



Análisis de Situación Integral de Salud Cantón Alajuela

ÁREA RECTORA DE SALUD ALAJUELA UNO
ÁREA RECTORA DE SALUD ALAJUELA DOS



AÑO 2023

DOCUMENTO ELABORADO POR

Dirección Área Rectora de Salud Alajuela 1

Dr. Víctor González Jiménez, Director.

Dra. Berta Leiva Bonilla, Médica, Vigilancia de la Salud.

Dra. Arelys Quesada Valverde, Enfermera, Vigilancia de la Salud.

Dra. Ana Carolina Chacón Aguilar, Psicóloga-Promoción de la Salud, enlace de Salud Mental.

Dirección Área Rectora de Salud Alajuela 2

Dr. Ronald Mora Solano, Director.

Dra. Sugeidy Salazar Rodríguez, Enfermera, Vigilancia de la Salud.

Licda. Cecilia Madrigal Meléndez, Promotora de Salud, enlace de Salud Mental.

Tabla de contenido

1. LISTA DE ABREVIATURAS	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. PROBLEMA	7
4. OBJETIVOS	8
4.1 OBJETIVO GENERAL	8
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5. METODOLOGÍA	9
CAPÍTULO I	10
SELECCIÓN DE LOS INDICADORES	10
1. SELECCION DE LOS INDICADORES	11
1.1 Indicadores Sociales	11
1.2 Indicadores Demográficos	14
1.3 Indicadores Económicos	19
1.4 Indicadores Servicios de Salud	21
1.5 Otros indicadores	26
CAPÍTULO II	27
2. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO	28
2.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS	28
2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	39
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	44
2.4 DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS	61
CAPÍTULO III	70
3.1 Priorización de los problemas basada en mortalidad	71
3.2 Priorización de los problemas de salud con la comunidad	75
3.2.1 Identificación de actores sociales y convocatoria	75
3.2.2 Metodología de priorización de problemas	75
3.2.3 Diez problemas detectados con la comunidad	77
3.2.4 Los tres principales problemas detectados y los cinco porqués	81
CAPÍTULO IV	84

4. Análisis de los problemas priorizados	85
4.1 Descripción de la metodología de análisis	85
4.1.1 Identificación de las causas raíz, sus causas secundarias y terciarias del problema de salud	86
4.1.2 Análisis de las causas raíz con los expertos	100
4.2 Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas	103
4.2.1 Problema número 1: Infarto Agudo del Miocardio	103
4.2.2 Problema número 2: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	106
4.2.3 Problema número 3: Parálisis Cerebral Infantil	111
4.2.4 Problema número 4: Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas	118
4.2.5 Problema número 5: Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón	120
4.2.6 Problema número 6: Deterioro de la Salud Mental	123
4.2.7 Problema número 7: Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de salud	127
CAPÍTULO V	133
IDENTIFICACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ PRIORIZADAS	133
5. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas	134
5.1 Descripción de la Metodología	134
CAPÍTULO VI	141
VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON LA COMUNIDAD	141
6. Validación de las líneas de acción con la comunidad	142
CAPÍTULO VII	155
7. Salud Mental	156
7.1 Introducción	156
7.1.1 Justificación	157
7.1.2 Marco conceptual	157
7.1.3 Determinantes de la Salud Mental	158
7.2. Selección de Indicadores	159
7.2.1 Indicadores de Servicio	159
a. Razón de Psiquiatra	160
b. Razón de Trabajadores Sociales	160

c. Razón de Enfermeros de Salud Mental	161
d. Razón de Psicólogos	161
7.2.2. Indicadores relacionados con Salud Mental.....	161
a. Tasa de Tx bipolar afectivo.....	162
b. Tasa de Esquizofrénico	162
c. Tasa de Depresión	163
d. Trastornos mentales y del comportamiento	163
e. Tasa de Suicidio	164
f. Tasa de Violencia.....	164
g. Tasa de Tx Mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.....	165
7.3 Caracterización del entorno	165
7.4 Situaciones problemáticas en salud mental encontradas en el cantón de Alajuela	181
7.4.1 Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón	181
7.4.2 Deterioro de la Salud Mental.....	184
7.4.3 Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de salud	188
BIBLIOGRAFÍA	194
ANEXOS.....	197

1. LISTA DE ABREVIATURAS

AGECO: Asociación Gerontológica Costarricense

ARS: Área Rectora de Salud

ASIS: Análisis de Situación Integral de Salud

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

IDH: Índice de desarrollo humano

IDHc: Índice de desarrollo cantonal

IDS: Índice de desarrollo social cantonal

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ILAIS: Instancia Local para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social

INAMU: Instituto Nacional de las Mujeres

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

IRAI: Instancia Regional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida

MEP: Ministerio de Educación Pública

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

PRU: Plan Regulador Urbano

RCN: Región Central Norte

2. JUSTIFICACIÓN

El ASIS es una herramienta de necesidad interinstitucional, ya que es un documento de consulta para la población del cantón central de Alajuela. Dicho documento analiza de manera actualizada la situación y las tendencias del proceso salud-enfermedad-servicios, con especial énfasis en la identificación de determinantes sociales y desigualdades que impactan la salud.

Las Áreas Rectoras de Salud Alajuela 1 y 2, serán las encargadas de la elaboración de este recurso para la toma de decisiones, la planificación y evaluación de las intervenciones en salud.

3. PROBLEMA

El cantón central de Alajuela requiere contar con un documento actualizado de ASIS, ya que el último que se elaboró fue en el año 2014, este recurso es importante para dar conocer los principales determinantes de salud, detectar y priorizar los principales problemas que aquejan a la población y desarrollar líneas de acción, para así abordar de forma integral la salud pública del cantón.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar el documento ASIS por medio de herramientas que permitan conocer los principales determinantes de salud, detectar y priorizar los principales problemas que aquejan a la población y desarrollar líneas de acción, que mejoren la coordinación entre los diferentes actores sociales que contribuyen en el abordaje oportuno de los eventos en salud pública y con esto fortalecer la toma decisiones.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar el documento ASIS de manera que sea un medio de consulta con un mensaje claro y un lenguaje apropiado, para los diferentes actores sociales del cantón central de Alajuela.

Seleccionar y desarrollar los principales indicadores sociales, demográficos, económicos, servicios de salud y otros del cantón de Alajuela.

Identificar las principales características geográficas, demográficas, socioeconómicas y de presencia de riesgos en el cantón de Alajuela.

Investigar y priorizar los principales problemas en salud pública que afectan a la población del cantón, en conjunto con actores sociales de las comunidades y expertos en estos temas.

Validar líneas de acción en conjunto con los actores sociales de las comunidades y expertos de los problemas priorizados.

5. METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó durante el proceso de ASIS (Análisis de la Situación de Salud), correspondiente al cantón central de Alajuela, se realizó por medio de la recopilación de datos básicos, lo cual se constituyó en una ardua labor por parte de las funcionarias de las Áreas Rectoras de Salud de Alajuela.

A continuación, se detallan las siguientes actividades que se efectuaron para la elaboración del ASIS:

- Desarrollo de los principales indicadores sociales, demográficos, económicos, de servicios de salud y otros del cantón de Alajuela, mediante la revisión de datos obtenidos del INEC y de otras instituciones.
- Determinación de las características del entorno del cantón de Alajuela: geográficas, demográficas, socioeconómicas y presencia de riesgos.
- Identificación de los principales problemas del cantón mediante la información obtenida del INEC y se procedió a citar a los actores sociales de la comunidad para recabar otros problemas que afectan a la población.
- Realización de talleres sobre ASIS con los actores sociales de la comunidad y expertos, para la priorización de los problemas del cantón, mediante el uso de herramientas como el diagrama de causa y efecto y análisis Pareto.
- Análisis de la información obtenida de los talleres y validación de las líneas de acción.

CAPÍTULO I

SELECCIÓN DE LOS INDICADORES

1. SELECCION DE LOS INDICADORES

Según la guía metodológica para la elaboración del análisis de situación integral de salud del Ministerio de Salud:

Un indicador hace referencia a un dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura. Es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos. Debe ser definido en términos precisos, no ambiguos, que describan clara y exactamente lo que se está midiendo. (2019, p. 12).

N° de Indicador	Tabla de Indicadores			
	1.1 Indicadores Sociales			
	Análisis Integral del Indicador	Definición	Fuente	Resultado del Indicador
1	Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, 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	INEC, censo nacional Costa Rica, año 2011	98,2

		entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.		
2	Índice de desarrollo humano (IDH)	Medida resumen del progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del 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 (basada en PNUD).	Organización de la Naciones Unidas, año 2019	0,81
3	Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	Medida resumen del progreso medio conseguido por cada cantón 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).	Atlas de desarrollo humano cantonal, de la Escuela de Estadística, de la Universidad de Costa Rica, año 2021	0,83

4	Índice de desarrollo social cantonal (IDS)	Medida resumen de las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, en 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 (basado en MIDEPLAN).	Ministerio de Planificación, año 2017	65,3
5	Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías	Frecuencia relativa de las viviendas individuales ocupadas según las categorías y subcategorías de interés. Nota: en cada caso se debe especificar la categoría utilizada, agregándola al nombre del indicador. Por ejemplo: proporción de viviendas individuales ocupadas según tipo de tenencia, porcentaje de tugurios y porcentaje de viviendas propias.	INEC, encuesta nacional de hogares, año 2021. Dato Región Central.	Viviendas propias pagando a plazos: 73,2%. Viviendas alquiladas: 70%. Viviendas en precario: 69,1%. Viviendas propias totalmente pagadas: 60,2%. Viviendas con otro tipo de tenencia: 39,3%.
6	Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Relación entre hogares pobres o no pobres que tienen jefatura femenina, respecto al total de hogares en la misma condición de	INEC, encuesta nacional de hogares, año 2021. Dato de la Región Central.	El porcentaje de hogares con jefatura femenina es de 50,1% en condición de pobreza no

		pobreza (pobres y no pobres). Nota: en cada caso se debe especificar el nombre del indicador resultante: porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina y porcentaje de hogares no pobres con jefatura femenina.		extrema y de un 53,2% para las familias en pobreza extrema.
		1.2 Indicadores Demográficos		
	Análisis Integral del Indicador	Definición	Fuente	Resultado del Indicador
7	Población	Número de habitantes de un país, territorio o área geográfica (total general o para un sexo o grupo etario dados), en un punto de tiempo específico. En términos demográficos es el número total de habitantes que efectivamente viven dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS).	INEC, población proyectada para el 30 de junio del año 2022	321872 habitantes.
8	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.	Base de proyección de población del INEC, año 2022	Menos de 1 año: 1,1%. De 1 a 9 años: 12,4%. De 10 a 19 años: 13,6%.

				De 20 a 64 años: 63%. De 65 y más: 10%.
9	Razón Mujer-Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total.	Base de proyección de población del INEC, año 2021	98 mujeres por cada 100 hombres.
10	Razón de dependencia demográfica	Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años de edad más la población de 65 y más años de edad; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años de edad. Todo para un determinado país, territorio o área geográfica, 14 en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS)	INEC, censo nacional Costa Rica, año 2011	47 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas.
11	Razón de envejecimiento	Número de personas mayores de 64 años de edad por cada 100 personas menores de 15 años,	INEC, censo nacional Costa Rica, año 2011	45 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años.

		existentes en la población total.		
12	Proporción de la población urbana	Porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año.	INEC, censo nacional Costa Rica, año 2011	88%
13	Proporción de personas por curso de vida	Porcentaje de población según los siguientes grupos de edad (menores de un año, 1-9 años, 10-19 años, 20-64 años, 65 y más años).	INEC, proyección de población, año 2022	Menores de 1 año 1,1%. De 1-9 años: 12,4%. De 10-19 años 13,6%. De 20-64 años 63%. De 65 años y más: 10%.
14	Tasa de fecundidad total	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.	INEC, proyección de población, año 2019	El número promedio de hijos esperados es de 43 en mujeres en edad reproductiva.
15	Total de nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y	INEC, año 2021	3583 nacimientos.

		periodo determinados.		
16	Tasa de natalidad	Número de nacimientos por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil (INEC, modificada).	INEC, año 2021	11,3 nacimientos por cada 1000 habitantes.
17	Tasa de crecimiento natural de la población	Tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC).	INEC, proyección de población, año 2021	0,4 habitantes por cada 100 personas.
18	Tasa global de fecundidad	Número promedio de hijos e hijas que tendría cada mujer durante sus años reproductivos, si las tasas de fecundidad específicas observadas en el país y año de interés se mantuvieran sin cambios.	INEC, proyección de población, año 2021	Es de 43 en mujeres en edad reproductiva.
19	Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Prevalentes al	INEC, año 2020	80,6 años.

		momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (OPS).		
20	Media anual de defunciones	Número total de defunciones esperadas en un año específico, para un determinado país territorio o área geográfica.	INEC, año 2021	954 defunciones.
21	Tasa cruda de mortalidad	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.	INEC, 2021	6 muertes por cada 1000 habitantes.
22	Densidad de población	Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados.	INEC, año 2016	1556 habitantes por km ² .
23	Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están definitivamente incompletos.	INEC, año 2002. Se cuenta con el dato de la Región Central	El nivel de instrucción mayor en la población es el de la educación superior, específicamente en pregrado y grado (para un total de 624917).
24	Asistencia a la educación regular	Población que asiste a la educación regular.	INEC, año 2011	523 personas.

25	Tasa de deserción educativa	Total de alumnos que abandonan la escuela antes de concluir algún grado de un nivel educativo determinado, expresado como porcentaje del total de la matrícula de un año escolar específico.	Departamento de análisis estadístico del Ministerio de Educación, año 2019	Primer y segundo ciclo: 7,8 estudiantes por cada 100. Tercer ciclo y educación diversificada: 32,7 estudiantes por cada 100.
1.3 Indicadores Económicos				
	Análisis Integral del Indicador	Definición	Fuente	Resultado del Indicador
26	Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes	El PIB per cápita (actualmente conocido como Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos mediante el método Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año.	Banco Mundial, año 2021. Dato nacional.	12472,4.
27	Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema	Porcentaje de hogares que tienen un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.	INEC, año 2021. Dato de la Región Central.	14,2%
28	Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema	Porcentaje de hogares con un ingreso per cápita igual o inferior al costo per cápita de	INEC, año 2021, Dato de la Región Central.	3,9 %

		la Canasta Básica de Alimentos.		
29	Población económicamente activa (PEA)	Conjunto de personas de 15 años a 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 y la desocupada (INEC). Sinonimia: fuerza de trabajo	INEC, año 2022. Dato de la Región Central.	1384776 personas que conforman la fuerza de trabajo o población económicamente activa.
30	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).	INEC, año 2022. Dato de la Región Central.	53,5
31	Frecuencia por rama de actividad del empleo principal	Frecuencia relativa y absoluta de la rama de actividad del empleo principal.	INEC, segundo trimestre, año 2022. Dato de la Región Central.	En este indicador se destacan el comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motores y de las motocicletas con un 19.05%, seguido por las industrias manufactureras con un 14.36%.
32	Tasa de desempleo abierto	Porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo (INEC). Sinonimia: proporción desempleada de la fuerza de trabajo y	INEC, primer trimestre del año 2022. Dato de la Región Central.	16 personas de cada 100 están en condición de desempleo.

		proporción de la peña desocupada.		
33	Ingreso per cápita de los hogares por quintiles	Ingreso per cápita de los hogares, que resulta de su agrupación en quintiles de ingreso mensual promedio.	INEC, del año 2021. Dato de la Región Central.	Quintil I (75428) Quintil II (156417) Quintil III (267679) Quintil IV (458807) y Quintil V (1282142).
34	Razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos	Relación entre el ingreso per cápita promedio de los hogares clasificados en el quintil más rico, con el ingreso per cápita promedio del quintil de los hogares más pobres.	INEC, año 2021. Dato de la Región Central.	11%
35	Coefficiente de Gini	Medida resumen que mide el nivel de concentración de los ingresos en una sociedad. Se expresa como un número entre cero y uno. El 0 indica que no existe desigualdad (todas las personas u hogares reciben exactamente el mismo ingreso) y el 1 significa que la desigualdad es total (un solo individuo u hogar acapara todo el ingreso).	INEC, año 2021. Dato Región Central.	0,50
1.4 Indicadores Servicios de Salud				
	Análisis Integral del Indicador	Definición	Fuente	Resultado del Indicador

36	Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica.	INEC, censo nacional, Costa Rica, año 2011	99,7%
37	Porcentaje de agua intradomiciliaria	Población que cuenta con tubería dentro de la vivienda.	INEC, año 2021. Dato de la Región Central.	98,5%
38	Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento	La población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica.	INEC, año 2021. Dato provincia de Alajuela.	98%
39	Disposición de residuos	Total de viviendas que dispusieron adecuadamente sus residuos.	INEC, año 2021. Dato de la Región Central.	1003055 viviendas utilizaron el camión recolector, 3063 viviendas la eliminaron en un hueco o la enterraron, 12226 viviendas la quemaron y 585 viviendas la botaron en lotes baldíos.
40	Proporción de nacimientos por número de	Porcentaje de nacimientos según número de	Estadísticas de nacimientos, INEC, año 2021.	Cero controles prenatales: 0,8% nacimientos.

	consultas prenatales recibidas	consultas prenatales recibidas.		De 1 a 5 controles prenatales: 13% nacimientos. De 6 a 10 controles: 76,4% nacimientos. De 11 y más controles: 9% nacimientos. Sin datos: 0,9% nacimientos.
41	Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado	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.	Estadísticas de nacimientos, INEC, año 2021	Profesional en medicina: 503 nacimientos. Profesional en enfermería obstétrica: 2092 nacimientos. Profesional en enfermería: 21 nacimientos. Profesional en medicina gineco-obstetra: 964 nacimientos. Otra persona: 3 nacimientos.
42	Institución donde ocurrió el parto	Nacimientos reportados según la institución que atendió el parto.	INEC, año 2021	El establecimiento con el mayor reporte es el Hospital San Rafael de Alajuela con 2877 nacimientos, seguido por el Hospital México con 215 nacimientos.
43	Tasa de profesionales en medicina	Se entiende por profesionales en medicina activos: Todos aquellos que	Información suministrada por las Áreas de Salud de la	1,3 médicos disponibles para brindar atención

		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.	CCSS y Hospital San Rafael de Alajuela, año 2022.	por cada 1000 habitantes.
44	Tasa de profesionales en enfermería	Los profesionales en enfermería activos se refieren a aquellos que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Esto incluye: Enfermeros generales y Enfermeros especialistas que cumplan con los requisitos establecidos por el	Información suministrada por las Áreas de Salud de la CCSS y Hospital San Rafael de Alajuela, año 2022.	0,6 profesionales en enfermería diplomadas, disponibles para brindar atención por cada 1000 habitantes.

		Colegio de Enfermeras para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras.		
45	Tasa de profesionales en odontología	Número de odontólogos disponibles por cada 1000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.	Áreas de Salud de la CCSS y Permisos Sanitarios de Funcionamiento de las Áreas Rectoras, año 2022.	0,3 profesionales en odontología disponibles para brindar atención por cada 1000 habitantes.
46	Tasa de camas hospitalarias	Total de camas de hospital que son regularmente mantenidas con recursos y están disponibles para ser ocupadas por pacientes.	Hospital San Rafael de Alajuela, año 2022.	1 cama hospitalaria disponible por cada 1000 habitantes.
47	Tasa de atenciones ambulatorias	Número promedio de consultas médicas por persona por año. 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.	Áreas de Salud de la CCSS y Hospital San Rafael de Alajuela, año 2022.	1952,3 por cada 1000 habitantes.
48	Razón de egresos hospitalarios	Número de egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país,	Hospital San Rafael de Alajuela, año 2022.	44 por cada 1000 habitantes.

		territorio o área geográfica. Representa un estimado del grado de utilización de los servicios de salud de internamiento hospitalario.		
49	Cobertura de esquema básico	Porcentaje de población que tuvo acceso a las dosis necesarias para su edad de acuerdo con el esquema de vacunación.	CCSS, primer trimestre, año 2022.	Primera dosis de varicela: 91,2%. Segunda dosis de neumococo: 90,7%. Segunda dosis de rotavirus: 88,5%.
50	Distribución de servicios de salud	Cantidad total de los servicios de salud que cuentan con un permiso de habilitación vigente otorgado por el Ministerio de Salud.	Base de datos de establecimientos de salud, ARS Alajuela 1 y 2, año 2022.	Ver cuadro 11.
1.5 Otros indicadores				
	Análisis Integral del Indicador	Definición	Fuente	Resultado del Indicador
51	Territorios indígenas	Área de tierra reservada para uso de los pueblos indígenas del país.	No aplica.	En el cantón central de Alajuela no se cuentan con territorios indígenas.
52	Áreas Silvestres Protegidas	Espacio geográfico definido, declarado oficialmente y designado con una categoría de manejo en virtud de su importancia natural, cultural y/o socioeconómica, para cumplir con determinados objetivos de conservación.	INEC, año 2021	Se cuenta con cuatro Áreas silvestres protegidas.

CAPÍTULO II

DESCRIPCION DEL ENTORNO

2. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

La guía metodológica para la elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud del Ministerio de Salud de Costa Rica, indica que: 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. (2019, p. 19)

2.1 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Reseña histórica del cantón central de Alajuela

Esta ciudad ocupa un importante lugar histórico en Costa Rica, debido a que fue un soporte muy activo en la independencia de los españoles.

Conocida como Villahermosa y La Lajuela, Alajuela fue capital de Costa Rica por un breve periodo. Sin embargo, el gran orgullo de esta ciudad es ser la ciudad natal del héroe nacional Juan Santamaría, un niño tamborilero que sacrificó su vida para salvar su país durante la batalla de Rivas, en 1856, contra las fuerzas armadas de William Walker.

La población de La Lajuela debe su nombre al río de La Lajuela, por primera vez se cita este río en los protocolos de Cartago, en el testamento de Juana de Vera y Sotomayor, viuda del Sargento Mayor García Ramiro Corajo otorgado en 1657. Entre sus bienes declara una estancia en el río La Lajuela con 400 yeguas y un burro, 200 reses vacunas y 30 y tantas bestias mulares.

En la escritura de obligación a favor de los menores hijos de María de Zamora y José de Gallegos, el Alférez Nicolás de Céspedes otorgada en 1684, da en garantía

una estancia de ganado vacuno en el sitio que llama La Lajuela en el Valle de Barba, cercano del Río Grande de la Canoa.

Por la misma época, en 1662 empieza a citarse el Río de las Ciruelas. Alonso de Sibaja, en una venta a José de Sandoval habla de un sitio de ganado en el Valle de Barba en la junta del Río de El Virilla y el de las Ciruelas. El río Itiquís empezó a citarse en 1718. Gaspar Fernández de Solano, en su testamento declara tener, un hatu en el río Itiquís que está a las puertas de los potreros del Poás.

En el siglo XVIII continúan citándose fincas tanto en La Lajuela como en Itiquís y en las Ciruelas. A través de la formación de estas fincas se va viendo el proceso geográfico del desarrollo de la población de Alajuela.

El primer núcleo de población lo compusieron 268 habitantes hacendados en parte y distribuidos en cinco caseríos denominados: Barrio de La Lajuela, barrio de los Targuaces, Barrio de Puás, barrio Río Grande y barrio de las Ciruelas. Esos caseríos se extendían hasta la boca de la montaña del Aguacate.

Los moradores se hallaban bajo la jurisdicción eclesiástica de Villa Vieja (Heredia) cuyo sacerdote, don Juan Manuel López del Corral, magnánimo y diligente se dolía de la inasistencia de los moradores de estos barrios a los ejercicios espirituales.

La excusa de esos vecinos se justificaba hasta cierto punto por la extrema pobreza en que vivían en su mayoría, y, además, porque para ir a la parroquia era necesario un recorrido de por lo menos diez kilómetros por entre senderos montañosos, a veces de difícil pasó.

En 1777 los vecinos de La Lajuela y las Ciruelas ante la obligación de trasladarse a la Villa Vieja (Heredia), solicitaron construir un oratorio público provisional el cual se estableció en la casa de Don Dionisio Oconitrillo (de origen español), 30 metros al norte de donde hoy se encuentra la Catedral.

Al incrementarse la población de los cinco barrios existentes en aquel momento: Targúas, Púas, Ciruelas, La Lajuela y Río Grande, estos enfrentaron dificultades para cumplir con sus obligaciones religiosas por lo que optaron solicitar al Obispo de Nicaragua y Costa Rica, Monseñor don Esteban Lorenzo de Tristán, permiso para eregir una ayuda de parroquia a un oratorio público.

Es así como en marzo de 1785 se nombra Cura de la de la ayuda de Parroquia al Presbítero don Juan Manuel López del corral, quien se interesó en construir la Iglesia. A comienzos de 1854 se inició la construcción del actual templo, el cual fue bendecido el 22 de diciembre de 1863.

El 11 de noviembre de 1824, Alajuela recibe el título de ciudad y el 7 de diciembre de 1848, según la nueva terminología para la división política del país por la Constitución promulgada ese año, el de provincia y como Cantón I. El día 16 de febrero de 1921 el papa Benedicto XV emitía la Bula "Praedecessorum", mediante

la cual constituía a la República de Costa Rica, eclesiásticamente, en "Provincia Eclesiástica". Esta provincia Eclesiástica iba a estar integrada por una Arquidiócesis, la Diócesis de Alajuela y el Vicariato Apostólico de Limón.

La ciudad seguía creciendo...

De acuerdo con la Constitución promulgada en las Cortes de Cádiz (España, 19 de mayo de 1812), el primer Ayuntamiento de Alajuela empezó a funcionar en 1813. El 18 de diciembre de ese mismo año, el barrio La Lajuela obtuvo el título de Villa y fue llamada Villa Hermosa, luego se llamó San Juan Neponuceno de Alajuela y finalmente se le otorgó el título de ciudad, el 20 de noviembre de 1824 conservando el nombre de Alajuela hasta nuestros días. Algunos hechos importantes que acontecieron durante esa época y que contribuyeron en el desarrollo de la ciudad se describen a continuación: Mediante un decreto de Ley de Creación de Municipalidades, el 13 de mayo de 1824, Alajuela se constituye en Municipalidad. En ese mismo año se instaló el alumbrado público que se componía de 75 faroles de canfín que deberían ser encendidos todas las noches excepto en luna llena (para aprovechar la claridad); el alumbrado era atendido por tres personas con un salario de siete pesos cada una.

La actual Catedral se comenzó a construir en 1854 y finalizó en el año de 1886, su construcción se realizó frente a lo que se conocía como Plaza Principal, que en 1882 fue transformada en el Parque Central.

Referente a la educación, en 1886 se abrió una escuela primaria financiada por la Municipalidad de Alajuela. En 1879 se estableció el primer colegio de segunda enseñanza, con el nombre de Instituto Municipal de Varones; el 3 de mayo del mismo año se inauguró el Colegio de Nuestra Señora de Sión. En 1887 se fundó, durante la administración de don Bernardo Soto Alfaro, el Colegio Público Instituto de Alajuela como centro educativo modelo.

El 21 de marzo de 1897, se inauguró el alumbrado eléctrico que se llamó "Luz de Arco"; esto con la presencia del presidente de aquel entonces, Rafael Iglesias. Posteriormente en 1905, la Municipalidad solicitó un préstamo de ₡30.000.000 colones con el objetivo de instalar una planta eléctrica para el alumbrado de la ciudad, esta se ubicó en Itiquís y se inauguró en 1908.

A finales del XIX y principios del XX, se edificaron cuatro construcciones de gran valor en torno al parque; la casa del General Tomás Guardia, el edificio que albergó durante años al Instituto de Alajuela, El Cuartel de Armas, hoy ocupado por el Museo

Juan Santamaría y el CIPET y la última construcción y no por ello menos importante fue el Palacio Municipal.

Alajuela cuenta con su propia bandera la cual es de color completamente blanco y con el escudo de la provincia en medio, contrario a lo que muchos ciudadanos creen, el rojo y negro no tiene nada que ver con ella.

Cuadro 1

Características geográficas del cantón central de Alajuela, año 2022

Indicador	Datos de Interés
Extensión territorial	388.43 Km ²
Organización territorial	Distritos: Alajuela, Carrizal, San Isidro, Sabanilla, Río Segundo, Desamparados, Sarapiquí, San José, Tambor, Turrúcares, La Garita, La Guácima, San Antonio, San Rafael
Límites geográficos	Norte: cantón Río Cuarto, sur: los cantones de Santa Ana y Mora, este: el cantón de Sarapiquí, oeste: los cantones de Atenas, Grecia, Poás y Sarchí

Fuente: Elaboración propia, (2022).

El cantón central de Alajuela tiene una extensión territorial de 388.43 Km², cuenta con 14 distritos: Alajuela, Carrizal, San Isidro, Sabanilla, Río Segundo, Desamparados, Sarapiquí, San José, Tambor, Turrúcares, La Garita, La Guácima, San Antonio, San Rafael.

Sus límites territoriales son los siguientes: al norte Río Cuarto, al sur los cantones de Santa Ana y Mora, al este el cantón de Sarapiquí y al oeste los cantones de Atenas, Grecia, Poás y Sarchí.

Plan regulador del cantón central de Alajuela

El Plan tiene como meta impulsar en el cantón de Alajuela, un nuevo modelo de desarrollo, ambientalmente sano y socialmente justo que permita un crecimiento urbano en armonía con la naturaleza; que mantenga los rasgos culturales y las tradiciones del cantón y que eleve la calidad de vida de los habitantes. Dicho Plan fue publicado en la Gaceta N° 182 del viernes 17 de Setiembre de 2004.

Zonificación

Artículo 39. De conformidad con el análisis del suelo urbanizado y urbanizable y no urbanizable del cantón de Alajuela, se determinaron cinco zonas con los usos predominantes del suelo, cada uno de estos usos se subdividan en subzonas.

a) Zona de protección (ZPO)

La Zona de Protección son terrenos fundamentalmente de vocación forestal que se caracterizan a la vez por tener una geoactitud baja y muy baja para el desarrollo urbano, también por ser áreas de pendiente irregular y muy irregulares, con condiciones escasas para la urbanización y con un gran potencial para el uso forestal, por estas condicionantes la zona es de vital importancia en el futuro desarrollo del cantón, en la idea de establecer un modelo sostenible de desarrollo, por la cual la protección de esta, se convierte en un objetivo y directriz primordial a fin de lograr en el futuro un hábitat confortable para los habitantes de Alajuela, elevando con ello la calidad de vida.

En la zona de protección, se encuentran las áreas de nacientes y las zonas de flujo de las mismas, las cuales son de reserva absoluta en donde no se permite la construcción, igualmente con respecto a las zonas inundables y las zonas de alto riesgo por deslizamiento señaladas por la Comisión de Emergencia y adoptadas en el presente Plan.

b) Zona agropecuaria (ZAP)

La Zona Agropecuaria son los suelos que actualmente están dedicados a las actividades agrícolas y pecuarias y que se pretenden conservar para dichos usos, así como también los suelos detectados de vocación agropecuaria. Por el peso económico de esta actividad es de suma importancia la conservación y consolidación de estos terrenos en la actividad agropecuaria.

c) Zona verde (ZV)

La Zona Verde son las áreas destinadas a la recreación pasiva y activa de la población, así como áreas definidas de parques regionales y comprenden los corredores verdes y ecológicos y otras zonas verdes que se preservaran como pulmones, áreas recreativas y polideportivos y de interés histórico.

d) Zona urbana (ZU)

La Zona Urbana son los terrenos destinados para el asentamiento de todas las actividades urbanas como la residencial, comercial, de servicios privados e

institucionales y comunales, industrial, turística, de transporte y otras afines al proceso urbanístico. Se localiza en las áreas que presentan una geo actitud alta para el desarrollo urbano.

e) Zona de corredores turísticos, comerciales y de proyectos especiales (ZCO)

La Zona de Corredores Turísticos, Comerciales y de Proyectos Especiales, son terrenos también destinados para el asentamiento de actividades urbanas con las características de tener un desarrollo lineal, con actividades específicas en turismo, comercio y proyectos especiales, todas ellas bajo el precepto de baja cobertura y densidad.

f) Zona semiurbana (ZSU)

La zona semiurbana, es la zona que actualmente es ocupada por la actividad agropecuaria, actividad en retroceso, pero a la vez esta zona presenta un gran potencial para el desarrollo urbano, por su topografía, la cercanía a los centros de población y la próxima apertura de la autopista a Caldera. Se pretende en esta área, conservar la actividad agropecuaria, permitiendo el uso mixto con otro de tipo de actividades, tales como las turísticas, institucionales, deportivas y residenciales de muy baja densidad.

Identificación de riesgos

Artículo 44. Subzona de reserva absoluta por riesgos

Las zonas que están identificadas por la Comisión de Emergencia como de alto riesgo por inundación, deslizamiento y riesgo volcánico, así como los humedales son de Reserva Absoluta. En las cuales no se permitirá ningún tipo de construcción, a no ser las obras que sirvan para mitigar los riesgos.

Ubicación de servicios

De acuerdo con el Plan Regulador la ubicación de servicios se encuentra en la Zona Urbana, el artículo 61 indica:

La Zona Urbana son los terrenos destinados para asentar la población existente y futura, así como los servicios requeridos para la convivencia de dicha población.

En el presente Plan la Zona Urbana, se subdivide en una serie de Subzonas, las cuales son:

1) Subzona Residencial

La Zona Residencial es el área necesaria para albergar a la población existente y futura, permitiendo su ordenada expansión. La Zona Residencial se divide con fundamento en la densidad en Zona Residencial de Alta Densidad, Zona Residencial de Media Densidad y Zona Residencial de Baja Densidad.

2) Subzona de Servicios Mixtos

Las zonas de comercio y servicios se conciben en el P.R.U. como conjuntos urbanos, que funcionan en forma integral y de manera jerarquizada, en centros y corredores urbanos de diferentes clases. Estos conjuntos serán de diferente rango: municipal, distrital y de barrio, así como la magnitud y connotación del servicio que se brinde.

3) Subzona Mixta Comercial Residencial

La Subzona Mixta Comercial Residencial, tiene como propósito establecer un área mixta con uso comercial y residencial predominante, que funcione como zona integración entre el uso con predominio comercial y los otros usos urbanos. Esta área se ubica en los alrededores del casco central comercial de la ciudad de Alajuela, en la idea de mantener el uso residencial en dicho centro.

4) Subzona Institucional y Comunal

Los servicios Institucionales y comunales son todos los servicios del gobierno como los educativos, de salud, seguridad, telecomunicaciones, así como salas comunales, bibliotecas, módulos culturales y otros.

5) Subzona Industrial

El Plan Regulador de Alajuela modifica en parte el Plan de Zonas Industriales de la GAM, mantiene su localización, a la vez que se establecen otras zonas pequeñas en los centros distritales. Las zonas industriales por establecer son las siguientes:

- 1- Subzona Industrial Central, estas áreas son las ubicadas en el Coyol y Ciruelas por un lado y las Zona Industrial ubicada en San Rafael.
- 2- Subzonas Industriales distritales, estas áreas son las ubicadas en los restantes distritos, sobre la base de áreas pequeñas que proporcionarían el servicio industrial en los distritos sobre la base de industria artesanal, liviana y talleres no contaminantes. En esta denominación se comprende la zona industrial ubicada en los segmentos A y B de los conos de aproximación del aeropuerto en soluciones que deben contar con la

autorización de aviación civil y que sean industrias livianas y no contaminantes.

3- Subzona Industrial Especial, estas áreas se usarán como zonas mixtas en donde se permitirá la construcción de instalaciones industriales, comercio, oficinas, servicios tecnológicos, centro de información, hoteles, y vivienda multifamiliar.

6) Subzona de Transporte y Estacionamiento

El propósito es el de reservar y utilizar áreas destinadas para terminales y paradas de buses, así como de estacionamientos a fin de ordenar el tráfico en el cantón, principalmente en el casco central.

7) Subzona de Almacenamiento y Talleres

El propósito es el de reservar y establecer áreas específicas para el almacenamiento la ubicación de todo tipo de talleres en el cantón. Estas zonas se ubican principalmente en el sector sur del casco central.

En la Zona Urbana no se permitirá por ningún motivo la construcción en zonas de nacientes, y su zona de protección y de flujo, nacientes, zonas de protección de ríos y quebradas, áreas inundables, también las sujetas a deslizamientos y tampoco en los terrenos que presenten pendientes mayores del 30 %. En todo el cantón de Alajuela las construcciones deben cumplir con todas las especificaciones del código sísmico y las recomendaciones del código de cimentaciones, por estar el cantón atravesado por una serie de fallas, además de contar con el visto bueno de la Comisión de Emergencia.

Uso de suelos

Artículo 18. El suelo del Cantón Central de Alajuela se clasifica en tres grandes categorías:

- a) Suelo urbanizado
- b) Suelo urbanizable
- c) Suelo no urbanizable

Artículo 19. El suelo urbanizado es toda aquella porción de suelo que se encuentra edificado o que está dotado de infraestructura y servicios.

Artículo 20. El suelo urbanizable, es aquel que tiene potencial y condiciones para ser urbanizado.

Artículo 21. El suelo no urbanizable es aquel cuya urbanización no es posible o no es conveniente por diferentes razones, entre ellas, las ecológicas y paisajísticas o

por limitaciones físicas del área (pendientes, fallas geológicas, zonas boscosas, de protección de cuerpos de agua, acuíferos y acuitardos inundables o sujetas a otras amenazas o limitaciones).

Artículo 22. En el suelo no urbanizable solamente se permitirá aquel tipo de actividad cuya finalidad sea la preservación ecológica, el mejoramiento paisajístico, la protección de la población, la conformación de áreas verdes y la mitigación del riesgo por amenaza natural o tecnológica.

Artículo 23. Con el propósito de regular las diferentes actividades que se desarrollan en el suelo de Alajuela y contribuir a la consolidación de ciertos usos y actividades y protegerlas de otras que resulten molestas o incompatibles, el uso del suelo se clasifica en los siguientes tipos:

- 1) Usos predominantes, conformes o permitidos
- 2) Usos no permitidos
- 3) Usos no conformes
- 4) Usos condicionales

Artículo 24. Usos conformes. Son todas aquellas actividades o usos del suelo acordes con los requisitos y lineamientos del P.R.U. para cada zona y que pueden ser desarrolladas. En cada una de las zonas existe el uso predominante, permitiéndose otros usos con restricciones establecidas en cada uno de los casos.

Artículo 25. Usos no permitidos. Son aquellas actividades o usos del suelo que no pueden ser llevadas a cabo en un lote o finca, porque no están permitidos por la zonificación establecida por el P.R.U., ya sea porque no corresponden al uso permitido en la zona de que se trate o porque el lote no cumple los requisitos físicos exigidos en la misma.

Artículo 26. Usos existentes no conformes. Son todos aquellos que no cumplen las disposiciones y requisitos incluidos en los reglamentos del P.R.U., pero que existen de previo a la promulgación de éstos.

Artículo 27. Usos condicionales. Son aquellos que pueden darse en una zona, siempre y cuando cumplan los requisitos especiales, que establezca la Municipalidad o cualquier dependencia o institución gubernamental para lograr la protección de la salud pública, la ciudad y la seguridad de los vecinos del Cantón. Estas condiciones deberán indicarse en el Certificado de Uso de Suelo correspondiente (artículo 12 al 15 de este reglamento).

Recuperación de espacios

Artículo 43: arborización de las calles y mobiliario urbano

Para sembrar árboles o instalar cualquier tipo de mobiliario urbano (bancas, basureros, casetas telefónicas, postes de alumbrado, pasamanos, barreras de protección, etc.), en los espacios públicos, la Dirección de Desarrollo y Control Urbano hará un estudio en cada caso, basándose en los siguientes lineamientos:

- a) El paso libre entre la línea de propiedad y el elemento a instalar no puede ser menor de 1.5 m.
- b) En las esquinas debe respetarse un retiro de 8m. para cualquier instalación. En caso de instalarse kioscos de venta esta distancia será 15 m. mínimo.
- c) La separación entre el cordón de caño y el mobiliario no será menor a 0.50 m. La misma separación regirá para el cordón de caño y el hoyo del árbol, la dimensión mínima del hoyo será de 30 cm de lado o de diámetro.
- d) En el Centro Cantonal de Comercio y Servicio, para todos los casos anteriores debe tomarse en cuenta la obligatoriedad de construir alero, toldo o marquesina.

Hidrografía

El sistema fluvial del cantón de Alajuela corresponde a las vertientes del Pacífico y del Caribe. La primera, está representada por la cuenca del río Grande de Tárcoles.

El área es drenada por los ríos Poás, Alajuela, Tizate, que se unen al río Grande, el primero con sus afluentes los ríos Poasito, Caracha, Tambor, Itiquís, así como por los ríos Ciruelas, Segundo y Bermúdez, que se unen al río Virilla. El río Poás y sus afluentes, lo mismo que el Tizate, nacen en el cantón; los primeros en las laderas del volcán del mismo nombre; los cuales presentan una dirección de noreste a suroeste. Los ríos Grande, Virilla, Poasito, Poás y Segundo, son límites cantonales; el primero con Atenas, el segundo con Mora y Santa Ana de la provincia de San José; Poasito y Poás con el cantón del nombre de este último, y el río Segundo con Belén de la provincia de Heredia.

A la vertiente del Caribe corresponde la subvertiente Norte, representada por la cuenca del río Sarapiquí. Este sector es drenado por el río del mismo nombre, con sus afluentes los ríos La Paz, Ángel, Cariblanco, María Aguilar, San Fernando y Volcán; lo mismo que por el río Sardinal y Quebrada Gata.

Estos cursos de agua, excepto Sarapiquí, San Fernando y Volcán, nacen en el cantón, en las laderas del volcán Poás; el río Ángel se origina en la laguna del mencionado volcán; los cuales presentan un rumbo de suroeste a noreste y de sureste a noroeste. Los ríos Sardinal, María Aguilar y la Quebrada Gata son límites cantonales; los dos primeros con el cantón de Río Cuarto; y el último con el de Sarchí. También se encuentra en el cantón la Laguna María Aguilar.

Relieve

La mayor parte del cantón está conformada por relieve plano (117,79 km² – 30%). El Distrito de Sarapiquí presenta mayor espacio con relieve plano. San José y San Antonio se encuentran conformados en gran parte por tierras planas.

El relieve ligeramente ondulado se presenta en San Rafael. Territorios con relieves variados pronunciados: Sarapiquí, y Sabanilla. El relieve escarpado se encuentra principalmente en Sarapiquí, Sabanilla y San Isidro, aunque el primero también muestra zonas de relieve fuertemente escarpado. Los relieves ondulados, escarpados y fuertemente pronunciados se ubican también en zonas de Sabanilla.

El clima y suelo

El clima que caracteriza al cantón de Alajuela se encuentra a 10° latitud norte, en la Zona Intertropical del planeta, pero su temperatura es moderada por la altitud, a 960 msnm, por lo que se considera un clima tropical de montaña. Se ubica en una llanura aluvial de la vertiente al Océano Pacífico, entre los ríos Ciruelas y Alajuela, los cuales bajan de los macizos del volcán Poás (2708 msnm) y el volcán Barva (2906 msnm).

La oscilación térmica diaria es de aproximadamente de 10 °C. Las temperaturas más bajas del año pueden alcanzar 15 °C entre diciembre y febrero, y las más altas 32 °C entre marzo y mayo. El clima alajuelense tiene mayor influencia del Pacífico, esto hace que Alajuela sea más seco que San José. La mínima temperatura registrada ha sido de 11 °C el 22 de enero de 1964, mientras la máxima se registró el 3 de marzo de 1957 cuando alcanzó 34.6 °C.

Flora y Fauna

Según el sistema de clasificación de zonas de vida de Holdridge, la naturaleza del espacio que hoy es el cantón de Alajuela es un bosque tropical de montaña, bañado por ríos de agua clara, poblado de robles, higueras, palmeras, flores y frutas tropicales, y habitado por miles de aves coloridas, mariposas, ranas, venados, coyotes, y jaguares.

2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Población

La población proyectada según el INEC, para el 30 de junio del año 2022, en el cantón central de Alajuela es de un total de 321872 habitantes, de los cuales 158804 son mujeres y 163068 son hombres.

La población se encuentra distribuida en los siguientes distritos: Primero, San José, Carrizal, San Antonio, La Guácima, San Isidro, Sabanilla, San Rafael, Río Segundo, Desamparados, Turrúcares, Tambor, Garita y Sarapiquí.

Composición poblacional por grupos de edad y sexo

Cuadro 2

Distribución de la población proyectada, según grupo de edad y sexo, cantón central de Alajuela, año 2022

Grupos de Edad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Menos de 1 año	1793	1790	3 583	1,1
1 a 9 años	20 560	19 578	40 138	12,4
10 a 19 años	22 563	22 049	43 861	13,6
20 a 64 años	103 565	99 194	202 759	63
65 y más	14 587	16 944	31 531	10
	163 068	159 555	321 872	100,0

Fuente: Base de proyección de población, INEC, (2022).

El cuadro 2 muestra que la mayor cantidad de población se encuentra en el grupo etario entre los 20 años a 64 años (63% de la población).

Razón Mujer-Hombre

En el cantón de Alajuela existen 98 mujeres por cada 100 hombres, según la proyección de población del INEC para el año 2021, siendo muy similar a la razón mujer-hombre nacional que es de 99 mujeres por cada 100 hombres.

Razón de dependencia demográfica

En Costa Rica hay 45 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas, en el cantón central de Alajuela hay 47 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas

Razón de envejecimiento

El cantón central de Alajuela cuenta con 45 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años, el mismo dato se refleja a nivel nacional.

Proporción de la población urbana

El 88% de la población del cantón central de Alajuela reside en zona urbana, según el censo nacional del año 2011, y de los catorce distritos tenemos que Alajuela, San José, San Antonio y Río Segundo, concentran el mayor porcentaje de población urbana.

Proporción de personas por curso de vida

La proporción de personas por curso de vida en el cantón central de Alajuela para el año 2022, está distribuida de la siguiente manera: menores de 1 año (1,1%), de 1-9 años (12,4%), de 10-19 años (13,6%), de 20-64 años (63%) y de 65 años y más son el 10%.

Tasa de fecundidad total

El número promedio de hijos esperados es de 43 en mujeres en edad reproductiva en el cantón central de Alajuela para el año 2021. Mientras que en Costa Rica la tasa de fecundidad total es de 1,6 hijos para el año 2019, según proyección de población del INEC.

Total de nacimientos

En el cantón central de Alajuela hubo un total 3583 nacimientos para el año 2021, mientras que en Costa Rica para ese mismo año se presentaron 54287 nacimientos.

Tasa de Natalidad

La tasa de natalidad en el cantón central de Alajuela es de un 11,3 que está levemente elevada sobre la tasa nacional que es de 10,5 nacimientos por cada 1000 habitantes.

Tasa de crecimiento natural de la población

El cantón central de Alajuela cuenta con una tasa de crecimiento natural de la población de un 0,4. Lo que significa que la población del cantón central de Alajuela para el año 2021 según la proyección del INEC, aumentó a un promedio anual de 0,4 habitantes por cada 100 personas, siendo ésta igual a la tasa nacional.

Tasa global de fecundidad

El número promedio de hijos esperados es de 43 en mujeres en edad reproductiva en el cantón central de Alajuela para el año 2021. Mientras que en Costa Rica la tasa de fecundidad total es de 1,6 hijos para el año 2019, según proyección de población del INEC.

Esperanza de vida al nacer

Según el INEC para el año 2020, la esperanza de vida a nivel nacional es de 80,6 años, no se cuenta con el dato cantonal.

Número anual de defunciones

El total de defunciones en Costa Rica durante el año 2021 según el INEC fue de 31081 fallecimientos y en el cantón central de Alajuela fue de 954 defunciones.

Tasa cruda de mortalidad

En el cantón central de Alajuela se produjeron 6 muertes por cada 1000 habitantes para el año 2021, según el INEC, siendo igual a la tasa nacional.

Densidad de población

La densidad poblacional en el cantón central de Alajuela es de 1556 habitantes por km², según datos del INEC para el año 2016, no se cuentan con datos más recientes.

Nivel de instrucción

Cuadro 3

Población de 15 años o más por nivel de instrucción, según región de planificación y sexo, año 2022

Región de planificación y sexo	Total	Nivel de instrucción									Ignorado
		Sin instrucción	Primaria		Secundaria académica		Secundaria técnica		Educación superior		
			Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Pregrado y grado	Posgrado	
Hombres	1 248 641	22 420	89 204	279 013	257 033	252 408	11 536	27 756	273 792	34 778	701
Mujeres	1 444 791	27 138	123 679	307 262	273 811	285 989	11 984	24 351	351 125	39 452	
Total	2 693 432	49 558	212 883	586 275	530 844	538 397	23 520	52 107	624 917	74 230	701

Fuente: INEC, año (2022).

De acuerdo con lo detallado en el cuadro anterior, se observa que en la Región Central para el año 2022, según datos del INEC, el nivel de instrucción mayor en la población es la educación superior específicamente en pregrado y grado, para un total de 624917 personas. No se disponen de los datos cantonales.

Asistencia a la educación regular

Cuadro 4

Población de 5 años y más por condición de asistencia a la educación regular y sexo, cantón central de Alajuela, año 2011

Cantón	Total			Asiste			No asiste		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Alajuela	235 232	115 729	119 503	67 523	33 630	33 893	167 709	82 099	85 610

Fuente: INEC, año (2011).

El cuadro anterior muestra que para el año 2011, según información brindada por el INEC, en el cantón central de Alajuela la población de 5 años y más que no asiste a la educación regular es mayor que la que asiste.

Tasa de deserción educativa

Según información brindada por el Departamento de Análisis Estadístico del MEP, a nivel nacional para el año 2019, hubo una deserción escolar en el primer y segundo ciclo de 7,8 estudiantes por cada 100 y en el tercer ciclo y educación diversificada de 32,7 estudiantes por cada 100. No se cuentan con datos recientes regionales y cantonales.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Tasa de alfabetización

Cuadro 5

Tasa de alfabetización nacional y del cantón central de Alajuela, año 2011

Tasa nacional	97,6%
Tasa cantonal (Alajuela)	98,2%

Fuente: INEC, Censo Nacional, Costa Rica (2011).

De acuerdo con el Cuadro 5, el cantón central de Alajuela tiene una tasa de alfabetización del 98,2 siendo mayor que la tasa nacional y se tiene que el 2% de la población cantonal clasifica como analfabeta.

Índice de Desarrollo Humano (IDH)

El índice de desarrollo humano (IDH) en Costa Rica para el año 2019 fue 0,81 puntos, lo que supone una mejora respecto a 2018, que fue de 0,80.

El IDH es un indicador que elabora cada año Naciones Unidas. Se trata de un indicador que, a diferencia de los que se utilizaban anteriormente que medían el desarrollo económico de un país, analiza la salud, la educación y los ingresos.

El IDH mide el promedio de los logros de un área geográfica específica en tres dimensiones básicas del desarrollo humano:

- Una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer.
- El conocimiento, medido por la tasa de alfabetización de adultos (con una ponderación de dos tercios) y la tasa neta combinada de matriculación en primaria y secundaria (con una ponderación de un tercio).

- Un nivel de vida digno, medido por el Índice de Bienestar Material a partir del consumo de electricidad residencial por cliente.

Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)

De acuerdo con el Atlas de Desarrollo Humano Cantonal del año 2021, de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica, el índice de desarrollo humano para el cantón central de Alajuela es de 0,83.

Índice de desarrollo social cantonal (IDS)

Según MIDEPLAN para el año 2017 el IDS del cantón central de Alajuela es de 65,3.

Este índice constituye un indicador resumen que mide las brechas sociales entre las diferentes áreas geográficas del país (cantones y distritos).

El valor del IDS oscila entre 0 y 100, correspondiendo el valor más alto al cantón en mejor situación sociodemográfica y el más bajo al que presenta el mayor rezago en su nivel de desarrollo.

Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías

Cuadro 6

Proporción de viviendas según tenencia, Región Central, año 2021

Tipo de tenencia de la vivienda	Porcentaje
Viviendas propias pagando a plazos	73,2
Viviendas alquiladas	70
Viviendas en precario	69,1
Viviendas propias totalmente pagadas	60,2
Viviendas con otro tipo de tenencia	39,3

Fuente: INEC, encuesta nacional de hogares, (2021).

En el cuadro anterior se observa en la región de planificación central, que las viviendas propias pagando a plazos son las que representan mayor tenencia y ocupantes según la encuesta nacional de hogares del año 2021. No se cuenta con el dato cantonal.

Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar

Según la encuesta nacional de hogares del año 2021 del INEC, para la Región Central, el porcentaje de hogares con jefatura femenina es de 50,1% en condición de pobreza no extrema y de un 53,2% para las familias en pobreza extrema.

No se cuenta con el indicador cantonal.

Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes

Para Costa Rica en el año 2021, según datos obtenidos del Banco Mundial, el PIB es de 12472,4.

Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema

En nuestro país el porcentaje de hogares en pobreza no extrema es de un 16,7% y a nivel de la región central es de 14,2%, según datos del INEC para el año 2021, no se dispone del dato cantonal.

Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema

En nuestro país el porcentaje de hogares en pobreza extrema es de un 6,3% y a nivel de la región central es de 3,9 %, según datos obtenidos del INEC para el año 2021. No se dispone del dato cantonal.

Población económicamente activa (PEA)

La región central cuenta con 1384776 personas que conforman la fuerza de trabajo o población económicamente activa, según información suministrada por el INEC para el primer trimestre del año 2022.

Tasa de ocupación

En Costa Rica la tasa de ocupación de la población de 15 años a más es de 33,7 mientras que para la región central la tasa de ocupación es de 53,5 según la proyección de población del INEC para el año 2022.

Frecuencia por rama de actividad del empleo principal**Cuadro 7****Rama de actividad del empleo principal, según región, segundo trimestre, año 2022**

Rama de actividad del empleo principal	Casos	Porcentaje
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	61 441	4,3
Explotación de minas y canteras	266	0,1
Industrias manufactureras	203 067	14,4
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	6 544	0,5
Suministro de agua, evacuación de aguas residuales y gestión de desechos y contaminación	7 365	0,5
Construcción	81 761	5,8
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motores y de las motocicletas	269 412	19,1
Transporte y almacenamiento	71 737	5,1
Actividades de alojamiento y servicios de comida	74 928	5,3
Información y comunicaciones	38 736	2,8
Actividades financieras y de seguros	33 413	2,4
Actividades inmobiliarias	13 369	0,1
Actividades profesionales, científicas y técnicas	55 334	4
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	102 948	7,3
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	54 857	4
Enseñanza	83 498	6
Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social	59 107	4,2
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	22 844	2
Otras actividades de servicios	78 537	6
Actividades de los hogares como empleadores	89 113	6,3
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	867	0,1
No especificado	5 439	0,4
Total	1 414 583	100,00%

Fuente: INEC, segundo trimestre, (2022).

De acuerdo con lo detallado en el cuadro anterior, se observa que, en la Región Central para el segundo trimestre del año 2022 según datos brindados por el INEC, la principal actividad de empleo es el comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motores y de las motocicletas con un 19.1%, seguido por las industrias manufactureras con un 14.4%. No se cuenta con el dato cantonal.

Tasa de desempleo abierto

En Costa Rica, 13 personas de cada 100 en la fuerza de trabajo de 15 años y más se encuentran desempleadas para el I Trimestre del 2022 y en la región central 16 personas de cada 100 están en la misma condición de desempleo.

Ingreso per cápita de los hogares por quintiles

No se dispone de este indicador a nivel cantonal, sin embargo, se cuenta con el ingreso per cápita de los hogares por quintiles de la región central para el año 2021 con datos proporcionados por el INEC, los cuales son los siguientes: quintil I (75428), quintil II (156417), quintil III (267679), quintil IV (458807) y quintil V (1282142).

Razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos

No se dispone de este indicador a nivel del cantón central de Alajuela, sin embargo, a nivel de la región central para el año 2021, la razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos es de 11%.

Coefficiente de Gini

A nivel cantonal no se dispone de este indicador, para la región central el coeficiente de Gini es de 0,50 siendo este similar al dato nacional que es de 0,52.

Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable

De acuerdo con el censo del año 2011, la proporción de la población del cantón de Alajuela que usa fuentes mejoradas de agua potable es de 99,7%.

Porcentaje de agua intradomiciliaria

Según la encuesta nacional de hogares del año 2021 del INEC, para la Región Central, el porcentaje de hogares con tubería dentro de la vivienda es de 98,5%. No se cuenta con el indicador cantonal.

Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento

A nivel del cantón central de Alajuela no se cuenta con el dato de ese indicador, sin embargo, se dispone de la información de la provincia de Alajuela para el año 2021 según el INEC, donde la proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento es del 98%.

Disposición de residuos

Según la encuesta nacional de hogares del INEC para el año 2021, la Región Central, 1003055 viviendas utilizaron el camión recolector, 3063 viviendas dispusieron sus residuos en un hueco o la enterraron, 12226 viviendas la quemaron y 585 viviendas la botaron en lotes baldíos. No se cuenta con el dato cantonal.

Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas

Cuadro 8

Distribución porcentual de nacimientos, según distritos, cantón central de Alajuela, año 2021

Distrito	Número de nacimientos	Porcentaje
Alajuela	575	16
San José	467	13
Carrizal	101	3
San Antonio	329	9
La Guácima	387	11
San Isidro	219	6
Sabanilla	115	3
San Rafael	464	13
Río Segundo	167	5
Desamparados	318	9
Turrúcares	110	3
Tambor	215	6
La Garita	76	2
Sarapiquí	40	1

Fuente: Estadística de nacimientos, (INEC), 2021.

El Cuadro 8 muestra que para el año 2021 en el cantón central de Alajuela, hubo un total de 3583 nacimientos, de los cuales el 16% se concentra en el distrito Alajuela, seguido de San José y San Rafael con un 13% y la Guácima con un 11%.

Cuadro 9

Distribución porcentual de nacimientos, según controles prenatales recibidos, cantón central de Alajuela, año 2021

Controles prenatales	Número de nacimientos	Porcentaje
0	29	0,8
De 1 a 5	461	13
De 6 a 10	2738	76,4
De 11 y más	324	9
Sin datos	31	0,9

Fuente: Estadística de nacimientos, (INEC), 2021.

Según lo detalla el Cuadro 9 de los 3583 nacimientos ocurridos durante el año 2021 en el cantón central de Alajuela, 2738 gestantes recibieron de 6 a 10 controles prenatales, lo que representa un 76,4%. Pudiendo ser un indicador de que existe un acceso adecuado a los servicios de salud.

Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado

Cuadro 10

Distribución porcentual de nacimientos, según persona que atendió el parto, cantón central de Alajuela, año 2021

Persona que atendió el parto	Número de nacimientos	Porcentaje
Profesional en medicina	503	14
Profesional en enfermería obstétrica	2 092	58,4
Profesional en enfermería	21	0,6
Profesional en medicina gineco-obstetra	964	27
Otra persona	3	0,1

Fuente: Estadística de nacimientos, INEC, (2021).

El Cuadro 10 refleja que el 58,4% de los nacimientos fueron atendidos por un profesional en enfermería obstétrica.

Institución donde ocurrió el parto

Según la encuesta nacional de hogares del año 2021 del INEC, el número de instituciones que reportaron la atención de nacimientos de familias residentes en el cantón central de Alajuela fue de 26 instituciones distribuidas por todo el país, de los cuales la institución con el mayor reporte es el Hospital San Rafael de Alajuela con 2877 nacimientos, seguido por el Hospital México con 215 nacimientos.

Tasa de profesionales en medicina

En el cantón de Alajuela para el año 2022 existen 1,3 médicos disponibles para brindar atención por cada 1000 habitantes. Lo que se observa que la cantidad de profesionales en medicina es poca para la cantidad de población que hay en el cantón central de Alajuela.

Tasa de profesionales en enfermería

En el cantón de Alajuela para el año 2022 existen 0,6 profesionales en enfermería diplomadas, disponibles para brindar atención por cada 1000 habitantes. Lo que se observa que la cantidad de profesionales en enfermería es reducida para la cantidad de población que hay en el cantón central de Alajuela.

Tasa de profesionales en odontología

En el cantón de Alajuela para el año 2022 existen 0,3 profesionales en odontología disponibles para brindar atención por cada 1000 habitantes.

Tasa de camas hospitalarias

Según datos del Hospital San Rafael de Alajuela, en el cantón de Alajuela para el año 2022 hay 1 cama hospitalaria disponible por cada 1000 habitantes. Lo cual podría considerarse un número reducido de camas para la cantidad de habitantes del cantón.

Tasa de atenciones ambulatorias

En el cantón de Alajuela para el año 2022 la tasa de atenciones ambulatorias brindadas en salud es de 1952,3 por cada 1000 habitantes. Este indicador refleja que existe una posible saturación debido a la alta demanda de los servicios de salud, tanto en el primer como en el tercer nivel de atención.

Razón de egresos hospitalarios

Según datos del Hospital San Rafael de Alajuela, en el cantón de Alajuela para el año 2022 la razón de egresos hospitalarios fue de 44 por cada 1000 habitantes. Lo que representa un estimado de la utilización de los servicios de internamiento en ese establecimiento.

Cobertura esquema básico de vacunación

Cuadro 11

Costa Rica. Cobertura de esquema básico de vacunación, primer semestre, año 2022

Vacuna	Dosis aplicadas	Porcentaje de cobertura
Pentavalente 1 (DTaP/Hib/IPV)	5 589	84,1
Pentavalent 2 (DTaP/Hib/IPV)	5 797	87,2
Pentavalente 3 (DTaP/Hib/IPV)	5 523	83,1
VHB 3	5 731	86,2
Neumococo 2	6 033	90,7
Rotavirus 2	5 886	88,5
SRP1	5 793	87,8
Varicela 1	6 017	91,2
Penta refuerzo	5 810	88,1
Neumo refuerzo	5 701	86,4

Fuente: CCSS-GM-DDSS-ASC-SAVE con datos de EDUS-SIVA IT, (2022).

En el cuadro anterior se observan las coberturas de vacunación del esquema básico de nuestro país, donde la cobertura más alta la alcanzó varicela con un 91,2% y la cobertura menor fue la pentavalente 3 con un 83,1%. No se cuentan con los datos regionales y cantonales.

Distribución de servicios de salud

Cuadro 12

Distribución de establecimientos de atención ambulatoria públicos y privados, cantón Alajuela, año 2022

Establecimientos de atención ambulatoria	Total
Consultorios médicos ambulatorios de empresas	88
Consultorios médicos ambulatorios privados	75
Consultorios odontológicos ambulatorios privados	63
Consultorios de fisioterapia ambulatorios privados	26
Ópticas	21
Equipos Básicos de Atención Integral en Salud Área de Salud Alajuela Oeste	17
Equipos Básicos de Atención Integral en Salud Área de Salud Alajuela Norte	16
Equipos Básicos de Atención Integral en Salud Área de Salud Alajuela Sur	15
Consultorios odontológicos ambulatorios de empresas	12
Equipos Básicos de Atención Integral en Salud Área de Salud Alajuela Central	11
Consultorios de nutrición ambulatorios privados	10
Consultorios de psicología ambulatorios privados	7
Hospital San Rafael de Alajuela	1

Fuente: Base de datos de establecimientos de salud ARS 1 y ARS 2, (2022).

De acuerdo con lo detallado en el cuadro anterior se observa que en el cantón central de Alajuela para el año 2022, la mayor cantidad de establecimientos que brindan atención ambulatoria son los consultorios médicos ambulatorios de empresa con un total de 88. Es importante señalar que los establecimientos

descritos en el cuadro cuentan con su respectivo Permiso sanitario de Funcionamiento.

Territorios indígenas

En el cantón central de Alajuela no se cuentan con territorios indígenas.

Áreas Silvestres Protegidas

Según datos del INEC, para el año 2021, el cantón central de Alajuela cuenta con cuatro Áreas Silvestres Protegidas, las cuales son: a nivel del distrito de Carrizal la Cordillera Volcánica Central y en el distrito de Sarapiquí tenemos: el Volcán Poás, Bosque Alegre, Río Toro y parte de la Cordillera Volcánica Central.

En los alrededores del cantón central de Alajuela se encuentra un sobresaliente centro de comercio de ganado e industrias azucareras. No obstante, su principal producto es el café, reconocido a nivel mundial por su excepcional calidad.

Tiene gran cantidad de vías y medios de comunicación que le dan gran importancia con rutas de acceso a varias provincias del país. Posee dentro de sus vías de comunicación el Aeropuerto internacional Juan Santamaría, la pista General Cañas que comunica el país hacia la zona del pacífico central y norte, y además la comunicación con la zona norte del país, el ferrocarril y servicios de autobuses.

El cantón de Alajuela ocupa el primer lugar nacional en la producción de café y azúcar de caña. Produce además granos básicos (arroz, frijoles, maíz), frutas, legumbres, tubérculos y hortalizas.

La población del cantón de Alajuela se ven beneficiados económicamente con el sector turismo, esto que se considera un lugar de veraneo debido a su clima templado durante todo el año, además la facilidad para el turista de encontrar suficientes hoteles y alojamientos para todos los presupuestos. Otras atracciones turísticas, son el Museo Histórico Cultural Juan Santamaría, el Zoológico Ave, la Finca Mariposa o el Volcán Poás, el cual se encuentra justo en las afueras de la ciudad.

Además, en el cantón central de Alajuela se asientan las plantas procesadoras de leche de la empresa líder en lácteos en Costa Rica y Centroamérica: la Cooperativa de Productores de Leche Dos Pinos, propiedad de miles de productores de leche, con sus plantas de El Coyol.

Además, en la zona alrededor de la ciudad de Alajuela se ha asentado gran cantidad de empresas manufactureras de exportación tales como la compañía alemana de implementos de alta tecnología para automóviles Continental AG. En Alajuela operan las zonas francas de El Coyol, Montecillos y BES.

Cuadro 13**Organizaciones según tipo de institución, cantón central de Alajuela, año 2022**

Organizaciones comunales y Otras ONG	Instituciones Públicas	Centros Educativos	Instituciones del Estado
Asociaciones de desarrollo integral	Ministerio de Salud MEP	Escuelas públicas y privadas de pre – escolar y primaria (I y II Ciclo)	Centros Educativos Banco de Costa Rica
Asociaciones de desarrollo específico	Municipalidad de Alajuela y Consejos de Distrito	Colegios académicos públicos diurnos y nocturnos de secundaria	MEP Dirección Regional
Comités pro mejoras de barrios o poblados	Acueductos y Alcantarillados		Tribunal Superior de Elecciones ICE Alajuela
Comités Cantonales de Deportes y Recreación	Hospital San Rafael de Alajuela IMAS	Colegios técnicos profesionales públicos	Ministerio del Ambiente, Energía y Telecomunicaciones. CCSS
Cruz Roja ASADAS	Biblioteca Pública OIJ de Alajuela	Colegios académicos privados diurnos	Ministerio de Agricultura y Ganadería Tránsito Alajuela
Asociaciones para administración de hogares de ancianos	INS Bomberos Alajuela	Escuela de Enseñanza Especial para personas con discapacidad	Dinadeco Alajuela Policía Municipal Dirección General Fuerza Publica
Asociaciones para el cuidado de personas alcohólicas y drogadictas	Oficinas de la Corte y Tribunales de Justicia Banco Popular y de Desarrollo Comuna Banco Nacional de Costa Rica	Universidad Técnica Nacional y sedes de otras universidades públicas y privadas	

Fuente: Elaboración propia, (2022).

El cuadro anterior nos muestra la gran variedad de organizaciones que se encuentran en el cantón central de Alajuela.

Aspectos sociales y culturales

Medios de comunicación

En la comunidad se tiene un fácil acceso a diferentes medios de comunicación que, a su vez, son los mismos utilizados en todo el país.

Entre ellos cabe destacar:

- Oficina de Correos.
- Radio Alajuela.
- Periódico de circulación nacional.
- Empresas de televisión por Cable
- Instituto Costarricense de Electricidad.

Actividades Religiosas

Los ciudadanos del cantón central de Alajuela en su mayoría profesan su fe en la religión oficial del país, la Religión Católica; sin embargo, hay distintas agrupaciones y denominaciones religiosas.

La población alajuelense, es una población de tradición muy católica, siendo ésta la religión oficial y predominante, por lo que destacan:

- a. Celebraciones eucarísticas
- b. Rosario del niño Dios
- c. La realización de los portales
- d. Las procesiones de Semana Santa
- e. Asistir a la Eucaristía los domingos
- f. Los días de Romería a la provincia de Cartago.

Existe otra parte de la población que no es católica y ésta se congrega en sus respectivas denominaciones religiosas.

Actividades comunales

En las comunidades se realizan varias ferias y actividades comunales, especialmente en la preparación de la Semana Santa y de la celebración las fiestas patronales de cada comunidad. Ocasionalmente, se celebran bingos, turnos y procesiones; organizados por la Iglesia católica y por las diferentes asociaciones comunales. Se cuenta con dos teatros; uno el Teatro Municipal y el otro el Teatro Juan Santamaría, en este último se realiza todos los días eventos y presentaciones artísticas de actores y artistas locales; esto bajo el lema de “Teatro al medio día”.

Hay celebraciones importantes del cantón, tales como las fiestas del 11 abril día de la Batalla de Rivas, en honor al héroe nacional Juan Santamaría, las fiestas del 15 de setiembre, fiestas de independencia y las fiestas del 24 de octubre día del Cantón Central de Alajuela.

Actividades productivas

Durante las dos últimas décadas, han ocurrido en el cantón de Alajuela cambios estructurales importantes en los estilos de vida urbana que inciden y reflejan transformaciones en el accionar de la rama comercial y de servicios. Se observan modificaciones en el espacio ocupado por las actividades comerciales y en el papel jugado por las escalas típicas del comercio en la ciudad: vecinal, provincial y metropolitana.

El cantón de Alajuela es un importante centro de comercio y servicios, además de presentar una actividad industrial en crecimiento la cual se ve favorecida por diversos factores de localización y disponibilidad de recursos.

Dada la variedad del paisaje y su belleza, la actividad turística se ha desarrollado en los últimos años a lo largo del territorio. Alajuela es un cantón que presenta una diversidad productiva importante, el análisis de su actividad económica se analiza mediante zonas que comparten dinámicas económicas similares:

-El sector norte del cantón compuesto por parte de los distritos de Sarapiquí, San Isidro, Sabanilla, Carrizal y la parte norte de los distritos de Tambor y Desamparados, se caracteriza por tener una topografía quebrada en muchas zonas, cuenta con una cobertura boscosa importante de enorme belleza escénica, mantos acuíferos y desarrollo de actividades agrícolas.

-La zona industrial, compuesta principalmente por parte del distrito de San José, el norte de los distritos de Garita y San Antonio, caracterizada especialmente por el desarrollo de parques industriales, zonas francas, agencias de servicios aduanales y de desalmacenaje, así como la parte de San Rafael que se encuentra más ligada a la zona industrial de Belén. La zona central del cantón compuesta principalmente por el distrito de Alajuela, la parte noreste y noroeste de los distritos de San José y Río Segundo, y

parte de los distritos de San Antonio y Desamparados. Se caracteriza por presentar la mayor zona urbanizada del cantón y la mayor concentración de comercios y servicios de Alajuela. La zona sureste y suroeste del cantón, especialmente la parte de los distritos de Turrúcares, Guácima, San Rafael y la Garita, que se caracteriza por ser de carácter más rural, desarrollo de actividades agrícolas, desarrollo de comercios y servicios menos concentrados que en la zona central, y algunas zonas con potencial desarrollo industrial.

El desarrollo urbano del cantón de Alajuela ha cambiado significativamente el uso del suelo, mucha área de uso agropecuario pasó a ser de uso urbano incrementando así la participación de los sectores comerciales y de servicios, y en los últimos 20 años del sector industrial.

También se comienzan a identificar importantes corredores turísticos en crecimiento, como el de la Garita y otros de menor desarrollo ubicados en la parte norte del cantón principalmente en Sabanilla. De acuerdo con los datos de empresas formales de la Caja Costarricense de Seguro Social, la mayoría de las actividades productivas del cantón son desarrolladas por pequeñas empresas que aportan la tercera parte de las exportaciones del cantón. El 65% de las exportaciones del cantón de Alajuela se producen en regímenes especiales (zonas francas), y la mayor parte del total de exportaciones se hace por vía aérea.

Nivel de empleo y desempleo

Del documento “Diagnóstico de necesidades laborales y educativas en los distritos del Cantón Central de Alajuela”, elaborado por la Oficina de Capacitación y Empleabilidad de la Municipalidad, los distritos con menor índice de desarrollo social son: Carrizal, San Isidro, Sabanilla, Tambor, Sarapiquí, Desamparados, San Antonio, San José y La Garita.

Las mujeres por su condición de género y las personas jóvenes con poca escolaridad y experiencia tienen menos posibilidades de acceso al empleo. Por parte de las empresas la experiencia no es valorada solo en función del puesto, sino en la actitud de la persona, esto significa que se toma en cuenta la responsabilidad, el atender a la autoridad, respeto de normas, cumplimiento, honestidad, la experiencia la relacionan con la capacidad de asumir responsabilidades y cumplir con un horario.

Si la persona ha tenido este tipo de experiencias anteriormente es valorado. Hay una relación directa entre las características sociales y económicas de los distritos y el nivel de dependencia, por lo que las mujeres se ven más afectadas en materia de acceso al empleo.

El emprendedurismo dirigido a la participación de jóvenes y mujeres es considerado como un elemento clave en respuesta a las necesidades laborales y el desarrollo

económico y social de las comunidades. Se requiere promover la educación abierta y de adultos en las comunidades, se hace evidente la necesidad de mejorar el nivel educativo, tanto para generar mejores oportunidades de empleo como para el crecimiento personal de estas comunidades.

La mayor parte de los empleos existentes sobre todo en distritos catalogados como zonas agrícolas son de baja calificación por lo que esto repercute en la calidad y expectativa de vida de quienes accedan a estos. No existen industrias que generen empleos de calidad en muchos de los distritos, algunas de estas razones podrían deberse a la baja escolaridad, identificación de zona como no industrial, recurso humano de la comunidad no calificado, ubicación geográfica de las comunidades.

Con relación al desempleo se han dado despidos masivos en empresas que constituían una importante fuente de empleo, el caso de Desamparados, San Isidro y Sabanilla, Zona Franca Z, Zona Franca Coyol.

Las comunidades cercanas a zonas francas no valoran su presencia como fuentes de empleo o con impactos positivos al cantón. Algunas de las empresas que requieren recurso humano calificado no cuentan con esa posibilidad en los distritos. La mayor parte del personal que contratan es operario y de baja calificación o no calificado, con baja escolaridad y es el que más se encuentra disponible.

En cuanto al tema de responsabilidad social empresarial, se manifiesta un interés de las empresas por el apoyo a iniciativas en esta línea y sobre todo que responda a las necesidades de las comunidades cercanas. El tema de la contratación a personas con alguna condición de discapacidad, manifiestan su anuencia en una gran parte, siempre y cuando el puesto, el nivel y la condición de la persona se adapten a la empresa, pero no se manifiesta ninguna política en este sentido. Es la persona quien debe adaptarse a las condiciones de las empresas y no se visualiza desde la empresa que adapte las condiciones para favorecer su inserción.

2.4 DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS

Amenazas naturales

Los distritos más propensos a las amenazas naturales son Sarapiquí y Turrúcares ya que en todas las categorías ocupan los primeros lugares. Hay distritos que se ubican en zonas con pocas amenazas como es el caso de Río Segundo, San Antonio y San José. Las fallas geológicas se encuentran en doce de los distritos del cantón.

Los tipos de fallas geológicas presentes por distrito son:

- Falla Pliegue de Alajuela: Atraviesa el cantón de Alajuela y es capaz de producir un sismo de 6,4 grados.

- Falla inversa Rosales: tiene una longitud de 4,8 km, capaz de producir un sismo de 5,8 grados.
- Falla inversa Argentina: tiene una longitud de 4,6 km, es capaz de producir un sismo de 5.8 grados.
- Falla inversa Santa Bárbara: tiene una longitud de 7,6 km, capaz de producir un sismo de 6,1 grados.
- Falla San Miguel: es una falla de grandes dimensiones, se localiza al norte del Cantón, y forma el límite entre la zona de la Cordillera Central y las llanuras de Norte de Costa Rica y es capaz de generar un sismo de de 6,4. 5.2 Las fallas de desplazamiento de rumbo siniestrales son las siguientes:
- Falla La Garita: es una falla de desplazamiento de rumbo siniestral de rumbo NESW, tiene una longitud de 10,7 km. Es capaz de producir un sismo 6, 8. • Falla Virilla: es una falla siniestral de rumbo NE-SW. Posee una longitud de 4,4 km. Capaz de producir un sismo de 6,5.
- Falla el Ángel: se localiza al este del Volcán Poás, es capaz de producir un sismo de 6,9.
- Alineamiento Sabanilla Oeste: se localiza al Oeste del Cantón, se incluye acá, no solo por su cercanía, sino porque forma parte de una serie de alineamientos importantes en la sección central del Cantón de Alajuela y podría producir un Sismo de 6,7.
- Alineamiento Sabanilla: se localiza al norte de Dulce Nombre y es capaz de producir un sismo de 6,7.

Actividad sísmica

El cantón de Alajuela se localiza dentro de la región sísmica denominada "Valles y Serranías del Interior del País", la cual se caracteriza por presentar sismos de magnitud entre moderadas a bajas y de poca profundidad. Así, en 1888 un evento sísmico de poca profundidad con epicentro en Fraijanes causó graves daños en el cantón de Alajuela, generando una gran cantidad de deslizamientos al norte del cantón, y sobre todo hacia los cauces de los principales ríos, uno de ellos formó el represamiento de la laguna de Fraijanes. Este sismo se generó en un sistema de fallas que se manifiesta con un escarpe desde la población de Grecia hasta Santa Bárbara de Heredia, pasando a unos 3 km al norte de la Ciudad de Alajuela.

Por otro lado, hacia el sur del cantón de Alajuela, se localiza un sistema de fallas que recientemente causó daños importantes en la ciudad de Alajuela y poblaciones hacia el sur (Turrúcares, Guácima, Ojo de Agua, Coyol, Montecillos). Los efectos geológicos más importantes de un evento sísmico cercano al Cantón de Alajuela son:

- Amplificaciones de la intensidad sísmica sobre todo en aquellos sitios donde el suelo se ha formado de la acumulación de depósitos poco cohesivos (aluviones o fragmentos volcánicos). Los poblados más vulnerables son; Alajuela y poblados alrededor, Turrúcares, San Rafael, Ojo de Agua, Fraijanes, Cariblanco, San Miguel.
- Deslizamientos de diversa magnitud en aquellas regiones de fuerte pendiente y aquellas cercanas a los márgenes de los principales ríos. Los poblados más vulnerables son Itiquís, Pilas, Sabanilla, Fraijanes, Cariblanco, Poasito; además de poblados alrededor y hacia el sur principalmente poblaciones cercanas al cauce de los principales ríos, donde la pendiente es mayor. 98
- Fracturas del terreno, que pueden generar daños a viviendas y caminos.
- Asentamientos de terreno, en suelos poco compactos como rellenos.

Actividad volcánica

La relativa cercanía del cantón de Alajuela, a los volcanes de Barva y Poás lo hacen especialmente vulnerable a las erupciones volcánicas. De estos dos el más activo es el Poás, el cual ha mantenido una actividad constante, con emanación de cenizas y una cantidad considerable de gases. Dada la posición de este cantón con respecto al cráter activo del Volcán Poás, la mayor amenaza que existe es la generación de avalanchas de lodo, que descienden por los ríos, principalmente el río Poás, con daños graves a las vías de comunicación y poblados cercanos al cauce de este río.

El volcán Barva, si bien no hay registros de actividad importante después de la colonia, si existen registros geológicos de actividad violenta antes de la época colonial. Una eventual erupción del volcán Barva, afectaría al cantón de Alajuela con caída de cenizas sobre todo hacia los poblados del norte del cantón (Fraijanes, Sabanilla, San Isidro, Pavas, Tambor, Desamparados). Además, existe la amenaza de formación de avalanchas en el cauce de los ríos Ciruelas, Alajuela, Itiquís, Tambor, con peligro para los poblados localizados al margen de estos ríos.

En caso de erupción volcánica los efectos geológicos más importantes serían:

- Caída de cenizas sobre todo hacia el norte del cantón por actividad del Volcán Barva, con daños a personas, agricultura, ganadería y a las estructuras en general.
- Corrientes de barro en los cauces de los ríos que descienden por los flancos de estos volcanes, que podrían sepultar y/o arrastrar infraestructura dentro del cauce y la llanura de inundación de estos ríos.

Deslizamientos (inestabilidad de suelos)

Por las características topográficas, geológicas y climáticas en el cantón de Alajuela, existen una gran cantidad de regiones vulnerables a este proceso. Hacia el norte los depósitos de materiales volcánicos poco compactos y fácilmente alterables, favorecen que en los cortes de carreteras se formen deslizamientos, los cuales pueden ser disparados tanto por sismos (Frajanes), como por actividad lluviosa (Itiquís). Hacia el sur, existen áreas susceptibles a deslizamientos, sobre todo hacia los márgenes de los ríos Virilla y Grande. Además, son los sectores donde se han hecho cortes de caminos, también son susceptibles a este proceso.

Entre los efectos de los deslizamientos, podemos mencionar:

- Caminos y puentes dañados.
- Casas sepultadas.
- Avalanchas causadas por represamientos en ríos.
- Daños o cultivos.

Riesgos de origen antrópico

Amenazas de origen natural (Inundaciones)

El cantón central de Alajuela 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 los ríos: Alajuela, Itiquis, Ciruelas, Segundo, Río Poas, Río Tambor, Río Burío y las Quebradas Cañas, y Fuente De estos ríos y quebradas algunas, 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, 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 los mismos, 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 Alajuela.

Las zonas o barrios más afectados y alto riesgo por las inundaciones de los ríos y quebradas antes mencionadas son: Hospital, Itiquís, Robles, Brasil, Cañas, San Antonio, Río Segundo, Bajo Sorda, Ojo de Agua, Rincón Venegas, San Pedro, Cacao, Espino, Quebrada, Potrerillos, San Antonio, Víquez, Alajuela, Cañas, San Rafael, Ojo de Agua, Infiernillo. Recomendaciones. Debido a que el mayor problema que generan las inundaciones es por la ocupación de las planicies de inundación de los ríos, con precarios y asentamientos humanos, supuestamente legales, y la

deforestación de las cuencas altas y medias, y la falta de programas de uso sostenible de recursos naturales se recomienda que:

- Que la Municipalidad del Cantón de Alajuela, no permita que continúe el desarrollo urbano en las planicies de inundación, todo uso de suelo debe de acogerse a las restricciones señaladas en el plan regulador del cantón; si existiese, o a las normativas de uso establecidas por la municipalidad o bien cualquier otra regulación particular que exista sobre algunos sitios de alto riesgo, esto, con el objetivo de que el desarrollo urbano este a derecho, y se protejan las cuencas hidrográficas.
- Fomentar programas de educación ambiental y de uso del suelo con fines de construcción, para evitar la contaminación de los ríos y quebradas, con desechos sólidos y otros, así como establecer brigadas de vecinos para la limpieza y mantenimiento de los desagües y cauces de agua.
- Planificar el envío de aguas servidas y pluviales que fluyen de las diferentes urbanizaciones, y que aumentan el caudal de los ríos, provocando inundaciones en períodos de lluvias intensas, y cuando se presentan otros fenómenos hidrometeorológicos tal como: frentes fríos, vaguadas, temporales, etc.
- Que la Municipalidad busque los mecanismos adecuados de coordinación con otras instituciones del Estado, Organismos no gubernamentales (ONG), vecinos y empresa privada para poner en práctica obras de protección de las márgenes de los ríos o de los cauces, para reducir la posibilidad de inundaciones.
- Que los grupos organizados del cantón de Alajuela formen brigadas de vigilancia de las cuencas de los ríos que pasan cerca de los centros de población para evitar que inundaciones y flujos de lodo tomen por sorpresa a la población en época de lluvia de alta intensidad.

Fuga de combustible del oleoducto de Recope

El Coyol cuenta con zonas francas, la empresa Dos Pinos y la empresa de RECOPE, el cual se considera con alto riesgo ya que se pueden presentar fugas de combustible de la Refinadora Costarricense de Petróleo.

También se han presentado tuberías ilegales de combustibles el cual presenta alto riesgo para la población del cantón central de Alajuela.

Riesgo y Vulnerabilidades Ambientales

El cantón central de Alajuela muestra dos problemáticas graves que están en proceso de mejoras:

- Riesgos y Vulnerabilidad presente en el cantón de Alajuela

- Manejo de aguas pluviales, deterioro del alcantarillado sanitario

Los distritos que están alejados de la problemática son Sabanilla, Carrizal y San Isidro por ser zonas altas y tener menos construcciones.

El deterioro del alcantarillado sanitario se ocasiono por el abandono del mantenimiento a la red de tuberías y plantas, por parte de autoridades municipales; las aguas se vierten crudas a los ríos provocando grandes consecuencias en el medio ambiente y salud públicas.

Áreas Protegidas que tiene el cantón de Alajuela

- Laguna de Fraijanes: se ubica en el distrito de Sabanilla, cuenta con una laguna, senderos, canchas, juegos recreativos, ranchos y cabañas.
- Bosque de Fraijanes al igual se encuentra ubicado en Sabanilla y ofrece servicios de camping, caminatas en caballo, cuadríciclos, centro para actividades, ranchos y cabañas.
- Zoo Ave está ubicado en La Garita, es parte de la Fundación Restauración de la Naturaleza, la cual se dedica a la conservación del ambiente, hábitat y rescate de animales silvestres. Mantiene en exhibición 115 especies de aves, 20 especies de mamíferos y 14 especies de réptiles. No se cuenta con la extensión de las áreas protegidas.

Estas áreas tienen como objetivo conservar el medio ambiente y todo lo que se refiere a un ecosistema sostenido y amigable, cada una puede tener su especialidad, es decir, que mientras ciertas áreas se dedican al cuidado de animales, otro lo pueden hacer con énfasis en la flora. Ambas son de suma importancia para la mantención de un ecosistema óptimo.

El cantón de Alajuela suele presentar temperaturas altas, que según el plan cantonal no son favorables para cierto tipo de especies tanto en flora como fauna, por lo que la presencia de estas áreas protegidas aporta a regular las temperaturas con sus follajes, permitiendo que varios tipos de especies migren a estas zonas.

Problemas Ambientales

El cantón de Alajuela a pesar de presentar ciertos problemas ambientales, como es el alto grado de contaminación, dígase en aspectos de agua, aire, suelo, visual; procura formular y llegar a ejecutar proyectos que ayuden a disminuirlos y/o erradicarlos por completo.

Cada uno de estos tipos de contaminación afecta directa e indirectamente a las personas, animales, a las plantas inclusive, y en general al medio ambiente. Son provocados principalmente por la especie humana, desde cuando tiran basura en las calles o ríos, fuman; el gran movimiento vehicular y los gases emitidos, la erosión, entre otros, son algunos de los aspectos que provocan el aumento en la contaminación ambiental del cantón.

Sus efectos pueden ir desde, causar cierto tipo de enfermedades, deteriorar el ecosistema, y lo visual en general, lo que desencadenaría en todo caso una disminución en el sector turismo y por ende, una disminución en los ingresos de ciertas entidades del cantón.

En ocasiones, cuando los problemas ambientales se combinan con factores climáticos, existe una incapacidad para poder cubrir al 100% de las personas que se encuentran en alto riesgo, o inclusive a las afectadas por dichos problemas ambientales. Para solventar dichas problemáticas a nivel cantonal se han venido desarrollando proyectos, estrategias y acciones que buscan el bienestar de la población. Así como la reducción de la contaminación del medio ambiente, y en general de los problemas ambientales.

Dichos proyectos son evaluados mediante indicadores, cumplimiento de metas, y capacidad del órgano responsable.

Entre los proyectos más relevantes del cantón en cuanto a la temática ambiental se mencionan los siguientes:

- Plan de gestión ambiental: Alajuela Ecoeficiente y Sustentable
- Cierre técnico del relleno sanitario Los Mangos.
- Actividades económicas que generen focos de contaminación ambiental.

Los distintos proyectos anteriormente mencionados, poseen diversas acciones y objetivos, que en conjunto buscan generar una mejor calidad del medio ambiente en el cantón, propiciando así un bienestar para la población. Los fondos de estos suelen llegar de actividades recaudadoras con este tipo de fines.

A nivel distrital las problemáticas ambientales que se pueden denotar se citan en la siguiente tabla:

Problemáticas ambientales por distrito	
Distrito	Problemática
Carrizal	Faltas de centros de acopio – Falta de educación ambiental – Falta de control sobre agua potable – Deslizamientos
San Isidro	Contaminación de ríos por agroquímicos -Incapacidad de separación de desechos sólidos. Contaminación de manos acuíferos Deslizamientos y construcción en zonas de riesgo.
Sabanilla	Alto nivel de contaminación sónica Falta de educación ambiental

	Alto nivel de contaminación en el aire Existencia de un único comité de desastres y emergencias.
Turrúcares	Falta de protección a las nacientes Falta de tratamiento de aguas industriales Contaminación sónica por la ruta 27 Poca divulgación sobre centros de reciclaje.
Tambor -	Inexistencia de plantas de tratamiento - Inexistencia de programas ambientales Mal manejo de desechos en hogares.
La Garita	Mal manejo de la laguna de oxidación de la Garita, ubicada costado este de RECOPE - Alta contaminación atmosférica, por granjas avícolas. No hay programa para la gestión integral de residuos sólidos.

Fuente: Elaboración propia con base en los planes distritales (Carrizal, San Isidro, Sabanilla, Turrúcares, Tambor y La Garita).

Como lo demuestra la tabla anterior, cada distrito posee diversas problemáticas a nivel de ambiente, sin embargo y como ya se mencionó los proyectos que se formularon están en pro de colaborar con dichas problemáticas. Para este caso de nivel distrital la participación de los y las ciudadanas se debe fortalecer, ya que, en estas zonas de carácter rural, suele complicarse.

La existencia de proyectos en pro de mantener y prevalecer un medio ambiente sano hace suponer que la ya mencionada población se preocupa por su propia salud y además por el aspecto visual que generaría un territorio “más limpio”. Al aplicar estas iniciativas y/o proyectos colaboraría con mejorar desde la producción el caso de algunas granjas o fincas afectadas, programas y/o talleres que realicen un tipo de concientización en las personas, logrando que actúen en beneficio del ambiente, así como la reducción de problemas respiratorios, por ejemplo:

- Manejo de Cuencas Información No suministrada.
- Manejo de Residuos Sólidos

El cantón de Alajuela tiene un servicio de recolección de residuos sólidos brindado por la combinación de la contratación con WPP y cuadrillas de funcionarios de la Municipalidad, que cubre la totalidad del cantón.

Los desechos son depositados en el relleno sanitario de la Carpio, que tiene un tiempo destinado de dos a tres años de vida útil, el cual causa malos olores a los vecinos de las comunidades.

La Municipalidad debe invertir en un nuevo relleno y su opción por el momento es en Miramar de Puntarenas, estimando que el costo subiría. Por ese motivo se inició un programa de reciclaje y su objetivo principal es instalar centros de acopio a disposición de la comunidad, proyectando capacitar en materia ambiental y reciclaje a educadores de los centros educativos con el fin de transmitirlo a los estudiantes.

El manejo de desechos sólidos debe tomarse con la importancia adecuada desde los niveles más bajos de educación, ya que es la forma más apta para inculcarles las formas correctas de qué hacer con la basura que se produce diariamente, incluso en periodos más prolongados de tiempo. Un buen manejo de desechos sólidos permite no solo una buena belleza visual de un determinado territorio, sino que muestra a su vez cultura y buena educación entre las personas que respetan y aplican las normativas legales relacionadas al manejo de estos desechos. Organizaciones y programas sociales relacionados con el ambiente

El cantón de Alajuela cuenta con varias organizaciones o grupos, que se preocupan por el medio ambiente y crean estrategias para reducir la contaminación y otros efectos nocivos para con este; entre los cuales se pueden citar los siguientes:

- MINAET
- Tribunal Ambiental
- Unidad de Servicios Ambientales
- Municipalidad de Alajuela
- Ministerio de Salud
- CNE

Estas instituciones trabajan tanto particularmente como en conjunto, para ofrecer y dar resultados en cuanto a los sistemas de gestión ambiental del cantón y brindar a la población estrategias, por ejemplo, un mejor manejo de desechos sólidos, reducir los riesgos de vida en las personas que había en zonas de riesgo, crear conciencia de los efectos nocivos de la contaminación, entre otros aspectos.

CAPÍTULO III PRIORIZACION DE PROBLEMAS

3.1 Priorización de los problemas basada en mortalidad

Para realizar la priorización de problemas se utilizará la siguiente información: la basada en los datos de mortalidad por parte del equipo técnico y la priorización con la comunidad y los actores sociales. Para las causas de mortalidad en la población se debe definir como período de preferencia un quinquenio, para este este trabajo se escogió el quinquenio de 2015 al 2019.

La fuente de información que se usó para obtener los datos de mortalidad de la población del cantón de Alajuela es la base de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), quinquenio 2015-2019, la cual fue desagregada para la Región Central Norte del Ministerio de Salud.

A continuación, se detallan los hallazgos encontrados:

De acuerdo con la base de mortalidad del INEC para el quinquenio 2015-2019, la principal causa de mortalidad general en el cantón de Alajuela es el **infarto agudo del miocardio**, con **647** casos, lo que equivale a un **9,2%**.

En el cuadro 14 se observa la mortalidad proporcional del cantón de Alajuela, según eventos de carga global de enfermedad, donde las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar con 5672 casos, con una tasa quinquenal de 376, para el periodo 2015 al 2019. En este grupo específicamente se resaltan las enfermedades cardiovasculares con 1939 casos, con una tasa quinquenal de 128,4.

En segundo lugar, se tienen las causas externas de morbilidad y mortalidad con 771 casos, con una tasa de 51,1, en este grupo los accidentes en general ocupan el primer lugar con 494 casos y una tasa de 33.

En tercer lugar, se observan las enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales, con 490 casos y una tasa de 32, aquí las infecciones respiratorias son una causa importante de mortalidad con 255 casos y una tasa de 17.

En cuarto lugar, se encuentran las causas mal definidas, con 95 casos y una tasa de 6,3.

Cuadro 14**Alajuela: Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad, 2015-2019 (cifras quinquenales, tasa promedio por 100000 habitantes)**

Eventos	Total Quinquenio	Tasa quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	5672	376	81%
Enfermedades cardiovasculares	1939	128,4	28%
Tumores malignos	1601	106	23%
Enfermedades digestivas	544	36	8%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	409	27,1	6%
Diabetes mellitus	382	25,3	5,4%
Enfermedades respiratorias	323	21,4	5%
Enfermedades del sistema genito-urinario	200	13,2	3%
Otros tumores	72	5	1%
Anomalías congénitas	71	5	1%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	57	4	0,8%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	40	3	0,6%
Enfermedades de la piel	33	2,2	0,5%
Enfermedades dentales	1	0,1	0,01%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	771	51,1	11%
Accidentes	494	33	7%
Lesiones intencionales	252	17	4%
Eventos (lesiones) de intención no determinada	25	2	0,4%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	490	32	7%
Infecciones respiratorias	255	17	4%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	139	9,2	2%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	86	6	1,2%
Deficiencias de la nutrición	8	0,5	0,1%
Causas maternas	2	0,1	0,03%
Mal definidas	95	6,3	1,4%
Causas mal definidas	95	6,3	1,4%
Total general	7028	465,4	100%

Fuente: Base de mortalidad, Región Central Norte, INEC, 2015-2019

Cuadro 15

Alajuela: Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida, 2015-2019 (números absolutos y porcentaje)

Orden N°	Evento (código CIE 10)	Grupos de edad	
		Menos de 1 año	Porcentaje
1	P07- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte.	32	20%
2	Q91- Síndrome de Edwards y Síndrome de Patau.	9	6%
3	Q89- Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte.	8	5%
Orden N°	Evento (código CIE 10)	1 a 9 años	Porcentaje
1	G80- Parálisis cerebral.	4	11%
2	V89- Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado.	3	8%
3	C91- Leucemia linfoide	3	8%
Orden N°	Evento (código CIE 10)	10 a 19 años	Porcentaje
1	X95- Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas.	11	15%
2	G80- Parálisis cerebral	6	8,1%
3	V29- Motociclista lesionado en otros accidentes de transportes y en los no especificados	4	5,4%
Orden N°	Evento (código CIE 10)	20 a 64 años	Porcentaje
1	I21- Infarto agudo del miocardio.	177	8%
2	X95- Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas.	101	5%
3	V89- Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado.	88	4%
Orden N°	Evento (código CIE 10)	65 y más	Porcentaje
1	I21- Enfermedades isquémicas del corazón (I21, I25).	660	15%
2	J44- Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.	166	4%
3	J18- Neumonía, organismo no especificado.	160	3%

Fuente: Base de mortalidad, Región Central Norte, INEC, 2015-2019

En el cuadro 15 se observan las causas de mortalidad proporcional del cantón de Alajuela, según grupos de edad y por curso de vida, para el quinquenio 2015-2019.

En los menores de 1 año las principales causas de mortalidad son los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte con 32 casos, lo que equivale a un 20%, como por ejemplo los niños que nacen con prematuridad extrema.

En el grupo etario de 1 a 9 años, la parálisis cerebral es su principal causa de mortalidad, con 4 casos, lo que equivale a un 11%.

Posteriormente en el grupo de 10 a 19 años, la agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas, es la causa de mortalidad en este grupo, con 11 casos lo que equivale a un 15%.

El infarto agudo del miocardio está afectando al grupo etario de 20 a 64 años, con 177 casos, lo que equivale a un 8%.

Se observa que al igual que el grupo de 20 a 64 años, el grupo de 65 años y más, tiene como principal causa de mortalidad las enfermedades isquémicas del corazón, con 660 casos, lo que equivale a un 15%.

Cuadro 16

Alajuela: principales causas de mortalidad del cantón de Alajuela, mortalidad general y por grupos de edad, quinquenio 2015-2019

Quinquenio 2015-2019	Causas de mortalidad
Mortalidad general	Infarto agudo del miocardio
Menos de 1 año	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte
1 a 9 años	Parálisis cerebral
10 a 19 años	Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas
20 a 64 años	Infarto agudo del miocardio
65 años y más	Enfermedades isquémicas del corazón

Fuente: Base de mortalidad, Región Central Norte, INEC, 2015-2019

El cuadro 16, muestra las principales causas de mortalidad en el cantón de Alajuela durante el quinquenio 2015-2019, como la mortalidad general y por grupos de edad.

3.2 Priorización de los problemas de salud con la comunidad

La priorización de los problemas de salud de la comunidad es un paso importante para conocer e identificar desde la comunidad lo que afecta su salud.

3.2.1 Identificación de actores sociales y convocatoria

El equipo local de ASIS procedió a realizar un análisis de los principales actores sociales del cantón de Alajuela, se procuró buscar actores de los diferentes distritos del cantón y de diversas organizaciones, como por ejemplo líderes comunales, representantes de la Iglesia Católica y Evangélica, ASADAS, grupos de mujeres y el Instituto WEN de masculinidad.

Una vez identificados los actores sociales, se procedió a convocarlos mediante una invitación por correo electrónico.

Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud

El primer taller que se realizó con los actores sociales fue el 31 de mayo del presente año. Se adjunta la lista de asistencia en los anexos.

3.2.2 Metodología de priorización de problemas

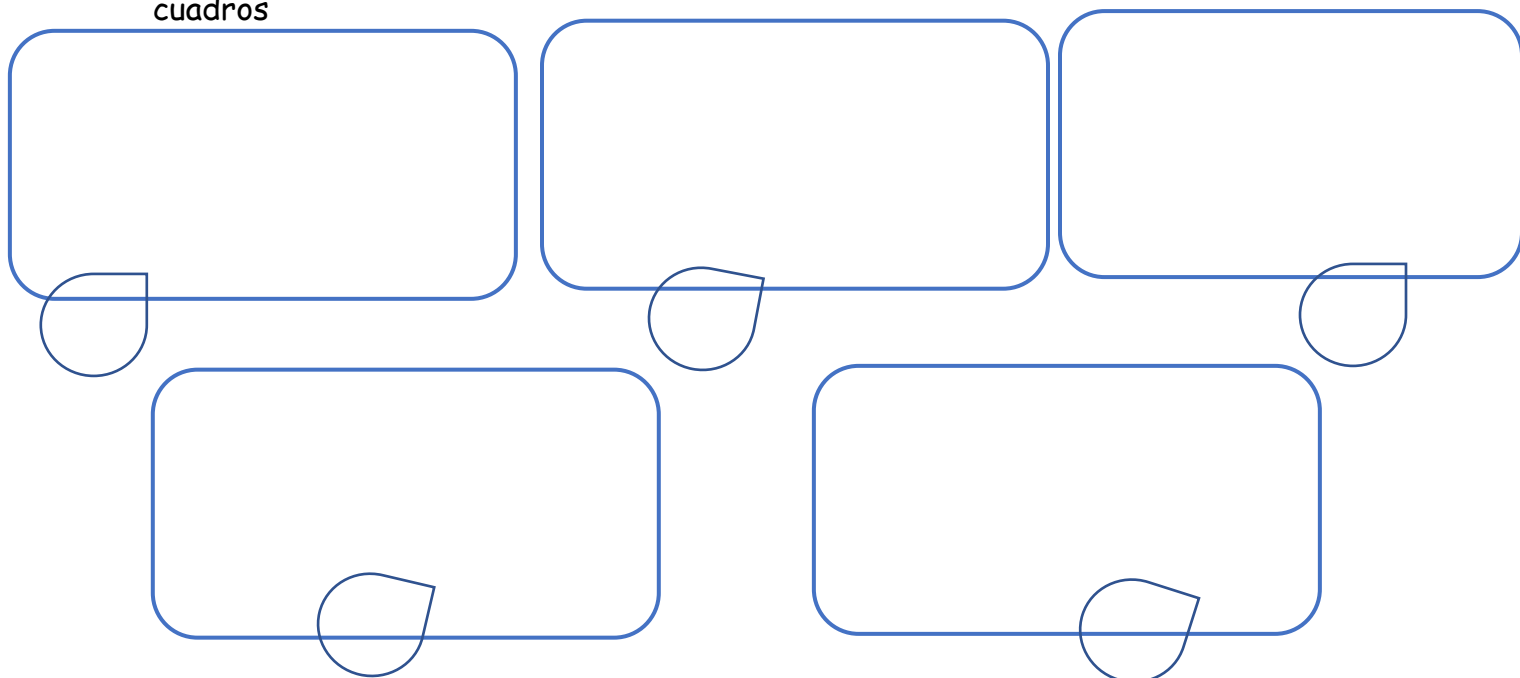
- a) Se elaboró una agenda de trabajo, la cual se adjunta en los anexos.
- b) Se dio la bienvenida a los participantes y se realiza la presentación del equipo ASIS.
- c) Se efectúa presentación de los asistentes mediante una dinámica.
- d) A los actores sociales se les realizó una pequeña charla de lo que consiste el ASIS, a cargo de la Dra. Sugeidy Salazar.
- e) Sondeo general de problemas de salud en la comunidad:
 - Cada participante partiendo de una reflexión individual escribirá en tarjetas los 3 principales problemas de salud que considera afectan a la comunidad.
 - Seguidamente cada participante expondrá los problemas identificados al grupo.

-El facilitador del equipo local de ASIS expondrá a todo el grupo la generalización de problemas de salud que los participantes construyeron. De esta forma se tendrá una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a la comunidad.

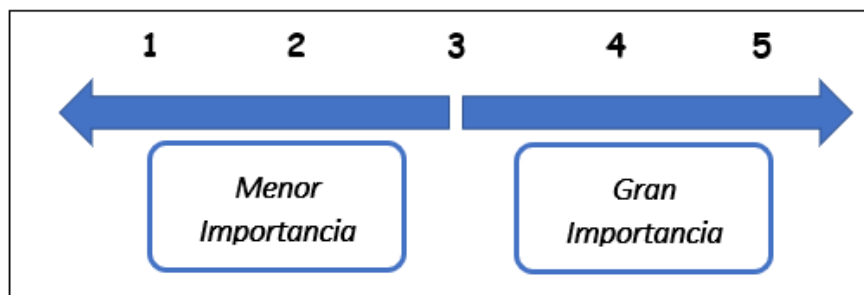
-Posteriormente cada participante de manera individual deberá elegir de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud que considere son los más importantes en la comunidad (valorización) y jerarquizarlos con puntuación de 1 a 5. Donde 5 es de gran importancia y 1 de menor importancia. Para lo cual cada participante completará una ficha que se le entregará de forma impresa, como la que se muestra a continuación.

VALORIZACIÓN

INSTRUCCIONES: Elige 5 de los problemas de la lista y anótalos en los siguientes cuadros



PUNTAJE: Asigna un puntaje del 1 al 5, aplicando la siguiente guía



3.2.3 Diez problemas detectados con la comunidad

De la técnica empleada anteriormente, se procedió a solicitar a cada participante su clasificación y se realizó la debida puntuación tomando en consideración lo que cada persona aportó, de acuerdo con la calificación brindada de manera individual, se obtuvo los primeros diez problemas de salud. En la siguiente imagen del Excel trabajado se pueden observar los 10 problemas de salud escogidos por los actores sociales:

Sumatoria de valoración individual														
#	Problema de Salud	Puntaje del participante												
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Total
2	NARCOTRAFICO	5		2										7
6	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	2	3				5					1	5	16
8	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		4	3		1								8
10	ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD			4	2						5	5	4	20
14	FALTA DE SENSIBILIDAD DE LOS FUNCIONARIOS DE SALUD		1		3	5			2	5	1			17
19	CORTES EXTENSIVOS DE AGUA	1						5	3					9
21	FALTA DE PROGRAMAS INTEGRALES DE ATENCION AL AM							4	5					21
25	SALUD MENTAL (DEPRESION, ANSIEDAD, ANGUSTIA)	4		5						4	4	4		21
27	DESEMPLEO		2		1						2		2	7
31	FALTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN SALUD		5			2								7

La dinámica anterior se realizó con el fin de descartar paulatinamente las opciones que inicialmente se brindaron, y de esta forma ir creando un filtro para lograr la priorización de los tres problemas que se requería rescatar de este taller. Por consiguiente, posterior a los diez problemas, se debía aplicar otra técnica que permitiría obtener otro filtro en la información brindada inicialmente.

Dicha técnica consistía en asignar a cada uno de esos diez tópicos una clasificación de acuerdo con los siguientes criterios: magnitud, gravedad, nivel de oportunidad de solución, valoración del interés de la comunidad y demanda de los servicios de salud. Por lo que cada participante completó el siguiente cuadro, elaborado por el equipo ASIS, el cual fue entregado de manera impresa y explicado previamente a cada persona:

PRIORIZACIÓN



	Problema	M	G	S	I	D	Total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

S= SOLUCIÓN

¿QUÉ POSIBILIDADES EXISTEN DE REALIZAR ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA QUE EVITEN LA APARICIÓN DE ESTE PROBLEMA?

- 1= POCAS OPORTUNIDADES
- 2= OPORTUNIDADES MODERADAS
- 3= ALTAS OPORTUNIDADES

I= INTERÉS

¿QUÉ GRADO DE INTERÉS TIENEN LOS PARTICIPANTES, DE LA COMUNIDAD, EN LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA?

- 1= POCO INTERÉS
- 2= MODERADO INTERÉS
- 3= ALTO INTERÉS

D= DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

¿QUÉ GRADO DE NECESIDAD SENTIDA TIENE LA COMUNIDAD CON RESPECTO AL PROBLEMA EN SALUD?

- 1= POCA DEMANDA
- 2= MODERADA DEMANDA
- 3= ALTA DEMANDA

M= MAGNITUD

¿QUÉ CANTIDAD DE POBLACIÓN) ES AFECTADA POR EL PROBLEMA?

- 1= AFECTA A POCOS
- 2= AFECTA DE MANERA MODERADA

G= GRAVEDAD

¿QUÉ PROBABILIDAD TIENE ESTE PROBLEMA DE OCASIONAR DAÑOS (BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES) IMPORTANTES?

- 1= BAJA
- 2= MEDIA
- 3= ALTA

A continuación, la imagen muestra algunos de los problemas priorizados de acuerdo con los criterios de magnitud, gravedad, nivel de oportunidad de solución, entre otros:

Criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad para calificación individual de cada actor						
Problema de salud	Magnitud	Gravedad	Nivel de oportunidad de solución	Valoración del interés de la comunidad	Demanda de los servicios de Salud	Total
	¿Qué cantidad de población (de ese grupo social) es afectada por el problema?	¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales ambientales) importantes?	¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema?	¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema?	¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud?	Sumatoria
NARCOTRAFICO						0
CONTAMINACIÓN AMBIENTAL						0
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR						0
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD						0
FALTA DE SENSIBILIDAD DE LOS FUNCIONARIOS DE SALUD						0

De lo anteriormente realizado se logró obtener el puntaje total asignado a cada problema y finalmente se eligieron aquellos que contaron con mayor calificación, lo cual derivó en la priorización de tres principales situaciones problemáticas para la comunidad. A través de la siguiente imagen se pretende mostrar lo anteriormente explicado, donde en color amarillo se resaltan los tres problemas escogidos mediante la técnica, los cuales fueron: Narcotráfico, Acceso a los servicios de salud y Salud Mental (depresión, ansiedad, angustia).

Puntaje total de la valorización de los problemas en la comunidad													
Problema de Salud	Puntaje del participante												Total
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	
NARCOTRAFICO	15	13	14	15	11	15	13	11	14	15	9	7	152
CONTAMINACIÓN AMBIENTAL	5	13	14	9	13	15	9	12	12	7	8	9	126
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	11	12	15	9	12	9	12	13	14	8	11	5	131
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	7	11	13	15	13	11	13	10	14	15	13	9	144
FALTA DE SENSIBILIDAD DE LOS FUNCIONARIOS DE S	5	12	14	10	15	7	12	11	14	13	11	11	135
CORTES EXTENSIVOS DE AGUA	5	10	11	10	10	9	14	12	12	7	13	7	120
FALTA DE PROGRAMAS INTEGRALES DE ATENCION AL ADU	10	10	11	10	13	6	14	14	15	10	14	5	132
SALUD MENTAL (DEPRESION, ANSIEDAD, ANGUSTIA)	15	13	15	11	11	9	12	13	13	15	11	8	146

3.2.4 Los tres principales problemas detectados y los cinco porqués

Una vez priorizados los tres problemas que de acuerdo con la óptica de los líderes comunales aquejan a la población del cantón, se aplicó una 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 y efecto que generan un problema en particular.

En la siguiente imagen se puede observar solamente los tres problemas identificados por la comunidad como prioritarios, sobre los cuáles se trabajó la técnica antes mencionada:

Problema	Porque ?	Porque ?
PROBLEMAS ASOCIADOS A LA VENTA Y CONSUMO DE DROGAS EN EL CANTÓN	POR EXCESO DE POBREZA, LEGISLACIÓN /	NO EXISTE EQUIPA
DETERIORO DE LA SALUD MENTAL	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR/EXCESO DE DI	EXISTE DESEMPLEO
DEFICIENCIA EN LA ATENCION Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	FALTA DE EMPATIA/ FALTA DE INTERES DE	FALTA DE DECISION

Finalmente, a través del siguiente cuadro se desglosa las opiniones brindadas por los miembros de la comunidad en cuanto a las preguntas elaboradas para conocer el por qué en cada problema seleccionado.

Cuadro 17

Problemas de salud priorizados por los actores sociales del cantón de Alajuela y la aplicación de la técnica de los 5 por qué

Problemas priorizados por la comunidad	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón	-Por exceso de pobreza. -Por falta de legislación. -Falta de educación. -Impunidad.	-No existe equiparación de salarios. -Existen leyes permisivas. - Popularización del consumo. -Corrupción.	-Falta de concientización. -Por el entorno familiar y la crianza. -Falta de mecanismos efectivos. -Influencia de medios.	-No existe una formación orientada a lo social. -Cambio de valores. -Falta de control efectivo por parte de la Fuerza Pública.	-La educación está orientada en la producción económica. -Cambio en la dinámica familiar.
Deterioro de la Salud Mental	-Violencia intrafamiliar. -Exceso de deudas. -No se cuentan con herramientas emocionales para afrontar los diferentes problemas.	-Desempleo y las personas se angustian por esta situación. -No existen planes enfocados a nivel social o son muy débiles.	-Por exceso de cargas sociales. -Culturalmente no hemos sido educados para validar emociones.	-La vida es muy cara en el país. -Crisis emocionales, económicas y laborales.	-Falta de acción del pueblo. -Pocos espacios para recibir acompañamiento. -No se promueve la salud mental.

Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de Salud	-Falta de empatía.	-Falta de decisiones políticas.	-Las personas consultan en los servicios privados por la mala atención en la Caja.	-Falta de voluntad política.	-Insatisfacción del personal de la Caja.
	-Falta de interés del personal de salud.	-Falta de EBAIS.	-Cansancio de los profesionales en salud.	-Fuga de profesionales de la salud para el sector privado.	-Falta de equipos para diagnóstico.
	-Problemas estructurales y de administración en la Caja Costarricense de Seguro Social.	-Falta de control administrativo.	-Al personal no se le pago horas extras ni vespertinas.		
	-Falta de recurso humano.	-Recargo de funciones del personal.	-Especialistas sobrecargados de trabajo.		

Fuente: Taller con actores sociales del cantón de Alajuela, 31 de mayo del 2023.

Todo ello funcionó como insumo principal para generar posteriormente el respectivo análisis junto con los profesionales expertos en cada situación planteada, por lo que resulta importante tomar en consideración lo expresado a través de cada técnica, dado que se trata del parecer de las personas que constantemente viven dichas situaciones.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

4. Análisis de los problemas priorizados

Con el objetivo de dar continuidad al trabajo realizado en el primer taller con líderes comunales, se llevó a cabo un segundo encuentro, bajo la modalidad de taller, en el cual participaron profesionales de diferentes áreas afines a los principales problemas destacados en las primeras etapas de este ASIS, esto con el fin de contar con el criterio de personas expertas en la temática.

De dicho taller, se obtuvo una serie de resultados que funcionaron como insumo para desarrollar el análisis de cada uno de los problemas priorizados. En los siguientes apartados se describe tanto la metodología empleada para realizar dicho análisis, como los resultados obtenidos a raíz de la participación de las personas expertas en la temática.

4.1 Descripción de la metodología de análisis

Se tomaron los 5 problemas priorizados por el Equipo Local, el problema general y los 3 problemas identificados con la comunidad y se procedió a su análisis. Para ello se utilizó el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado). El diagrama Causa-Efecto es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud. Este 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 Organización Mundial de la Salud (OMS).

Nivel 2: Causas raíz del problema de salud por dimensión

Nivel 3. Causas secundarias

Nivel 4: Causas terciarias

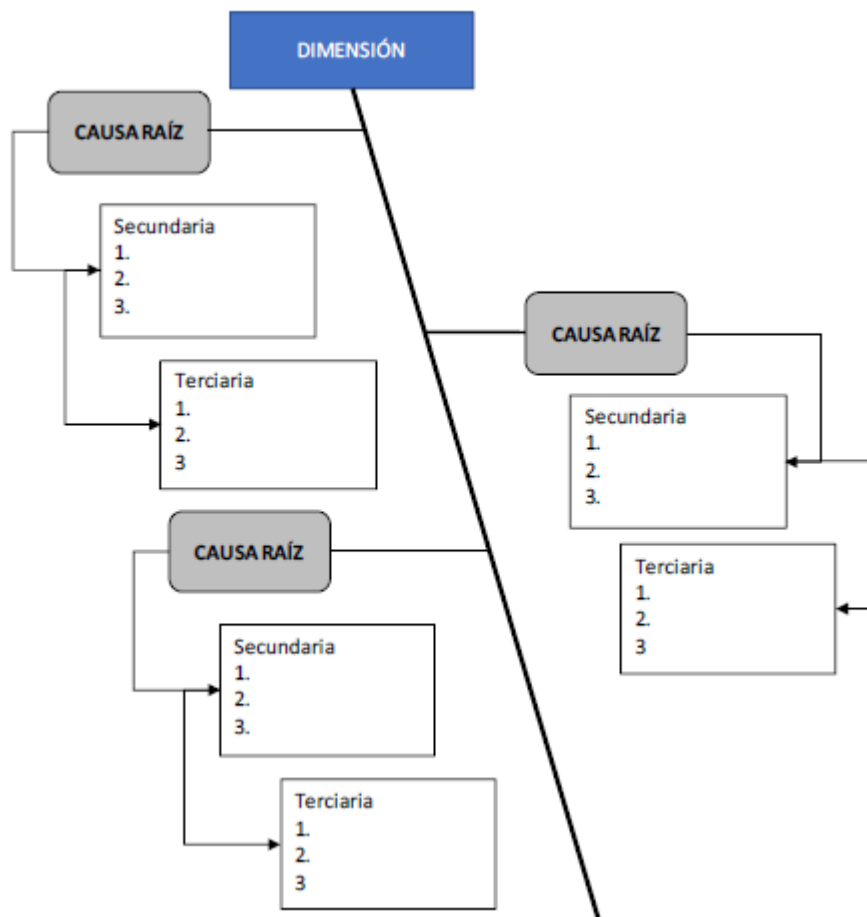
En cuanto a las dimensiones, se determinan seis grandes grupos los cuales corresponden al Modelo de Determinantes Sociales de la Salud del INHEM Cuba, el cual a su vez es una adaptación del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, dichas dimensiones son: Factores Sociopolíticos, Factores Socioeconómicos, Factores Biológicos, Comportamiento, Circunstancias materiales de vida y Servicio de Salud. Como parte del inicio del análisis la intención era identificar, para cada una de estas dimensiones, las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias.

Por su parte, para llevar a cabo dicha dinámica, en primera instancia después de la convocatoria a través de correos electrónicos y previa confirmación de las personas participantes, se procedió a realizar una clasificación de cada uno de los profesionales expertos y se asignó un grupo de acuerdo con los problemas obtenidos, posterior a esto, el día del taller propiamente, se dividió a cada uno de estos profesionales en subgrupos de trabajo (se trabajó en 5 diferentes subgrupos).

A cada uno de los subgrupos se les explicó el diagrama de Ishikawa y se procedió a brindarles los insumos para que trabajaran en conjunto, de dicho trabajo se obtuvo las causas raíz, causas secundarias y terciarias de cada problema de salud, lo cual se explicará con mayor detalle en el siguiente apartado.

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

Tal como se comentó en el apartado anterior, al equipo local junto con los expertos le correspondió analizar, para cada problema y para cada dimensión, las causas raíz principales que afectan al problema de salud identificado. Posteriormente, a cada causa raíz se le determinó máximo tres causas secundarias y a cada causa secundaria una causa terciaria. Para realizar este ejercicio se tomó como base la plantilla sobre el Diagrama de Causa-Efecto encontrada en la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud Costa Rica (2019), a continuación, se muestra una imagen como ejemplo:



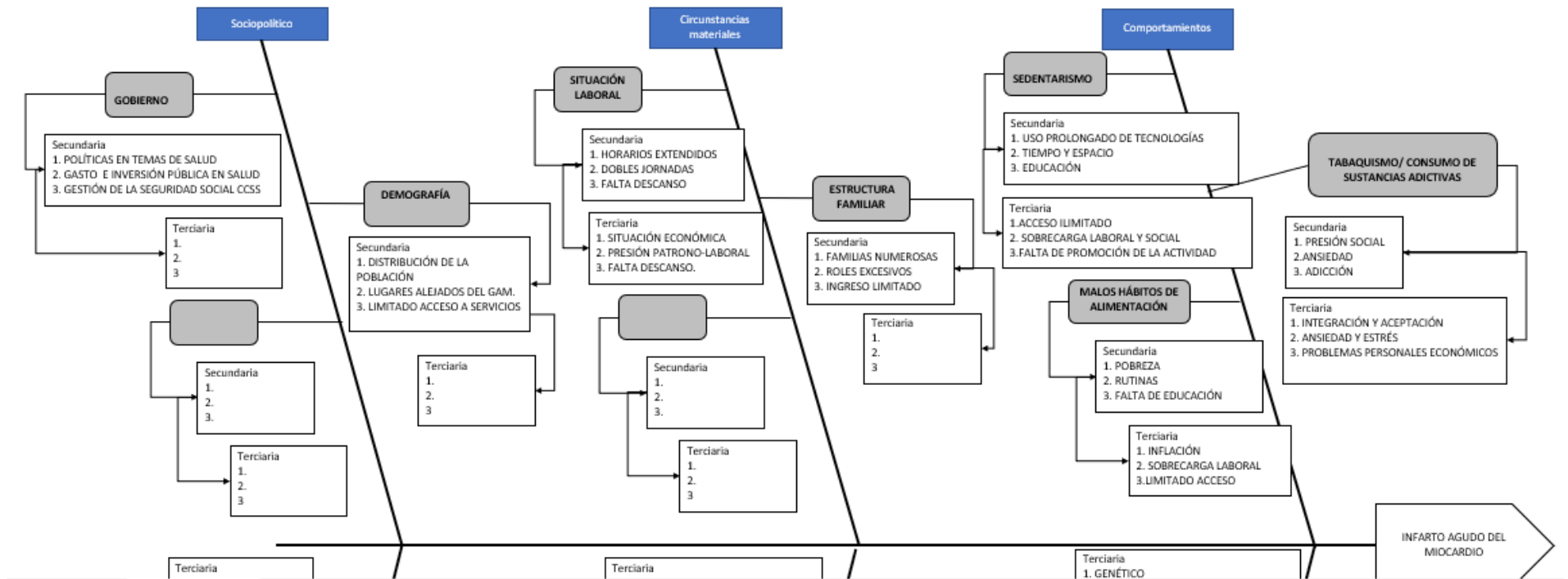
El diagrama propuesto establece una casilla para las causas secundarias y otra para las terciarias, de esta forma todas las causas secundarias a cada causa raíz, se incluyen en la misma casilla numeradas de 1 a 3, de forma que la casilla para las causas terciarias se llena de la misma manera, por lo que la causa secundaria número 1 corresponde a la causa terciaria número 1 y así sucesivamente.

Cabe destacar en este punto la definición de cada tipo de causa, con el fin de tener una mejor comprensión respecto al trabajo realizado:

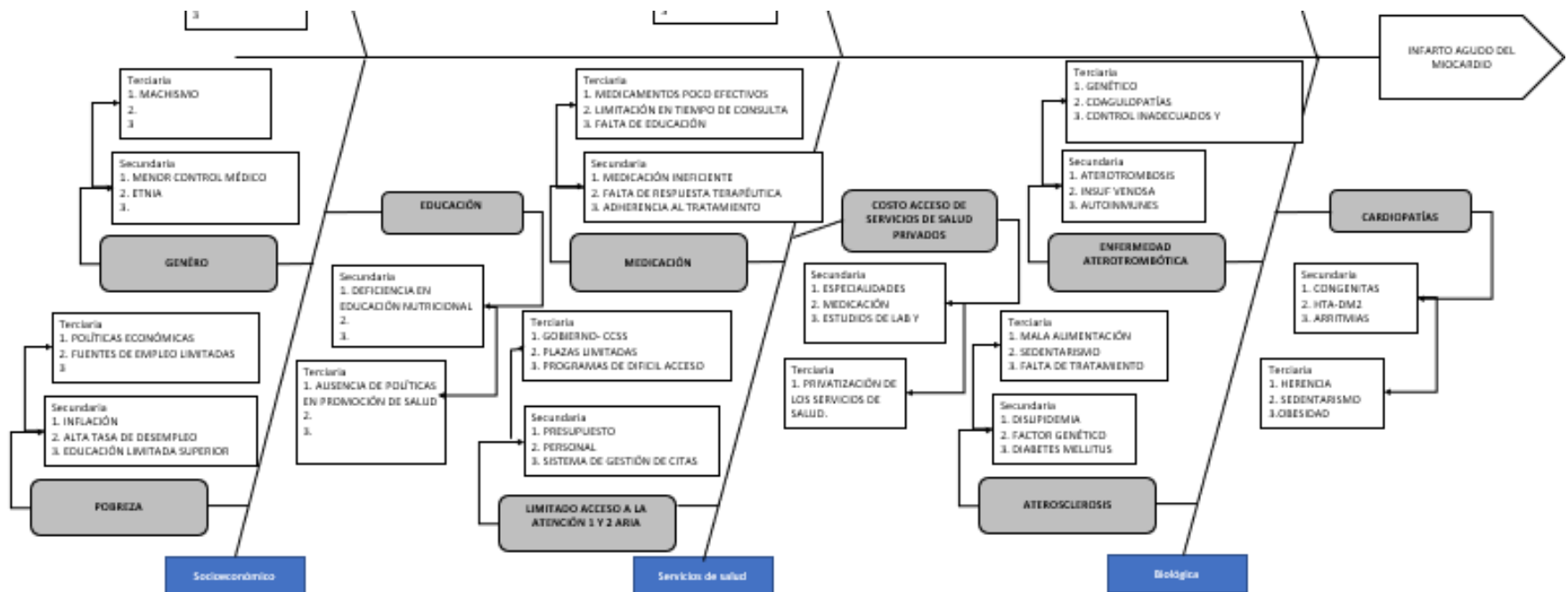
- Causas raíz: es aquella causa que, en la literatura científica, organismos internacionales y la experiencia en el campo del experto la identifica como un factor de riesgo alto para el problema de salud.
- Causas secundarias: son aquellas causas que responden al porqué se presenta la causa raíz en la población.
- Causas terciarias: son aquellas causas que responden al porqué se presentan las causas secundarias en la población. Se consideran que causas luego de ese orden no son convenientes de desglosar porque terminan siendo poco abordables por ser muy particulares

De esta manera, cada subgrupo de trabajo, bajo su criterio y experiencia, realizaron la designación de cada causa raíz, causa secundaria y terciaria para el problema o los problemas asignados.

A continuación, a manera de ilustración para conocer cómo se observa un Diagrama de Ishikawa con sus causas correspondientes, se coloca una imagen del problema trabajado por el Grupo número 1, constituido principalmente por médicos de empresas privadas de Alajuela y de la Municipalidad de Alajuela, quienes aportaron desde su perspectiva respecto a dicho tema, colocando las causas de la siguiente manera:



Análisis de la Situación de Salud Área Rectora Alajuela 1 y 2



Tal como se puede observar, para el problema: **Infarto agudo del miocardio**, los expertos colocaron en cada una de las dimensiones, aquellos aspectos que identificaron como las principales causas de dicho problema, algunas de las que se pueden mencionar son: Sedentarismo, tabaquismo, malos hábitos de alimentación, estructura familiar, situación laboral, cardiopatías, aterosclerosis, costo de acceso a los servicios de salud privados, medicación, educación, pobreza. A su vez, para cada una de ellas derivaron las causas secundarias y terciarias que originan dicho mal.

Cabe mencionar que, en este caso particular, se trabajó el diagrama de manera digital, ya que las personas que formaban parte del grupo contaban con una computadora portátil a disposición, en los demás casos se trabajó de manera física en papel, por este motivo, se realizó la transcripción de cada uno de los problemas abordados y se muestran con detalle, para facilitar su orden y lectura, a través del siguiente cuadro:

Cuadro 18

Resumen de Diagrama de Ishikawa construido por expertos

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
1. Infarto agudo de miocardio	Sociopolítico	Gobierno	1. Políticas en temas de salud 2. Gasto e inversión pública en salud 3. Gestión de la seguridad social CCSS	No aplica
		Demografía	1. Distribución de la población 2. Lugares alejados del GAM. 3. Limitado acceso a servicios de salud	No aplica
	Circunstancias materiales	Situación laboral	1. Horarios extendidos 2. Dobles jornadas 3. Falta descanso	1. Situación económica 2. Presión patrono-laboral 3. Falta descanso
		Estructura familiar	1. Familias numerosas 2. Roles excesivos 3. Ingreso limitado	No aplica
	Comportamientos	Sedentarismo	1. Uso prolongado de tecnologías 2. Tiempo y espacio 3. Educación	1. acceso ilimitado 2. Sobrecarga laboral y social 3. falta de promoción de la actividad física
		Tabaquismo/ consumo de sustancias adictivas	1. Presión social 2. ansiedad 3. Adicción	1. Integración y aceptación 2. Ansiedad y estrés 3. Problemas personales económicos

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
		Malos hábitos de alimentación	1. Pobreza 2. Rutinas 3. Falta de educación nutricional	1. Inflación 2. Sobrecarga laboral 3. Limitado acceso
	Socioeconómico	Pobreza	1. Inflación 2. Alta tasa de desempleo 3. Educación limitada superior	1. Políticas económicas 2. Fuentes de empleo limitadas
		Género	1. Menor control médico 2. Etnia	1. Machismo
		Educación	1. Deficiencia en educación nutricional	1. Ausencia de políticas en promoción de salud
	Servicios de salud	Limitado acceso a la atención 1 y 2 aria	1. Presupuesto 2. Personal 3. Sistema de gestión de citas	1. Gobierno- CCSS 2. Plazas limitadas 3. Programas de difícil acceso
		Medicación	1. Medicación ineficiente 2. Falta de respuesta terapéutica 3. Adherencia al tratamiento	1. Medicamentos poco efectivos 2. Limitación en tiempo de consulta 3. Falta de educación
		Costo acceso de servicios de salud privados	1. Especialidades 2. Medicación 3. Estudios de laboratorio y gabinete	1. Privatización de los servicios de salud.
	Biológica	Aterosclerosis	1. Dislipidemia 2. Factor genético 3. Diabetes mellitus	1. Mala alimentación 2. Sedentarismo 3. Falta de tratamiento
		Enfermedad aterotrombótica	1. Aterotrombosis 2. Insuf venosa 3. Autoinmunes	1. Genético 2. Coagulopatías 3. Control inadecuados y desconocimiento
		Cardiopatías	1. Congénitas 2. Hta-dm2 3. Arritmias	1. Herencia 2. Sedentarismo 3. Obesidad

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
2. Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	Sociopolítico	Migración	1.Falta de acceso a los servicios de salud 2.Captación tardía 3.Politica migratoria	1.Identidad cultural 2.Falta de protocolo de atención
		Identidad cultural	1.Uso irracional de los servicios de salud 2.Falta de gerencia social	N/A
		Gobernanza	1.Mala distribución de recursos 2.Corrupción	1.Malversar fondos públicos 2.Influencia 3.Intereses de sectores
	Circunstancias materiales	Bienes y servicios	Plétora	N/A
		Estructura Familiar	N/A	N/A
	Comportamientos	Conducta sexual de riesgo	1.Inicio temprano de relaciones sexuales 2.No uso de métodos anticonceptivos 3.Relacion sexualidad de riesgo	1.Presión social 2.Desinformación 3.Fácil acceso
		Estilos de vida	1.Mala alimentación 2.Sedentarismo 3.Uso de drogas	1.Desinformación 2.Tiempo a las pantallas 3.Normalización de las drogas
		Violencia Psicosocial	1.Relaciones impropias 2.Abuso sexual 3.Abuso de poder	1.Dependencia económica 2.Disfuncionalidad familiar Machismo.
	Socioeconómico	Ingreso económico	1.Nivel educativo 2.Oportunidad 3.Trabajo irregularidad	1.Pobreza 2.Desempleo
		Género	1.Desintegración familiar 2.Dependencia económica	1.Mujer jefa de hogar 2.Salud sexual

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria	
		Educación	1.Analfabetismo 2.Nivel educativo 3.Programas de educación sexual	1.Migración 2.Ubicación geográfica 3.Infraestructura educativa	
	Servicios de Salud	Infraestructura	1.Falta de inversión 2.Falta resolución de los hospitales regionales	1.Falta de área física 2.Mantenimiento 3.Plétora	
		Falta de coordinación entre niveles de atención	1.Falta de estandarización de procesos 2.No Triage	1.Mala comunicación 2.Categorizar prioridades	
		Recurso humano	1.Experiencia 2.Negligencia 3.Inopia de personal especializado	1.Tiempo de valorar 2.Fuga de personal	
	Biológica	Patología gestacional	1.Distintos diagnósticos placentarios 2.Obesidad 3.ITU/RPM	1. HIE 2.Problemas metabólicos 3.Infecciones	
		Edad materna	1.Mala educación sexual 2.Posterga el embarazo	1.Embarazo en la adolescencia 2.Gestante tardía	
		Patologías crónicas maternas	1.Estado nutricional 2.Patología materna previa	1.Estilos de vida no saludable 2.Mal control de enfermedades crónicas	
	3. Parálisis cerebral	Sociopolítico	N/A	N/A	N/A
		Circunstancias materiales	Infraestructura	1.Tipo de vivienda	1.Áreas marginales
		Comportamientos	N/A	N/A	N/A
Socioeconómico		Social	1.Nivel social 2.Alimentación	1.Condición familiar 2.Mal nutrición 3.Hacinamiento	
		Económico	1.Priorización de políticos	1.Programa de pensiones	

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
		Educación	1.Falta de programas educativos 2.Falta de programas de estimulación	N/A
	Servicios de Salud	N/A	N/A	N/A
	Biológica	Enfermedad fetal	1.Prematuridad 2.Enfermedades virales 3.Bajo peso	1.Edad gestacional 2.Embarazos múltiples
		Perinatal/Neonatal	1.Factores placentarios 2.Espertis Clínico 3.Infecciones adquiridas	1.S.F.A 2.Incumplimiento de protocolos 3.Infecciones postnatales
Maternas		1.Enfermedad crónica descompensada 2.Control prenatal deficientes 3.Embarazos múltiples	1.THE, DMG. 2.No determinación del riesgo 3.Tratamientos asistidos	
4. Agresión con disparos de otras armas de fuego y las no especificadas	Biológica	Por el consumo de SPA, que es toda sustancia que introducida al organismo por cualquier vía de administración produce alteraciones en el sistema nervioso central	No aplica	No aplica
	Servicios de Salud	No aplica	No aplica	No aplica
	Socioeconómico	Grupos prioritarios	1.Mayor articulación con identidades 2. Trabajo articulado con actores sociales.	1. Asociaciones de desarrollo 2. Seguridad comunitaria 3. Asociaciones y comité de deportes
	Sociopolítico	Protección Social	1. Normalización de la violencia 2. Violencia del contexto Social	1.Redes sociales, medios de comunicación 2. Ser humano reactivo (mal manejo de emociones)

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
		Áreas estratégicas locales	1. Identificación de zonas de mayor vulnerabilidad 2. Trabajo Interinstitucional	1. Zonas de riesgo físicas (infraestructura) y sociales 2. Mayor trabajo articulado entre entidades
	Circunstancias materiales	Estructura Familiar	No aplica	No aplica
	Comportamiento	Consumo lícito -ilícito	No aplica	No aplica
		Violencia	No aplica	No aplica
5.Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón	Sociopolítico	Falta de priorización Política Publica	1. Priorización de otros ejes de Política Pública 2. Infiltración de grupos criminales en esfera política	1. Enfoque del Gobierno en infraestructura 2. Interés económico particular
		Falta de participación intersectorial y en salud	Falta de concesión de los diferentes actores sociales	Enfoque en sus propias metas regionales- cantonales
	Circunstancias Materiales	Estructura Familiar	1. Antecedentes de comportamiento conductual 2. Contexto Social-comunitario	1. Patrón social del contexto social 2. Factores de riesgo y vulnerabilidad
		Situación Laboral	1. Escaso nivel educativo 2. Entorno social adverso	1. Condición socioeconómica 2. Falta de oportunidades (vulnerabilidad social)
	Comportamientos	Consumo licito - ilícito	1. Contexto social vulnerable 2. Condiciones familiares vulnerables	1. Factores de riesgo social 2. Grupos de partes
		Violencia	1. Entorno Social 2. Mal manejo de emociones (Habilidades para la vida)	1. Situación de Vulnerabilidad 2. Falta de oportunidades
	Socioeconómicos	Ingreso	Falta de oportunidades y accesos	1. Marginalidad y pobreza 2. Situación Migratoria Irregular
		Gobernanza	1. Entidades Públicas enfocadas en sus propias metas 2. Reducción presupuestaria a entidades publicas	1. Falta de concesión de los diferentes gobiernos 2. Falta de una verdadera política social

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
		Educación	Bajo nivel educativo	Situación ocupacional (madres jefas de hogar)
	Servicios de Salud	Servicios que se prestan	1. Falta de Centros de Internamientos 2. Alta demanda de los servicios.	1. Recorte presupuestario 2. Aumento en el consumo SPA
	Biológica	Trastornos de personalidad y del comportamiento	Consumo de SPA desarrolla estos trastornos	Trastornos mentales provocan el consumo de SPA
6. Deterioro de la Salud Mental	Sociopolítico	Políticas de empleo deterioradas	1. Política de lucro económico 2. Disminuye índice de desarrollo social	1. Deterioro del bienestar social 2. Aumento de brecha social
		Contracción de la Política Social	1. Modelo Neoliberal 2. Deterioro servicios y programas sociales 3. Saturación institucional	1. Priorización de lo económico 2. Recorte del presupuesto 3. Baja calidad del servicio que se brinda
		Priorización de la política pública	1. Desaparece componente Salud Mental 2. Reducción de inversión política en Salud.	1. Retroceso en atención Salud Mental. 2. Disminución de Desarrollo Social.
	Circunstancias materiales	Falta de acceso a bienes	1. Falta de vivienda/vivienda inadecuada 2. No cubrir necesidades básicas.	1. Asentamientos informales/hacinamiento 2. Pobreza
		Cambios Estructuras familiares	1. Disfuncionalidad 2. Uniparentales/extensas	1. Canales de comunicación difusos/ problemas de convivencia 2. Recargo en roles/poca claridad de roles.
		Falta de acceso a servicios	1. Agua/electricidad 2. Salud 3. Educación	1. Limitaciones económicas 2. Condiciones aseguramiento 3. Falta de recursos para cumplir con los planes educativos.

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
	Comportamientos	Adicciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos sociales que naturalizan el consumo 2. Conflictos familiares 3. Factores individuales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad aceptación social 2. factores genéticos 3. Herramientas emocionales
		Estilos de vida poco saludables	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mala alimentación 2. Sedentarismo 3. Estrés 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilidad de acceso a comida chatarra 2. Falta de espacios para realizar actividad física 3. Baja tolerancia a la frustración/falta de herramientas para el manejo del estrés
		Aumento de violencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia como mecanismo de resolución de conflictos 2. Cambios en patrones familiares 3. Intolerancia-falta de respeto a la diversidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de mecanismos de autorregulación 2. Falta de comunicación/roles definidos/modelos de crianza 3. Estereotipos y mitos sociales
	Socioeconómico	Aumento de la pobreza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo nivel educativo 2. Falta fuentes de empleo 3. Empleo informal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deserción escolar 2. Contracción de la economía 3. Saturación del mercado.
		Desempleo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo nivel educativo 2. Perfiles no idóneos 3. Mayor oferta que demanda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro sistema educativo 2. Baja oferta de capacitación-falta de recursos económicos 3. Falta de competencias técnicas
		Migración	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflictos sociopolíticos países de origen 2. Malas condiciones económicas 3. Falta de oportunidades en salud y educación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gobiernos dictatoriales 2. Favorecimiento élites gobernantes 3. Falta de políticas sociales

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
	Servicios de salud	Falta de recurso humano capacitado para atención de la salud en general.	Falta de recurso humano capacitado para atención de la salud en general	1. Baja asignación de presupuestos 2. Baja calidad de atención
		Brecha de infraestructura	1. Incumplimiento de políticas que responden a las necesidades de la población 2. Deuda del gobierno con la C.C.S.S.	1. Desvío de recursos en otras cosas 2. Programas de gobierno sin financiamiento
		Imposibilidad de desarrollar programas de Prevención y Promoción	1. Énfasis en la atención 2. Aumento de casos de problemas de salud mental.	1. Prioridad consulta individual 2. Saturación del sistema
	Biológica	Factores congénitos genéticos	1. Mayor probabilidad de padecer enfermedad mental 2. Desequilibrio en química cerebral 3. Desequilibrio hormonal	1. Presencia de enfermedades mentales en la familia 2. Problemas en el Sistema Nervioso central 3. Problemas del sistema endocrino
		Vivencia de situaciones de riesgo	1. Pobre control prenatal 2. Malnutrición 3. Abuso de sustancias psicoactivas	1. Deprivación cultural/desinterés 2. Falta de acceso a alimentos/estereotipos sociales 3. Baja percepción del riesgo
7. Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de salud	Sociopolítico	Falta de Institucionalización	1. Adecuados canales de comunicación 2. Aplicación uniforme de la norma	1. Pérdida de Información 2. Inducción y cumplimiento de la norma
		Participación ciudadana	1. Cumplimiento de procesos a parte de los miembros orgánica 2. Falta de integración a la participación ciudadana	1. Frustración de los ciudadanos por la no participación
		Gobernanza	1. Inestabilidad Política en el gobierno	1. Confusión y malestar en la población

Análisis de la Situación de Salud Área Rectora Alajuela 1 y 2

Problema de Salud	Dimensión	Causa raíz	Causa secundaria	Causa terciaria
	Circunstancias materiales	Medios y acceso a bienes y servicio	1. Población en pobreza 2. Dificultad acceso de salud	1. Inmigración y riesgo Social 2. Analfabetización y brecha generacional
		Condiciones ambientales - Infraestructura	1. Falta de Infraestructura adecuada	1. Distribución de nuevas instalaciones
	Comportamiento	Percepción de la Salud	1. Deficiente percepción en calidad y calidez brindada 2. falta de empatía de los funcionarios 3. Falta de humanización	1. Desconfianza 2. Recargo funciones del que orienta 3. Mecanización de los procesos
		Utilización de los servicios de Salud	1. Uso Inadecuado de servicios 2. Ausentismo en citas	1. Saturación de servicios de Urgencia y EBAIS 2. Pérdida de servicios- citas
	Servicios de Salud	Recurso humano	1. Ausencia de estudio de idoneidad de personal actualizado	1. Tiempo y lista de espera
		Reorganización de servicios	2. Falta de adecuar necesidades a la población	2. Insuficiente e inadecuada atención de la problemática del sector.
		Limitación en el campo de acción médicos generales	3. aumento en las listas de espera	Deficiencia en la atención
	Biológica	Aumento de las enfermedades crónicas	1. Reestructuración del manejo de enfermedades crónicas	1. Mal manejo y mayor morbilidad.
		Prevención y Promoción de salud	2. Inadecuado manejo de grupos de riesgo	2. Aumento en la demanda en servicios de Salud
	Socioeconómico	Acceso al seguro	1. Inmigración 2. Pobreza	1. Institucionalización -IMAS 2. IMAS y apoyo respectivo
		Canales de atención	1. Desempleo 2. Falta de acceso a servicios	1. No aseguramiento 2. Pobreza, educación

Fuente: Elaboración propia con base en información obtenida en el segundo taller de ASIS, 2023

En el cuadro anterior se observa cada uno de los problemas priorizados tanto por el equipo de vigilancia epidemiológica como por los líderes comunales consultados, los problemas seleccionados fueron:

1. Infarto agudo de miocardio
2. Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte
3. Parálisis cerebral
4. Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas
5. Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón
6. Deterioro de la Salud Mental
7. Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de Salud

El cuadro anterior muestra con detalle cada una de las causas raíz, causas secundarias y terciarias de cada problema, lo cual funcionó como insumo para realizar el análisis preliminar junto con el equipo de expertos invitado, el detalle se mostrará a través del siguiente apartado.

4.1.2 Análisis de las causas raíz con los expertos

En primera instancia, cabe mencionar que el objetivo principal en este punto del proceso de análisis es priorizar las causas raíz de cada problema, obtenidas a través de la elaboración del diagrama de Ishikawa. Dicha priorización se realizó a través del uso de una herramienta conocida como “Plantilla de Pareto para priorización de causas raíz”, esta herramienta contribuye a identificar cuáles son las principales causas raíz que influyen en cada problema de salud.

Con el fin de aclarar la metodología empleada en este punto, es importante mencionar que la plantilla Pareto es un instrumento automatizado, que permite realizar el cálculo del peso de cada causa raíz, para ello, a cada persona experta se le explicó el valor que debía asignar a cada una de las causas raíz anotadas por dimensión, de la siguiente manera:

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

Fuente: Guía Metodológica Análisis de Situación de Salud Costa Rica, 2019

Posteriormente, a manera de plenaria, se procedió a solicitar a cada equipo de trabajo que mencionaran el problema que le correspondió, seguido de cada causa raíz colocada y su respectiva calificación de acuerdo con los criterios anteriores; la herramienta automáticamente llevó a cabo la sumatoria y el cálculo del porcentaje que le correspondió a cada causa. Finalmente, una vez ordenada la plantilla, las causas que se ubican en el porcentaje de 80% son aquellas que tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud, por lo que se tomarán como referencia para realizar el debido análisis.

A manera de ilustración, se muestra un ejemplo del trabajo realizado con el problema número 1, Infarto agudo de miocardio:

Análisis de la Situación de Salud Área Rectora Alajuela 1 y 2

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	80-20
Factores Socioeconomicos	2,3	EDUCACION	10	5	10	80%
Factores Biologicos	3.1	ATEROSCLEROSIS	10	5	10	80%
Factores Biologicos	3.2	CARDIOPATIAS	10	5	10	80%
Servicios de Salud	6.1	LIMITADO ACCESO A ATENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA	10	5	10	80%
Servicios de Salud	6.2	MEDICACION	10	5	10	80%
Comportamiento	4.1	SEDENTARISMO	10	5	7	80%
Comportamiento	4.2	TABAQUISMO /CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	10	5	7	80%
Comportamiento	4.3	MALOS HABITOS ALIMENTICIOS	10	5	7	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	SITUACION LABORAL	10	5	7	20%
Factores Biologicos	3.3	ENFERMEADES TROMBOTICAS	10	3	10	20%
Factores Socioeconomicos	2.2	POBREZA	7	3	10	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	GOBIERNO	3	3	10	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	ESTRUCTURA FAMILIAR	7	3	3	20%
Servicios de Salud	6.3	COSTO DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS	3	3	7	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	GENERO	10	1	3	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	DEMOGRAFIA	3	1	7	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	NA	0	0	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	NA	0	0	0	20%

Tal como puede observarse, una vez ordenada la plantilla, de acuerdo con ello surgieron ocho principales causas que influyen directamente sobre el problema Infarto agudo del miocardio, las cuales son: Educación, Aterosclerosis, Cardiopatías, Limitado acceso a atención primaria y secundaria, Medicación, Sedentarismo, Tabaquismo/consumo de sustancias adictivas y Malos Hábitos Alimenticios.

De esta manera, es posible tener una visión más integral de aquellos aspectos que se deben analizar para establecer posibles intervenciones a futuro. Al igual que para el problema número 1, se realizó la aplicación de la herramienta Pareto y se obtuvo los resultados para cada problema, los cuales se desglosan a continuación.

En el caso del problema número 2, Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte, surgió la priorización de causas de la siguiente manera: Patología materna crónica, Educación, Estilo de vida, Migración, Ingreso económico, Conductas sexuales de riesgo, Género y Violencia Psicosocial.

Para el problema número 3, Parálisis cerebral, los resultados fueron: Condición social, Educación, Pobreza, Fetales, Maternas, Neonatales e Infraestructura.

En cuanto al problema 4, Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas, con la ayuda de las personas expertas se priorizaron los siguientes resultados: Consumo Lícito e Ilícito, Violencia, Ingreso, Estructura familiar, Situación Laboral, Protección Social, Áreas estratégicas locales y Grupos prioritarios.

Por su parte, el problema número 5, Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón obtuvo los siguientes resultados priorizados: Consumo lícito e ilícito, Violencia, Ingreso, Estructura familiar, Situación laboral, Servicios que se prestan, Falta de priorización de política pública, Gobernanza.

En el caso del problema 6, Deterioro de la Salud Mental, se registraron los siguientes resultados: Aumento de la pobreza, Desempleo, Adicciones, Estilos de

vida poco saludables, Aumento de la Violencia, Cambios estructurales familiares, Contracción de la política social y Vivencias de situaciones de riesgo.

Finalmente, para el problema número 7, Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de salud, se obtuvieron los resultados que se mencionan a continuación: Gobernanza, Canales de atención, Prevención de la enfermedad y promoción de la salud, Percepción de la salud, Utilización de los servicios de salud, Recurso humano, Reorganización de servicios y Limitación de campo de acción de médicos generales.

Cabe mencionar que, para cada uno de los problemas antes mencionados, se realizó el mismo cuadro utilizado para el problema 1, los cuáles pueden ser visualizados en el apartado de anexos.

Con base en la información obtenida, se procedió a realizar el debido análisis de cada uno de los eventos de salud destacados, lo cual se presenta con detalle en el próximo apartado.

4.2 Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Lo que se pretende alcanzar con el desarrollo de este apartado es retomar la información obtenida a través de la herramienta Pareto, los aportes de las personas expertas en la temática, y realizar el análisis correspondiente a cada evento de salud priorizado para el cantón central de Alajuela. Para ello se toma en consideración aquellos Determinantes de la Salud que influyen de alguna manera en cada situación problemática y se desglosa tomando en consideración lo que dice la teoría al respecto.

4.2.1 Problema número 1: Infarto Agudo del Miocardio

En la actualidad es cada vez más frecuente encontrar a personas jóvenes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM), lo cual puede asociarse al incremento de factores de riesgo, tales como la sobrecarga de trabajo, estrés laboral, malos hábitos dietéticos, sedentarismo, obesidad, tabaquismo y adicciones. Es de llamar la atención que en algunos países se ha reportado disminución de la incidencia y mortalidad del IAM en las últimas décadas, sin embargo, esta tendencia no se ha observado en los jóvenes, ya que en este grupo etario se ha advertido un incremento en la incidencia. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 1)

La importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo prevenibles reside en disminuir futuros eventos cardiovasculares, los cuales tienen un fuerte

impacto en el estilo de vida, productividad, a nivel social y económico para la propia familia y la sociedad en general.

Factores de riesgo

En la actualidad los factores de riesgo pueden clasificarse como modificables y no modificables; dicha clasificación permite identificar los cambios que se pueden hacer en el estilo de vida y el tratamiento del paciente para disminuir la aparición de eventos cardiovasculares y disminuir la mortalidad.

Entre los principales factores de riesgo para infarto agudo del miocardio se encuentran: tabaquismo, dislipidemia, historia familiar de enfermedad coronaria prematura, obesidad, hipertensión, diabetes *mellitus* y uso de drogas ilícitas. En el sexo masculino es más frecuente encontrar antecedente de dislipidemia y tabaquismo, mientras que en el sexo femenino se observa más la diabetes mellitus.

También existen factores genéticos, donde se ha demostrado que altas concentraciones del inhibidor de activación del plasminógeno tipo 1, la presencia de polimorfismos de nucleótidos simples, variantes en genes de paroxonasa 1, receptor toll-like tipo 4 y metaloproteinasa 3, están asociados a eventos tromبóticos. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 2).

Signos y síntomas

Entre los signos y síntomas más comunes se tienen: dolor intenso en el pecho, en la zona precordial, sensación de malestar general, mareo, náuseas y sudoración. El dolor puede extenderse al brazo izquierdo, a la mandíbula, al hombro, a la espalda o al cuello.

Una mayor proporción de pacientes jóvenes tiene un IAM con elevación del ST como presentación (70%), mientras que los pacientes no jóvenes lo hacen tanto con IAM con elevación del ST como con IAM sin elevación del ST en la mitad de los casos. Por otra parte, se ha observado una mayor prevalencia de infarto de miocardio sin arterias coronarias obstruidas en los menores 45 años con una mayor frecuencia en mujeres jóvenes. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 3).

Es importante mencionar que en los jóvenes se observa un mayor pico de creatina cinasa y proteína C reactiva durante el evento agudo, lo cual sugiere que el miocardio no tiene circulación colateral; sin embargo, se debe reconocer que la elevación enzimática no siempre se corresponde con el curso clínico, debido a que al momento del ingreso de estos pacientes en su mayoría muestran escalas pronósticas con puntuación de mortalidad baja a moderada y de muy bajo riesgo de sangrado. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 3).

Etiología

En la población general se ha observado que la ruptura de placa aterosclerótica con consecuente trombosis es principal causa de IAM independientemente de su presentación clínica.

Otras etiologías como: disección coronaria, embolia, espasmo, alteraciones anatómicas y disfunción microvascular. La disección coronaria espontánea “se asocia frecuentemente al embarazo, enfermedades del tejido conectivo e inflamatorias, y su principal causa es la displasia fibromuscular”. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 3).

Las principales causas de embolia coronaria son: fibrilación auricular, cortocircuitos venoarteriales, miocardiopatía dilatada, enfermedad valvular, tumores cardíacos, estados hipercoagulables, endocarditis, tumores y causa iatrogénica.

En la actualidad no se ha establecido de manera estándar el abordaje de trombofilias en pacientes jóvenes con hallazgo de trombosis coronaria sin causa aterosclerótica, por lo que dicho abordaje debe ser acorde a la sospecha clínica. En algunos estudios se ha realizado tamizaje de trombofilia en IAM en menores de 35 años sin factores de riesgo convencionales, encontrando que fueron positivos para síndrome antifosfolípido y para deficiencia de proteína C. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 4)

La prevalencia de las alteraciones anatómicas coronarias como causa de isquemia cardíaca no ha sido reportada, sin embargo, hay que destacar que las anomalías en el origen de las coronarias, así como su estenosis anatómica, pueden impedir el llenado diastólico, con la consecuente isquemia. Otra causa descrita es la presencia de un trayecto anómalo con disminución de su volumen por compresión extrínseca. Otra causa no aterosclerótica de IAM es el desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno al músculo cardíaco, común conocido con IAM tipo 2, el cual se presenta en jóvenes con IAM. Las principales causas reportadas que provocan este desequilibrio son sepsis, arritmias e insuficiencia respiratoria. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 4)

Pronóstico

La mortalidad intrahospitalaria es mayor en el grupo de mayores de 65-70 años. En cuanto a las complicaciones intrahospitalarias, se ha reportado una baja tasa de choque cardiogénico, insuficiencia cardíaca, evento vascular cerebral, bloqueo auriculoventricular completo, pericarditis postinfarto y lesión renal. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 5).

Actualmente los pacientes en recuperación después de un IAM son frecuente la depresión, la cual se considera un factor de riesgo independiente para el aumento de mortalidad, incluso después de un control adecuado de la extensión de la enfermedad coronaria, tamaño de infarto y disfunción ventricular izquierda. La causa de depresión post-IAM se desconoce, se asocia a alteraciones en la función

neuroendocrina, falta de adherencia terapéutica y efectos adversos cardiotoxicos de fármacos antidepresivos. (Dattoli, Jackson, Gallardo, Gopar, Araiza, Arias, 2021: 5)

En la actualidad el IAM es cada vez más frecuente en jóvenes y su principal factor de riesgo cardiovascular es el tabaquismo. Su presentación clínica no suele diferir de los pacientes de mayor edad y la aterosclerosis persiste como etiología principal, sin embargo, hay que tener en cuenta otras causas como disección coronaria espontánea, embolia, espasmo y alteraciones anatómicas.

En el año 2012 se publicó la Ley 9028: Ley General del Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud, como una forma de incidir en la disminución del tabaquismo y por ende en las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, a la fecha no hay estudios que indiquen que dicha ley haya incidido en la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, tal y como se ve reflejado en las estadísticas del cantón central de Alajuela.

Finalmente, el Ministerio de Salud, en relación con la Ley 9028 ha ejercido una función fiscalizadora en los establecimientos comerciales.

4.2.2 Problema número 2: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte

La prematuridad ocupa la primera causa de mortalidad entre los niños menores de cinco años y constituye uno de los problemas de salud pública más importantes actualmente

A nivel mundial nacen cada año 15 millones de niños prematuros y aproximadamente cada año más de un millón de ellos muere a causa de las complicaciones relacionadas con la prematuridad. (Reyes, 2020: 1).

Los nacimientos prematuros son cada vez más frecuentes y sus causas, involucran no solo la salud materna, sino también factores sociales, circunstanciales como lo son la pobreza, la estructura familiar, calidad de vida, acceso a alimentos nutritivos, acceso a los servicios de salud y atención médica primaria, tecnología en salud, inequidad, acceso a empleo y situación laboral, políticas de promoción a la salud entre otros. (Reyes, 2020: 1).

El aumento de los embarazos en mujeres menores a 18 años de edad y mayores a 35 años, han sido recientemente uno de los factores de más riesgo relacionados con el desencadenamiento de un parto prematuro, el aumento de las gestaciones múltiples (embarazos gemelares, trillizos cuatrillizos, quintillizos) secundarias a la proliferación de las técnicas de reproducción asistida y su relación con el parto prematuro aun cuando se implanta un solo embrión han contribuido enormemente al incremento de los nacimientos prematuros en todos el mundo. (Reyes, 2020: 1).

La prematuridad se define como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. Dentro de la prematuridad podemos distinguir grados, que se establecen en función de las semanas de gestación (SDG): a) extremadamente prematuros (< 28 SDG), b) muy prematuros (28 -31 SDG) y c) moderadamente prematuros (32-36 SDG) que representan la mayoría de los nacidos prematuros. (Reyes, 2020: 2).

Los recién nacidos pueden ser además clasificados según el peso de nacimiento en recién nacido prematuro con bajo peso al nacer: es aquel cuyo peso dentro de la primera hora de nacido es menor de 2500 gr. Prematuro de muy bajo peso cuando al nacer es menor de 1500 gr y extremadamente prematuro cuando su peso es menor a 1000 gr al nacer. (Reyes, 2020: 2).

Situación actual de la prematuridad

Actualmente la sobrevida de los recién nacidos prematuros ha aumentado considerablemente con el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales y los avances tecnológicos, principalmente con relación a ventilación asistida, la utilización del surfactante pulmonar y la administración prenatal de corticoides.

La definición de viabilidad se basa en dos criterios principales: el biológico, que toma en cuenta la maduración del feto y el epidemiológico que se basa en las tasas de supervivencia. Existen grandes diferencias en las tasas de supervivencia de los prematuros, en función del lugar donde se haya nacido. Más del 90 por ciento de los prematuros extremos (menores a 28 semanas) nacidos en países de ingresos bajos mueren en los primeros días de la vida, mientras que en países de ingresos altos mueren menos del 10 por ciento de los nacidos con la misma edad gestacional. (Reyes, 2020: 2).

Las diferencias entre supervivencia y calidad de vida resultante van con relación a cuanto menor es la edad gestacional al nacer, mayor probabilidad de desarrollar secuelas permanentes y discapacidad.

El nivel de ingreso de un país continúa siendo un factor importante al medir la supervivencia de los recién nacidos. En los países de ingresos altos la tasa de mortalidad es de solo tres muertes por cada mil nacimientos y en los países de ingresos bajos la tasa es de 27 fallecidos por cada mil nacimientos.

La prematuridad no solo es causa importante de muerte, sino también lo es de otros eventos adversos, como son las alteraciones fisiológicas y del neurodesarrollo, complicaciones respiratorias, oftalmológicas, cardíacas, gastrointestinales, metabólicas e inmunológicas entre otras.

Patología respiratoria

La patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad del prematuro y se manifiesta con insuficiencia respiratoria derivada de la relación inmadurez-hipoxia al nacer y que con frecuencia requiere de una reanimación neonatal avanzada, se representa por el distrés respiratorio y por déficit pulmonar o enfermedad de la membrana hialina, seguida de la apnea del prematuro y la displasia broncopulmonar. La administración de corticoides prenatales y el uso de surfactante exógeno son dos terapias de eficacia probada que han cambiado el pronóstico de los recién nacidos prematuros (Reyes, 2020: 3).

Patología Neurológica

La inmadurez es la constante en el sistema nervioso central del prematuro. La fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, la pobre mielinización de la sustancia gris, la susceptibilidad a la hipoxia a los cambios de la osmolaridad y tensiones, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular y su forma grave de infarto hemorrágico. (Reyes, 2020: 3).

La leucomalacia periventricular representa el daño por hipoxia más importante en la sustancia blanca cerebral del prematuro y su incidencia se observa en los de muy bajo peso. La permeabilidad aumentada de la barrera hematoencefálica facilita la producción de kernícterus con cifras de bilirrubinemia relativamente bajas. La inmadurez hepática y el retraso del tránsito digestivo facilitan la hiperbilirrubinemia. La frecuencia de las alteraciones del neurodesarrollo en los prematuros de muy bajo peso al nacer es muy alta, siendo la responsable de hasta un 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia, que incluyen desde las alteraciones leves de las funciones cognitivas hasta la parálisis cerebral infantil, retraso en el desarrollo psicomotor, sordera o hipoacusia neurosensorial. (Reyes, 2020: 3).

Patología Oftalmológica

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento prematuro, la oxigenoterapia y saturación restringida y el posterior crecimiento desordenado de nuevo vasos sanguíneos, es el origen de la retinopatía del prematuro que en su grado severo ocasiona ceguera. (Reyes, 2020: 4).

Patología Cardiovascular

La hipotensión arterial es más frecuente a menor peso del prematuro al nacimiento. También se relaciona con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener un adecuado tono muscular con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y la disfunción cardíaca llegando a ser necesario el tratamiento con amins vasoactivas (dopamina o dobutamina) adrenalina y solución fisiológica como expansor de volumen. La persistencia del conducto arterioso es frecuente en los prematuros debido a la caída anticipada de las presiones pulmonares que hacen

que el corto circuito de izquierda a derecha se establezca anticipadamente. (Reyes, 2020: 4).

Patología Gastrointestinal

La inmadurez es el factor de riesgo más importante para la presentación de enterocolitis necrotizantes cuya patogenia se mezcla con factores de maduración, vasculares, hipoxémicos e infecciosos. La gravedad de ésta hace necesario su diagnóstico y tratamiento oportuno. Existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico, la motilidad del intestino es lenta y con frecuencia se presentan retraso en las evacuaciones. (Reyes, 2020: 4).

Factores Inmunológicos

El sistema inmune del recién nacido prematuro, es incompetente, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta la fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica muestra una disminución de la IgG que es transferencia materna, con ausencia de la IgA o IgM. La incapacidad de limitar la infección facilita la sepsis con focos secundarios que comprometen severamente el pronóstico. (Reyes, 2020: 5).

Alteraciones metabólicas

La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva de grasa corporal y un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor que condiciona a la hipotermia. La inmadurez renal limita la reabsorción adecuada de sodio y agua filtrada. Más del 80% del peso del recién nacido es agua y las necesidades hídricas son elevadas y deben manejarse los aportes controlados, para evitar sobrecargas durante su tratamiento. El metabolismo del calcio fosfórico es insuficiente y debe ser regulado con aportes de vitamina D, para corregir y evitar desmineralización ósea y evitar la osteopenia del pretérmino. (Reyes, 2020: 5).

Hipoglucemia / Hiperglucemia

Los escasos depósitos de glucógeno que, junto con la interrupción de los aportes de glucosa materna al nacer, hacen que se produzca un descenso brusco de la glucemia condicionando a la hipoglucemia. Los prematuros más extremos tienen una pobre capacidad de regulación de la insulina, condicionando a la hiperglucemia y necesidad de aporte de insulina. (Reyes, 2020: 5).

Trastornos Endocrinos

De acuerdo con el grado de inmadurez de la glándula tiroides se puede cursar con un hipotiroidismo transitorio o subyacente. Otras glándulas endocrinas como la hipófisis, la suprarrenal o el desarrollo gonadal entre otras, se encuentran en etapas madurativas incompletas.

Estrategias para abordar el problema de la prematurez

Con el objetivo de disminuir la mortalidad de los prematuros y aumentar su supervivencia y calidad de vida se requiere la colaboración de los gobiernos y los organismos internacionales de la salud, sociedad civil, el sector empresarial, profesionales e investigadores de la salud, trabajando conjuntamente, enfocándose en mejorar la calidad de la atención y minimizar a largo plazo la discapacidad. (Reyes, 2020: 6).

En cuanto a la prevención del parto prematuro es necesario reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes para prevenir los embarazos no deseados, y tratar las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA. (Reyes, 2020: 6).

La administración de tocolíticos reduce la probabilidad del parto prematuro en mujeres con antecedente de parto prematuro. La administración prenatal oportuna de corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar del feto en mujeres con riesgo de parto pretérmino ha dado buenos resultados en la salud del recién nacido prematuro, se recomienda su uso desde la semana 24 hasta la semana 34 de gestación. La administración de sulfato de magnesio se recomienda para las mujeres con riesgo de parto prematuro inminente antes de las 32 semanas de gestación para prevenir la parálisis cerebral en lactantes y niños. La administración de antibióticos se recomienda para las mujeres que presenten ruptura prematura de membranas antes del término. (Reyes, 2020: 6).

Cambios en el estilo de vida en las mujeres con mayor riesgo de parto prematuro y promover el abandono del consumo de tabaco, alcohol y sustancias nocivas para el organismo, evitar la exposición al humo, diagnosticar y tratar las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial, control prenatal con un mínimo de cinco evaluaciones médicas durante el embarazo y un estudio ultrasonográfico para diagnosticar la condición fetal.

También se recomiendan cuidados adicionales para los bebés prematuros que podrían reducir a la mitad la mortalidad en este grupo de recién nacidos: cuidado térmico para evitar la hipotermia. Los métodos simples para mantener la temperatura del bebé después del nacimiento consisten en secar inmediatamente después de nacer, cubrir la cabeza del bebé con un gorro, envolver al bebé o mantenerlo en contacto con su madre piel a piel y cubrir a ambos con una manta, promover retrasar el primer baño hasta alcanzar la estabilidad en la temperatura (normotermia). Apoyar su alimentación, el inicio temprano de la lactancia materna dentro de la primera hora posterior al nacimiento reduce la mortalidad neonatal, y disminuye el riesgo de hipoglucemia. Los beneficios a corto y largo plazo están bien establecidos con menor incidencia de infecciones y enterocolitis necrosante y un mejor neurodesarrollo. (Reyes, 2020: 7).

Se recomienda el método materno “mama canguro” para bebés prematuros y bajos de peso (menores a 2000 gr al nacer). La mayoría de los bebés prematuros

requieren apoyo adicional para alimentarse con técnica de taza y cuchara o sonda de alimentación, administración de suplementos para fortificar la leche materna. (Reyes, 2020: 7).

Prevención de infecciones

El lavado de manos y el mantenimiento de un ambiente limpio, el cuidado del cordón umbilical y de la piel es muy importantes, la aplicación tópica de un antiséptico al cordón umbilical y la aplicación en la piel de un ungüento emoliente reduce la pérdida de agua, la dermatitis y el riesgo de infección.

Pinzamiento tardío del cordón umbilical

Practicar el pinzamiento tardío del cordón umbilical al nacer, es “otra intervención de bajo costo, el esperar 2 minutos como mínimo antes de pinzar el cordón, manteniendo al bebé por debajo del nivel de la placenta, reduce el riesgo de anemia del prematuro y la necesidad de transfusiones por anemia” (Reyes, 2020: 7).

Reanimación Neonatal

La reanimación básica con bolsa, mascarilla y aire ambiente al 21% ha demostrado ser suficiente para salvar a cuatro de cada cinco bebés, procedimientos más avanzados como la intubación endotraqueal son necesarios solo para una minoría. En el síndrome de dificultad respiratoria los prematuros requieren de algún tipo de ventilación asistida con puntas nasales o tubo endotraqueal. El uso de presión positiva continua de la vía aérea CPAP es de bajo costo y ha demostrado ser útil. (Reyes, 2020: 8).

Actualmente la prematuridad es cada vez más frecuente y es un problema de salud pública, siendo la responsable de la primera causa de muerte en los niños menores de cinco años y el cantón central de Alajuela no es la excepción. Es importante la prevención del embarazo no deseado como primera medida y la atención con los cuidados básicos durante el periodo gestacional y neonatal con acciones de bajo costo y con resultados benéficos para la salud materna y neonatal

4.2.3 Problema número 3: Parálisis Cerebral Infantil

La Parálisis Cerebral (PC) es la causa más frecuente de discapacidad infantil. Engloba un grupo de trastornos permanentes, pero no invariables, del movimiento y la postura que provocan limitación de la actividad, causados por interferencias, anormalidades o lesiones cerebrales no progresivas que ocurren en el cerebro inmaduro o en desarrollo. El abordaje del paciente con PC ha cambiado en los últimos años siendo fundamental la atención por un equipo multidisciplinar especializado en los diferentes problemas que presentan estos niños.

Aunque la definición de PC ha ido cambiando a lo largo del tiempo “el diagnóstico sigue siendo clínico y se debe acompañar de más información que ayude a conocer

la afectación del niño (tipo de trastorno motor, función motora, distribución anatómica, trastornos asociados, etc.)". (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021, p. 1).

Los niños con PC van a asociar, en la mayoría de los casos, además de los problemas neurológicos, otros trastornos no neurológicos que serán más frecuentes a mayor grado de afectación de la PC.

Epidemiología

La PC es una de las enfermedades "más prevalentes y la causa de discapacidad más frecuente en pediatría, sobre todo en países desarrollados. La prevalencia general es de 1.5-3 por cada 1.000 recién nacidos vivos." (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 1).

Etiología

La PC puede derivar de cualquier evento que altere el desarrollo del cerebro fetal o neonatal. Las principales causas y factores de riesgo son las siguientes:

Prenatal

-Factores maternos: ingesta de tóxicos, Infección intrauterina, Traumatismo Disfunción tiroidea, HTA (hipertensión arterial), alteraciones de la coagulación enfermedades autoinmunes, fecundación in vitro o técnicas de reproducción asistida.

-Factores placentarios: trombosis/oclusión, hipoperfusión infección/inflamación.

-Factores fetales: malformaciones del sistema nerviosos central, eventos vasculares, síndrome genético, enfermedad metabólica, gestación múltiple retardo en el crecimiento intrauterino.

Perinatal

-Desprendimiento de placenta, corioamnionitis, prematuridad, bajo peso, infección en el sistema nervioso central o sistémica, hipoglucemia grave/mantenida, hiperbilirrubinemia, hemorragia intracraneal, hipoxia y crisis neonatales.

Postnatal

Infecciones, traumatismo craneal, paro cardiorrespiratorio, intoxicación, deshidratación grave, estatus convulsivo y asfixia. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 2)

Clasificación

El concepto de PC engloba un grupo de pacientes muy heterogéneo. Según el tipo de trastorno motor las clasificamos en espástica (la más frecuente), discinética, atáxica, hipotónica o mixtas. Según el área corporal afectada distinguimos: tetraplejia/tetraparesia, paraplejia/paraparesia, cuadriplejia y monoplejía / monoparesia. Existen escalas para valorar de forma objetiva el grado de dependencia y la funcionalidad de los niños con PC. (Peláez, Córdón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 3).

-Escala GMFCS (Gross Motor Function Classification System) para función motora gruesa.

-Escala MACS (Manual Ability Classification System) para función motora fina.

-Escala CFCS (Communication Function Classification System) para comunicabilidad y el lenguaje.

Tasas de supervivencia

La esperanza de vida de los niños con PC depende de la gravedad de esta, la supervivencia disminuye cuanto mayores son la afectación motora y problemas asociados (discapacidad intelectual, disfagia, desnutrición, etc.). En la PC leve (GMFCS I-II) la supervivencia es del 99% a los 20 años, sin embargo, en la PC grave (GMFCS V) es del 40%. Los problemas respiratorios son la causa de muerte más frecuente en todas las series. (Peláez, Córdón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 4)

Trastornos neurológicos: *Epilepsia*

Entre el 35-62% de los niños con PC desarrollan epilepsia. Ésta es más frecuente en los niños con hallazgos patológicos en la neuroimagen y mayor afectación motora. La epilepsia de niños con PC tiene unas características diferenciales: mayor incidencia de epilepsia con inicio dentro del primer año, antecedentes de convulsiones neonatales, estatus epiléptico, necesidad de politerapia y tratamiento con fármacos antiepilépticos de segunda línea. Además, estos pacientes tienen con más frecuencia crisis focales, crisis reflejas, síndromes epilépticos graves y diferentes tipos de convulsiones a lo largo de la evolución de su epilepsia. La realización de un EEG estaría indicada ante la sospecha de crisis de posible origen epiléptico, y el inicio de tratamiento se valorará de forma individualizada en cada caso en función del riesgo de recurrencia de estas. (Peláez, Córdón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 5)

Trastornos del movimiento

Son más frecuentes en la PC discinética, y a menudo aparecen en combinación con espasticidad. Producen mucha afectación funcional ya que interfieren o incluso imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria, además de causar dolor.

Discapacidad intelectual

Los niños con esta condición presentan entre un 40%-70% de discapacidad intelectual, la cual empeora si presenta epilepsia, un EEG (electroencefalograma) o un estudio de neuroimagen anormal.

Trastornos del lenguaje

La disartria (alteración en la articulación del lenguaje) es el más frecuente (40%), sin embargo, el 25% de los niños con PC serán incapaces de producir lenguaje inteligible. El objetivo del tratamiento es maximizar en los niños la capacidad de comunicarse a través del habla, los gestos o las herramientas complementarias (como los dispositivos de comunicación) que necesiten, para permitir que se conviertan en comunicadores independientes. Debe abordarse de forma individualizada y precoz (idealmente antes de los 2 años). (Peláez, Córdón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 6).

Problemas neuropsiquiátricos

Los cuales incluyen trastornos emocionales, problemas de conducta y en la interacción social, hiperactividad/falta de atención, que agravan los problemas escolares y adaptativos, lo que provoca gran angustia y dificulta la integración del niño en su entorno.

Problemas ortopédicos

Espasticidad

Presente en el 85% de los niños diagnosticados de PC. Produce un desequilibrio de fuerzas que da lugar a una disminución del movimiento articular, lo que origina contracturas y deformidades osteoarticulares.

El abordaje de la espasticidad resulta complejo y debe ser individualizado. La finalidad es intentar mejorar la funcionalidad, favorecer la higiene, disminuir el dolor y prevenir complicaciones.

Deformidades osteoarticulares

Entre las deformidades osteoarticulares más frecuentes nos encontramos con los pies equinos, el desplazamiento o luxación de cadera y la escoliosis, la prevalencia aumenta considerablemente en el GMFCS IV-V. La cirugía ortopédica tiene como objetivo reequilibrar las fuerzas en torno a la articulación, y corregir las deformidades. Se puede actuar sobre las partes blandas (micro/tenotomías, transferencias tendinosas) o sobre las partes óseas (osteotomías, artrodesis). Es recomendable realizar la mayoría de los procedimientos como un solo evento de cirugía de múltiples niveles para minimizar los riesgos. Además, este enfoque permite planificar mejor la rehabilitación postoperatoria. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 6).

Trastornos digestivos

Malnutrición

La malnutrición en el niño que presenta PC tiene un origen multifactorial y está descrita en un 60-90% de los pacientes. Está originada por la disfunción orofaríngea, escasa ingesta, déficit de micronutrientes y, raramente, aumento de necesidades (PC tipo disquinética, enfermedades intercurrentes o crisis epilépticas). Otras comorbilidades que dificultan la alimentación son debidas a la dismotilidad: reflujo gastroesofágico, náuseas, retraso del vaciamiento gástrico y estreñimiento. Debemos satisfacer los requerimientos nutricionales del paciente identificando los trastornos digestivos precozmente y minimizando los riesgos asociados, ya que los problemas digestivos empeoran el pronóstico neurológico y la calidad de vida de estos pacientes. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 6).

Disfagia

La disfagia va a estar presente en torno a un 40%-90% de los niños con PC. La succión débil, incoordinación en la succión-deglución, cierre ineficiente de labios y masticación ineficaz conlleva en muchos casos en el aumento del tiempo de ingesta y en algunos un inadecuado aporte calórico. La disfunción orofaríngea conlleva riesgo de aspiración broncopulmonar de contenido alimentario con empeoramiento del estado respiratorio del paciente. En caso de sospecha de disfagia debemos evaluar seguridad y eficacia de la deglución mediante observaciones de la ingesta y videofluoroscopia si procede. El abordaje de la disfagia incluye la modificación de texturas con espesantes o cambios de posturas durante las comidas (papel importante de logopeda). Si lo anterior fracasa y la vía oral no es segura o no es eficiente optaremos por alimentación enteral mediante sonda nasogástrica o gastrostomía. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 7).

Reflujo gastroesofágico

Está presente en un 50-75% de los pacientes con PC. La etiología es multifactorial: alteraciones de la postura, dismotilidad neurológica con aumento de relajaciones transitorias de esfínter esofágico inferior y aumento de la presión abdominal secundario a espasticidad y escoliosis. Debemos sospecharlo ante la presencia de síntomas como rechazo de la ingesta, vómitos, hipersalivación, complicaciones respiratorias u otros síntomas inespecíficos como irritabilidad, anemia o alteraciones dentales. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 7).

Estreñimiento

La alteración de la postura y el tono, ingesta deficiente de líquidos, la inmovilidad o la ingesta de fármacos origina que alrededor de la mitad de los pacientes presenten estreñimiento. Origina complicaciones gastrointestinales relacionadas con la dismotilidad e infecciones urinarias de repetición. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 7).

Problemas respiratorios

La prevalencia y la intensidad de la afectación respiratoria se relacionan con la gravedad de la afectación motora, presentando neumonías recurrentes hasta el 70% de los niños con PC tetraplégica. Múltiples factores se ven implicados en la afectación respiratoria de los pacientes con PC: alteración de los mecanismos protectores de la vía aérea superior (VAS), aspiración recurrente, disfunción respiratoria de origen central, cifoescoliosis y alteraciones morfológicas de la caja torácica que condicionan un tórax restrictivo, alteración del tono muscular, alteraciones respiratorias durante el sueño (las alteraciones respiratorias del sueño originan hipercapnia y posteriormente hipoxemia, con riesgo de desarrollo de hipertensión pulmonar). (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 8).

Problemas óseos

Los niños con PC presentan riesgo de baja densidad mineral ósea y osteoporosis. La inmovilidad, baja ingesta de micronutrientes (calcio y vitamina D), la desnutrición y la terapia anticonvulsivante contribuyen a su aparición. Las fracturas patológicas pueden estar presentes hasta en un 20% de los pacientes, afectan con más frecuencia a fémur distal y ocasionan un empeoramiento de la calidad de vida. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 8).

Problemas visuales

Algunos de los signos que nos alertan de posibilidad de afectación visual son el nistagmo, comportamientos como frotarse repetidamente los ojos o balanceos repetitivos de la cabeza o el tronco, la ausencia de parpadeo o retirada ante

estímulos luminosos y “amenaza” (objeto que se acerca rápidamente), la realización de movimientos oculares suaves, pero sin finalidad, y la falta de atención y curiosidad visual. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 8).

Problemas auditivos

La afectación auditiva se relaciona con el desarrollo del lenguaje, y éste, con la capacidad de comunicación y trastornos del comportamiento. También afecta a la capacidad de aprendizaje en caso de no ser detectadas y tratadas de manera precoz. Las infecciones respiratorias de vías altas de repetición pueden originar pérdida de audición intermitente que de no ser tratadas adecuadamente pueden originar sordera permanente. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 9).

Trastornos urológicos

Los niños con PC presentan “disfunción miccional (vaciado incompleto de la vejiga con residuo postmiccional), enuresis, urgencia miccional, incontinencia o vejiga neurógena” (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 9).

Desarrollo puberal y problemas sexuales:

En niños con PC y nivel de inteligencia conservado tanto el interés sexual como la práctica sexual se inician de forma más tardía, pero se iguala a los 20 años. Algunas causas limitantes de las relaciones sexuales se relacionan con la gravedad de la afectación motora, el grado de dependencia para la movilidad independiente y con la capacidad de establecer relaciones sociales. No se debe olvidar que las personas con discapacidad tienen hasta 3 veces más riesgo de ser víctimas de abusos sexuales, siendo múltiples los factores favorecedores de esta situación por lo que la educación sexual debe estar incluida en la educación de los niños con PC e incluirse en la historia de salud el abordaje a la sexualidad, detectando problemas que puedan precisar intervención para su mejoría. (Peláez, Cordón, Madrid, Núñez, Ramos, Gallego, Moreno, 2021: 9).

Salud bucodental

Las malformaciones orofaciales, bruxismo, predominio de dietas blandas, la presencia de reflujo gastroesofágico o la higiene deficiente originan que en torno a un 50% de los niños con PC presenten caries, maloclusiones y enfermedad periodontal.

Sialorrea

La sialorrea en los niños con PC no es a causa de una producción excesiva de saliva sino debido a la disfunción motora de la fase oral de la deglución con un cierre

inadecuado de los labios, a los movimientos de la lengua desorganizados y exacerbados por la falta de percepción sensorial oral y perioral, a la postura de cabeza hacia abajo y a la disfagia.

Trastornos del sueño

Los principales trastornos del sueño en niños con PC son las dificultades para iniciar y mantener el sueño nocturno, el despertar matutino difícil, las pesadillas y la ansiedad del sueño.

Dolor

El dolor que experimentan los niños con PC tiene un efecto negativo en su vida diaria que puede conllevar a la expresión de angustia, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, fatiga y comportamientos negativos de afrontamiento no sólo en ellos sino también en los demás miembros de la familia.

En las últimas dos décadas el enfoque del paciente con PC ha cambiado, pasando de estar únicamente dirigido al niño hacia un enfoque familiar. Sin embargo, las familias se siguen mostrando en muchos casos insatisfechas con la atención recibida.

En el cantón central de Alajuela se cuenta con una escuela de enseñanza especial, donde reciben una atención especializada.

Hay que tomar en cuenta que muchos de estos niños provienen de familias de escasos recursos y se enfrentan al incumplimiento de la Ley 7600.

4.2.4 Problema número 4: Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas

La Organización Panamericana de la Salud en el año 2019 en América Latina encontró mediante un estudio, que el 80% de todos los homicidios de jóvenes de entre 10 a 19 años de la región fueron cometidos con armas de fuego. Afectando especialmente a los varones, cuya tasa asciende a 26,5 por 100.000 muertes por agresiones con armas de fuego, en el caso de las mujeres no se descarta que, en su mayoría, se trate de feminicidios. (OPS-2019)

La tasa pasa a ser de 16,4 por 100.000 jóvenes muertos por terceros con armas de fuego en América Latina. Se plantea la necesidad de políticas de control de armas y desarme, de campañas de des estigmatización y de programas de desarrollo de la juventud, que reduzcan las actuales condiciones que propician e invisibilizan el llamado “juvenicidio armado” en América Latina.

Según datos recopilados por el Ministerio de Salud en el año 2019, menciona “Costa Rica no escapa de esa realidad, según datos del Ministerio de Justicia y Paz del 2015 al 2017 y la oficina de prensa del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) se contabilizan 566 homicidios, que implica un aumento de 162 casos en comparación con el año 2022” (párr. 20).

Mientras que, Alajuela es la provincia que mantiene estadísticas más bajas en comparación al resto del país. También menciona “La Agresión con disparos de otras armas de fuego y las no especificadas es una de las causas de mortalidad identificadas en el cantón de Alajuela en el quinquenio 2015-2019, con 11 casos entre edades de 10-19 años, alcanzando un 15% en esta población joven”. (Indicadores de Género y Salud, 2019)

En Costa Rica la gran mayoría de homicidios se cometen con armas de fuego, por lo que se puede afirmar que, si se quiere un país con menos homicidios, se necesita también un país con menos armas de fuego. La relación de las armas con la inseguridad y la violencia no se limita a su especial efecto sobre los homicidios, sino también que afecta muchas otras modalidades delictivas.

En Costa Rica, la Ley de Armas y Explosivo N° 7530, y su reglamento, son los instrumentos que regulan la tenencia, portación, comercialización y demás actividades relacionadas con las armas de fuego. Esta es una ley que muchos caracterizan como “permisiva”. El Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005 Venciendo el Temor, del PNUD, mencionaba que entre los argumentos que se esgrime para justificar esa afirmación están: “1- Cualquier persona de 18 años o más puede poseer o portar armas (si cumple los requisitos establecidos). 2- Se autorizan, para uso civil, armas que en otros países son de uso militar (como pistolas semiautomáticas calibre 45 y el 9 mm). 3- La Ley expresamente autoriza a inscribir hasta tres armas por persona, lo cual podría facilitar que se creen “pequeños arsenales” en los hogares. 4- Las pruebas para obtener un permiso de portación no son lo suficientemente estrictas y existen deficiencias en su aplicación.” (Informe de Investigación, CIJ en línea- UCR)

Por lo que es necesario en el cantón central de Alajuela, sensibilizar sobre el uso y acceso de armas de fuego, mediante una cultura de paz y mejorando el control sobre el acceso de armas, para combatir el tráfico ilegal.

Dentro de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud se encuentra la Clasificación Internacional de las enfermedades (ICD-10) caídas y accidentes diversos w00-x59. (X95- Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas) para lo cual es importante tomar en cuenta esta clasificación en el manejo de las estadísticas del nivel local. (CIE-10 Código X85-Y09 Agresiones- Clasificación Internacional de Enfermedades)

Por lo que se incorporó dentro de los problemas que se desarrollaron en la Espina de Pescado en el taller de trabajadores expertos. El grupo expertos consultado

identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la Agresión con disparos de otras armas de fuego y las no especificadas: 1) determinantes biológicos, 2) determinantes socioeconómicos (grupos prioritarios) y sociopolíticos, a fin de disminuir los factores de riesgo asociados a este evento, ya que en gran medida responden al entorno social y económico.

Por esa razón, la población del cantón central de Alajuela requiere que exista un trabajo articulado con actores sociales y estos desempeñen acciones que ayuden a establecer entornos y alternativas saludables. Se identifican zonas de mayor vulnerabilidad dentro de los 14 distritos que existen en el cantón: zonas de riesgo físicas (infraestructura) y sociales. Se analiza fortalecer el Trabajo Interinstitucional y el apoyo de las Asociaciones de desarrollo y comité de deportes.

Mediante empresas privadas, municipalidades, el MEP, y juntas de salud concientizar a la población para creación de fuentes de empleo, ofrecer opciones educativas que disminuyan la deserción escolar y realizar inversiones en materia de seguridad ciudadana, además de trabajar en paralelo en la construcción de nuevas masculinidades a través de la identificación de género y de comportamientos específicos que nos ayuden a tener mejores comunidades libre de armas y drogas para el bienestar de la población de jóvenes y niños.

4.2.5 Problema número 5: Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón

Desde la óptica de los líderes comunales del cantón, uno de los problemas detectados, y que tiene gran relación con el aspecto de la salud mental, es el de “Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón”. De acuerdo con lo obtenido en el desarrollo del primer taller, las personas de la comunidad encuentran que dicha problemática ha ido cada vez más en aumento en diferentes espacios del cantón, por lo que es motivo de preocupación colectiva no solamente desde el aspecto de morbilidad, sino también en el ámbito social, ya que dicha situación se encuentra permeada por la afectación de diferentes determinantes sociales de la salud.

En primera instancia, es relevante aclarar que, de acuerdo con el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), 2015, una droga o sustancia psicoactiva (SPA) son sustancias naturales o sintéticas que al ser ingeridas por una persona pueden producir cambios psicológicos, físicos (orgánicos) y emocionales (p.11). Por su parte, estas se clasifican en drogas lícitas, aquellas que se utilizan con fines medicinales o bien, que se permite su consumo en el país, y aquellas de tipo ilícito, las cuales la Ley de Psicotrópicos establece como prohibidas en el país, entre las más conocidas se encuentra la marihuana, la cocaína y el crack.

Por otra parte, es importante reconocer que se cataloga como “uso de drogas” el consumo que no ha provocado daños físicos o psicosociales en el individuo, mientras que el abuso de estas sustancias implica un nivel de riesgo y un malestar significativo en la persona, de igual manera, cuando se habla de abuso se entiende que se encuentran presentes consecuencias físicas, sociales y psicológicas en la persona (BINASSS, s.f.).

Una vez aclarado lo anterior, cabe recalcar que el problema específico señalado por la comunidad a través del trabajo realizado en el primer taller hace referencia no solamente al consumo como tal de dichas sustancias, lo cual por sí mismo constituye un problema de salud pública, sino también a aquellas situaciones asociadas a la venta, por este motivo, el análisis también debe girar en torno a las causas y efectos de dicha situación en la población del cantón.

De acuerdo con Sequeira, Blanco y Brenes (2022) “dentro de los determinantes psicosociales, la pobreza, las inequidades educativas, laborales y sociales son los aspectos que habitualmente agravan el tema. Lo anterior explica el vínculo entre la dependencia de SPA y la callejización, la cual produce un deterioro significativo en el bienestar general de las personas” (p.4). La afirmación anterior viene a reforzar aquellas causas raíz identificadas por las personas expertas en la temática, ya que se mencionan aspectos tales como: la situación laboral, la estructura familiar y educación, principalmente.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas propiamente, de acuerdo con el informe del IAFA (2019) se indica que, a pesar de que en todo el país existen personas que hacen uso de SPA, el consumo se presenta de manera diferenciada en cada una de las siete provincias, ya que las características históricas, económicas, sociales, culturales, educativas y de densidad poblacional de cada espacio geográfico, van a determinar los patrones de consumo de dichas sustancias (p.38).

Siguiendo con la idea anterior, específicamente el elemento relacionado con la densidad poblacional explica por qué en las provincias centrales, donde además se concentra la mayor parte de la población nacional, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2017, en San José se ubica el 33% de toda la población nacional y en Alajuela el 19.9%, por lo que tan solo en esas dos provincias está asentada la mitad de la población nacional, y es justamente en dichas provincias donde se reportan mayores niveles de prevalencia de consumo de las cinco sustancias más consumidas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y crack) (p.38).

El aspecto mencionado anteriormente también se encuentra ligado a la dimensión relacionada con Circunstancias Materiales, las cuales a su vez los profesionales expertos destacaron en sus causas secundarias como el contexto social y comunitario presente en la población, lo cual permite la existencia de factores de

riesgo y vulnerabilidad en los diferentes grupos poblacionales, también por la zona geográfica en que residen.

De la mano con esto, de acuerdo con el informe del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), 2019, indica que, en cuanto al control de la oferta de drogas, “donde hay vulnerabilidad, hay actividad delictiva” (p. 62), por lo que para contrarrestar la oferta de drogas debe darse un efectivo cumplimiento de la ley como una parte esencial en la solución a la problemática nacional y por consiguiente mundial. Dicho informe señala también que es necesario hacer frente a ambos elementos (vulnerabilidad y actividad delictiva) “de manera equilibrada e integral mediante respuestas de justicia penal que se centren en la salud y se basen en los derechos” (ICD, 2019, p. 62).

Dichas afirmaciones, que han sido ampliamente estudiadas por las organizaciones encargadas del comercio lícito e ilícito de drogas, se ven reforzadas por las recomendaciones de los profesionales en la materia consultados, ya que señalan que existe una falta de priorización de la Política Pública, así como falta de participación intersectorial y en salud, por lo que el problema tiene alcances tanto locales como a nivel nacional.

Dichas entidades, tal como el ICD, realizan continuamente sus esfuerzos para trabajar en contra del crimen organizado, el cual ha cambiado su estructura de funcionamiento, e implica un mayor trabajo en cuanto a la coordinación efectiva de instituciones nacionales, regionales e internacionales; no obstante, esta situación al encontrarse rodeada de diferentes aspectos, desde el ámbito personal y comunitario hasta lo concerniente a las macro estructuras sociales, no ha logrado una disminución en su incidencia.

De acuerdo con Sequeira, Blanco y Brenes (2022), “la dependencia de SPA es un trastorno neuropsiquiátrico que resulta de su consumo crónico en combinación con diversos factores psicosociales y neurobiológicos de vulnerabilidad que, si ocurren temprano en el desarrollo, aumentarán sustancialmente el riesgo de dependencia” (p. 15), de ahí la importancia de crear estrategias tanto para prevenir el consumo como para tratarlo, y trabajar desde las diferentes esferas sociales para generar factores protectores dirigidos a las poblaciones más vulnerables, tanto de la venta, lo cual es un problema generalizado en el país, como de otros aspectos sociales que conllevan a su consumo y distribución.

Derivado de la idea anterior, es posible recalcar, tal como lo señalaron los profesionales consultados, que la creación y mejora de Políticas Sociales, puede ser un aspecto fundamental para contrarrestar la incidencia de estos casos, a nivel nacional, y en el contexto cantonal, en este caso de Alajuela. Tal como lo recalca Sequeira, Blanco y Brenes (2022):

...los esfuerzos deben caracterizar a la persona y sus circunstancias psicosociales, no solamente restringir la disponibilidad de las SPA como

única medida para combatir la dependencia. Si se lograra lo primero, pasaría a segundo plano el control, al descender sobremanera el número de personas vulnerables (p.15)

Lo anterior quiere decir que no solamente se trata de abordar la problemática desde un punto de vista restrictivo y de alcance para la población, sino que también se debe trabajar sobre las particularidades de cada contexto geográfico y poblacional, a través del trabajo interinstitucional, y atacando el problema en cercanía con las fuerzas vivas sociales existentes, con el fin de que la población meta de los comerciantes disminuya.

Aunado a la idea previa, del informe emitido en el año 2019 por el ICD, se puede extraer una serie de acciones realizadas por dicha institución para contrarrestar el problema, las cuales, al ser abordadas desde la salud pública, pueden funcionar como base o ejemplo para desarrollar en otros contextos nacionales, se mencionan a continuación:

- Trabajo intersectorial, coordinando con el sector seguridad ciudadana y justicia, sector trabajo, desarrollo humano e inclusión social, sector salud, nutrición y deporte y sector educación y cultura.
- Trabajo con el Poder Judicial
- Creación de alianzas estratégicas con Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, IAFA, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Nacional de las Mujeres, Ministerio de Justicia y Paz, Instituto Mixto de Ayuda Social, Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional.

Todo ello desde un enfoque de principios de universalidad, equidad, enfoque de género, científicidad y bajo el paradigma de los Derechos Humanos (p. 42). Lo anterior significa que en el país, los entes encargados en materia de drogas y comercio ilícito cuentan con una visión integral respecto a la problemática, lo cual supone un aspecto positivo en cuanto al tratamiento de ésta, no obstante, es importante que a nivel local se generen mayores esfuerzos para trabajar acorde con dicha misión y se logre generar mejoras desde la misma población, ya que se presume que el ataque a las grandes organizaciones de narcotraficantes que lamentablemente aquejan el contexto nacional resulta sumamente complejo.

4.2.6 Problema número 6: Deterioro de la Salud Mental

En el problema del Deterioro de la salud mental, seleccionado por los líderes comunales, es importante tener en cuenta el concepto de salud mental que según la Comisión Nacional de 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” (pág. 34). Este concepto engloba los factores tales como biológicos, emocionales, ambientales, socioeconómicos, culturales, sistemas y servicios de salud, por tanto, los líderes comunales consideran que se ve deteriorado por falta de acceso a servicios, cambios en la estructura familiar, dificultad económica, consumo de sustancias ilícitas, estilos de vida poco saludables, ansiedad, depresión, suicidios, inseguridad, desempleo, entre otros.

Bajo la metodología causa -efecto, se realiza un segundo taller de expertos con diferentes instituciones donde se analizan los problemas priorizados tanto de las compañeras de vigilancia como por los líderes comunales, donde se establecen dimensiones, causa raíz, causa secundaria y las causas terciarias a continuación se describen dicha información.

En la dimensión Sociopolítica los expertos comentan que, políticas de empleo se han deteriorado, con políticas de lucro económico que provoca un deterioro social donde hay una disminución del índice de desarrollo lo que provoca un aumento de la brecha social. Lo anterior puede ser producto graves tensiones en el control social como lo explica el estudio de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales Costa Rica, donde expone que: “El desempleo ha aumentado constantemente desde la crisis global, muy por encima de su promedio histórico y ahora es más alto que el promedio de América Latina. Es particularmente alto entre jóvenes y mujeres. El nivel de participación de la fuerza laboral de mujeres es bajo y cercano a los niveles más bajos de la OCDE (pág. 42). Lo anterior genera una gran brecha de desigualdad social ya que muchas mujeres, son también las jefas de hogares, provocando pocas oportunidades de crecimiento personal.

Así mismo comentan que una contracción política social que se da por el modelo Neoliberal dando una priorización a lo económico, generando un deterioro a servicios y programas sociales, presentando recortes en los presupuestos y una saturación institucional donde los servicios que se brindan bajan la calidad de la atención. Ante el modelo neoliberal nos envuelve en el tema de la globalización donde el rico es más rico y el pobre más pobre, por tanto, se puede reflejar en aumento en la productividad económica, dejando de lado los programas sociales, generando una fragmentación entre el patrono y el trabajador, provocando un deterioro de los servicios y la calidad de este y a su vez creando más desigualdad.

El aumento de la desigualdad, los insuficientes avances en la lucha contra la pobreza, el riesgo de exclusión económica de las personas poco calificadas requieren reformas políticas que promuevan una economía más dinámica e inclusiva que responda de mejor forma a los retos del cambio tecnológico y la globalización, para mitigar el aumento en la brecha social, desigualdad y crear una sociedad más igualitaria y justa, donde el desarrollo social favorezca a toda la población por igual tanto a mujeres como a jóvenes y migrantes.

Por otra parte, la priorización de la política pública desaparece el componente de salud mental que viene a representar un retroceso en la atención de la salud mental,

generando una reducción de inversión política, donde se presenta una disminución en el desarrollo social. En la actualidad se cuenta con el Política Nacional de Salud Mental 2012 al 2021, lo que representa una extensión de esta, también se denota la falta de interés por parte del gobierno de actualizar y seguir trabajando en un tema tan importante, donde claramente se ve el deterioro del desarrollo social y de la salud mental de la población.

Con lo que respecta a Circunstancias Materiales expresan la falta de acceso a bienes, creando una falta de vivienda o bien una vivienda inadecuada, provocando asentamientos informales y hacinamiento, donde tampoco se cubren las necesidades básicas debido a la pobreza.

Entiendo la pobreza como “privación e impotencia”, carencia de ingresos y activos para satisfacer las necesidades básicas, la ausencia de educación, destrezas o herramientas para adquirir ingresos y activos y la falta de habilidad o poder para cambiar la situación (Juan Diego Trejos: 1992, 3); siendo características muy propias como: el desempleo, falta de acceso a la educación, falta de acceso a los servicios tales como el aseguramiento, agua, luz, vivienda, alimentación, vestido entre otros.

También se comenta que los cambios en la estructura familiar se dan por la disfuncionalidad de los canales de comunicación, y esto se genera en familias uniparentales o extensas, generando una recarga de roles donde se tiene poca claridad de estos, ante lo anterior David-Sven (1997) plantea “la familia como una construcción social sometida e influenciada por cambios que se han dado en su entorno económico, social y simbólico, muestra cómo la articulación de estos cuatro entornos ha generado una nueva estructura familiar con rasgos de familia tradicional, modificando sus relaciones internas y externas” pag. 2, creando confusión en los roles ya que el hombre ya no es la única fuente de ingreso, donde se invitan a los demás miembros de la familia a portar la económicamente para poder subsistir y la falta o poco asertividad en la comunicación.

A esto se suma una falta de acceso de servicios como agua, electricidad, por limitaciones económicas, falta al acceso a los servicios de salud por las condiciones de aseguramiento, que afectan también a la educación por la falta de recursos para cumplir con los planes educativos, que contribuye al proceso de empobrecimiento, generando muchas veces angustia, frustración y situaciones de conflicto que afectan la salud mental.

Con lo que respecta a el Comportamiento manifiestan que las adicciones se ven de manera natural por modelos sociales que validan el consumo, así como la necesidad de aceptación social, los conflictos familiares, debido a factores genéticos o factores individuales donde no hay un buen manejo de las emociones o carenasan de habilidades para expresar sus emociones.

Las adicciones se puede ver como una enfermedad crónica que se por el consumo de alguna sustancia ilícita durante un periodo de tiempo relativamente largo, tienen varios factores entre los mencionados los genéticos, según estudios hay una probabilidad de un 50%, de vulnerabilidad de adquirir una acción por predisposición genética, en cuanto factores sociales, la necesidad de la aceptación entre los grupos de pares y entre más accesible y económica sea una droga se facilita el consumo, generando más acciones, en cuanto a la personalidad los rasgos como la impulsividad, formas de ser por la tendencia de buscar nuevas sensaciones, provocando malestar psicológico tales como la angustia, tristeza, irritabilidad, como un factor desencadenante.

Los estilos de vida poco saludables que se da por una mala alimentación y facilidad de acceso a comida chatarra, el sedentarismo, por la falta de espacios para realizar actividad física, el estrés, debido a la baja tolerancia a la frustración y falta de herramientas para el manejo del estrés, esto influye en nuestra salud mental como una causa o bien como una consecuencia de algún trastorno como ejemplo el sedentarismo puede privar al cerebro de la endorfina, sustancia que genera bienestar y alivio al dolor que se libera realizando actividad física.

El tener una mala alimentación, puede aumentar el riesgo de padecer diabetes, aumento de la obesidad condición que se puede vincular a la ansiedad, depresión y estrés.

Cuando se habla de frustración se puede decir que las personas buscan el placer inmediato y si esto no ocurre les genera malestar, se busca constantemente experiencias que tengan un placer o una recompensa inmediata y evitan experiencias que tienen una recompensa o placer diferidos.

Por tanto, una persona que tenga una baja tolerancia a la frustración puede abandonar constantemente las cosas que empieza, presenta ansiedad cuando las cosas no salen como esperan, evitan situaciones, hay poca habilidad para resolver conflictos, desmotivación constante entre otros,

Por otra parte, se encuentra el aumento a la violencia, como un mecanismo de resolución de conflictos, debido a la falta de mecanismos de autorregulación, también se da por los cambios en patrones familiares debido a la falta de comunicación, roles bien definidos y modelos de crianza, así mismo la intolerancia-falta de respeto a la diversidad por los estereotipos y mitos sociales, podríamos decir que es una tendencia al egocentrismo, donde hay poca tolerancia a la frustración no una empatía hacia la otra persona. .

En cuanto a Servicios de Salud: se encuentra la causa raíz la imposibilidad de desarrollar programas de prevención y promoción, con énfasis en la atención con prioridad en consulta individual, debido al aumento de casos de problemas de salud mental y saturación del sistema del servicio. los servicios de salud esta saturados por lo que sería bueno reforzar el primer nivel de atención en salud de la CCSS

debe ser fortalecido con la incorporación de servicios de psicología clínica y de la salud. En cuanto al Ministerio de Educación, en cada centro educativo debería existir servicios de psicología clínica, crear programas donde se instaure como parte de la vida cotidiana, dar una sostenibilidad a los programas de promoción y prevención.

En cuanto a la dimensión Biológica, se encuentra los factores congénitos genéticos, se tienen una mayor probabilidad de padecer enfermedades mentales, por presencia de enfermedades mentales en la familia; así mismos el desequilibrio en química cerebral, porque se presenta problemas en el sistema Nervioso Central, desequilibrio hormonal debido a problemas endocrino.

En cuanto a el factor biológico, las enfermedades mentales son más frecuentes en personas donde familiares también presentan estas, hay estudios genéticos donde se descubre genes y variaciones que contribuyen a las mismas las enfermedades de mayor impacto esta la esquizofrenia, trastorno bipolar, el síndrome de Tourette, el trastorno del espectro autista y la depresión.

El deterioro de la salud mental está enfocado en determinante sociales, no solo lo biológico. Dejando en evidencia que cualquier cambio social impacta la salud, los factores que más influyen es la desigualdad y la pobreza, que se podría mitigar fortaleciendo los programas y proyectos que trabajen en la promoción y la prevención tales como habilidades para la vida, el auto cuidado, así mismo el fortalecimiento de la CCSS en el primer nivel de atención con la contratación de más personal en campo de psicología, trabajo social, psiquiatra.

4.2.7 Problema número 7: Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de salud

Otro de los problemas seleccionados por la comunidad es la “Deficiencia en la Atención y Acceso a los Servicios de Salud”, del cual, en primera lugar es importante mencionar que se elige debido a sus propias experiencias personales, familiares y comunales, mismas que externan como parte del primer taller realizado junto con líderes comunales; este aspecto es relevante de tomar en consideración ya que significa una necesidad sentida de la comunidad, la cual conlleva una serie de factores correlacionados con el problema y que de alguna manera aquejan la salud en general de la población.

Al expresar su disconformidad con este tópico, los líderes comunales también hicieron referencia a otros factores relacionados con el trato hacia las personas adultas mayores, la falta de empatía, la larga espera en cuanto a la asignación de citas y exámenes importantes, principalmente, así como la utilización del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), ya que, por una parte no existe una preparación con respecto a su utilización, y por otra se menciona la ineficiencia de éste en cuanto a la asignación de las citas como tal.

Por su parte, al comentar acerca de la problemática a las personas expertas consultadas, al igual que en el caso de los demás problemas priorizados en el presente documento, surge la categorización de las diferentes dimensiones y causas raíz que se considera pueden tener relación con lo que sucede, en este caso particular se hará un breve análisis de cada una de estas dimensiones, contrastando tanto lo expresado por las personas profesionales, como lo encontrado a través de la teoría en cuanto al problema en discusión.

En primera instancia, los expertos expresan en la dimensión sociopolítica que se debe a una falta de institucionalización, ya que, según ellos mencionan, los canales de la comunicación no son los adecuados, debido a que se pierde la información donde se podría aplicar la norma de forma uniforme, con una inducción y el cumplimiento de ésta. En cuanto a la participación ciudadana, los profesionales consultados comentan el cumplimiento de procesos aparte de los miembros orgánicos, la falta de integración a la participación ciudadana y frustración de los ciudadanos por la no participación.

Siguiendo con esta línea, otra de las causas raíz mencionadas es la gobernanza y la inestabilidad política en el gobierno. Ante esto, el Dr. Daniel Camacho (2017) menciona que las instituciones juegan un papel muy importante para la democracia y gracias a ellas, la población ha mejorado los niveles de calidad de vida, desde lo social y cultural, así mismo explica que no hay democracia si la gente no tiene acceso a la salud, no tiene una vivienda, porque todo lo anterior tiene que ver con la calidad de vida, así mismo el derecho a la comunicación y la información, porque una persona que no esté informada no puede concretar una vida de calidad, se puede nombrar las instituciones del estado costarricense que tienen relación directa con la calidad de vida, como por ejemplo la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), igualmente con relación al derecho a la información.

En relación con el derecho a la salud mental, que se ve afectado porque no hay un buen liderazgo en la institución, hay inestabilidad política, donde se crea malestar y confusión tanto en la institución como en la ciudadanía, provocando una afectación a la calidad de vida, debido a que no ofrece un buen servicio, ya que en ocasiones se pierde el hilo de comunicación, a pesar de que hay normas, reglamentos, el cual, de acuerdo con la explicación de los líderes comunales, cada uno las interpretan y aplican según su criterio e interpretación de la misma, generando frustración, enojo tanto al cliente externo como interno, a pesar de los diversos esfuerzos por revertirlo, esto no ha sido posible, induciendo a la mayoría de la población, a un estado de desilusión e incertidumbre que lleva a la desconfianza en las propuestas de partidos y líderes políticos tradicionales.

En las Circunstancias Materiales se encuentran los medios y accesos a bienes y servicios, donde la población está en pobreza, tales como los migrantes y el riesgo social, dificultades de acceso a la salud, por la analfabetización y brecha generacional.

En cuanto al fragmento anterior, la Comisión Interamericana de Derecho Humanos (2017) sostiene que “la pobreza es una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones y la seguridad y el poder necesario para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales” (p.37), al estar las personas en pobreza se privan de acceso a salud, dejándolas en desventaja, limitando de esta manera, el desarrollo de su propia capacidad de acceso a los servicios de salud, educación, entre otros servicios, como el acceso a la tecnología, que marca una brecha generacional, en una población que manejan y tienen acceso a aplicaciones como el EDUS y otra población que no sabe cómo funciona dicha aplicación.

Con lo que respecta a infraestructura, según el Plan de Desarrollo Cantonal de Alajuela (2013-2023), este cantón cuenta con 53 EBAIS, que están distribuidos en las cuatro áreas de salud, que tienen una población promedio a cargo para brindar atención de primer nivel a la población alajuelense, los principales servicios que se ofrece en las áreas de salud son: consulta medicina general, medicina familiar, consulta vespertina, psicología, trabajo social, farmacia, odontología (escenario escolar), planificación familiar, enfermería y cirugía menor, cuenta con el Hospital San Rafael (Alajuela) y en tercera opción se les brinda atención en el Hospital México (San José), debido a esto, se puede decir que sí se cuenta con una infraestructura bastante amplia, sin embargo, resulta de gran importancia brindar mantenimiento a las instalaciones, a equipos médicos y, como mencionan los expertos, mejor distribución de las instalaciones.

Por su parte, en la dimensión de Comportamiento se encuentra la deficiente percepción en la calidad y calidez brindada, desconfianza, falta de empatía de los funcionarios, recargo de funciones, falta de humanización y mecanización de los procesos. Todos estos aspectos, señalados por las mismas personas afectadas, son importantes a tomar en consideración, ya que se trata de factores que de igual manera inciden en la calidad de los servicios brindados y la forma en que las mismas personas miden de alguna manera su propia experiencia dentro de la atención que reciben.

Así mismo, en cuanto a la utilización de los servicios de salud, se da un uso inadecuado, por tanto, se presenta saturación de servicios de urgencias y EBAIS, de la mano con el ausentismo en las citas, lo que provoca la mala utilización de los recursos al perder el servicio.

En esta misma dimensión, es importante tener en cuenta el concepto de calidad, el cual según Racoveveanu citado por Vargas (1995) “pasa por la atención de las personas a nivel estrictamente humano y todo lo que ello implica en la mutua relación, que se da entre personas demandantes de servicios y el servicio propiamente tal, lo que debe reunir requisitos de conocimientos y recursos organizados para cumplir con las expectativas de la población. La calidad presume que se deben satisfacer las aspiraciones de la población, en el sentido de obtener el máximo de los beneficios, con el mínimo de riesgos para la salud y el bienestar de las personas” (p. 2). Según la percepción de los expertos, la calidad se ve

afectada por que genera un mayor riesgo para la población con la mecanización de los procesos, con la desconfianza, por la falta de empatía, creando un malestar en el usuario, pero además de esto existe la contraparte que da mal uso a los servicios generando la saturación de éstos, recargo de las funciones, lo que conlleva también al malestar.

Para mejorar la calidad del servicio en ambas partes, tanto el cliente interno como externo tienen corresponsabilidad, en un proceso de educación continua, que debe estar en constante monitoreo debido a que se está en constante cambio los estadios del desarrollo cultural, tecnológico, científico y el humano, actores que indirectamente o directamente cambian el rol y perciben la calidad del servicio dependiendo del umbral en que se encuentre ubicado.

El dar un servicio de calidad requiere de un conocimiento amplio o específico en algunas ramas del saber, sumando una actitud positiva, un ambiente favorable, creativo y de compromiso con lo que se hace y para quien se hace. Los servicios de calidad no dependen de acciones complejas sino más bien de actitudes que unan voluntades, que conllevan a una sinergia que sumen constantemente.

Por otro lado, con el fin de continuar con el análisis desde otra esfera, en este caso la relacionada con Servicios de Salud, el grupo de expertos consultados hace referencia a la situación que ocurre en cuanto al recurso humano, mencionan como causa raíz la necesidad de reorganizar los servicios, ya que éstos no se adecúan a las necesidades de la población, por lo que se da una insuficiente e inadecuada atención de la población del sector, y por otra parte, se presenta una limitación en el campo de acción de médicos generales, por lo que se da un aumento en las listas de espera.

Todo lo anterior se refuerza con lo expresado por Ávila (2013), quien en cuanto a la problemática que vive la Caja Costarricense del Seguro Social menciona que en el punto de la atención al usuario “no se trata de privatizar servicios y dejar la medicina de mejor calidad para los que puedan pagarla, sino de armonizar los servicios disponibles dentro del sistema nacional de salud” (párr.18), por lo que se debe procurar una atención de calidad, que las personas puedan contar con una atención pronta y con eficiente respuesta a sus problemas de salud.

En su escrito, la Dra. Ávila (2013) hace énfasis en algunos puntos que resultan de importancia y que se pueden tomar en consideración si se desea mejorar algunos aspectos propios del sistema de salud nacional, y que son aplicables a la realidad del cantón en este caso particular. Esta misma autora señala que para armonizar los servicios se requiere “una eficiente y clara coordinación entre los distintos proveedores, de lo contrario, se dificulta la mejora en la atención del ciudadano” (párr. 19). Ante esto, se puede considerar como propuesta la colaboración entre el sector público y privado, utilizando de igual manera ambas modalidades de aseguramiento (público y privado), lo cual podría optimizar un poco la oferta de servicios que tanto requiere la población; sin embargo, tal como la misma autora comenta, en la actualidad se dispone de pocos mecanismos para coordinar la atención entre los diferentes proveedores de servicios, lo cual dificulta su puesta en marcha.

Cabe mencionar que, esta problemática en particular no forma parte únicamente de la realidad del cantón de Alajuela, sino que trasciende a nivel nacional, por lo que de acuerdo con lo mencionado por Ávila (2013), es necesario contar con una política de Estado que obedezca a un interés fundamental, lo cual a su vez requiere un alto compromiso de parte del gobierno de turno, con el fin de implementar medidas permanentes sin ser afectadas luego por los cambios a nivel gubernamental (párr. 23). Es decir, se plantea la continuidad del gobierno como un aspecto fundamental para el cumplimiento de las diferentes acciones que en su momento han sido planteadas y que incluso inician su implementación.

De lo anterior, queda claro que es necesario un cambio radical a nivel del funcionamiento de la C.C.S.S., no solamente en cuanto a su organización interna y el manejo de los recursos económicos, sino que, se evidencia que existen carencias en otros ámbitos que tienen relación con la atención que se brinda a las personas usuarias y que por consiguiente se ven sus repercusiones en todos los niveles de atención, tal como se ha mencionado en otros apartados, solamente la existencia de un aspecto negativo, va a tener algún nivel de afectación en otras esferas de la dinámica social e institucional, por lo que se deben buscar respuestas que favorezcan todos los espacios en general.

En cuanto a la dimensión Bilógica, se presenta un aumento de las enfermedades crónicas, reestructuración del manejo de enfermedades crónicas, donde se genera un mal manejo y una mayor morbilidad, en lo que respecta a prevención y promoción se da un inadecuado manejo de grupos de riesgo y un aumento en la demanda en los servicios de salud.

Tal como lo indican los expertos y lo confirma el Ministerio de Salud en sus estadísticas, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan la primera causa de muerte, morbilidad y discapacidad desde hace tres décadas, a pesar de que existen diferentes estrategias para la prevención no se ha logrado revertir este resultado, el diagnóstico oportuno de pacientes con diabetes, hipertensión y cáncer, la modificación de hábitos poco saludables (mala alimentación, tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo), son claves para la prevención de las mismas.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve, coordina y ejecuta actividades de cooperación técnica, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo relacionados, las discapacidades y los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias; promueve una óptima nutrición y la seguridad vial con base evidencia apropiadas para el contexto político y sociocultural en el que se implementan.

La OPS promueve la sensibilización y la comprensión política y pública sobre la carga de las enfermedades no transmisibles más comunes, sus factores de riesgo relacionados, los trastornos mentales y neurológicos, y dirige esfuerzos estratégicos de colaboración multisectoriales y de múltiples partes interesadas para fortalecer la capacidad de los estados miembros para promover y proteger la salud a través de políticas públicas, programas y servicios, contribuirá a mejorar el bienestar físico, mental y social de la población.

Todo lo anterior se menciona ya que, si se logra generar un cambio en cuanto a aquellos factores que propician la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, y aquellas relacionadas con factores genéticos, es posible disminuir también la consulta por estos males, y con ello se logra contribuir a una mejor y más eficaz atención en los servicios médicos en particular.

Finalmente, en la dimensión Socioeconómica, los expertos expresan el acceso al seguro, la inmigración, la pobreza, institucionalización y el apoyo respectivo, así mismo se encuentran los canales de atención el desempleo, el no aseguramiento, la falta de acceso a los servicios por la pobreza y educación.

En esta dimensión se puede apreciar cómo se entrelaza con lo mencionado arriba sobre la dimensión sociopolítica, en cuanto a la institucionalización donde se puede brindar una articulación con otras instituciones como el IMAS para poder tener una mayor coordinación y tener acceso a los servicios de salud que también se ven afectados por la pobreza y falta de educación como se evidencia en circunstancias materiales, otra de las dimensiones anteriormente expuestas, dejando en evidencia el reto que tienen las instituciones de ponerse al día y adaptarse a las nuevas corrientes globales que se están manifestando en la sociedad.

CAPÍTULO V

IDENTIFICACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ PRIORIZADAS

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

5.1 Descripción de la Metodología

Para cada problema de salud identificados en el cantón de Alajuela, se tomaron las causas raíz priorizadas y se identificaron los factores protectores del problema.

Una vez reconocidos los factores protectores se procedió a la identificación de las líneas de acción necesarias para mantener, fortalecer o reproducir este factor. Para ello se tomó como referencia las causas secundarias y terciarias de la causa raíz, puesto que éstas dan la información sobre las acciones específicas que pueden incidir sobre el problema de salud. Es importante mencionar que las líneas acción responden al ámbito de la prevención o promoción de la salud.

A continuación, se presentan los cuadros con los problemas identificados, las causas raíz, los factores protectores y los actores involucrados.

Cuadro 19

Identificación de factor protección y líneas de acción, problema: Infarto Agudo de Miocardio

Problema de salud: Infarto Agudo de Miocardio					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológica	Aterosclerosis	Alimentación saludable.	Realización de chequeos médicos anuales	Población en general y la CCSS	Empresa privada
		Actividad Física	Concientizar a la población de manera responsable, la importancia de realizar actividad física	Población CCSS Municipalidad	MEP INA ICODER
Servicios de Salud	Limitado acceso a atención primaria y secundaria	Centros de atención primaria, secundaria y terciaria	Construcción de centros médicos	Gobierno central y CCSS	Ministerio de Salud
		Recurso humano	Contratación de		Ministerio de trabajo

Problema de salud: Infarto Agudo de Miocardio					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
			profesionales en salud y administrativos	Gobierno central y CCSS	
Socioeconómica	Educación	Promoción de alimentación y de actividad física	Fortalecer las políticas de promoción de la salud	CCSS Ministerio de Salud	MEP CEN CINAI
Comportamiento	Sedentarismo	Actividad física regular	Concientizar a la población de manera responsable, la importancia de realizar actividad física	Población	CCSS ICODER Ministerio de Salud MEP
		Uso racional de la tecnología	Sensibilizar el uso prolongado de la tecnología	Población	Medios de comunicación Ministerio de Ciencia y Tecnología Empresas privadas

Cuadro 20

Identificación de factor protección y líneas de acción, problema: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte

Problema de salud: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológica	Patología materna crónica	Un buen control de enfermedades crónicas previo al embarazo	Fortalecer los programas de atención primaria de consulta preconcepcional	Servicios de salud públicos y privados	Ministerio de Salud
Socioeconómico	Ingreso económico	Valoración integral de la mujer	Cumplir con las normas de atención	Servicios de salud	CCSS Ministerio de Salud

Problema de salud: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		embarazada por parte de los profesionales que brindan la atención.	a la mujer embarazada	públicos y privados	CEN CINAI IMAS INAMU
Comportamiento	Estilo de vida	Acatamiento por parte de la familia gestante de las indicaciones médicas	El profesional que brinde la atención valore la situación de la familia gestante.	Servicios de salud públicos y privados	Ministerio de Salud PANI INAMU
Sociopolítica	Migración	Protocolos de atención para personas migrantes	Las autoridades gubernamentales velen por el cumplimiento en la atención de la mujer embarazada y los niños.	Migración y extranjería CCSS	Ministerio de Salud Fuerza Pública

Cuadro 21

Identificación de factor protección y líneas de acción, problema: Parálisis cerebral

Problema de salud: Parálisis cerebral					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Socioeconómico	Educación	Programas educativos y de estimulación para este tipo de población	Los centros de salud comuniquen a la familia que existen estos programas	CCSS MEP	Ministerio de Salud PANI IMAS CONAPDIS
Biológicos	Fetales	Un adecuado control prenatal y expertiz del profesional en salud que	Cumplimiento de las normas de atención de control prenatal Capacitación del personal	Servicios públicos y privados	Ministerio de Salud Asociaciones PANI

Problema de salud: Parálisis cerebral					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		brinda la atención	que brinda la atención		
Circunstancias materiales	Infraestructura	Programas de bono de vivienda, Ley 7600	El gobierno priorice las familias que tengan un hijo con parálisis cerebral, que tengan acceso al bono de vivienda en caso de requerirlo	Ministerio de Vivienda BANVHI IMAS	Ministerio de Salud PANI

Cuadro 22

Identificación de factor protección y líneas de acción, problema: Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas

Problema de salud: Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Consumo lícito e ilícito	Uso racional de las drogas lícitas	Para las drogas lícitas es importante un buen diagnóstico médico y supervisión de dicho tratamiento	Servicios de salud públicos y privados Población que utiliza estos medicamentos	CCSS IAFA Colegio de farmacéuticos Junta de Vigilancia de Drogas
		Manejo y control de las sustancias ilícitas	El apoyo familiar y el entorno social	OIJ MSP	IAFA

Cuadro 23

Identificación de factor protección y líneas de acción, problema: Problemas asociados a la venta y consumo de sustancias ilícitas en el cantón

Problema de salud: Problemas asociados a la venta y consumo de sustancias ilícitas en el cantón					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Consumo lícito e ilícito	Uso racional de las drogas lícitas	Para las drogas lícitas es importante un buen diagnóstico médico y supervisión de dicho tratamiento	Servicios de salud públicos y privados Población que utiliza estos medicamentos	CCSS IAFA Colegio de farmacéuticos Junta de Vigilancia de Drogas
		Manejo y control de las sustancias ilícitas	Fortalecer y dar a conocer los programas de habilidades para la vida	IAFA	CCSS MEP PANI Ministerio de Salud

Cuadro 24

Identificación de factor protección y líneas de acción, problema: Deterioro de la Salud Mental

Problema de salud: Deterioro de la Salud Mental					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítica	Contracción de la política social	Servicios y programas sociales para la Salud Mental	Contratación de profesionales en salud mental para solventar la saturación de los servicios de la CCSS	Gobierno CCSS	Ministerio de Salud
Socioeconómico	Desempleo	Emprendedurismo Reactivación económica	Préstamos para el desarrollo de Pymes Ferias de empleo Formación académica por parte del INA y universidades Establecimiento de multinacionales en el país	Población en general Gobierno INA Universidades Empresa privada	PROCOMER Ministerio de Trabajo Ministerio de Industria y Comercio
Comportamientos	Estilos de vida poco saludables	Programas y proyectos dirigidos a la población y prevención de estilos de vida saludables	Promover la divulgación de los programas de estilos de vida saludable	Población en general CCSS Ministerio de Salud	ICODER Municipalidades MEP INA Juntas de Salud
Circunstancias materiales de la vida	Cambios estructurales familiares	La espiritualidad Los valores familiares Redes de apoyo	Grupos de apoyo Programas de enfoque a la familia	Las Iglesias Población en general	Guías y Scout Grupos de jóvenes

Cuadro 25**Identificación de factor protección y líneas de acción, problema: Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de salud**

Problema de salud: Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de Salud					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	Gobernanza	Costa Rica es un Estado de derecho democrático: con tres poderes e instituciones autónomas	Construcción de centros médicos Contratación de profesionales en salud y administrativos	Gobierno CCSS	Ministerio de Salud
Socioeconómica	Canales de atención	Existen diferentes tipos de aseguramiento	Los seguros sean más accesibles económicamente para la población	CCSS	Gobierno
Biológicos	Prevención y promoción de enfermedades crónicas	Hay programas para el manejo y tratamiento de las enfermedades crónicas en la población	Fortalecer la atención farmacéutica Fomentar los espacios de las sesiones clínicas Programas de educación continua	CCSS	CENDEISS
Comportamientos	Utilización de los servicios de salud	La CCSS cuenta con programas de atención para diversas patologías	Contratación de recurso humano Horas extras para abordar las listas de espera	CCSS	Empresas privadas
Servicio de salud	Recurso humano	Estabilidad laboral	Mejorar la situación laboral de los empleados: no recargo de funciones Contratación de recurso humano	CCSS	Empresas privadas

CAPÍTULO VI

VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON LA COMUNIDAD

6. Validación de las líneas de acción con la comunidad

El 5 de setiembre del presente año, se realizó el último taller de este proceso, donde se invitaron a líderes comunales y a expertos. Con el fin de recapitular el trabajo anterior y validar con ellos las líneas de acción.

Al inicio de la actividad se efectuó una breve explicación sobre el trabajo previo de los talleres anteriores y sus resultados, así como las líneas de acción propuestas por el equipo ASIS.

Posteriormente se realizaron subgrupos de trabajo entre los líderes comunales y los expertos, se utilizó la metodología texto paralelo, la cual consiste en realizar anotaciones al lado del texto original que se les brinda para trabajar.

Después del trabajo en subgrupos, se procedió a efectuar una plenaria donde los participantes expusieron la validación de las líneas de acción.

A continuación, se presentan los cuadros con la validación de las líneas de acción y las anotaciones de las personas participante.

Problema de salud: Infarto Agudo de Miocardio						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
Biológica	Aterosclerosis	Alimentación saludable. Actividad Física	Realización de chequeos médicos anuales Concientizar a la población de manera responsable, la importancia de realizar actividad física Incluir medios de comunicación y difusión Concientización	Población en general y la CCSS Población CCSS Municipalidad	Empresa privada C.C.S.S. MEP INA ICODER MSP	FP: Modificar programas de prevención LA 1. Chequeos a edades más tempranas 2. Incluir en programas de educación temas obligatorios Alimentación - Actividad Física Además de concientizar se debe garantizar la existencia de espacios para realizar actividad física y que sean seguros.
Servicios de Salud	Limitado acceso a atención primaria y secundaria	Centros de atención primaria, secundaria y terciaria existentes	Construcción de centros médicos Fortalecer los centros actuales Pensar en soluciones sociales a largo plazo Analizar el contexto	Gobierno central y CCSS	Ministerio de Salud Ministerio de trabajo Universidades	FP: Coordinar la realización de proyectos existentes e impulsar la ampliación de estos dentro del portafolio de la C.C.S.S. a través de alianzas interinstitucionales y público-privadas/ Precisión en la política. LA: Optimizar recursos humanos y económicos según necesidad detectados Mejoramiento de los espacios de atención y diagnóstico.

Problema de salud: Infarto Agudo de Miocardio						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
		Recurso humano	Contratación de profesionales en salud y administrativos	Gobierno central y CCSS		Acceso al sistema EDUS para los médicos que brinda consultan a nivel privado y así obtener información del paciente. Más que la contratación de plazas nuevas, ampliación de horarios de atención. Formación y contratación de más especialistas, trabajar en Políticas de retención de recursos humanos.
Socioeconómica	Educación	Promoción de alimentación y de actividad física	Fortalecer las políticas de promoción de la salud	CCSS Ministerio de Salud	MEP CEN CINAI	Coordinación entre Hospitales.
Comportamiento	Sedentarismo	Actividad física regular	Concientizar a la población de manera responsable, la importancia de realizar actividad física Focalizar el espacio urbano-no espacios residenciales	Población	CCSS ICODER Ministerio de Salud MEP Ministerio de Cultura Municipalidades Gimnasios privados	LA: Incluir a medios de comunicación masivo para pautas educativas. Creación de más espacios para realizar actividad física en parques y con máquinas accesibles para cualquier edad, que sean espacios seguros. Crear alianzas público-privadas- Utilizar la tecnología como herramienta para el aprendizaje en distintas áreas.

Problema de salud: Infarto Agudo de Miocardio						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
		Uso racional de la tecnología	Sensibilizar el uso prolongado de la tecnología	Población	Medios de comunicación locales Ministerio de Ciencia y Tecnología Empresas privadas MEP	

Problema de salud: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
Biológica	Patología materna crónica	Un buen control de enfermedades crónicas previo al embarazo	Fortalecer los programas de atención primaria de consulta preconcepcional Incluir charlas informativas de manera comunal, familiar y escolar	Servicios de salud públicos y privados	Ministerio de Salud MEP	Fp Actualizar y ampliar tamizajes en las normas de atención prenatal. Reforzar la educación en las mujeres de edad fértil sobre las condiciones necesarias del embarazo (Educación en salud sexual y reproductiva) Incluir charlas informativas de manera comunal, familiar y escolar
Socioeconómico	Ingreso económico	Valoración integral de la mujer embarazada por parte de los	Cumplir con las normas de atención a la mujer embarazada	Servicios de salud públicos y privados	CCSS Ministerio de Salud MEP	Ministerio de Educación Pública y Universidades en enfoques de TCU y Tesis de graduación

Problema de salud: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
		profesionales que brindan la atención.			CEN CINAI IMAS INAMU	
Comportamiento	Estilo de vida	Acatamiento por parte de la familia gestante de las indicaciones en salud	El profesional que brinde la atención valore la situación de la familia gestante.	Servicios de salud públicos y privados	Ministerio de Salud MEP PANI INAMU C.C.S.S.	Asociado a Causa Raíz
Sociopolítica	Migración	Protocolos de atención para personas migrantes gestantes	Las autoridades gubernamentales velen por el cumplimiento en la atención de la mujer embarazada y los niños.	Migración y extranjería CCSS	Ministerio de Salud MEP Fuerza Pública PANI INAMU C.C.S.S	

Problema de salud: Parálisis cerebral						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
Socioeconómico	Educación	Programas educativos y de estimulación para este tipo de población	Los centros de salud comuniquen a la familia que existen estos programas Implementación de actividades comunales educativas y familiares para la interacción con población en esta condición	CCSS/EBAIS MEP	Ministerio de Salud PANI IMAS CONAPDIS	Divulgación de los programas de estimulación y desarrollo integral por parte de las instituciones públicas y privadas que los atienden. LA: Universidades
Biológicos	Fetales	Un adecuado control prenatal y expertiz del profesional en salud que brinda la atención	Cumplimiento de las normas de atención de control prenatal Capacitación del personal que brinda la atención	Servicios públicos y privados	Ministerio de Salud Asociaciones PANI	LA: Evaluación y Activación de programas existentes eficiencia y cobertura. Llevar un adecuado control prenatal en los embarazos de alto riesgo.
Circunstancias materiales	Infraestructura	Programas de bono de vivienda, Ley 7600	El gobierno priorice las familias que tengan un hijo con parálisis cerebral, y con discapacidades		Ministerio de Salud PANI	Las familias con un hijo con parálisis cerebral tengan atención preferencial cuando se den los bonos de la vivienda en caso de requerirlo.

Problema de salud: Parálisis cerebral						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
			similares permanentes, así como a las personas adultas mayores, que tengan acceso al bono de vivienda en caso de requerirlo Diseño de espacios aptos para la educación y vivienda Fiscalización sobre diseños Modelos 3D para construcción			

Problema de salud: Problemas asociados a la venta y consumo de sustancias ilícitas en el cantón						
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	Validación de líneas de acción
Comportamiento	Consumo lícito e ilícito	Uso racional de las drogas lícitas	Para las drogas lícitas es importante un buen diagnóstico médico y supervisión de dicho tratamiento Información de métodos paralelos naturales Tratamientos alternativos	Servicios de salud públicos y privados Población que utiliza estos medicamentos	CCSS IAFA Colegio de farmacéuticos Junta de Vigilancia de Drogas	FP: Evaluar y limitar programas el uso de sustancias en CCSS y farmacias LA: Programas de detención y prevención con seguimiento en MEP. Involucrar programas de educación a ONG, centros educativos públicos y privados.
		Manejo y control de las sustancias ilícitas	Fortalecer y dar a conocer los programas de habilidades para la vida Transmitir estos conceptos para	IAFA	CCSS MEP PANI Ministerio de Salud	Fortalecimiento del IAFA. Creación de programas de atención de adicciones integrales, atención a la familia, que se promueva la reinserción laboral y social y que se abarque tanto zonas rurales como urbanas.

Problema de salud: Problemas asociados a la venta y consumo de sustancias ilícitas en el cantón						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
			promoción de la salud y prevención (tratamiento)			

Problema de salud: Deterioro de la salud mental						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
Sociopolítica	Contracción de la política social	Servicios y programas sociales para la Salud Mental	Contratación de profesionales en salud mental para solventar la saturación de los servicios de la CCSS Propaganda para eliminar el prejuicio de “yo no ocupo de eso”	Gobierno CCSS	Ministerio de Salud MEP Municipalidad AGECO/CONAPAM	LA: Incluir a Universidades en proyectos y Programas Transversalizar la Salud Mental en todos los planes operativos de las instituciones para la definición de acciones. Alianzas público-privadas que atiendan a las personas y sus familias con programas educativos.
Socioeconómico	Desempleo	Emprendedurismo Reactivación económica	Préstamos para el desarrollo de Pymes Ferias de empleo Formación académica por	Población en general Gobierno INA Universidades	PROCOMER Ministerio de Trabajo Ministerio de Industria y Comercio	LA: Políticas económicas acorde a la realidad de las comunidades.

Problema de salud: Deterioro de la salud mental						Validación de líneas de acción
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	
			parte del INA y universidades Establecimiento de multinacionales en el país	Empresa privada		Educación financiera desde edades tempranas. Flexibilización de requisitos en la Municipalidad y Ministerio de Salud, entidades bancarias.
Comportamientos	Estilos de vida poco saludables	Programas y proyectos dirigidos a la población y a promover estilos de vida saludables	Promover la divulgación de los programas de estilos de vida saludable Contextualizar la divulgación efectiva específica para la población	Población en general CCSS Ministerio de Salud	ICODER Municipalidades MEP INA Juntas de Salud	LA: Inversión Social en Infraestructura. Educación integral a la población sobre las distintas enfermedades mentales, diagnóstico, prevención y consecuencias.
Circunstancias materiales de la vida	Cambios estructurales familiares	La espiritualidad Los valores familiares Redes de apoyo	Grupos de apoyo Programas de enfoque a la familia Tener apoyo gubernamental	Las Iglesias Población en general	Guías y Scout Grupos de jóvenes Organizaciones No Gubernamentales (ONG) Comunidad Organizada	

Problema de salud: Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de Salud						
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	Validación de líneas de acción
Sociopolítico	Gobernanza	Costa Rica es un Estado de derecho democrático: con tres poderes e instituciones autónomas	Construcción de centros médicos Contratación de profesionales en salud y administrativos Dar énfasis al plan regulador con beneficio para la mayoría	Gobierno CCSS	Ministerio de Salud	LA: Optimizar las citas entre Hospitales Mejorar las condiciones actuales de infraestructura en los centros de salud. Promover la creación de nuevas plazas, ampliación de horarios de atención.
Socioeconómica	Canales de atención	Existen diferentes tipos de aseguramiento	Los seguros sean más accesibles económicamente para la población	CCSS INS	Gobierno	LA: Inversión en equipo médico
Biológicos	Prevención y promoción de enfermedades crónicas	Hay programas para el manejo y tratamiento de las enfermedades crónicas en la población	Fortalecer la atención farmacéutica Fomentar los espacios de las sesiones clínicas Programas de educación continúa	CCSS	CENDEISS/ C.C.S.S. Universidad es públicas y privadas Colegios profesionales	Valorar la necesidad de más especialistas Valorar bajar el costo de los medicamentos en enfermedades crónicas.
Comportamientos	Utilización de los servicios de salud	La CCSS cuenta con programas de atención para diversas patologías	Contratación de recurso humano Horas extras para abordar las listas de espera/ampliación de horarios.	CCSS	Empresas privadas	LA: Fortalecer la inversión de Recurso Humano, creación de nuevas plazas.
Servicio de salud	Recurso humano	Estabilidad laboral	Mejorar la situación laboral de los	CCSS	Empresas privadas	Mejorar la atención preventiva para el personal de salud. Programas de retención

Análisis de la Situación de Salud Área Rectora Alajuela 1 y 2

Problema de salud: Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de Salud						
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador	Validación de líneas de acción
			empleados: no recargo de funciones Contratación de recurso humano			Bonificación buen desempeño Mejora de salarios.

CAPÍTULO VII SALUD MENTAL

7. Salud Mental

7.1 Introducción

La salud mental es un proceso de bienestar integral, donde entran en juego una serie de factores que en su conjunto contribuyen para formar un equilibrio entre diferentes aspectos que, de una u otra manera, influyen en la condición de cada persona. A lo largo de este documento se ha logrado visualizar una serie de elementos relacionados con el proceso de salud-enfermedad de los individuos, a través de un análisis que incluye tanto la información recopilada mediante el proceso de vigilancia de la salud, el cual destaca principalmente aquellas enfermedades físicas de tipo biológico, vectorial y eventos en salud de notificación obligatoria, como los temas destacados por las personas identificadas como líderes comunales y profesionales expertos en diferentes áreas de la salud.

A raíz de dicha información, se ha podido identificar no solamente aquellos aspectos que tienen incidencia de manera directa con la salud mental, sino también los elementos que, por sus características, y desde el análisis de las diferentes dimensiones sociales de la salud, consecuentemente generan una repercusión a mediano y largo plazo sobre ésta. Es por ello que, en el presente capítulo, se quiere hacer referencia específicamente a la salud mental como un punto de la salud sumamente importante a tomar en consideración al momento de realizar un análisis como el ASIS, ya que, de acuerdo con diferentes estudios y estadísticas, en la actualidad representa una de las principales afectaciones que presenta la población a nivel nacional, y Alajuela no se escapa de dicha realidad.

Es importante mencionar que, el presente apartado contiene algunos puntos que permiten contextualizar al lector acerca de la salud mental y lo que ella implica, se presenta un marco conceptual a través del cual se expone la Política Nacional de Salud Mental, su concepto, se abarca cada uno de los determinantes de la salud los cuales intervienen en la salud mental como tal; posteriormente se realiza un análisis integral de los indicadores de servicios de salud, lo cual reflejó la necesidad de contar con más profesionales en salud mental, además, los indicadores relacionados con los principales trastornos de salud mental presentes en el cantón de Alajuela; se ofrece una caracterización del entorno, mostrando el contexto de los servicios ofrecidos en dicho cantón, y se toma en consideración los servicios de salud mental a nivel público y privado.

Por su parte, en cuanto a las redes comunales, funcionan de forma interinstitucional o bien con la participación de las personas que viven en cada comunidad,

finalmente, se exponen los proyectos implementados desde los enfoques de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los últimos cinco años, desarrollados tanto del nivel regional como a nivel local, así como las actividades exitosas dirigidas a la comunidad sobre salud mental, compartiendo experiencias sobre los proyectos desarrollados en el último quinquenio y por último, el análisis de los problemas en salud mental seleccionados por la comunidad, analizados por los expertos, así como la validación de las líneas de acción propuestas por el equipo de ASIS.

7.1.1 Justificación

En este análisis de salud mental se gestiona la información que es liderada por el Ministerio de Salud como ente rector, donde participan actores sociales y líderes comunales con el objetivo de alcanzar resultados que permitan el desarrollo de acciones interinstitucionales que fortalezcan los factores protectores, y así ofrecer una posible solución a factores de riesgo que afectan la salud mental de los alajuelenses, con el fin de tener personas más saludables y más productivas, donde se promueva una convivencia sana y armoniosa.

Todo ello con la finalidad de sentar un precedente con respecto a la situación de salud mental de los habitantes del cantón, así como la trascendencia de abarcar dicha temática desde un punto de vista integral que ofrezca opciones reales de mejora en la calidad de vida de la población.

7.1.2 Marco conceptual

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, define que la salud mental es un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo, que se caracteriza 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. Como se puede apreciar en la definición, la salud mental se cataloga como un proceso, el cual también se ve afectado por las distintas variables del contexto histórico social por el que atraviesan las personas independientemente de su edad; además en ella intervienen también los determinantes de la salud: biológico, ambiental, socioeconómico y cultural, así como los sistemas de salud.

Al realizar un análisis de la situación de la salud mental a través de los determinantes de la salud y con la participación de actores sociales y la comunidad, se pueden alcanzar resultados que permitan el desarrollo de acciones interinstitucionales, que en conjunto fortalezcan la salud mental de la población

previniendo los factores de riesgo que pueden afectarla. Bajo esta línea la salud mental es clave para el desarrollo de potencialidades y la integración psicosocial, constituyéndose en un eje con trazabilidad en distintos temas, por lo cual todo análisis del estado de salud de una población debe incorporar el componente de la salud mental, priorizando los problemas que puedan surgir en esta dimensión, para incorporar acciones tendientes a mejorarlos.

7.1.3 Determinantes de la Salud Mental

Por su parte, es importante conocer en detalle cuáles son aquellos factores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad y que se encuentran de igual manera relacionados con la salud mental de la población, éstos se dividen en:

a. Determinantes biológicos

Se refiere a los elementos de la salud, tanto física como mental, que se desarrollan en el cuerpo como consecuencia de la biología y de aspectos orgánicos.

b. Determinantes ambientales

Se relacionan con el ambiente en general, es el espacio donde vive un ser humano o grupo de personas, por lo que incluye elementos naturales, materiales e institucionales.

c. Determinantes sociales, económicos y culturales

Estos determinantes se relacionan con los aspectos sociales y económicos en los que se desenvuelve el ser humano y grupos sociales; los cuales pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud mental. Algunos elementos que incluye son: estilos de vida, hábitos alimentarios, uso de medicamentos y drogas, nivel educativo, recreación, empleo, redes de apoyo, entre otros.

d. Determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud

Son aquellos aspectos que se relacionan con el acceso, equidad, cobertura de atención, personal de Salud Mental, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, disponibilidad de recursos materiales, insumos médicos, entre otros.

La siguiente imagen ilustra cada uno de los determinantes anteriormente explicados y muestra su interrelación con los grupos poblacionales y su influencia en la salud física y mental.



Imagen No1

Tomado de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. P. 38

7.2. Selección de Indicadores

A continuación, se presenta el análisis integral de los indicadores de servicio, con su respectiva definición, fuente y cálculo.

Tabla de Indicadores			
7.2.1 Indicadores de Servicio			
Análisis Integral del Indicador	Definición	Fuente	Cálculo resultado y

<p>a. Razón de Psiquiatra</p>	<p>Número de especialistas en psiquiatría disponibles por cada 10.000 habitantes en una población para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica</p>	<p>Áreas Rectoras de Salud Alajuela 1 y Alajuela -2 CCSS</p>	<p>2018=0.065 por 10.000 habitantes 2019=0.064 por 10.000 habitantes 2020= 0.063 por 10.000 habitantes 2021=0.062 por 10.000 habitantes 2022=0.062 por 10.000 habitantes</p>
<p>b. Razón de Trabajadores Sociales</p>	<p>Número de especialistas en Trabajo Social disponibles por cada 10.000 habitantes en una población para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica</p>	<p>Áreas Rectoras de Salud Alajuela 1 y Alajuela -2 CCSS</p>	<p>2018=0.65 por 10.000 habitantes 2019=0.64 por 10.000 habitantes 2020=0.63 por 10.000 habitantes 2021=0.62 por 10.000 habitantes 2022=0.62 por 10.000 habitantes</p>

<p>c. Razón de Enfermeros de Salud Mental</p>	<p>Número de especialistas enfermeros de Salud Mental disponibles por cada 10.000 habitantes en una población para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica</p>	<p>Áreas Rectoras de Salud Alajuela 1 y Alajuela -2 CCSS</p>	<p>2018=0.097 por 10.000 habitantes 2019=0.096 por 10.000 habitantes 2020=0.095 por 10.000 habitantes 2021=0.094 por 10.000 habitantes 2022=0.093 por 10.000 habitantes</p>
<p>d. Razón de Psicólogos</p>	<p>Número de especialistas en Psicología disponibles por cada 10.000 habitantes en una población para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica</p>	<p>Áreas Rectoras de Salud Alajuela 1 y Alajuela -2 CCSS</p>	<p>2018= 0.88 por 10.000 habitantes 2019=0.87 por 10.000 habitantes 2020=0.85 por 10.000 habitantes 2021=0.84 por 10.000 habitantes 2022=0.83 por 10.000 habitantes</p>
<p>7.2.2. Indicadores relacionados con Salud Mental</p>			

<p>a. Tasa de Tx bipolar afectivo</p>	<p>El cociente de dividir el número absoluto de trastorno bipolar afectivo entre la población de interés multiplicado por 1.00,10.00 o 100.000</p>	<p>Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes Áreas de Salud del cantón y el Hospital SAN Rafael de Alajuela.</p>	<p>2018=0.75 por 10.000 habitantes 2019=2.06 por 10.000 habitantes 2020=1.14 por 10.000 habitantes 2021=2.42 por 10.000 habitantes 2022=2.39 por 10.000 habitantes</p>
<p>b. Tasa de Esquizofrénico</p>	<p>El cociente de dividir el número absoluto de Esquizofrenia entre la población de interés multiplicado por 1.00,10.00 o 100.000</p>	<p>Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes Áreas de Salud del cantón y el Hospital SAN Rafael de Alajuela.</p>	<p>2018=1.17 por 10.000 habitantes 2019=3.15 por 10.000 habitantes 2020=2.19 por 10.000 habitantes 2021=3.11 por 10.000 habitantes 2022=3.69 por 10.000 habitantes</p>

<p>c. Tasa de Depresión</p>	<p>El cociente de dividir el número absoluto de Depresión entre la población de interés multiplicado por 1.00,10.00 o 100.000</p>	<p>Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes Áreas de Salud del cantón y el Hospital SAN Rafael de Alajuela.</p>	<p>2018=3.82 por 10.000 habitantes 2019=60.69 por 10.000 habitantes 2020=36.44 por 10.000 habitantes 2021=50.30 por 10.000 habitantes 2022=56.69 por 10.000 habitantes</p>
<p>d. Trastornos mentales y del comportamiento</p>	<p>El cociente de dividir el número absoluto de Trastornos mentales y del comportamiento entre la población de interés multiplicado por 1.00,10.00 o 100.000</p>	<p>Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes Áreas de Salud del cantón y el Hospital SAN Rafael de Alajuela.</p>	<p>2018=72.40 por 10.000 habitantes 2019=45.99 por 10.000 habitantes 2020=26.35 por 10.000 habitantes 2021=26.28 por 10.000 habitantes 2022=30.66 por 10.000 habitantes</p>

<p>e. Tasa de Suicidio</p>	<p>El cociente de dividir el número absoluto de Suicidio entre la población de interés multiplicado por 1.00,10.00 o 100.000</p>	<p>Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes Áreas de Salud del cantón y el Hospital SAN Rafael de Alajuela.</p>	<p>2018=12.24 por 10.000 habitantes 2019=16.08 por 10.000 habitantes 2020=11.96 por 10.000 habitantes 2021=16.97 por 10.000 habitantes 2022=20.10 por 10.000 habitantes</p>
<p>f. Tasa de Violencia</p>	<p>El cociente de dividir el número absoluto de Violencia entre la población de interés multiplicado por 1.00,10.00 o 100.000</p>	<p>Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes Áreas de Salud del cantón y el Hospital SAN Rafael de Alajuela.</p>	<p>2018=13.74 por 10.000 habitantes 2019=12.44 por 10.000 habitantes 2020=10.75 por 10.000 habitantes 2021=6.38 por 10.000 habitantes 2022=4.50 por 10.000 habitantes</p>

<p>g. Tasa de Tx Mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.</p>	El cociente de dividir el número absoluto Tx Mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias Psicoactivas entre la población de interés multiplicado por 1.00,10.00 o 100.000	<p>Caja Costarricense del Seguro Social en las diferentes Áreas de Salud del cantón y el Hospital SAN Rafael de Alajuela.</p>	2018=18.54 por 10.000 habitantes
			2019=3.44 por 10.000 habitantes
			2020=6.46 por 10.000 habitantes
			2021=7.41 por 10.000 habitantes
			2022=23.23 por 10.000 habitantes

En la tabla anterior se refleja la razón en los profesionales encargados de la Salud Mental, donde se evidencia los pocos profesionales que dan atienden a la población del Cantón de Alajuela. Así mismo se refleja la necesidad de contratar los servicios ofrecidos por estos profesionales, tanto en lo público como en lo privado.

También se analiza las tasas de los indicadores en salud mental donde se da una definición, fuente y cálculo y resultado de dichas tasas que muestra cómo va en aumento a través de los años la esquizofrenia, la depresión, los trastornos mentales del comportamiento, suicidio, y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

7.3 Caracterización del entorno

En el presente apartado se pretende mostrar el contexto en cuanto a los servicios relacionados con salud mental que se ofrecen en el cantón de Alajuela, tomando en consideración aquella información obtenida tanto de los registros encontrados en cada área rectora de salud, como en otras fuentes de información, tales como: colegios profesionales, registros elaborados previamente.

Oferta de servicios de salud mental a nivel público

El cantón de Alajuela cuenta con cuatro Áreas de Salud pertenecientes a la Caja Costarricense del Seguro Social, a continuación, se menciona cada una de ellas y la cantidad de profesionales en psicología y trabajo social con que cuentan:

- Área de Salud Alajuela Central, ahí trabajan una psicóloga, y una trabajadora social
- Área de Salud Alajuela Norte, cuentan con seis trabajadoras sociales, 6 psicólogas, un médico en atención adicciones y un enfermero en salud mental.
- Área de Salud Alajuela Oeste cuenta con tres trabajadoras sociales y una psicóloga
- Área de Salud Alajuela Sur, donde laboran dos trabajadoras sociales y una psicóloga

Finalmente, también se puede encontrar el Hospital San Rafael, donde atiende un Psiquiatra a tiempo completo y otro a medio tiempo. Es importante mencionar que, en los casos que la emergencia o la situación particular lo amerita, los servicios de salud antes mencionados trabajan directamente con referencias elaboradas al Hospital Nacional Psiquiátrico, por lo que, a pesar de no ser un recurso propio del cantón, se maneja una dinámica que permite contar con el apoyo a nivel nacional en cuanto a la atención por especialistas en psiquiatría.

Recursos humanos en salud mental

De acuerdo con el Colegio de Psicólogos de Costa Rica, existe un número aproximado de 398 profesionales en psicología activos en el cantón de Alajuela, este dato es aproximado ya que se basa en los datos que brindan mediante diversos medios los colegiados sobre su cantón de residencia o laboral, es probable que muchos ya no residan o laboren en el cantón y no hayan hecho su actualización de datos.

En cuanto a psicólogo laborando tanto a nivel privado según las bases de datos que mantienen las Áreas Rectoras y CCSS como público se contabilizó 27 profesionales en psicología.

Según los datos de Caja Costarricense de Seguro Social se cuenta con 20 Trabajadores de Sociales entre las diferentes y Áreas de Salud, la clínica y el Hospital.

Con lo que respecta a Enfermeros en Salud Mental se contabilizan solamente 3 profesionales en esta área, para todo el cantón de Alajuela.

Los Médicos Psiquiatras se hay 2 profesionales que laboran para el Hospital San Rafael de Alajuela.

Oferta de Servicios de salud mental a nivel privado (incluir ONGS)

En cuanto a los servicios de Salud mental a nivel privado, de acuerdo con los registros encontrados en cada área rectora de salud, se pueden encontrar trece consultorios Psicológicos y un consultorio en Psiquiatría, que cuente con permiso de funcionamiento de Salud, por su parte, hasta la fecha no se tienen registros de alguna ONG que funcione o se encuentre directamente en el cantón, por lo que en diversas ocasiones ha sido necesario solicitar la colaboración de alguna organización externa al cantón para llevar apoyos en salud mental a la población.

Redes comunitarias

Como parte de los factores protectores importantes de señalar se encuentran las redes comunitarias, éstas funcionan ya sea de manera interinstitucional o propiamente con participación de las personas que viven en cada comunidad del cantón, a la fecha se han logrado identificar las siguientes:

- ✓ Subsistema Local de la Niñez y Adolescencia: Está conformado por los diferentes actores sociales del sector, donde se realizan programas y proyectos dirigidos a la población menor de edad, velando por la protección e integralidad de dicha población. En la actualidad, se está trabajando un proyecto en el distrito de Sabanilla sobre la población migrante, donde se coordina con CEN-CINAI y los dueños de fincas cafetaleras para dar una mejor calidad en el cuidado y seguridad de la persona menor de edad, así mismo, se trabaja con los derechos y deberes de los niños y adolescentes, desarrollando diferentes actividades recreativas, ferias vocacionales, entre otros.
- ✓ Instancia Local para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (ILAIS): Desde esta instancia se da acompañamiento y seguimiento a los diferentes casos relacionados con conducta suicida, tal como la ideación, los intentos, autolesiones y el suicidio consumado, dicho apoyo se brinda a las diferentes instituciones que forman parte de la instancia y que a su vez realizan las respectivas referencias de los casos a las Áreas de Salud correspondientes. Por otra parte, se realizan acciones de prevención del suicidio y de promoción de la salud mental, dirigidas a diferente población y realizadas a lo largo del año a través de lo establecido en el plan de trabajo. Se han realizado proyectos dirigidos a población docente relacionados con capacitación en cuanto a habilidades para la vida, así como la conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de setiembre).
- ✓ Red de Violencia Intrafamiliar: Esta red, constituida también por diferentes instituciones del cantón, se encarga de construir y consolidar un espacio de coordinación intersectorial, interinstitucional y de la sociedad civil, que permita el desarrollo de políticas locales de prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar, los proyectos que se realizan van encaminados

a capacitar a la población tanto interna como externa de la red, en cuanto a temas de violencia en general y prevención.

- ✓ Red de cuidado de la Persona Adulta Mayor: En este caso, se trata de una estructura social compuesta por familiares, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, enfocadas en acciones, intereses y programas que procuran garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores del cantón, garantizándoles así contar con calidad de vida. Las acciones realizadas principalmente giran en torno a la atención y seguimiento de casos particulares (personas de escasos recursos, se les brinda asesoría y se procura brindarles los servicios que se consideren necesarios y de los cuales carezcan).
- ✓ Comité de la Persona Joven: Se trata de un comité adscrito al Ministerio de Cultura y Juventud, el cual se encarga de coordinar entre las diferentes instituciones públicas que forman parte, la ejecución de los objetivos de la Ley General de la Persona Joven, así como de las políticas públicas elaboradas para las personas jóvenes. Realizan proyectos dirigidos a dicha población, los cuales fomentan los valores, la sana convivencia y se abordan temas de derechos y deberes hacia esta población.
- ✓ Asociaciones de Desarrollo: Estas entidades de interés público, las cuales se encuentran en diferentes distritos del cantón y que responden a las necesidades específicas de la comunidad a la cual representan, se encargan de realizar todo tipo de acciones tendientes al desarrollo social, económico, cultural y ambiental de los habitantes del área en que conviven, en colaboración con la Dirección Nacional de Desarrollo Comunal (DINADECO) y otras instancias públicas o privadas. Los proyectos realizados giran en torno a realizar las mejoras que la comunidad en particular necesita, en algunos casos dirigidos específicamente a diferentes grupos poblacionales.
- ✓ Juntas de Salud: Estas juntas son entes auxiliares de la C.C.S.S. (hospitales, áreas de salud) encargados de mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero y la promoción de la participación ciudadana. Esta organización participa activamente de los proyectos que se proponen a nivel de los departamentos existentes en cada centro de salud, funcionando como enlace entre la comunidad y dicho espacio.
- ✓ La Asociación Agenda de Mujeres de Alajuela (AGEMA): es una organización no gubernamental sin fines de lucro que busca contribuir a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y sus familias y otros grupos de población, promoviendo cambios en sus entornos. El propósito es ayudar al crecimiento personal de las mujeres y otros grupos de población por medio de espacios de capacitación y formación, así como la participación que ayuden al bienestar y defensa de los derechos humanos. Su misión es contribuir a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y sus familiares desde una perspectiva de género y sensibilidad social. Surge como parte de un proyecto de Red de Violencia, está a cargo de la señora Jeannette Vizcaino González, donde

se da consejería, se realizan diferentes talleres y cursos según sus necesidades, como ejemplo clases de computación.

- ✓ Estrategia de Gestión Integral de Dengue campaña para la erradicación del Aedes Aegypti. Esta estrategia es integrada para la prevención y control de enfermedades arbovirales, se desarrolla con los líderes comunales y los diferentes actores sociales como la CCSS, Cámara de comercio entre otros.
- ✓ Comisión Interinstitucional de Vigilancia de la Salud (CILOVIS): Se trata de una comisión coordinada por el Ministerio de Salud, y de la cual forma parte también funcionarios (as) de la C.C.S.S en representación de las diferentes áreas de salud del cantón. Dicha comisión se encarga de la discusión y análisis de todos aquellos eventos en salud que ocurren en el cantón, tanto los de notificación obligatoria, como aquellos relacionados con mortalidad, vectores, entre otros. A pesar de que no se llevan a cabo proyectos específicos, desde la C.C.S.S. se desarrollan actividades que funcionan como medio para abordar las diferentes situaciones en salud pública que aquejan a la población en general, favoreciendo la prevención de los diferentes eventos que suceden.
- ✓ Comité Cantonal de Deporte y Recreación de Alajuela (CODEA): Se trata de un órgano dependiente de la Dirección General de Educación Física y Deportes, forma parte de la estructura organizativa municipal. En los últimos 10 años esta entidad ha venido desarrollando los espacios necesarios para la recreación y actividad física para toda la población alajuelense, se promocionan programas recreativos para personas con discapacidad, personas adultas mayores y adultos jóvenes, a través de lo cual han llegado a tener un importante impacto en la mejora de la salud mental y física de la población en general del cantón.
- ✓ Instituto WEM: Se trata de una escuela de formación en masculinidades igualitarias y positivas, donde se desarrollan procesos de educación y capacitación donde se abordan temas como las sexualidades, prevención de la violencia el representante de WEM es el señor Randall Trejos Alvarado.
- ✓ Red de envejecimiento Saludable: Esta organización, la cual se encuentra bajo la coordinación y administración de la Municipalidad de Alajuela, se encarga de velar por el bienestar integral de las personas adultas mayores, por lo cual se encuentran realizando de manera constante proyectos relacionados con la promoción de estilos de vida saludables, a través del desarrollo de diferentes actividades tales como: ferias bajo diferentes temáticas, clases de ejercicios bailables, tardes de bingo, entre otros. Todo ello contribuye a mejorar la calidad de vida de esta población, de igual manera, favorece la salud mental y propicia espacios de convivencia sana a través del cual pueden encontrar apoyo ante alguna situación problemática, en caso de necesitarlo.
- ✓ Grupo de Guías y Scout de Costa Rica: Están conformados por los líderes comunales que se comprometen con la niñez y adolescencia Alajuelense, para el desarrollo del potencial, enseñándoles a valerse por sí mismos, e

inspirar valores para que sean ciudadanos comprometidos con la sociedad. Los guías y scout se reúnen los sábados en las diferentes comunidades del cantón realizando actividades recreativas, y siempre se organizan para apoyar diferentes actividades como el teletón, así mismo conforman parte de Subsistema de la Niñez y Adolescencia, el coordinador de los Scout en barrio San José es el señor Herbert Barrot Alvarado.

Tal como se desarrolló de manera breve, cada una de estas organizaciones comunales, poseen diferentes proyectos dirigidos a la población específica que atienden, realizan reuniones periódicas para coordinar diferentes aspectos atinentes a cada grupo, y se mantienen trabajando activamente acerca de diferentes temáticas que funcionan como factores protectores de la población y sus diferentes situaciones problemáticas.

Cada grupo presenta una dinámica particular, ya sea que se trate de profesionales encargados de replicar las diferentes temáticas en cada institución en la que trabajan, o bien, agrupaciones de índole educativo no formal, que favorecen el crecimiento personal de la población meta.

Proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción y prevención.

En primera instancia, es importante aclarar que el presente apartado se enfoca desde dos aristas, el Nivel Regional y el Nivel Local del Ministerio de Salud, ya que el segundo se ve inmerso en las acciones que se desarrollan desde el Nivel Regional, lo que a su vez repercute en la dinámica y beneficio de la población del cantón, por lo que es necesario partir del desglose de proyectos implementados desde el Nivel Regional.

Desde el año 2015, la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte contempló la necesidad de desarrollar un proyecto de salud mental dirigido a la población trabajadora del nivel regional y local, la iniciativa en sí se sustentó en lo descrito en la herramienta de Programación Institucional (POI), en la cual se detalló como producto *“contar con el Plan de Acción de Salud Mental 2012-2021 implementado”*, de ahí que se brindó la posibilidad de analizar según las necesidades de las unidades organizativas la presentación de un proyecto que se ajustara al producto citado anteriormente.

Por consiguiente, en la sede regional Central Norte, dirección a la cual pertenece el cantón de Alajuela y sus áreas rectoras, se orientó el proyecto hacia el ambiente laboral desarrollando en sí un programa de actividades para concientizar sobre la importancia de abordar la salud mental del colaborador desde diferentes ejes, a fin de que los funcionarios puedan tener herramientas y estrategias para abordar su salud mental, lo cual influye en el rol rector en materia de salud mental, trabajando primero desde lo interno hacia la comunidad

Debido a lo anterior se diseñó el programa denominado: “*Construyendo Espacios para la Promoción de la Salud Mental en el ámbito laboral*”, el cual se estructuró en respuesta al determinante de la salud social, económico y cultural definido en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, además se tomó como base el ámbito laboral del Programa Nacional de Salud Mental 2014-2018; el programa cuenta con VI módulos de trabajo los cuales se han diseñado individualmente por año, con la particularidad de que se continuarán elaborando más módulos de trabajo a lo largo del tiempo.

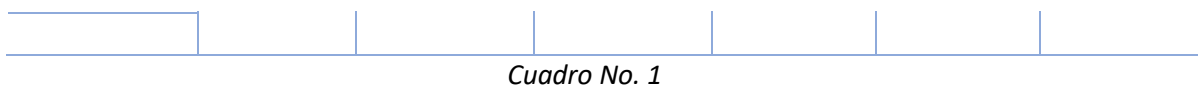
El programa se estructuró con base en el paradigma humanista-existencial, posicionando a la persona como protagonista de su vida, responsabilizándole de sus decisiones y de los frutos que ha obtenido, por otro lado, se concibe desde este enfoque al ser humano desde una perspectiva integral, por lo cual se ha de incorporar diversos escenarios psicosociales que influyen en la historia de vida y por consiguiente en el bienestar emocional, de esta forma el programa aborda tres áreas: *personal, familiar y laboral*.

Por otro lado, es importante señalar que el programa cuenta con dos ejes de participación uno de carácter indelegable, es decir, éstos se dirigen a la totalidad de la población trabajadora y el otro eje consistía en que los colaboradores interesados en los temas a tratar procedieran a inscribirse con autorización previa de la jefatura.

A continuación, se refleja en el siguiente cuadro los temas que se han desarrollado desde el período 2015 al 2021, según los ejes planteados

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Modalidad participación ineludible						
Reflexionando sobre mi sentido de vida Familia espacio de convivencia y de sentido de vida Mi trabajo parte de mi sentido de vida	Autocuidado	Habilidades y Estrategias para el abordaje de crisis emocional es y conductuales en el campo organizacional con	Habilidades y Estrategias para el abordaje de crisis emocional es y conductuales en el campo organizacional con	No se desarrollaron actividades bajo esta modalidad	No se desarrollaron actividades por la atención de la Pandemia Sin embargo, se compartió el	No se desarrollaron actividades bajo esta modalidad

		énfasis en jefaturas	énfasis en jefaturas		boletín de habilidades para la vida, y las invitaciones para los programas de Yamba Radio sobre Salud Mental	
		Autocuidado	Revista Salud Mental			
		Revista Salud Mental	Buzones de Lectura			
		Buzones de Lectura				
Modalidad participación optativa						
Aprendiendo a crear las reglas del hogar Conviviendo con la sabiduría ... un adulto mayor en el hogar De la mano de la soltería Sintonía con las emociones Reencuentro conmigo mismo Liderando mi vida laboral	Sanando mi niño interior Aprendiendo de mis emociones	Emociones Autocuidado para papás Autocuidado para mamás Duelo	Habilidades para la Vida Prevención del Suicidio Una vida de dos... Taller de pareja Raíces de mi ser...que lugar represento en el trabajo	Raíces de mi ser...que lugar represento en el trabajo Habilidades para la Vida un enfoque para padres de familia Deshojando margaritas. Pensar, sentir sobre la violencia doméstica	No se desarrollaron actividades por la atención de la Pandemia	Duelo Habilidades para la vida



Cuadro No. 1

Elaboración Equipo Regional ASIS, 2023

En el período 2015 con el objetivo de continuar con el desarrollo del tema “*sentido de vida*”, se aplicó el Test PIL a los colaboradores de la Región Central Norte y Direcciones de Área Rectoras de Salud bajo su jurisdicción, a excepción de la DARS de Alajuela 2 y la DARS de Grecia. Para la aplicación del instrumento, las personas trabajadoras que aceptaron participar de forma voluntaria procedieron a firmar el consentimiento informado, para contar con una línea base que permitiera determinar el nivel del sentido de vida de los funcionarios.

Mediante la aplicación del Test PIL, se obtuvieron los siguientes resultados: se reflejó que un 87,7% de los participantes presentó un puntaje superior a 105, porcentaje que ilustra que la mayor parte de los funcionarios cuentan con razones para vivir, valorando el día a día y la esencia de su existencia, además se reflejan con metas y objetivos concretos aumentando la responsabilidad que sienten hacia ellos como parte de su proyecto de vida. Por otro lado, un 9% de los participantes se encuentran en una zona de indefinición y un 3.3% manifestó falta de claridad sobre su sentido de vida. Lo anterior, ilustra que algunos funcionarios reflejan indefinición con respecto a las razones para vivir, hacia la estructuración de objetivos y metas concretas que definan su rol como persona.

Clasificación según puntaje obtenido en el test PIL

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Con puntaje inferior a 90	4	3.3	3.3
Puntaje entre 90 y 104	11	9.0	12.3
Puntaje superior a 105	107	87.7	100.0
Total	122	100.0	

Cuadro No.1

Puntaje Obtenido Test PIL

Como parte del proyecto regional para trabajadores, en el 2016 y 2018, se publicó la revista regional de salud mental, la cual era digital, los apartados se confeccionaron con la participación de las personas trabajadoras y se ofrecía diferentes temas sobre salud mental.

En el 2017, se diseñó en Yammer un grupo de lectura, en dicha página se dispone de libros digitales, y para acceder a los mismos, las personas trabajadoras deben solicitar autorización al enlace regional de salud mental, el objetivo es incentivar la lectura como factor protector de la salud mental.

En el periodo 2018, se decretó la Oficialización de la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, Decreto 40881-S, la cual tiene como objetivo facilitar la articulación interinstitucional para el abordaje integral y oportuno de las personas que enfrentan el riesgo suicida, intentos suicidas o se han visto afectados por el suicidio, además mediante la normativa se insta a conformar Instancias Regionales/Locales para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, las cuales son lideradas por la institución rectora en salud (IRAIS-ILAIS).

A raíz de lo anterior, se planteó el proyecto regional “Fomentando espacios de diálogo sobre el comportamiento suicida en los integrantes de las IRAIS-ILAIS de la Dirección Regional Central Norte”, a través del cual a nivel regional y local se conformaron las instancias de abordaje con las instituciones, asociaciones, ONG, entre otros actores sociales con participación regional o local de los cantones. Además, mediante este proyecto no sólo se conformaron las instancias sino que se logró realizar una sensibilización sobre el comportamiento suicida y el Decreto 40881-S, sin dejar de lado que se logró aplicar la Metodología de caracterización y articulación comunitaria a fin de identificar factores de riesgo y factores protectores asociados con la salud mental y comportamiento suicida, también se realizó un FODA por etapa del desarrollo, además de la elaboración de la ruta crítica para el abordaje de casos en riesgo suicida, la cual se terminó de conformar en el período 2020.

Por otro lado, para fomentar las capacidades de los integrantes de dichas instancias y de actores sociales que se relacionan con el abordaje del comportamiento suicida, a fin de contar con una mejor apropiación del tema que incida por consiguiente en las acciones desde la competencia de su trabajo, se propuso en el 2019, el proyecto “*Fortaleciendo capacidades en los integrantes de las IRAIS y de actores sociales de la Dirección Regional Central Norte involucrados en el abordaje del comportamiento suicida desde una perspectiva de promoción, prevención y atención*”, proyecto inspirado en el lema del Día Mundial de la Prevención del Suicidio del período 2018,

que describe: “Tomate un minuto... Cambia una vida”. “Tomarte un minuto para tenderle la mano a alguien de tu comunidad puede cambiarle la vida”. Por lo que se propuso contar con una serie de capacitaciones a fin de comprender la dinámica del suicidio y la aplicación de los primeros auxilios psicológicos.

Es importante destacar que el Decreto 40881-S, incentiva también los factores protectores de la salud mental, por ende, cada Instancia elabora planes de trabajo anuales divididos en prevención, atención y promoción a fin de incluir actividades que fomenten la salud mental, además de prevención en suicidio.

A nivel de la Instancia Regional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida de Heredia y Alajuela, se han desarrollado actividades cuyo alcance involucra los cantones de la Dirección Regional Central Norte a saber:

- a. Programa de Capacitación Institucional y Comunitario de la IRAIS de Heredia y Alajuela, esta iniciativa se enfoca en facilitar espacios psicoeducativos a instituciones tanto públicas como privadas, actores sociales, asociaciones, grupos comunitarios, entre otros relacionadas con salud mental y prevención del suicidio. Es importante señalar que de acuerdo al tema seleccionado se articula con el representante de la IRAIS para su desarrollo, se han abordado temas como habilidades para la vida, envejecimiento activo, prevención de violencia doméstica, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis telefónica, valores en familia, sensibilización del comportamiento suicida, mitos sobre el suicidio, salud mental en el entorno laboral, resiliencia en la juventud, manejo del estrés, entre otros. Algunas instituciones facilitadoras son: INAMU, RCN, AGECO, MEP, IAFA, CCSS, Asociación Mar y Cielo, entre otros.
- b. Programa Viviendo Positivamente: desde el período 2020, se logró coordinar con el Ing. Rubén Fallas del Programa Viviendo Positivamente para desarrollar de forma semanal y bajo metodología virtual, programas de salud mental para la población. La plataforma tiene un alcance significativo a nivel de comunidad, por lo que se logra facilitar herramientas y conocimiento sobre diferentes temas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud desde una perspectiva integral.
- c. Jornadas de Salud Mental: se han desarrollado jornadas de salud mental con CCSS y Universidades, donde se incluye la participación de actores sociales de los cantones de la región, de esta forma se aprovecha el espacio psicoeducativo para facilitar información, estrategias y herramientas para la salud mental, además de facilitar conocimiento para el abordaje de casos.

Para el período 2022, se presentó el proyecto regional comunitario denominado “Acercamiento comunitario ante la pérdida por suicidio en cantones de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte”, como parte de sus objetivos se realizó una guía informativa y de apoyo psicosocial como recurso de actuación ante el suicidio en las comunidades, para su elaboración se tomó la participación de los participantes de las IRAIS e ILAIS y posterior a la elaboración del producto, se procedió a realizar una capacitación para la aplicación de la guía, dirigida a representantes y coordinadores de las Instancias.

Con este proyecto, también se logró desarrollar sesiones psicoeducativas en las comunidades, a fin de abordar las emociones que emergen ante el duelo por suicidio, en estos espacios psicoeducativos participaron 144 personas, de los cuales 104 no eran sobrevivientes de suicidio y 40 si reportaron ser dolientes, la población se distribuye de la siguiente manera:

Cantón	Cantidad participantes
Poás	8
Santa Bárbara	11
Grecia-Río Cuarto	14
Barva	16
San Rafael	11
Atenas	8
Sarapiquí	10
San Isidro	5
Santo Domingo	11
Belén	11
Flores	12
Alajuela	14
Heredia	13

Cuadro No. 2

Elaboración Equipo Regional ASIS, 2023

En cuanto a lo que concierne específicamente al Nivel Local de gestión, además de haber formado parte activa de los proyectos desarrollados por el Nivel Regional desde el año 2018 y hasta el presente año, es posible destacar, como una iniciativa propiamente de las Áreas Rectoras Alajuela 1 y Alajuela 2, el proyecto denominado “Formadores de esperanza”, el cual se efectuó en cuatro sesiones diferentes, realizadas los días: martes 13, miércoles 21, jueves 29 de agosto y 02 de setiembre del 2019, a partir de las 9:00 am hasta las 3:00 pm, en las instalaciones de la Sede Regional del Ministerio de Educación Pública en Alajuela.

Este proyecto estuvo bajo la coordinación de la licenciada en Promoción de la Salud Cecilia Madrigal Meléndez, quien labora para el Área Rectora de Salud de Alajuela 2; además, se contó con la participación de 18 personas en cada Taller, el cual responde al Proyecto Comunitario de Salud mental del cantón de Alajuela.

Dicho proyecto contó con el principal objetivo de favorecer una cultura de prevención del comportamiento suicida en la población adolescente de 12 a 18 años que asiste a los centros educativos: Escuela Miguel Obregón, Liceo Poasito, Liceo La Guácima, Escuela Víctor Arguello, Liceo Redentorista San Alfonso y Liceo Tuetal Norte, todos ellos pertenecientes al cantón central de Alajuela, a través del fortalecimiento de habilidades personales y sociales dirigidas por el personal docente durante el año 2019.

En cuanto a sus objetivos específicos se puede mencionar a manera de resumen, el desarrollo de una estrategia de abordaje dirigida al personal docente de los centros educativos antes mencionados, fomento de actividades lúdicas sobre el conocimiento y análisis de las diez habilidades para la vida, con el fin de que dicho proceso socio educativo fuera replicado en cada uno de los centros educativos participantes, a lo que posteriormente se le brindaría seguimiento y evaluación por parte de las facilitadoras de cada taller.

Tal como se ha venido comentando, este proyecto pretendía sensibilizar y capacitar al cuerpo docente de diferentes centros educativos del cantón de Alajuela, respecto a la temática del suicidio, sus implicaciones y la importancia de abordarlo desde el punto de vista de la prevención, así como fomentar la adopción de estilos de vida saludables – enfocado desde el fortalecimiento de las habilidades para la vida- esto se realizó a través de cuatro sesiones educativas, mismas que después debían ser replicadas por los docentes en los centros educativos seleccionados. Esto contribuiría a generar, de manera paulatina, una cultura de prevención del comportamiento suicida, lo que además supondría un gran aporte en diferentes esferas de la vida de la población adolescente.

Cabe mencionar que, para llevar a cabo las sesiones, se contó también con el apoyo de la fundación Mar y Cielo, la cual se encuentra liderada por la Licenciada en psicología María Fernanda Carvajal Arce, quien se encargó de facilitar una sesión completa, junto con Raquel Sáenz Vargas, egresada de licenciatura en psicología. Ambas desarrollaron el tema del duelo por motivo de suicidio, así como también los Primeros Auxilios Psicológicos, con el fin de que las personas asistentes contaran con insumos acerca de cómo manejar diferentes situaciones relacionadas con el comportamiento suicida.

Las otras sesiones fueron desarrolladas por la Licda. Madrigal, brindando el enfoque desde habilidades para la vida como factor protector del comportamiento suicida, además de visualizar el aspecto metodológico lúdico como un importante medio para tener una mejor acogida en la población meta, adolescentes.

A raíz del trabajo efectuado, se logró visualizar la importancia de incluir una formación centrada no solamente en los estudios formales, sino también en la construcción del conocimiento y el fomento de capacidades múltiples en los y las adolescentes, con el principal objetivo de formar también para la vida. Este primer acercamiento permitió vislumbrar el compromiso que se muestra de parte de otras instituciones como el Ministerio de Educación, principal ente que capta a la población antes mencionada, lo cual permite contar con un parámetro para ser replicado posteriormente en otros espacios locales.

De forma general, se logró cumplir con los objetivos planteados, dado que se sensibilizó al cuerpo docente que representó a cada centro educativo, así como también generar análisis y discusión respecto a un tema que no siempre se aborda de manera abierta, se contó con anuencia de parte de cada persona involucrada que estuvo presente en esta iniciativa y finalmente se logró reproducir en algunas de las instituciones seleccionadas, con miras a seguirse desarrollando.

En cuanto a los años posteriores, 2020, 2021 y 2022 no fue posible desarrollar ningún proyecto específico desde el cantón de Alajuela, debido a la dinámica vivida en tiempo de la ya conocida pandemia por COVID-19, la atención de la emergencia, los limitantes tanto a nivel económico, como de tiempo y espacio, jugaron un papel fundamental en el hecho de que los esfuerzos tuvieran que ir direccionados en ese punto y no se lograra la planificación de algún proyecto amplio en temas de salud mental, por lo que estos años se enfatizó mayormente en el abordaje y seguimiento de los casos de comportamiento suicida reportados por cada institución a la ILAIS.

Para el año 2022, se retomó la dinámica de inclusión en los proyectos regionales, como se abordó anteriormente, y se brindó apoyo y participación en cada uno de los espacios planteados para la ILAIS del cantón de Alajuela.

Actividades exitosas dirigidas a la comunidad sobre salud mental

Además de realizar proyectos, a lo largo de cada año se llevan a cabo diferentes actividades en varios espacios, ya sea comunales o institucionales, los cuales son producto de coordinaciones que se realizan en ambas vías, tanto desde las diferentes entidades que solicitan alguna colaboración en particular, como desde el Ministerio de Salud que visualiza la importancia de llevar algún determinado tema a distintos grupos poblacionales del cantón.

Dentro de las actividades exitosas relacionadas a la salud mental desarrolladas en el cantón se encuentran:

En el año 2019 se realizan diversas charlas de sensibilización acerca del tema del suicidio, donde se habla sobre qué es el suicidio, factores protectores y de riesgo, mitos y el continuum del suicidio, y sobre la importancia de reconocer las emociones

y desarrollar y practicar las habilidades para la vida. Dichas charlas fueron llevadas a cabo en algunas áreas de salud del cantón, así como en centros educativos del MEP.

Para el año 2020, se dio la participación en la Feria de Cuenteros de Alajuela, específicamente en el mes de marzo, donde se participa de con un stand desarrollando diferentes dinámicas para explicar las habilidades para la vida, como el autocuidado, comunicación asertiva, la resolución de conflictos, pensamiento crítico entre otras habilidades. La finalidad de esta actividad es concientizar sobre el suicidio y fomentar las diferentes habilidades que cada persona posee y que se pueden desarrollar o fortalecer, de igual manera, como factores protectores ante un evento de conducta suicida. Esta actividad estaba abierta a todas las personas que asistieran a dicho festival, desde niños (as), jóvenes y personas adultas que pasaran cerca del puesto, se les invitaba a escuchar una pequeña explicación y participar de las dinámicas propuestas.

Para esta actividad también se contó con el apoyo del enlace regional de salud mental, tanto para la coordinación y planificación como para el desarrollo en el puesto el día del festival.

Posteriormente, para lo que restó del año 2020 y el transcurso del año 2021, no fue posible ejecutar actividades específicas relacionadas con salud mental, esto por motivo de la pandemia, por lo que solamente se enfatizó en la atención y seguimiento a los casos de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. Cabe mencionar que, esto sucedió de manera generalizada, ya que ninguna institución con la que se había tenido colaboraciones anteriormente solicitó algún apoyo relacionado con charlas, capacitaciones, talleres, entre otras dinámicas para abordar diferentes temas, ya que la constante fue la pérdida de espacios educativos y se enfatizó en la atención de la emergencia y en atender los asuntos propios de cada institución.

En cuanto al año 2022, se retoma el tema de las colaboraciones interinstitucionales, por lo que se desarrolló un espacio psicoeducativo en materia de factores protectores de la salud mental dirigido a la población privada de libertad perteneciente al Centro Especializado Ofelia Vincenzi, con el fin de abordar el tema de prevención del comportamiento suicida, en este caso particular, se enfatizó en los temas: resiliencia y toma de decisiones.

Para esta ocasión, también se estableció una coordinación con la Dra. Maribel Castro, directora regional del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) de Alajuela, a fin realizar una articulación con sus profesionales, y así brindaran apoyo desde la expertiz que con que ellos también cuentan en el desarrollo de este tipo de temas.

Por otro lado, se coordinó una sesión adicional para trabajar desde la arteterapia y para contar con el testimonio de una persona ex privada de libertad quien logró avanzar en diferentes espacios de su vida una vez que obtuvo su libertad, esto a fin de sensibilizar a los jóvenes sobre la importancia de valorar las nuevas oportunidades.

Para esta última actividad se ejecutaron las sesiones en cuatro fechas, a partir del 29 de junio del 2022 y hasta el 20 de julio de ese mismo año, donde se llevó a cabo la sesión de cierre con el tema de arteterapia e invitados especiales. Cabe mencionar que a lo largo de las sesiones se contó con la intervención de la persona enlace de salud mental a nivel regional, los profesionales del IAFA que colaboraron desarrollando una sesión, las coordinadoras de la ILAIS de Alajuela y el encargado de la fundación Transformación en Tiempos Violentos, así como el invitado que brindó su testimonio personal.

De manera general, es posible mencionar que cada una de las sesiones se llevó a cabo a través de breves explicaciones, se procuró contar con una dinámica menos magistral y más enfocada en la participación a través de diferentes actividades, preguntas generadoras, proyección de videos, generación de análisis, dibujos, actividades colaborativas, entre otros, que fomentaran el escuchar las voces de todas las personas privadas de libertad, tomando en consideración que el contexto en el que se desenvuelven en muchas ocasiones no les permite ser escuchados.

Esta actividad en particular tuvo como principal logro el llevar a la población del centro especializado un mensaje de motivación en cuanto a las habilidades que cada persona posee y que puede fortalecer a través del esfuerzo y el empeño de cada uno de ellos, la respuesta que se obtuvo a través de cada una de las sesiones fue muy favorable ya que, a diferencia de lo que se consideraba, se contó con la participación de cada uno de los participantes, expresaron sus ideas, conversaban de manera respetuosa y mostraban interés en la temática, además, en la última sesión, se logró observar que disfrutaron realizar sus dibujos y verlos posteriormente expuestos en diferentes espacios del centro penitenciario, por lo que es posible decir que fue una experiencia satisfactoria también para las personas facilitadoras y encargadas de llevarla a cabo.

Finalmente, en el último año (2022-2023) se han coordinado espacios dirigidos a centros educativos, donde se remite la necesidad de contar con algún profesional encargado de temas de duelo, debido a diferentes episodios de suicidio consumado, por lo que se coordina con profesionales en Trabajo Social de las Áreas de Salud con el fin de que aborden dicha temática con estudiantes y docentes.

De manera general, se puede destacar que cada una de estas actividades cuenta con la particularidad de brindar oportunidades de mejora, tanto para la población

con la que se trabaja, como para la coordinación de la instancia, ya que se trata de un aprendizaje en ambas vías, que permite conocer un poco más de cerca la realidad del cantón y el hacer conciencia en cuanto a que la salud mental hoy en día debe ser un tema prioritario, ya que se encuentra una relación entre ésta y todas las esferas de la vida humana.

7.4 Situaciones problemáticas en salud mental encontradas en el cantón de Alajuela

Una vez expuesto lo anterior, tal como se comentó en otros capítulos, a raíz del trabajo realizado junto con la comunidad surgió la priorización de tres situaciones problemáticas presentes en el cantón, las cuales tienen relación directa con la salud mental de la población, por lo que resulta importante colocar dichas situaciones junto con su respectivo análisis en este apartado, esto con el fin de entrelazar de una mejor manera la situación expuesta por los actores sociales consultados, la teoría expuesta al respecto y las acciones realizadas en materia del tópico en cuestión.

A continuación, se expone de manera detallada cada uno de los problemas priorizados:

7.4.1 Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón

Desde la óptica de los líderes comunales del cantón, uno de los problemas detectados, y que tiene gran relación con el aspecto de la salud mental, es el de “Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón”. De acuerdo con lo obtenido en el desarrollo del primer taller, las personas de la comunidad encuentran que dicha problemática ha ido cada vez más en aumento en diferentes espacios del cantón, por lo que es motivo de preocupación colectiva no solamente desde el aspecto de morbilidad, sino también en el ámbito social, ya que dicha situación se encuentra permeada por la afectación de diferentes determinantes sociales de la salud.

En primera instancia, es relevante aclarar que, de acuerdo con el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), 2015, una droga o sustancia psicoactiva (SPA) son sustancias naturales o sintéticas que al ser ingeridas por una persona pueden producir cambios psicológicos, físicos (orgánicos) y emocionales (p.11). Por su parte, estas se clasifican en drogas lícitas, aquellas que se utilizan con fines medicinales o bien, que se permite su consumo en el país, y aquellas de tipo ilícito, las cuales la Ley de Psicotrópicos establece como prohibidas en el país, entre las más conocidas se encuentra la marihuana, la cocaína y el crack.

Por otra parte, es importante reconocer que se cataloga como “uso de drogas” el consumo que no ha provocado daños físicos o psicosociales en el individuo, mientras que el abuso de estas sustancias implica un nivel de riesgo y un malestar significativo en la persona, de igual manera, cuando se habla de abuso se entiende que se encuentran presentes consecuencias físicas, sociales y psicológicas en la persona (BINASSS, s.f.).

Una vez aclarado lo anterior, cabe recalcar que el problema específico señalado por la comunidad a través del trabajo realizado en el primer taller hace referencia no solamente al consumo como tal de dichas sustancias, lo cual por sí mismo constituye un problema de salud pública, sino también a aquellas situaciones asociadas a la venta, por este motivo, el análisis también debe girar en torno a las causas y efectos de dicha situación en la población del cantón.

De acuerdo con Sequeira, Blanco y Brenes (2022) “dentro de los determinantes psicosociales, la pobreza, las inequidades educativas, laborales y sociales son los aspectos que habitualmente agravan el tema. Lo anterior explica el vínculo entre la dependencia de SPA y la callejización, la cual produce un deterioro significativo en el bienestar general de las personas” (p.4). La afirmación anterior viene a reforzar aquellas causas raíz identificadas por las personas expertas en la temática, ya que se mencionan aspectos tales como: la situación laboral, la estructura familiar y educación, principalmente.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas propiamente, de acuerdo con el informe del IAFA (2019) se indica que, a pesar de que en todo el país existen personas que hacen uso de SPA, el consumo se presenta de manera diferenciada en cada una de las siete provincias, ya que las características históricas, económicas, sociales, culturales, educativas y de densidad poblacional de cada espacio geográfico, van a determinar los patrones de consumo de dichas sustancias (p.38).

Siguiendo con la idea anterior, específicamente el elemento relacionado con la densidad poblacional explica por qué en las provincias centrales, donde además se concentra la mayor parte de la población nacional, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2017, en San José se ubica el 33% de toda la población nacional y en Alajuela el 19.9%, por lo que tan solo en esas dos provincias está asentada la mitad de la población nacional, y es justamente en dichas provincias donde se reportan mayores niveles de prevalencia de consumo de las cinco sustancias más consumidas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y crack) (p.38).

El aspecto mencionado anteriormente también se encuentra ligado a la dimensión relacionada con Circunstancias Materiales, las cuales a su vez los profesionales expertos destacaron en sus causas secundarias como el contexto social y comunitario presente en la población, lo cual permite la existencia de factores de

riesgo y vulnerabilidad en los diferentes grupos poblacionales, también por la zona geográfica en que residen.

De la mano con esto, de acuerdo con el informe del Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), 2019, indica que, en cuanto al control de la oferta de drogas, “donde hay vulnerabilidad, hay actividad delictiva” (p. 62), por lo que para contrarrestar la oferta de drogas debe darse un efectivo cumplimiento de la ley como una parte esencial en la solución a la problemática nacional y por consiguiente mundial. Dicho informe señala también que es necesario hacer frente a ambos elementos (vulnerabilidad y actividad delictiva) “de manera equilibrada e integral mediante respuestas de justicia penal que se centren en la salud y se basen en los derechos” (ICD, 2019, p. 62).

Dichas afirmaciones, que han sido ampliamente estudiadas por las organizaciones encargadas del comercio lícito e ilícito de drogas, se ven reforzadas por las recomendaciones de los profesionales en la materia consultados, ya que señalan que existe una falta de priorización de la Política Pública, así como falta de participación intersectorial y en salud, por lo que el problema tiene alcances tanto locales como a nivel nacional.

Dichas entidades, tal como el ICD, realizan continuamente sus esfuerzos para trabajar en contra del crimen organizado, el cual ha cambiado su estructura de funcionamiento, e implica un mayor trabajo en cuanto a la coordinación efectiva de instituciones nacionales, regionales e internacionales; no obstante, esta situación al encontrarse rodeada de diferentes aspectos, desde el ámbito personal y comunitario hasta lo concerniente a las macro estructuras sociales, no ha logrado una disminución en su incidencia.

De acuerdo con Sequeira, Blanco y Brenes (2022), “la dependencia de SPA es un trastorno neuropsiquiátrico que resulta de su consumo crónico en combinación con diversos factores psicosociales y neurobiológicos de vulnerabilidad que, si ocurren temprano en el desarrollo, aumentarán sustancialmente el riesgo de dependencia” (p. 15), de ahí la importancia de crear estrategias tanto para prevenir el consumo como para tratarlo, y trabajar desde las diferentes esferas sociales para generar factores protectores dirigidos a las poblaciones más vulnerables, tanto de la venta, lo cual es un problema generalizado en el país, como de otros aspectos sociales que conllevan a su consumo y distribución.

Derivado de la idea anterior, es posible recalcar, tal como lo señalaron los profesionales consultados, que la creación y mejora de Políticas Sociales, puede ser un aspecto fundamental para contrarrestar la incidencia de estos casos, a nivel nacional, y en el contexto cantonal, en este caso de Alajuela. Tal como lo recalca Sequeira, Blanco y Brenes (2022):

...los esfuerzos deben caracterizar a la persona y sus circunstancias psicosociales, no solamente restringir la disponibilidad de las SPA como

única medida para combatir la dependencia. Si se lograra lo primero, pasaría a segundo plano el control, al descender sobremanera el número de personas vulnerables (p.15)

Lo anterior quiere decir que no solamente se trata de abordar la problemática desde un punto de vista restrictivo y de alcance para la población, sino que también se debe trabajar sobre las particularidades de cada contexto geográfico y poblacional, a través del trabajo interinstitucional, y atacando el problema en cercanía con las fuerzas vivas sociales existentes, con el fin de que la población meta de los comerciantes disminuya.

Aunado a la idea previa, del informe emitido en el año 2019 por el ICD, se puede extraer una serie de acciones realizadas por dicha institución para contrarrestar el problema, las cuales, al ser abordadas desde la salud pública, pueden funcionar como base o ejemplo para desarrollar en otros contextos nacionales, se mencionan a continuación:

- Trabajo intersectorial, coordinando con el sector seguridad ciudadana y justicia, sector trabajo, desarrollo humano e inclusión social, sector salud, nutrición y deporte y sector educación y cultura.
- Trabajo con el Poder Judicial
- Creación de alianzas estratégicas con Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, IAFA, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Nacional de las Mujeres, Ministerio de Justicia y Paz, Instituto Mixto de Ayuda Social, Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional.

Todo ello desde un enfoque de principios de universalidad, equidad, enfoque de género, científicidad y bajo el paradigma de los Derechos Humanos (p. 42). Lo anterior significa que en el país, los entes encargados en materia de drogas y comercio ilícito cuentan con una visión integral respecto a la problemática, lo cual supone un aspecto positivo en cuanto al tratamiento de ésta, no obstante, es importante que a nivel local se generen mayores esfuerzos para trabajar acorde con dicha misión y se logre generar mejoras desde la misma población, ya que se presume que el ataque a las grandes organizaciones de narcotraficantes que lamentablemente aquejan el contexto nacional resulta sumamente complejo.

7.4.2 Deterioro de la Salud Mental

En cuanto al problema del Deterioro de la salud mental, seleccionado por los líderes comunales, es importante tener en cuenta el concepto de salud mental que según la Comisión Nacional de 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” (p. 34). Este concepto engloba los factores tales como biológicos, emocionales, ambientales, socioeconómicos, culturales, sistemas y servicios de salud, por tanto, los líderes comunales considera que se ve deteriorado por falta de acceso a servicios, cambios en la estructura familiar, dificultad económica, consumo de sustancias ilícitas, estilos de vida poco saludables, ansiedad, depresión, suicidios, inseguridad, desempleo, entre otros.

Bajo la metodología causa -efecto, se realiza un segundo taller de expertos con diferentes instituciones donde se analizan los problemas priorizados tanto de las compañeras de vigilancia como por los líderes comunales, donde se establecen dimensiones, causa raíz, causa secundaria y las causas terciarias a continuación se describen dicha información.

En la dimensión Sociopolítica los expertos comentan que, políticas de empleo se han deteriorados, con políticas de lucro económico que provoca un deterioro social donde hay una disminución del índice de desarrollo lo que provoca un aumento de la brecha social. Lo anterior puede ser producto graves tensiones en el control social como lo explica el estudio de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales Costa Rica, donde expone que: “El desempleo ha aumentado constantemente desde la crisis global, muy por encima de su promedio histórico y ahora es más alto que el promedio de América Latina. Es particularmente alto entre jóvenes y mujeres. El nivel de participación de la fuerza laboral de mujeres es bajo y cercano a los niveles más bajos de la OCDE (p. 42). Lo anterior genera una gran brecha de desigualdad social ya que muchas mujeres, son también las jefas de hogares, provocando pocas oportunidades de crecimiento personal.

Así mismo comentan que una contracción política social que se da por el modelo Neoliberal dando una priorización a lo económico, generando un deterioro a servicios y programas sociales, presentando recortes en los presupuestos y una saturación institucional donde los servicios que se brindan bajan la calidad de la atención. Ante el modelo neoliberal nos envuelve en el tema de la globalización donde el rico es más rico y el pobre más pobre, por tanto, se puede reflejar en aumento en la productividad económica, dejando de lado los programas sociales, generando una fragmentación entre el patrono y el trabajador, provocando un deterioro de los servicios y la calidad de este y a su vez creando más desigualdad.

El aumento de la desigualdad, los insuficientes avances en la lucha contra la pobreza, el riesgo de exclusión económica de las personas poco calificado requieren reformas políticas que promuevan una economía más dinámica e inclusiva que responda de mejor forma a los retos del cambio tecnológico y la globalización, para mitigar el aumento en la brecha social, desigualdad y crear una sociedad más igualitaria y justa, donde el desarrollo social favorezca a toda la población por igual tanto a mujeres como a jóvenes y migrantes.

Por otra parte, la priorización de la política pública desaparece el componente de salud mental que viene a representar un retroceso en la atención de la salud mental, generando una reducción de inversión política, donde se presenta una disminución en el desarrollo social. En la actualidad se cuenta con el Política Nacional de Salud Mental 2012 al 2021, lo que representa una extensión de esta, también se denota la falta de interés por parte del gobierno de actualizar y seguir trabajando en un tema tan importante, donde claramente se ve el deterioro del desarrollo social y de la salud mental de la población.

Con lo que respecta a Circunstancias Materiales expresan la falta de acceso a bienes, creando una falta de vivienda o bien una vivienda inadecuada, provocando asentamientos informales y hacinamiento, donde tampoco se cubren las necesidades básicas debido a la pobreza.

Entiendo la pobreza como “privación e impotencia”, carencia de ingresos y activos para satisfacer las necesidades básicas, la ausencia de educación, destrezas o herramientas para adquirir ingresos y activos y la falta de habilidad o poder para cambiar la situación (Juan Diego Trejos: 1992, 3); siendo características muy propias como: el desempleo, falta de acceso a la educación, falta de acceso a los servicios tales como el aseguramiento, agua, luz, vivienda, alimentación, vestido entre otros.

También se comenta que los cambios en la estructura familiar se dan por la disfuncionalidad de los canales de comunicación, y esto se genera en familias uniparentales o extensas, generando una recarga de roles donde se tiene poca claridad de estos, ante lo anterior David-Sven (1997) plantea “la familia como una construcción social sometida e influenciada por cambios que se han dado en su entorno económico, social y simbólico, muestra cómo la articulación de estos cuatro entornos ha generado una nueva estructura familiar con rasgos de familia tradicional, modificando sus relaciones internas y externas” (p.7), creando confusión en los roles ya que el hombre ya no es la única fuente de ingreso, donde se invitan a los demás miembros de la familia a portar la económicamente para poder subsistir y la falta o poca asertividad en la comunicación.

A esto se suma una falta de acceso de servicios como agua, electricidad, por limitaciones económicas, falta al acceso a los servicios de salud por las condiciones de aseguramiento, que afectan también a la educación por la falta de recursos para cumplir con los planes educativos, que contribuye al proceso de empobrecimiento, generando muchas veces angustia, frustración y situaciones de conflicto que afectan la salud mental.

Con lo que respecta a el Comportamiento manifiestan que las adicciones se ven de manera natural por modelos sociales que validan el consumo, así como la necesidad de aceptación social, los conflictos familiares, debido a factores genéticos o factores individuales donde no hay un buen manejo de las emociones o carenasan de habilidades para expresar sus emociones.

Las adicciones se puede ver como una enfermedad crónica que se por el consumo de alguna sustancia ilícita durante un periodo de tiempo relativamente largo, tienen varios factores entre los mencionados los genéticos, según estudios hay una probabilidad de un 50%, de vulnerabilidad de adquirir una acción por predisposición genética, en cuanto factores sociales, la necesidad de la aceptación entre los grupos de pares y entre más accesible y económica sea una droga se facilita el consumo, generando más acciones, en cuanto a la personalidad los rasgos como la impulsividad, formas de ser por la tendencia de buscar nuevas sensaciones, provocando malestar psicológico tales como la angustia, tristeza, irritabilidad, como un factor desencadenante.

Los estilos de vida poco saludables que se da por una mala alimentación y facilidad de acceso a comida chatarra, el sedentarismo, por la falta de espacios para realizar actividad física, el estrés, debido a la baja tolerancia a la frustración y falta de herramientas para el manejo del estrés, esto influye en nuestra salud mental como una causa o bien como una consecuencia de algún trastorno como ejemplo el sedentarismo puede privar al cerebro de la endorfina, sustancia que genera bienestar y alivio al dolor que se libera realizando actividad física.

El tener una mala alimentación, puede aumentar el riesgo de padecer diabetes, aumento de la obesidad condición que se puede vincular a la ansiedad, depresión y estrés.

Cuando se habla de frustración se puede decir que las personas buscan el placer inmediato y si esto no ocurre les genera malestar, se busca constantemente experiencias que tengan un placer o una recompensa inmediata y evitan experiencias que tienen una recompensa o placer diferidos.

Por tanto, una persona que tenga una baja tolerancia a la frustración puede abandonar constantemente las cosas que empieza, presenta ansiedad cuando las cosas no salen como esperan, evitan situaciones, hay poca habilidad para resolver conflictos, desmotivación constante entre otros,

Por otra parte, se encuentra el aumento a la violencia, como un mecanismo de resolución de conflictos, debido a la falta de mecanismos de autorregulación, también se da por los cambios en patrones familiares debido a la falta de comunicación, roles bien definidos y modelos de crianza, así mismo la intolerancia-falta de respeto a la diversidad por los estereotipos y mitos sociales, podríamos decir que es una tendencia al egocentrismo, donde hay poca tolerancia a la frustración no una empatía hacia la otra persona. .

En cuanto a Servicios de Salud: se encuentra la causa raíz la imposibilidad de desarrollar programas de prevención y promoción, con énfasis en la atención con prioridad en consulta individual, debido al aumento de casos de problemas de salud mental y saturación del sistema del servicio. los servicios de salud esta saturados por lo que sería bueno reforzar el primer nivel de atención en salud de la CCSS

debe ser fortalecido con la incorporación de servicios de psicología clínica y de la salud. En cuanto al Ministerio de Educación, en cada centro educativo debería existir servicios de psicología clínica, crear programas donde se instaure como parte de la vida cotidiana, dar una sostenibilidad a los programas de promoción y prevención.

En cuanto a la dimensión Biológica, se encuentra los factores congénitos genéticos, se tienen una mayor probabilidad de padecer enfermedades mentales, por presencia de enfermedades mentales en la familia; así mismos el desequilibrio en química cerebral, porque se presenta problemas en el sistema Nervioso Central, desequilibrio hormonal debido a problemas endocrino.

En cuanto a el factor biológico, las enfermedades mentales son más frecuentes en personas donde familiares también presentan estas, hay estudios genéticos donde se descubre genes y variaciones que contribuyen a las mismas las enfermedades de mayor impacto esta la esquizofrenia, trastorno bipolar, el síndrome de Tourette, el trastorno del espectro autista y la depresión.

El deterioro de la salud mental está enfocado en determinante sociales, no solo lo biológico. Dejando en evidencia que cualquier cambio social impacta la salud, los factores que más influyen es la desigualdad y la pobreza, que se podría mitigar fortaleciendo los programas y proyectos que trabajen en la promoción y la prevención tales como habilidades para la vida, el auto cuidado, así mismo el fortalecimiento de la CCSS en el primer nivel de atención con la contratación de más personal en campo de psicología, trabajo social, psiquiatra.

7.4.3 Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de salud

Otro de los problemas seleccionados por la comunidad es la “Deficiencia en la Atención y Acceso a los Servicios de Salud”, del cual, en primera lugar es importante mencionar que se elige debido a sus propias experiencias personales, familiares y comunales, mismas que externan como parte del primer taller realizado junto con líderes comunales; este aspecto es relevante de tomar en consideración ya que significa una necesidad sentida de la comunidad, la cual conlleva una serie de factores correlacionados con el problema y que de alguna manera aquejan la salud en general de la población.

Al expresar su disconformidad con este tópico, los líderes comunales también hicieron referencia a otros factores relacionados con el trato hacia las personas adultas mayores, la falta de empatía, la larga espera en cuanto a la asignación de citas y exámenes importantes, principalmente, así como la utilización del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), ya que, por una parte no existe una preparación con respecto a su utilización, y por otra se menciona la ineficiencia de éste en cuanto a la asignación de las citas como tal.

Por su parte, al comentar acerca de la problemática a las personas expertas consultadas, al igual que en el caso de los demás problemas priorizados en el presente documento, surge la categorización de las diferentes dimensiones y causas raíz que se considera pueden tener relación con lo que sucede, en este caso particular se hará un breve análisis de cada una de estas dimensiones, contrastando tanto lo expresado por las personas profesionales, como lo encontrado a través de la teoría en cuanto al problema en discusión.

En primera instancia, los expertos expresan en la dimensión sociopolítica que se debe a una falta de institucionalización, ya que, según ellos mencionan, los canales de la comunicación no son los adecuados, debido a que se pierde la información donde se podría aplicar la norma de forma uniforme, con una inducción y el cumplimiento de ésta. En cuanto a la participación ciudadana, los profesionales consultados comentan el cumplimiento de procesos aparte de los miembros orgánicos, la falta de integración a la participación ciudadana y frustración de los ciudadanos por la no participación.

Siguiendo con esta línea, otra de las causas raíz mencionadas es la gobernanza y la inestabilidad política en el gobierno. Ante esto, el Dr. Daniel Camacho (2017) menciona que las instituciones juegan un papel muy importante para la democracia y gracias a ellas, la población ha mejorado los niveles de calidad de vida, desde lo social y cultural, así mismo explica que no hay democracia si la gente no tiene acceso a la salud, no tiene una vivienda, porque todo lo anterior tiene que ver con la calidad de vida, así mismo el derecho a la comunicación y la información, porque una persona que no esté informada no puede concretar una vida de calidad, se puede nombrar las instituciones del estado costarricense que tienen relación directa con la calidad de vida, como por ejemplo la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), igualmente con relación al derecho a la información.

En relación con el derecho a la salud mental, que se ve afectado porque no hay un buen liderazgo en la institución, hay inestabilidad política, donde se crea malestar y confusión tanto en la institución como en la ciudadanía, provocando una afectación a la calidad de vida, debido a que no ofrece un buen servicio, ya que en ocasiones se pierde el hilo de comunicación, a pesar de que hay normas, reglamentos, el cual, de acuerdo con la explicación de los líderes comunales, cada uno las interpretan y aplican según su criterio e interpretación de la misma, generando frustración, enojo tanto al cliente externo como interno, a pesar de los diversos esfuerzos por revertirlo, esto no ha sido posible, induciendo a la mayoría de la población, a un estado de desilusión e incertidumbre que lleva a la desconfianza en las propuestas de partidos y líderes políticos tradicionales.

En las Circunstancias Materiales se encuentran los medios y accesos a bienes y servicios, donde la población está en pobreza, tales como los migrantes y el riesgo social, dificultades de acceso a la salud, por la analfabetización y brecha generacional.

En cuanto al fragmento anterior, la Comisión Interamericana de Derecho Humanos (2017) sostiene que “la pobreza es una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones y la seguridad y el poder necesario para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales” (p.37), al estar las personas en pobreza se privan de acceso a salud, dejándolas en desventaja, limitando de esta manera, el desarrollo de su propia capacidad de acceso a los servicios de salud, educación, entre otros servicios, como el acceso a la tecnología, que marca una brecha generacional, en una población que manejan y tienen acceso a aplicaciones como el EDUS y otra población que no sabe cómo funciona dicha aplicación.

Con lo que respecta a infraestructura, según el Plan de Desarrollo Cantonal de Alajuela (2013-2023), este cantón cuenta con 53 EBAIS, que están distribuidos en las cuatro áreas de salud, que tienen una población promedio a cargo para brindar atención de primer nivel a la población alajuelense, los principales servicios que se ofrece en las áreas de salud son: consulta medicina general, medicina familiar, consulta vespertina, psicología, trabajo social, farmacia, odontología (escenario escolar), planificación familiar, enfermería y cirugía menor, cuenta con el Hospital San Rafael (Alajuela) y en tercera opción se les brinda atención en el Hospital México (San José), debido a esto, se puede decir que sí se cuenta con una infraestructura bastante amplia, sin embargo, resulta de gran importancia brindar mantenimiento a las instalaciones, a equipos médicos y, como mencionan los expertos, mejor distribución de las instalaciones.

Por su parte, en la dimensión de Comportamiento se encuentra la deficiente percepción en la calidad y calidez brindada, desconfianza, falta de empatía de los funcionarios, recargo de funciones, falta de humanización y mecanización de los procesos. Todos estos aspectos, señalados por las mismas personas afectadas, son importantes a tomar en consideración, ya que se trata de factores que de igual manera inciden en la calidad de los servicios brindados y la forma en que las mismas personas miden de alguna manera su propia experiencia dentro de la atención que reciben.

Así mismo, en cuanto a la utilización de los servicios de salud, se da un uso inadecuado, por tanto, se presenta saturación de servicios de urgencias y EBAIS, de la mano con el ausentismo en las citas, lo que provoca la mala utilización de los recursos al perder el servicio.

En esta misma dimensión, es importante tener en cuenta el concepto de calidad, el cual según Racoveveanu citado por Vargas (1995) “pasa por la atención de las personas a nivel estrictamente humano y todo lo que ello implica en la mutua relación, que se da entre personas demandantes de servicios y el servicio propiamente tal, lo que debe reunir requisitos de conocimientos y recursos organizados para cumplir con las expectativas de la población. La calidad presume que se deben satisfacer las aspiraciones de la población, en el sentido de obtener el máximo de los beneficios, con el mínimo de riesgos para la salud y el bienestar de las personas” (p. 2). Según la percepción de los expertos, la calidad se ve

afectada por que genera un mayor riesgo para la población con la mecanización de los procesos, con la desconfianza, por la falta de empatía, creando un malestar en el usuario, pero además de esto existe la contraparte que da mal uso a los servicios generando la saturación de éstos, recargo de las funciones, lo que conlleva también al malestar.

Para mejorar la calidad del servicio en ambas partes, tanto el cliente interno como externo tienen corresponsabilidad, en un proceso de educación continua, que debe estar en constante monitoreo debido a que se está en constante cambio los estadios del desarrollo cultural, tecnológico, científico y el humano, actores que indirectamente o directamente cambian el rol y perciben la calidad del servicio dependiendo del umbral en que se encuentre ubicado.

El dar un servicio de calidad requiere de un conocimiento amplio o específico en algunas ramas del saber, sumando una actitud positiva, un ambiente favorable, creativo y de compromiso con lo que se hace y para quien se hace. Los servicios de calidad no dependen de acciones complejas sino más bien de actitudes que unan voluntades, que conllevan a una sinergia que sumen constantemente.

Por otro lado, con el fin de continuar con el análisis desde otra esfera, en este caso la relacionada con Servicios de Salud, el grupo de expertos consultados hace referencia a la situación que ocurre en cuanto al recurso humano, mencionan como causa raíz la necesidad de reorganizar los servicios, ya que éstos no se adecúan a las necesidades de la población, por lo que se da una insuficiente e inadecuada atención de la población del sector, y por otra parte, se presenta una limitación en el campo de acción de médicos generales, por lo que se da un aumento en las listas de espera.

Todo lo anterior se refuerza con lo expresado por Ávila (2013), quien en cuanto a la problemática que vive la Caja Costarricense del Seguro Social menciona que en el punto de la atención al usuario “no se trata de privatizar servicios y dejar la medicina de mejor calidad para los que puedan pagarla, sino de armonizar los servicios disponibles dentro del sistema nacional de salud” (párr.18), por lo que se debe procurar una atención de calidad, que las personas puedan contar con una atención pronta y con eficiente respuesta a sus problemas de salud.

En su escrito, la Dra. Ávila (2013) hace énfasis en algunos puntos que resultan de importancia y que se pueden tomar en consideración si se desea mejorar algunos aspectos propios del sistema de salud nacional, y que son aplicables a la realidad del cantón en este caso particular. Esta misma autora señala que para armonizar los servicios se requiere “una eficiente y clara coordinación entre los distintos proveedores, de lo contrario, se dificulta la mejora en la atención del ciudadano” (párr. 19). Ante esto, se puede considerar como propuesta la colaboración entre el sector público y privado, utilizando de igual manera ambas modalidades de aseguramiento (público y privado), lo cual podría optimizar un poco la oferta de servicios que tanto requiere la población; sin embargo, tal como la misma autora comenta, en la actualidad se dispone de pocos mecanismos para coordinar la atención entre los diferentes proveedores de servicios, lo cual dificulta su puesta en marcha.

Cabe mencionar que, esta problemática en particular no forma parte únicamente de la realidad del cantón de Alajuela, sino que trasciende a nivel nacional, por lo que de acuerdo con lo mencionado por Ávila (2013), es necesario contar con una política de Estado que obedezca a un interés fundamental, lo cual a su vez requiere un alto compromiso de parte del gobierno de turno, con el fin de implementar medidas permanentes sin ser afectadas luego por los cambios a nivel gubernamental (párr. 23). Es decir, se plantea la continuidad del gobierno como un aspecto fundamental para el cumplimiento de las diferentes acciones que en su momento han sido planteadas y que incluso inician su implementación.

De lo anterior, queda claro que es necesario un cambio radical a nivel del funcionamiento de la C.C.S.S., no solamente en cuanto a su organización interna y el manejo de los recursos económicos, sino que, se evidencia que existen carencias en otros ámbitos que tienen relación con la atención que se brinda a las personas usuarias y que por consiguiente se ven sus repercusiones en todos los niveles de atención, tal como se ha mencionado en otros apartados, solamente la existencia de un aspecto negativo, va a tener algún nivel de afectación en otras esferas de la dinámica social e institucional, por lo que se deben buscar respuestas que favorezcan todos los espacios en general.

En cuanto a la dimensión Bilógica, se presenta un aumento de las enfermedades crónicas, reestructuración del manejo de enfermedades crónicas, donde se genera un mal manejo y una mayor morbilidad, en lo que respecta a prevención y promoción se da un inadecuado manejo de grupos de riesgo y un aumento en la demanda en los servicios de salud.

Tal como lo indican los expertos y lo confirma el Ministerio de Salud en sus estadísticas, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan la primera causa de muerte, morbilidad y discapacidad desde hace tres décadas, a pesar de que existen diferentes estrategias para la prevención no se ha logrado revertir este resultado, el diagnóstico oportuno de pacientes con diabetes, hipertensión y cáncer, la modificación de hábitos poco saludables (mala alimentación, tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo), son claves para la prevención de las mismas.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve, coordina y ejecuta actividades de cooperación técnica, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo relacionados, las discapacidades y los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias; promueve una óptima nutrición y la seguridad vial con base evidencia apropiadas para el contexto político y sociocultural en el que se implementan.

La OPS promueve la sensibilización y la comprensión política y pública sobre la carga de las enfermedades no transmisibles más comunes, sus factores de riesgo relacionados, los trastornos mentales y neurológicos, y dirige esfuerzos estratégicos de colaboración multisectoriales y de múltiples partes interesadas para fortalecer la capacidad de los estados miembros para promover y proteger la salud a través de políticas públicas, programas y servicios, contribuirá a mejorar el bienestar físico, mental y social de la población.

Todo lo anterior se menciona ya que, si se logra generar un cambio en cuanto a aquellos factores que propician la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, y aquellas relacionadas con factores genéticos, es posible disminuir también la consulta por estos males, y con ello se logra contribuir a una mejor y más eficaz atención en los servicios médicos en particular.

Finalmente, en la dimensión Socioeconómica, los expertos expresan el acceso al seguro, la inmigración, la pobreza, institucionalización y el apoyo respectivo, así mismo se encuentran los canales de atención el desempleo, el no aseguramiento, la falta de acceso a los servicios por la pobreza y educación.

En esta dimensión se puede apreciar cómo se entrelaza con lo mencionado arriba sobre la dimensión sociopolítica, en cuanto a la institucionalización donde se puede brindar una articulación con otras instituciones como el IMAS para poder tener una mayor coordinación y tener acceso a los servicios de salud que también se ven afectados por la pobreza y falta de educación como se evidencia en circunstancias materiales, otra de las dimensiones anteriormente expuestas, dejando en evidencia el reto que tienen las instituciones de ponerse al día y adaptarse a las nuevas corrientes globales que se están manifestando en la sociedad.

Con todo, es conocido el hecho de que la salud se ve influenciada por las condiciones biopsicosociales en las que se desenvuelven las personas, tal como lo expresan Leiva, Rubí y Vicente (2021) “consecuentemente, la salud mental también se ve influida por los determinantes sociales, de los cuales la pobreza y la inequidad socioeconómica están fuertemente relacionadas a un mayor riesgo de desarrollar psicopatología” (párr. 3), es por ello que resulta fundamental abarcar las diferentes problemáticas expuestas desde una visión integral e interdisciplinaria, tomando en consideración que las consecuencias derivadas de dichas situaciones pueden desencadenar en el deterioro de la salud mental, hasta el punto de llegar a padecer de manera crónica alguna enfermedad mental e incluso desarrollar conductas suicidas producto del contexto por el cual se ve permeada la persona.

Por este motivo, su abordaje requiere de intervenciones conjuntas desde diferentes sectores, lo cual ya se abordó a través del análisis elaborado, los constantes cambios sociales, la deficiencia en las políticas públicas, la falta de compromiso estatal y de la sociedad civil, los aspectos socioeconómicos, suelen ser parte fundamental de la afectación de la salud mental en algún momento de la vida, ello supone una epidemia silenciosa la cual debe ser visibilizada y trabajada con la importancia que merece.

BIBLIOGRAFÍA

- Altamirano y Solano (2023). *Víctimas colaterales de homicidios alcanzan cifra histórica*. La Nación, Costa Rica. Recuperado de <https://www.nacion.com>
- Arce, L, Benavides, W, Campos, M, Cascante Y, Espinoza, J, Esquivel, P, Masis M, Rodríguez A, Zuñiga J (2015) *Plan de Desarrollo Cantón de Alajuela; “Alajuela cantón inclusivo y solidario 2013-2023”*. Recuperado de <https://www.inder.go.cr/Alajuela-Poas-Grecia-ValverdeVega/Caracterizacion-Alajuela-Poas-Gecia-Valverde-Vega.pdf>
- Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social-BINASSS (s.f.). *Consumo de drogas legales e ilegales. Manual de contenidos*. Recuperado de www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Consumo%20de%20drogas.pdf
- Caracterización del territorio central occidental. Recuperado el 20 de abril de 2023 de: <https://www.inder.go.cr/Alajuela-Poas-Grecia-ValverdeVega/Caracterizacion-Alajuela-Poas-Gecia-Valverde-Vega.pdf>
- Dattoli-García, C., Jackson-Pedroza, C., Gallardo-Grajeda, A., Gopar-Nieto, Rodrigo., Araiza-Garygordobil, D., Arias-Mendoza, A. (2021). Infarto agudo del miocardio: factores de riesgo y etiología. México. Archivos de cardiología de México.
- Guías de Costa Rica. Recuperado el 20 de abril de 2023 de: <https://guiascostarica.com/alajuela/>
- Instituto Costarricense sobre Drogas (2019). *Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas*. Costa Rica. Recuperado de www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/ISND-ICD.pdf
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015). *Atlas del consumo de drogas en Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/08/IAFA-AtlasDelConsumo2015.pdf>
- Leiva, Rubí y Vicente (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev. Panamericana de Salud Pública* (45) 158. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8678097/#:~:text=La%20pobreza%2C%20la%20deprivaci%C3%B3n%2C%20los,primordialmente%20de sde%20el%20modelo%20biom%C3%A9dico.>
- Marín, A. (2017). *Democracia e instituciones nacionales: binomio base de la sociedad costarricense*. Recuperado de

<https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/8/01/democracia-e-instituciones-nacionales-binomio-base-de-la-sociedadcostarricense.html#:~:text=En%20Costa%20Rica%2C%20las%20instituciones,lo%20pol%C3%ADtico%20y%20lo%20econ%C3%B3mico.https://ojs.icap.ac.cr/index.php/RCAP/article/view/836/1227.>

Menjívar Larín, Rafael. Juan Diego Trejos (1992). La pobreza en América Central. Editorial FLACSO. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud (2014). *Indicadores de Género y Salud*. —San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr>

Ministerio de salud (2019). Guía metodológica para la elaboración del análisis de situación integral de salud. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud (2019) *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1498-enfermedades-no-transmisibles-representaron-el-80-73-de-las-defunciones-en-el-territorio-nacional-para-el-ano-2019>

Ministerio de salud (2019). *Análisis de Situación Integral de Salud de Costa Rica*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr>

Municipalidad de Alajuela (2004). Plan Regulador Urbano. La Gaceta N° 182. Costa Rica.

Municipalidad de Alajuela (2013). Plan de desarrollo cantonal local. Alajuela, Costa Rica.

OCDE, (2017) Estudios de la OCDE sobre el Mercado Laboral y las Políticas Sociales: Costa Rica 2017. Recuperado <https://www.oecd.org/els/emp/OECD-Reviews-of-Labour-Market-and-Social-Policies-Costa-Rica-ES.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Víctimas de homicidio intencional por ataque con arma de fuego*. Recuperado de <http://www.oas.org>

Peláez-Cantero, M., Córdón-Martínez, A., Madrid-Rodríguez, A., Núñez-Cuadros, E., Ramos-Fernández, J., Gallego-Gutiérrez, S., Moreno-Medinilla, S. (2021). Parálisis cerebral en pediatría: problemas asociados. Ecuador. Revista ecuatoriana de neurología.

Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (2012). —San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Procuraduría General de la República (2023). Sistema Costarricense de Información Jurídica "Proyecto de Ley de Tipificación de la Portación Ilegal de Armas". Recuperado de <http://www.pgrweb.go.cr>

Racoveanuy Kirsten Staehr Johansen. (1995) *Tecnología para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Sanitaria*. En Foro Mundial de la Salud. Vol. 16, 1995, 158-165. Colindres Héctor

Reyes, Ulises. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. México: Unidad de Investigación en Pediatría Instituto San Rafael San Luis Potosí.

Rodríguez, R (2021) *Baja tolerancia a la frustración ¿Qué podemos hacer para superarla?* Recuperado <https://www.psiquion.com/blog/baja-tolerancia-frustracion#:~:text=Una%20persona%20con%20baja%20tolerancia,puedan%20generar%20estr%C3%A9s%20o%20m>

Sequeira-Cordero, A., Blanco-Vargas, M. y Brenes, J.C. (2022). Dependencia de sustancias psicoactivas en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y neurobiológicos de una enfermedad incomprendida. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2). Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012022000100531

ANEXOS

Anexo # 1

Lista de asistencia de los actores sociales al taller realizado el 31 de mayo del presente año.



**LISTA DE ASISTENCIA TALLER # 1
ASIS ALAJUELA**

Fecha: Miércoles 31 de mayo, 2023
Hora de inicio: 9:00 am Hora de Finalización: 3:00 pm

Nombre completo	Organización que representa	Número de teléfono	Correo electrónico
Donald Amorera Espinoza	Asociación San Miguel	88-32-13-05	amorera2015@gmail.com
Carolina Herrera Cortez	ASAV	60442955	carolina.herrera.cortez@gmail.com
María Jesús Cerdas M.	Área Salud Alajuela	8743-6930	jesuita.cerdasmunib@gmail.com
Jeanette Jacinto Giraldo	Asociación de Mujeres de Alajuela	85862407	janetvizgo@gmail.com
Rosalva Castro	WEM/Asesora	8343834	-
Cosma Vasquez	FTSAD Junta Salud	70283391	cosma31@hotmail.com
Ana Isabel Herrera	Capo Adulto Renacer	88381892	ani29041965@gmail.com
Nidia Bolaño RA	Dicis de Alajuela	84573911	ndia224@hotmail.com
JAVIER CASTRO A	ASADA Quintos Cuartos	60374412	JAVIERCASTROASADA@GMAIL.COM
Dagmar Díaz Pérez	Dicis de Alajuela	83924890	diazperez1959@hotmail.com
STERLINA HERRERA R	Vida Benévola Alajuela	87043836	pdcauldas@gmail.com
Herbert Sandoval	BOIAS y Scouts	83862290	herbertsandoval@gmail.com
Cecilia Madrigal Meléndez	ARS A2	8331-7887	maria.madrigal@misalud.go.cr
Bartha Leiva Bonilla	ARS A1	89400383	bartha.leiva@misalud.go.cr
Carolina Aguilar Chacón	ARS A2	8581-1405	carolina.aguilarchacon@gmail.com
Arelis Quesada Volante	ARSA1	88190201	arelis.quesada@misalud.go.cr
Supiera Salazar Padilla	ARSA 2	83646593	supiera.salazar@misalud.go.cr

Dirección de Área Rectora de Salud Alajuela 2
ars.alajuela2@misalud.go.cr
Tel. 2441-5743 / 2443-7560
www.ministeriodesalud.go.cr

Agenda del taller realizado el 31 de mayo del presente año.

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
9:00 am – 9:10 am	Recepción de personas asistentes	Equipo ASIS
9:10 – 9:15 am	Bienvenida y Presentación Equipo ASIS	Sugeidy Salazar y equipo
9:15 am – 9:25 am	Presentación de las personas asistentes mediante dinámica	Cecilia Madrigal
9:25 am – 9:45 am	Explicación sobre ¿Qué es el ASIS?	Sugeidy Salazar
9: 45 am – 10:15 am	Técnica: Selección de problemas de manera individual	Cecilia Madrigal y equipo ASIS
10:15 am-10:30	Lluvia de ideas: Exposición de problemas elegidos (se anotan todos)	Cecilia Madrigal y Equipo ASIS
10:30 am -10:45 am	Refrigerio	-----
10:45 am – 11:15 am	La calificación (puntuación del 1-5 a cada problema)	Cecilia Madrigal y Equipo ASIS
11:15 am – 12:30 md	Priorización de los 10 problemas destacados (individual)	Cecilia Madrigal y Equipo ASIS
12:30 md – 1:00 pm	Almuerzo	-----
1:00 pm – 2:15 pm	Valoración y selección de 3 problemas	Cecilia Madrigal y Equipo ASIS
2:15 pm – 2:35 pm	Técnica de los 5 ¿Por qué?	Cecilia Madrigal y Equipo ASIS
2:35 pm – 2:45 pm	Refrigerio	-----
2:45 pm – 3:00 pm	Cierre	Equipo ASIS

Anexo # 3

Fotos del taller realizado el 31 de mayo del 2023

Actores sociales



Análisis de la Situación de Salud Área Rectora Alajuela 1 y 2



Anexo #4

Segundo taller de Expertos

Lista de asistencia de los expertos al taller realizado el 21 de junio del 2023.

LISTA DE ASISTENCIA TALLER # 2

ASIS ALAJUELA



Fecha: miércoles 21 de junio, 2023

Hora de inicio: 9:00 am

Hora de Finalización: 3:00 pm

Nombre completo	Organización que representa	Número de teléfono	Correo electrónico
Medin Chacón Solís	CCSS-ASBS	2438-1604	mfohcan@ccss.sa.cr
Milagros Picado Arias	CCSI-HSRA	2436-1826	mpicador@ccsi.sa.cr
Andrea Peláez Quirós	Municipio Alajuela	87059122	andrea.pelaez@munjalajuela.sa.cr
Vanina Orozco Rivera	CCSS-UMRC	83497975	uorozco@ccss.sa.cr vivafray@gmail.com
Andrea Velázquez Jaraíz	CCSS-ASAM/UMRC	89760278	avazquez@ccss.sa.cr
Carlos Villalobos Cepedez	Fuerza Pública	8511-5578	Carlos.Villalobos@FuerzaPublica.gob.cr
Humbel Guiso Jiménez	IATA	86995424	hcasto@iata.go.cr
Kemly Alejandra Lizama	ASAM-CCSS	83677457	Klizama@hotmail.com
Daniela Astorga M.	CCSS-ASAM	8309-19-64	mdastorga@ccss.sa.cr
Andrea Álvarez P.	CCSS-HSRA	8308-2430	andrea.alvarez.p@gmil.cr
Mauricio Barrios	CCSS-HSRA	87209168	arcebarriosmauricio@gmail.com
Erick Minda Rodríguez	Municipio Alajuela	83786949	erick.mendez@municipalajuela.cr
Maria Coto Alfaro	MOGE	7013-8036	mcoto@mog.com
Karen Aurora Rojas	Cooperación	84689590	karuna@cooperacion.com
Jorge Mendez Quirós	Mayra	88542260	jorge.mendez@hatmail.com
Jose Rojas Henríquez	CCSS-APU	8395-9431	csasasur@ccss.sa.cr jorjas
Yendy Soto Solís	CCSS-HSRA	8277-5769	yendy@ccss-hsra@ccss.sa.cr
Magaly Alemán Villalón	CCSS-ASAC	84884141	maaleman@ccss.sa.cr

Dirección de Área Rectora de Salud Alajuela 2

																													
<table border="1"> <tr> <td>Milton Vargas J. de la Cruz</td> <td>CCSS Alajuela</td> <td>88683429</td> <td>csasanor@ccss.sa.cr</td> </tr> <tr> <td>Sofia González Viqueza</td> <td>Yuni Alajuela</td> <td>83841544</td> <td>sofia.gonzalez@comunicacion.go.cr</td> </tr> <tr> <td>Cholys Quesada Velázquez</td> <td>ARSA 1</td> <td>8890201</td> <td>cholys.quesada@misalud.go.cr</td> </tr> <tr> <td>Cecilia Madrigal Meléndez</td> <td>ARS-Alajuela 2</td> <td>8331-7887</td> <td>maria.madrigal@misalud.go.cr</td> </tr> <tr> <td>Berta Leiva Bonilla</td> <td>ARS Alajuela 1</td> <td>84400333</td> <td>berta.leiva@misalud.go.cr</td> </tr> <tr> <td>Carolina Aguilar Chacón</td> <td>ARS Alajuela 1</td> <td>8581-1405</td> <td>carolina.aguilar@misalud.go.cr</td> </tr> <tr> <td>Sugeidy Salazar</td> <td>ARS Alajuela 2</td> <td>8364-6597</td> <td>sugeidy.salazar@misalud.go.cr</td> </tr> </table>	Milton Vargas J. de la Cruz	CCSS Alajuela	88683429	csasanor@ccss.sa.cr	Sofia González Viqueza	Yuni Alajuela	83841544	sofia.gonzalez@comunicacion.go.cr	Cholys Quesada Velázquez	ARSA 1	8890201	cholys.quesada@misalud.go.cr	Cecilia Madrigal Meléndez	ARS-Alajuela 2	8331-7887	maria.madrigal@misalud.go.cr	Berta Leiva Bonilla	ARS Alajuela 1	84400333	berta.leiva@misalud.go.cr	Carolina Aguilar Chacón	ARS Alajuela 1	8581-1405	carolina.aguilar@misalud.go.cr	Sugeidy Salazar	ARS Alajuela 2	8364-6597	sugeidy.salazar@misalud.go.cr	
Milton Vargas J. de la Cruz	CCSS Alajuela	88683429	csasanor@ccss.sa.cr																										
Sofia González Viqueza	Yuni Alajuela	83841544	sofia.gonzalez@comunicacion.go.cr																										
Cholys Quesada Velázquez	ARSA 1	8890201	cholys.quesada@misalud.go.cr																										
Cecilia Madrigal Meléndez	ARS-Alajuela 2	8331-7887	maria.madrigal@misalud.go.cr																										
Berta Leiva Bonilla	ARS Alajuela 1	84400333	berta.leiva@misalud.go.cr																										
Carolina Aguilar Chacón	ARS Alajuela 1	8581-1405	carolina.aguilar@misalud.go.cr																										
Sugeidy Salazar	ARS Alajuela 2	8364-6597	sugeidy.salazar@misalud.go.cr																										

Anexo #5

Agenda del taller realizado el 21 de junio del 2023.

**AGENDA TALLER # 2
ASIS ALAJUELA**

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
9:00 am – 9:10 am	Recepción de personas asistentes	Equipo ASIS
9:10 – 9:15 am	Bienvenida y Presentación Equipo ASIS	Sugeidy Salazar y equipo
9:15 am – 9:25 am	Presentación de las personas asistentes	Cecilia Madrigal
9:25 am – 10:00 am	Explicación sobre ¿Qué es el ASIS? y Espina de Pescado	Sugeidy Salazar Cecilia Madrigal
10:00 am -10:15 am	Refrigerio	-----
10:15 am – 12:30 md	Trabajo en grupo: Espina de Pescado	Equipo ASIS
12:30 md – 1:00 pm	Almuerzo	-----
1:00 pm – 2:00 pm	Análisis de las Causas-Raíz con los expertos	Equipo ASIS
2:00 pm – 2:30 pm	Socialización del trabajo	Equipo ASIS
2:30 pm – 2:45 pm	Refrigerio	-----
2:45 pm – 3:00 pm	Cierre	Equipo ASIS

Anexo #6

Pareto de los problemas destacados en el Análisis de Situación de Salud

Infarto agudo de miocardio

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	80-20
Factores Socioeconómicos	2,3	EDUCACION	10	5	10	80%
Factores Biológicos	3.1	ATEROSCLEROSIS	10	5	10	80%
Factores Biológicos	3.2	CARDIOPATIAS	10	5	10	80%
Servicios de Salud	6.1	LIMITADO ACCESO A ATENCION PRIMARIA Y SECUNDA	10	5	10	80%
Servicios de Salud	6.2	MEDICACION	10	5	10	80%
Comportamiento	4.1	SEDENTARISMO	10	5	7	80%
Comportamiento	4.2	TABAQUISMO /CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	10	5	7	80%
Comportamiento	4.3	MALOS HABITOS ALIMENTICIOS	10	5	7	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	SITUACION LABORAL	10	5	7	20%
Factores Biológicos	3.3	ENFERMEDADES TROMBOTICAS	10	3	10	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	POBREZA	7	3	10	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	GOBIERNO	3	3	10	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	ESTRUCTURA FAMILIAR	7	3	3	20%
Servicios de Salud	6.3	COSTO DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS	3	3	7	20%
Factores Socioeconómicos	2.1	GENERO	10	1	3	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	DEMOGRAFIA	3	1	7	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	NA	0	0	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	NA	0	0	0	20%

Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)/(B)/(C)=D	% Relativa	% Acumulado	80-20
Factores Biológicos	3.3	PATOLOGIA MATERNA CRONICA	10	5	10	500	18.54%	18.54%	500
Factores Socioeconómicos	2.2	EDUCACION	7	5	10	350	12.98%	31.52%	850
Comportamiento	4.2	ESTILO DE VIDA	7	5	10	350	12.98%	44.49%	1200
Factores Sociopolíticos	1.1	MIGRACION	10	3	10	300	11.12%	55.62%	1500
Factores Socioeconómicos	2.1	INGRESO ECONOMICO	7	5	7	245	9.08%	64.70%	1745
Comportamiento	4.1	CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	3	5	10	150	5.56%	70.26%	1895
Factores Socioeconómicos	2.3	GENERO	3	5	7	105	3.83%	74.16%	2000
Comportamiento	4.3	VIOLENCIA PSICOSOCIAL	3	5	7	105	3.83%	78.05%	2105
Factores Biológicos	3.2	PATOLOGIA MATERNA RELACIONADA CON EL EMBARAZO	10	1	10	100	3.7%	81.76%	2205
Servicios de Salud	6.3	FALTA DE COORDINACION ENTRE NIVELES	10	1	10	100	3.7%	85.47%	2305
Factores Sociopolíticos	1.2	GOBERNANZA	3	3	10	90	3.34%	88.80%	2395
Factores Sociopolíticos	1.3	IDENTIDAD CULTURAL	3	3	10	90	3.34%	92.14%	2485
Servicios de Salud	6.1	RECURSO HUMANO	7	1	10	70	2.60%	94.73%	2555
Factores Biológicos	3.1	EDAD MATERNA	7	1	7	49	1.82%	96.55%	2604
Servicios de Salud	6.2	INFRAESTRUCTURA	3	1	10	30	1.1%	97.66%	2634
Circunstancias materiales de vida	5.1	ACCESOS A SERVICIOS	3	1	7	21	0.78%	98.44%	2655
Circunstancias materiales de vida	5.2	SITUACION LABORAL	3	1	7	21	0.78%	99.22%	2676
Circunstancias materiales de vida	5.3	ESTRUCTURA FAMILIAR	3	1	7	21	0.78%	100.00%	2697
						2697	100.00%		37006

Parálisis cerebral

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)/(B)/(C)=D	% Relativa	% Acumulado	80-20
Factores Socioeconómicos	2.1	CONDICION SOCIAL	10	5	10	500	10.87%	10.87%	500
Factores Socioeconómicos	2.2	EDUCACION	10	5	10	500	10.87%	21.74%	1000
Factores Socioeconómicos	2.3	POBREZA	10	5	10	500	10.87%	32.61%	1500
Factores Biológicos	3.1	FETALES	10	5	10	500	10.87%	43.48%	2000
Factores Biológicos	3.2	MATERNAS	10	5	10	500	10.87%	54.35%	2500
Factores Biológicos	3.3	NEONATALES	10	5	10	500	10.87%	65.22%	3000
Circunstancias materiales de vida	5.1	INFRAESTRUCTURA	10	5	10	500	10.87%	76.09%	3500
Circunstancias materiales de vida	5.2	AYUDAS TECNICAS	10	5	10	500	10.87%	86.96%	4000
Circunstancias materiales de vida	5.3	MEDIOS DE TRANSPORTE	10	5	10	500	10.87%	97.83%	4500
Servicios de Salud	6.2	RECURSO HUMANO	7	1	10	70	1.52%	99.35%	4570
Servicios de Salud	6.1	INFRAESTRUCTURA	3	1	10	30	0.65%	100.00%	4600
Factores Sociopolíticos	1.1	NA	0	0	0	0	0.00%	100.00%	4600
Factores Sociopolíticos	1.2	NA	0	0	0	0	0.00%	100.00%	4600
Factores Sociopolíticos	1.3	NA	0	0	0	0	0.00%	100.00%	4600
Comportamiento	4.1	NA	0	0	0	0	0.00%	100.00%	4600
Comportamiento	4.2	NA	0	0	0	0	0.00%	100.00%	4600
Comportamiento	4.3	NA	0	0	0	0	0.00%	100.00%	4600
Servicios de Salud	6.3	NA	0	0	0	0	0.00%	100.00%	4600
						4600	100.00%		63870

Análisis de la Situación de Salud Área Rectora Alajuela 1 y 2

Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado	80-20
Circunstancias materiales de vida	5.1	ESTRUCTURA FAMILIAR	10	1	3	30	3,52%	89,10%	760 20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	SITUACION LABORAL	10	1	3	30	3,52%	92,61%	790 20%
Factores Sociopolíticos	1.1	PROTECCION SOCIAL	7	1	3	21	2,46%	95,08%	811 20%
Factores Sociopolíticos	1.2	AREAS ESTRATEGICAS LOCALES	7	1	3	21	2,46%	97,54%	832 20%
Factores Sociopolíticos	1.3	GRUPOS PRIORITARIOS	7	1	3	21	2,46%	100,00%	853 20%
Factores Socioeconomicos	2.1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Factores Socioeconomicos	2.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Factores Biologicos	3.1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Factores Biologicos	3.2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Factores Biologicos	3.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Comportamiento	4.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Servicios de Salud	6.1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Servicios de Salud	6.2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
Servicios de Salud	6.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	853 20%
						853	100,00%		14356

Problemas asociados a la venta y consumo de drogas en el cantón

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado	80-20
Comportamiento	4.1	CONSUMO LICITO E ILICITO	10	5	7	350	40,75%	40,75%	350 80%
Comportamiento	4.2	VIOLENCIA	10	5	7	350	40,75%	81,49%	700 20%
Factores Socioeconomicos	2.1	INGRESO	10	1	3	30	3,49%	84,98%	730 20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	ESTRUCTURA FAMILIAR	10	1	3	30	3,49%	88,47%	760 20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	SITUACION LABORAL	10	1	3	30	3,49%	91,97%	790 20%
Servicios de Salud	6.1	SERVICIOS QUE SE PRESTAN	10	1	3	30	3,49%	95,46%	820 20%
Factores Sociopolíticos	1.1	FALTA DE PRIORIZACION DE POLITICA PUBLICA	7	1	3	21	2,44%	97,90%	841 20%
Factores Sociopolíticos	1.2	GOBERNANZA	3	1	3	9	1,05%	98,95%	850 20%
Factores Sociopolíticos	1.3	FALTA DE PARTICIPACION INTERSECTORIAL EN SALUD	3	1	3	9	1,05%	100,00%	859 20%
Factores Socioeconomicos	2.2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Factores Socioeconomicos	2.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Factores Biologicos	3.1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Factores Biologicos	3.2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Factores Biologicos	3.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Comportamiento	4.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Servicios de Salud	6.2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
Servicios de Salud	6.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	859 20%
						859	100,00%		14431

Deterioro de la Salud Mental

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado	80-20
Comportamiento	4.2	ESTILOS DE VIDA POCO SALUDABLES	10	5	7	350	10,43%	41,70%	1400 80%
Comportamiento	4.3	AUMENTO DE LA VIOLENCIA	10	5	7	350	10,43%	52,13%	1750 80%
Circunstancias materiales de vida	5.2	CAMBIOS ESTRUCTURALES FAMILIARES	10	5	7	350	10,43%	62,56%	2100 80%
Factores Sociopolíticos	1.2	CONTRACCION DE LA POLITICA SOCIAL	10	5	3	150	4,47%	67,02%	2250 80%
Factores Biologicos	3.1	VIVENCIAS DE SITUACIONES DE RIESGO	10	5	3	150	4,47%	71,49%	2400 80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	FALTA DE ACCESO A BIENES	10	5	3	150	4,47%	75,96%	2550 80%
Circunstancias materiales de vida	5.3	FALTA DE ACCESO A SERVICIOS	10	5	3	150	4,47%	80,43%	2700 20%
Servicios de Salud	6.1	FALTA DE RECURSO HUMANO CAPACITADO	10	5	3	150	4,47%	84,90%	2850 20%
Servicios de Salud	6.3	BRECHA DE LA INFRAESTRUCTURA	10	5	3	150	4,47%	89,37%	3000 20%
Factores Sociopolíticos	1.1	POLITICAS DE EMPLEO DETERIORADAS	7	5	3	105	3,13%	92,49%	3105 20%
Factores Sociopolíticos	1.3	PRIORIZACION DE LA POLITICA PUBLICA	7	5	3	105	3,13%	95,62%	3210 20%
Factores Socioeconomicos	2.3	MIGRACION	7	3	3	63	1,88%	97,50%	3273 20%
Servicios de Salud	6.2	IMPOSIBILIDAD DE DESARROLLAR PROGRAMAS DE PROMOCION	7	3	3	63	1,88%	99,37%	3336 20%
Factores Biologicos	3.2	FACTORES CONGENITOS Y GENETICOS	7	1	3	21	0,63%	100,00%	3357 20%
Factores Biologicos	3.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	3357 20%
						3357	100,00%		42738

Deficiencia en la atención y acceso a los servicios de Salud

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)^(B)^(C)-D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1.3	GOBERNANZA	10	5	10	500	9,35%	9,35%	500	80%
Factores Socioeconómicos	2.1	CANALES DE ATENCIÓN	10	5	10	500	9,35%	18,69%	1000	80%
Factores Biológicos	3.2	PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	10	5	10	500	9,35%	28,04%	1500	80%
Comportamiento	4.1	PERCEPCIÓN DE LA SALUD	10	5	10	500	9,35%	37,38%	2000	80%
Comportamiento	4.2	UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	10	5	10	500	9,35%	46,73%	2500	80%
Servicios de Salud	6.1	RECURSO HUMANO	10	5	10	500	9,35%	56,07%	3000	80%
Servicios de Salud	6.2	REORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	10	5	10	500	9,35%	65,42%	3500	80%
Servicios de Salud	6.3	LIMITACIÓN DE CAMPO DE ACCIÓN DE MÉDICOS GENERALES	10	5	10	500	9,35%	74,77%	4000	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	FALTA DE INSTITUCIONALIZACIÓN	7	5	10	350	6,54%	81,31%	4350	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	PARTICIPACIÓN CIUDADANA	7	5	10	350	6,54%	87,85%	4700	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	CONDICIONES AMBIENTALES DE INFRAESTRUCTURA	10	5	7	350	6,54%	94,39%	5050	20%
Factores Biológicos	3.1	AUMENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	10	5	3	150	2,80%	97,20%	5200	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	ACCESO AL SEGURO	7	5	3	105	1,96%	99,16%	5305	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	MEDIOS DE ACCESO A BIENES Y SERVICIOS	3	5	3	45	0,84%	100,00%	5350	20%
Factores Socioeconómicos	2.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5350	20%
Factores Biológicos	3.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5350	20%
Comportamiento	4.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5350	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5350	20%
						5350	100,00%		69355	

Anexo #7

Taller # 3 Validación realizado el 05 de setiembre del 2023

Lista de Asistencia

Ministerio de Salud Costa Rica

2022-2026 COSTA RICA TRABAJANDO, DECIDIENDO, MEJORANDO

LISTA DE ASISTENCIA TALLER # 3 ASIS ALAJUELA

Fecha: martes 5 de setiembre, 2023
 Hora de inicio: 9:00 am Hora de Finalización: 3:00 pm

Nombre completo	Organización que representa	Número de teléfono	Correo electrónico
Nidia Mora	Pastoral Social A	84533911	ndiam24@hotmail
Kemly Alfaro Lizano	Clinica Marcel Rodriguez	83677457	KYela@hotmail.com
Dona Idmorera E	Asada San Miguel	88-32-13-05	dmorera2015@gmail.com
Susan Vasquez	ASAO Oeste	72-28-33-91	avagu31@hotmail.com
Ana Isabel Herrera	Grupo Adulto Mayor	88-38-18-92	ani29041965@gmail.com
Carimen Herrera Castro	ASAN	60-44-29-55	carimen.herrera.castro72@gmail.com
Andrea Viquez	ASANCHRC	8976-0278	aviquezsoccs@cr.
Ma. Jovita Cerdas Murillo	Ebas - centro	8743-6930	cerdasmurillojovita@gmail.com
Mauricio Arce	CCSS	8720-9168	mau2969@gmail.com
Enrik Miranda Rodriguez	Muni. Alajuela	83388999	enrik.miranda@munialajuela.go.cr
Janette Viquez	Asoc. Aguarda	85862907	janetteviquez@gmail.com
Maribel Castro Jimenez	ATA	86995424	mcastoj@ata.go.cr
Berta Leiva Bonilla	ARS Alajuela 1	89400333	bertha.leiva@misalud.go.cr
JAVIER CASTRO ABARCA	ASADA LOS CLAYES CA	8697494	JAVIERCASTROABARCA@sanluce
Orly G. Quesada Volador	ARS Alajuela 1	8819201	orly.g.quesada@misalud.go.cr
Carolina Aguilar Charón	ARSA-1-M.S.	8581-1405	carolina.aguilar@misalud.go.cr
Cecilia Madrigal Meléndez	ARS-A2	8331-7887	maria.madrigal@misalud.go.cr
Suzely Salazar Rodríguez	ARSA-2	8364-65-97	suzely.salazar@misalud.go.cr

Dirección de Área Rectora de Salud Alajuela 1 y 2
 ars.alajuela1@misalud.go.cr, ars.alajuela2@misalud.go.cr
 Tel. 40036400
 www.ministeriodesalud.go.cr

2

Anexo # 8

Lista de asistencia taller 3



**AGENDA TALLER # 3
ASIS ALAJUELA**

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
9:00 am – 9:10 am	Recepción de personas asistentes	Equipo ASIS
9:10 – 9:15 am	Bienvenida y Presentación Equipo ASIS	Sugeidy Salazar y equipo
9:15 am – 9:25 am	Presentación de las personas asistentes	Cecilia Madrigal
9:25 am – 9:40 am	Refrigerio	Equipo ASIS
9:40 am – 10:30 am	Presentación de los problemas de salud	Sugeidy Salazar Cecilia Madrigal
10:30 md – 12:00 pm	Validación de las líneas de acción	-----
12:00 pm – 1:00 pm	Almuerzo	Equipo ASIS
1:00 pm – 2:30 pm	Discusión sobre el trabajo de grupos	Equipo ASIS
2:30 pm -3:00 pm	Refrigerio y cierre	Equipo ASIS