad, como uno de los principales problemas de salud del Cantón de la Unión.

En resumen, la diabetes mellitus, influenciada por factores genéticos y estilos de vida poco saludable, es un importante factor de riesgo para el IAM. La asociación de hiperglucemia crónica, inflamación, dislipidemia y otros mecanismos contribuye a la aceleración de la aterosclerosis y al aumento del riesgo cardiovascular. La comprensión de esta interacción es crucial para abordar eficazmente la prevención y el manejo de la enfermedad cardiovascular en personas con diabetes.

Consumo de tabaco como detonante

El tabaco es un factor de riesgo importante para el infarto agudo del miocardio (IAM) por varias razones, relacionadas tanto con su fácil acceso como con su naturaleza adictiva y sus efectos en el sistema cardiovascular. A continuación, se analizan estas razones desde distintos ámbitos indicados por los actores expertos, los cuales mencionaron las principales causas secundarias.

El fácil acceso al tabaco es una de las causas, por la cual se puede estar presentando esta problemática de consumo, debido a que es una sustancia legal ampliamente disponible en la mayoría de los países, lo que facilita su adquisición. Esto permite que muchas personas tengan acceso fácil y continuo al tabaco, lo que aumenta la probabilidad de que comiencen a fumar o continúen con una conducta adictiva.

Según el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el consumo de tabaco representa un factor de riesgo para enfermedades crónicas;

Esta sustancia psicoactiva, es un factor de riesgo para las personas que padecen enfermedades crónicas no trasmisibles y agravan su condición, entre esta por supuesto las afecciones cardiacas. Estas sustancias, además de causar cáncer, provocan enfermedades en los pulmones, corazón, hígado, estómago y piel. Se comprueba que la mejor medicina para controlar la presión arterial en las personas fumadoras es dejar de consumir cigarrillos convencionales y apartar el uso de electrónico de dispositivos electrónicos para vapear. (2023, párr. 14)



Por otra parte, el tabaco contiene muchas sustancias que lo hacen altamente adictivo como la nicotina, que actúa sobre el sistema de recompensa del cerebro. La nicotina crea una sensación de placer y alivio del estrés, lo que lleva a la formación de hábitos y a la dependencia física y psicológica del tabaco. Ciclo adicción-recompensa: La adicción a la nicotina crea un ciclo en el que las personas fuman para satisfacer su necesidad de nicotina y, a su vez, experimentan una recompensa temporal en forma de sensación de alivio o placer. Este ciclo refuerza el comportamiento de fumar, lo que dificulta el abandono del hábito.

Es bien conocido los efectos del tabaco en el sistema cardiovascular: como la vasoconstricción, la aterosclerosis, aumento de la presión arterial y ritmo cardiaco, entre otros que son factores que pueden desencadenar una enfermedad cardíaca.

Para concluir, el fácil acceso al tabaco, su naturaleza adictiva y los efectos perjudiciales que tiene en el sistema cardiovascular son factores clave que contribuyen al riesgo de infarto agudo del miocardio. La promoción de políticas de control del tabaco, programas de prevención y educación sobre los riesgos del consumo de tabaco son importantes para reducir la carga de enfermedades cardiovasculares relacionadas con el tabaquismo.

4.6. Problema: Acceso a Servicios de Salud

Descripción general

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), s.f., definen la salud universal como

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. (párr. 1)

En concordancia con esta definición y, a partir de un estudio publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, llevado a cabo en el año 2020, con el fin de aprovechar los datos de las encuestas de hogares para medir las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas, utilizando datos obtenidos de encuestas de hogares representativas a nivel nacional disponibles públicamente y realizadas en 27 países de las Américas, se logró determinar que, “en promedio, alrededor de una tercera parte de las personas en los países de las Américas (29,3%) reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso” (Báscolo et al., 2020, citados por la OPS, s.f., párr. 3). Entre las principales barreras reportadas por las personas encuestadas, resaltan la disponibilidad inadecuada de recursos humanos y materiales y las barreras geográficas, así como barreras de aceptabilidad o, inclusive, maltrato por parte del personal de salud.

Sobre este mismo tema, se plantea en la Agenda de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible 2030, a través del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) N° 3, denominado “Salud y Bienestar”, el garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Particularmente sobre el abordaje de la problemática del acceso limitado a servicios de salud, se plantea en las metas 3.7. y 3.8., respectivamente:



3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. (MIDEPLAN, s.f.)

Si bien a nivel global se han planteado estrategias integrales para el abordaje del problema de acceso a servicios de salud en particular, también es importante destacar el impacto trascendental que la pandemia por COVID-19 tuvo sobre los sistemas y servicios de salud de todo el mundo, incluidos los de Costa Rica, lo cual “puso en relieve la urgente necesidad de la transformación de los sistemas de salud para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, basados en la APS [Atención Primaria de la Salud], como condición necesaria para construir sistemas de salud y sociedades más resilientes en las Américas” (OPS, 2022).

Ahora bien, en el ámbito nacional, la Constitución Política de Costa Rica parte del reconocimiento en su artículo 21 de que la vida humana es inviolable, de lo cual se puede desprender el derecho universal a la salud, resguardado también mediante la institucionalidad y autonomía de la Caja Costarricense de Seguro Social definidas en sus artículos 73 y 177. Este derecho universal, así como la responsabilidad del Estado de tutelar la salud de la población, es también descrito en la Ley General de Salud N° 5395, que específicamente en sus artículos 1, 2 y 3, establece que,

ARTICULO 1º.- La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

ARTICULO 2º.- 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, (...)

ARTICULO 3º.- Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad.

A pesar de lo anterior y de la robustez histórica y reconocida de la institucionalidad del sector salud en Costa Rica, así como del modelo de solidaridad en el cual se basa el régimen de seguridad social en el país y la prestación de servicios de salud públicos a la población, se presentan brechas importantes en el acceso a estos servicios, que van desde las dificultades meramente de índole geográfico, hasta otras más relacionadas a inequidades en cuanto a la administración, distribución y prestación de los servicios, que involucran tanto el tema del acceso a un seguro social, otros aspectos relacionados con la infraestructura institucional, como el recurso humano y equipamientos.

Particularmente sobre el tema del aseguramiento en el país, según la Encuesta Nacional de Hogares 2022 (ENAH) para el año 2021, el 12,9% de la población total del país no se encontraba asegurada, lo que representa alrededor de 624 000 personas (INEC, 2022, p. 79). Asimismo, según la misma Encuesta, de la población clasificada en situación de pobreza, lo que representa alrededor de 500 000 personas, el 33,4 % no tenía cobertura formal de seguro de salud, lo cual evidencia que “la población en pobreza tiene menor acceso a servicios de salud” (INEC, 2022, p. 68).



Ahora bien, en el cantón de La Unión, dentro de la jurisdicción del Área Rectora de Salud La Unión, se cuenta con una oferta variada de servicios de salud públicos brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) a la población en el primer nivel de atención, a través de dos Áreas de Salud, que agrupan la población de los distritos de San Juan, San Diego y Concepción, en el Área de Salud San Juan-San Diego-Concepción (ASSJSDC), y los distritos de Tres Ríos, San Rafael y Dulce Nombre, en el Área de Salud La Unión (ASLU). Asimismo, se cuenta con un servicio especializado de hospitalización para personas con trastornos mentales en el tercer nivel de atención, el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, que, si bien se ubica en el límite entre los distritos de Dulce Nombre y San Ramón de La Unión, brinda sus servicios a población de varios sectores del país.

Entre la oferta de servicios que brinda la CCSS en el cantón, en el primer nivel de atención, se cuenta con servicios ambulatorios de medicina general y especializada y servicios de vacunatorio e inyectables en los 12 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) habilitados. Adicionalmente, se brindan otros servicios como farmacia, laboratorios de microbiología y química clínica, diagnósticos por imágenes, odontología, cuidados paliativos, psicología y nutrición.

A su vez, en el tercer nivel de atención, el servicio de hospitalización de personas con trastornos mentales del Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, se complementa con la prestación de servicios de medicina general, psiquiatría, psicología, farmacia, laboratorio de microbiología y química clínica, nutrición, terapia física y ocupacional.

Cabe destacar que el Área de Salud La Unión de la CCSS espera iniciar las operaciones de una nueva sede clínica tipo II para mediados del año 2024, a través de la cual se pretende ampliar su oferta de servicios a la población a otros servicios, como ginecoobstetricia, medicina interna, medicina familiar y comunitaria, pediatría, rayos X e imágenes médicas, urgencias, entre otros, así como robustecer los servicios que ya oferta (Jiménez, L., 11 de febrero de 2022).

Esta ampliación de la oferta de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, se espera que venga a fortalecer el proceso de abordaje y atención de las necesidades en salud de la población, particularmente desde el primer nivel de atención, a pesar de que esta transformación pueda beneficiar mayormente a una parte de la población del cantón, según la división administrativa de los servicios que presta la CCSS en La Unión.

Aunado a lo anterior, es importante destacar que, si bien, también se cuenta con una amplia gama de servicios de salud a nivel privado en el cantón de La Unión, el perfil socioeconómico de la población de algunas comunidades se constituye a veces en una mayor dificultad para el acceso a este tipo de servicios, por el costo económico que pueden llegar a implicar.

Por lo anterior, tal y como indica la Organización Panamericana de la Salud,

La salud universal solo puede lograrse identificando y abordando los factores que afectan el acceso a los servicios de salud, así como la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de salud de la población. Por lo tanto, existe la necesidad de acelerar y ampliar las acciones coordinadas entre salud y otros sectores, incluidos desarrollo social y económico, para promover transformaciones sistémicas. (OPS, 2022).

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto

A partir de los resultados del I y II Taller con actores sociales a nivel comunitario e institucional, se definen como prioritarias para el problema de Acceso a Servicios de Salud, las siguientes causas raíz, vinculadas a sus respectivas dimensiones, en cuanto al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) utilizado:

Tabla N° 61

Causas raíz priorizadas por actores sociales para el problema de Acceso a Servicios de Salud

Dimensión según modelo DSS	Causa raíz priorizada por grupo de expertos
Circunstancias materiales de vida	Ubicación de los servicios de salud.
Servicios de Salud	Oferta de servicios de salud limitada.
	Población desinformada sobre servicios de salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Para cada una de las causas raíz priorizadas por los expertos en el II Taller, se presenta a continuación un análisis integral de su vinculación con el problema general y el determinante asociado, a partir de una sistematización del análisis realizado por el grupo de actores institucionales, con el fin de comprender la determinación que ejercen esas causas en la aparición del problema, así como su multicausalidad.

Ubicación de los servicios de salud

La ubicación de los servicios de salud es un factor fundamental para el fácil acceso a los servicios de salud por parte de la población. Es por ello, que fue esta una de las principales causas raíz priorizadas por el grupo de expertos con respecto al problema de Acceso a Servicios de Salud. Esto se puede deber a diferentes factores, siendo uno de ellos la distancia entre los diferentes servicios de salud que oferta la CCSS en sus diferentes sedes de EBAIS y la población a la que aplica su cobertura, considerando que no todas las sedes de EBAIS se encuentran ubicadas en la misma comunidad a la que brindan el servicio. Lo anterior, sumado a la geografía, clima y condiciones de accesibilidad limitadas en ciertos sectores del cantón, pueden constituir sin duda un factor determinante para el limitado acceso a servicios de salud de forma oportuna por parte de la población.



Cuando la distancia a los establecimientos de atención es salud es significativa, puede crear barreras para que las personas busquen la atención médica oportuna y necesaria. Las personas que viven en áreas con dificultades de acceso o lejos de las sedes de los servicios de salud que oferta la CCSS, pueden enfrentar desafíos para acceder a la atención médica debido a las opciones de transporte limitadas y los tiempos de viaje más largos. Esto puede resultar en un tratamiento retrasado o inadecuado, lo que puede afectar negativamente la salud de las personas a corto, mediano y largo plazo.

Además, el costo del transporte a los centros de atención en salud también puede ser una carga para algunas personas según su situación socioeconómica, lo que limita aún más su acceso a los servicios de salud necesarios. Durante la pandemia, y con los avances en la telemedicina, permitieron en muchos casos contribuir a no dejar de prestar ciertos servicios a la población con alguna afección crónica en su salud, ayudando en parte a cerrar un poco la brecha al brindar acceso remoto a los servicios de atención médica.

En el caso de los servicios de salud con los que cuenta el cantón de La Unión, dentro de la jurisdicción del Área Rectora de Salud La Unión, este factor tiene un mayor impacto sobre aquellos que presta de la CCSS a la población. Lo anterior, debido en primera instancia a que el cambio a partir de febrero de 2020, de la administración del Área de Salud que atiende los distritos de San Juan, San Diego y Concepción, que pasó de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), a las manos de la CCSS nuevamente, trajo consigo una reestructuración de los servicios e infraestructura de esta Área de Salud en particular, lo que implicó traslados de algunas sedes de EBAIS e incluso el traslado hacia otros cantones cercanos a La Unión (como Montes de Oca y Curridabat) de la sede administrativa y de otros servicios como Laboratorio Clínico y Odontología, siendo quizá este último el más sentido por parte de la población, pues en la administración de la UNIBE algunas de las sedes de EBAIS contaban con su propio servicio de Odontología en la misma comunidad; y ahora deben trasladarse hacia otro cantón para poder acceder a este servicio en particular.

Con respecto al Hospital Dr. Roberto Chacón Paut, es importante destacar que, si bien tampoco se limita su atención a la población del cantón de La Unión, al ser un tercer nivel de atención y ver población de distintas partes del país, es la población de La Unión una de las grandes beneficiadas por su ubicación, particularmente de los distritos de Dulce Nombre, Concepción y Tres Ríos, por contar con mayores facilidades de acceso hacia este centro médico y menores distancias que recorrer.

Finalmente, con respecto a los servicios de salud privados, se tiene que hay una distribución principalmente enfocada en los distritos de Tres Ríos, San Juan y Concepción, el primero por ser cabecera del cantón lo que implica facilidad de acceso, y los otros dos, quizá por tener población con un poder adquisitivo mayor en términos generales y porque cuentan con mayor cantidad de plazas y centros comerciales.

En un punto intermedio, se podría ubicar el distrito de San Diego, mientras que los distritos de San Rafael y Dulce Nombre son los que cuentan con menos oferta de servicios de salud privados a grandes rasgos. De igual forma es importante destacar que, a diferencia de los servicios de salud públicos de la CCSS, estos servicios no atienden exclusivamente a la población de las comunidades en las que se ubican, e incluso, tampoco se limitan exclusivamente a la población del cantón de La Unión.



Oferta limitada de servicios de salud

Una variedad y oferta limitadas de servicios de salud en un espacio geográfico determinado puede llegar a tener un impacto significativo en el acceso a la atención en salud de forma oportuna. Cuando existe una falta de servicios de salud diversos disponibles para la población, las personas pueden enfrentar desafíos para recibir tratamientos especializados o específicos para sus condiciones de salud, lo cual puede dar como resultado una atención tardía o inadecuada, así como opciones limitadas para manejar ciertos problemas de salud.

También, puede hacer que las personas tengan que viajar distancias más extensas o incluso buscar atención médica en diferentes lugares, fuera del propio cantón, para acceder a los servicios necesarios. Esto puede ser particularmente desafiante para las personas con movilidad o recursos financieros limitados. Por este motivo, tener una amplia gama de servicios de salud disponibles y fortalecidos desde el primer nivel de atención, puede contribuir a que las personas puedan recibir una atención adecuada e integral adaptada a sus necesidades particulares.

Uno de los factores que según los expertos ha influido en el cantón de La Unión a que haya una oferta limitada de algunos servicios de salud, particularmente en la CCSS, es el hecho de que la más reciente reorganización de la prestación de los servicios de salud, por ejemplo, no ha respondido a las necesidades en salud de la población, considerando que existen diferencias en los servicios que brindan ambas Áreas de Salud de la CCSS a la población, en términos de disponibilidad de unos y otros, lo cual a su vez, puede ser consecuencia de condiciones administrativas complejas, voluntad política y otros aspectos de índole presupuestario a nivel institucional.

Población desinformada sobre servicios de salud

La falta de información en la población sobre el alcance y la gama de servicios de salud en sus comunidades, puede ser una barrera importante para acceder a la atención en salud. Cuando las personas están mal informadas o tienen un conocimiento inexacto sobre los servicios de salud disponibles y las facilidades que estos pueden brindar según las necesidades particulares en salud de cada quién, pueden generar confusión e incertidumbre sobre dónde buscar la atención adecuada.

Esto puede dar lugar a que las personas no busquen atención médica en absoluto o busquen información de fuentes que pueden no estar calificadas o ser confiables, como familiares, amistades, o el internet, lo cual puede inclusive conducir a la automedicación por prescindir de los servicios de salud. La información errónea también puede contribuir a los conceptos erróneos o temores sobre ciertos tratamientos o procedimientos, lo que en muchas oportunidades previene o frena aún más a las personas de acceder a los servicios necesarios.

Por ello, es crucial ampliar la difusión y el alcance de información sobre los servicios de salud que se ofertan, en la población de todos los sectores, grupos socioeconómicos y grupos etarios, a través de fuentes confiables de información, educación y comunicación efectiva para garantizar que las personas tengan un conocimiento preciso sobre la gama de servicios de salud disponibles para ellos.



Lo anterior, también implica en gran manera la poca disponibilidad de recurso humano dedicado de forma exclusiva o prioritaria a la promoción de la salud a través de distintos espacios y estrategias, pues a pesar de ser este un eje transversal de la atención en salud no cuenta aún con un mayor protagonismo desde los niveles organizativos, administrativos y operativos, que permita evidenciar impactos positivos cuantificables en la salud de las personas a mediano y largo plazo.

Aunado a lo anterior, cuando los profesionales de la salud no reciben la capacitación adecuada en diversos temas, esto puede tener un impacto negativo en el acceso a los servicios de salud por parte de la población. De esta forma, la capacitación insuficiente puede resultar en diagnósticos erróneos, tratamientos retrasados o atención inadecuada, lo que en última instancia afecta la calidad de los servicios de salud. Esto a su vez, puede conducir a una disponibilidad limitada de tratamientos o procedimientos específicos, lo que requiere que los usuarios de los servicios terminen buscando atención en otros lugares o puedan enfrentar demoras significativas para acceder a los servicios de atención en salud adecuados de forma oportuna.

A la vez, es importante considerar que las brechas de capacitación del personal de salud pueden generar ineficiencias en la asignación de recursos, ya que los profesionales de la salud pueden no tener el conocimiento necesario para tomar decisiones informadas. Esto puede resultar en la mala asignación de equipos médicos, pruebas, medicamentos o personal, lo que reduce el acceso a estos recursos para quienes los necesitan. De igual forma, cuando los profesionales de la salud carecen de capacitación en ciertos temas, la población de ciertas áreas geográficas puede enfrentar disparidades en el acceso a servicios de salud específicos, lo cual puede exacerbar aún más las desigualdades en el cuidado de la salud existentes, afectando de manera desproporcionada a las comunidades con mayores dificultades socioeconómicas o poblaciones históricamente desatendidas, como la población migrante.

Finalmente, la capacitación inadecuada o desinformación del personal de salud puede afectar la confianza de la población en los profesionales e instituciones de atención en salud, haciendo que los usuarios pueden sentirse reacios a buscar atención o ser menos propensos a continuar o completar sus tratamientos, lo que resulta en una disminución del acceso a los servicios de salud.

De esta forma, es importante considerar que, para garantizar un acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud, es crucial brindar capacitación, educación y oportunidades de desarrollo de capacidades de forma continua a los profesionales de la salud, equipándolos así con el conocimiento y las habilidades necesarias para abordar diversas necesidades de atención en salud, no solo desde la atención médica, sino también desde la promoción.

4.7. Problema: Pobreza

Descripción general

En la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de Copenhague, la ONU definió la pobreza absoluta como “condición caracterizada por una privación severa de las necesidades humanas básicas, que incluyen alimentos y agua potable, así como condiciones de higiene, salud, vivienda, educación e información. La pobreza depende no sólo de ingresos monetarios sino también del acceso a servicios”. (ONU, 1995)



Así mismo el Banco Interamericano de Desarrollo indica que la pobreza es un fenómeno multidimensional caracterizado por la presencia de necesidades básicas insatisfechas que son resultado de una gran cantidad de factores. La pobreza es, al mismo tiempo, causa y consecuencia de la exclusión. (BID, 2023)

Es importante resaltar que las estadísticas de pobreza, aunque son fundamentales para medir el progreso, no cuentan la historia completa. Detrás de cada número hay seres humanos con sueños, aspiraciones y la capacidad de contribuir al mundo de manera significativa. La pobreza extrema representa un desafío moral y una responsabilidad compartida para crear sociedades más justas e inclusivas, donde todos tengan la oportunidad de prosperar y vivir con dignidad.

Estadísticas básicas internacionales

Según las Naciones Unidas, en 2020, alrededor de 736 millones de personas, o el 9.2% de la población mundial, vivían en pobreza extrema, definida como vivir con menos de 1.90 dólares estadounidenses al día.

Según el índice de pobreza multidimensional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), aproximadamente 1.3 mil millones de personas, o el 22% de la población mundial, vivían en pobreza multidimensional en 2020. La pobreza multidimensional considera no solo el ingreso, sino también factores como la salud, la educación y el acceso a servicios básicos. Así mismo indica que el 1% de la población mundial más rica poseía más del doble de la riqueza del 50% de la población mundial más pobre. Esta desigualdad de ingresos se ha convertido en un desafío significativo en muchos países y regiones.

Para el año 2019, en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 1 se estableció como “poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo”. Indica que para los que trabajan, su puesto de trabajo no les garantiza una vida digna. De hecho, el 8 % de los trabajadores de todo el mundo, y sus familias, vivían en situación de extrema pobreza en 2018.

En cuanto a pobreza infantil la pobreza tiene impactos significativos en el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2020, indica que aproximadamente 385 millones de niños vivían en la pobreza extrema. La FAO (2022) indica que según PNUD y OPNI para el 2021 que “el 84% de personas en situación de pobreza multidimensional no monetaria aguda viven en áreas rurales”. La pobreza está estrechamente relacionada con la falta de acceso a suficientes alimentos nutritivos, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en 2020, más de 811 millones de personas sufrían de desnutrición crónica en el mundo.

A nivel mundial, las mujeres tienen más probabilidades de vivir en condiciones de pobreza que los hombres. Además, enfrentan desigualdades de género en el acceso a la educación, el empleo y los recursos económicos, lo que contribuye a perpetuar la pobreza en muchas sociedades, lo que se conoce como la brecha de género y pobreza. La falta de acceso a una educación de calidad puede perpetuar la pobreza y limitar las oportunidades de desarrollo personal y económico. Según el Instituto de Estadística de la UNESCO, cerca de 258 millones de niños, adolescentes y jóvenes de todo el mundo no estaban escolarizados en 2018. (UNESCO, 2019)



Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Costa Rica, En su Encuesta Nacional de Hogares efectuada en julio de 2020, el nivel de pobreza llegó a 26,2%, lo que equivale a 419 783 hogares pobres, cerca de 83 888 más que el año anterior, lo cual corresponde a un aumento de 5,2%. Para ese mismo año la tasa de pobreza extrema en Costa Rica fue del 7.0%, según el INEC.

Para el año 2020 según la Encuesta Nacional de Hogares efectuada en julio de 2020 por el INEC de Costa Rica, se estimó el coeficiente de Gini en 0,519 puntos en el ámbito nacional, sin diferencias significativas respecto al año anterior. Según el Informe Estado de la Nación de Costa Rica 2022, el resumen del coeficiente de Gini alcanzó en el 2021 el nivel más alto desde 1987 (0,524). Este valor cuando esta más cercano a 1 indica una mayor desigualdad de ingresos.

En Costa Rica La pobreza tiende a ser más prevalente en áreas rurales. Según datos del INEC, en 2020, la tasa de pobreza rural fue del 29.9%, mientras que en áreas urbanas fue del 16.9%.

Los datos del INEC indican que, en 2020, la pobreza afectó de manera desproporcionada a los niños y adolescentes menores de 18 años, con una tasa de pobreza del 28.2% en este grupo de edad. Por otro lado, la tasa de pobreza para personas mayores de 65 años fue del 17.9%.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto

Dentro del análisis de causas priorizadas según Pareto en el taller de actores sociales institucionales, se establecieron las siguientes causas para la problemática de la pobreza:

Educación

El análisis realizado sobre el determinante de la salud, específicamente enfocado en los factores socioeconómicos, destaca aspectos críticos que influyen en la calidad de vida de las personas y su acceso a servicios básicos, como la educación.

Pertenciente al determinante de la salud factores socioeconómico, se abarcó como las causas principales el tema de acceso limitado a la educación técnica o especializada, la brecha educativa y desigualdad de oportunidades, así mismo se observó la falta de infraestructura educativa en las áreas rurales o marginadas y las desigualdades socioeconómicas que limitan el acceso a las oportunidades educativas.

Uno de los elementos fundamentales es el acceso limitado a la educación técnica o especializada. Esta restricción puede impedir que ciertos grupos de la población adquieran habilidades y conocimientos específicos que como indica el BID en 2022 son relevantes para el mercado laboral y el desarrollo personal, lo que a su vez puede afectar negativamente sus oportunidades económicas y sociales.

Además, la brecha educativa y la desigualdad de oportunidades se presentan como dos factores interrelacionados que también afectan la equidad en la sociedad. Cuando ciertos grupos sociales tienen menos acceso a una educación de calidad o enfrentan barreras para acceder a oportunidades educativas, se crea una desventaja que perpetúa la desigualdad en el acceso a empleo, salud y otros servicios esenciales.



La falta de infraestructura educativa en las áreas rurales o marginadas es otro aspecto importante que subraya la necesidad de una mayor inversión en la educación para reducir las disparidades territoriales. Las poblaciones que residen en estas zonas pueden enfrentar dificultades para acceder a escuelas bien equipadas y con docentes capacitados, lo que afecta directamente la calidad de la educación que reciben.

Asimismo, las desigualdades socioeconómicas desempeñan un papel significativo en el acceso a oportunidades educativas. Las personas con menos recursos económicos pueden enfrentar obstáculos financieros para acceder a una educación de calidad, lo que genera un ciclo en el que la falta de educación adecuada limita sus oportunidades de empleo y, por ende, sus ingresos, perpetuando así su situación socioeconómica desfavorable.

Vivienda

Del análisis desarrollado por los expertos del cantón pertenecientes a las instituciones de La Unión en el segundo taller ASIS de las circunstancias materiales de vida como determinante de la salud destaca la relevancia de abordar el tema de la vivienda digna y accesible. La falta de vivienda adecuada, la inseguridad en la tenencia, la escasez de programas de vivienda y el desconocimiento de la regulación legal son factores que impactan negativamente la salud y bienestar de las personas.

Es crucial implementar políticas y programas que promuevan el acceso a viviendas adecuadas y accesibles, así como la protección de los derechos de los ocupantes, para garantizar condiciones de vida dignas y saludables para todos. La OPS (2018) indica que “la mejora de las condiciones de la vivienda puede salvar vidas, prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida, reducir la pobreza, ayudar a mitigar el cambio climático y contribuir al logro de diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos los relativos a la salud”.

Una de las causas principales que se identificó por los expertos es la falta de vivienda digna. Esta situación puede afectar negativamente la salud física y emocional de las personas, ya que una vivienda inadecuada puede carecer de condiciones básicas de habitabilidad, como acceso a agua potable, saneamiento adecuado y espacios seguros para vivir. La inseguridad en la tenencia de la vivienda también es un factor relevante que afecta la salud de las personas. Se indicó por los actores Cuando los individuos no tienen una tenencia segura y estable de su vivienda, se enfrentan a la incertidumbre y al riesgo de ser desalojados, lo que puede generar altos niveles de estrés y ansiedad.

La escasez de programas de vivienda accesible es otro aspecto crítico que impacta la salud de la población. Si no existen políticas y programas que faciliten el acceso a una vivienda accesible, muchas personas pueden encontrarse en situaciones precarias o sin acceso a una vivienda adecuada, lo que contribuye a la vulnerabilidad y a la falta de estabilidad en sus vidas.

Por último, la falta de conocimiento de la regulación y protección legal para los ocupantes es un problema importante. Muchas personas pueden desconocer sus derechos como ocupantes de una vivienda y, como resultado, ser más susceptibles a abusos y violaciones de sus derechos. El desconocimiento de las leyes y regulaciones de vivienda también puede dificultar la búsqueda de soluciones legales en caso de conflictos o situaciones de vulnerabilidad.

Desempleo

Desde la perspectiva del determinante de la salud de factores sociopolíticos, se evidencian factores clave que influyen directamente con el desempleo. Dentro de este contexto, se han identificado causas fundamentales que contribuyen a la problemática del desempleo, y estas incluyen la falta de oportunidades laborales, bajos niveles educativos, la ausencia de opciones para obtener financiamiento en el ámbito del emprendimiento y microempresas, además de la falta de acceso a la educación de calidad para ciertos grupos demográficos.

La falta de oportunidades laborales se posiciona como un desafío central en la lucha contra el desempleo. Cuando las oportunidades para acceder a empleo adecuado y sostenible son limitadas, se genera un ciclo de dificultades económicas que puede repercutir negativamente en la salud mental y física de las personas afectadas.

Según los estudios recientes se ha demostrado que los altos niveles de desigualdad suelen ser perjudiciales para el ritmo y la sostenibilidad del crecimiento económico, pues muchos ingresos se destinan al consumo. (IV informe de la 109ª conferencia internacional de trabajo, 2021).

Los bajos niveles educativos son otro factor que está intrínsecamente vinculado al desempleo. La falta de una educación adecuada puede limitar las habilidades y competencias de las personas, reduciendo sus oportunidades de encontrar empleo remunerado y de calidad.

La falta de oportunidades para obtener financiamiento para emprendedores y microempresas también aporta a la problemática del desempleo. El emprendimiento y las microempresas pueden ser motores importantes para la generación de empleo, pero la falta de acceso a financiamiento puede obstaculizar el establecimiento y el crecimiento de estas iniciativas. La inversión en emprendimiento y la facilitación del acceso a recursos financieros pueden contribuir a crear nuevas oportunidades laborales y fomentar la actividad económica.

Ingreso económico

Dentro del determinante de la salud que aborda los factores socioeconómicos, se han identificado una serie de causas fundamentales que tienen un impacto directo en la calidad de vida de las personas.

Según indicaron los expertos en el segundo taller ASIS estas son: la falta de oportunidades laborales estables, la ausencia de servicios financieros formales, el empleo precario y la falta de educación financiera adaptada son cuestiones cruciales que requieren políticas y acciones encaminadas a mejorar la situación socioeconómica de la población.

Una de las causas destacadas es la falta de oportunidades laborales estables y bien remuneradas. Cuando las personas carecen de acceso a empleos que ofrezcan seguridad laboral y salarios adecuados, enfrentan una mayor vulnerabilidad económica y un estrés constante relacionado con la incertidumbre financiera.



La ausencia de servicios financieros formales en comunidades desfavorecidas también se identifica como un factor crítico. La falta de acceso a servicios bancarios y financieros puede limitar las opciones de ahorro, inversión y acceso a crédito. Esto puede obstaculizar el desarrollo económico de estas comunidades y dificultar el acceso a recursos que podrían mejorar su calidad de vida.

La política de innovación financiera puede definirse a partir de las inversiones y las necesidades productivas, que incluyen la innovación en productos, procesos e instituciones. Todas estas modalidades deben promover la inclusión de las empresas y los hogares, la creación de instrumentos adecuados para la gestión de riesgos diferentes a través de agentes y sectores de la economía heterogéneos y el financiamiento de nuevos objetivos y prioridades de desarrollo. (CEPAL, 2018)

Enfermedades congénitas e incapacitantes

Del determinante de la salud de factores biológicos, se establecieron las siguientes causas ausencia de redes de apoyo, impacto económico y social de las enfermedades incapacitantes, costos médicos y cuidados a largo plazo que pueden sumir a la familia en pobreza y escasa información sobre la importancia a las redes de apoyo y como acceder a ellas.

En el contexto del determinante de la salud relacionado con factores biológicos, se han identificado diversas causas fundamentales que influyen de manera significativa en la salud y el bienestar de las personas. Estas causas se centran en aspectos biológicos y de salud que tienen un impacto directo en la calidad de vida y en la capacidad de las personas para afrontar y gestionar condiciones médicas.

Una de las causas resaltantes es la ausencia de redes de apoyo. Cuando las personas enfrentan problemas de salud, el apoyo social y emocional desempeña un papel crucial en su recuperación y en su capacidad para sobrellevar las dificultades.

El impacto económico y social de las enfermedades incapacitantes es otra causa importante que se destaca. Las enfermedades que generan discapacidad pueden tener efectos profundos en la vida laboral, las relaciones familiares y la participación en la comunidad.

Las limitaciones físicas o cognitivas pueden dificultar la capacidad de trabajar y generar ingresos, lo que puede tener un impacto económico en la persona afectada y en su familia.

Las enfermedades no transmisibles conllevan un elevado coste de tratamiento, lo que supone una carga económica directa para los sistemas sanitarios, los hogares y la sociedad en su conjunto. Las ENT también generan una carga económica indirecta a través de pérdidas de productividad significativas entre las que se encuentran la mortalidad prematura, el abandono prematuro de la población activa, el absentismo laboral y la disminución del rendimiento en el trabajo. (OMS)

Los costos médicos y los cuidados a largo plazo también son factores críticos que afectan la salud desde una perspectiva biológica. Las enfermedades crónicas o discapacidades a menudo requieren tratamientos médicos continuos y cuidados a largo plazo, lo que puede generar gastos significativos. Estos costos médicos pueden llevar a una carga financiera que, en algunos casos, puede sumir a la familia en la pobreza.

4.8 Problema: El Sedentarismo

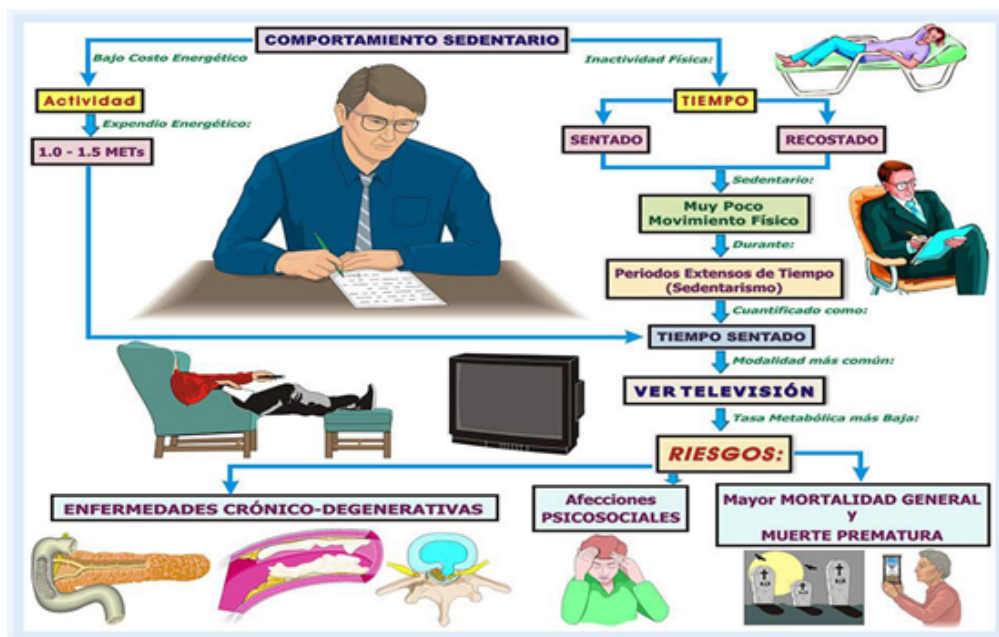
Descripción general

El sedentarismo es un problema individual y colectivo relacionado con la conducta humana, ser una persona sedentaria no significa no moverse, sino que se trata de que las actividades diarias que realiza la persona no permiten el gasto energético que requiere el cuerpo humano para mantenerse saludable. La conducta sedentaria prolongada en el tiempo tiene consecuencias en diferentes sistemas del cuerpo humano, favoreciendo el desarrollo de enfermedades físicas y mentales.

“El comportamiento sedentario se define como aquella actividad que genera un expendio energético que fluctúa de 1.0 a 1.5 unidades de equivalente metabólico (METs) (Pate, O’neill & Lobelo, 2008; Tremblay, Colley, Saunders, Healy & Owen, 2010). Se puede argüir que el estado de un comportamiento sentado ocurre durante la mínima activación de los músculos esqueléticos, observado durante periodos de estar sentado de forma estática, o simplemente recostado en posición decúbito...La conducta sedentaria, de muy bajo costo metabólico, se establece durante las horas del día en que se encuentra despierto el individuo, tanto en los escenarios ocupacionales (Ej: el trabajo), como durante el tiempo de ocio (Ej: en el hogar). Por ejemplo, ver televisión, estar sentado frente a una pantalla de computadora o monitor de juego, conduciendo el automóvil, viajando sentado en sistemas de transportación pública, participando en actividades de entretenimiento sentado (Ej: asistiendo a una obra teatral), entre otros, representan algunos ejemplos de actividades de muy bajo costo metabólico (Owen, Healy, Matthews & Dunstan, 2010). (Lopategui. 2016, párrafo 7)

Se muestra a continuación una Figura esquemática, citada por Edgar Lopategui Corsino 2016, el cual plantea de forma muy comprensible la incidencia del comportamiento sedentario prolongado en la salud de las personas.

Figura N° 08
El Concepto de Comportamiento Sedentario



Fuente: <http://www.saludmed.com/sedentarismo/sedentarismo.html>



La figura anterior, se puede vincular con el criterio de Rodolfo Arocha (2019), quién explica que “el sedentarismo y la inactividad física son altamente prevalentes globalmente y están asociados a un amplio rango de enfermedades crónicas y muerte prematura. El interés en la conducta sedentaria está justificado por la creciente evidencia que apunta hacia una relación entre esta conducta y el incremento en la prevalencia de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular. A través de la historia es bien conocido que ser inactivo no es saludable, pero hoy día casi un tercio de la población del mundo es inactiva, lo que representa un serio problema de salud pública”. (párr. 1)

El comportamiento sedentario es un fenómeno internacional. Si contextualizamos el sedentarismo en la sociedad actual, podemos analizar que el sistema económico productivo de una sociedad influye considerablemente en las actividades que desarrollan las personas, por ejemplo cuando el modelo económico fue de tipo agrario, las formas de empleo implicaban jornadas laborales de gran cantidad de actividad física y contacto con la naturaleza, no obstante en nuestro sistema económico vigente el capitalista, hemos visto como las tecnologías han ocasionado que máquinas y sistemas sustituyan actividades que antes eran realizadas por personas, esto con el fin de agilizar la producción y aumentar el consumo de la población, actualmente el sistema capitalista apuesta más por actividades que implican que las personas sean técnicas y profesionales en el área de tecnología y en venta de servicios, lo cual ha ido mermando la actividad física que realizan las personas e sus jornadas laborales.

Además, durante la pandemia por COVID-19 se aceleró el uso de la tecnología de servicios. Con el aumento de teletrabajo, ahora las personas no se trasladan a sus centros de trabajo y el trabajo implica una misma postura todos los días frente a la computadora, los teléfonos celulares han venido a realizar muchas funciones mediante aplicaciones que permiten realizar compras desde casa, y han disminuido la necesidad de desplazamiento de las personas.

También hay una transformación del entretenimiento actividades sedentarias como ver películas mediante aplicaciones exclusivas para ello desde los celulares y pantallas, entretenimiento mediante videojuegos en casa.

Considerando lo anterior y sin catalogar los cambios que ha traído el sistema capitalista como negativos, se puede visualizar la importancia de que los gobiernos creen y prueban el uso de espacios para deporte y recreación comunitaria, pero también que las personas a nivel individual visualicen los beneficios de hacer actividades deportivas y recreativas para el beneficio de su salud y así tomen decisiones positivas donde realicen de 30 minutos a una hora de movimiento diario.

“El atlas de 2023 de la Federación Mundial de Obesidad predice que 51% del mundo, o más de 4.000 millones de personas, serán obesas o tendrán sobrepeso en los próximos 12 años. Las tasas de obesidad están aumentando particularmente rápido entre los niños y en los países de bajos ingresos, encontró el informe. Al describir los datos como una "advertencia clara", Louise Baur, presidenta de la Federación Mundial de Obesidad, dijo que los legisladores deben actuar ahora para evitar que la situación empeore”. (La República. 2023).

Está claro que el sedentarismo se relaciona con la aparición de enfermedades que generan un alto costo de atención para los servicios de salud hospitalario de carácter público, un costo alto de atención para los individuos en consulta privada y sobre tomo baja calidad de vida y salud individual y colectiva.

Por otra parte, en Costa Rica se cuenta con la Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030 (PONADRAF 2020-2030), la cual tiene por objetivo “Contribuir a la mejora en la calidad de vida de las personas habitantes de la República, por medio del Deporte, la Recreación y la Actividad Física”. En dicha política se realiza un diagnóstico y delimitación de la problemática que se desea atender, de forma que identifican 15 problemas principales que agrupan en tres categorías.

1. Problemas que afectan directamente a las personas habitantes de la república.

2. Problemas que afectan a la gestión del Deporte, la Recreación y la Actividad Física

3. Problemas que afectan a la disponibilidad de recursos necesarios para desarrollar el Deporte, la Recreación y la Actividad Física

Con respecto a los problemas detectados en la política en cuestión, se prioriza nombrar 6 problemas identificados que se relacionan con las causas raíz identificadas por la comunidad de La Unión en el taller mediante la técnica de espina de pescado.

En la siguiente figura se citan los problemas identificados.

Figura N° 09

Seis de los problemas del diagnóstico y delimitación de la problemática que se desea atender con la PONADRAF 2020-2030, en Costa Rica

Problemas que afectan directamente a las personas habitantes de la república.	Problemas que afectan a la gestión del Deporte, la Recreación y la Actividad Física	Problemas que afectan a la disponibilidad de recursos necesarios para desarrollar el Deporte, la Recreación y la Actividad Física
<p>1. Prevalencia de bajos niveles de actividad física (acorde a lo recomendado por la OMS para mantenerse saludable o prevenir las enfermedades ECTN) en las personas habitantes de la república. Desde escolares hasta persona adulta mayor.</p> <p>2. Prevalencia de escolares y colegiales que no reciben educación física y con poco acceso al deporte.</p>	<p>1. Poca articulación entre procesos de masificación del deporte, actividades de promoción de la actividad física por salud y procesos de rendimiento físico-deportivo.</p> <p>2. Desarticulación entre los actores involucrados en el DRAF</p>	<p>1. Dificultad para garantizar la sostenibilidad, la coherencia y la proporcionalidad en el financiamiento estatal de actividades de promoción del deporte, la recreación y la actividad física.</p> <p>2. Debilidad del recurso humano para la gestión del DRAF.</p>

Fuente: Elaboración propia con información de PONADRAF 2020-2030.

Una vez contextualizado el tema sedentarismo, se procede a presentar las 5 principales causas raíz priorizadas por los expertos, según los determinantes de la salud y con sus causa secundarias y terciarias.

A nivel local del cantón de La Unión no se cuenta con estudio que evidencien la frecuencia de actividad física en el tiempo o tiempo sedentario de la población, no obstante, se cuenta con estadísticas locales de enfermedades asociadas a conductas sedentarias.



En este ASIS, en el cuadro “Distribución porcentual de Eventos Notificados en Boleta VE-01. Cantón de la Unión. Año 2022”. El segundo evento de mayor notificación en el cantón es la obesidad con una frecuencia de 2974 casos y un porcentaje de 14.968%. Además, con una tasa de incidencia de 312 casos por 10,000 habitantes.

Para el primer semestre del año 2023 se han reportado 2184 casos, por lo cual se refleja un aumento en el reporte de los casos con altas posibilidades de superar la cantidad de casos del año 2022, esto puede ser un fenómeno multicausal, ya que, el año 2022 con la pandemia existe posibilidad de un subregistro de casos. No obstante, aunque la obesidad es multicausal se vincula con la prevalencia de bajos niveles de actividad física por debajo de lo recomendado por la OMS. Se presenta a continuación las causas raíz del sedentarismo del determinante de la salud sociopolítico.

Tabla N° 62
Determinante de la salud sociopolítico, causas raíz del sedentarismo identificadas por expertos.
La Unión 2023.

Causas raíz principales	Causas raíz secundarias	Causas raíz terciarias
Falta de inversión pública	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se invierte en promover la salud desde la recreación en espacios públicos gratuitos. 2. ICODER con presupuesto destinado al deporte y no a la recreación, además de escaso personal 3. Recursos focalizados en el deporte. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los gobiernos buscan proyectos tangibles que los haga figurar. La inversión en promoción de la salud no se visualiza de forma inmediata. 2. Política de reducción del estado recorta presupuestos a lo social y cultural. 3 El deporte implica status y figurar como país, la recreación y actividad física comunitaria no.
Falta de Prioridad de políticas públicas del deporte y recreación	<ol style="list-style-type: none"> 1.La política nacional del deporte, la recreación y la actividad física carece de promoverla en la población y aplicación de instituciones. 2. La recreación comunitaria gratuita no se promueve por parte de entidades competentes a temas de cultura, deporte y recreación. 3. RECAFIS sin apoyo político y financiero. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gobierno tiene otras prioridades de impactar otros tipos de problemas y promueven otras políticas. 2. El plan de gobierno enfocado en promover deporte (focaliza deportistas) no actividad física para recreación. 3. en las instituciones no se prioriza el tema por falta de interés político.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Las causas raíz del determinante sociopolítico se encuentran relacionadas con 6 problemas de los problemas identificados en la Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030 (PONADRAF 2020-2030) que se desea atender, por tanto, este tema es de carácter nacional y no solo local.

A pesar de que desde el determinante sociopolítico se ha creado una política nacional (PONADRAF 2020-2030), también los gobiernos locales han invertido en colocación de circuitos biosaludables en parques comunitarios, se coincide a nivel local y nacional en que hay falta de inversión pública para la promoción permanente del deporte la recreación y la actividad física, así mismo se mencionó por uno de los expertos que el recurso económico se prioriza en el deporte, preparando jóvenes para juegos nacionales de carácter competitivo y olimpiadas, lo cual permite proyectar el país en el extranjero.



No obstante, las enfermedades no transmisibles (ENT) están presentes en todos los grupos poblaciones desde edades tempranas concentrándose en personas mayores de 40 años. No se puede omitir en dentro de la política de reducción del estado se recortan presupuestos a todas las instituciones, pero en especial a las que trabajan lo cultural y deportivo.

En pocas palabras, sobre la causa raíz falta de inversión pública se puede concluir que, si existe recurso económico, espacios cantonales para deporte y recreación en condiciones de descuido y otros muy cuidados con poca apertura a la comunidad para poder cuidarlos y una política nacional destinadas al deporte, la recreación y la actividad física, no obstante hay desarticulación interinstitucional para operativizar e invertir el dinero de forma equitativa y no solo en el deporte, se carece de fundamento para definir si el recurso económico a nivel país destinado a estos temas es o no suficiente.

Con respecto a la causa raíz falta de prioridad de políticas públicas del deporte y recreación, carece de promoverla en la población y aplicación de instituciones competentes, puede existir falta de liderazgo de instituciones competentes en implementarla, no existen Redes Cantonales de Actividad Física y Salud (RECAFIS) en todos los cantones, particularmente en La Unión se conformó en el presente año 2023 y opera sin recurso económico, lo cual minimiza el alcance e impacto que se requiere según necesidades de promoción de la salud de los factores protectores y prevención de enfermedades ENT. Se coincide con los problemas de PONADRAF 2020-2030, referentes a la debilidad del recurso humano para la gestión de la Deporte Recreación Actividad Física (DRAF) y desarticulación entre los actores sociales.

Muy vinculado a lo anterior es lo planteado en la causa raíz del determinante socioeconómico como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla N° 63

Determinante de la salud socioeconómico, causas raíz del sedentarismo identificadas por expertos. La Unión 2023.

Causa raíz principal	Causas raíz secundarias	Causas raíz terciarias
Franjas horarias de funcionamiento de las instalaciones	1. Espacios públicos con limitados horarios de accesibilidad por alto costo de mantenimiento 2. Se invirtió en parques biosaludables pero no se genera presupuesto para un plan de promoción de uso de esos espacios.	1. Subcomités de deportes y asociaciones de desarrollo que administran espacios mantienen estricto horario de apertura de espacios para prevenir daños, también falta educación comunitaria para el cuidado de los espacios. 2. No hay seguimiento municipal y de comités de deportes en la promoción de uso de los espacios ya existentes, los recursos humanos y financieros enfocados en otros temas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Las causas raíz del determinante sociopolítico se encuentran relacionadas con 6 problemas de los problemas identificados en la Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030 (PONADRAF 2020-2030) que se desea atender, por tanto, este tema es de carácter nacional y no solo local.

A nivel cantonal en La Unión, los espacios públicos destinados para el deporte y la recreación están a cargo principalmente de la Municipalidad, el Comité Cantonal de Deportes (CCDR) y Subcomités de deportes y Asociaciones de Desarrollo, su principal labor es el mantenimiento adecuado de dichos espacios, en el caso particular del CCDR, realiza eventos para la comunidad, puntuales en fechas de efemérides, no obstante para generar un impacto en la población se requiere de proyectos recreativos constantes, con presupuesto que permitan activar los espacios públicos.

Además, existe insuficiente recurso humano para lograr seguimiento municipal y de comités de deportes en la promoción de uso de los espacios ya existentes, lo cual influye en la causa raíz, pues en síntesis al haber poco recurso humano y recurso económico limitado para el mantenimiento de espacios eso impacta directamente en que las instalaciones estén abiertas en jornadas más amplias para acceso comunitario.

Se cita una reflexión importante planteada por El atlas de 2023 de la Federación Mundial de Obesidad.

"Es particularmente preocupante ver que las tasas de obesidad aumentan más rápido entre los niños y adolescentes", dijo en un comunicado. "Los gobiernos y los formuladores de políticas de todo el mundo deben hacer todo lo posible para evitar pasar los costos de salud, sociales y económicos a la generación más joven". El informe encontró que la obesidad infantil podría más que duplicarse desde los niveles de 2020, a 208 millones de niños y 175 millones de niñas para 2035.

El costo para la sociedad es significativo como resultado de las condiciones de salud relacionadas con el sobrepeso, dijo la federación: más de US\$4 billones anuales para 2035, o 3% del PIB mundial. Sin embargo, los autores dijeron que no culpaban a las personas, sino que pedían un enfoque en los factores sociales, ambientales y biológicos involucrados en las condiciones. (La República. 2023).

No invertir de forma permanente en promoción de la salud para hábitos saludables y prevención de la enfermedad implica a largo plazo un aumento en costos y gastos de atención médica para la CCSS, así como un impacto en la calidad de vida de las personas, menor capacidad productivo laboral e incapacidades por enfermedad.

Por consiguiente, otra raíz priorizada es del determinante de la salud factores biológicos, lo cual se muestra en la siguiente tabla.

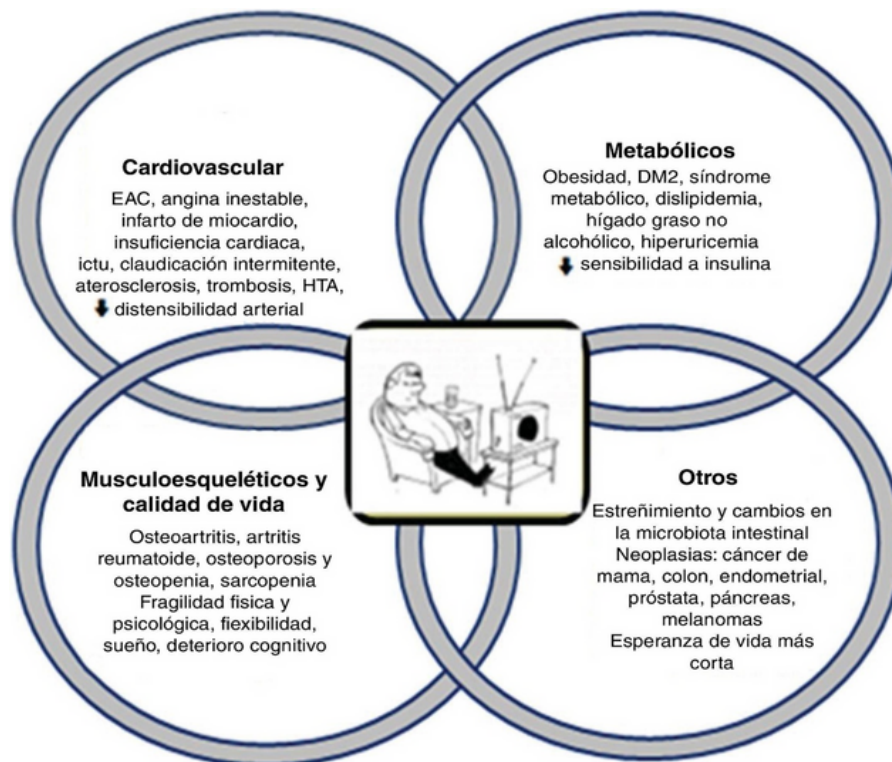
Tabla N° 64
Determinante de la salud Factores biológicos, causas raíz del sedentarismo identificadas por expertos. La Unión 2023.

Causa raíz principal	Causas raíz secundarias	Causas raíz terciarias
Problemas de salud asociados a diferentes enfermedades	1. Enfermedades crónicas 2. Enfermedades del sistema musculoesquelético.	1. Diabetes, cardiovasculares, enfermedades respiratorias 2. Dolores crónicos como artritis.

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

De forma muy atinada los expertos consideran que al sedentarismo se asocian enfermedades crónicas y del sistema musculoesquelético. Las consecuencias clínicas del sedentarismo sobre los diversos sistemas del organismo son amplias y conexas entre sí. Se pueden resumir en alteraciones funcionales y/u orgánicas en la siguiente figura propuesta por Ildelfonso Arocha Rodulfo. 2019.

Figura N° 10
Consecuencias clínicas del sedentarismo sobre los diversos sistemas del organismo



Fuente: J. Ildelfonso Arocha Rodulfo. 2019. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-sedentarismo-enfermedad-del-siglo-xxi-S0214916819300543>

Se puede decir que las enfermedades citadas pueden ser consecuencia de comportamientos sedentarios por años, pero también que la aparición de tales enfermedades puede implicar que una persona sea menos activa y adopte una conducta sedentaria.

No es casualidad que, de las enfermedades citadas en la figura anterior, están incluidas enfermedades de mortalidad priorizadas en este ASIS como lo son de tipo cardiovascular: Infarto Agudo de Miocardio, Angina de pecho; otras enfermedades como tumores malignos del estómago, colon, hígado, páncreas mama y próstata y enfermedades de morbilidad que se encuentran entre las principales enfermedades de notificación como lo son la diabetes y la obesidad.

No se puede omitir mencionar como el sedentarismo también influye el desarrollo de enfermedades mentales, lo cual se explica en la siguiente cita.



"La vida sedentaria aumenta el riesgo de padecer diferentes tipos de trastornos mentales, debido al cual, puede generar alteraciones del sueño, además de un bajo nivel de felicidad. Los padecimientos más frecuentes asociados al sedentarismo son la depresión, ansiedad, baja autoestima, ideación suicida, soledad, estrés y distrés psicológico. El ejercicio físico ha sido demostrado como uno de los tratamientos más importantes para el mejoramiento y manejo de la salud mental en deterioro, ya que tiene beneficios a nivel físico, psicológico y social. Se describen varios de los beneficios que aporta el reducir la ociosidad de las personas, entre los más llamativos están la mejoría en el estado de ánimo, patrón de sueño, función cognitiva, autoestima, calidad de vida, manejo del estrés y reducción del riesgo cardiovascular". (Delgado, González & Castro. 2022. p. 81)

Las enfermedades mentales no son solo de causa biológica, también el entorno social y hábitos de las personas influyen, así como las circunstancias en la vida que se presentan y habilidades de cada individuo para afrontarlas, si queda claro a partir de la cita anterior, que el hábito de la actividad física es un factor positivo y protector de la salud para minimizar la aparición de las enfermedades citadas en el párrafo antepuesto.

Finalmente, la última causa raíz priorizada es del determinante de la salud servicios de salud.

Tabla N° 65
Determinante de la salud Servicios de Salud, causas raíz del sedentarismo identificadas por expertos. La Unión 2023.

Causas raíz principales	Causas raíz secundarias	Causas raíz terciarias
Poco control y seguimiento de los servicios de salud en temas relacionados con sedentarismo	1. Se carece de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud. 2. Recurso humano especializado insuficiente.	1. Servicios de salud atienden enfermedad y síntomas, no son preventivos. 2. Falta de profesionales de Trabajo Social, Promoción de la Salud, Educadores Físicos y nutricionistas que generen y ejecuten programas

Fuente: Elaboración propia a partir de Espinas de Pescado y Pareto DARS La Unión, 2023.

Los expertos consideran que en los servicios que ofrece la CCSS, hay poco control y seguimiento de los servicios de salud en temas relacionados con sedentarismo, pues se enfocan en la atención de la enfermedad y se carece de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, a su vez se requiere para un cambio suficiente recurso humano especializado para un trabajo interdisciplinario de promoción de estilos de vida saludables como lo son la regular actividad física y alimentación saludables.

Particularmente en el cantón de la Unión se tiene dos trabajadoras sociales, una por cada clínica, un educador físico en una clínica, una nutricionista por cada clínica y un profesional de psicología por cada clínica, no obstante, todos enfocados en atender enfermedades y problemas sociales, con acciones mínimas de prevención y nulas en promoción de la salud.

Queda comprobado a partir de las enfermedades citadas que se vinculan al sedentarismo y al impacto en la salud mental que es necesario un reenfoque en la prestación de los servicios de salud que brinda la CCSS para impactar en la población y reducir el gasto en la atención de las enfermedades. Particularmente en La Unión se está presentando un aumento en casos de depresión, intento suicida y trastornos mentales por uso de fármacos.

“Relación del sedentarismo y salud mental: Se evidenció en investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos que demuestran que los niveles de actividad física insuficientes, aproximadamente 11 horas al día de inactividad, se asocian a un riesgo elevado de decaimiento del estado emocional, así como, al estar esta enfermedad diagnosticada e iniciar con un plan de entrenamiento va a tener un impacto positivo sobre este. Además, se puede observar que la mayoría de las personas con depresión y ansiedad, padecen de alguna otra patología concomitante produciendo mayor sintomatología, una disminución al apego al tratamiento y una muy lenta recuperación. Se demostró que tanto para sedentarismo como para depresión comprenden los mismos factores de riesgo, entre ellos las limitaciones de movimiento, dolor, incomodidad, problemas cognitivos, sueño, baja energía, ansiedad y discapacidad”. (Delgado, González & Castro. 2022. p. 83)

Se visualiza a partir de todo lo analizado que el sedentarismo es un problema de comportamiento humano que impacta e interactúa con otros determinantes de la salud que si se logra trabajar desde la prevención de la enfermedad y promoción de la salud se pueden lograr cambios de conducta y generación de espacios y condiciones que a largo plazo favorezcan la salud de la comunidad mejorando su calidad de vida y minimizando las consultas médicas.

DEFINICIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS LINEAS DE ACCIÓN

Posterior al análisis anterior, el equipo local del ASIS procedió a identificar posibles líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas. Estas líneas de acción fueron analizadas y validadas por los actores sociales en el III Taller del ASIS, en donde asistieron actores sociales de la comunidad, al igual que actores expertos de instituciones del cantón, con la finalidad de concretar las acciones que se puedan ejecutar dentro de un plan de trabajo interinstitucional. El trabajo efectuado durante este taller y la herramienta utilizada puede ser consultada en los anexos de este documento.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos de este proceso con los actores de la comunidad y los actores expertos de las instituciones. Se indica por evento las causas raíz y las líneas de acción establecidas. Es importante indicar que las líneas de acción, en algunas causas raíz son las mismas, por lo tanto, en estos casos en particular, se citan de manera conjunta las causas y las acciones establecidas.

Problema: Asfixia del Nacimiento y Dificultad para respirar del recién nacido

Causa Raíz 1 y 3: Problemas dentro del control prenatal y Sepsis Neonatal.

Factor protector: Control Prenatal Adecuado

Líneas de Acción:

1. Fortalecer la socialización del sistema de control prenatal temprano de la CCSS para inicio del control prenatal (acceso a los datos de inicio de control prenatal antes de las 8 semanas).
2. Fortalecer las acciones de educación a la población adolescente sobre beneficios del control prenatal y riesgos del embarazo – ITS.
3. Fortalecer la capacitación continua al personal de salud sobre la atención prenatal y posnatal.



Problema: Tumores malignos

Causa Raíz 1: Diagnóstico tardío

Factor protector: Controles periódicos tempranos para detección de Enfermedad Neoplásica.

Líneas de Acción:

1. Analizar los datos de factores de riesgo producto del tamizaje personas > 50 años CCSS en el nivel local, con el objetivo de Identificar poblaciones de riesgo para enfermedad neoplásica en el Cantón de La Unión
2. Coordinación intersectorial con asesoría Ciencias MEP-CCSSS-MS, con el objetivo de brindar información acerca de los factores de riesgo para la prevención del cáncer e PME

Causa Raíz 2: Mala alimentación

Factor protector: Alimentación Sana y Balanceada

Líneas de Acción:

1. Educación nutricional a padres de familia de grupos de riesgo de personas menores de edad en centros educativos.
2. Fortalecer el control de Sodas Escolares en cuanto a Alimentación Saludable.
3. Establecer procesos de articulación con la Dirección Regional de CEN-CINAI
4. Sensibilizar a los directores de centros educativos para la supervisión de controles nutricionales en sodas educativas.

Causa Raíz 3: Consumo de Tabaco

Factor protector: Disminución del Consumo de Tabaco

Líneas de Acción:

1. Fortalecer los controles sobre venta de productos de Tabaco (Ley 9028) y derivados (publicidad),
2. Concientizar a la población sobre los riesgos de consumo de tabaco y otras drogas con un enfoque de promoción de habilidades para la vida.

Problema: Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas

Causa Raíz 1: Consumo ilícito de drogas

Factor protector: Reducción de puntos de venta de droga ilícita



Líneas de Acción:

1. Programa de educación para la prevención de drogas sobre los riesgos y consecuencias de consumo de drogas, y sensibilización sobre los principales mecanismos de denuncia de puntos de venta de droga, para toda la comunidad.
2. Fortalecer las capacidades de los funcionarios con trabajo de campo (ATAP, Fuerza pública, Inspectores de salud) para la identificación de puntos de venta de droga ilícita, para la coordinación interinstitucional.
3. Actividades, proyectos y espacios seguros, que fomenten el deporte y actividades recreativas en comunidades vulnerables por grupos delictivos de consumo ilícito de drogas.

Causa Raíz 2: Comportamiento Violento

Factor protector: Bajos niveles de violencia

Líneas de Acción:

1. Programa de educación enfocados en resolución de conflictos en adolescentes. Habilidades para la vida y Ley penal juvenil.
2. Actividades o proyectos que fomenten el deporte arte y recreación en comunidades vulnerables.

Causa Raíz 3: Portación ilegal de armas de fuego

Factor protector: Control de portación de armas de fuego

Líneas de Acción:

1. Operativos enfocados a la regulación de la portación de armas de fuego.
2. Operativos enfocados en las comunidades vulnerables para detección de la portación ilegal de armas de fuego.

Causa Raíz 4: "Falta" Grupos de trabajo comunitario

Factor protector: Fortalecer el trabajo conjunto con grupos de trabajo comunitario

Líneas de Acción:

1. Identificación y mapeo de los grupos de trabajo comunitario
2. Capacitar las personas que integran el grupo comunitario en temas de prevención y riesgo del uso ilegal de armas de fuego con el fin de reproducir la información en la comunidad.
3. Fortalecer la coordinación institucional con la comunidad cristiana del cantón para el diseño y ejecución de actividades y proyectos destinados al desarrollo de los adolescentes.

Problema: Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación

Causa Raíz 1: No se divulga estadística nacional que evidencia los problemas de salud mental



Factor protector: Divulgación trimestral de estadística de enfermedades mentales locales, a las instituciones del cantón.

Líneas de Acción:

1. Fortalecer mediante dirección política que propicie la notificación de eventos de enfermedades mentales e intentos suicidas que prevengan el subregistro.
2. Divulgación trimestral de la estadística local de enfermedades mentales e intentos suicidas para la toma de decisiones en los CCCI y Consejo Municipal.
3. Fundamentar en la estadística la priorización de acciones de prevención de riesgos y promoción de factores protectores de la salud mental.

Causa Raíz 2: Accesibilidad a los servicios de salud poco eficientes y oportunos

Factor protector: Propuesta de mejora en la accesibilidad eficiente y oportuna

Líneas de Acción:

1. Desarrollar diagnóstico de debilidades y fortalezas en los servicios de salud para propuesta de mejora en la accesibilidad eficiente y oportuna.
2. Mapeo de actores sociales públicos y privados claves que abarcan temas de salud mental.
3. Desarrollo de estrategia conjunta para abordar la mejora de oportunidad y accesibilidad de los Servicios de Salud.

Causa Raíz 3: Poca promoción para la salud mental informativa.

Factor protector: Promoción de la salud mental a partir de la identificación de factores protectores de la salud según los determinantes de la salud presentes en el cantón.

Líneas de Acción:

1. Identificación de los factores protectores de la salud por cada determinante, presentes en el cantón.
2. Planteamiento y desarrollo de proyectos de promoción de la salud.

Causa Raíz 4: Adicción a sustancias psicotrópicas.

Factor protector: Intervenir desde la atención, prevención y promoción.

Líneas de Acción:

1. Identificar principales grupos poblacionales con el problema de Adicción a sustancias psicotrópicas mediante registro de base de datos de notificación obligatoria de VE-01 y registros de IAFA.
2. Identificador de factores de riesgo según determinantes de la salud, que lleven al consumo de sustancias psicotrópicas.
3. Enfocar programas y proyectos de instituciones según los grupos poblacionales, para la atención, prevención y promoción.



Causa Raíz 5: Ser víctima de violencia

Factor protector: Abordaje preventivo de violencia

Líneas de Acción:

1. Identificar comunidades entorno de víctimas de violencia mediante registro de base de datos de notificación obligatoria de VE-01 y datos de PISAV, para focalizar proyectos preventivos con la población vulnerable.
2. Desarrollo de proyectos de prevención y fortalecimiento de habilidades para la vida y salud mental. (derechos y lugares de ayuda).

Problema: Infarto Agudo de Miocardio y enfermedades isquémicas del corazón.

Causa Raíz 1: Hipertensión

Factor protector: Nivel de Presión arterial óptimo

Líneas de Acción:

1. Educación a Personas menores de edad (secundaria) sobre factores de riesgo para desarrollar HTA
2. Describir el perfil epidemiológico de la HTA en el cantón de la Unión y darlo a conocer a las instituciones pertinentes.
3. Promover la divulgación y alcance de los programas de actividad física y ejercicio en diferentes grupos poblacionales (enfocado en Personas menores de edad) y comunidades del cantón de La Unión.

Causa Raíz 2: Dislipidemia

Factor protector: Niveles óptimos de LDL y colesterol total en sangre en la población del cantón.

Líneas de Acción:

1. Establecer una descripción de la dislipidemia basada en la notificación por consultas de pacientes atendidos en la CCSS.
2. Sensibilizar a los directores de centros educativos para la supervisión de controles nutricionales en sodas educativas.

Causa Raíz 3: Diabetes Mellitus

Factor protector: Niveles de glicemia óptimos en la población del Cantón.

Líneas de Acción:

1. Sistematizar las acciones realizadas en escenario escolar por CCSS.
2. Contar con datos producto de la consulta para pacientes descompensados en el primer nivel de atención.
3. Educación a Personas menores de edad (secundaria) sobre factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus.



Causa Raíz 4: Consumo de tabaco como detonante.

Factor protector: *Disminución del Consumo de Tabaco.*

Líneas de Acción:

1. Fortalecer los controles sobre venta de productos de Tabaco (Ley 9028) y derivados (publicidad).
2. Concientizar a la población sobre los riesgos de consumo de tabaco y otras drogas con un enfoque de promoción de habilidades para la vida.

Problema: Acceso a Servicios de Salud

Causa Raíz 1: Ubicación de los servicios de salud

Factor protector: *Servicios de salud ubicados en las comunidades cerca de los usuarios adscritos.*

Líneas de Acción:

1. Diagnóstico de densidades poblacionales actualizado, para la distribución y ubicación de EBAIS y otros servicios de salud.
2. Diagnóstico de rutas de acceso y servicios de transporte público hacia servicios de salud.
3. Revisión periódica de la capacidad interna de servicios de salud del nivel local según distribución poblacional por EBAIS.

Causa Raíz 2: Hay una oferta de servicios de salud limitada.

Factor protector: *Oferta más amplia y equitativa de servicios de salud a la población.*

Líneas de Acción:

En lo que respecta a esta causa raíz, no se pudo determinar acciones para minimizar los efectos de esta. Esto debido a que las acciones que se deben efectuar están fuera de las competencias de las instituciones a nivel local.

Causa Raíz 3: Población desinformada sobre servicios de salud

Factor protector: *Más información sobre acceso a servicios de salud a la población.*

Líneas de Acción:

1. Sensibilización sobre importancia de acceso a servicios de salud de forma preventiva y sobre riesgos de automedicación (actividades semana del uso racional de los medicamentos).
2. Articular las actividades de promoción de la salud entre CCDR y CCSS primer nivel de atención.



Problema: Pobreza

Causa Raíz 1: Educación

Factor protector: *Existencia de Oferta académica primaria, secundaria, técnica y especializada.*

Líneas de Acción:

1. Identificar grupos de población que requieren de oferta educativa y posibilidades de subsidio.
2. Identificar y divulgar la oferta educativa disponible en el Cantón de la Unión
3. Identificar la oferta laboral del Cantón, para la elaboración de programas de capacitación.
4. Elaboración de ferias vocacionales en el cantón.

Causa Raíz 2: Vivienda

Factor protector: *Construcción de viviendas en zonas residenciales, condominios y urbanizaciones*

Líneas de Acción:

1. Indagar planes de vivienda para población de pobreza.
2. Brindar información de bonos de vivienda, sistemas de ahorro y préstamo confiable a la población vulnerable con necesidad de vivienda.

Causa Raíz 3: Desempleo

Factor protector: *Mejorar la oferta de empleo.*

Líneas de Acción:

1. Fomentar el acompañamiento a PYMES y otras pequeñas empresas o emprendedores para el desarrollo.
2. Desarrollar convenios entre Municipalidad y Empresas para que cuente con mano de obra priorizada del cantón.
3. Generar Bolsa de empleo Local, Agencia Nacional de Empleo.

Causa Raíz 4: Ingreso económico

Factor protector: *Mejorar el ingreso económico/Salario mínimo*

Líneas de Acción:

1. Programas divulgativos de derechos laborales, y acciones a realizar para validar los derechos
2. Programas de educación financiera en población de pobreza.
3. Curso Contabilidad para no contadores



Causa Raíz 5: Enfermedades congénitas e incapacitantes

Factor protector: *Prevención de las enfermedades congénitas*

Líneas de Acción:

No se logran establecer con los actores sociales líneas de acción para esta causa, debido a que se considera que no se cuenta con competencia institucional para llevar a cabo acciones específicas para su abordaje.

Problema: Sedentarismo

Causa Raíz 1: Falta de inversión pública

Factor protector: *Entidades competentes solicitan con fundamento legal y político la inversión pública en el financiamiento de proyectos recreativos y de actividad física.*

Líneas de Acción:

1. Área Rectora de Salud de la Unión presenta en el CCCI y Consejo Municipal las estadísticas de enfermedades no transmisibles para toma de decisiones
2. Elaborar un mapeo de espacios públicos para deporte y recreación y su estado físico, además de fortalezas y debilidades para el acceso de las comunidades.
3. Municipalidad, Comité Cantonal de Deportes, PANI, destinan presupuesto para proyectos permanentes de promoción de actividad física, recreación y deporte

Causa Raíz 2: Falta de Prioridad de políticas públicas del deporte y recreación.

Factor protector: *Inclusión en los planes operativos institucionales acciones de promoción de la salud que responda a políticas públicas del deporte y recreación (PRONADRAF).*

Líneas de Acción:

1. Articulación de actores sociales institucionales en comisiones para el desarrollo de proyectos locales de promoción de la salud que respondan a PRONADRAF en centros educativos.
2. Articulación de actores sociales institucionales en comisiones para el desarrollo de proyectos locales de promoción de la salud que respondan a PRONADRAF en comunidades.
3. Articulación con grupos voluntarios, trabajos comunales colegiales y universitarios para desarrollo de proyectos de mantenimiento de espacios y capacitaciones.

Causa Raíz 3: Franjas horarias de funcionamiento de las instalaciones para realizar actividad física.

Factor protector: *Flexibilizar las franjas horarias de funcionamiento de las instalaciones comunales para deporte y recreación.*



Líneas de Acción:

1. Sensibilizar a la comunidad respecto al cuidado de los espacios públicos y a integrarse en comités administradores de este tipo de espacios para mantenerlos abiertos y en buenas condiciones.
2. Articulación interinstitucional para el desarrollo de proyectos locales de promoción de la salud que respondan a PRONADRAF en los espacios públicos.
3. Valoración presupuestaria para proyectos de instalación de cámaras en espacios públicos de deporte y recreación.

Causa Raíz 4: Poco control y seguimiento de los servicios de salud en temas relacionados con el sedentarismo.

Factor protector: Reorientación de los servicios de salud de la atención de la enfermedad a la promoción de la salud y prevención de factores de riesgo.

Líneas de Acción:

1. Reactivación de desarrollo de programas y proyectos de prevención de factores de riesgo y de promoción de factores protectores de la salud dirigido comunidades y centros educativos.
2. Fortalecimiento de la RECAFIS incluyendo a representantes de comisiones de promoción de la salud de las Áreas Salud y desarrollando proyectos continuos con grupos establecidos.

Causa Raíz 5: Problemas de salud asociados a diferentes enfermedades.

Factor protector: Promoción de la salud enfocada en estilos de vida saludables.

Líneas de Acción:

1. Instituciones competentes desarrollan proyectos de estilos de vida saludables con población sana y enferma.
2. Implementar en el Cantón la política de envejecimiento saludable y la estrategia internacional de promoción de la salud de la OMS.
3. Alianzas para proyectos sociales con gimnasios, clínicas privadas en la promoción de estilos de vida saludable con población obesa y con enfermedades crónicas.



ANEXOS

NOMBRE	CONTENIDO	ENLACE
Tabla de Indicadores	Selección de los indicadores que analizó el Área Rectora de Salud de La Unión	HAZ CLIC AQUÍ
Directorio cultural elaborado en 2020, por la Oficina de Gestión Cultural de la Municipalidad de la Unión.	Recopilación de las personas que forman parte del Directorio Cultural del Cantón de La Unión	HAZ CLIC AQUÍ
Cuadro Proyectos y Actividades Parque La Libertad Quinquenio 2019-2023	Proyectos o actividades implementadas en el último quinquenio con enfoque de promoción y prevención en salud mental del Parque La Libertad	HAZ CLIC AQUÍ
Plantilla Taller I	Selección de Actores Sociales	HAZ CLIC AQUÍ
	Sondeo General de Problemas	
	Lluvia de ideas	
	Selección de los 5 Problemas	
	Valorización de los Problemas por la comunidad	
	Priorización de los Problemas de Salud	
	Análisis de los problemas priorizados	





ANEXOS

NOMBRE	CONTENIDO	ENLACE
Plantilla Taller II	Espinas de Pescado Asfixia del Nacimiento y Tumores Malignos	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Asfixia del Nacimiento	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Tumores Malignos	HAZ CLIC AQUÍ
	Espinas de Pescado Agresión con Disparo de Armas de Fuego y Pobreza	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Agresión con Disparo de Armas de fuego	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Pobreza	HAZ CLIC AQUÍ
	Espinas de Pescado Infarto Agudo del Miocardio y Acceso a Servicios de Salud	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Infarto Agudo del Miocardio	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Acceso a Servicios de Salud	HAZ CLIC AQUÍ
	Espinas de Pescado Lesión Autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento y Sedentarismo	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Lesión Autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento	HAZ CLIC AQUÍ
	Herramienta Pareto Sedentarismo	HAZ CLIC AQUÍ
Plantilla Taller III	Problema 1 Asfixia del Nacimiento: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
	Problema 2 Tumores Malignos: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
	Problema 3 Agresión con Disparo de Armas de fuego: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
	Problema 4 Agresión con Disparo de Armas de fuego: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
	Problema 5 Pobreza: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
	Problema 6 Acceso a Servicios de Salud: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
	Problema 7 Pobreza: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
	Problema 8 Sedentarismo: Cuadro Identificación de factor protección y líneas de acción	HAZ CLIC AQUÍ
Imágenes y documentos	Fotos de los talleres, oficios de convocatoria e invitaciones	HAZ CLIC AQUÍ





BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia para Sustancias Tóxicas y Registro de Enfermedades en español ASTDR (2021). Recuperado de: http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/es_cancer_fs.html
2. Alvarado, J. P. 2022. Evolución de los homicidios en Costa Rica en los últimos 10 años. Poder Judicial. <https://pjenlinea3.poderjudicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/Evolucion%20de%20os%20homicidios%20en%20Costa%20Rica%20en%20los%20ultimos.pdf>.
3. American Heart Association (AHA). 2021. ¿Qué es la presión arterial alta? https://www.heart.org/-/media/Files/Health-Topics/Answers-by-Heart/Answers-by-Heart-SPANISH/What-Is-HighBloodPressure_Span.pdf
4. American Institute for Cancer Research. (2018). Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report. <https://www.wcrf.org/dietandcance>
5. Angel Acisclo Huélamo Villanueva. (2021). Juntos por el Cáncer. <https://juntosxtusalud.com/cancer-y-salud-publica>.
6. Arocha-Rodulfo, J. I. 2019. Sedentarismo, la enfermedad del siglo XXI. Sociedad Venezolana de Cardiología, Caracas, Venezuela. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-sedentarismo-enfermedad-del-siglo-xxi-S0214916819300543>
7. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Protección Social. 2023. <https://www.iadb.org/es/social-protection/proteccion-social>
8. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2022. Habilidades para el trabajo: ¿Qué son y cuáles son las más demandadas?. <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/habilidades-para-el-trabajo-que-son-y-cuales-son-las-mas-demandadas/>
9. Carrillo, C., Panduro-Cerda, A. 2001. Genética de la diabetes mellitus tipo 2. Investigación en Salud. <https://www.redalyc.org/articulo.oa>
10. Caja Costarricense de Seguro Social. 2004. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención.
11. Constitución Política de la República de Costa Rica. Art. 21. (08 de noviembre de 1949). https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=871&nValor3=0&strTipM=TC



12. Constitución Política de la República de Costa Rica. Art. 77. (08 de noviembre de 1949). https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=871&nValor3=0&strTipM=TC
13. Constitución Política de la República de Costa Rica. Art. 173. (08 de noviembre de 1949). https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=871&nValor3=0&strTipM=TC
14. Conte, J. (2016, 19 de enero). Línea Base para la estrategia de prevención de violencia en ámbitos comunitarios: Los Diques, San Nicolás. Revisado por Solís A, M. D. M. (Coordinadora del Equipo de Trabajo). <https://www.mjp.go.cr/Documento/DescargaDIR/1211>
15. Cortés JS, Fernández LX, Beltrán E, Narváez CF, Fonseca-Becerra CE. 2019. Sepsis neonatal: aspectos fisiopatológicos y biomarcadores. MÉD.UIS, 32(3), 35-47. doi:10.18273/revmed.v32n2-2019005
16. Decreto Ejecutivo N° 40881–S. 2018. Oficialización de la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=85927&nValor3=111297&strTipM=TC
17. Dirección Regional de Salud de Cusco. 2023. Guía de Práctica Clínica Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Consumo De Sustancias Psicótropas. <http://www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/servicios/Normas/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Salud%20Mental/GUIA%20PR%C3%81CTICA%20EN%20ADICCIONES%20MINSAs.pdf>
18. Estado de la Nación. 2022. Programa Estado de la Nación: Informe Estado de la Nación de Costa Rica 2022 – San José, Costa Rica. https://estadonacion.or.cr/wp-content/uploads/2022/11/PEN_informe_estado_nacion_completo_2022.pdf
19. Evans-Meza, R., Bonilla-Carrión, R., & Pérez-Fallas, J. D. 2020. Tendencias y características de la Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio en Costa Rica de 1970 a 2014. Población y salud en Mesoamérica, 17(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.39926>
20. Fernández-Ortiz, A. (s.f). ¿Qué es el infarto agudo de miocardio?: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap28.pdf



21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2020. Pobreza Infantil. : <https://www.unicef.org/lac/pobreza-infantil>.
22. Gómez-GarvÍ, E. 2016. Drogas y su relación con la delincuencia (Trabajo Fin de Grado). Facultad de Derecho, Grado en Criminología, Universidad de Alicante. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51705/1/Drogas_de_abuso_influencia_sobre_el_comportamiento_de_GOMEZ_GARVI_ESTEFANIA.pdf
23. Hurtado, E. 1998. Capacitación sobre consejería en la atención prenatal: Guía docente. MotherCare y MSPAS. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacj789.pdf
24. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. 2023. ¿A dónde nos lleva el consumo de tabaco?. <https://www.iafa.go.cr/a-donde-nos-lleva-el-consumo-de-tabaco/>
25. Instituto de Fomento Municipal (IFAM). 2002. La Unión. https://www.ifam.go.cr/?page_id=510
26. Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC). 2011. CENSO Poblacional. Costa Rica.
27. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). 2020. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2020. <https://www.un.org/es/global-issues/ending-poverty>.
28. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica, (INEC). 2022. Encuesta Nacional de Hogares Julio 2022. Resultados Generales. <https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-10/reenaho2022.pdf>
29. International Agency for Research on Cancer (IARC). 2020. Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/today/home>
30. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). 2023. ¿A dónde nos lleva el consumo de tabaco? <https://www.iafa.go.cr/a-donde-nos-lleva-el-consumo-de-tabaco/>
31. Jiménez, L. (11 de febrero de 2022). Nueva Clínica de Especialidades “estaría concluida en 2024”. Crónicas de La Unión. <https://cronicasdelaunion.com/nueva-clinica-de-especialidades-estaria-concluida-en-2024/>
32. La República. 2 de marzo de 2023. Más de la mitad de la población mundial tendrá sobrepeso u obesidad para 2035. Colombia. Recuperado de: <https://www.larepublica.co/globoeconomia/mas-de-la-mitad-de-la-poblacion-mundial-tendra-sobrepeso-u-obesidad-para-2035-3559472>
33. Ley N° 5395. Ley General de Salud. Diario Oficial La Gaceta N° 222. (1973). http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581



34. Lopategui Corsino, E. (2016). El comportamiento sedentario - Problemática de la conducta sentada: Concepto, efectos adversos, y estrategias preventivas. Saludmed.com: Ciencias del Movimiento Humano y de la Salud. Recuperado de <http://www.saludmed.com/sedentarismo/sedentarismo.html>
35. MD Anderson Madrid Instituto Nacional Contra el Cáncer. (s.f.). <https://mdanderson.es/el-cancer/prevencion/factores-de-riesgo-de-cancer>
36. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, (MIDEPLAN). 2018. Mapa de Regionalización Oficial y su Conformación. <https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/KLpLoXCwT0yU96gKSI4PVQ>
37. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, (MIDEPLAN). (s.f.). Objetivo 3. <https://ods.cr/objetivo/objetivo-3>
38. Ministerio de Salud. 1 septiembre 2022. Noticia: “Escuchar es prevenir” Institucionalidad costarricense mantiene llamado comunitario a la prevención del suicidio”. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1378-escuchar-es-prevenir-institucionalidad-costarricense-mantiene-llamado-comunitario-a-la-prevencion-del-suicidio>.
39. Ministerio de Salud. 2012. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Costa Rica. <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
40. Mora-Guevara, A., & Segura-Campos, M. R. (2020). Asfixia perinatal y factores de riesgo asociados en recién nacidos costarricenses. *Ciencia & Tecnología*, 37(3), 18-33. : https://revistas.tec.ac.cr/index.php/ciencia_tecnologia/article/view/4288
41. Mora, M; Moya, D y Calderón J. 2019. Suicidio en Costa Rica: Análisis de autopsias realizadas en el Departamento de Medicina Legal del 2010 al 2016. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*. Vol. 36 (2) Septiembre 2019. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-28.pdf>
42. Moreno-Altamirano, A. López-Moreno, S. (2002), Principales medidas en epidemiología.
43. Municipalidad de La Unión. 2020. Evaluación de la infraestructura verde y su relación con los servicios ecosistémicos urbanos en el Cantón de La Unión, Cartago, Costa Rica.
44. Municipalidad de La Unión (MLU). 2022. Propuesta del Plan Regulador del Cantón de La Unión.
45. Murguía Peniche, T. Saúl Garza Morales, Rafael Lozano, José Ignacio Santos. (sin fecha). Factores asociados al síndrome de dificultad respiratoria neonatal severa. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*.
46. Murguía, T. 2007. El Ejercicio Actual de la Medicina. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/nov_01_ponencia.html
47. Oficina Internacional del Trabajo. Informe IV, Conferencia Internacional del Trabajo, 109.^a reunión: Las desigualdades y el mundo del trabajo. Primera edición. 2021.



48. Obón-Arellano, A. (2021). Juntos por el Cáncer. Recuperado de <https://juntosxtusalud.com/cancer-y-salud-publica>.
49. Observatorio de la violencia del Ministerio de Justicia y Paz. 2022. COSTA RICA: Análisis sobre homicidios dolosos, enero-marzo 2022. <http://observatorio.mj.go.cr/sites/default/files/op-1t2022cr-esp.pdf>
50. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). 2022. Pobreza rural en América Latina y el Caribe en el contexto del COVID-19.
51. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Reducir la pobreza rural. <https://www.fao.org/reduce-rural-poverty/our-work/pobreza-extrema/es/50>.
52. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). 2023. La UNESCO advierte que de no tomar medidas urgentes de acción 12 millones de niños nunca asistirán un solo día a la escuela. <https://www.unesco.org/es/articles/la-unesco-advierte-que-de-no-tomar-medidas-urgentes-de-accion-12-millones-de-ninos-nunca-asistiran>
53. Organización de Estados Americanos (OEA). 2015. Desigualdad e Inclusión Social en las Américas: 14 ensayos. 2da ed. <https://www.oas.org/docs/desigualdad/libro-desigualdad.pdf>
54. Organización de los Estados Americanos (OEA). 2013. El problema de las drogas en las Américas: Estudios. http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drogasseguridad_esp.pdf
55. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento. <https://www.who.int/es/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>
56. Organización Mundial de la Salud. 2020. Cáncer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
57. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. Recién nacidos: reducir la mortalidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
58. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. Directrices I. Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria.
59. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
60. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Economía de las ENT. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/economia-ent>.
61. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2018. Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56080>



62. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2021. La carga de los cánceres en la Región de las Américas, 2000-2019. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>
63. Organización Panamericana de la Salud. 2023. Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>.
64. Organización Panamericana de la Salud, (OPS). (2022). Día de la Salud Universal 2022. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-salud-universal-2022>
65. Organización Panamericana de la Salud, (OPS). (s.f.). Salud Universal. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/saluduniversal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>.
66. Otamendi, M. A. 2019. Juvenicidio armado: homicidios de jóvenes y armas de fuego en América Latina. *Salud Colectiva*, 15, e1690. <https://www.scielosp.org/article/scol/2019.v15/e1690/es/>
67. Pérez E. ,Titelman, D. 2018. La inclusión financiera para la inserción productiva y el papel de la banca de desarrollo” CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44213-la-inclusion-financiera-la-insercion-productiva-papel-la-banca-desarrollo>
68. Peraza, J., Vega, A. 2014. ESTUDIO DE OFERTA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS. COSTA RICA 2012-2014. *Revista Científica Odontológica*. 10(1). pp. 9-22
69. Pérez Ricart, C. A. 2022. ¿Más armas, más violencia? Evidencia de una compleja relación desde América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 30(59). Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532022000100011
70. Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030 (PONADRAF 2020-2030). <https://repositorio-snp.mideplan.go.cr/handle/123456789/72>
71. Quinones, J. N., & Stirnemann, J. J. (2017). Preterm Birth: Prevention and Management. *Journal of Perinatology*, 37(10), 1111-1117. doi:10.1038/jp.2017.119
72. Ramírez-Vargas X, Arias-Leal M, Madrigal-Zamora S. 2020. Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista médica Sinergia*. 5(9): e572. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/572>
73. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. (s.f.). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
74. Registro Nacional de Tumores de Costa Rica. (2018). Informe Anual sobre el Cáncer. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/>
75. Sánchez-Gaitán, E. 2019. Distocia intempestiva del parto: distocia de hombros, rotura uterina. *Revista Médica Sinergia*, 4(9). <https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.319>.



76. Solís, A. 26 de marzo del 2023. Intentos de suicidio aumentaron un 34% en 2022; jóvenes de 10 a 24 años registraron mayor incidencia. <https://ameliarueda.com/nota/intentos-suicidio-aumentaron-2022-jovenes-incidencia-noticias-costa-rica>.

77. Tabaco publicado originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer. 2017. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco>

78. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2019. Estudio Mundial sobre el Homicidio: Resumen ejecutivo. https://www.unodc.org/documents/ropan/2021/HOMICIOS_EN_ESPANOL.pdf



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**