



Dirección Área Rectora de Salud (DARS) Belén-Flores

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) EN EL CANTÓN DE FLORES

Equipo ASIS DARS Belén-Flores

Gustavo Espinoza Chaves-Director

Kattia León Ureña-Vigilancia de la Salud

Andrea Ching Wo Jiménez- Regulación de la Salud

Diego Hidalgo Barrantes-Regulación de la Salud

Claudia Mannix Sánchez-Regulación de la Salud

Victoria Leiva Pereira- Regulación de la Salud

Kristel Vargas Jiménez-Planificación de la Salud

Lizbeth Fonseca Aguilar-Planificación de la Salud

31 de octubre de 2024



Agradecimientos

Un especial agradecimiento a los actores por su participación y aporte en los talleres de ASIS:

Institución/Organización/Comunidad	Participante
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Liza Vásquez Umaña
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Ana Gabriela García Saénz
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Carolina Madrigal Quirós
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Karla Carrillo Ulate
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Kattia Arias Vásquez
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Marisol Zamora Morales
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Marta Camacho Vargas
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Milena Salas Esquivel
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Patricia Rodríguez Camacho
Área de Salud Belén Flores-CCSS	Randall Rodríguez Núñez
Asociación de Desarrollo Integral San Joaquín de Flores	Christian Bolaños Alvarado
Asociación de Desarrollo Integral San Joaquín de Flores	Margarita Ugalde Víquez
Asociación de Desarrollo Integral Santa Elena de Flores	María del Carmen Víquez Salazar
Asociación de Desarrollo Integral Urbanización Flores	María del Carmen León Bonilla
Asociación de Desarrollo Integral Urbanización Flores	Lucrecia Calderón Angulo
Asociación de Educadores Pensionados de Flores	María Ulate Rodríguez
Comité Cantonal de Deportes y Recreación Flores	Miguel Vargas Calderón
Comité Cantonal de Deportes y Recreación Flores	Karen Mora Sanabria
Comité Vecinos de Santa Marta	Jorge Muñoz Rodríguez
Cooperación	Joice Rubí López
Cooperación	Julio Rojas Chavarría
Cruz Roja Costarricense de Flores	Estefany Palma Bermúdez
Fuerza Pública de Flores	Adriana Vega Cascante
Fuerza Pública de Flores	José Arias Loría
Guías y Scouts 110 Llorente de Flores	Yanory Salas Zambrano
Guías y Scouts 12 San Joaquín de Flores	Allan Ugalde Rojas
Iglesia Católica de Flores	Maricel Vargas Leitón
Iglesia Católica de Flores	Deysi Víquez González



Institución/Organización/Comunidad	Participante
Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia Heredia	María Luisa Castro Cascante
Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia Heredia	María de los Ángeles Quesada Zárate
Junta de Salud	Yorlene Víquez Estevanovich
Ministerio de Educación Pública Regional de Heredia	Johnny Espinoza Varela
Ministerio de Educación Pública Escuela de Llorente	Elvia Salazar Herrera
Municipalidad de Flores	María de los Ángeles Ulate Alfaro
Municipalidad de Flores	Marta Cortés Benavides
Municipalidad de Flores	Mónica Hoffmaister Arce
Pastoral Social de Flores	María Alfaro Carballo
Pastoral Social de Flores	María Enriqueta Aguilar Quesada
Patronato Nacional de la Infancia	Aurora Camacho Varela
Persona Adulta Mayor de Llorente	Johnny Herrera Castro
Policía Municipal de Flores	Bryan Vargas Duarte
Seguridad Comunitaria Urbanización Las Carretas	Nancy Arias Mora
Unión Cantonal de Flores	Marvin Leitón Miranda



2. TABLA DE CONTENIDO

4. Justificación para elaborar el ASIS	8
5. Problema	10
6. Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
7. Metodología	12
CAPITULO I: SELECCIÓN DE INDICADORES DEL CANTÓN DE FLORES	15
1.1 Indicadores Demográficos	15
1.2 Indicadores Sociales	18
1.3 Indicadores Económicos	19
1.4 Indicadores de Servicios	20
CAPÍTULO II: CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO	22
2.1 Descripción de las características geográficas	22
2.2 Descripción de las características demográficas	25
2.3 Descripción de las características sociales	39
2.4 Descripción de las características socioeconómicas	43
2.5 Descripción de las características de servicios	46
2.6 Descripción de características de presencia de riesgos	49
2.6.1 Riesgos de origen natural	49
2.6.2 Riesgos de origen antrópico (producidos por el hombre como uso de agroquímicos)	51
CAPÍTULO III: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	54
3.1 Priorización del equipo ASIS basado en mortalidad	54
3.2. Priorización de los problemas de salud con la comunidad	57
3.2.1 Identificación de actores sociales participantes	57
3.2.2. Metodología de priorización de problemas	58
3.2.3 Diez Problemas detectados con la comunidad	61
3.2.4 Los tres principales problemas detectados y los cinco porqués	61
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS	64
4.1 Descripción de la metodología de análisis	64



4.1.1	Identificación de las causas raíz, sus causas secundarias y terciarias del problema de salud ..	64	
4.1.2	Análisis de las causas raíz con los expertos.....	65	
4.2	Análisis del evento de salud a través de sus causas prioritarias.....	65	
4.2.1	Problema Drogadicción	65	
4.2.2	Problema Inseguridad ciudadana.....	68	
4.2.3	Problema Insatisfacción en el acceso a los Servicios de Salud.....	72	
4.2.4	Problema Condiciones desfavorables para la movilidad urbana	73	
4.2.5	Problema Malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año	76	
4.2.6	Problema Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años	79	
4.2.7	Problema Enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 64 años	85	
4.2.8	Problema Infarto Agudo de Miocardio en el grupo de 65 años y más.....	88	
CAPITULO V: IDENTIFICACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ			
PRIORIZADAS			91
5.1	Descripción de la Metodología.....	91	
5.2	Identificación del factor protector y las líneas de acción por cada causa raíz según problema salud (propuesta).....	93	
CAPITULO VI: VALIDACION DE LAS LINEAS DE ACCION CON LOS ACTORES PARTICIPANTES.			122
CAPITULO VII: SALUD MENTAL.....			154
7.1	Introducción.....	154	
7.1.1	Justificación.....	154	
7.1.2	Marco Conceptual.....	155	
7.1.3	Determinantes de la Salud Mental	156	
7.2	Selección de Indicadores	157	
7.2.1	Indicadores de Servicio.....	157	
7.2.2	Indicadores relacionados con Salud Mental	158	
7.3	Caracterización del entorno	162	
7.4	Problemas desde Salud Mental	169	
7.4.1	Problema Drogadicción	169	
7.4.2	Problema Inseguridad ciudadana.....	172	
7.4.3	Problema Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años.....	173	
8.	BIBLIOGRAFÍA	176	



9. ANEXOS	183
ANEXO 1 Diagrama causa-efecto para Drogadicción	184
ANEXO 2 Diagrama causa-efecto para Inseguridad ciudadana.....	185
ANEXO 3 Diagrama causa-efecto para Insatisfacción en el acceso a los Servicios de Salud.....	186
ANEXO 4 Diagrama causa-efecto para Condiciones desfavorables para la movilidad urbana	187
ANEXO 5 Diagrama causa-efecto para Malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año	188
ANEXO 6 Diagrama causa-efecto para Lesión autoinfligida intencionalmente por.....	189
ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años.....	189
ANEXO 7 Diagrama causa-efecto para Enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 64 años	190
ANEXO 8 Diagrama causa-efecto para Infarto Agudo de Miocardio en el grupo de 65 años y más	191



3. Lista de abreviaturas

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

ASBF: Área de Salud Belén-Flores

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CNE: Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias

COVID-19: Coronavirus 2019

DARS: Dirección Área Rectora de Salud

EVN: Esperanza de Vida al Nacer

IDH: Índice de Desarrollo Humano

IDS: Índice de Desarrollo Social

ILAIS: Instancia Local para el Abordaje Integral del Riesgo Suicida

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

MS: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RDD: Razón de Dependencia Demográfica

STAR: Herramienta Estratégica para la Evaluación de Riesgos

TGF: Tasa de Global de Fecundidad

TMI: Tasa de Mortalidad Infantil

UCR: Universidad de Costa Rica



4. Justificación para elaborar el ASIS

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) “Es un conjunto de aproximaciones sucesivas. Por ello se habla de procesos. Es el conjunto de aproximaciones a la explicación de la situación de salud de un espacio-población, según sus necesidades por condiciones de vida y los problemas de salud que se generan de las realidades biológicas y sociales” (CCSS-UCR, 2004, pp.30). El ASIS tiene como finalidad caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores; además, facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud para la toma de decisiones (CCSS-UCR, 2004, pp.30).

Dentro de los problemas de salud y necesidades de la población según determinantes, está inmersa la salud mental, la cual se define como 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 (Política Nacional de Salud Mental 2012-2021). Como se puede apreciar en esta definición, la salud mental es un proceso en el cual también se ve afectado por distintas variables del contexto histórico social por el que atraviesan las personas independientemente de su edad, de ahí la importancia de realizar un análisis de situación de salud y sus determinantes para la identificación de problemas y necesidades de la población que facilite la prevención de factores de riesgo y la promoción de factores protectores de la salud mental.

La elaboración del ASIS responde al marco estratégico del Ministerio de Salud, donde dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de las personas, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Desde el nivel local, la Dirección de Área Rectora de Salud (DARS) tienen como objetivo garantizar el



cumplimiento del marco estratégico institucional desde al ámbito local, asegurando que todos los procesos de: Promoción de la Salud, Vigilancia de la Salud, Planificación de la Salud, Servicios de Salud, y Regulación de la Salud, se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y con los lineamientos institucionales (MS, 2022).

En la articulación de los procesos de las DARS, el ASIS se constituye una de las herramientas para la gestión local de la salud, principalmente en el inicio del ciclo de planificación; además, permite y facilita la presentación, distribución y difusión de la información en salud, a fin de coordinar y colaborar intra e intersectorialmente con los actores sociales y comunitarios involucrados para las intervenciones en salud (CCSS-UCR, 2004).

Asimismo, el ASIS se fundamenta en el Decreto Ejecutivo N° 40556-S Reglamento de Vigilancia de la Salud, en su artículo 11, como uno de los objetivos estratégicos de la función Rectora de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud:

3. Realizar el análisis de situación integral de salud y difusión de la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, en todos los niveles, a fin de seleccionar las medidas más apropiadas para proteger y mejorar la salud de la población, de tal manera que ésta sea oportuna, pertinente, objetiva y útil para la toma de decisiones.

El Manual de organización y funciones del Ministerio de Salud (2024) indica que una las funciones específicas del proceso de Vigilancia de la Salud en las DARS es la conducción del proceso de elaboración de ASIS, por tanto, se ha delegado en este proceso su conducción en esta primera fase. Luego del producto anterior, se iniciará un proceso de planificación estratégica local en salud con articulación interinstitucional e intersectorial.



5. Problema

La emergencia sanitaria internacional por la pandemia del Coronavirus 2019 (COVID-19), conllevó a la priorización de acciones rectoras enfocadas principalmente a su manejo. Actualmente, se está retomando de manera gradual otras acciones, dentro de las cuales se encuentra la metodología del análisis de la situación de salud por las autoridades superiores, por lo que se hace necesario retomar el ASIS como una prioridad al ser parte de nuestras funciones rectoras en salud pública.

Por tanto, el ASIS local que se encuentra en vigencia, requiere de una nueva actualización a fin de identificar las necesidades y prioridades en salud pública que facilite la planificación local en salud como evidencia de la conducción estratégica.



6. Objetivos

Objetivo general

Analizar la situación de salud del cantón de Flores según determinantes socioambientales de la salud mediante la identificación, priorización y análisis de problemas de salud a fin de definir las líneas de acción estratégicas con un abordaje desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en conjunto con los actores sociales participantes.

Objetivos específicos

1. Identificar la dimensión y distribución de los problemas de salud según los determinantes socioambientales de la salud basado en la metodología de ASIS.
2. Validar el desarrollo de las estrategias de planificación local con los actores sociales participantes con base en las necesidades y problemas de salud priorizados y analizados.



7. Metodología

La actualización de este documento implica un proceso continuo de investigación, cuyas principales fuentes de información primarias son el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la Dirección de Vigilancia de la Salud, las bases de datos del Área Rectora de Salud Belén-Flores, y el Anuario Estadístico de la CCSS del Área de Salud Belén-Flores, cuya información facilitó la construcción de diversos indicadores los cuales se exponen tanto en cuadros como gráficos; como fuentes secundarias se consultaron principalmente el ASIS del Área de Salud Belén-Flores 2013, información de entidades gubernamentales y no gubernamentales.

El proceso de elaboración del ASIS ha sido muy provechoso y enriquecedor, debido a que permite consolidar, describir y analizar en un período de tiempo según información disponible por cada fuente, los principales determinantes salutogénicos y patogénicos del proceso salud-enfermedad y muerte de nuestra área de atracción, en este caso del cantón de Flores. El mismo facilita el desarrollo de estrategias y la ejecución de acciones concretas basadas en el análisis objetivo de datos reales, tendientes a lograr una situación de salud deseable con una distribución equitativa de los recursos disponibles.

El ASIS al ser un proceso de construcción, contempla varios momentos metodológicos, donde se tomó como base la guía metodológica del Ministerio de Salud de Costa Rica (2019):

1. **Selección de indicadores según determinantes sociales de la salud:** se tomó como base la propuesta de indicadores de la guía metodológica mencionada anteriormente, donde se realizó una revisión y ajustes de estos indicadores con información del cantón de Flores desagregado por distritos, tomando como referencia principalmente las fuentes primarias.
2. **Caracterización del entorno:** basado en el análisis de las determinantes sociales de la salud utilizando los indicadores recolectados y otras fuentes de información primarias y secundarias.



3. **Identificación, priorización y análisis de los problemas de salud:** La identificación de problemas y su priorización se realizará con base en la metodología de ASIS mediante los siguientes pasos: 1. Metodología de priorización del equipo ASIS de la DARS Belén-Flores basado en las causas de mortalidad del último quinquenio. 2. Priorización de problemas de salud con la comunidad utilizando la metodología con criterios de priorización de los problemas de salud de la comunidad. 3. Análisis de los problemas priorizados con actores de instituciones y organizaciones mediante la identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud. Luego, se procederá a realizar una priorización de cada evento de salud mediante la metodología de diagrama de Pareto.
4. **Elaboración y validación de las líneas de acción:** la elaboración de las líneas de acción estará a cargo por el equipo ASIS de la DARS Belén-Flores en conjunto con los actores sociales, donde de retomará las cinco causas raíz priorizadas por cada problema de salud y procederá a la identificación de los factores protectores. Una vez reconocido el factor protector se procederá a la identificación de las líneas de acción necesarias para mantener, fortalecer o reproducir este factor, basado en las referencias de las causas secundarias y terciarias de la causa raíz, como insumo para la definición de acciones específicas que respondan al ámbito de la promoción de la salud o prevención de la enfermedad. Finalmente, la validación de las líneas de acción se realizará con los actores sociales participantes del cantón de Flores para la respectiva ratificación. Estas líneas de acción quedarán plasmadas en una matriz que contiene: la dimensión o determinante, la causa raíz, el factor protector identificado, los actores responsables y actores colaboradores, para su ejecución y seguimiento, como parte de la planificación estratégica de la salud a nivel local.



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**



CAPITULO I: SELECCIÓN DE INDICADORES DEL CANTÓN DE FLORES

A continuación, se presenta los principales indicadores del cantón de Flores, segregados por indicadores demográficos, indicadores sociales, indicadores económicos, e indicadores de servicios.

1.1 Indicadores Demográficos

Análisis integral del indicador	Resultado cantonal del calculo	Fuente																																																			
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.	Año 2010: 78.4 Año 2011: 84.0 Año 2012: 80.4 Año 2013: 81.7 Año 2014: 80.6 Año 2015: 81.8 Año 2016: 85.0 Año 2017: 81.7 Año 2018: 80.8 Año 2019: 83.4 Año 2020: 79.6	Consulta en línea INEC 2023																																																			
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.	Año 2011: 22129 habitantes Año 2022: 25401 habitantes	Consulta en línea INEC 2023																																																			
Composición poblacional por grupos de edad y sexo: porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GRUPO ETARIO</th> <th>% Hombres</th> <th>% Mujeres</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0 - 4</td><td>6,96%</td><td>6,66%</td></tr> <tr><td>5 - 9</td><td>7,38%</td><td>7,47%</td></tr> <tr><td>10 - 14</td><td>7,41%</td><td>7,21%</td></tr> <tr><td>15 - 19</td><td>7,06%</td><td>6,59%</td></tr> <tr><td>20 - 24</td><td>7,62%</td><td>6,90%</td></tr> <tr><td>25 - 29</td><td>7,64%</td><td>6,86%</td></tr> <tr><td>30 - 34</td><td>8,29%</td><td>7,67%</td></tr> <tr><td>35 - 39</td><td>8,63%</td><td>8,17%</td></tr> <tr><td>40 - 44</td><td>7,59%</td><td>7,59%</td></tr> <tr><td>45 - 49</td><td>6,57%</td><td>6,72%</td></tr> <tr><td>50 - 54</td><td>5,65%</td><td>6,17%</td></tr> <tr><td>55 - 59</td><td>5,53%</td><td>6,06%</td></tr> <tr><td>60 - 64</td><td>4,93%</td><td>5,10%</td></tr> <tr><td>65 - 69</td><td>3,48%</td><td>3,78%</td></tr> <tr><td>70 - 74</td><td>2,14%</td><td>2,73%</td></tr> <tr><td>75 y más</td><td>3,13%</td><td>4,32%</td></tr> </tbody> </table>	GRUPO ETARIO	% Hombres	% Mujeres	0 - 4	6,96%	6,66%	5 - 9	7,38%	7,47%	10 - 14	7,41%	7,21%	15 - 19	7,06%	6,59%	20 - 24	7,62%	6,90%	25 - 29	7,64%	6,86%	30 - 34	8,29%	7,67%	35 - 39	8,63%	8,17%	40 - 44	7,59%	7,59%	45 - 49	6,57%	6,72%	50 - 54	5,65%	6,17%	55 - 59	5,53%	6,06%	60 - 64	4,93%	5,10%	65 - 69	3,48%	3,78%	70 - 74	2,14%	2,73%	75 y más	3,13%	4,32%	Consulta en línea INEC 2023
GRUPO ETARIO	% Hombres	% Mujeres																																																			
0 - 4	6,96%	6,66%																																																			
5 - 9	7,38%	7,47%																																																			
10 - 14	7,41%	7,21%																																																			
15 - 19	7,06%	6,59%																																																			
20 - 24	7,62%	6,90%																																																			
25 - 29	7,64%	6,86%																																																			
30 - 34	8,29%	7,67%																																																			
35 - 39	8,63%	8,17%																																																			
40 - 44	7,59%	7,59%																																																			
45 - 49	6,57%	6,72%																																																			
50 - 54	5,65%	6,17%																																																			
55 - 59	5,53%	6,06%																																																			
60 - 64	4,93%	5,10%																																																			
65 - 69	3,48%	3,78%																																																			
70 - 74	2,14%	2,73%																																																			
75 y más	3,13%	4,32%																																																			
Razón Mujer-Hombre: número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la	Año 2022: 99.74	Consulta en línea																																																			



población total.		INEC 2023															
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	Año 2018: 44.7 Año 2019: 44.8 Año 2020: 45.1 Año 2021: 45.3 Año 2022: 45.6	Consulta en línea INEC 2023															
Razón de envejecimiento: número de personas mayores de 64 años de edad por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total.	Año 2018: 37.7 Año 2019: 39.2 Año 2020: 40.8 Año 2021: 43.1 Año 2022: 45.4	Consulta en línea INEC 2023															
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)	<table border="1"><thead><tr><th>Grupos de edad</th><th>Año 2011</th><th>Año 2022</th></tr></thead><tbody><tr><td>0 a 9 años*</td><td>15,8</td><td>13,9</td></tr><tr><td>10 a 19 años</td><td>14,9</td><td>14,2</td></tr><tr><td>20 a 64 años</td><td>64,6</td><td>61,7</td></tr><tr><td>65 años y más</td><td>4,8</td><td>10,2</td></tr></tbody></table> <p>*< un año de edad dentro del grupo de 0 a 9 años</p>	Grupos de edad	Año 2011	Año 2022	0 a 9 años*	15,8	13,9	10 a 19 años	14,9	14,2	20 a 64 años	64,6	61,7	65 años y más	4,8	10,2	Consulta en línea INEC 2023
Grupos de edad	Año 2011	Año 2022															
0 a 9 años*	15,8	13,9															
10 a 19 años	14,9	14,2															
20 a 64 años	64,6	61,7															
65 años y más	4,8	10,2															
Total de nacimientos: número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados	2016: 295 2017: 325 2018: 315 2019: 258 2020: 263 2021: 206 2022: 226	Consulta en línea INEC 2023															
Tasa de natalidad: la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil	2016: 12.43 2017: 13.53 2018: 12.95 2019: 10.49 2020: 10.57 2021: 8.19 2022: 8.90	Consulta en línea INEC 2023															
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.	Censo 2011: 100%	Consulta en línea INEC 2023															



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.	2016: 0.881 2017: 0.903 2018: 0.798 2019: 0.614 2020: 0.494 2021: 0.239 2022: 0.413	Consulta en línea INEC 2023
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.	2016: 1.58 2017: 1.73 2018: 1.67 2019: 1.39 2020: 1.42 2021: 1.08 2022: 1.22	Consulta en línea INEC 2023
Total de defunciones: número total de defunciones esperadas en un año específico, para un determinado país territorio o área geográfica.	2016: 86 2017: 108 2018: 121 2019: 107 2020: 140 2021: 146 2022: 121	Consulta en línea INEC 2023
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	2016: 3.62 2017: 4.49 2018: 4.98 2019: 4.35 2020: 5.63 2021: 5.81 2022: 4.76	Consulta en línea INEC 2023
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI): relación entre las defunciones de menores de un año ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos en el mismo período, por cada mil nacimientos.	2016: 0 2017: 3.08 2018: 6.35 2019: 0 2020: 7.60 2021: 0 2022: 13.27	Consulta en línea INEC 2023
Densidad de población: razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados	2011: 1954.1 2012: 1976.9 2013: 1999.3 2014: 2021.3 2015: 2043.3 2016: 2063.3 2017: 2082.6 2018: 2101.5 2019: 2119.3 2020: 2137.2 2021: 2153.6 2022: 2169.1	Consulta en línea INEC 2023



1.2 Indicadores Sociales

Análisis integral del indicador	Resultado cantonal del calculo	Fuente
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.	Año 2000: 97.85 Año 2011: 99.09	Consulta en línea INEC 2023
Índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDH) cantonal: medida resumen del progreso medio conseguido en el cantón 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. A	Año 2009: 0.808 Año 2010: 0.806 Año 2011: 0.854 Año 2012: 0.831 Año 2013: 0.839 Año 2014: 0.835 Año 2015: 0.844 Año 2016: 0.874 Año 2017: 0.846 Año 2018: 0.840 Año 2019: 0.863	PNUD
Índice de Desarrollo Social (IDS) cantonal: medida resumen de las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, en cinco dimensiones: económica, participación social, salud, educación y seguridad. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 100, donde 100 indica el máximo nivel de desarrollo social.	Año 2001: 100 Año 2007: 83.50 Año 2013: 91.70 Año 2017: 96.71 Año 2023: 97.86	MIDEPLAN
Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías: frecuencia relativa de las viviendas individuales ocupadas según las categorías y subcategorías de interés.	Censo 2011 Propia totalmente pagada: 60.6 Propia pagando a plazos: 14.5 Alquilada: 18.3 Prestada por motivo de trabajo: 0.0 Prestada por otro motivo: 0.0 En precario: 0.4	Consulta en línea INEC 2023
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 pobreza (pobres y no pobres).	Nacional Con jefatura femenina Año 2021 Hogares no pobres: 41.1 Hogares pobres: 48.6 Año 2022 Hogares no pobres: 41.4 Hogares pobres: 50.3	Consulta en línea INEC 2023



1.3 Indicadores Económicos

Análisis integral del indicador	Resultado cantonal del calculo (CENSO 2011)	Fuente
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	9237	Consulta en línea INEC 2023
Tasa de ocupación: porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más.	57.4	Consulta en línea INEC 2023
Tasa de desempleo abierto: porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo.	1.6	Consulta en línea INEC 2023
Coefficiente de Gini: Medida resumen que mide el nivel de concentración de los ingresos en una sociedad.	45.47	Consulta en línea INEC 2023



1.4 Indicadores de Servicios

Análisis integral del indicador	Resultado cantonal del calculo	Fuente
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 una determinada área geográfica.	Censo 2011: 100.0	Consulta en línea INEC 2023
Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento: población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en una determinada área geográfica.	99.8	Municipalidad de Belén
Tasa de profesionales en medicina: número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en una determinada área geográfica.	Año 2021: 0.76	ASBF-CCSS
Tasa de profesionales en enfermería: número de enfermeras disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en una determinada área geográfica.	Año 2021: 0.20	ASBF-CCSS
Tasa de profesionales en odontología: número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en una determinada área geográfica.	Año 2021: 0.20	ASBF-CCSS
Razón de psicólogos: número de psicólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en una determinada área geográfica.	Año 2021: 0.40	ASBF-CCSS
Razón de Trabajadores Sociales: número de trabajadores sociales disponibles por cada 10.000 habitantes	Año 2021: 0.80	ASBF-CCSS



en una población, para un año dado, en una determinada área geográfica.		
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.	Año 2015: 107.7 Año 2016: 112.5 Año 2017: 114.2 Año 2018: 119.8 Año 2019: 115.2	ASBF-CCSS
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.	Servicios de salud privados (Año 2022) Clínicas odontológicas Consultorios medicina de empresa Consultorios medicina particular Terapia física Nutrición Psicología	Total 7 9 7 8 2 3 DARS Belén-Flores



CAPÍTULO II: CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

A continuación, se describe los principales indicadores del cantón según características: geográficas, demográficas, sociales, económicas, servicios, riesgos ambientales y salud mental.

2.1 Descripción de las características geográficas

Flores es el cantón número ocho de la provincia de Heredia, con una extensión territorial de 6,96 km², es el cantón más pequeño del país, y posee una altitud media de 1046 m s. n. m.³. En relación con los límites geográficos, limita al norte con el cantón de Santa Bárbara, al noreste con el cantón de Barva, al oeste con el distrito de Río Segundo (provincia de Alajuela), al suroeste con el cantón de Belén y al sureste con el cantón de Heredia. (Cantón de Flores, 2024).

Según la División territorial administrativa de la República de Costa Rica, 2017 y el Decreto Ejecutivo No 40184-MGP el 9 de enero de 2017, publicado en el Alcance No 52 a La Gaceta No 48 del 8 de marzo de 2017, el cantón de Flores está conformado por los siguientes distritos (ver figura 1):

1. **408 01 SAN JOAQUÍN: Ciudad: ALTITUD: 1 054 m.** Barrio: Campanario, Joaquineños, Luisiana, Santa Marta, Trinidad, Villa Lico, Villa María.
2. **408 02 BARRANTES: San Lorenzo. Cabecera: ALTITUD: 1 180 m.** Barrios: Barrantes, Ugalde.
3. **408 03 LLORENTE: Cabecera: ALTITUD: 1 025 m.** Barrio: Ángeles, Año 2000, Cristo Rey (parte), Geranios, Las Hadas, Santa Elena, Siglo Veintiuno. Poblados: Echeverría (parte).



Dentro de la historia del cantón, se presenta a continuación como sigue (Cantón de Flores, 2024):

Las piezas arqueológicas encontradas en lo que hoy es el cantón de Flores, confirma que fue habitado por indígenas del llamado reino huetar de Occidente, cuyo cacique fue Garavito, territorio que formó parte de la región que se denominó durante la Colonia como Valle de Barva, en donde se fueron formando algunas haciendas de labriegos españoles, provenientes principalmente de Cartago.

El lugar se asienta en lo que se llamó en ese período como el Llano del Alto de Nuestra Señora de la Soledad de Barva, localizado entre Quebrada Seca y río Segundo, que en 1777 fue adquirido en pública subasta, efectuada en Guatemala la Nueva, por don Francisco Antonio Pérez. La medición en esos terrenos se efectuó el 26 de febrero del mencionado año; resultando una superficie de 25 caballerías, 210 y dos tercios de cuerdas y cuatro varas cuadradas. Bastantes problemas se presentaron con motivo del deslinde de esas tierras por parte de quienes tenían derechos en los territorios colindantes a Las Ánimas de Cartago (hoy distrito La Asunción del cantón de Belén) y de los pueblos originarios nativo americanos de Barva.

Con los años, este fundo pasó a ser propiedad de los herederos de don Francisco Antonio Pérez, quienes poco a poco lo desmembraron. Surgieron así parcelas, y esto llevó a que vecinos de lugares aledaños se afincaran definitivamente en esas tierras, muy codiciadas por su fertilidad y por su cercanía a Villa Vieja (Heredia), a Barva y a la naciente Villa Hermosa (Alajuela).

En esos terrenos se desarrolló el paraje que se denominó Quebrada Seca y posteriormente dio origen al poblado San Joaquín; este último se menciona en 1819, en testamento de don



Antonio José Salas y su mujer Gertrudis Montero.

El incipiente poblado se convirtió en el núcleo de un pequeño territorio que durante el siglo XIX fue creciendo bastante, recibiendo las categorías de barrio, cuartel y distrito del cantón Heredia. La construcción del ferrocarril al Caribe, a finales del siglo XIX, influyó considerablemente en el desarrollo de la zona, ya que al pasar la línea férrea por el pueblo se facilitó la comunicación con la capital y el litoral caribeño del país.

El primer Ayuntamiento de Heredia, que empezó a funcionar en 1813 basándose en la Constitución de Cádiz, decidió establecer escuelas en varios lugares de su jurisdicción. Fue así como al año siguiente Quebrada Seca (San Joaquín) tuvo ya una escuela. Se recuerda el establecimiento de varias escuelas privadas, como la de Doña Ramona entre los años de 1825 y 1830, la de Mana Maula Esquivel anterior a 1840, la de Baltazar Córdoba, antes de 1856 y la de doña Rafaela López, maestra alajuelense, allá por los años 1875 a 1890. Para el sostenimiento de esas escuelas los padres de familia aportaban dinero.

La escuela pública inició labores a mitad del siglo XIX, a la que asistían sólo varones, la cual utilizó una pieza del llamado Cabildo, localizado a una cuadra al norte y otra al oeste de la esquina noroeste de la plaza que de acuerdo con la tradición el primer maestro fue don Trinidad Díaz, vecino de Heredia. La escuela para niñas comenzó a funcionar en 1876, posiblemente situada en la esquina al suroeste de la plaza y frente al lado sur de ésta. En 1890, se construyó el primer edificio para la escuela pública, situado en la esquina noroeste de la iglesia. Debido al aumento de la población estudiantil en 1913 se construyó un nuevo edificio que se ubicó, de la esquina noreste de la iglesia una cuadra al norte y media al este, el cual fue inaugurado el 15 de mayo de 1916, con el nombre de Escuela de Niñas y Varones, en la administración de don Alfredo González Flores. El actual edificio escolar se inauguró en marzo de 1944, con el nombre de Escuela de Estados Unidos de América, en el gobierno de Rafael Ángel Calderón Guardia. El Liceo Regional de Flores inició sus actividades educativas el 1 de marzo de 1966, en la administración de don Francisco Orlich Bolmarcich.



La Municipalidad de Heredia, el 13 de enero de 1845, nombró como alcalde de cuartel de San Joaquín a don Lorenzo Barrantes, este ilustre ciudadano fue un propulsor del progreso de San Joaquín por lo que, cuando se creó el cantón, al distrito segundo, Barrantes, se le asignó su apellido, en justo reconocimiento a su labor.

El Ayuntamiento de Heredia para cumplir con lo dispuesto en el artículo doce de la ley n.º 36 del 7 de diciembre de 1848, se reunió extraordinariamente tres días después, a fin de establecer los distritos parroquiales del cantón, disponiendo que San Joaquín junto con Mercedes formaran el sexto distrito de Heredia, En la demarcación de los distritos parroquiales de la provincia de Heredia, publicada en la Gaceta Oficial, el 30 de diciembre de 1862, San Joaquín junto con San Antonio aparecen como sexto del cantón de Heredia.

La primera ermita del barrio San Joaquín, construida de adobes fue bendecida en septiembre de 1855, la cual estuvo ubicada dos cuadras al oeste de la esquina noroeste de la actual iglesia. La imagen del Patrono San Joaquín, traída de Guatemala, se bendijo en 1866. En vista de que la ermita llegó a ser insuficiente para recibir a los fieles que llegaban de toda la jurisdicción del distrito, algunos vecinos empezaron a realizar gestiones para lograr uno más amplio y sólido. Fue así como el 11 de septiembre de 1865 se colocó la primera piedra del templo actual, construcción de granito que quedó concluida en 1888 y consagrado el 4 de diciembre de ese mismo año, por Bernardo Augusto Thiel Hoffman, segundo obispo de Costa Rica.

El 22 de abril de 1898 es creada la Parroquia de San Joaquín,¹ la cual actualmente es sufragánea de la diócesis de Alajuela, de la provincia eclesiástica de Costa Rica.

En la segunda mitad del siglo XIX se instaló en San Joaquín, el primer alumbrado público, que consistió en faroles que contenían una canfinera, que diariamente se encendían al



atardecer y se apagaban a las 21:00 h. En 1914 se inauguró el alumbrado eléctrico con bombillos.

En el primer gobierno de don Rafael Iglesias Castro, mediante Acuerdo Ejecutivo n.º 130 de 18 de septiembre de 1894, se inauguraron los servicios telegráficos y correos en el distrito San Joaquín.

En la administración de don Alfredo González Flores, el 12 de agosto de 1915, en ley n.º 52, se le otorgó el título de Villa a la población de San Joaquín, cabecera del cantón creado en esa oportunidad. Posteriormente el 4 de septiembre de 1969, en el gobierno de don José Joaquín Trejos Fernández, se promulga la ley n.º 4399 que le confiere a la villa, la categoría de ciudad.



2.2 Descripción de las características demográficas

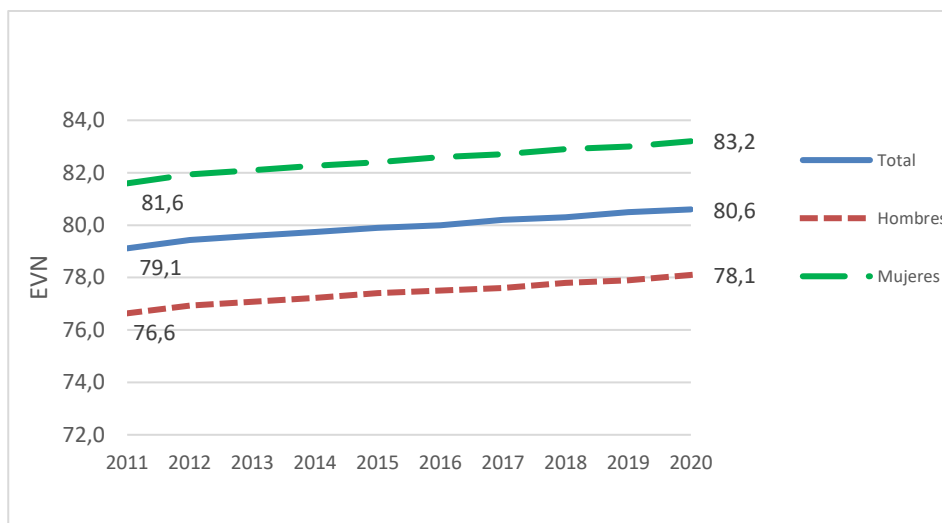
Para la descripción de las características demográficas, exige mostrar en un contexto biológico los diversos indicadores que se entrelazan en estadísticas nacionales y locales obteniendo como producto información de índole cuantitativa de la población del cantón de Flores, utilizando los datos en línea del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), los cuales permitieron la construcción de la mayoría de los cuadros y gráficos, así como otras fuentes primarias.

Esperanza de Vida al Nacer

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) en Costa Rica ha tenido un incremento de un 79,1 a 80,6 en los años 2011 y 2020 respectivamente. En este mismo período, se observa que las mujeres presentan una mayor EVN en comparación con los hombres. En general, la EVN ha tenido un ligero aumento a través de los años, manteniendo diferencias por sexo. (Gráfico 1)

El gráfico 2, muestra que la EVN del cantón de Flores ha tenido un comportamiento intermitente en los últimos 10 años. En el año 2010 la EVN fue de 78,4 mientras que para el año 2020 fue de 79,6. El 2016 fue el año más alto con una EVN de 85,0.

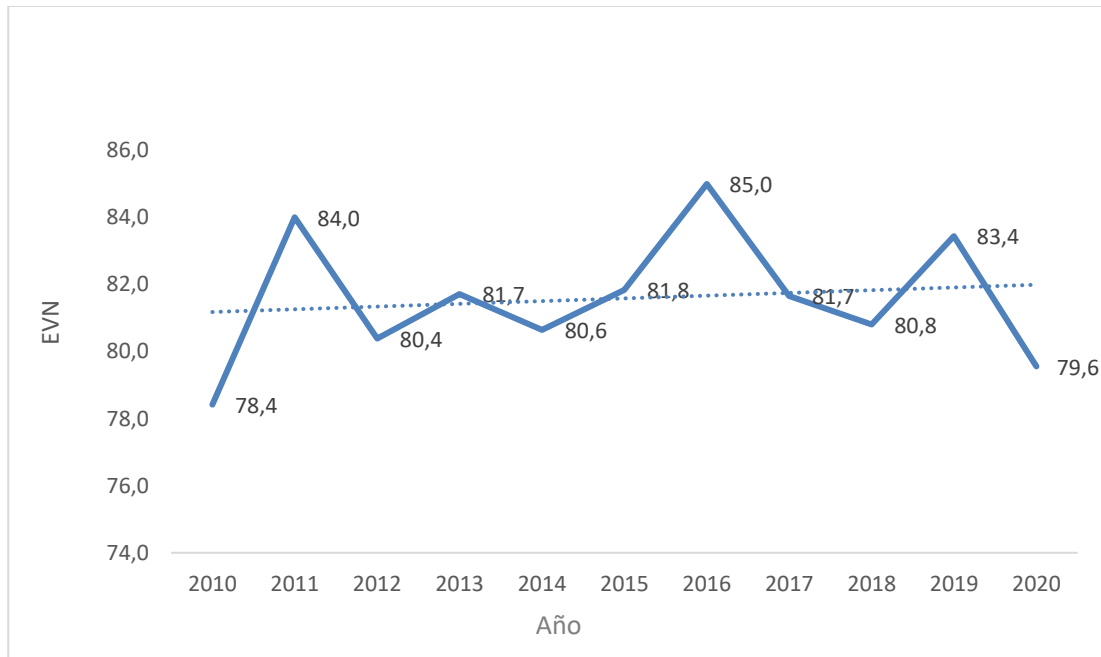
Gráfico 1
Costa Rica: Esperanza de Vida al Nacer por sexo. Período 2011-2020



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas del INEC 2011-2020.



Gráfico 2
Flores: Esperanza de Vida al Nacer
Período 2010-2020



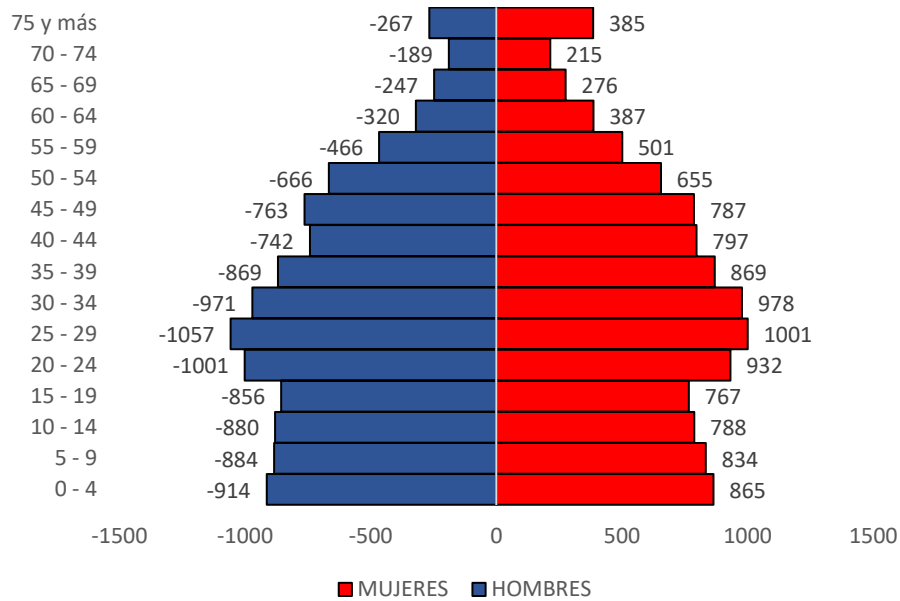
Fuente: Elaboración propia con datos del PNUD 2022

Pirámide Poblacional

De acuerdo con las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos- INEC (2011-2025), la población total del cantón de Flores fue de 22129 habitantes para el año 2011, y de 25401 habitantes para el año 2022 lo que representa un incremento de 14,8%. En el gráfico 3 se puede apreciar que la pirámide poblacional en general es relativamente joven, sin embargo, en el gráfico 4 se observa que se ha ido invirtiendo progresivamente en la última década, donde existe un aumento de la población mayor de 65 años, esto tiene relación con la EVN que ha ido en aumento; para el año 2011 la población de personas mayores de 65 años representaba el 4.8%, mientras que para el año 2023 fue de 10,2%, (gráfico 5), con un aumento de 5.4 puntos porcentuales.

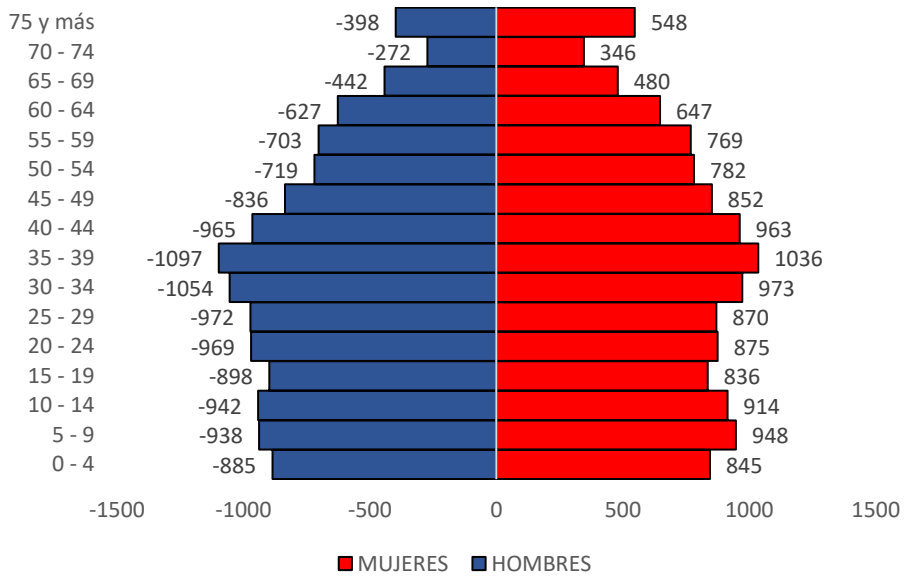


Gráfico 3
Flores: Distribución de la población por sexo y grupos quinquenales de edad, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas del INEC. 2011 – 2025

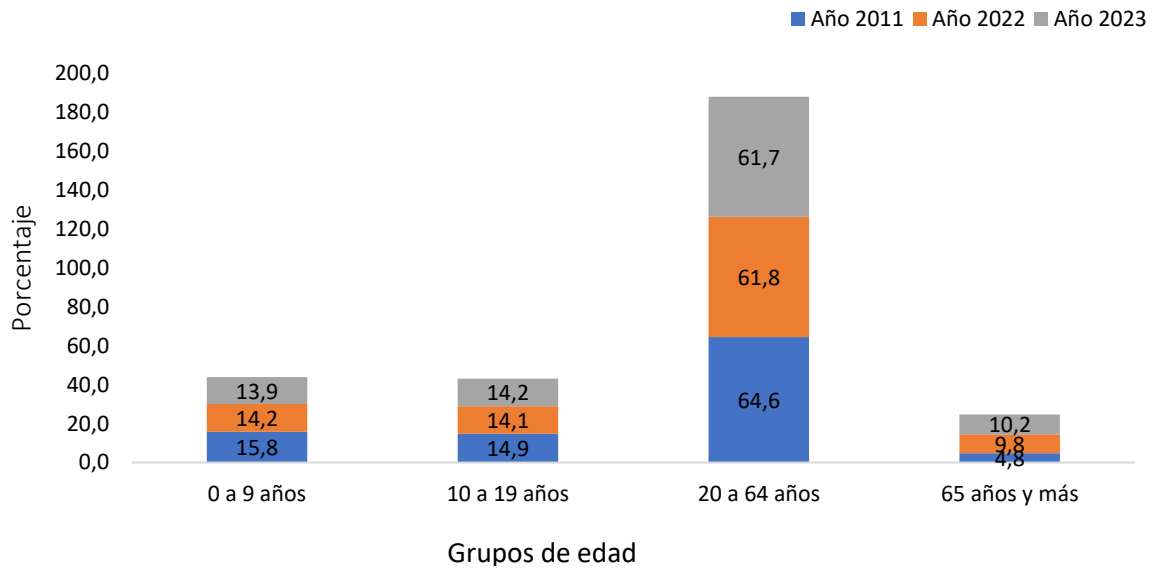
Gráfico 4
Flores: Distribución de la población por sexo y grupos quinquenales de edad, 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas del INEC. 2011 – 2025



Gráfico 5
Flores: Proporción de personas por grupos de edad
años 2011, 2022 y 2023

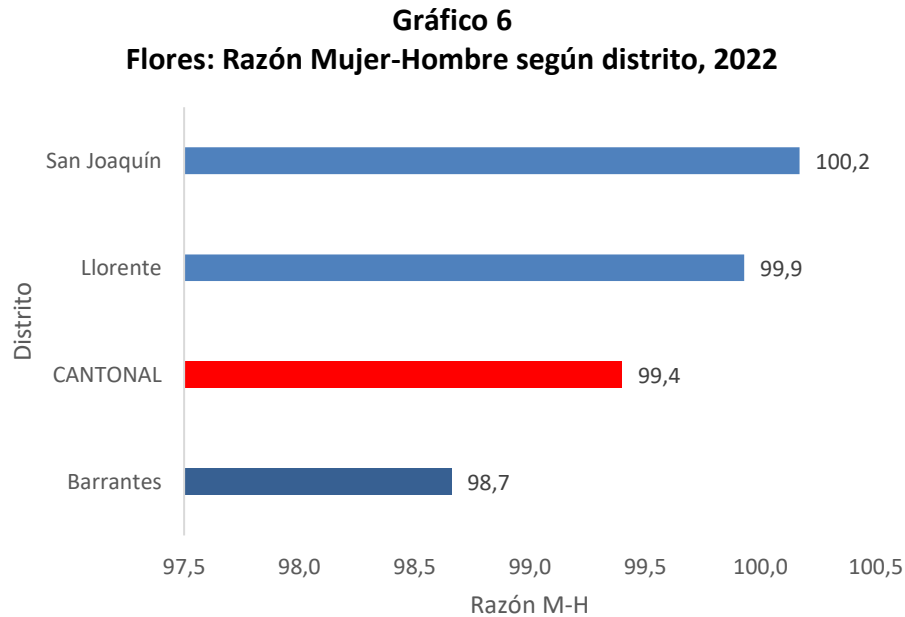


Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas del INEC. 2011 – 2025



Razón Mujer-Hombre

El gráfico 6 muestra que el cantón de Flores alcanzó una razón de 99,4 mujeres por cada 100 hombres para el año 2022. Esta razón cantonal fue superada por los distritos de San Joaquín y Llorente, mientras que el distrito de Barrantes quedó por debajo.



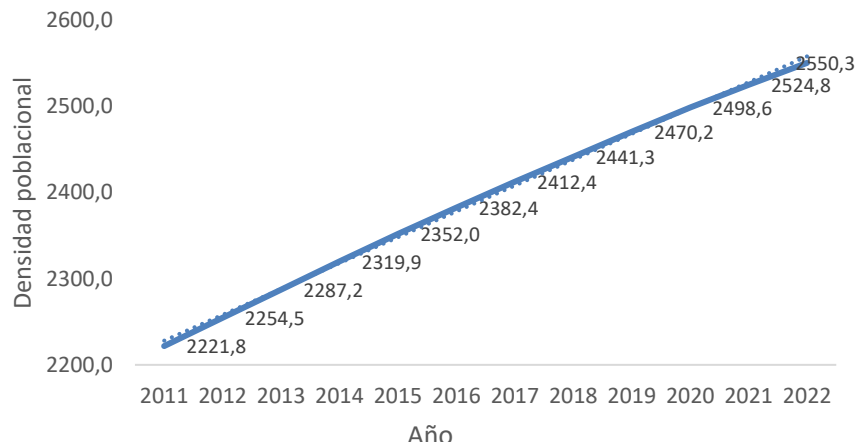
Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas de INEC 2011-2025



Densidad Poblacional

El gráfico 7 muestra que el cantón de Flores presentó para el año 2011 una densidad poblacional de 2221,8 personas por kilómetro cuadrado, mientras que para el año 2022 fue de 2550,3 personas por kilómetro cuadrado, lo que significa que hay incremento permanente en los últimos 11 años. La línea de tendencia es hacia el aumento de este indicador.

Gráfico 7
Flores: Densidad de la población. Período 2011-2022

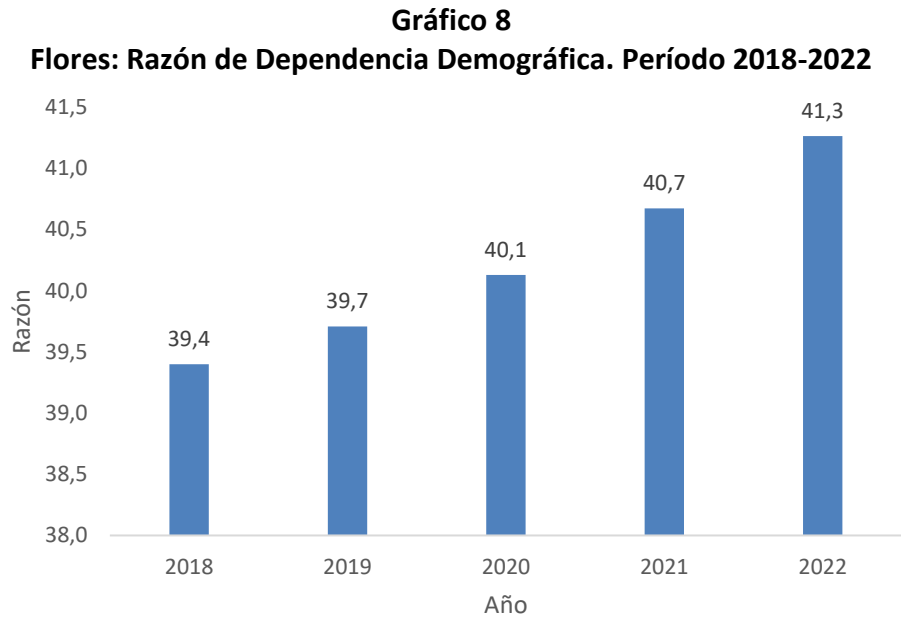


Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas de INEC 2011-2025.



Dependencia Demográfica

La Razón de Dependencia Demográfica (RDD) del periodo 2018-2022 denota un ligero aumento. Para el año 2018 la RDD fue de 39,4 personas en edad dependientes por cada 100 personas en edad productiva, mientras que para el año 2022 fue de 41,3. (gráfico 8)

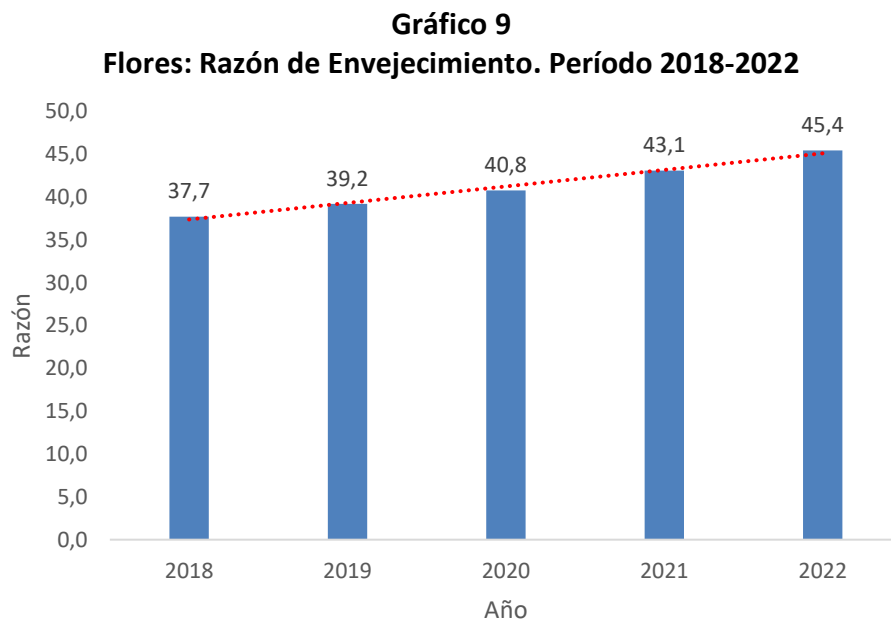


Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas de INEC 2011-2025



Envejecimiento de la población

El gráfico 9 muestra la razón de envejecimiento del cantón de Flores para el período 2018-2022. En el año 2018 se tiene una razón de envejecimiento de 37,7 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años, mientras que para el año 2022 la razón aumentó siendo de 45,4 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años. Este indicador va en aumento conforme pasan los años.



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas de INEC 2011-2025

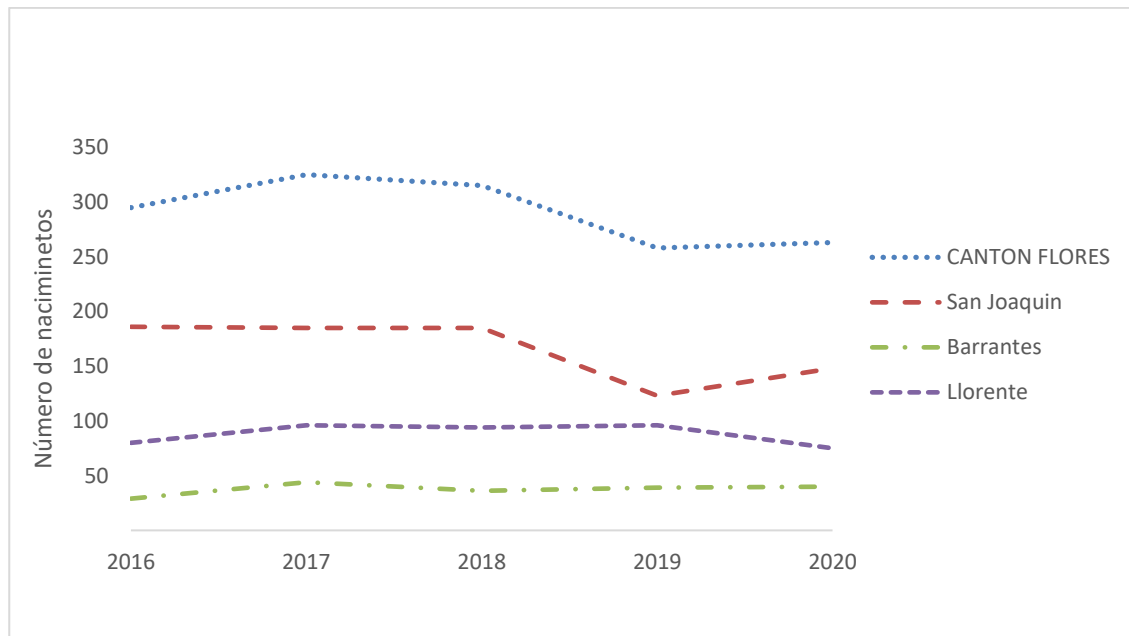


Nacimientos

Para el periodo del año 2016 al 2020, el número de nacimientos del cantón de Flores ha ido disminuyendo, con un comportamiento similar en los distritos de Llorente, hay un ligero aumento de nacimientos en el distrito de San Joaquín y el distrito de Barrantes se mantiene en el tiempo (gráfico 10).

Por otra parte, la tasa de natalidad (gráfico 11) indica que el cantón Flores muestra un descenso de 12,43 a 8,19 en los años 2016 y 2022 respectivamente; al segregarlo por distritos, San Joaquín presenta la mayor disminución de tasa de natalidad de 22,90 en el año 2016 a 12,23 en el año 2022.

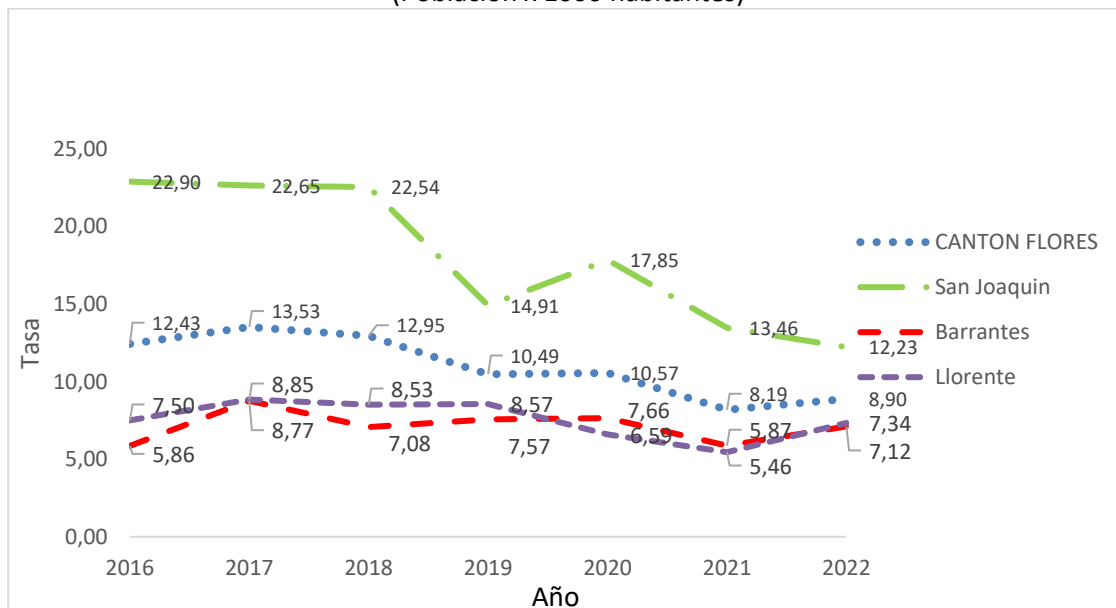
Gráfico 10
Flores: Total de nacimientos por sexo, según distrito de residencia de la madre.
Período 2016-2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas Demográficas y Nacimientos 2016-2020 del INEC



Gráfico 11
Flores: Tasa de natalidad según distrito. Período 2016-2022
(Población x 1000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas Demográficas y Nacimientos 2016-2020 del INEC

Población Urbana: el cantón de Flores presenta una población urbana del 100% según datos del censo 2011 del INEC.

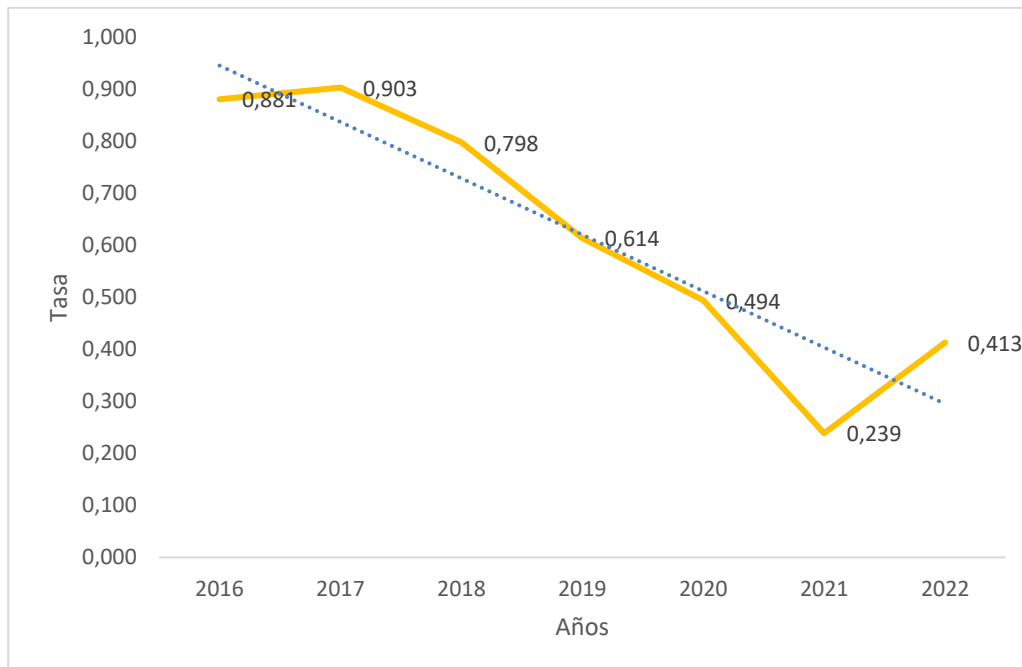
Territorios Indígenas: de acuerdo Atlas de los Territorios Indígenas de Costa Rica, UCR (2014) el cantón de Flores no posee territorios indígenas.



Crecimiento poblacional

El gráfico 12 muestra el descenso de la tasa de crecimiento natural de la población del cantón de Flores del año 2016 al año 2020 con una tasa de 0,881 a 0,4713 respectivamente, y con una línea de tendencia al descenso. En general, esta disminución es debido al déficit de nacimientos frente a las defunciones.

Gráfico 12
Flores: Tasa de crecimiento natural de la población, Período 2016-2020
(Población x 100 habitantes)



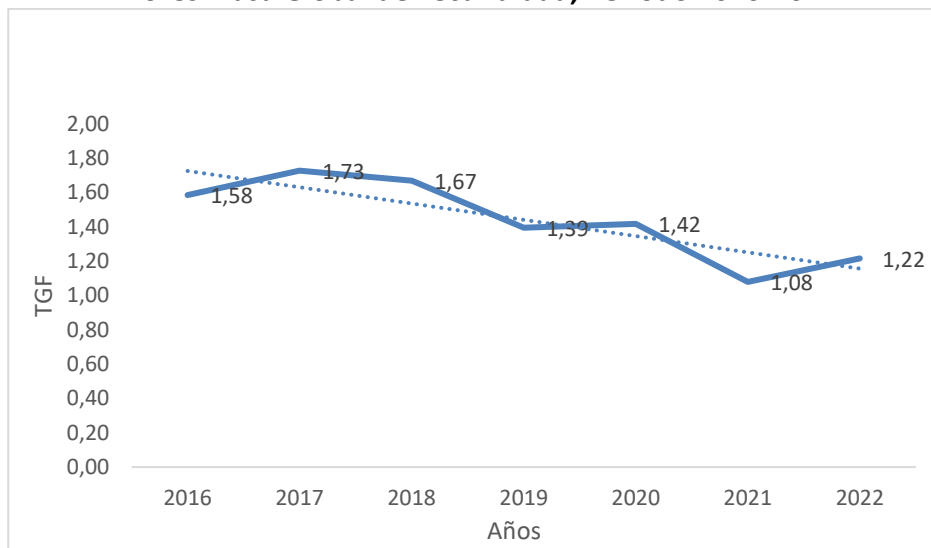
Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas, nacimientos y defunciones 2016-2020 INEC



Fecundidad

Otro aspecto importante relacionado con la disminución de los nacimientos en el cantón de Flores es la Tasa de Global de Fecundidad (TGF) que ha ido descendiendo de un 1,58 para el año 2016 a 1,22 en el año 2022, esto significa que las mujeres en edad reproductiva en promedio tienen cada vez menos hijos (gráfico 13).

Gráfico 13
Flores: Tasa Global de Fecundidad, Período 2016-2022



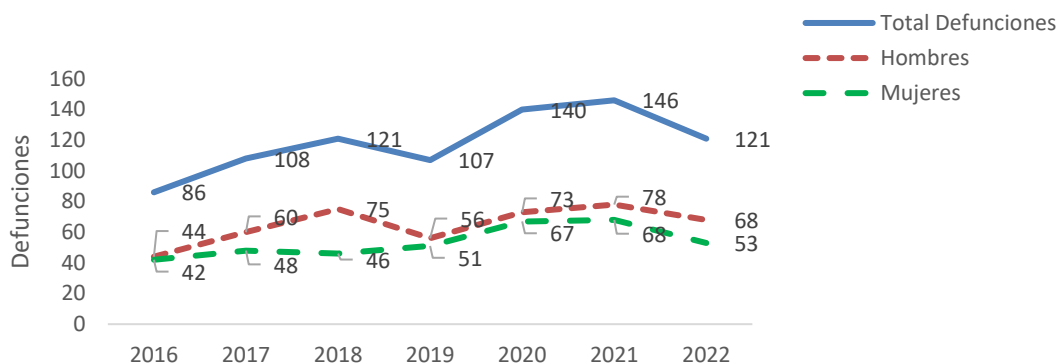
Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas 2011-2025 y nacimientos 2016-2020.



Mortalidad general

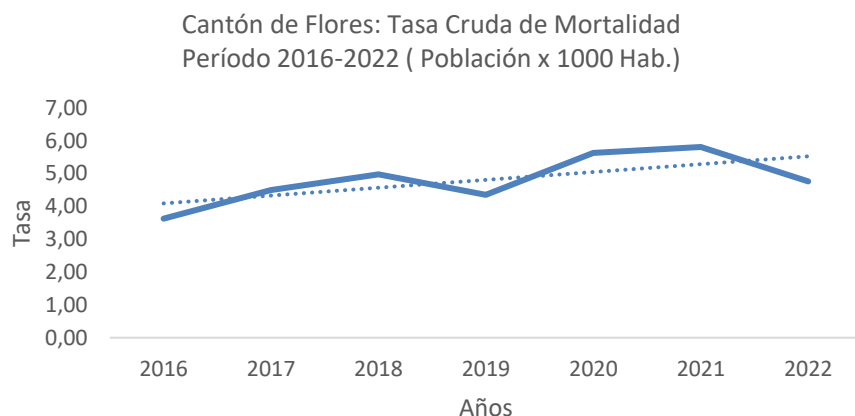
La mortalidad general del cantón de Flores ha tenido un ligero aumento durante el período 2016-2022 donde observa mayor mortalidad en hombres en comparación con las mujeres (gráfico 14). La Tasa Cruda de Mortalidad muestra una línea de tendencia al aumento durante el periodo 2016-2022 (gráfico 15).

Gráfico 14
Flores: Frecuencia absoluta de defunciones según sexo
Período 2016-2022



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas 2011-2025 y defunciones 2016-2020.

Gráfico 15
Flores: Tasa Cruda de Mortalidad, Período 2016-2022
(Población x 1000 habitantes)



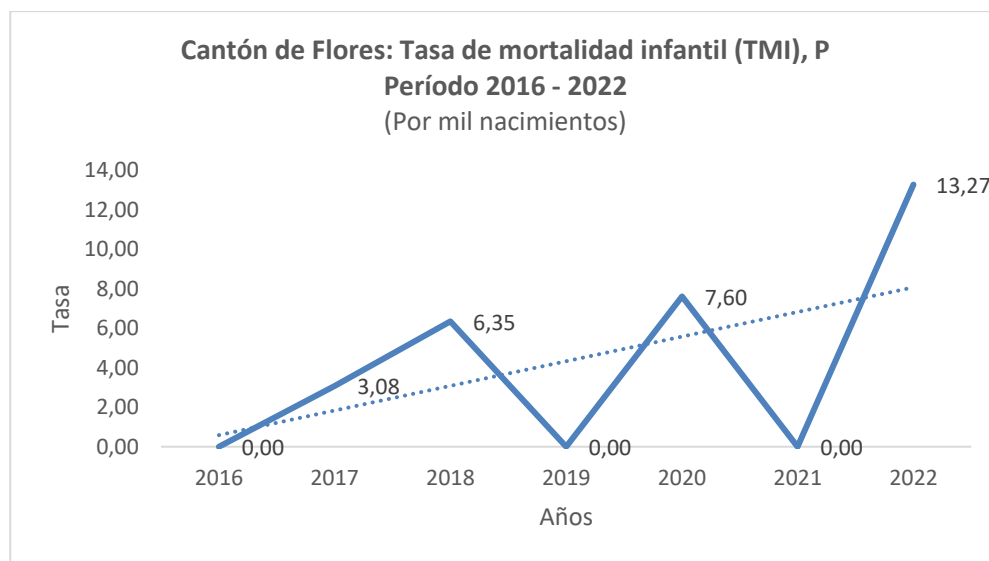
Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas 2011-2025 y defunciones 2016-2021.



Mortalidad Infantil

Durante el período 2016-2020, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) del cantón de Flores tiene un comportamiento intermitente por lo siguiente: en los años 2016, 2019 y 2021 la TMI fue de cero, mientras que para los años 2017, 2018, 2020 y 2022 la TMI fue de 3,08, 6,35, 7,60 y 13,27 respectivamente, siendo el año 2022 la TMI más alta de este período. El gráfico 16 muestra una línea de tendencia al aumento.

Gráfico 16
Flores: Tasa de mortalidad infantil, Quinquenio 2016 - 2020
(Por 1000 nacimientos)



Fuente: Elaboración propia con datos de Estadísticas demográficas 2011-2025 y Defunciones Infantiles 2016-2020 DARS Belén-Flores.



2.3 Descripción de las características sociales

Alfabetización

Como se aprecia en el cuadro 1, para el año 2000 la proporción de alfabetización de la población del cantón de Flores fue de 97,85%, mientras que para el año 2011 esta proporción fue de 99,09% donde la mayoría de la población presenta un alto porcentaje de alfabetización.

Cuadro 1
Flores: Población de 10 años y más por condición de alfabetismo
Años 2000 y 2011

AÑO	Total			
	Total	Alfabeta	Analfabeta	% Alfabetismo
2000	12329	12064	265	97,85
2011	17521	17094	157	99,09

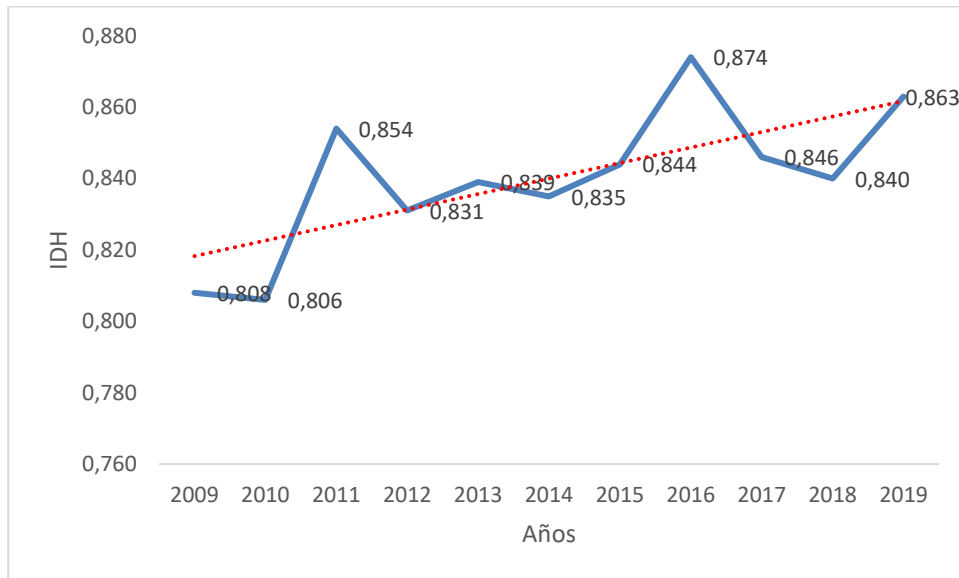
Fuente: Elaboración propia con datos de los censos 2000 y 2011 del INEC

Desarrollo Humano Cantonal

El IDH cantonal (PNUD, 2020) se mide con el promedio de los logros en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: 1. Una vida larga y saludable, que se mide con la EVN. 2. El conocimiento, medido por los años esperados de escolaridad y los años promedio de escolaridad. y 3. Un nivel de vida digno, el cual se mide por el Índice de Bienestar Material (IBM) a partir del consumo de electricidad residencial por cliente. De acuerdo con las categorías del IDH (PNUD, 2020), el cantón de Flores se encuentra con un IDH muy alto (rango 0,800 o más) en los años comprendidos entre 2009 al 2019, con una línea de tendencia al aumento (gráfico 17).



Gráfico 17
Flores: Índice de Desarrollo Humano. Periodo 2009-2019



Fuente: Elaboración propia con datos del Índice de Desarrollo Humano del PNUD 2022

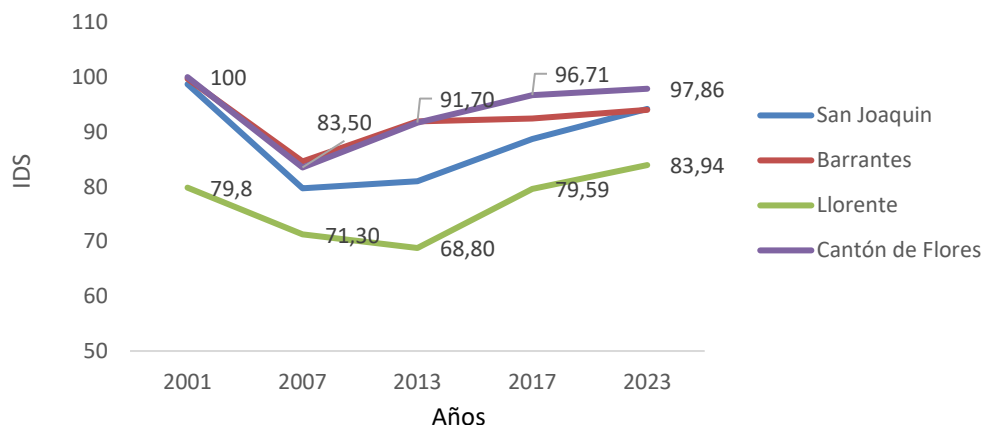


Índice de Desarrollo Social

Para los años 2001, 2007, 2013, 2017 y 2023, el cantón de Flores presenta un IDS 100, 83.50, 91.70, 96.71 y 97.86 respectivamente (gráfico 18), ubicando al cantón dentro del rango de mayor desarrollo relativo (100-76.88) según MIDEPLAN (2017). Al segregarse por distritos, Barrantes es el distrito con mayor IDS, seguido por San Joaquín, y por último el distrito de Llorente.

Importante rescatar que los valores del índice, así como el nivel de desarrollo de los distritos no son comparables (gráfico 19), debido a se han dado modificaciones metodológicas en cada período (MIDEPLAN, 2017)

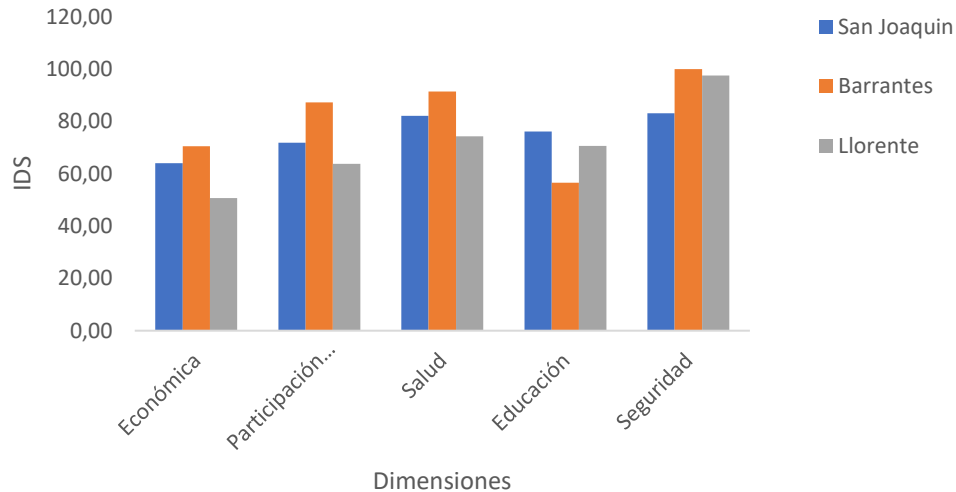
Gráfico 18
Flores: Índice de Desarrollo Social según distrito.
Años 2001, 2007, 2013, 2017 y 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de MIDEPLAN 2001, 2007, 2013 y 2017



Gráfico 19
Flores: Índice de Desarrollo Social según distrito y dimensiones, Año 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de MIDEPLAN 2017

Viviendas ocupadas

El cuadro 2 muestra que el 55.5 % de las viviendas ocupadas del cantón de Flores se encuentra en la categoría de propia totalmente pagada y un 17.9% tiene casa propia pagando a plazos, para un total de 73,4 % de la población florense con vivienda propia.

Cuadro 2
Flores: Frecuencia absoluta y relativa de las viviendas individuales ocupadas según las categorías y subcategorías de interés, 2011

Categorías y subcategorías	Cantidad	Porcentaje
Total	5751	100,0
es propia totalmente pagada	3193	55,5
es alquilada	1300	22,6
es propia pagando a plazos	1032	17,9
es prestada por otro motivo (no paga)	164	2,9
es prestada por motivo de trabajo	47	0,8
Otro	13	0,2
está en precario	2	0,0

Fuente: Elaboración propia con datos del censo 2011 INEC



2.4 Descripción de las características socioeconómicas

El término organización social conlleva la gestión de capital humano, así como de recursos económicos, materiales e inmateriales. Cada integrante de una organización social tiene características específicas que le permiten alcanzar el objetivo planteado con diferentes herramientas. En consecuencia, cada organización social es única según su función social. Algunos indicadores que incluye esta descripción son las que a continuación se detallan.

El cantón de Flores presenta las siguientes autoridades locales, organizaciones públicas, representantes de la sociedad civil, ONG, empresas privadas y fundaciones:

Tabla 1
Lista de actores según organización política local.
Cantón de Flores, 2024

Nombre de la Organización	Nombre Contacto
Autoridades Locales	
Municipalidad de Flores	Eder José Ramírez Segura
Organizaciones Públicas	
Fuerza Pública	Teniente José Arias Loría
Cruz Roja	Ana Gabriela Mena Ribera
Bomberos de Heredia	Capitán Sandor Solís Barquero
J.N. Estados Unidos	Karina Bulgarilla Fuentes
Esc. Ramón Barrantes	Elsa Naida Araya Ramos
Esc. Llorente de Flores	Estela Grijalba Jiménez
Esc. Estados Unidos	Ma Antonieta Grijalba Jiménez
Casa Maín	Johanna Arroyo Arce
Liceo Regional de Flores	Milka Yataco Anazgo
PEA Sede Estados Unidos	Leidiz Suarez Hernández
CTP Flores	José Edgardo Morales Romero
CENCINAE Flores	Directora Lic. Marta Fernández Román
CECUDI	
Clínica del dolor flores	María Gabriela Chávez Brenes
Biblioteca pública de San Joaquín de Flores	Gertrudis Urbina Méndez
Unión Cantonal de Flores	Walter Murillo Álvarez



Representantes de la sociedad civil locales

Presidente del consejo
municipal

Síndico Llorente	Blas Antonio Chacón González
Síndico Barrantes	Elizabeth Valverde Zúñiga
Síndico San Joaquín	Edgar Manuel Azofeifa Villegas

Partidos políticos cantonales

Alma Floreña (AF)	Rodolfo Azofeifa Salazar
Liberación Nacional (PLN)	Eder José Ramírez Segura
Nueva Generación (PNG)	Ana Elena Víquez Núñez
Nueva República (PNR)	Magaly Andrea Ortega Mora
Unidad Social Cristiana (PUSC)	Ana Beatriz Villa Cuadra

Tabla 2
Lista de actores según organización social.
Cantón de Flores, 2024

Nombre de la Organización	Nombre Contacto
Grupos de jóvenes, asociaciones culturales, asociaciones artísticas, sindicatos, asociaciones comunales, entre otras.	
Asociación de Desarrollo Integral San Joaquín de Flores	Edgar Rodríguez Bolaños
Asociación de Desarrollo Integral Barrio Cristo Rey	Gilbert Sánchez
Asociación de Desarrollo Integral San Lorenzo de Flores	Xinia Jara
Asociación de Desarrollo Integral Santa Elena	Greivin Alvarado González
Asociación de Desarrollo Integral Urbanización las Flores	Lucrecia Calderón Angulo
Comité de vecinos de Santa Marca San Joaquín de Flores	Deisy Víquez González
Asociación pro-bienestar del adulto mayor San Lorenzo	Jorge Rodríguez
Asociación de Desarrollo Lorente de Flores	Walter Murillo Álvarez
UNION CANTONAL	Walter Murillo Álvarez
Grupos de jóvenes, asociaciones culturales, asociaciones artísticas, sindicatos, asociaciones comunales, entre otras.	
Grupo de guías y scout 12 San Joaquín	Allan Ugalde Rojas
Grupo de guías y scout 112 San Lorenzo	Andrea Cortes Vargas
Grupo de guías y scout 110 Llorente	Triana Aguilar Herrera
Grupo de guías y scout 110 Llorente	Irma Sola Picado
Club de Leones San Joaquín	Eduardo Víquez Jiménez
Complejo de Ciencia Florenses	Lic. Ronald Vargas Bolaños
Centro diurno para adultos mayores de Flores	Johana Quesada Vargas



Participación social de la Municipalidad, Juntas de Salud, Comité Cantonal de Deporte y Recreación y otros espacios identificados.

Comité Cantonal de Deportes de Flores	Miguel Vargas Calderón
Consejo de la Persona Joven	Luis Alonso Matarrita Matarrita
Juntas De Salud de Belén-Flores	Rosa Murillo Rodríguez

Perfil cultural: centros religiosos, idiomas, expresiones artísticas, conocimientos culinarios, juegos y recreación.

Asociación de Dios Séptimo Día	Gerardo Pérez Valles
Comunidades Eclesiales de Base-La Asunción	Cecilia Fuentes
Iglesia La Vid Verdadera - Flores	Carlos Arroyo
Iglesia católica - Flores	Ronald Campos
Iglesia de María Auxiliadora	Alexander Ramírez
Iglesia Dios es soberano	Jasper Mc Donalds Hamilton
Iglesia de Dios	José Miguel Torres Flores
Iglesia Protestante - Flores	Eddy Cortés Mora
Iglesia Corp. Adonay - Flores	Mario Vega Carballo
Pastoral Social	Sonia Rodríguez
Pastoral Litúrgica - Flores	María Victoria Solano
Pastoral Profética - Flores	Rita Ulate

Tabla 3
Lista de actores según organización socioeconómica,
Cantón de Flores, 2024

Nombre de la Organización	Nombre Contacto
Actividades económicas, productivas y comerciales predominantes	
BATCCA Park inversiones inmobiliaria S.A	Hiram Murillo Valenciano
Distribuidora la Florida	Gerardo Miranda Fernández
Deposito Internacional de carga ECATRANS S.A	Alfonso Molina Alfaro
fruta internacional s.a. (ampo)	Álvaro Figueroa Guzmán
Matra	Luis Felipe León Mejías
Rex logística S.A	Álvaro mauricio Alpizar Antillón
Sociaco carga S.A	Edgar Soto Soto
Nivel de empleo y desempleo	
Bolsa de empleo municipal	Andrés Camacho Ortega
Medios de comunicación y transporte	



2.5 Descripción de las características de servicios

En relación con los proveedores de servicios básicos en Flores, el servicio de agua potable lo suministra la unidad de acueducto de la Municipalidad de Flores, y el servicio eléctrico lo provee la Compañía Nacional de Fuerza y Luz (CNFL), hay una cobertura del 100% del servicio eléctrico y de acceso al agua potable. Cabe mencionar que el cantón tiene alcantarillado pluvial, ocasionalmente se presenta problemas aislados de taponamiento u obstrucción de algunas secciones o trayectos de este, por presencia de sedimentos, material de construcción, basura, entre otros. El cantón de Flores no cuenta con un servicio de alcantarillado para aguas residuales con excepción de algunas urbanizaciones privadas que brindan este servicio a sus residentes. La municipalidad brinda el servicio de recolección de residuos sólidos, cementerio municipal, biblioteca pública, entre otros.

Garantía de acceso a servicios de salud

El cuadro 3 presenta la tasa de profesionales en Salud del Área de Salud Belén-Flores. En el caso de los médicos (n=19) se encuentra 12 médicos generales y siete especialistas, dentro de las especialidades no se cuenta con médico psiquiatra. En los profesionales de enfermería se encuentra una enfermera Obstetra y, no hay enfermeras en Salud Mental y Psiquiatría. Dentro de los profesionales de odontología se encuentra un Odontólogo General Avanzado (OGA).



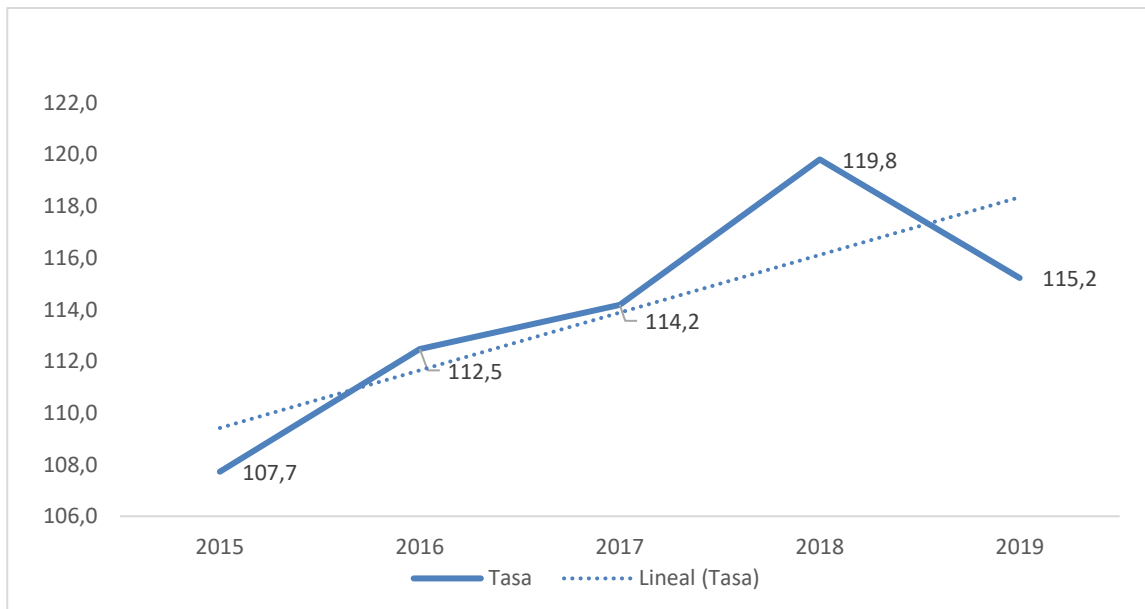
Cuadro 3
Cantón de Flores: Tasa de profesionales en Salud
del Área de Salud Belén-Flores.
Año 2021

(Por 10 000 habitantes)

Tipo de profesional	ASBF (CCSS)	Población proyectada 2021 (Flores)	Tasa
Médicos generales	12	25147	4,77
Médicos especialistas	7	25147	2,78
Enfermeras	4	25147	1,59
Enfermera obstetra	1	25147	0,40
Odontólogos	4	25147	1,59
Odontólogo OGA	1	25147	0,40
Psicólogos	1	25147	0,40
Trabajador Social	2	25147	0,80

Fuente: Anuario estadístico de servicios de salud 2021 ASBF-CCSS

Gráfico 20
Tasa de atenciones ambulatorias Área de Salud Belén-Flores, Período 2015-2019
(Población x 1000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario estadístico de servicios de salud 2015 al 2019 ASBF-CCSS



Cuadro 4
Flores: Distribución de servicios de salud privados, 2022

Servicios de salud privados	Total
Clínicas odontológicas	7
Consultorios medicina de empresa	9
Consultorios medicina particular	7
Terapia física	8
Nutrición	2
Psicología	3

Fuente: Elaboración propia con datos de la Base de Servicios de Salud DARS Belén-Flores 2022



2.6 Descripción de características de presencia de riesgos

2.6.1 Riesgos de origen natural

Amenazas Hidrometeorológicas

El Cantón de Flores 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: Burío, Segundo y la quebrada Seca. De estos ríos y quebradas, algunos han disminuido el periodo de recurrencia de inundaciones a un año, y algunos a periodos 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. Además, el lanzamiento de desechos sólidos a los cauces de estos, redundando esto y lo anterior en la reducción de la capacidad de la sección hidráulica, provocando 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 Flores. (CNE, s.f.)

La Comisión Nacional de Emergencias (CNE) (s.f) refiere que las zonas o barrios más afectados y alto riesgo por las inundaciones de los ríos y quebradas antes mencionadas son: San Joaquín, Llorente, Ángeles, Gerardía y Ugalde.

Amenazas Geológicas

Actividad Sísmica:

Según la CNE (s.f.), El Cantón de Flores se encuentra dentro de una región caracterizada por fallas geológicas locales muy importantes, que presentan periódicamente actividad significativa, que ha llegado en cierta medida a causar daños a la infraestructura de este cantón.

A unos 3 km al norte del cantón, se encuentra la falla de Alajuela, la cual manifestó actividad importante en el año 1888, causando daños a viviendas en esta región, así como un gran número de deslizamientos. Hacia el sur del Valle Central, existen fallas que recientemente se mantuvieron con una actividad importante, causando graves daños a poblados cercanos a Puriscal y Alajuela, a raíz de esta actividad algunas viviendas del cantón de Flores, también se vieron afectadas en cierta medida. Los eventos tectónicos de placas (choque placas Coco-Caribe), pueden causar daño significativo, pero



no llegaría a ser extremo. (CNE, s.f.)

Los efectos geológicos sobre el cantón de Flores de un sismo serían: (CNE, s.f.)

- Amplificaciones de la intensidad sísmica, en aquellos lugares donde el tipo de suelo favorece este proceso.
- Deslizamientos de diversa magnitud, sobre todo hacia los márgenes de los principales ríos donde la pendiente es mayor (río Segundo, Quebrada Seca). Así como en aquellos lugares donde se han hecho contar de carreteras y tajos.
- Fractura en el terreno.
- Asentamientos en el terreno, sobre todo en aquellos lugares donde se han hecho rellenos mal compactos.

Deslizamientos (Inestabilidad de Suelos):

Las características propias del cantón de Flores lo hacen vulnerable a problemas de deslizamientos, sobre todo hacia los márgenes de los ríos Segundo y Quebrada Seca. (CNE, s.f.). En la siguiente figura se puede observar el Mapa de amenazas y peligros naturales del cantón.

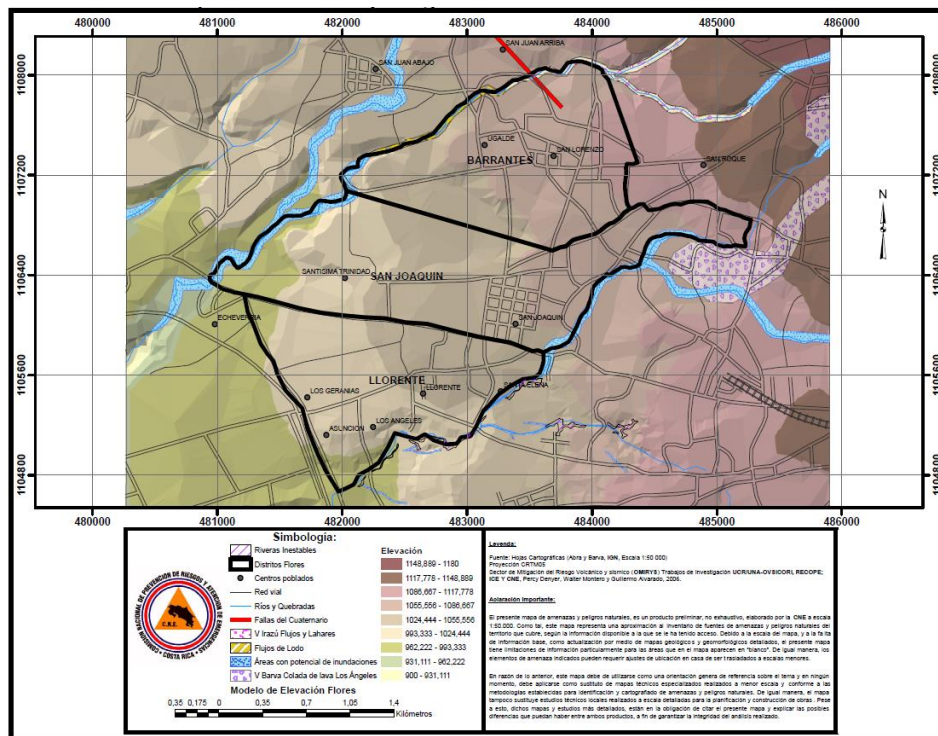


Figura 2: Mapa de amenazas y peligros naturales del cantón.

Fuente: Comisión Nacional de Emergencias, s.f.



2.6.2 Riesgos de origen antrópico (producidos por el hombre como uso de agroquímicos)

Durante el 2022, a través de una consultoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el Ministerio de Salud implementó una capacitación de preparación del personal de las Áreas Rectoras de Salud y el Equipo Técnico de Gestión del Riesgo en Salud Regional para aprender a usar Herramienta Estratégica para la Evaluación de Riesgos (STAR), se trata de un sistema de ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE RIESGOS, con enfoque para la evaluación integrada y estratégica del riesgo de emergencias y desastres en salud.

Es necesario aclarar que el enfoque de la STAR considera una serie de variables en función de la salud pública, aplicando esta herramienta, en Belén se identificaron y analizaron los siguientes riesgos tecnológicos:

Tabla 4. Resultado final del riesgo, aplicación del Método STAR, Flores 2022

Amenazas	Probabilidad	Severidad	Vulnerabilidad	Capacidad de Afrontamiento	Impacto	Riesgo
PELIGROS INDUSTRIALES	Muy improbable	Alta severidad	Baja	Muy alta	Mínimo	Muy bajo
TRANSPORTE	Probable	Moderada severidad	Parcial	Muy alta	Mínimo	Bajo
CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA	Improbable	Alta severidad	Parcial	Parcial	Moderado	Bajo
SUSTANCIAS PELIGROSAS EN EL AIRE, EL SUELO O EL AGUA	Muy probable	Alta severidad	Parcial	Alta	Moderado	Alto
APAGÓN	Probable	Moderada severidad	Parcial	Parcial	Moderado	Alto
EXPLOSIONES E INCENDIOS	Probable	Alta severidad	Baja	Alta	Moderado	Alto
CONTAMINACIÓN DE LOS ALIMENTOS	Improbable	Moderada severidad	Parcial	Alta	Moderado	Bajo

Fuente: Elaboración propia con datos de aplicación de herramienta STAR FLORES 2022 (Análisis Estratégico de Riesgos)



2.6.3 Riesgos ambientales (actividades productivas y extractivas)

Contaminación de afluentes y efluentes de agua

El cantón de Flores no tiene alcantarillado para tratamiento de las aguas residuales en su territorio (excepto por algunas urbanizaciones). Ante la ausencia de plantas de tratamiento cantonales o regionales, cada vivienda, o establecimiento del área de influencia de acuerdo con la legislación vigente, debe proporcionar el sistema para el tratamiento y disposición final de aguas residuales, que usualmente consiste en el tanque séptico y drenaje; sin embargo, lastimosamente son recurrentes las denuncias recibidas por mala disposición de las aguas residuales (tanto por vertido de las aguas servidas como negras) en el cantón, algunas de las cuales se disponen finalmente por medio de los alcantarillados pluviales.

No se ubican estudios de la contaminación de afluentes y efluentes de agua propiamente del cantón de Flores, pero sí hay estudios de la provincia de Heredia, por ejemplo entre el 2005 y el 2008, el Laboratorio de Manejo del Recurso Hídrico de la Universidad Nacional (LAMHRI) preparó un informe gráfico sobre la calidad promedio del agua del río Burío, determinada en cinco muestreos efectuados en diferentes épocas del año, desde su nacimiento en el cantón de San Rafael de Heredia, hasta su confluencia con el río Quebrada Seca en Mercedes Sur, este estudio indica:

“La calidad del agua decrece conforme el río Burío desciende hasta el punto 5, es decir en la zona baja, en el cual se une al Quebrada Seca, donde el efecto de la dilución es evidente.” (Blanco Peña, Kinndle 2013: 235)

La zona del río que presenta menor calidad del agua es la comprendida entre Santa Lucía y Mercedes Sur, inclusive. También da una pincelada el estudio en señalar posibles fuentes: siendo que en esta área hay escasas fuentes industriales puntuales, *“pareciera ser que los desechos domésticos tienen un impacto significativo y prioritario en el deterioro de la calidad”*. (Blanco Peña, Kinndle 2013: 235)

Zonas de producción industrial

El Plan Regulador Urbano del Cantón de Flores No. 103-2007 publicado en La Gaceta No. 47 del 6 marzo del 2008, establece como usos de suelo permitidos: Almacén -Aparcamiento para vehículos pesados. - Bodega - Centro de lubricación - Depósito de materiales de construcción - Depósitos de gas – combustibles, - Ebanistería. - Ferretería / Centro de Pinturas - Generación energética: hidroeléctrica, eólica, solar. - Imprenta - litografía - serigrafía - Industria: todas aquellas industrias Tipo C según lo



señalado por el Decreto Ejecutivo N.º 30465-S. - Insumos agropecuarios (expendio al por menor) - Laboratorio de radiología. - Laboratorio clínico. - Laboratorio de investigación- Laboratorio fotográfico / revelado - Laboratorio químico - Micro y pequeña industria - Mueblería y/o colchonería (fabricación). - Reutilización, recuperación y/o reciclaje de desechos sólidos ordinarios. - Taller de carpintería. - Taller de enderezado y pintura - Taller de forja, hojalatería, plomería - Taller de mecánica automotriz / Servicio de Grúas - Taller de mecánica de precisión. - Taller de radio - televisión - Taller de reparación de bicicletas. -Taller de soldadura. -Taller eléctrico - electrónico. Taller metal mecánico. - Tapicería. Las zonas industriales más evidentes se observan en los alrededores de la ruta 3 y 129 hacia el límite del cantón Flores con el cantón de Belén, lo cual es congruente con el mapa de zonificación del plan regulador de Flores.

Zonas de producción agrícola y agropecuaria

La actividad agrícola y agropecuaria en el cantón de Flores ha disminuido en las últimas décadas, actualmente hay algunos cultivos (ejemplo de café, tomate, otros frutales), así como el uso de algunas áreas para la tenencia de ganado o similares, pero la tendencia es a la baja. Este uso ha sido sustituido mayormente por comercio, y zonas residenciales.

Según la revista Agronomía Costarricense 39(1) / 2015, en el 2005 en Flores se reportaba 265 hAs sembradas (215 con café, y 50 con hortalizas varias). De acuerdo con el INEC: VI Censo Nacional Agropecuario, 2014, en el cantón de Flores hay sólo 39 personas productoras (INEC, 2014)



CAPÍTULO III: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

3.1 Priorización del equipo ASIS basado en mortalidad

Para la selección y priorización de problemas de salud del cantón de Flores, se estableció como medida las causas de mortalidad en la población del cantón con los datos oficiales del quinquenio 2012-2016. Se realizó una priorización de las causas de mortalidad general del cantón mediante la clasificación de eventos según carga global de enfermedad.

Luego se realizó una priorización de eventos basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida, dando énfasis para el análisis en las primeras tres causas de mortalidad de cada grupo.

En el cuadro 5 se puede apreciar que las enfermedades no transmisibles son los eventos de carga global de enfermedad con mayor mortalidad generada en el cantón de Flores con un 84.16% (n=441) durante el período 2012-2016.

La mortalidad general según clasificación de eventos por carga global de enfermedad en el cantón de Flores (cuadro 6), se encuentra que las enfermedades no transmisibles prevalecen en los primeros lugares con las enfermedades cardiovasculares, seguido de los tumores malignos, enfermedades digestivas/respiratorias, y Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso.

Finalmente, el cuadro 7 muestra la mortalidad proporcional de eventos por grupos de edad por ciclo de vida relacionados con las enfermedades cardiovasculares se encuentran en los grupos de edad de 65 años y más, donde existe coincidencia con el problema general. La enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 24 años. Las enfermedades mentales y enfermedades del sistema nervioso se encuentran en el grupo el grupo de 10 a 19 años. Por otra parte, las malformaciones congénitas se presentaron como principal causa de mortalidad en los grupos de edad de menores de un año.



Cuadro 5
Cantón de Flores: Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad 2012-2016 (números absolutos y porcentaje)

Eventos	Total Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	441	84,16%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	43	8,21%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	39	7,44%
Mal definidas	1	0,19%
Total general	524	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC-Ministerio de Salud Vigilancia de la Salud

Cuadro 6
Cantón de Flores: Mortalidad proporcional según clasificación de eventos de carga global de enfermedad 2012-2016 (números absolutos y porcentaje)

Eventos	Total Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	441	84,16%
Enfermedades cardiovasculares	150	28,63%
Tumores malignos	134	25,57%
Enfermedades digestivas	34	6,49%
Enfermedades respiratorias	30	5,73%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	28	5,34%
Diabetes mellitus	23	4,39%
Enfermedades del sistema genito-urinario	17	3,24%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	7	1,34%
Otros tumores	6	1,15%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	5	0,95%
Enfermedades de la piel	4	0,76%
Anomalías congénitas	3	0,57%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	43	8,21%
Accidentes	34	6,49%
Lesiones intencionales	7	1,34%
Eventos (lesiones) de intención no determinada	2	0,38%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	39	7,44%
Infecciones respiratorias	18	3,44%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	14	2,67%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5	0,95%



Deficiencias de la nutrición	2	0,38%
Mal definidas	1	0,19%
Causas mal definidas	1	0,19%
Total general	524	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC-Ministerio de Salud Vigilancia de la Salud

Cuadro 7
Cantón de Flores: Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. 2012-2016 (números absolutos y porcentaje)

Orden N°	Evento (código CIE10)	Grupos de edad	
		Menor de 1 año	Porcentaje
1	Q24 - Otras malformaciones congénitas del corazón	1	11,11%
2	Q23 - Malformaciones congénitas de las válvulas aórtica y mitral	1	11,11%
3	Q91 - Síndrome de Edwards y síndrome de Patau	1	11,11%
Orden N°	Evento (código CIE10)	1 a 9 años	Porcentaje
1	C71 - Tumor maligno del encéfalo	1	50,00%
2	E75 - Trastornos del metabolismo de los esfingolípidos y otros trastornos por almacenamiento de lípidos	1	50,00%
Orden N°	Evento (código CIE10)	10 a 19 años	Porcentaje
1	X70 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	1	20,00%
2	C91 - Leucemia linfoide	1	20,00%
3	C71 - Tumor maligno del encéfalo	1	20,00%
Orden N°	Evento (código CIE10)	20 a 64 años	Porcentaje
1	K70 - Enfermedad alcohólica del hígado	7	4,76%
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	7	4,76%
3	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	7	4,76%
Orden N°	Evento (código CIE10)	65 y más	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo de miocardio	38	10,56%
2	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18	5,00%
3	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	17	4,72%
Orden N°	Evento (código CIE10)	Total Edades	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo del miocardio	40	7,63%
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	24	4,58%
3	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18	3,44%

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC-Ministerio de Salud Vigilancia de la Salud



Con base en lo anteriormente descrito, el equipo ASIS revisó y analizó las coincidencias de los problemas de priorización basados en mortalidad y se acuerda:

- ✓ Analizar en conjunto las malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año.
- ✓ Analizar la lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años, debido a los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso prevalece en los primeros lugares como enfermedad no transmisible.
- ✓ Analizar la enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 64 años,
- ✓ Analizar el Infarto Agudo de Miocardio en el grupo de 65 años y más y no en el general, debido a que el peso poblacional de ese grupo etario es muy grande por lo que no es necesario analizarlo nuevamente.
- ✓ Las causas por mortalidad en el grupo de 1 a 9 años tienen poco peso representativo poblacional para el quinquenio 2012-2016. Se abordará con los problemas encontrados en los grupos anteriormente mencionados según curso de vida desde los factores protectores con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3.2. Priorización de los problemas de salud con la comunidad

3.2.1 Identificación de actores sociales participantes

El equipo de Planificación Estratégica de la DARS Belén-Flores realizó una identificación de actores sociales del cantón de Flores, donde se recurrió a personas clave de la comunidad e instituciones, con la finalidad de que recomendaran personas líderes y conocedores de la comunidad que estuvieran activas en el cantón.



Con la información recopilada, el equipo de trabajo de ASIS del Área Rectora selecciona diecisiete actores prioritarios con importante influencia comunitaria de diferentes localidades del cantón, considerando paridad de sexo, diferentes grupos de edades y con conocimiento en diversas áreas. Luego se elaboró una base de Excel con los principales datos de cada actor comunitario, los cuales se contactaron a través de la llamada telefónica para explicarles para completar los datos recolectados e informar sobre el taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud del cantón de Flores.

Finalmente, se procedió a enviar oficios personalizados para cada actor comunitario, vía correo electrónico y telefónica mediante, APP para los que no contaban con correo electrónico, los cuales confirmaron su participación por correo y vía telefónica.

3.2.2. Metodología de priorización de problemas

Durante el desarrollo del taller de trabajo con actores comunitarios ejecutada el 14 de mayo de 2024 de 1:00pm a 5:00pm, el equipo ASIS del Área Rectora presentó la agenda de trabajo con la bienvenida, inscripción al taller, dinámica de presentación con el apoyo de tarjetas que contienen imágenes de evocación de pensamientos y emociones y su relación con el taller, luego se presentó las generalidades ASIS y problemas de Salud ultimo ASIS. Finalmente, se explica la metodología de la primera parte del taller que consistió en aplicar la Técnica de Grupo Nominal a través de los siguientes pasos:

1. Cada participante partió de una reflexión individual anotando en tarjetas los tres principales problemas de salud que considera afectan a la comunidad.
2. Seguidamente cada participante expuso los problemas identificados al grupo.
3. El equipo facilitador expuso a todo el grupo en una pizarra acrílica, toda la generalización de problemas de salud que los participantes construyeron. Donde se obtuvo una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a la comunidad:



- Drogadicción
 - Inseguridad ciudadana (robos, asaltos robos, falta de condiciones)
 - Falta de espacios recreativos físicos y programas (parques para todos en especial para adultos mayores)
 - Insatisfacción en el acceso a los servicios de salud (al momento de sacar citas, atención médica no es integral)
 - Desintegración familiar y violencia doméstica
 - Desempleo, pobreza, problemas económicos
 - Condiciones desfavorables para la movilidad urbana (falta de aceras, infraestructura vial, accesibilidad, obstáculos)
 - Problemas psicológicos, depresión
 - Ríos contaminado y otros problemas ambientales
 - Bullying o acoso en centros educativos
 - Faltan organizaciones con objetivos ambientales
 - Sedentarismo, falta fomento del deporte
 - Mal manejo de residuos sólidos (lugares para reciclaje, no sacar la basura cuando se debe, falta de educación ambiental)
 - Contaminación sónica
 - Accidentes de tránsito
4. Posteriormente los facilitadores del equipo ASIS solicitaron a cada participante de manera individual elegir de la lluvia de ideas colectiva los principales 5 problemas de salud que consideró son los más importantes en la comunidad y los jerarquizó con puntuación de 1 a 5. Donde 5 es de gran importancia y 1 menor importancia. Para lo cual cada participante llenó una ficha que se le entregó de forma impresa como la siguiente:



Puntaje	Problema de salud
5 pts	GRAN IMPORTANCIA
4 pts	
3 pts	
2 pts	
1 pts	MENOR IMPORTANCIA

Una vez calificados todos los problemas, se estableció un puntaje para cada uno, teniendo como resultado, los diez siguientes problemas:

1. Drogadicción
2. Inseguridad ciudadana (robos, asaltos robos, falta de condiciones)
3. Falta de espacios recreativos físicos y programas (parques para todos en especial para adultos mayores)
4. Insatisfacción en el acceso a los servicios de salud (al momento de sacar citas, atención médica no es integral)
5. Desintegración familiar y violencia doméstica
6. Desempleo, pobreza, problemas económicos
7. Condiciones desfavorables para la movilidad urbana (falta de aceras, infraestructura vial, accesibilidad, obstáculos)
8. Problemas psicológicos, depresión
9. Ríos contaminado y otros problemas ambientales
10. Bullying o acoso en centros educativos



3.2.3 Diez Problemas detectados con la comunidad

Del resultado de los diez problemas anteriores, cada participante procedió a la valoración y selección de estos mediante una herramienta de priorización de los problemas de salud pública que contiene los siguientes criterios: Magnitud, Gravedad, Nivel de oportunidad de solución, valoración del interés de la comunidad y Demanda de los servicios de Salud y la calificación brindó los siguientes resultados:

Puntaje total de la valoración de los problemas en la comunidad		
#	Problema de Salud	Total
1	Drogadicción	173
2	Inseguridad ciudadana (robos, asaltos, falta de condiciones)	173
3	Insatisfacción en el acceso a los servicios de salud (al momento de sacar citas, atención médica no es integral)	173
4	Condiciones desfavorables para la movilidad urbana (falta de aceras, infraestructura vial, accesibilidad, obstáculos)	173
5	Ríos contaminado y otros problemas ambientales	167
6	Desempleo, pobreza, problemas económicos	164
7	Problemas psicológicos, depresión	164
8	Bullying o acoso en centros educativos	164
9	Falta de espacios recreativos físicos y programas (parques para todos en especial para adultos mayores)	164
10	Desintegración familiar y violencia doméstica	163

3.2.4 Los tres principales problemas detectados y los cinco porqués

De los diez problemas detectados por la comunidad, se identificaron los problemas con mayor puntaje:

1. Drogadicción
2. Inseguridad ciudadana
3. Insatisfacción en el acceso a los servicios de salud
4. Condiciones desfavorables para la movilidad urbana



Los primeros cuatro problemas obtuvieron el mismo puntaje por lo que el equipo ASIS tomó la decisión de incluir cuatro problemas en total. A estos cuatro problemas priorizados se procedió a realizar el análisis con la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”, que consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular.

A continuación, los resultados obtenidos:

Problema 1. Drogadicción

1. ¿Por qué se da el problema del Venta y consumo de drogas, alcoholismo? Por falta de educación/deserción escolar, por dinero fácil, condiciones y acceso en centros educativos, falta de opciones recreativas.
2. ¿Por qué faltan opciones recreativas para los jóvenes? Falta de orientación de los padres de familia desde la casa. No hay opciones porque los espacios son privados o los toman los que consumen y venden droga (inseguridad). Hay espacios, pero falta voluntad.
3. ¿Por qué los espacios están restringidos? Falta programas de integración para los jóvenes
4. ¿Por qué falta programas de integración de espacios para los jóvenes? Falta un diagnóstico y ejecución de proyectos de manera interinstitucional

Problema 2. Inseguridad ciudadana

1. Por qué se presenta la Inseguridad ciudadana (robos, asaltos robos, ¿falta de condiciones)? Algunos son hurtos (descuido). Acciones institucionales insuficientes. Falta organización de la comunidad.
2. ¿Por qué falta organización de la comunidad? Por miedo y temores de los vecinos. Falta de compromiso (individualismo). Falta de empatía en la comunidad. Desconfianza en general. Falta trabajo integrado comunidad-fuerza pública y policía municipal.
3. ¿Por qué falta empatía y compromiso de los vecinos? Sentido de pertenencia. Los vecinos no se conocen.



Problema 3. Insatisfacción en el acceso a los Servicios de Salud

1. ¿Por qué se da la Insatisfacción en el acceso a la atención médica en el cantón (citas, acceso y comunicación/empatía personal de salud-paciente? Dificultad para sacar citas en el EDUS (aunque han abierto espacios, pero no son suficientes). Hay que llegar muy temprano para sacar las citas. Espacios de citas insuficientes. Crecimiento de la población vs recurso humano limitado. El trato médico-paciente (sensibilización)
2. ¿Por qué hay espacios insuficientes y la calidad de la atención (paciente de manera integral)? Falta de controles y aplicación de normas de atención integral al paciente. Se baja la calidad de la atención. Falta de orientación en el manejo de la aplicación APP EDUS
3. ¿Por qué se da la baja calidad de la atención? Personal de salud enfocados en la producción. Tiempo de atención limitado. Atención preferencial (soporte).

Problema 4. Condiciones desfavorables para la movilidad urbana

1. ¿Por qué se da Condiciones desfavorables para la movilidad urbana (infraestructura vial) en el cantón? Falta de rampas, falta de aceras (coordinación municipal vs propietario). Falta de controles de la municipalidad en el uso de las aceras. Falta de acceso a los comercios, establecimientos que no tienen rampas (no se cumple Ley 7600).
2. ¿Por qué falta accesibilidad de aceras y rampas? Falta de coordinación interinstitucional
3. ¿Por qué falta coordinación interinstitucional? Falta de escucha del pueblo en los espacios interinstitucionales (falta de espacios de escucha o falta aprovechar estos espacios). Falta de alianzas público-privadas.



CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

4.1 Descripción de la metodología de análisis

Luego de los principales problemas identificados por el equipo de trabajo de ASIS y por la comunidad, se procedió a la convocatoria del segundo taller con actores institucionales expertos que estuvieran vinculados con dichos temas. Las instituciones participantes fueron las siguientes: Área de Salud Belén-Flores (CCSS), Municipalidad de Flores, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Ministerio de Educación Pública (MEP), Junta de Salud, Coopesuperación, Cruz Roja Costarricense, Fuerza Pública de Flores, Comité Cantonal de Deportes, Dirección Regional del MEP, Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y Seguridad Comunitaria.

Este segundo taller con expertos se realizó el 18 de junio de 2024, donde se analizaron los problemas de salud por mesas de trabajo según el problema y la pertinencia de cada institución en el mismo. Cada mesa de trabajo contó con los siguientes materiales: un diagrama de causa-efecto, un resumen como guía en la construcción del diagrama causa-efecto, una computadora, material científico y otros documentos, Además, cada mesa de trabajo fue conducida por un integrante del equipo ASIS de la DARS Belén-Flores del Ministerio de Salud.

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

A través de la construcción del diagrama de causa-efecto en conjunto con los expertos se analizó para cada dimensión (Socioeconómicas, Circunstancias materiales de vida, Sociopolíticas, Biológicas, Servicios de Salud y Comportamiento) las principales causas raíz que afectan el problema de salud identificado.



Una vez construidas las causas raíz, se fueron estableciendo causas secundarias y para cada una de las causas secundarias, una causa terciaria en caso requerido y dependiendo del problema de salud (ver anexos del 1 al 8). El trabajo por mesas según problema de salud permitió el enriquecimiento de las discusiones, puntos de vista y compartir conocimiento, lo que facilitó la construcción colectiva.

4.1.2 Análisis de las causas raíz con los expertos

Luego de la elaboración del Diagrama causa-efecto, se procedió al análisis de las causas raíz con los expertos mediante la metodología del diagrama de Pareto, que permitió analizar cada causa raíz según: su nivel de influencia, su nivel de importancia y el nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz.

Finalmente, el equipo de cada una de las mesas de trabajo procedió a calificar cada causa raíz identificada, y se incluyó en la Plantilla de Pareto, la cual de forma automática brindó los puntajes, lo que permitió interpretar el resultado, y visualizar las primeras cinco causas raíz que se ubican en los porcentajes con asignación de 80% las cuales tienen un mayor grado de impacto sobre cada problema de salud.

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

4.2.1 Problema Drogadicción

En primera instancia es importante diferenciar lo lícito de lo ilícito en este tema, según la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General 2015, las sustancias psicoactivas ilegales son aquellas donde las actividades relacionadas con la producción, distribución, comercialización y consumo están total o parcialmente prohibidas en el país. Su uso tiene un fin meramente recreacional, es decir, el consumo se presenta con la finalidad de sentir sus efectos psicoactivos y alterar los estados de conciencia. (IAFA, 2018)



En este contexto, estas sustancias anteriormente llamadas drogas, se visualizan como una acción multicausal y multifactorial que conlleva repercusiones en el desarrollo de la salud pública a nivel internacional, nacional y local, por lo que abarca todas las esferas individuales y sociales de los seres humanos.

Como se confirma en el Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas, el cual indica que el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas es un fenómeno en el que convergen múltiples factores, entre los que se pueden mencionar: económicos, sociales, ambientales, culturales y políticos, a partir de la representación sociocultural que se genera. (ICD, 2017)

Este mismo informe indica que se debe comprender que el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, responde a distintos factores, entre los que se pueden citar: biológicos, sociales, culturales, económicos, entre otros. Por tanto, no puede verse el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas como un elemento aislado, sino por el contrario, que responde a una realidad inmediata y a un contexto en específico. (ICD, 2017)

Como se mencionó antes el consumo que modifica el funcionamiento o comportamiento del cuerpo humano es resultado de diferentes ejes de la vida cotidiana los cuales gracias a la técnica del Pareto en la consulta con población civil e instancias públicas, se logró identificar cinco causas con mayor incidencia en la sociedad civil, como es el caso de: disfuncionalidad de la situación familiar, desempleo o empleo de baja remuneración, gasto e inversión pública en salud, hacinamiento en vivienda y acceso y oferta a las sustancias psicoactivas.

La disfunción de la situación familiar deviene del análisis de los determinantes sociales, intermedios o bien factores circunstanciales materiales de la vida. Se toma el concepto de disfuncional, desde su génesis y no desde el significado popular de “disfunción familiar”, es decir, disfunción entendida como lo que no funciona.

En este entendido, un factor que incide en el consumo de sustancias está ligado directamente es la situación familiar de los individuos y las familias en condiciones de riesgo, donde la



violencia generalizada es una constante, producto de la insatisfacción de las condiciones sociales y económicas de la cotidianidad del país.

Esto está muy vinculado al estrés social como determinante del comportamiento grupal o individual, las brechas sociales o bien desigualdades socioeconómicas, falta de priorización de política pública y la falta de espacios recreativos y de esparcimiento.

El hacinamiento y asequibilidad de vivienda es otro de los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, es parte de los determinantes sociales, circunstanciales, consecuencias de la vulnerabilidad económica, de la baja escolaridad y los escasos de oportunidades.

El desempleo o empleo de baja remuneración, es un determinante estructural del contexto socioeconómico, que acontece por la falta de oportunidades labores y esto a su vez la bajo escolaridad y/o desarrollo de habilidades para la vida. En este mismo contexto, pero en lados opuestos el factor de riesgo es la facilidad de acceso a las sustancias psicoactivas, ya que a mayor capacidad económica mayor posibilidad de acceso y traslado de las sustancias.

La tercera causa con mayor incidencia en la población civil está ligada al determinante estructural pero específicamente al contexto sociopolítico, está relacionado con el gasto e inversión pública en salud, a la priorización de la atención desde una visión biomédica del ser humano, por lo cual se les han reducido costos a los programas de promoción y prevención, lo que reduce la posibilidad de desarrollo de dichos programas.

Otros de los factores de riesgos están relacionados con la gestión de emociones, las estructuras de personalidad propensas al riesgo producto de algún trastorno de salud mental, a lo que se le llama patología dual, que significa que la persona consume alguna sustancia psicoactiva lícita o ilícita y padece de alguna patología mental. (ICD, 2017). Es decir, es una vulnerabilidad física al consumo de sustancias que alteren los estados mentales.

Dichas alteraciones en la salud mental son un factor de vulnerabilidad que puede llevar al consumo de sustancias tóxicas en busca de una sensación de normalidad o bien por el



contrario podrían ser el resultado del suministro de las drogas. Cuando el consumo de drogas se acompaña de un padecimiento mental (depresión, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, entre muchos otros) que alteran su estabilidad emocional, o bien la persona consumidora no gestiona adecuadamente sus emociones, el problema debe mediar de forma dual, tratando de una manera integral a la persona respondiendo a la premisa de que los seres humanos son complejos y sociales.

El consumo de “drogas”, por tanto, no es producto de una única causa, es resultado de un fenómeno multidimensional que debe ser abordado desde diversos enfoques al definir las líneas de acción, recordando que la persona es el centro de interés, no la sustancia como tal.

4.2.2 Problema Inseguridad ciudadana

La inseguridad ciudadana genera un impacto significativo en el bienestar físico, mental y social de la población. Se ha convertido en un problema social con un crecimiento importante y ha provocado una transformación significativa. A nivel regional hay diferencias: “el área andina es la más compleja con Colombia a la cabeza, luego le sigue Centro América y finalmente el Cono Sur” (Carrión, 2005). No es de extrañar, que nuestro país, aunque en menor medida no escape a esta realidad. Mediante la herramienta de priorización de las causas, y usando los criterios de priorización de la metodología oficial para elaboración del ASIS, los Floreños participantes del taller llegaron al consenso de que hay tres razones principales por las que se da inseguridad ciudadana en el cantón estas son: “la Disfunción familiar”, “el mal control de las emociones” y “la falta de malicia (ser confiado)”, estas tres causas resultaron en empate con el puntaje máximo de la herramienta de valoración, además de razones, cabe destacar las siguientes dos causas: “falta de educación y valores”, e “Infraestructura deficiente en casas y comercios”.

Se hace muy interesante analizar estas cinco causas que resultaron priorizadas en los talleres con la comunidad, y los actores institucionales, desde la óptica de la salud, ya que



precisamente tanto la salud pública como la seguridad ciudadana, deberían ser más abordadas desde lo preventivo. Como reflexiona el señor Tapia, en su artículo “La inseguridad pública: causas y consecuencias” en el que indica que la creciente inseguridad no se debe a la falta de policía, a la falta autoridad del Estado, ni a falta de políticas de “cero tolerancias” para todos los delitos, sino más bien, a la falta de la alerta temprana para trabajar en lo preventivo ... (Tapia Pérez, 2013).

Justamente en ese sentido la causa que resultó en primer lugar fue “la Disfunción familiar”; una familia disfuncional se caracteriza por la presencia de patrones de interacción y dinámicas que obstaculizan el sano desarrollo emocional, social y psicológico de sus miembros, en ese contexto, surgen muchos efectos negativos que se reflejan en el comportamiento individual y social; y algunos de ellos se traducen directamente en conductas que podrían incrementar la inseguridad ciudadana, por ejemplo, la falta de valores, baja autoestima de los niños o adolescentes, problemas de apego, violencia aprendida, un ambiente de desesperanza, y falta de oportunidades (la disfunción familiar suele estar asociada a condiciones socioeconómicas precarias, limitando las oportunidades educativas y laborales, lo que puede empujar a las personas hacia actividades ilícitas por necesidad o frustración). Una de las sub-causas discutidas que aportan a la inseguridad y que llevan a las familias ser disfuncionales fue el desempleo y las condiciones de pobreza que vive una gran cantidad de personas, quienes no necesariamente viven dentro del cantón (Prado et al., 2017).

Otra de las causas que resultó del taller, fue el “Mal control de emociones”, o mal manejo de la reacción que se da ante una emoción, lo cual se refiere a la dificultad para identificar, comprender y regular las emociones propias de manera adecuada, ya que esto puede manifestarse como: impulsividad: (reacciones emocionales desmedidas e inmediatas ante situaciones adversas o frustrantes), ira - agresividad (expresión de la ira o el enojo de forma violenta, física o verbalmente), falta de empatía, ansiedad y estrés. Las personas con dificultades para manejar sus emociones pueden verse involucradas en conductas de violencia interpersonal, comportamientos de riesgo, conductas imprudentes o temerarias que ponen en peligro la propia vida o la de los demás (Herrera Gómez et al., 2022)

También la mala gestión de las emociones puede manifestarse en situaciones de violencia



interpersonal, como violencia doméstica, agresiones callejeras o incluso femicidios, la tasa de femicidios en Costa Rica nos genera una alerta, y nos llama a cuestionar, ¿será que el mal manejo de emociones, que terminan en ataques de ira, genera un aporte a la inseguridad ciudadana? En Costa Rica “según las estadísticas judiciales el período del 2014-2023, se registró en total 238 femicidios” (Calderón, 2024). No solo en Costa Rica, sino a nivel mundial, tenemos un gran reto de analizar el patriarcado en la cultura, trabajar la masculinidad no violenta, trabajar en la inteligencia emocional.

La tercera causa identificada fue la “Falta de malicia (ser confiado)”. Se percibe que la cultura de ser “pura vida” del costarricense, en general induce a las personas a carecer de malicia; puede que fomente un exceso de confianza y esto puede llevar a descuidar las pertenencias personales o no tomar medidas de seguridad adecuadas. El hurto se caracteriza por la ausencia de violencia o intimidación en el momento del apoderamiento del bien, el delincuente toma el objeto sin que la víctima lo perciba o sin que este oponga resistencia.

Según el sitio web del Organismo de Investigación Judicial, en el Cantón de Belén se reporta más hurtos que todos los demás tipos de delitos, veamos una consulta de los últimos 5 años (del 26-6-2019 al 26-6-2024):

Categoría Delictiva	Cantidad
Hurto	708
Asalto	252
Robo	183
Robo de vehículo	123
Tacha de vehículo	98
Homicidio	6
Total de delitos	1,370

Fuente: Elaboración propia, con datos de Estadísticas policiales del OIJ (2019-2024).
(Organismo de Investigación Judicial, 2024)



La cuarta causa se definió como la “falta de educación y valores”, los participantes concuerdan en que la ausencia de principios como la honestidad, el respeto y la responsabilidad social puede generar conductas antisociales, agresivas o delictivas, que se reflejen como una de las causas del aumento de la inseguridad ciudadana, además esta causa se relaciona mucho con la Disfunción familiar ya que, es la familia la primera forma organizativa de la sociedad, y es el primer entorno desde donde los infantes y jóvenes pueden aprender o no valores y ética.

La quinta causa fue definida como “Infraestructura deficiente en casas y comercios” al respecto cabe detallar que si no se tienen elementos de seguridad o estos son deficientes (por ejemplo: falta de cerca , poca iluminación, ausencia de verjas – llavines – puertas o portones en mal estado, deficientes albadas, alarmas, cámaras, la ubicación de la caja registradora, etc.), se podría aumentar la inseguridad ciudadana, ya que si se perciben como fácilmente vulnerable y esto puede promover al delincuente a cometer el intento de robo. Según un artículo titulado “Factores determinantes de la percepción de seguridad en México: análisis estadístico a nivel regional” una de las 3 teorías explicativas de la percepción de inseguridad está el entorno urbano, el cual se describe como el conjunto de condiciones que puede incluir: falta de alumbrado, espacios deteriorados o abandonados, entre otros (Núñez Ríos, 2022; Vilalta, 2012)

Analizar las causas de la violencia, el delito, y la inseguridad debe considerar una diversidad de recursos de conocimiento que permitan comprender adecuadamente la complejidad y multidimensionalidad de este fenómeno (tal cual se explica en la última encuesta nacional de seguridad ciudadana en Costa Rica 2022) (PNUD-Costa Rica, 2022), es este análisis se comentan las 5 causas que se determinaron para el cantón de Flores, pero está claro que la inseguridad es multicausal, y está sujeta a la percepción individual. Se concluye que la inseguridad ciudadana no solo afecta la seguridad física de las personas, sino que también tiene un impacto significativo en la salud pública, generando problemas físicos, mentales y sociales (Leiva & Ramírez, 2021).



4.2.3 Problema Insatisfacción en el acceso a los Servicios de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un sistema de salud como “una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población”. (OMS, 2020) Para lograr ese objetivo se interrelacionan diferentes instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo actividades de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y reinserción.

El acceso a los servicios de salud debe de ser de forma universal donde, las personas no sufran de discriminación al buscar acceso a los servicios que deben ser integrales, adecuados, oportunos, con medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles; donde los usuarios no sean expuestos a riesgos financieros principalmente los grupos vulnerables. (OPS, 2024) Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la región de las Américas un 29.3% de la población reportan que no buscan atención en salud por las múltiples barreras de acceso existentes, un 17, 2 % indicaron que su decisión se debió a barreras organizativas como largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas y requisitos administrativos engorrosos. El 15,1% corresponde a barreras financieras e inadecuada disponibilidad de recursos como falta de personal, medicamentos e insumos. (OPS, 2024)

Durante el 2017 la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica presentó un informe donde se indicó que el 23.77% de las intervenciones realizadas fueron por denuncias que incluye problemas de atención en hospitales, EBAIS y clínicas, encargadas de brindar servicios de salud.

En el Taller número uno, realizado con los actores sociales de la comunidad del Cantón de Flores y analizados en el Taller número dos con los actores institucionales involucrados, se lograron identificar los principales problemas de acceso a los servicios de salud que afectan a la comunidad del Cantón de Flores, los cuales son los siguientes:

1. Aumento de enfermedades crónicas no transmisibles:

Los diferentes hábitos de vida de las personas que en su mayoría incluyen una alimentación no saludable, una vida sedentaria con poca educación en salud, nos contribuyen al aumento



de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, dislipidemia entre otros, lo que aumenta significativamente el número de citas por esta causa asociado al aumento de la esperanza de vida.

2. Horarios tradicionales de atención:

Para una parte de la población se les dificulta acudir a citas médicas en los horarios actuales de atención debido que su trabajo no se lo permite o por estar al cuidado de algún familiar, lo que lograr tener horarios vespertinos para la atención primaria sería de gran ayuda para este sector de la población permitiéndole acudir a su atención médica sin verse perjudicado económicamente por faltar al trabajo.

3. No uso de medios tecnológicos (Expediente Digital Único en Salud-EDUS):

Se han implementado medios tecnológicos como el EDUS para facilitar el acceso a las citas, sin embargo, se ha identificado que gran parte de la comunidad no sabe utilizarlas por desconocimiento de su uso y ventajas, esto se debe a una falta de capacitación al usuario.

4. Falta de oferta de los servicios de salud – Falta de recurso humano:

Los servicios de salud tienen un faltante de personal lo que no permite dar más citas por día lo cual se encuentra regulado por diferentes políticas institucionales que dificultan la creación de nuevas plazas para nombrar a los profesionales.

5. Falta de calidez en la atención:

El corto tiempo que cada profesional cuenta para la atención de los pacientes les impide ofrecer una atención integral y con calidez asociado a un exceso de trabajo que día a día va en aumento.

4.2.4 Problema Condiciones desfavorables para la movilidad urbana

La realidad de la movilidad en el país se traduce en aceras, al igual que las ciclovías, en un arma de doble filo para la promoción de la movilidad activa: por un lado, son infraestructura requerida, pero por otro se construyen tan mal y con materiales de tan baja calidad que es difícil circular por ellas. Un panorama de aceras sin el ancho correspondiente, huecos,



desniveles, entre otras características que dificultan la movilidad (Mauricio-Leandro, s/f).

Según estudios realizados, (Tlapa Pale et al., 2023), se concluye que la discapacidad se presenta a cualquier edad, pero son los adultos mayores los que presentan mayores grados. A mayor edad se asocia positivamente a una mayor afección a nivel de las funciones corporales, actividades diarias, participación social, menor comprensión y comunicación, menor movilidad, poco autocuidado y trabajo reenumerado.

Específicamente con el tema de discapacidad y movilidad, si bien es cierto que Costa Rica cuenta con Legislación que respalda y protege a la población con discapacidad, con un total de 42 leyes y 302 decretos ejecutivos con medidas generales y específicas, la realidad es que no se contempla las necesidades de cada cantón con respecto a que las condiciones en infraestructura pública referente a las condiciones de movilidad difieren respecto a la prioridad y/o atención de cada Gobierno Local sobre el tema.

Las características físicas y de diseño se encuentran estipuladas en el marco legal costarricense a través del Reglamento a la Ley 7600, Reglamento de Construcciones, Reglamento para el Control Nacional de Fraccionamiento y Urbanizaciones, Código Municipal, Reglamentos específicos de las municipalidades y el Manual de especificaciones generales para la construcción de carreteras, caminos y puentes CR-2010. Algunas otras referencias para el adecuado diseño y construcción son las Normas Técnicas de Costa Rica y las guías emitidas por el Instituto Costarricense del Cemento y del Concreto (Padilla et al., s/f).

Tal como se expone dentro del estudio realizado en Colombia, se concluye que la población al encontrar aceras en mal estado y/o inexistentes, inhibe la movilidad debido a que les genera inseguridad.

Dentro de nuestro país, se han realizado estudios para evidenciar las condiciones de movilidad presente en algunas zonas. Un ejemplo, es el estudio realizado en el centro de



Guadalupe de Goicoechea, dentro del cual se concluye que las aceras deben tener el espacio peatonal correspondiente para así brindar a los peatones los anchos de circulación que necesitan en cada acera (Fernández-Garza & Hernández-Vega, 2018). Adicionalmente, no es solo el ancho de la acera, sino que se encuentre en buen estado.

Como indica, Padilla et al (s/f), las aceras son un elemento fundamental de la infraestructura de transporte; sin embargo, de acuerdo con una caracterización del estado actual de la gestión de las aceras en 15 municipalidades de Costa Rica se evidencia que no existe una gestión adecuada de este activo y la misma es sumamente deficiente.

Durante las labores en el Taller ASIS en la mesa de trabajo del cantón de Flores se identificaron las siguientes causas raíz referente a la movilidad que se presenta a nivel cantonal y nacional: Falta de actualización de la legislación referente a la 7600, Falta de visión integral para ejecutar infraestructura conforme a las necesidades cantonales, Falta de capital para sufragar los costos de la construcción de aceras que son responsabilidad de cada dueño de propiedad, Falta de capital de dueños de propiedades y Falta de sensibilización por parte de la población (propietarios) para asumir sus obligaciones en construcción de aceras y respetar los retiros y linderos. Aspectos que reflejan las limitantes del gobierno local, así como las preocupaciones que enfrenta el cantón sobre la situación de la movilidad.

En el cantón de Flores, la Municipalidad y el Equipo de Gestión Local como parte de un plan de trabajo, han establecido, durante julio del 2022, un proceso de actualización del Plan Cantonal de Desarrollo Humano Local para el cantón por el periodo 2020-2030, dentro del cual se establece el objetivo para el sub-eje de accesibilidad, correspondiente a Impulsar infraestructura peatonal acorde a las necesidades de movilidad urbana. Esto con el fin de garantizar el cumplimiento de la Ley 7600 en la infraestructura peatonal a través de componente de aceras, rampas y colocación de postería de acuerdo con los requerimientos técnicos y legales (Municipalidad de Flores, 2022).



Es responsabilidad del Estado generar políticas públicas en las cuales se contemplen las ciudades amigables para todas las edades, sexos, condiciones físicas, entre otros, en donde puedan transitar las personas de manera accesible y segura (Padilla et al., s/f).

Es importante promover modelos urbanos suficientemente compactos y con una buena conectividad, es decir, crear comunidades viables económica y socialmente, dotadas de servicios locales accesibles y posibilidades de movilidad y actividad física diaria al alcance de todos (Unhabitat.org, s/f).

Cada municipalidad tiene la responsabilidad de generar estrategias para implementar sistemas que permitan el mantenimiento, la construcción y la reparación de las aceras de manera proactiva y a corto plazo.

4.2.5 Problema Malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año

Los trastornos congénitos se conocen también con el nombre de anomalías congénitas, malformaciones o defectos congénitos. A nivel mundial, se calcula que fallecen anualmente 240 000 recién nacidos en sus primeros 28 días de vida por trastornos congénitos, y la muerte de otros 170 000 niños de entre las edades de 1 mes a 5 años. Dentro del descenso de las tasas de mortalidad de neonatos y menores de 5 años, los trastornos congénitos constituyen un porcentaje mayor de la causa de muerte en esos grupos etarios. Los trastornos graves más frecuentes son los defectos cardíacos, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. Los trastornos congénitos pueden deberse a uno o varios factores genéticos, infecciosos, nutricionales o ambientales, con frecuencia es difícil determinar las causas exactas (OMS, 2023), estos factores son multicausales los cuales abarcan tanto determinantes estructurales como intermedios.



Hernández (2020) describe en su artículo de revisión que las malformaciones cardíacas congénitas son un conjunto de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, y que actualmente no se conocen las causas exactas que predisponen a este padecimiento, sin embargo, señala que existen factores de riesgo que predisponen a estas malformaciones según determinantes sociales de la salud como la edad materna (menor de 20 o mayor de 35 años), uso de fármacos durante la gestación, hábitos tóxicos como el alcoholismo y tabaquismo, factores relacionados propiamente con el embarazo tales como la anemia, el bajo peso, amenaza de aborto, infecciones y períodos intergenésicos cortos.

Adicionalmente, se describe que existen otros factores que puede intervenir en esta predisposición, aunque no ocurran o tengan su inicio dentro del período gestacional, si no antes del embarazo como lo son el sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, alimentación desequilibrada que a su vez llevarían a hiperglicemia, hipertensión arterial, obesidad gestacional y otros padecimientos a desarrollarse en el periodo del desarrollo embrionario. Estos factores, aunque no son causas directas de las malformaciones cardíacas se pueden considerar como las “causas de las causas” (Hernández, 2020).

De acuerdo con la OMS (2023), un bajo nivel de ingresos económicos puede ser determinante indirecto de trastornos congénitos, debido a que estos son más frecuentes en familias y países con escasos recursos. Se calcula que un 94% de los trastornos congénitos graves se dan en países de ingreso bajo y mediano. Al ser un determinante indirecto, el mayor riesgo se relaciona con una posible falta de acceso a alimentos nutritivos en cantidad suficiente por parte de las embarazadas, una mayor exposición a agentes o factores como infecciones y consumo de alcohol, o un peor acceso a atención de salud y tamizajes.

Otros causas y factores de riesgos son relacionadas a determinantes biológicos tales como la consanguinidad (cuando los progenitores tienen una relación de parentesco estrecha) asimismo, incrementa la prevalencia de trastornos genéticos congénitos raros y duplica el riesgo de muerte neonatal o infantil, discapacidad intelectual y otras anomalías. Por otra



parte, una minoría de trastornos congénitos se deben a anomalías genéticas, ya sean alteraciones cromosómicas como, por ejemplo, el síndrome de Down o trisomía 21, o la presencia de un solo gen defectuoso como, por ejemplo, la fibrosis quística (OMS, 2023)

La OMS (2023) señala que la edad de la madre es también un factor de riesgo para el desarrollo intrauterino anómalo del feto. La edad avanzada de la madre incrementa el riesgo de anomalías cromosómicas. Otras anomalías se producen por factores ambientales, como infecciones de la madre (sífilis, rubéola, zika), exposición a radiación, algunos contaminantes, carencias nutricionales de la madre (por ejemplo, carencia de yodo o de ácido fólico), enfermedades de la madre (diabetes materna) o el consumo de algunas drogas o fármacos (alcohol, fenitoína).

El diagrama causa-efecto de malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año resultado del segundo taller con expertos, se puede apreciar varios factores de riesgo según determinantes sociales de la salud que inciden en este evento, donde se identificó y priorizó las siguientes cinco causas priorizadas según Pareto: 1. Enfermedades inducidas por el embarazo (Determinante biológico), 2. Infecciones de transmisión sexual en la madre y el padre (Determinante de comportamiento), 3. Malnutrición de la madre (Determinante de comportamiento), 4. Consumo de drogas, alcohol y tabaco de los padres (Determinante de comportamiento), 5. Captación tardía de la embarazada (Determinante Servicios de salud), los cuales responden a los determinantes intermedios. Como se puede apreciar, los factores de riesgo mencionados anteriormente pueden ser modificables mediante estrategias de prevención y promoción de la salud según curso de vida para el fortalecimiento de los factores protectores en la población, con articulación intersectorial e interinstitucional.



4.2.6 Problema Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años

La Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión (CIE-11) definen el intento de suicidio bajo la nomenclatura MB23.R Intento de suicidio, como un: “Episodio específico de conducta autodestructiva emprendida con la intención consciente de poner fin a la propia vida” y Buitrago, et al (2018) señalan que “el intento suicida es cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua” (p. 7-8).

Paralelamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida, y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f) el suicidio es un problema de salud pública importante, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a las personas, sino también a las familias y las comunidades.

La OMS señala que cada año, a nivel mundial, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos, y es una de las principales causas de muerte prematura en todo el mundo. Específicamente, la muerte por suicidio representó más de una de cada 100 muertes (1,3%) en el 2019. Desde que la OMS declaró al COVID-19 como una pandemia en marzo de 2020, más individuos experimentan pérdida, sufrimiento y estrés.

Además, esta misma Organización refiere que por cada suicidio consumado hay muchas más tentativas de suicidio. En la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en el mundo.

La OMS (2021), ha identificados los siguientes grupos de riesgo; a pesar de que existe un vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol) que está bien documentado en los países de altos ingresos, muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis, en las que su capacidad



para afrontar las tensiones de la vida, como los problemas económicos, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas, está mermada.

También, se ha encontrado como otro factor de riesgo que vivir conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos y sensación de aislamiento puede generar conductas suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables y discriminados, como las personas refugiadas y migrantes; los pueblos indígenas; las personas LGTBI+ (lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales), y las personas privadas de libertad. Sin embargo, el principal factor de riesgo es, con diferencia, un intento previo de suicidio.

El informe regional sobre la mortalidad por suicidio indica que en la región de las Américas del período 2015-2019 y que fue publicado en el año 2022, se indicó que en este periodo hubo en promedio 93.737 muertes por suicidio al año en la Región de las Américas, la mayoría en América del Norte (promedio anual de 54.766 muertes por suicidio; 41.928 hombres y 12.839 mujeres), seguida del Cono Sur (20.046; 15,623 hombres y 4.422 mujeres). La subregión con el menor número de muertes por suicidio fue la del Caribe no latino, con un promedio anual de 695 (546 hombres y 149 mujeres). Se estima que en el 2019 hubo 97.339 suicidios en la Región de las Américas, lo cual representa una tasa de mortalidad por suicidio de 9,0 por 100.000 habitantes (14,2 por 100.000 en hombres y 4,1 por 100.000 en mujeres). Otros datos señalan que alrededor del 79% de los suicidios en la Región ocurren en hombres. La tasa de suicidio ajustada por edad entre los varones es más de tres veces superior a la de las mujeres. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más. El suicidio es la quinta causa más importante de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) en las Américas, con un rango de casi nueve veces considerando el porcentaje de la carga total, desde el 0,4% en Antigua y Barbuda hasta el 3,6% en Surinam. La asfixia, las armas de fuego, la intoxicación con drogas y alcohol y el envenenamiento con plaguicidas y productos químicos son los cuatro métodos más utilizados para el suicidio, que representan el 91% de todos los suicidios en la Región.



Como se pudo observar, el tema del suicidio es considerado un problema de salud pública y por ello es tan relevante considerar los casos de intento suicida que se han presentado específicamente en el cantón de Flores. En este caso, y según los datos proporcionados por Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, en el período que va del año 2017 al 2022, se ha mostrado una tasa en ascenso; pasando de 29.1 en el 2017 a una tasa de 47.2 en el 2021. Cabe señalar que en el periodo de pandemia la tasa se disparó con un 93.5 siendo la más alta del quinquenio. Adicionalmente cabe rescatar como se observa en el gráfico 24, que el aumento de intentos de suicidio se da en mujeres desde el año 2017 con un 41,6 y para el año 2022 con un 86.7, mientras que en los hombres en el año 2017 la tasa fue de 16.6 y en el año 2022 con una tasa de 24.1 por 100 000 habitantes y alarma que para el 2023 la tasa incremento a 120, 8. A todo ello, se observa una línea de tendencia más clara hacia el alta en las mujeres.

El comportamiento observado se vincula directamente con la incidencia de trastornos depresivos; donde las mujeres presentan la mayor tasa a partir del año 2020 en adelante con un dato de 394,2 para el año 2020 y una tasa de 1363,9 para el año 2022; en balance con los hombres que en el año 2020 presentaron una tasa de 277,3,6 y para el año 2022 una tasa de 858,2.2 por cada 100.000 habitantes. En el periodo de pandemia la tasa de incidencia por depresión del cantón se incrementó significativamente. Cabe recalcar que a nivel nacional las tendencias de incidencia por depresión en las mujeres supera a la de los hombres, variable relevante para direccionar las acciones y esfuerzos de la organizaciones e instituciones en intervenciones diferenciadas de salud mental.

Retomando el Diagrama de Causa – Efecto para la autolesión se observa que son múltiples las variables que influyen en la presentación de los eventos de intentos suicidas; los cuales giran desde los comportamientos más individuales y que responden a la propia historia de vida, hasta determinantes orden estructural. Por lo tanto, el estado de salud mental de la población está construido por una serie de determinantes en ocasiones muy sutiles y otras muy evidentes que conectan con nuestro entorno y con las personas como entes individuales. El grupo de personas expertas consultada señaló y priorizó las siguientes causas raíz de la



autolesión:

1) Violencias, sexual, escolar, física, emocional (determinantes de comportamientos) en esta dimensión, se visualiza un mal manejo de las emociones y pocas o nulas habilidades de afrontamiento de situaciones estresantes; en general las personas no están lidiando con el malestar ni saben cómo regular y controlar sus preocupaciones, emociones, la angustia, los problemas o el estrés. Condiciones que cursan con dinámicas de poder que responden con ideologías dominantes que caracterizan el sistema social de nuestro país.

2) Estructuras Familiares disfuncionales (determinantes de comportamientos). Las estructuras filiales han sufrido un cambio importante en los últimos años, observando patrones de crianza negligentes, permisivos o autoritarios causando como resultados personas con altas vulnerabilidades y propensión a adoptar comportamientos compensatorios mal adaptativos. Las personas encargadas del cuidado han tenido que asumir roles cada vez más demandantes en la dinámica productiva lo que ha generado que la calidad del vínculo filial se precarice, inclusive que los roles parentales no sean asumidos debido a las exigencias cada vez más altas de la situación económica.

3) Escasa priorización de políticas públicas (determinante Sociopolítico), en este se encuentra falta de aplicabilidad de políticas eficaces en salud mental y poco apoyo gubernamental en este tema, pues se carece realmente de presupuesto, recursos (humanos y materiales) y estrategias eficaces que cumplan con el objetivo de prevenir estas situaciones de comportamiento suicida; en este sentido, parece haber desinterés político en la salud mental en general al priorizarse otros temas, o al no dársele la debida importancia a una temática que incluso a nivel mundial representa un problema de salud pública. A nivel más local puede existir la percepción de un limitado trabajo de coordinación interinstitucional.

4) Enfermedades mentales (Factores Biológicos), el fenómeno de autolesionarse generalmente se asocia a diferentes trastornos mentales como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de la conducta alimentaria; así como al consumo de sustancias tóxicas, la ansiedad o la depresión. Sintomatología que se gesta en periodos tempranos del desarrollo influidos por contextos violentos, privaciones, afrontamiento de eventos adversos, entre otros.



5) Consumo lícito e ilícito de sustancias psicoactivas (determinantes de comportamientos), existe una asociación entre los comportamientos autolesivos y el consumo de diferentes sustancias psicoactivas como la mariguana, el consumo de medicamentos sin prescripción médica, anfetaminas, metanfetaminas y el cigarro. Rangel y otros (2022). Tomando en consideración la edad de mayor incidencia de eventos autolesivos, se podría señalar la necesidad de pertenencia, la dificultad para la auto regulación emocional y la ausencia de estrategias adaptativas de afrontamiento.

Como bien se ha documentado, el comportamiento suicida es multicausal, intervienen tanto determinantes estructurales como intermedios. Los factores de riesgos en torno al intento de suicidio (e ideaciones suicidas y autolesiones) así como al suicidio propiamente son muchos. El factor genético, inscribe patrones en la mente y esta herencia genética puede predisponer a ciertos trastornos mentales. Aunado a ello se encuentran los desequilibrios químicos en el cerebro, como neurotransmisores que desestabilizan la homeostasis neuroquímica, muchas veces debido a factores medio ambientales, dificultades para la gestión del estrés y de las emociones; lo cual se ve afectado directamente en el estado mental.

Íntimamente relacionado a ello están las experiencias tempranas que moldean nuestra salud mental y pueden influir en la vulnerabilidad al suicidio. La vivencia de experiencias adversas en la infancia, como de violencia, maltrato o negligencia pueden generar memorias patológicas que harán a las personas más vulnerables hacia el espectro del comportamiento suicida. Es fundamental brindar apoyo y promover la conciencia sobre la importancia de la salud mental.

González y otros (2023), plantean que un elemento relevante en los determinantes de comportamiento es el consumo de sustancias psicoactivas; este puede ser un factor de riesgo para las lesiones autoinfligidas, con elementos precipitantes individuales como la baja tolerancia a la frustración, las conductas agresivas o impulsivas y el un autoconcepto disminuido. Si ampliamos la perspectiva al entorno individual más cercanos tenemos que considerar el consumo de sustancias por parte de padres, madres o personas cuidadoras, un entorno familiar violento, escasa supervisión parental y los estilos de crianza autoritarios o



permisivos.

Dentro de los factores sociales que contribuyen a la vulnerabilidad hacia el consumo hay que considerar la violencia en el ámbito escolar o social, la disponibilidad de la sustancia y la influencia del grupo de pares en el caso de personas adolescentes.

Entonces, relacionando todo lo mencionado anteriormente con los problemas en salud y en salud mental que identificó la comunidad y los actores sociales, se encuentra gran relación con los factores de riesgo involucrados en el intento suicida, como lo son la desintegración familiar, la escasa priorización de políticas públicas, el consumo de sustancias psicoactivas; y es que todos estos problemas afectan no solo la estabilidad emocional de una persona sino que estas situaciones estructurales son factores de riesgo que exponen a las personas, especialmente a las más vulnerables.

Vinculado con lo anterior, Lomba et al (2013) y la OPS (2011) citados en Corona et al. (2016) señalan como factores de riesgo comunitarios: “El deterioro socioeconómico de la comunidad, falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación, oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (culturales y recreativas) vecindario inseguro; exposición a agresiones, violencia; guerras, desastres, pertenencia a una minoría discriminada, alta incidencia de alcoholismo y otras adicciones y comportamiento suicida aceptado”(p.97).

De igual forma, estos mismos autores consideran como factores de riesgo familiares “los conflictos o desorganización familiar; antecedentes de conducta suicida en la familia y familias con trastornos mentales graves y persistentes; violencia doméstica, abuso sexual, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres, tanto psicológica como física; bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; problemas familiares de comunicación; facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar” (p.96).

Si bien es cierto que los servicios de salud no son directamente un factor de riesgo para las lesiones autoinfligidas, pero su acceso y calidad pueden influir en la prevención y el tratamiento. Las vulnerabilidades aumentan cuando las personas no pueden acceder



fácilmente a servicios de salud mental, como terapia o atención psicológica, psiquiátrica o medicamentosa; inclusive la falta de acceso puede retrasar la identificación y el tratamiento de trastornos mentales, lo que puede agravar el riesgo de lesiones autoinfligidas. Además, si los servicios de salud mental no son adecuados o están sobrecargados, las personas pueden recibir una atención insuficiente, aunado al estigma y discriminación que ya está asociado a los trastornos mentales. Es por ello por lo que los servicios de salud desempeñan un papel crucial en la prevención del suicidio al proporcionar información, apoyo emocional y estrategias de afrontamiento, así como detección temprana y el seguimiento regular pueden ayudar a prevenir lesiones autoinfligidas, Kandsperger y otros (2021).

Como se puede observar los factores de riesgo asociados a estos eventos corresponden a factores principalmente de comportamiento lo cual brinda la posibilidad de realizar intervenciones ya que estas variables pueden ser modificables si son intervenidas desde el trabajo realizado en la Inter institucionalidad.

4.2.7 Problema Enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 64 años

El alcohol, es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, que se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El uso nocivo del alcohol causa una alta carga de morbilidad y tiene importantes consecuencias sociales y económicas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y de discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. (Ahumada, Gámez y Valdez, 2017)

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en Costa Rica, superando por mucho el consumo combinado de tabaco, marihuana, cocaína y crack. Esta sustancia es considerada



como una droga social, pues el consumo es bien visto por parte de la sociedad, incentivando de muchas formas la ingesta, y tolerando las repercusiones sociales que el consumo trae consigo (IAFA, 2015).

Cuando en las actividades familiares, laborales o comunitarias se acostumbra a consumir alcohol, las personas que lo ingieren con regularidad tienen mayor riesgo de sufrir daños.

En nuestro país, a pesar de los daños a corto, mediano y largo plazo que conlleva una ingesta perjudicial de esta sustancia, así como que desde el año 2000 se presentaba una disminución paulatina de niveles de prevalencia en consumo activo, cuyo punto más bajo fue el año 2010 (20,5%), se percibe un aumento importante en el total de consumidores para el año 2015, ubicando la cifra en un 27,9%, mucho mayor a la que se presentó en el año 1990, (considerando además la existencia de una mayor densidad poblacional en un periodo de 25 años). (IAFA, 2015).

En los últimos años se ha incrementado la disponibilidad y la variedad de bebidas alcohólicas en Costa Rica, hecho que coadyuva en el aumento del consumo por parte de segmentos poblacionales nuevos y diversos, quienes han visto en productos como bebidas alcohólicas preparadas con alto contenido de azúcar, cervezas artesanales, o té frío con alcohol, por mencionar algunas, alternativas diferentes a la cerveza.

Lamentablemente, la percepción de riesgo de las bebidas alcohólicas es muy baja en comparación con otras que no son tan consumidas, percepción que, en conjunto con la promoción realizada desde la industria de bebidas alcohólicas, ha hecho posible un aumento en el consumo de la sustancia, así como de las problemáticas asociadas. En contraposición a lo anterior, la percepción de riesgo del consumo de cocaína y crack se reporta como la más elevada, lo que guarda estrecha relación con que el consumo de estas sea muy inferior al de otras sustancias como el alcohol o el tabaco.



Por tanto, se tiene una serie de factores que influyen en los niveles y patrones de consumo de alcohol y en la magnitud de los problemas relacionados con esa sustancia en la población a nivel individual y social. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Si bien no existe un único factor de riesgo dominante, cuantos más factores vulnerables converjan en una persona más probable será que desarrolle problemas relacionados con el alcohol como consecuencia de su consumo.

Por ejemplo, el consumo elevado de alcohol tiene como resultado un aumento del desempleo (Mullahy y Sidelar, 1996) e ingresos potencialmente menores, si se lo compara con consumos menores (Hamilton y Hamilton, 1997). El mayor consumo o intoxicación con alcohol incrementa el riesgo de ausentismo por enfermedad (incluyendo impuntualidad para llegar o salir del trabajo) y de suspensiones disciplinarias, lo que causa disminución en la productividad; rotación de personal por muerte prematura; problemas disciplinarios o baja productividad a causa del uso de alcohol; mala conducta, que redundo en medidas disciplinarias; robo y otros delitos; mala relación entre los compañeros de trabajo y baja moral en la compañía (Marmot et al. 1993; Mangione et al. 1999; Rehm y Rosow, 2001).

Los problemas de salud, de seguridad y socioeconómicos atribuibles al alcohol pueden reducirse si los gobiernos formulan y aplican políticas apropiadas. Por ejemplo regular la comercialización de las bebidas alcohólicas; regular y restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas; reducir la demanda mediante mecanismos tributarios y de fijación de precios; sensibilizar a las personas y a la sociedad en general sobre los problemas sanitarios y sociales causados por el uso nocivo del alcohol; garantizar el apoyo a políticas eficaces en materia de alcohol; proporcionar tratamiento accesible y asequible a las personas que padecen trastornos por abuso del alcohol, y poner en práctica programas de tamizaje e intervenciones breves en servicios de salud para disminuir el consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas. (Organización Mundial de la Salud, 2022).



El grupo de trabajo consultado para el análisis de esta enfermedad en el cantón de Flores, identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la enfermedad alcohólica del Hígado en el grupo de edad de 20 a 64 años: 1) Poca participación intersectorial en salud (determinante estructural: factor sociopolítico) 2) Identidad cultural del alcohol (determinante estructural: factor sociopolítico) 3) Normalización del uso del alcohol (determinante de comportamiento) 4) Facilidad al acceso a bebida con alcohol (determinante circunstancias materiales de vida) y 5) Desempleo y subempleo (determinante circunstancias materiales de vida).

Es importante reconocer que cada factor de riesgo tiene un impacto significativo sobre la respuesta individual hacia el consumo del alcohol, pero generalmente estos factores no influyen de manera precisa en la elección o no del consumo, más bien estos factores se interrelacionan entre sí, incrementando la probabilidad de consumo de alcohol, haciendo difícil encontrar una causa específica del origen de esta conducta. Para atenuar o disminuir estos factores de riesgo, se encuentran factores protectores y líneas de acción que permiten trabajar en esas causas raíz priorizadas de la enfermedad.

4.2.8 Problema Infarto Agudo de Miocardio en el grupo de 65 años y más

A nivel mundial el infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMCEST) es una de las principales causas de muerte en la población adulta (Chacón-Díaz,2018). En Europa, uno de cada 6 varones y una de cada 7 mujeres morirá por infarto de miocardio, siendo la mortalidad a 6 meses de aproximadamente un 12%. En los últimos años su incidencia ha ido disminuyendo y se ha visto un aumento de infartos sin elevación del segmento ST. La incidencia en Europa es entre 44 y 142 casos por 100,000 habitantes-año (dependiendo del país). La intervención coronaria percutánea (PCI) primaria se utiliza en un 5 a un 92% de los casos y en un 55% de los casos de fibrinólisis, con una mortalidad intrahospitalaria entre 4.2 y 13.5% (mayor en pacientes tratados con fibrinólisis). En los Estados Unidos el IMCEST significa el 25-40% del total de los casos de infarto de miocardio, con una mortalidad



intrahospitalaria del 5-6% y del 7-18% al año. Aproximadamente un 30% son mujeres y un 7% no recibe reperfusión.

A nivel mundial, según la OMS, cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa, principalmente enfermedad cardíaca isquémica y accidente cerebrovascular. Más de tres cuartas partes de estas muertes se producen en países de bajos y medianos ingresos, donde los casos siguen aumentando.

En América Latina y el Caribe, la hipertensión es una condición muy común que conduce tanto a la enfermedad cardíaca como al accidente cerebrovascular, y datos de la red NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) muestran que 28% de las mujeres y el 43% de los hombres desconocen su condición de hipertensos.

El riesgo de cardiopatía y de accidente cerebrovascular se ve incrementado por las dietas poco saludables, sobre todo las que tienen un alto contenido en sal, grasas y azúcares refinadas, y por los bajos niveles de actividad física. El consumo de tabaco es también uno de los principales factores de riesgo, ya que contribuye a cerca del 10% de todas las muertes por ECV.

En Costa Rica el IAM representa aproximadamente las dos terceras partes y es la primera causa de muertes específica en ambos sexos (Evans-Meza, 2020). Durante el año 2015 hubo 1383 defunciones por IAM para una tasa de 28.6 por cada 100,000 habitantes. Porcentualmente representó el 51.2 % del grupo de la EIC. Esta última patología fue responsable de 2690 defunciones (tasa de 47.9 por 100 000) lo que equivale al 47.3 % del grupo de las enfermedades cardiovasculares. (Ministerio de Salud Costa Rica, 2017).

En Costa Rica son muy escasos los trabajos publicados sobre la epidemiología del infarto al miocardio. Roselló-Araya y Guzmán-Padilla (2003) estudiaron la mortalidad durante el periodo 1970-2002 según su distribución geográfica y lugar de ocurrencia. Más adelante,



estas dos mismas investigadoras publicaron otro artículo más extenso y detallado, ya que incluyeron además la evolución de la mortalidad por ECV, la EIC y el IAM, durante el lapso 1970-2001 (Roselló-Araya & Padilla-Guzmán, 2004). De la misma índole epidemiológica no conocemos más trabajos que se hayan publicado en el país o fuera de él.

Resulta conveniente mencionar brevemente algunos aspectos de la carga de la enfermedad por IAM en Costa Rica, ya que refuerza la importancia epidemiológica de este problema. Esta enfermedad específicamente aparece entre las cuatro primeras posiciones de causa de muerte prematura (YLL) en Costa Rica durante los años 2008, 2012 y 2013 y en conjunto, para esos mismos años, la EIC aparece en el segundo lugar.

La mortalidad por IAM en Costa Rica se incrementó notablemente durante las últimas tres décadas del siglo veinte, pero a partir de allí las tasas han disminuido significativamente. Se postula que ello puede atribuirse, de manera semejante a lo ocurrido en los países desarrollados con mucha anterioridad, a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares, por un lado, y al espectacular avance médico-tecnológico de la atención a pacientes en los grandes centros de salud que cuentan con óptimos tratamientos médicos quirúrgicos. Sin embargo, existen dos factores que amenazan la continuación del éxito alcanzado en la lucha en contra de estas enfermedades: el incremento notorio de la obesidad y el aumento de la prevalencia de la diabetes.

A manera de corolario se puede afirmar que, pese a una leve tendencia a la disminución de la mortalidad por IAM en estos últimos quince años, el IAM continuará siendo un grave problema de salud en Costa Rica y para revertir la situación tendrá el gobierno nacional que continuar esforzándose en disminuir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT y en mejorar la atención de los pacientes que tienen la enfermedad.



CAPITULO V: IDENTIFICACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ PRIORIZADAS

5.1 Descripción de la Metodología

De las cinco causas raíz priorizadas en el Pareto según problema de salud como producto del segundo taller con expertos, el equipo rector de ASIS retomó este insumo para la identificación de factores protectores por cada causa raíz priorizada y propuesta de líneas de acción.

Para lo anterior, se utilizó la matriz “Identificación del factor protector y líneas de acción” (figura 3) de la Guía Metodológica para la elaboración del ASIS (2019), la cual se compartió con las mesas de trabajo de expertos por cada problema de salud como parte del insumo preliminar a fin de alimentar la identificación de las líneas de acción con énfasis en promoción de la salud, y prevención.

Para esta metodología de trabajo, se tomó como referencia las causas secundarias y terciarias de los resultados de las causas raíz de cada problema identificado, y se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos según temática, así como las políticas, estrategias y planes del Ministerio de Salud, otros ministerios, gobiernos locales y otras instituciones

Finalmente, el equipo rector realizó un taller trabajo de ASIS a lo interno, para presentar y realimentar cada una de las propuestas de líneas de acción según problema de salud identificados.



Problema de salud: Obesidad					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	4.2 Estilo de vida sedentario	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física	Municipalidad	ICODER MSP
			Incorporar a promotores de la actividad física en el primer nivel de atención de la salud.	CCSS	MS MTSS

Figura 3: Identificación del factor protector y líneas de acción.

A continuación, se presenta las matrices con la identificación del factor protector y la propuesta de líneas de acción por cada causa raíz según problema de salud, con énfasis en promoción de la salud y prevención.



5.2 Identificación del factor protector y las líneas de acción por cada causa raíz según problema salud (propuesta)

Cuadro 8. Problema de salud Drogadicción: Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Circunstancias materiales de vida	Disfuncionalidad de la situación familiar	Fortalecimiento de la integración familiar y la comunicación asertiva dentro de las familias.	Creación e implementación de Programas y espacios que promuevan y fortalezcan los espacios de convivencia familiar, en el cual se incorporen temas tales como: Comunicación asertiva, Establecimiento de límites, Tipos de vínculos y de apegos, Roles familiares, Sexualidad en el niño(a) y adolescentes, prevención del suicidio, depresión, ansiedad, entre otras. Se podrían apoyar en Escuelas para padres-madres y encargados(as) para estos fines.	Red Interinstitucional de Flores (Fuerza Pública, CCSS, PANI, IAFA, MEP, Policía Municipal, Biblioteca Pública, Ministerio de Salud, IMAS, INAMU, CONAPDIS)	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades



			Procesos de capacitación y sensibilización a instituciones públicas y comunidades, con base en la Política Nacional para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres	Red de Violencia del Cantón de Flores (Fuerza Pública, CCSS, PANI, MEP, Policía Municipal, Biblioteca Pública, Ministerio de Salud, IMAS, INAMU, CONAPDIS)	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Comercio Universidades
Factores Socioeconómicos	Desempleo o Empleo de baja remuneración	Promover estrategias de emprendimiento local que coadyuven a disminuir la brecha social y brinden empleo.	Establecer alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas, para promover el empleo digno, justo y formal.	Oficina de emprendimientos de la Municipalidad	INA, IMAS, Ministerio de Trabajo, Universidades públicas y privadas
Factores Sociopolíticos	Gasto e inversión pública en salud	Políticas públicas articuladas y comprometidas en la atención de personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas	Establecer alianzas publico privadas en el abordaje del problema de consumo de sustancias psicoactivas	Entes privados, IAFA, Ministerio de Seguridad	Ministerio de Salud



Circunstancias materiales de vida	Hacinamiento y asequibilidad de vivienda	Generación de espacios comunales de esparcimiento, actividad física y recreación.	Articulación interinstitucional de programas para el fortalecimiento de espacios comunales de esparcimiento, actividad física y recreación.	Fuerza Pública Municipalidad de Flores Comité Cantonal de Deportes de Flores	Ministerio de Salud
Factores Socioeconómicos	Acceso y oferta a las sustancias psicoactivas	Fortalecer las habilidades para la vida que autodefinan al individuo como un ser único y con intereses particulares en los diferentes grupos poblacionales.	Articular acciones para el desarrollo de las habilidades para la vida y prevención de consumo de sustancias.	MEP, IAFA, Municipalidad	Ministerio de Salud



Cuadro 9. Problema de salud Inseguridad Ciudadana: Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Socioeconómicos	Disfunción familiar	Familias funcionales	<ol style="list-style-type: none">1. Fomento de la comunicación abierta y honesta.2. Estimulación del tiempo de calidad en familia.3. Fortalecimiento de los lazos familiares.4. Promoción del bienestar individual de los miembros de la familia.5. Promoción de un ambiente familiar positivo y seguro	Cada familia.	Organizaciones religiosas - Iglesia católica. Catecismo. PANI, Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM): Ofrece programas de educación sexual y reproductiva, prevención del embarazo en adolescentes y fortalecimiento familiar. Centro de Desarrollo Integral para la Familia (CEDIFAM). Asociación Nacional de Educadores (ANDE).



Factores Biológicos	Mal control de emociones	Control adecuado de las emociones	<ol style="list-style-type: none">1. Fomento del autoconocimiento emocional.2. Desarrollo de las habilidades de regulación emocional.3. Fortalecimiento de la comunicación asertiva.4. Promoción de la empatía y la inteligencia emocional.5. Promoción de los entornos de apoyo (grupos de apoyo, sensibilización y capacitación)		Instituto WEM, INAMU, MenEngage, Red de hombre Central Norte, Redes VIF Belén Flores. CONAJE. CEDHI. UNA. UCR. Asociación Costarricense de Psicología (ACP)
Comportamiento	Falta de malicia (ser confiado)	Precaución, desarrollo de la malicia	<ol style="list-style-type: none">1. Sensibilización y educación (divulgación de información sobre los hurtos).2. Fomento de la observación del entorno (Promoción de la vigilancia vecinal).3. Promoción de las medidas de seguridad (Mejora de la iluminación pública, uso de cámaras de	Ministerio de Seguridad Pública (Fuerza pública) - Policía Municipal	Municipalidad (para difundir consejos en diferentes medios). OIJ,



			seguridad, promoción del uso de alarmas). 4. Fortalecimiento de la confianza en las autoridades (promoción de los programas de participación ciudadana, y la necesidad de denunciar).		
Comportamiento	Falta de educación y valores	Incrementar la educación y los valores	1. Promoción de los programas de educación formal y no formal. 2. Creación de oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida (Educación continua: Fomentar la educación continua para adultos a través de cursos, talleres y programas de capacitación). 3. Fortalecimiento de los valores éticos y cívicos (promover la cultura de la paz, promover la participación ciudadana	Cada familia. Sistema educativo MEP.	Grupo Guía y Scout, INA, Fundación Fundamentos.



			a través de diferentes mecanismos, como el voto, el voluntariado y la participación en organizaciones sociales. Enseñar valores éticos: Enseñar a las personas la importancia de la honestidad, la responsabilidad, la justicia y la solidaridad en la vida cotidiana)		
--	--	--	--	--	--



Circunstancias materiales de vida	Infraestructura en casas y comercios	Mejor infraestructura en casas y comercios	<p>1. Mejoramiento de la seguridad física de las viviendas (fortalecer las puertas y ventanas: Instalar puertas y ventanas resistentes a la entrada forzada, con cerraduras y sistemas de seguridad adecuados. Rejas y protecciones: Colocar rejas, protecciones o alarmas en ventanas y puertas para dificultar el acceso de intrusos. Iluminación exterior: Mejorar la iluminación exterior de las viviendas, especialmente en zonas de acceso y áreas circundantes.)</p> <p>2. Mejoramiento de la seguridad en los comercios (Alarmas y sistemas de seguridad: Instalar alarmas, cámaras de vigilancia y otros sistemas de seguridad en los</p>	Cada vivienda, comercio. Fuerza pública - Policía Municipal. Municipalidad de Flores.	MIVAH, INVU, CNE, Asociación Costarricense de Ingenieros Civiles (ACIC)
--	--------------------------------------	--	--	---	---



			<p>comercios. Protecciones físicas: Colocar rejas, puertas de seguridad y otros elementos físicos que dificulten el acceso de intrusos. Capacitación a comerciantes: Brindar capacitación a los comerciantes sobre medidas de seguridad y prevención de robos.) 3. Promoción de los espacios urbanos seguros. 4. Fomento de la participación ciudadana y la responsabilidad social (promover los comités de seguridad vecinal para prevenir la delincuencia, promover los programas de vigilancia vecinal para observar y reportar comportamientos sospechosos).</p>		
--	--	--	--	--	--



**Cuadro 10. Problema de salud Insatisfacción en el acceso a los Servicios de Salud:
Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Biológicos	Aumento Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Herramientas que faciliten la prevención de ECNT y disminuir su morbilidad.	Sensibilizar a la población mediante charlas educativas para la promoción de factores protectores con énfasis en salud mental, alimentación saludable y actividad física, así como la prevención de factores de riesgo, con enfoque de género, curso de vida e interculturalidad, que tome en cuenta las particularidades de las localidades de los cantones de Belén-Flores en situación de vulnerabilidad.	ASBF-CCSS	MS



Factores Socioeconómicos	Horarios tradicionales de atención en la consulta médica de los EBAIS	Horario ampliado de atención en la consulta médica de los EBAIS	Elaborar un análisis de la situación actual de la capacidad instalada del Área de Salud Belén-Flores, a fin de generar una propuesta de horario ampliado vespertino en la consulta médica de los EBAIS con mayor demanda según recursos disponibles.	ASBF-CCSS	
Comportamiento	No uso de medios tecnológicos (EDUS)	Herramientas que faciliten el uso de la aplicación EDUS	Capacitar a la población que aún no ha recibido la charla en el manejo de la APP en EDUS y que haya tenido dificultad en su utilización. Habilitar un Quiosco de autogestión con ayuda de una persona que brinde orientación de acuerdo los recursos disponibles.	ASBF-CCSS	Junta de Salud



Servicios de Salud	Falta de oferta de servicios de salud - Falta de recurso Humano	Estrategia para aumentar la oferta de servicios de salud y recurso humano.	Elaborar un Diagnóstico de necesidades de recurso humano y ofertas de servicios del ASBF-CCSS de acuerdo con la población objetivo de ambos cantones. Dotar de recurso humano requerido para aumentar el alcance de coberturas de atención a la población objetivo.	ASBF-CCSS	
Servicios de Salud	Falta de calidez en atención de los diferentes servicios del área de salud Belén-Flores	Herramientas para fortalecer la atención integral en salud del área.	Capacitar en la sensibilización al personal de salud en la importancia de la Atención del Servicio al Cliente (usuario de los servicios de salud) Elaborar una estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) del área con apoyo de los diferentes niveles de atención de la CCSS.	ASBF-CCSS	



**Cuadro 11. Problema de salud Condiciones desfavorables para la movilidad urbana:
Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Sociopolíticos	Falta de actualización de la legislación referente a la 7600	Identificar compromisos y mecanismos de acción de las políticas (nacionales y locales) y estrategias de abordaje con implementación.	1. A nivel país se debe dar seguimiento a las políticas para mejorar las condiciones de infraestructura y movilidad. 2. Implementar un diagnóstico actualizado sobre presupuestos de los gobiernos locales y estado de las infraestructuras cantonales de movilidad. 3. Establecer una política local de priorización para la atención de las debilidades identificadas durante el diagnóstico y seguimiento de planes de acción establecidas como gobierno local.	Gobierno de la República / Poder Legislativo	Gobierno Local Instituciones competentes
Factores Sociopolíticos	Falta de visión integral para ejecutar infraestructura conforme a las	desarrollar Infraestructura del cantón que permita movilidad urbana de las	1. Establecer líneas de acción como Gobierno Local para definir prioridades anuales y/o labores de desarrollo de infraestructura para	Municipalidad de Flores	Planificación Urbana, Oficina del plan regulador.



	necesidades cantonales	personas con discapacidad.	mejorar la movilidad cantonal.		
Factores Socioeconómicos	Falta de capital para sufragar los costos de la construcción de aceras que son responsabilidad de cada dueño de propiedad	Presupuesto para sufragar los costos de obligaciones de terceros y aplicar lo establecido en los artículos 84 y 85 del Código Municipal	1. Aumentar la capacidad de recurso presupuestario para la atención en puntos críticos.	Municipalidad de Flores (departamentos correspondientes)	Población general
Factores Socioeconómicos	Falta de capital de dueños de propiedades	Procesos de ayuda social, opciones de pago para terceros que deben asumir sus obligaciones como propietarios.	1. Identificar acciones de actores locales y regionales.	Municipalidad de Flores-Propietarios	Población general
Comportamiento	Falta de sensibilización por parte de la población (propietarios) para asumir sus obligaciones en construcción de aceras y respetar los retiros y linderos	Charlas educativas en centros educativos y talleres abiertos a la población en general para la concientización sobre la importancia de la movilidad urbana adecuada.	1. Implementar proyectos - programas para capacitar en el tema de educación vial en el cantón. 2. Divulgación de la normativa vigente	Municipalidad de Flores (departamentos correspondientes)	Ministerio de Salud Instituciones competentes



**Cuadro 12. Problema de salud Malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año:
Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Biológicos	Enfermedades inducidas por el embarazo	Herramientas para la prevención de enfermedades inducidas por el embarazo	Educación sobre: 1- control preconcepcional (valorar condición de salud física y emocional para determinar momento ideal de embarazarse. 2- Inicio temprano de control prenatal.	Municipalidad, ASBF-CCSS	Ministerio de Salud
Comportamiento	Infecciones de transmisión sexual en la madre y el padre	Herramientas para la prevención de infecciones de transmisión sexual en la pareja.	1. Brindar educación en salud sexual y reproductiva a la población con énfasis en factores protectores de las malformaciones congénitas. Inicio temprano 2. Incentivar a la población a que se realicen cribados para detectar infecciones de transmisión sexual y puedan recibir un tratamiento oportuno.	ONG, ASBF-CCSS ASBF-CCSS	Ministerio de Salud
Comportamiento	Malnutrición de la madre	Alimentación saludable de la madre	Educación sobre hábitos de alimentación y dieta saludable desde infancia y adolescencia	ASBF-CCSS, MEP, Municipalidad	Ministerio de Salud



Comportamiento	Consumo de drogas alcohol y tabaco de los padres	Promover estilos no adictivos en la población con énfasis en mujeres y hombres en edad fértil.	<p>1. Propiciar estilos no adictivos en las mujeres y hombres en edad fértil para disminuir el riesgo de consumir sustancias psicoactivas mediante acciones educativas en prevención de consumo, disciplina positiva y escuela para padres.</p> <p>2. Promocionar en las personas estilos de vida saludable (con énfasis actividad física, salud mental, alimentación) antes y durante el embarazo.</p> <p>3. Propiciar estilos no adictivos en niños/niñas y adolescentes en para disminuir el riesgo de consumir sustancias nocivas, en especial el alcohol y el tabaco mediante acciones educativas en prevención de consumo, disciplina positiva y escuela para padres.</p> <p>4. Fortalecer la aplicación del protocolo de cesación de fumado y otras adicciones en la primera captación de las usuarias/os en edad fértil para prevención de conductas de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	IAFA, PANI, ASBF-CCSS ASBF-CCSS MEP ASBF-CCSS, MEP ASBF-CCSS	Ministerio de Salud
-----------------------	--	--	--	--	---------------------



Servicios de Salud	Captación tardía de la embarazada	Captación temprana de la embarazada	<p>1. Detección, atención y referencia oportuna a las mujeres gestantes de los sectores mediante la reactivación de visitas domiciliarias por los Técnicos de Atención Primaria según priorización de riesgo familiar.</p> <p>2. Fortalecer a través de la educación continua al personal de salud sobre la captación de pacientes (hombres y mujeres) e en riesgo reproductivo mediante la educación y o referencia a la consulta preconcepcional existente.</p>	ASBF-CCSS ASBF-CCSS	Ministerio de Salud
---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---	----------------------------	---------------------



Cuadro 13. Problema de salud Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años: Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción.

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Comportamiento	Violencias, sexual, escolar, física, emocional	Contar con apoyo social, proporcionar información sobre recursos de apoyo y protección disponibles a nivel local	Proporcionar información sobre recursos de salud locales, como centros de atención primaria, hospitales y programas de prevención.	ILAIS Redes Locales Medios de comunicación	Ministerio de Educación pública INAMU IMAS CCSS
		Fortalecer los grupos recreativos y formativos (aumentar oferta), así como la divulgación de estos a nivel comunitario y educativo.	Divulgación y promoción de oferta cantonal en programas recreativos, deportivos y participativos	Ministerio de Educación, Comité de Deportes, Organizaciones comunales, Ministerio de Salud, Ministerio de Seguridad Pública y Municipalidad.	Empresa privada



Comportamiento	Estructuras Familiares disfuncionales	Fortalecimiento de la integración familiar y la comunicación asertiva dentro de las familias.	Creación e implementación de Programas y espacios que promuevan y fortalezcan los espacios de convivencia familiar, en el cual se incorporen temas tales como: Comunicación asertiva, Establecimiento de límites, Tipos de vínculos y de apegos, Roles familiares, Sexualidad en el niño(a) y adolescentes, prevención del suicidio, depresión, ansiedad, entre otras. Se podrían apoyar en Escuelas para padres-madres y encargados(as) para estos fines.	ILAIS CCSS Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) PANI Municipalidad	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades
			Fomentar actividades relacionadas con la actividad física, deporte y recreación dirigido a las familias y distintos grupos etarios. Incorporar estilos de vida y alimentación saludables.	Ministerio de Salud CCDR MEP PANI Municipalidad de Flores	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades Empresa Privada



Factores Sociopolíticos	Escasa priorización de políticas públicas	Promoción de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos y de género, promoción y prevención de enfermedades mentales	Fomentar y ejecutar adecuadamente la Política Nacional de Salud Mental y su plan de acción (2012- 2023), así como el Decreto Ejecutivo No. 40881-S de manera tal que el trabajo sea articulado de forma intersectorial e interinstitucional desde las competencias de cada instancia pública y privada.	Ministerio de Salud (Nivel Central) Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) ILAIS Municipalidad de Flores	CCSS MEP IAFA PANI ONG Asociaciones de Desarrollo Integral
			Divulgación de la legislación actual en materia de salud mental.		
			Cumplir con acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas a la construcción y desarrollo del modelo de promoción y atención integral de la salud mental, de base comunitaria, para garantizar la provisión de redes de servicios de salud mental oportunos, de calidad, armonizados y con la respectiva modulación del financiamiento, que responda a las necesidades de salud y bienestar de la población en		



			las diferentes etapas del ciclo de vida		
			Incorporar contenido presupuestario para invertir en la confección de una política pública que aborde estratégicamente la prevención y/o atención del suicidio.		
Factores Biológicos	Enfermedades mentales	Desde la promoción de la salud mental, promover el apoyo social mediante la conexión sociales estables y espacios de vida saludable.	Creación de espacios comunales para la convivencia de los diferentes grupos etarios como programas deportivos, espacios recreativos y de diálogo	Comité de Deportes Municipalidad ILAIS MEP	CCSS IAFA PANI ONG Asociaciones de Desarrollo Integral
		Desde la prevención de la salud mental, generar mecanismos de detección temprana y de intervención oportuna	Fortalecimiento de las estructuras existentes en la detección temprana (RISA) asociado a la psicoeducación de las diferentes poblaciones	MEP CCSS	Ministerio de Salud ILAIS



		Desde la atención seguimiento de los mecanismos de referencia y vigilancia de las notificaciones obligatorias	Seguimientos de atención con la CCSS de los casos reportados en notificación obligatoria y por boletas de referencias interinstitucional	Ministerio de Salud ILAIS CCSS MEP	INAMU IAFA PANI ONG Asociaciones de Desarrollo Integral IMAS
Comportamiento	Consumo lícito e ilícito de sustancias psicoactivas	Promoción de Programa de apoyo social que fomenta las redes y la prevención integral	Desarrollo de Programas selectivos en el consumo de sustancias psicoactivas	IAFA	MEP Ministerio de Salud ILAIS MEP Municipalidad de Flores
			Campañas de sensibilización y educación que reduzcan el estigma, para fomentar una mayor búsqueda de ayuda y apoyo.	IAFA ILAIS Municipalidad de Flores Medios de Comunicación	Redes Cantonales Ministerio de Salud Comisiones y grupos Juntas de salud Universidades Asociaciones de Desarrollo ONG



			Ampliar las alternativas de espacios culturales, recreativos y deportivos seguros en el cantón	Comité de Deportes Municipalidad ILAIS MEP	Ministerio de educación pública
			Reforzar el programa educativo en la promoción en los niños, niñas y adolescentes de habilidades para la toma de decisiones que contribuyan en la prevención del uso y abuso de drogas legales e ilegales y la violencia	Fuerza Publica	MEP Ministerio de Salud ILAIS MEP



**Cuadro 14. Problema de salud Enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 64 años:
Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Sociopolíticos	Poca participación intersectorial en salud	Fortalecimiento de acciones intersectoriales en Salud	Coordinar interinstitucionalmente acciones de prevención en el consumo de alcohol.	IAFA	Red Interinstitucional de Flores (Municipalidad Comité Cantonal Deporte, Fuerza Pública, Policía Municipal, Ministerio de Salud)
Factores Sociopolíticos	Identidad cultural del alcohol	Fortalecimiento de las habilidades para la toma de decisiones y la vida saludable en la población.	Desarrollar estrategias de habilidades blandas y pensamiento crítico.	Municipalidad Fuerza Pública IAFA	Red Interinstitucional de Flores (Municipalidad Comité Cantonal Deporte, Fuerza Pública, Policía Municipal, Ministerio de Salud) RECAFIS VIF



Comportamiento	Normalización del uso del alcohol	Fomentar Estilos de vida saludables	Articular acciones de promoción de la actividad física, recreación, deporte y alimentación.	Red Interinstitucional de Flores (Municipalidad Comité Cantonal Deporte, Fuerza Pública, Policía Municipal, Ministerio de Salud) RECAFIS	Comunidad Universidades
Circunstancias materiales de vida	Facilidad al acceso a bebidas con alcohol	Sensibilización en los riesgos del acceso y consumo del alcohol.	<p>Brindar charlas a los padres, madres y personas encargadas con relación a cómo prevenir el uso de estas sustancias y drogas con sus hijos(as).</p> <p>Brindar y fortalecer programas e iniciativas dirigidas a la prevención y al fortalecimiento de competencias y habilidades psicosociales en la población para prevenir factores de riesgos asociados al consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas.</p>	IAFA	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades Empresas Privadas Servicios de salud privados Juntas de salud Ministerio de Salud CCSS MEP PANI Fuerza Pública



Circunstancias materiales de vida	Desempleo y subempleo	Entornos de equidad de oportunidades en materia laboral y educativa	Divulgación de programas de formación técnica y profesional que respondan a las demandas del mercado laboral y proporcionen habilidades y conocimientos para empleos específicos.	Oficina de Emprendimientos Municipalidad	INA IMAS
			Fomentar alianzas entre el sector público y privado para hacer divulgación de la oferta a nivel laboral a nivel local	Municipalidad	Empresas privadas



**Cuadro 15. Problema de salud Infarto Agudo de Miocardio en el grupo de 65 años y más:
Identificación de factor protector y propuesta de líneas de acción**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Sociopolíticos	Falta de inversión pública en Atención Primaria en Salud	Buena articulación entre las instituciones de salud y la comunidad.	Realizar estudios que nos indiquen las incidencias del infarto agudo al miocardio por rangos de edades y estratos de ingresos por habitantes del Cantón de Flores que nos permitan detectar con eficiencia las concentraciones de personas con esta patología para aumentar el presupuesto en la atención, prevención y promoción de este evento de salud.	CCSS	Ministerio de Salud
Factores Sociopolíticos	Muchos pacientes para un solo médico	Buena articulación entre las instituciones de salud y la comunidad.	Definir un esquema de roles institucionales que permita la articulación de una estrategia general desde el	CCSS Actores de la comunidad	Ministerio de Salud Municipalidad de Flores MEP Cruz Roja MEP



			ámbito de acciones o competencias de cada una de las instituciones involucradas con el fin de promover estilos de vida saludables, y utilizar adecuadamente los servicios de salud.		ONG del cantón de Flores
Factores Socioeconómicos	Ausencia de tiempo libre	Mejorar los espacios de tiempo libre para estilos de vida saludables.	Generar una agenda conjunta interinstitucional que permita realizar actividades, campañas educativas o de información y de prevención en ambientes seguros.	CCSS	Ministerio de Salud Comité de Deportes Municipalidad de Flores



Comportamiento	Falta de estilos de vida saludables	Actividad física regular, mejoramiento en los hábitos alimenticios, disminución en el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.	Generar una agenda conjunta interinstitucional que permita realizar actividades, campañas educativas o de información y de prevención en ambientes seguros.	Ministerio de Salud	Instituciones gubernamentales y ONG del Cantón de Belén.
Servicios de Salud	Poco tiempo para atención médica y citas para estudio a largo plazo	Buena articulación entre las instituciones de salud y la comunidad.	Definir un esquema de roles institucionales que permita la articulación de una estrategia general desde el ámbito de acciones o competencias de cada una de las instituciones involucradas con el fin de promover estilos de vida saludables, y utilizar adecuadamente los servicios de salud.	CCSS Actores de la comunidad	Ministerio de Salud Municipalidad de Flores MEP Cruz Roja MEP ONG del cantón de Flores



CAPITULO VI: VALIDACION DE LAS LINEAS DE ACCION CON LOS ACTORES PARTICIPANTES.

La validación de las líneas de acción del ASIS de Flores se realizó con los actores participantes del primer y segundo taller de trabajo, en el cual se tuvo la participación de representantes de la comunidad del cantón (líderes comunales y asociaciones de desarrollo), iglesias, organizaciones e instituciones tales como: Área de Salud Belén-Flores de la CCSS (representante de la Dirección médica y otros departamentos: administración, apoyo a la dirección médica, ginecología, obstetricia, pediatría, trabajo social y psicología), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Guías Scouts, Junta de Salud, Coopesuperación, Municipalidad de Flores (representantes del Comité Cantonal de Deportes, desarrollo urbano y vicealcaldesa), y Fuerza Pública de Flores.

A continuación, se brindan algunos detalles del desarrollo del taller y los productos obtenidos con los principales aportes de los actores participantes.

Objetivo del taller:

Validar las líneas de acción según los factores protectores propuestos por el equipo local de ASIS en cada problema de salud identificado con las recomendaciones de los actores clave participantes del taller.

Programa de actividades:

- **Inscripción**

A cargo del equipo local de ASIS de la DARS Belén-Flores donde los y las participantes del taller al inscribirse se les indicaba la mesa de trabajo correspondiente según problema de salud.

- **Bienvenida y motivación**

Las palabras de bienvenida y motivación estuvieron a cargo del Dr. Gustavo Espinoza Chaves- director de la DARS Belén-Flores quien manifestó la importancia de la participación del taller de validación de líneas de acción del ASIS de Flores, así como su seguimiento mediante mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial.



- **Exposición del Marco lógico de la salud según determinantes sociales**

La presentación estuvo a cargo del Equipo de Planificación Estratégica de la Salud de la DARS Belén-Flores donde realizan un refrescamiento de la evolución del concepto de salud, salud pública, determinantes de la salud, visión salutogénica y visión patogénica de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad respectivamente, líneas de acción conocidos como planes de acción, importancia de la gestión local, ejecución del plan de acción, la interconexión entre los problemas de salud y las líneas de acción y, finalmente la validación de las líneas de acción.

- **Trabajo en subgrupos**

Validación de las líneas de acción por problema: los subgrupos se conformaron previamente según equipo de expertos y por afinidad de los actores comunales. Se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Presentación de las líneas de acción según factores protectores en cada subgrupo facilitado por el o la funcionaria del equipo local de ASIS de la DARS Belén-Flores asignado en cada mesa de trabajo.
2. Cada mesa de trabajo realizó las observaciones y recomendaciones, definiendo el producto final de las líneas de acción del problema de salud.

Presentación Principales líneas de acción por problema de salud: un representante de cada mesa de trabajo presentó las líneas de acción validadas según problema de salud, dirigido a todos los participantes del taller. Las cuales se presentan a continuación:



Cuadro 16. Problema de salud Drogadicción: Identificación de factor protector y líneas de acción validadas

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Circunstancias materiales de vida	Disfuncionalidad de la situación familiar	Fortalecimiento de la integración familiar y la comunicación asertiva dentro de las familias.	Creación e implementación de Programas que promuevan y fortalezcan los espacios de convivencia familiar, en el cual se incorporen temas tales como: Comunicación asertiva, Establecimiento de límites, Tipos de vínculos y de apegos, Roles familiares, Sexualidad en el niño(a) y adolescentes, prevención del suicidio, depresión, ansiedad, entre otras. Se podrían apoyar en Escuelas para padres-madres y encargados(as) para estos fines.	Red Interinstitucional de Flores, Municipalidad Flores (oficina de gestión comunal)	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades, Comité de deportes (programas preventivos de Fuerza Pública, CCSS, PANI, IAFA, MEP, Policía Municipal, Biblioteca Pública, Ministerio de Salud, IMAS, INAMU, CONAPDIS)
			Procesos de capacitación y sensibilización a instituciones públicas y comunidades, con base en la Política Nacional para la igualdad efectiva	Red de Violencia del Cantón de Flores	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Comercio Universidades



			entre mujeres y hombres.		
Factores Socioeconómicos	Desempleo o Empleo de baja remuneración	Promover estrategias de emprendimiento local que coadyuven a disminuir la brecha social y brinden empleo.	Establecer alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas, para promover el empleo digno, justo y formal.	Oficina de Municipal de Intervención Laboral	INA, IMAS, Ministerio de Trabajo, Universidades públicas y privadas
Factores Sociopolíticos	Gasto e inversión pública en salud	Políticas públicas articuladas y comprometidas en la atención de personas con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas.	Establecer alianzas publico privadas en el abordaje del problema de consumo de sustancias psicoactivas.	Gobierno local	Ministerio de Salud, Ministerio de seguridad pública, IAFA, CCSS y Comité de deportes.
Circunstancias materiales de vida	Hacinamiento y asequibilidad de vivienda	Generación de espacios comunales de esparcimiento, actividad física y recreación.	Articulación interinstitucional de programas para el fortalecimiento de espacios comunales de esparcimiento, actividad física y recreación.	RECAFIS	Ministerio de Salud, Fuerza Pública, INVU, IMAS Municipalidad de Flores Comité Cantonal de Deportes de Flores



Factores Socioeconómicos	Acceso y oferta a las sustancias psicoactivas	Fortalecer las habilidades para la vida que autodefinan al individuo como un ser único y con intereses particulares en los diferentes grupos poblacionales.	Articular acciones para el desarrollo de las habilidades para la vida y prevención de consumo de sustancias. / Actualización de mecanismos de consumo a instituciones públicas y de acciones propias de las instituciones	CCCI	Ministerio de Salud, MEP, IAFA, Municipalidad de Flores, Comité de deportes, Ministerio de Fuerza Publica
---------------------------------	---	---	---	------	---



Cuadro 17. Problema de salud Inseguridad Ciudadana: Identificación de factor protector y líneas de acción validadas

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Socioeconómicos	Disfunción familiar	Familias funcionales	<ol style="list-style-type: none">1. Fomento de la comunicación abierta y honesta.2. Estimulación del tiempo de calidad en familia.3. Fortalecimiento de los lazos familiares.4. Promoción del bienestar individual de los miembros de la familia.5. Promoción de un ambiente familiar positivo y seguro	Cada familia, Red interinstitucional de Flores (Fuerza pública, CCSS, PANI, MEP, Policía Municipal, Biblioteca Pública, etc.)	Organizaciones religiosas - Iglesias (ejemplo católico). Catecismo. PANI, Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM): Ofrece programas de educación sexual y reproductiva, prevención del embarazo en adolescentes y fortalecimiento familiar. Centro de Desarrollo Integral para la Familia (CEDIFAM). Asociación Nacional de Educadores (ANDE), MEP, Oficina de Gestión Comunal de la



					Municipalidad. Pastoral Social de la Iglesias.
Factores Biológicos	Mal control de emociones	Control adecuado de las emociones	<ol style="list-style-type: none">1. Fomento del autoconocimiento emocional.2. Desarrollo de las habilidades de regulación emocional.3. Fortalecimiento de la comunicación asertiva.4. Promoción de la empatía y la inteligencia emocional.5. Promoción de los entornos de apoyo (grupos de apoyo, sensibilización y capacitación)	Red interinstitucional de Flores, Redes VIF Belén Flores. INAMU. Oficina de igualdad de género de la Municipalidad de Flores.	Instituto WEM, INAMU, MenEngage, Red de hombre Central Norte. CONAJE. CEDHI. UNA. UCR. Asociación Costarricense de Psicología (ACP)
Comportamiento	Falta de malicia (ser confiado)	Precaución, desarrollo de la malicia	<ol style="list-style-type: none">1. Sensibilización y educación (divulgación de información sobre los hurtos).2. Fomento de la observación del entorno (Promoción de la vigilancia vecinal).3. Promoción de las medidas de seguridad (Mejora de la iluminación pública, uso de cámaras de seguridad, promoción del uso de alarmas).4. Fortalecimiento de la confianza en las autoridades	Ministerio de Seguridad Pública (Fuerza pública) - Policía Municipal	Municipalidad (para difundir consejos en diferentes medios). OIJ,



			(promoción de los programas de participación ciudadana, y la necesidad de denunciar).		
Comportamiento	Falta de educación y valores	Incrementar la educación y los valores	1. Promoción de los programas de educación formal y no formal. 2. Creación de oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida (Educación continua: Fomentar la educación continua para adultos a través de cursos, talleres y programas de capacitación). 3. Fortalecimiento de los valores éticos y cívicos (promover la cultura de la paz, promover la participación ciudadana a través de diferentes mecanismos, como el voto, el voluntariado y la participación en organizaciones sociales. Enseñar valores éticos: Enseñar a las personas la importancia de la honestidad, la responsabilidad, la justicia y la solidaridad en la vida cotidiana)	Cada familia. Sistema educativo MEP.	Grupo Guía y Scout, INA, Fundación Fundamentos, IPEC San Joaquín (en el salón de ADI San Joaquín), MEP, bandas de música (Son Florense, y otras)



Circunstancias materiales de vida	Infraestructura deficiente en casas y comercios	Mejor infraestructura en casas y comercios	<p>1. Mejoramiento de la seguridad física de las viviendas (fortalecer las puertas y ventanas: Instalar puertas y ventanas resistentes a la entrada forzada, con cerraduras y sistemas de seguridad adecuados. Rejas y protecciones: Colocar rejas, protecciones o alarmas en ventanas y puertas para dificultar el acceso de intrusos. Iluminación exterior: Mejorar la iluminación exterior de las viviendas, especialmente en zonas de acceso y áreas circundantes.)</p> <p>2. Mejoramiento de la seguridad en los comercios (Alarmas y sistemas de seguridad: Instalar alarmas, cámaras de vigilancia y otros sistemas de seguridad en los comercios. Protecciones físicas: Colocar rejas, puertas de seguridad y otros elementos físicos que dificulten el acceso de intrusos. Capacitación a comerciantes: Brindar</p>	Cada vivienda, comercio. Fuerza pública - Policía Municipal. Municipalidad de Flores.	MIVAH, INVU, CNE, Asociación Costarricense de Ingenieros Civiles (ACIC)
--	---	--	--	---	---



			<p>capacitación a los comerciantes sobre medidas de seguridad y prevención de robos.)</p> <p>3. Promoción de los espacios urbanos seguros.</p> <p>4. Fomento de la participación ciudadana y la responsabilidad social (promover los comités de seguridad vecinal para prevenir la delincuencia, promover los programas de vigilancia vecinal para observar y reportar comportamientos sospechosos).</p>		
--	--	--	--	--	--



**Cuadro 18. Problema de salud Insatisfacción en el acceso a los Servicios de Salud:
Identificación de factor protector y líneas de acción validadas**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Biológicos	Aumento Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Herramientas que faciliten la prevención de ECNT y disminuir su morbilidad.	Sensibilizar a la población mediante charlas educativas para la promoción de factores protectores con énfasis en salud mental, alimentación saludable y actividad física, así como la prevención de factores de riesgo, con enfoque de género, curso de vida e interculturalidad, que tome en cuenta las particularidades de las localidades de los cantones de Belén-Flores en situación de vulnerabilidad.	ASBF-CCSS, Asociaciones de Desarrollo, Municipalidad, Comité de Deportes	MS, MEP
Factores Socioeconómicos	Horarios tradicionales de atención en la consulta médica de los EBAIS	Horario ampliado de atención en la consulta médica de los EBAIS	Elaborar un análisis de la situación actual de la capacidad instalada del Área de Salud Belén-Flores, a fin de generar una propuesta de horario ampliado vespertino en la	ASBF-CCSS	Junta de Salud



			consulta médica de los EBASIS con mayor demanda según recursos disponibles.		
Comportamiento	No uso de medios tecnológicos (EDUS)	Herramientas que faciliten el uso de la aplicación EDUS	Capacitar a la población que aún no ha recibido la charla en el manejo de la APP en EDUS y que haya tenido dificultad en su utilización. Difundir en redes sociales el video oficial para el uso del EDUS. Informar a los usuarios de acudir a adscripción de la Clínica en caso de necesitar ayudar con la App.	ASBF-CCSS	Junta de Salud



Servicios de Salud	Falta de oferta de servicios de salud - Falta de recurso Humano	Estrategia para aumentar la oferta de servicios de salud y recurso humano.	Elaborar un Diagnóstico de necesidades de recurso humano y ofertas de servicios del ASBF-CCSS de acuerdo con la población objetivo de ambos cantones. Dotar de recurso humano requerido para aumentar el alcance de coberturas de atención a la población objetivo.	ASBF-CCSS	
Servicios de Salud	Falta de calidez en atención de los diferentes servicios del área de salud Belén-Flores	Herramientas para fortalecer la atención integral en salud del área.	Capacitar en la sensibilización al personal de salud en la importancia de la Atención del Servicio al Cliente (usuario de los servicios de salud) Elaborar una estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) del área con apoyo de los diferentes niveles de atención de la CCSS.	ASBF-CCSS	



**Cuadro 19. Problema de salud Condiciones desfavorables para la movilidad urbana:
Identificación de factor protector y líneas de acción validadas**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Sociopolíticos	Falta de actualización de la legislación referente a la 7600	Identificar compromisos y mecanismos de acción de las políticas (nacionales y locales) y estrategias de abordaje con implementación.	1. A nivel país se debe dar seguimiento a las políticas para mejorar las condiciones de infraestructura y movilidad. 2. Implementar un diagnóstico actualizado sobre presupuestos de los gobiernos locales y estado de las infraestructuras cantonales de movilidad. 3. Establecer una política local de priorización para la atención de las debilidades identificadas durante el diagnóstico y seguimiento de planes de acción establecidas como gobierno local. 4. Revisión del Reglamento de aceras local.	Gobierno de la República / Poder Legislativo	Gobierno Local / instituciones competentes



Factores Sociopolíticos	Falta de visión integral para ejecutar infraestructura conforme a las necesidades cantonales	desarrollar Infraestructura del cantón que permita movilidad urbana de las personas con discapacidad y población en general.	Establecer líneas de acción como Gobierno Local para definir prioridades anuales y/o labores de desarrollo de infraestructura para mejorar la movilidad cantonal. / Diagnostico de la situación del cantón (aceras) y nivel de riesgo.	Municipalidad de Flores	Planificación Urbana, Oficina del plan regulador.
Factores Socioeconómicos	Falta de capital para sufragar los costos de la construcción de aceras que son responsabilidad de cada dueño de propiedad	Presupuesto para sufragar los costos de obligaciones de terceros y aplicar lo establecido en los artículos 84 y 85 del Código Municipal	Aumentar la capacidad de recurso presupuestario para la atención en puntos críticos / Establecer plan Propietario- Municipalidad para atender las responsabilidades correspondientes.	Municipalidad de Flores (departamentos correspondientes)	Población general - Gobierno Local
Factores Socioeconómicos	Falta de capital de dueños de propiedades	Procesos de ayuda social, opciones de pago para terceros que deben asumir sus obligaciones como propietarios	1. Identificar acciones de actores locales y regionales.	Municipalidad de Flores- Propietarios	Población general - Gobierno Local



Comportamiento	Falta de sensibilización por parte de la población (propietarios) para asumir sus obligaciones en construcción de aceras y respetar los retiros y linderos	Charlas educativas en centros educativos y talleres abiertos a la población en general para la concientización sobre la importancia de la movilidad urbana adecuada.	<ol style="list-style-type: none">1. Implementar proyectos - programas para capacitar en el tema de educación vial en el cantón.2. Divulgación de la normativa vigente3. Gestionar con Unidad Técnica de Gestión Vial un programa con centros educativos públicos y privados.	Municipalidad de Flores (departamentos correspondientes)	Ministerio de Salud / instituciones competentes
-----------------------	--	--	---	--	---



**Cuadro 20. Problema de salud Malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año:
Identificación de factor protector y líneas de acción validadas**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Biológicos	Enfermedades crónicas y las inducidas por el embarazo	Valoración preconcepcional de las enfermedades crónicas y prevención de enfermedades inducidas por el embarazo.	Educación sobre: 1- Control preconcepcional (valorar condición de salud física y emocional para determinar momento ideal de embarazarse). 2- Inicio temprano de control prenatal.	ASBF-CCSS MS	Municipalidad Organizaciones y entidades que se proyectan a la comunidad (Iglesias, Asociaciones de Desarrollo)
Comportamiento	Infecciones de transmisión sexual en la madre y el padre	Herramientas para la prevención de infecciones de transmisión sexual en la pareja.	Brindar educación en salud sexual y reproductiva a la población con énfasis en factores protectores de las malformaciones congénitas desde la adolescencia. Incentivar a la población a que se realicen cribados para detectar infecciones de transmisión sexual y puedan recibir un tratamiento oportuno.	ASBF-CCSS ASBF-CCSS	Municipalidad Organizaciones y entidades que se proyectan a la comunidad (Iglesias, Asociaciones de Desarrollo) MS



Comportamiento	Malnutrición de la madre	Herramientas educativas para favorecer una alimentación saludable de la madre.	Educación sobre hábitos de alimentación y dieta saludable desde infancia y adolescencia.	ASBF-CCSS MEP Municipalidad	MS Iglesias
-----------------------	--------------------------	--	--	-----------------------------------	----------------



Comportamiento	Consumo de drogas, alcohol y tabaco de los padres	Promover estilos no adictivos en la población con énfasis en mujeres y hombres en edad fértil.	<p>Propiciar estilos no adictivos en las mujeres y hombres en edad fértil para disminuir el riesgo de consumir sustancias psicoactivas mediante acciones educativas en prevención de consumo, disciplina positiva y escuela para padres.</p> <p>Promocionar en las personas estilos de vida saludable (con énfasis actividad física, salud mental, alimentación) antes y durante el embarazo.</p> <p>Propiciar estilos no adictivos en niños/niñas y adolescentes para disminuir el riesgo de consumir sustancias nocivas, en especial el alcohol y el tabaco mediante acciones educativas en prevención de consumo, disciplina positiva y escuela para padres.</p> <p>Fortalecer la aplicación del protocolo de cesación de fumado y otras adicciones en la primera captación de las usuarias/os en edad fértil para prevención de conductas de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>IAFA, PANI, ASBF-CCSS, MEP</p> <p>ASBF-CCSS, MEP</p> <p>ASBF-CCSS, MEP</p> <p>ASBF-CCSS</p>	MS Iglesias Municipalidad ONG
-----------------------	---	--	---	--	--



Servicios de Salud	Captación tardía de la embarazada	Captación temprana de la embarazada	<p>Detección, atención y referencia oportuna a las mujeres gestantes de los sectores mediante la reactivación de visitas domiciliarias por los Técnicos de Atención Primaria según priorización de riesgo familiar.</p> <p>Fortalecer a través de la educación continua al personal de salud sobre la captación de pacientes (hombres y mujeres) en riesgo reproductivo mediante la educación y o referencia a la consulta preconcepcional existente.</p>	ASBF-CCSS ASBF-CCSS	MS
---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---	----------------------------	----



Cuadro 21. Problema de salud Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años: Identificación de factor protector y líneas de acción validadas

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Comportamiento	Violencias, sexual, escolar, física, emocional	Contar con apoyo social, proporcionar información sobre recursos de apoyo protección disponibles a nivel local y atención	Proporcionar información sobre recursos de salud locales, como centros de atención primaria, hospitales y programas de prevención.	Poder judicial, CCSS. Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Flores, INAMU	Redes cantonales
		Promocionar adecuadas relaciones sociales (bullying)	Capacitar en habilidades sociales, relaciones sociales, valores y autoestima. (Promover grupos recreativos, en temporada de vacaciones en horarios accesibles para los adolescentes)	MEP, equipos interdisciplinarios. Fuerza publica	PANI, Red de niñez y adolescencia
		Fortalecer los grupos recreativos y formativos (aumentar oferta), así como la divulgación de estos a nivel comunitario y educativo.	Divulgación y promoción de oferta cantonal en programas recreativos, deportivos y participativos	Ministerio de Educación, Comité de Deportes, Organizaciones comunales, Ministerio de Salud, Ministerio de Seguridad Pública y Municipalidad.	Empresa privada



Comportamiento	Estructuras Familiares disfuncionales	Fortalecimiento de la integración familiar y la comunicación asertiva dentro de las familias.	Creación e implementación de Programas y espacios que promuevan y fortalezcan los espacios de convivencia familiar, en el cual se incorporen temas tales como: Comunicación asertiva, Establecimiento de límites, Tipos de vínculos y de apegos, Roles familiares, Sexualidad en el niño(a) y adolescentes, prevención del suicidio, depresión, ansiedad, entre otras. Se podrían apoyar en Escuelas para padres-madres y encargados(as) para estos fines.	ILAIS CCSS Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) PANI Municipalidad	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades
			Promover los estilos de crianza positivos	MEP Equipos interdisciplinarios (MEP) PANI	Resto de instituciones
			Fomentar actividades relacionadas con la actividad física, deporte y recreación dirigido a las familias y distintos grupos etarios. Incorporar estilos de vida y alimentación saludables.	Ministerio de Salud CCDR MEP PANI Municipalidad de Flores	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades Empresa Privada



Factores Sociopolíticos	Escasa priorización de políticas públicas	Promoción de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos y de género, promoción y prevención de enfermedades mentales	Fomentar y ejecutar adecuadamente la Política Nacional de Salud Mental y su plan de acción (2012- 2023), así como el Decreto Ejecutivo No. 40881-S de manera tal que el trabajo sea articulado de forma intersectorial e interinstitucional desde las competencias de cada instancia pública y privada.	Ministerio de Salud (Nivel Central) Secretaría Técnica de Salud Mental (STSM) ILAIS Municipalidad de Flores	CCSS MEP IAFA PANI ONG Asociaciones de Desarrollo Integral
			Divulgación de la legislación actual en materia de salud mental.		
			Cumplir con acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas a la construcción y desarrollo del modelo de promoción y atención integral de la salud mental, de base comunitaria, para garantizar la provisión de redes de servicios de salud mental oportunos, de calidad, armonizados y con la respectiva modulación del financiamiento, que responda a las necesidades de salud y bienestar de la población en		



			las diferentes etapas del ciclo de vida		
			Incorporar contenido presupuestario para invertir en la confección de una política pública que aborde estratégicamente la prevención y/o atención del suicidio.		
Factores Biológicos	Enfermedades mentales	Alimentación saludable calidad de sueño	Talleres y charlas a toda la población. Inspección de sodas y comedores escolares	Ministerio de Salud Ministerio de Educación Pública	
		Desde la prevención de la salud mental, generar mecanismos de detección temprana y de intervención oportuna	Fortalecimiento de las estructuras existentes en la detección temprana (RISA) asociado a la psicoeducación de las diferentes poblaciones	MEP CCSS	Ministerio de Salud ILAIS
		Desde la atención seguimiento de los mecanismos de referencia y vigilancia de las	Seguimientos de atención con la CCSS de los casos reportados en notificación obligatoria y por boletas de referencias interinstitucional	ILAIS CCSS MEP	INAMU IAFA PANI ONG Asociaciones de Desarrollo



		notificaciones obligatorias			Integral IMAS
Comportamiento	Consumo lícito e ilícito de sustancias psicoactivas	Promoción de Programa de apoyo social que fomenta las redes y la prevención integral	Desarrollo de Programas selectivos en el consumo de sustancias psicoactivas	IAFA	MEP ILAIS MEP Municipalidad de Flores
			Campañas de sensibilización y educación que reduzcan el estigma, para fomentar una mayor búsqueda de ayuda y apoyo. Toma de decisiones informada con campañas vividas. Feria de la salud	IAFA Municipalidad de Flores Medios de Comunicación	Redes Cantonales Ministerio de Salud Comisiones y grupos Juntas de salud Universidades Asociaciones de Desarrollo ONG
			Ampliar las alternativas de espacios culturales, recreativos y deportivos seguros en el cantón	Comité de Deportes Municipalidad MEP	
			Reforzar el programa educativo en la promoción en los niños, niñas y adolescentes de habilidades para la toma de decisiones que contribuyan en la prevención del uso y abuso de drogas legales e ilegales y la violencia	Fuerza Pública PANI	MEP ILAIS MEP



**Cuadro 22. Problema de salud Enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 64 años:
Identificación de factor protector y líneas de acción validadas**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Sociopolíticos	Poca participación intersectorial en salud	Fortalecimiento de acciones intersectoriales en Salud	Coordinar interinstitucionalmente acciones de prevención en el consumo de alcohol.	IAFA, CCSS, RECAFIS	Red Interinstitucional de Flores (Municipalidad Comité Cantonal Deporte, Fuerza Pública, Policía Municipal, Ministerio de Salud)
Factores Sociopolíticos	Identidad cultural del alcohol	Fortalecimiento de las habilidades para la toma de decisiones y la vida saludable en la población.	Sensibilizar y desarrollar estrategias de habilidades para la vida	CCCI	Red Interinstitucional de Flores (Municipalidad Comité Cantonal Deporte, Fuerza Pública, Policía Municipal, Ministerio de Salud) RECAFIS VIF



Comportamiento	Normalización del uso del alcohol	Fomentar Estilos de vida saludables	Articular acciones de promoción de la actividad física, recreación, deporte y alimentación.	Red Interinstitucional de Flores (Municipalidad Comité Cantonal Deporte, Fuerza Pública, Policía Municipal, Ministerio de Salud) RECAFIS	COMUNIDAD UNIVERSIDADES
Circunstancias materiales de vida	Facilidad al acceso a bebidas con alcohol	Sensibilización en los riesgos del acceso y consumo del alcohol.	Brindar charlas a los padres, madres y personas encargadas con relación a cómo prevenir el uso de estas sustancias y drogas con sus hijos(as).	IAFA	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales Universidades Empresas Privadas Servicios de salud privados Juntas de salud Ministerio de Salud CCSS MEP PANI Fuerza Pública
			Brindar y fortalecer programas e iniciativas dirigidas a la prevención y al fortalecimiento de competencias y habilidades psicosociales en la población para prevenir factores de riesgos asociados al consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas.	Fuerza Pública	



		Regulación de comercios con venta de alcohol	Ejecución de operativos interinstitucionales para la regulación de actividades comerciales con venta de alcohol	Ministerio de Salud Fuerza Pública Policía Municipal	Municipalidad
Circunstancias materiales de vida	Desempleo y subempleo	Entornos de equidad de oportunidades en materia laboral y educativa	Divulgación de programas de formación técnica y profesional que respondan a las demandas del mercado laboral y proporcionen habilidades y conocimientos para empleos específicos.	Oficina Municipal de Intervención Laboral	INA IMAS
			Fomentar alianzas entre el sector público y privado para hacer divulgación de la oferta a nivel laboral	Municipalidad	Empresas privadas



**Cuadro 23. Problema de salud Infarto Agudo de Miocardio en el grupo de 65 años y más:
Identificación de factor protector y líneas de acción validadas**

DIMENSIÓN	CAUSAS RAIZ	FACTOR PROTECTOR	LINEAS DE ACCION	ACTOR RESPONSABLE	ACTOR COLABORADOR
Factores Sociopolíticos	Falta de inversión pública en Atención Primaria en Salud	Buena articulación entre las instituciones de salud y la comunidad.	Realizar estudios que nos indiquen las incidencias del infarto agudo al miocardio por rangos de edades y estratos de ingresos por habitantes del Cantón de Flores que nos permitan detectar con eficiencia las concentraciones de personas con esta patología para aumentar el presupuesto en la atención, prevención y promoción de este evento de salud.	CCSS	Ministerio de Salud



Factores Sociopolíticos	Muchos pacientes para un solo médico	Buena articulación entre las instituciones de salud y la comunidad.	Definir un esquema de roles institucionales que permita la articulación de una estrategia general desde el ámbito de acciones o competencias de cada una de las instituciones involucradas con el fin de promover estilos de vida saludables, y adaptarlas a las condiciones socio económicas y culturales de la población.	CCSS Actores de la comunidad	Ministerio de Salud Municipalidad de Flores MEP Cruz Roja MEP ONG del cantón de Flores
Factores Socioeconómicos	Ausencia de tiempo libre	Mejorar los espacios de tiempo libre para estilos de vida saludables.	Generar una agenda conjunta interinstitucional que permita realizar actividades, campañas educativas o de información en prevención y promoción en ambientes seguros, adaptándolas a las condiciones sociales y económicas de la población.	CCSS	Ministerio de Salud Comité de Deportes Municipalidad de Flores



Comportamiento	Falta de estilos de vida saludables	Actividad física regular, mejoramiento en los hábitos alimenticios, disminución en el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.	Generar una agenda conjunta interinstitucional que permita realizar actividades, campañas educativas y de sensibilización o de información y de prevención en ambientes seguros.	Ministerio de Salud	Instituciones gubernamentales y ONG del Cantón de Belén.
-----------------------	-------------------------------------	---	--	---------------------	--



Servicios de Salud	Poco tiempo para atención médica y citas para estudio a largo plazo	Buena articulación entre las instituciones de salud y la comunidad.	Definir un esquema de roles institucionales que permita la articulación de una estrategia general desde el ámbito de acciones o competencias de cada una de las instituciones involucradas con el fin de promover estilos de vida saludables, y tener el conocimiento adecuado sobre la patología de fondo para acudir oportunamente al servicio de salud.	CCSS Actores de la comunidad	Ministerio de Salud Municipalidad de Flores MEP Cruz Roja MEP ONG del cantón de Flores IAFA
---------------------------	---	---	--	---------------------------------	---



CAPITULO VII: SALUD MENTAL

7.1 Introducción

7.1.1 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo especializado en gestiones políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial de la salud, ha señalado que la Salud Mental es un componente integral y esencial de la salud. La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Y considera a la Salud Mental como algo más que ausencia de trastornos o desequilibrios mentales.

El Ministerio de Salud, como ente rector de la Salud inició para el año 2012 acciones para incidir en la capacidad nacional mediante el fortalecimiento de políticas, planes, programas y servicios, ayudando a promover la Salud Mental, estableciendo la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, donde se definen los principios, los enfoques, los lineamientos y el plan de acción de Salud Mental de nuestro país (Ministerio de Salud, 2012).

Según esta Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, la Salud Mental se define 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.” Este concepto fue construido por la Comisión Nacional de Salud Mental en el año 2012, al mismo tiempo se debe incluir las relaciones, las competencias y su desarrollo, capacidades intelectuales, además de las capacidades emocionales, sociales y la productividad.

De esta manera se ha venido centrando en el análisis de la situación nacional por



determinantes: biológico, ambientales, sociales, económicos y culturales, así como los sistemas y servicios de salud, incorporando las necesidades de la institución de fortalecerse como tal.

Es por esta razón y con base a las necesidades en Salud Mental a nivel central, regional y local, se está realizando el ASIS del cantón de Flores, con el propósito de identificar y visualizar las necesidades locales, e identificar las causas y factores de riesgo que generen afecciones a la Salud Mental, además, de involucrar otros sectores e instituciones, con la finalidad de fortalecer un modelo de promoción de la salud y atención integral centrado y ajustado a las comunidades específicamente, pues se denota los altos índices de enfermedades relacionadas al riesgo en la Salud Mental y la vida de las personas. Por lo tanto, se precisa de un plan de acción que se deba implementar con las entidades responsables según su aplicación.

7.1.2 Marco Conceptual

Definición de Salud Mental

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 mediante la potencialización de los factores protectores de la población y la prevención de 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

Los determinantes de Salud según Lalonde (1974), modificado y adaptado a Salud Mental (Política Nacional de Salud Mental 2012-2021), son:

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.



7.2 Selección de Indicadores

7.2.1 Indicadores de Servicio

El cuadro 24 muestra la razón de profesionales que brindan servicios según tipo de profesional, donde se observa que a nivel público el Área de Salud Belén-Flores, la cual posee un servicio de Psicología con una única profesional en Psicología Clínica, y un Departamento de Trabajo Social con dos profesionales. Con relación al gobierno local, la Oficina de Gestión Comunal tiene una Psicóloga, además, cuentan con una Trabajadora Social. A nivel de los servicios privados se cuenta con tres profesionales en psicología.

Cuadro 24
Flores: Razón de profesionales que brindan servicios
según tipo de profesional
(Por 10.000 habitantes)

Tipo de profesional	ASBF (CCSS)	Gobierno Local (oficina de gestión comunal)	Servicios privados	Total	Razón
Médicos Psiquiatras	0	0	0	0	0,00
Trabajadores Sociales	2	1	0	3	1,19
Enfermeros de Salud Mental y Psiquiatría	0	0	0	0	0,00
Psicólogos	1	1	3	5	1,99

Población 2021:

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario estadístico de servicios de salud 2021 ASBF-CCSS y Base Servicios de Salud DARS Belén-Flores 2023.



7.2.2 Indicadores relacionados con Salud Mental

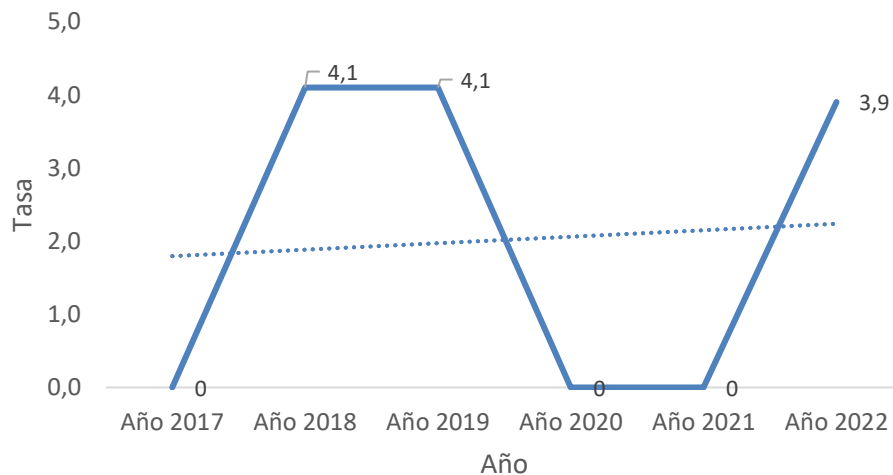
Análisis integral del indicador	Resultado cantonal del calculo	Fuente
Tasa de trastorno bipolar afectivo: número de casos reportados de trastorno afectivo bipolar por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F30-F39	Año 2017: 0,0 Año 2018: 4,1 Año 2019: 4,1 Año 2020: 0,0 Año 2021: 0,0 Año 2022: 3,9	Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud
Tasa de esquizofrenia: número de casos reportados de Esquizofrenia por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F20-F29	Años 2017-2022: 0,0	Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud
Tasa de Depresión: número de casos reportados de depresión por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F32-33	Año 2019: 19,6 Año 2020: 277,3 Año 2021: 354,3 Año 2022: 858,2	Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud
Tasa de suicidio: la Mortalidad por Suicidio es el número total de defunciones estimadas por suicidio en una población total o determinado por sexo y/o edad dividida por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes. Cod.X60 al X83.8 Lesiones autoinfligidas intencionadamente por medios no especificados.	Año 2010: 4,6 Año 2011: 0,0 Año 2012: 0,0 Año 2013: 4,4 Año 2014: 8,7 Año 2015: 0,0 Año 2016: 4,2 Año 2017: 0,0 Año 2018: 16,5 Año 2019: 4,1 Año 2020: 8,0 Año 2021: 0,0	INEC- Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.
Tasa de intento de suicidio: número de casos de intento de suicidio notificados en una población determinada dividida por el total de población estimada en un determinado espacio geográfico * 100000 habitantes	Año 2017: 29,1 Año 2018: 41,1 Año 2019: 93,5 Año 2020: 32,1 Año 2021: 44,2 Año 2022: 47,2	Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud



Trastorno Afectivo Bipolar

Para el cantón de Flores, se observa un incremento en la incidencia del trastorno afectivo bipolar en los años 2018 y 2019 con una tasa de 4,1 cada uno, luego vuelve a descender con una tasa de cero por dos años consecutivos, y posteriormente asciende a una tasa de 3,9 para el año 2022 (Gráfico 21)

Gráfico 21
Flores: Incidencia de trastorno afectivo bipolar 2017-2022
(Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Vigilancia de la Salud-MS, 2018

Esquizofrenia

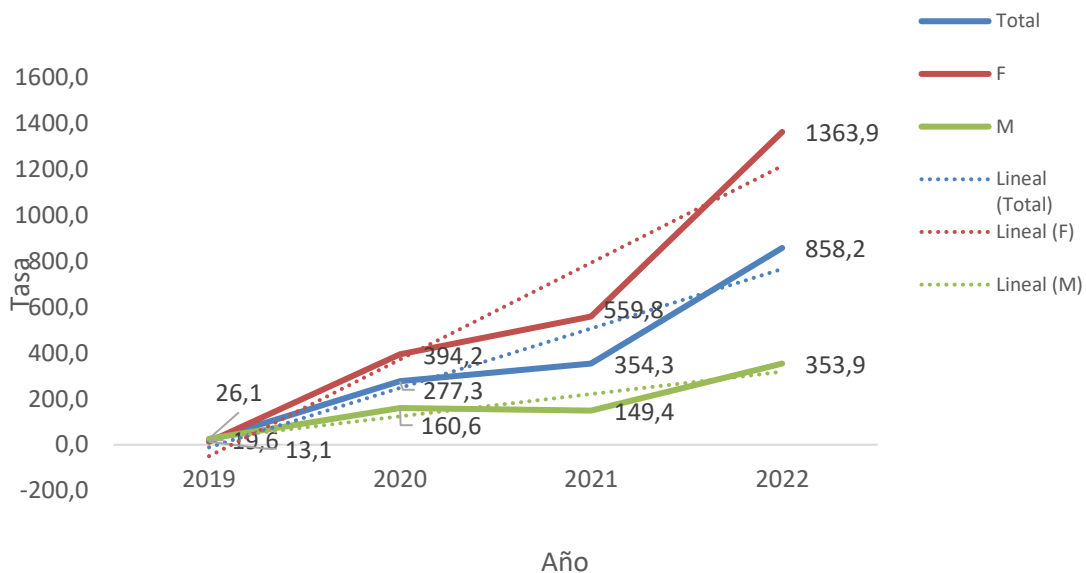
Para el período 2017 al 2022, la tasa de esquizofrenia del cantón de Flores es de cero, de acuerdo con datos suministrados por la Dirección Vigilancia de la Salud, MS (2018).



Depresión

En el gráfico 22, se puede apreciar la tasa de incidencia por depresión según sexo en el cantón de Flores, donde las mujeres tienen la mayor tasa a partir del año 2020 en adelante con una tasa de 394,2 para el año 2020 y una de 1363,9 para el año 2022, en comparación con los hombres que en el año 2020 presentó una tasa de 277,3,6 y para el año 2022 una tasa de 858,2.2 por cada 100.000 habitantes. La tasa de incidencia por depresión del cantón se incrementó significativamente en los años de pandemia. La tasa de incidencia por depresión en las mujeres supera la tasa de los hombres y la tasa cantonal, variable importante para su monitoreo y desarrollo de acciones en salud mental. Las líneas de tendencia son hacia el alta.

Gráfico 22
Flores: Incidencia por depresión según sexo. 2019-2022.
(Tasa por 100.000 habitantes)



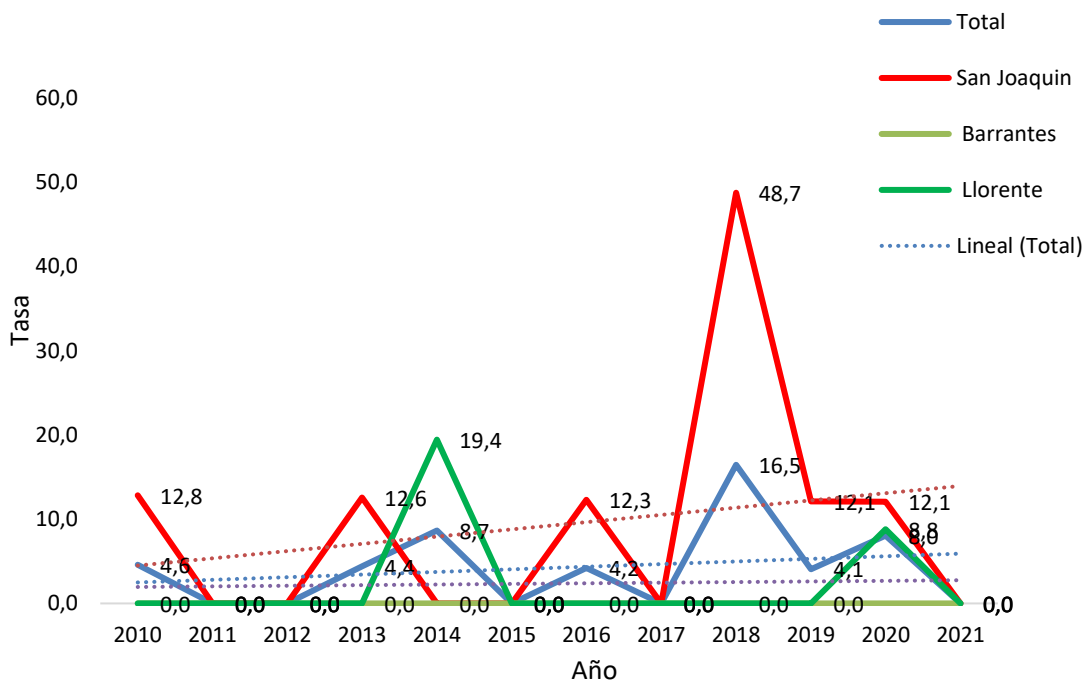
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Vigilancia de la Salud-MS, 2018



Suicidio

En cuanto a la mortalidad por suicidio en el cantón de Flores durante el periodo 2010-2021 (gráfico 23), se observa que el 2018 fue el año donde estuvo la tasa más para el distrito de San Joaquín, el año 2014 para el distrito de Llorente, y por último el distrito de Barrantes mantiene una tasa de cero durante todo el período. Las líneas de tendencia son hacia el alta.

Gráfico 23
Flores: Mortalidad por suicidio por año de defunción,
según distrito de ocurrencia. 2010-2021
(Tasa por 100.000 habitantes)

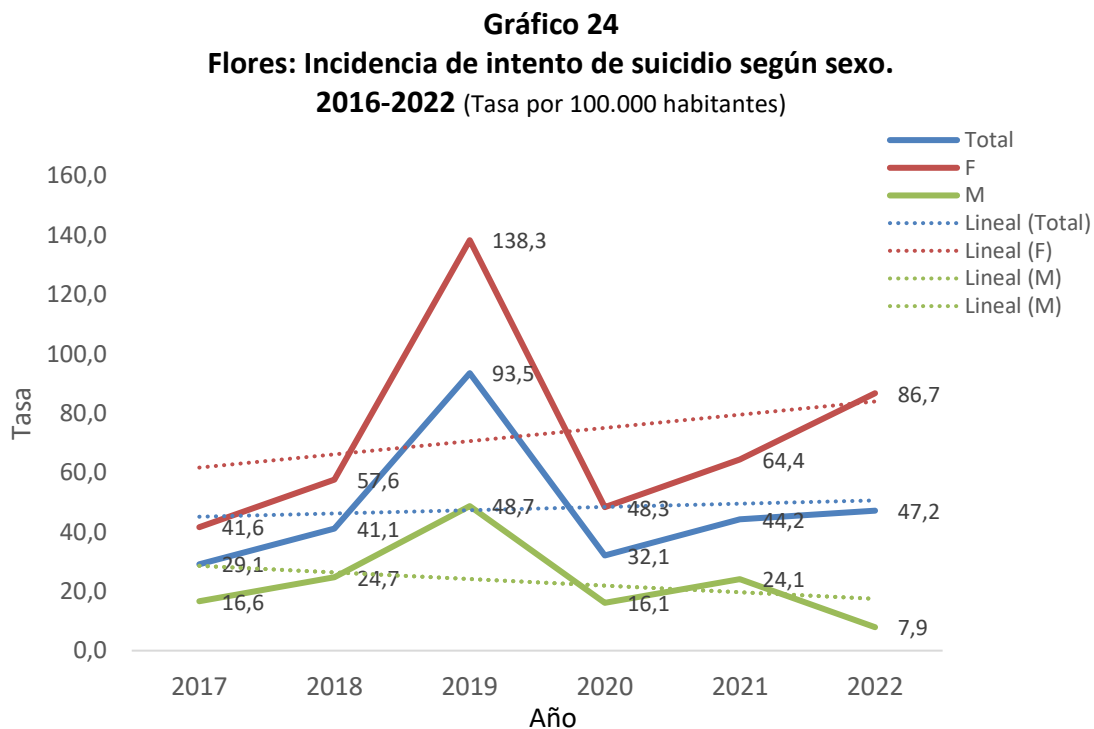


Fuente: Elaboración propia con datos del INEC y Dirección Vigilancia de la Salud-MS, 2021



Intento de Suicidio

En el gráfico 24, se observa para el cantón de Flores un aumento de intentos de suicidio en mujeres desde el año 2017 con un 41,6 y para el año 2022 con un 86,7, mientras que en los hombres en el año 2017 la tasa fue de 16,6 y en al año 2022 con una tasa de 24,1 por 100 000 habitantes. Se observa una línea de tendencia más clara hacia el alta en las mujeres.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Vigilancia de la Salud-MS, 2018

7.3 Caracterización del entorno

Con relación a las redes comunitarias del cantón de Flores, se ha articulado, coordinado e implementado acciones en el tema de Salud Mental en los planes trabajo de las instituciones involucradas, con el objetivo de impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Se puede expresar que es una de las grandes fortalezas el trabajo realizado en estas redes y comisiones interinstitucionales.



En cuanto a los proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, se ha participado junto con el Nivel Regional en acciones desde el 2015, donde la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Norte observó las necesidades de abordar el tema de salud mental, por lo que se decidió implementar un proyecto dirigido a la población trabajadora del nivel regional y local, en el cual participó el enlace de salud mental de la DARS Belén-Flores para realizarlo, y así contar con un en el Plan de Acción de Salud Mental 2012-2021. Este proyecto se desarrolló del programa de actividades para concientizar la importancia de abordar la salud mental del colaborador desde diferentes ejes, con la finalidad de brindar herramientas y estrategias para su salud mental, como parte del rol rector en materia de salud mental, trabajando primero desde lo interno hacia la comunidad. El programa se llamó: “Construyendo Espacios para la Promoción de la Salud Mental en el ámbito laboral”, relacionado al determinante de la salud social, económico y cultural definido en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, aunado al Programa Nacional de Salud Mental 2014-2018, el cual cuenta con VI módulos de trabajo y aborda tres áreas: personal, familiar y laboral. Importante rescatar que se trabajó en una línea base que permitiera determinar el nivel del sentido de vida de los funcionarios, donde los resultados obtenidos manifestó 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.

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, con el 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, y se inició la conformación de Instancias Regionales/ Locales para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (IRAIS/ILAIS).

De lo anterior, se realizó 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 local se conformaron las instancias de abordaje con las instituciones, asociaciones, ONG, entre otros actores sociales con participación local de ambos cantones. Además, se sensibilizó sobre el comportamiento suicida y el Decreto 40881-S y se aplicó 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.

Actualmente la ILAIS Belén-Flores, es conducida por el enlace de salud mental de la DARS Belén Flores. Posee un plan de trabajo anual que se divide en prevención, atención y promoción de la salud a fin de incluir actividades que fomenten la salud mental, además de prevención en suicidio. Así como capacitaciones a fin de comprender la dinámica del suicidio y la aplicación de los primeros auxilios psicológicos. Se facilita espacios psicoeducativos a instituciones tanto públicas como privadas, actores sociales claves, asociaciones, grupos comunitarios, entre otros.

Para el período 2022, se presentó el proyecto regional comunitario el cual fue 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, capacitación para la aplicación de la guía, dirigida a representantes y coordinadores de las Instancias donde participo la ILAIS Belén Flores.

Factores protectores de la Salud Mental en el cantón de Flores

A nivel de las comunidades es de suma importancia contar con factores protectores mediante recursos y condiciones que promueven la salud, el bienestar y la resiliencia de una comunidad. El ser humano por naturaleza requiere de redes de apoyo sociales, entre ellos, la presencia de familias, amigos, vecinos y organizaciones comunitarias que brindan apoyo emocional y



práctico, como *“un espacio dinámico en el que se reflexiona y actúa colectivamente para la mejora de las condiciones de vida de los miembros de una comunidad, en relación con asuntos que éstos han definido que son de su interés o que les afectan”* (Montenegro, 2004). Además, la disponibilidad de servicios de atención médica de calidad y accesibles puede ayudar a prevenir enfermedades y mejorar la salud de la comunidad.

En las comunidades del cantón de Flores se promueven estilos de vida saludables, y se facilita el acceso a opciones diversas de la actividad física. Sobre el acceso a una educación de calidad en los aspectos educativos; siendo que en el cantón de Belén a través de las Academias de crianza del PANI, las cuales consisten en procesos de enseñanza para la disciplina positiva de las personas menores de edad, es *“un servicio de educación a la familia con modelo y metodología oficial PANI, basada en la Pirámide de Desarrollo Integral, que se ofrece en cuatro modalidades: Academia de Crianza Abierta, Academia de Crianza Familias en Acción (FAMA), Academia en Riesgo Moderado y Academia en Atención Especial”*. (Laura Chinchilla Barrientos, s.f.)

Otro aspecto que influye como factor protector es un entorno seguro, ya que una comunidad libre de violencia, crimen y contaminación ambiental promueve la seguridad y el bienestar de sus residentes y en el cantón de Belén se cuenta con una vigilancia activa por parte de las autoridades municipales y Fuerza Pública, que conjuntamente con otras instituciones articulan como parte del programa *“Sembremos Seguridad”* que *“es una estrategia que se implementa a nivel nacional liderada por el Ministerio de Seguridad Pública que se realizará en los 82 cantones del país, busca priorizar y focalizar delitos, riesgos sociales y otros factores que aquejan a la ciudadanía por medio de la percepción de las personas y estadísticas registradas, así como abordarlos para mitigar la problemática identificada mediante la coordinación y cooperación entre gobiernos locales, instituciones y participación ciudadana, fundamentado en el Decreto Ejecutivo N° 41242-SP.*

En el cantón de Flores también opera el Centro de Cuidado y Desarrollo Infantil (CECUDI Flores), el cual tiene como objetivo la atención, el acceso público, universal y con



financiamiento solidario que articula las diferentes modalidades de prestación pública y privada de servicios en materia de cuidado y desarrollo infantil, para fortalecer y ampliar las alternativas de atención infantil integral de personas menores de edad de entre 0 a 7 años. Esta red surgió durante el Gobierno de Laura Chinchilla Miranda (2010-2014), como una alternativa para mejorar la atención de la niñez costarricense. Dicha estructura se conforma y desarrolla amparado al Decreto Ejecutivo N°36020 del 8 de mayo del 2010.

Dentro de los objetivos de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil destacan:

1. Garantizar el derecho de todos los niños y las niñas, prioritariamente los de cero a seis años, a participar en programas de cuidado, en procura de su desarrollo integral, según las necesidades y de conformidad con las modalidades de atención requeridas.
2. Promover la corresponsabilidad social en el cuidado mediante la participación de los diversos sectores sociales.
3. Articular los diferentes actores, alternativas y servicios de cuidado y desarrollo infantil.
4. Procurar que los servicios de cuidado y desarrollo infantil permitan la inserción laboral y educativa de los padres y las madres.

Esta opción de cuidado les permite a algunas de las familias del cantón la posibilidad de poder transformar su condición de vida mediante el trabajo y/o estudio.

Una de las organizaciones que funge como un factor protector es el SINABI Ministerio de Cultura y Juventud mediante la Biblioteca Pública de San Joaquín de Flores, un centro de información bibliográfica y extensión cultural, que ponen a disposición de los ciudadanos las obras más representativas del conocimiento universal, fomentan la lectura y difusión de la información recreativa, informativa y educativa.

Las bibliotecas públicas semioficiales creadas por decreto 11987-C del 17 de marzo de 1981, son administradas mediante la firma de un convenio entre el SINABI-Ministerio de Cultura y Juventud, las municipalidades, las asociaciones de desarrollo comunal, las fundaciones o cualquier otra organización interesada.

Además, la biblioteca cumple una función importante, ya que representa un espacio seguro



donde las personas de la comunidad pueden acceder a actividades, cursos y charlas coordinadas por quienes dirigen la biblioteca. Además, este espacio sirve de centro de reunión para las redes locales con la de prevención de violencia y el subsistema local de protección.

Destacan en el cantón, estructuras organizadas interinstitucionalmente que procuran el trabajo en conjunto articulado y organizado en busca del bienestar y mejoramiento de la población en general. Se detallan en el siguiente cuadro las redes comunitarias activas que contemplan dentro de sus actividades el tema de Salud Mental:



Cuadro 25
Redes Comunitarias relacionadas con el tema de Salud Mental, 2024

Redes activas	Objetivo General	Vigencia	Cobertura Geográfica	Institución Coordinadora	Instituciones ejecutoras	Fundamento Jurídico	Persona Contacto
Subsistema Local de Protección a la niñez y adolescencia del cantón de Flores	Garantizar el pleno ejercicio de todos los derechos de la niñez y la adolescencia, y hacer del cantón un espacio de protección integral, participación y desarrollo efectivo de los niños, niñas y adolescentes Facilitar la articulación interinstitucional para el abordaje integral y oportuno de las personas que enfrentan riesgo suicida, intentos suicidas o se han visto afectadas por el suicidio (según el artículo #1 Decreto N° 40881 - S).	Permanente	Cantón de Flores	PANI Heredia	PANI, Área Rectora de Salud de Belén Flores, Municipalidad de Flores, CCSS, Ministerio de Educación Pública, Biblioteca Pública, IMAS, CONAPDIS	Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2010 - 2021	Aurora Camacho Varela PANI
ILAIS: Instancia local de atención integral del comportamiento suicida	Desarrollar y mantener espacios de coordinación interinstitucional, que permitan el planteamiento y ejecución de acciones conjuntas en la atención de la violencia intrafamiliar en el cantón de Flores.	Permanente	Cantón de Flores	Área Rectora de Salud Belén Flores	Ministerio de Salud, CCSS Fuerza Pública, PANI, MEP Municipalidad de Flores.	Decreto N° 40881 - S Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida	Lizbeth Fonseca Aguilar
Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar		Permanente	Cantón de Flores	Área Rectora de Salud Belén Flores	Ministerio de Salud, CCSS Fuerza Pública, PANI, MEP Municipalidad de Flores, PISAV, IMAS	PLANOVI y PIEG	Kristel Vargas Jiménez Y Lizbeth Fonseca Aguilar

Fuente: Elaboración propia con datos del proceso de Planificación Estratégica. DARS Belén-Flores 2024.



El cantón de Flores cuenta con un número muy reducido de establecimientos que brinda diversos servicios culturales, deportivos y otros a las que la población puede tener acceso (Tabla 5), tales como Canchas de fútbol y fútbol 5, centros de acondicionamiento físico – gimnasio- y escuela de natación u otros.

Tabla 5
Establecimientos culturales, deportivos, recreativos y otros del cantón de Flores, 2024

Establecimiento y otros	San Joaquín	Lorente	Barrantes	Totales
Artes marciales y afines	1	0	0	1
Estadio Municipal	1	0	0	1
Biblioteca Pública	1	0	0	1
Canchas de futbol 5	1	0	0	1
Salones para actividades de esparcimiento, entretenimiento, artístico, fiestas	2	SD	SD	2
TOTALES	6	0	0	6

Fuente: Elaboración propia con datos de la base de Establecimientos de Salud e inspección ocular. DARS Belén-Flores

7.4 Problemas desde Salud Mental

7.4.1 Problema Drogadicción

En Costa Rica, el consumo de sustancias ilícitas ha sido un tema de preocupación creciente, según se refiere en el Informe Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (INDDA) del 2021, en donde se ha observado un aumento en el consumo de drogas como la marihuana, la cocaína, las anfetaminas se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Este informe destaca que el consumo de drogas es más prevalente en áreas urbanas, pero también afecta a comunidades más pequeñas y rurales.

A nivel nacional, la marihuana es la droga ilícita más consumida, seguida por la cocaína y las drogas sintéticas; las personas jóvenes entre 15 y 24 años son las más afectadas por el consumo. Dentro de los principales factores de riesgo, está la disponibilidad de drogas, la presión de grupo y la falta de actividades recreativas saludables, los cuales son factores que



contribuyen al consumo de drogas entre las personas adolescentes y adultos jóvenes, Instituto Costarricense sobre Drogas (2021).

Otros factores de riesgo a considerar incluyen la predisposición genética, el entorno social y las experiencias traumáticas o adversas que la personas ha vivido a lo largo de la vida. Las personas que han sufrido abuso, negligencia o que viven en entorno de alta presión pueden ser más vulnerables a recurrir a las drogas como una forma compensatoria de escape o automedicación.

El uso prolongado de drogas ilícitas puede desencadenar o exacerbar trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y la psicosis. El consumo de estimulantes como la cocaína puede conducir a episodios de paranoia y alucinaciones, mientras que los opiáceos pueden causar una profunda depresión. Aunado a ello, el uso de drogas ilícitas puede interferir con la capacidad de la persona para manejar el estrés, mantener relaciones saludables y funcionar adecuadamente en su vida diaria, Abramson, (2021).

La dependencia de las drogas ilícitas crea un ciclo vicioso donde la persona consume para aliviar sus síntomas de malestar emocional, solo para encontrar que la salud mental se deteriora aún más con el tiempo. Este ciclo puede llevar a una espiral descendente de aislamiento, pérdida de empleo y deterioro de las relaciones personales, lo que agrava aún más los problemas de salud mental.

Desde una perspectiva de ciclo de vida vemos que el consumo de drogas ilícitas durante la adolescencia es un fenómeno preocupante que puede tener consecuencias duraderas en el desarrollo físico, emocional y cognitivo de los jóvenes. La adolescencia es un período crítico de desarrollo, y la exposición a sustancias ilícitas puede interferir significativamente con este proceso. El cerebro adolescente está en una fase de desarrollo intensivo, caracterizada por la maduración de las conexiones neuronales y la reorganización de los circuitos cerebrales.



El consumo de drogas ilícitas durante este período puede alterar estos procesos, llevando a cambios estructurales y funcionales en el cerebro. Un ejemplo de ello sería el uso de sustancias como la marihuana y la cocaína que se han asociado con una reducción en el volumen de materia gris y alteraciones en la conectividad de la materia blanca, esto puede exacerbar o desencadenar problemas de salud mental en las personas adolescentes, como la depresión, la ansiedad y los trastornos de conducta.

Adicionalmente, el uso de estas sustancias puede conllevar comportamientos impulsivos y riesgosos, aumentando la probabilidad de accidentes, violencia y problemas legales, inclusive potenciar las conductas suicidas. Las personas adolescentes que consumen drogas también pueden experimentar dificultades en el rendimiento académico y en las relaciones interpersonales.

Es crucial abordar el consumo de drogas ilícitas desde una perspectiva integral que incluya tanto el tratamiento de la dependencia como el apoyo a la salud mental. Las terapias cognitivos-conductuales, la terapia de grupo y los programas de rehabilitación pueden ser efectivos para ayudar a las personas a superar la adicción y mejorar su bienestar psicológico. Además, es fundamental proporcionar un entorno de apoyo y comprensión, donde las personas se sientan seguros para buscar ayuda y compartir sus experiencias sin temor a ser juzgados; así como propiciar la creación de espacios comunitarios seguros que permitan y faciliten la práctica de la recreación, deporte, actividad física y la vinculación social, Pallari, Soukup, y Kyriacou, (2023).

El consumo de drogas ilícitas es un problema de salud pública que requiere una atención urgente y compasiva. Al entender y abordar los factores subyacentes que llevan al consumo y al proporcionar un tratamiento integral, podemos ayudar a las personas a recuperar y mantener su salud mental y a llevar una vida plena y satisfactoria.



7.4.2 Problema Inseguridad ciudadana

La inseguridad ciudadana es un fenómeno creciente en Costa Rica que tiene profundas implicaciones para la salud mental de sus habitantes. La percepción de inseguridad y el aumento de la criminalidad pueden generar un ambiente de miedo y estrés constante, afectando negativamente el bienestar psicológico de las personas.

En los últimos años, el país ha experimentado un aumento en los índices de criminalidad, incluyendo delitos violentos como homicidios, robos y asaltos. Este incremento se atribuye en parte a la influencia del narcotráfico y las organizaciones criminales, así como a la desigualdad socioeconómica y la falta de oportunidades laborales. La exposición continua a situaciones de inseguridad puede llevar a una serie de problemas de salud mental. Entre los más comunes se encuentran la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estos trastornos pueden tener un impacto devastador en la salud mental y el bienestar general. La ansiedad y la depresión pueden llevar a una disminución en la calidad de vida, afectando el rendimiento laboral, académico inclusive el deterioro de las relaciones personales. El TEPT, en particular, puede llevar a un aislamiento social significativo y a una incapacidad para participar en actividades cotidianas que afectan el establecimiento de vínculos adaptativos y la formación de relaciones nutricias.

La inseguridad no solo afecta a las personas, sino también a las comunidades en su conjunto. La percepción de inseguridad puede llevar a una disminución en la cohesión social, ya que las personas pueden volverse más desconfiadas y menos dispuestas a participar en actividades comunitarias. Esto puede resultar en un aislamiento social, que a su vez potencia los problemas de salud mental.

Para mitigar los efectos de la inseguridad en la salud mental, es crucial implementar estrategias de intervención que aborden tanto la seguridad pública como el apoyo psicológico. Las intervenciones pueden incluir programas comunitarios de prevención del



delito, así como servicios de salud mental accesibles y de calidad. Además, es importante fomentar la resiliencia comunitaria y fortalecer las redes de apoyo social.

La inseguridad ciudadana es un desafío significativo para la salud mental en el país y el cantón de Flores. Al abordar los factores subyacentes de la criminalidad y proporcionar un apoyo integral a las comunidades afectadas, es posible mejorar el bienestar psicológico de la población y promover un entorno más seguro y saludable.

7.4.3 Problema Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años.

La lesión autoinfligida intencionalmente en personas adolescentes es un fenómeno multifacético preocupante que tiene profundas repercusiones en la salud mental. Este comportamiento, que incluye actos como cortarse, quemarse o golpearse, es una señal de angustia emocional y puede estar asociado con diversos trastornos mentales.

La prevalencia de las lesiones autoinfligidas en personas adolescentes varía, pero estudios recientes indican que entre el 16% y el 22% de las personas adolescentes han actuado comportamientos de algún tipo de autolesión. Las adolescentes femeninas son más propensas a este comportamiento en comparación con los adolescentes masculinos. Algunos de los factores de riesgo incluyen la presencia de trastornos mental como la depresión y la ansiedad, experiencia de abuso o negligencia y la presión de grupo.

Las personas adolescentes que se autolesionan pueden experimentar sentimientos de vergüenza y culpa, lo que puede agravar su malestar emocional y llevar a un ciclo de autolesiones continua. Las consecuencias a largo plazo de este tipo de comportamientos pueden ser graves ya que induce un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales crónicos, así como intentos de suicidio. Además, esta patología puede interferir con el desarrollo social y académico, afectando la capacidad de la persona adolescente para formar relaciones saludables y tener éxito en su proceso de aprendizaje, Richardson & otros (2024).



Las personas adolescentes que experimentan estos trastornos pueden recurrir a la autolesión como una forma de manejar el dolor emocional y la angustia. La baja autoestima y los sentimientos de desesperanza también son comunes entre las personas adolescentes que se autolesionan; la presión de grupo, el acoso escolar (bullying) y las relaciones familiares disfuncionales son factores que pueden contribuir a la presentación de esta conducta. Además, las personas que carecen de apoyo psicosocial tienen un mayor riesgo de recurrir a la autolesión como una forma de lidiar con sus emociones. Tanto las experiencias traumáticas, como el abuso físico, emocional o sexual son factores de riesgo importantes para la manifestación de esta sintomatología en las personas adolescentes. Las personas que han sido víctimas de trauma pueden utilizar la autolesión como una forma de expresar su dolor y controlar sus emociones. Además, la exposición a la violencia y el estrés crónico en el hogar o la comunidad también pueden aumentar el riesgo, Cambridge (2023).

Estos comportamientos requieren una atención integral y comunitaria. Las intervenciones comunitarias pueden desempeñar un papel crucial en la prevención y tratamiento de la patología ya que proporcionan apoyo y recursos accesibles tanto para las personas jóvenes como para sus familias.

Paralelamente a ello, dentro de las estructuras educativas hay que fortalecer la implementación de programas que incluyan talleres de educación emocional, habilidades de afrontamiento y programas de mentoría; así como la educación sobre salud mental y la creación de un entorno escolar seguro y de apoyo.

En nuestro país las líneas de ayuda y los servicios de apoyo en línea ofrecen una vía accesible y confidencial para que los adolescentes busquen ayuda. Estos servicios pueden proporcionar asesoramiento inmediato y recursos para el manejo de la crisis. La disponibilidad de apoyo en línea es especialmente importante para la población adolescente ya que permite un contacto seguro y privado que disminuye sentimientos de vergüenza o temor a buscar ayuda.



Otro espacio relevante que se debería de implementar en el cantón son los grupos de apoyo ya que pueden ser una herramienta valiosa para los adolescentes que se autolesionan y sus familias. Estos grupos ofrecen un espacio seguro para compartir experiencias y recibir apoyo emocional. Los grupos de apoyo también pueden proporcionar educación sobre las autolesiones y estrategias de afrontamiento tanto para los adolescentes como para las personas cuidadoras.

Las campañas de concienciación pública pueden ayudar a reducir el estigma asociado con las autolesiones y promover una mayor comprensión de los problemas de salud mental. Estas campañas pueden incluir información sobre los signos de advertencia de las autolesiones, cómo buscar ayuda y la importancia de la intervención temprana. La colaboración con medios de comunicación y organizaciones comunitarias puede amplificar el alcance de estas campañas.

La atención de la lesión autoinfligida intencionalmente en adolescentes requiere un enfoque comunitario integral que incluya programas de prevención en escuelas, centros comunitarios de salud mental, líneas de ayuda, grupos de apoyo y campañas de concienciación pública. Al proporcionar un entorno de apoyo y recursos accesibles, podemos ayudar a los adolescentes a superar sus dificultades emocionales y promover su bienestar psicológico, Xiao (2022).



8. BIBLIOGRAFÍA

Abramson, A. (2021). Substance use and mental health: The intertwined epidemic. *American Journal of Public Health*

Ahumada, J. ; Gámez M.; Valdez C. (2017). El Consumo del Alcohol como problema de Salud Pública. *Ra Ximhai*, vol. 13, núm. 2. Universidad Autónoma Indígena.

Blanco Peña, Kinndle. 2013. Recurso hídrico en la zona norte de Heredia: La experiencia de la UNA / Carlos Morera Beita. – 1 ed. – Heredia, C.R. : Universidad Nacional. 238 p.

Calderón, K. (2024, May 22). Los femicidios en Costa Rica y su cobertura mediática. 2024.

Cambridge University Press. (2023). New guidance for self-harm: an opportunity not to be missed. *BJPsych Advances*.

Cantón de Flores. (2024). Wikipedia, La enciclopedia libre. Consultado el 07 de febrero de 2024. https://es.wikipedia.org/wiki/Cant%C3%B3n_de_Flores

Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20:387-97. Disponible en: Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes (isciii.es)

Carrión, F. (2005). La inseguridad ciudadana en América Latina. *Quórum. Revista de Pensamiento Iberoamericano*, 12, 29–52.

Chacón-Díaz, et al. Características epidemiológicas del infarto de miocardio con elevación del segmento ST en Perú: resultados del Peruvian Registry of ST-segment Elevation Myocardial

Chang, Y.-T., & Lee, Y.-H. (2023). Associations Between Drug Use and Mental Health Service Utilization Among US Adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

Chinchilla-Miranda, L. (2024). Crisis of Citizen Insecurity in Costa Rica: A Challenge to the Model of Demilitarized Democracy *ReVista*



Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). (20 de julio de 2021). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). 11a revisión. <https://icd.who.int/esp>

Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica (s.f.). Amenazas de origen natural cantón de Flores. https://www.cne.go.cr/reduccion_riesgo/mapas_amenazas/mapas_de_ameaza/heredia/Flores%20-%20descripcion%20de%20amenazas.pdf

Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica (s.f.). Mapa de amenazas y peligros naturales del cantón de Belén. https://www.cne.go.cr/reduccion_riesgo/mapas_amenazas/mapas_de_ameaza/heredia/Flores.pdf

Corona Miranda, Beatriz, Hernández Sánchez, Mariela, & García Pérez, Rosa Marina. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 15(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=es

Evans-Meza et al. (2020). Tendencias y características de la Mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio en Costa Rica de 1970 al 2014. PSM vol.17 n.2 San Pedro Jan./Jun. 2020.

Federación Iberoamericana de Ombudsman. (2018, 26 junio). Costa Rica: Problemas con acceso a salud es el principal reclamo de habitantes ante Defensoría - Portal FIO. Portal FIO. <http://www.portalfio.org/noticias/costa-rica-problemas-con-acceso-a-salud-es-el-principal-reclamo-de-habitantes-ante-defensoria/>

Fernández-Garza, A., & Hernández-Vega, H. (2018). Estudio de la movilidad peatonal en un centro urbano: un caso en Costa Rica. Revista geográfica de América Central, 1(62), 222. <https://doi.org/10.15359/rgac.62-1.10>

Giuntelle, C., et al. (2021). Mental health and substance use: A comprehensive review. Journal of Clinical Psychology.

González, C; Areces, D y Méndez I. (2023). Principales Factores de Riesgo Asociados a las Conductas Autolesivas en Población Infanto-Juvenil: Una Revisión Sistemática Antes y Después de la Pandemia.



González, M. (2023). Determinantes sociales de las conductas suicidas en los adolescentes de la ciudad de Montería. Universidad de Córdoba. Maestría en Salud Pública.

Hamilton, V. y Hamilton, B. (1997). Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium. *Canadian Journal of Economics*, 30,135-151.

Hernández, L. (2020). Factores ambientales y genéticos que influyen en el desarrollo de las malformaciones cardíacas congénitas Vol. 7, No. 14. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/5501/7283>

Herrera Gómez, C., Pérez Saavedra, D., & Negrín León, I. (2022). Masculinidades no violentas. Herramientas metodológicas para el trabajo con adolescentes. www.gobiernodecanarias.org/juventud

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). VI Censo Nacional Agropecuario. Resultado: Total de personas productoras físicas por características del hogar, edad promedio y sexo. Consultado el 20 de marzo de 2024 <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/censos/censo-agropecuario-2014?filtertext=cant%25C3%25B3n&page=15>

Infarction (PERSTEMI). *Arch Cardiol Mex.* 2018; 88 (5): 403 – 412. <https://www.paho.org/es/noticias/29-9-2021-enfermedades-corazon-siguen-siendo-principal-causa-muerte-americas>

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2021). Informe Nacional sobre Drogas y Delitos Asociados (INDDA).

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2017). Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas. Costa Rica 2017. Disponible en: https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacional_DrogasActivConexas_2017.pdf

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015). VI encuesta nacional 2015: Consumo de drogas en Costa Rica. Primera Edición. San José, Costa Rica. IAFA. 2018.



Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). VI encuesta nacional 2015: Consumo de drogas en Costa Rica. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/Encuesta-Nacional-de-Drogas-2015.pdf>

Kandsperger, S., Jarvers, I., Ecker, A., Schleicher, D., Madurkay, J., Otto, A., & Brunner, R. (2021). Emotional reactivity and family-related factors associated with self-injurious behavior in adolescents presenting to a child and adolescent psychiatric emergency service. *Frontiers in psychiatry*, 12, Article e634346. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.634346>

Lange, S. (2023). Contextual factors associated with country—level suicide mortality in the Americas. *IntraMed*. www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=103724

Leiva, A., & Ramírez, A. (2021). Efectos de la inseguridad Ciudadana en el bienestar de la población. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(3), 3341–3352. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.535

Mangione, T.W., Howland, J., Amick, B. et al. (1999). Employee drinking practices and work performance. *Journal of Studies on Alcohol*, 60,261-270.

Marmot, M.G., North, F., Feeney, A., y Head, J. (1993). Alcohol consumption and sickness absence: From the Whitehall II study. *Addiction*, 88,369-382.

Mauricio-Leandro. (s.f). Aceras, peatonización, espacio público, diseño urbano y vida saludable. *Revista Mensual sobre la Actualidad Ambiental*. ISSN 1409-214X. Ambientico 240-241, Artículo 5 |Pp. 31-44|. Recuperado el 9 de agosto de 2024, de https://www.ambientico.una.ac.cr/wp-content/uploads/tainacan-items/5/25226/240-241_31-44.pdf

Mullahy, J. y Sindelar, J.L. (1996). Employment, unemployment and problem drinking. *Journal of Health Economics*, 15,409-434.

Municipalidad de Flores. (2022). Proceso de actualización del Plan Cantonal de Desarrollo Humano Local cantón de Flores 2020-2030

Núñez Ríos, J. R. (2022). Factores determinantes de la percepción de seguridad en México: análisis estadístico a nivel regional. *Revista Cimexus*, 18(1). <https://doi.org/10.33110/cimexus170212>



ONU HABITAT y Organización Mundial de la Salud. (2021.) Integrar la salud en la planificación urbana y territorial. Manual de consulta. Recuperado el 9 de agosto de 2024, de

https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/06/21116_spanish_integrating_health_in_urban_and_territorial_planning.pdf

Organismo de Investigación Judicial. (2024, June). Estadísticas policiales OIJ. Consulta a base de datos. <https://Sitiooij.Poder-Judicial.Go.Cr/Index.Php/Apertura/Transparencia/Estadisticas-Policiales>.

Organización Mundial de la Salud. (2024). Alcohol. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Trastornos congénitos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

Organización Mundial de la Salud. (junio 2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019. Disponible en: Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH1705-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Trastornos mentales y del comportamiento(F00–F99).

https://ais.paho.org/classifications/Chapters/CAP05.html?zoom_highlight=egodist%F3nica

Padilla, E. P. I. V., del Transporte, P. I., & electrónico: P. –. L. U. (s/f). Metodología para evaluación de aceras como parte de la gestión de activos urbanos en Costa Rica. Ucr.ac.cr. Recuperado el 9 de agosto de 2024, de



<https://www.lanamme.ucr.ac.cr/repositorio/bitstream/handle/50625112500/1033/Metodolog%c3%ada%20para%20evaluaci%c3%b3n%20de%20aceras%20como%20parte%20de%20la%20gesti%c3%b3n%20de.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pallari, E., Soukup, T., & Kyriacou, A. (2023). Assessing the European impact of alcohol misuse and illicit drug dependence research: clinical practice guidelines and evidence-based policy. *BMJ Mental Health*.

PNUD-Costa Rica. (2022). Encuesta nacional de seguridad ciudadana en Costa Rica. Informe de resultados. <https://www.undp.org/es/costa-rica/comunicados-de-prensa/resultados-encuesta-nacional-de-seguridad-ciudadana-costa-rica-2022-encuesta-del-pnud-y-la-ucr-revela-percepciones-0>

Prado, C., Chuquiyauri, M., & Maylle, F. (2017). La inseguridad ciudadana y sus determinantes sociales en el distrito de Amarilis, Huánuco. Universidad Nacional “Hermilio Valdizan” de Huanuco.

Rangel-Navia, Heriberto, Annicharico-Lobo, Julio Humberto, & Martínez-Torres, Javier. (2022). Autolesiones deliberadas y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Colombia 2016. *Revista médica de Chile*, 150(6), 736-743. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000600736>.

Rehm, J. y Rossow, I. (2001) The impact of alcohol consumption on work and education. En: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, 67- 77. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Richardson, R., Connell, T., Foster, M., Blamires, J., Keshoor, S., & Moir, C. (2024). Risk and Protective Factors of Self-harm and Suicidality in Adolescents: An Umbrella Review with Meta-Analysis *Journal of Youth and Adolescence*.

Salsedo Mejía F. et al. Determinantes sociales del intento de suicidio en jóvenes colombianos. 11 de diciembre 2022. Disponible en: *Determinantes sociales del intento de suicidio en jóvenes colombianos - Dialnet (unirioja.es)*

Salud universal. (2024, 5 julio). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>



Tapia Pérez, J. (2013). La inseguridad pública: causas y consecuencias. *El Cotidiano*, (180), 103-112., 180, 103–112.

Tlapa Pale, A., Arbez Evangelista , C. ., & Juárez Ibarra , K. I. (2024). Determinantes sociales de la salud asociados a discapacidad: revisión sistemática. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 8(1), 89–101. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i1.724>

Vilalta, C. (2012). Los determinantes de la percepción de inseguridad frente al delito en México. *Banco Interamericano de Desarrollo.*, BID #IDB-WP-381.

World Health Organization: WHO. (2020, 21 julio). Calidad de la atención. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

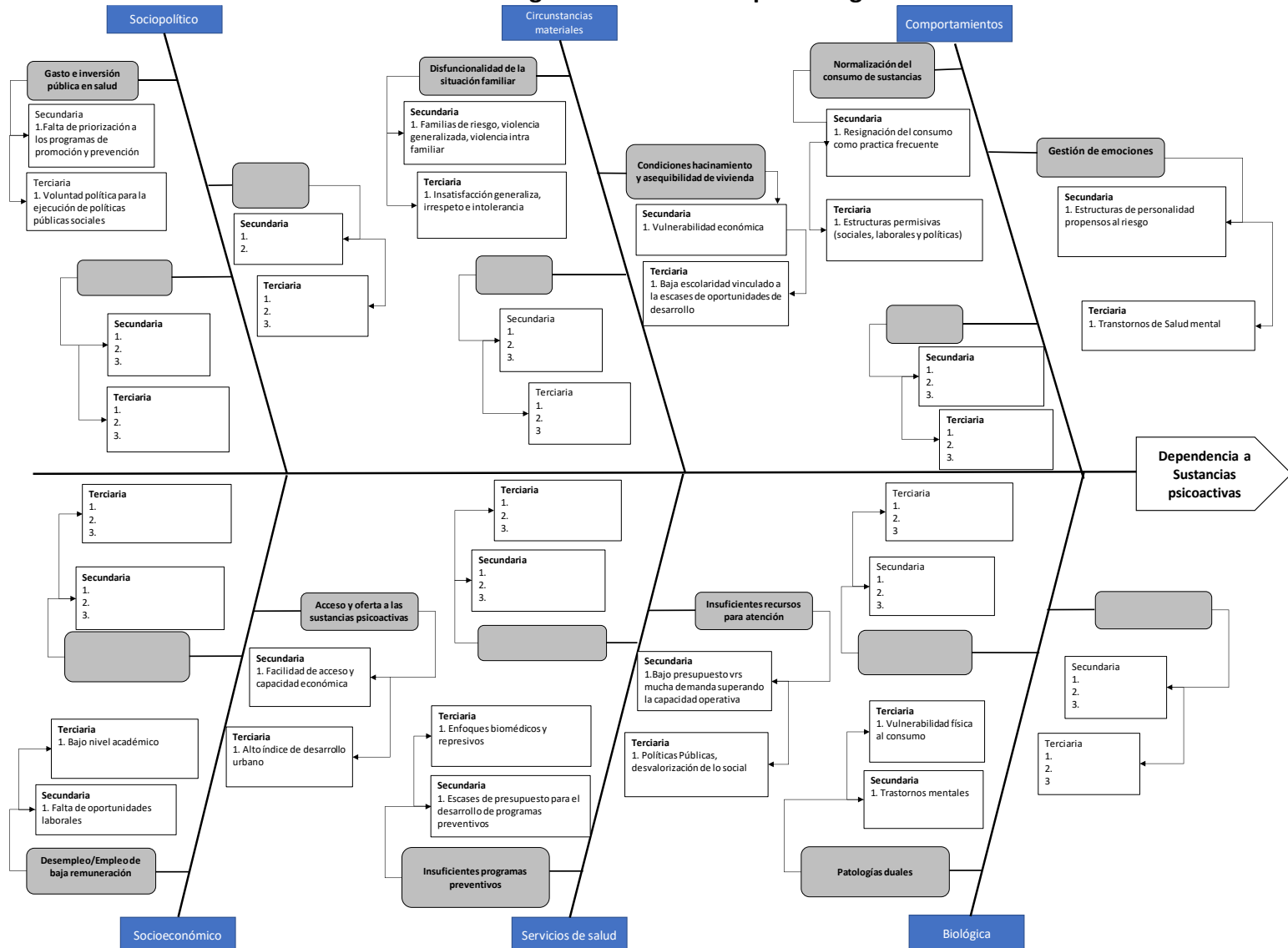
Xiao, Y., et al. (2022). Self-harm in adolescence: prevalence and associated factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.



9. ANEXOS

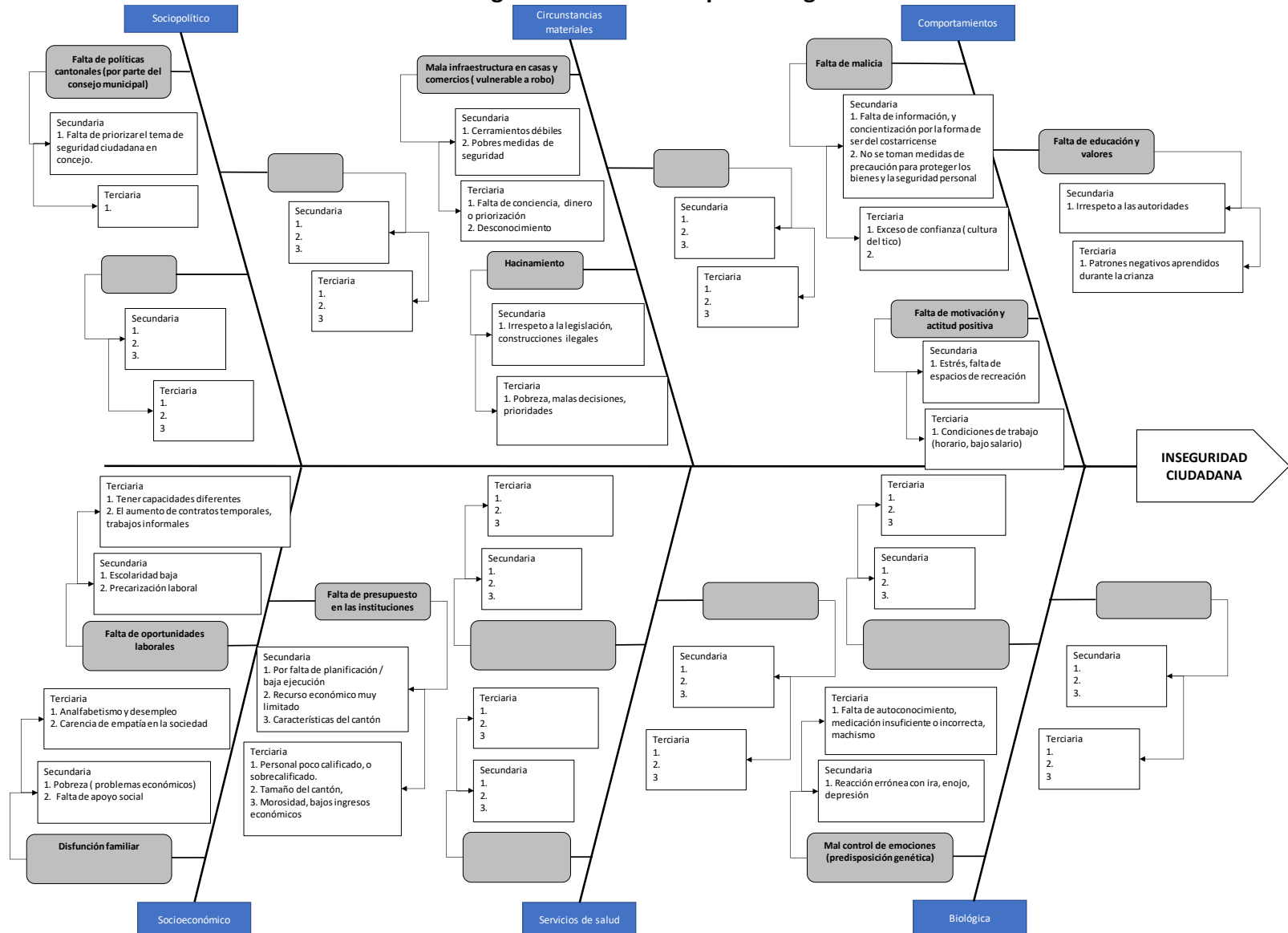


ANEXO 1 Diagrama causa-efecto para Drogadicción



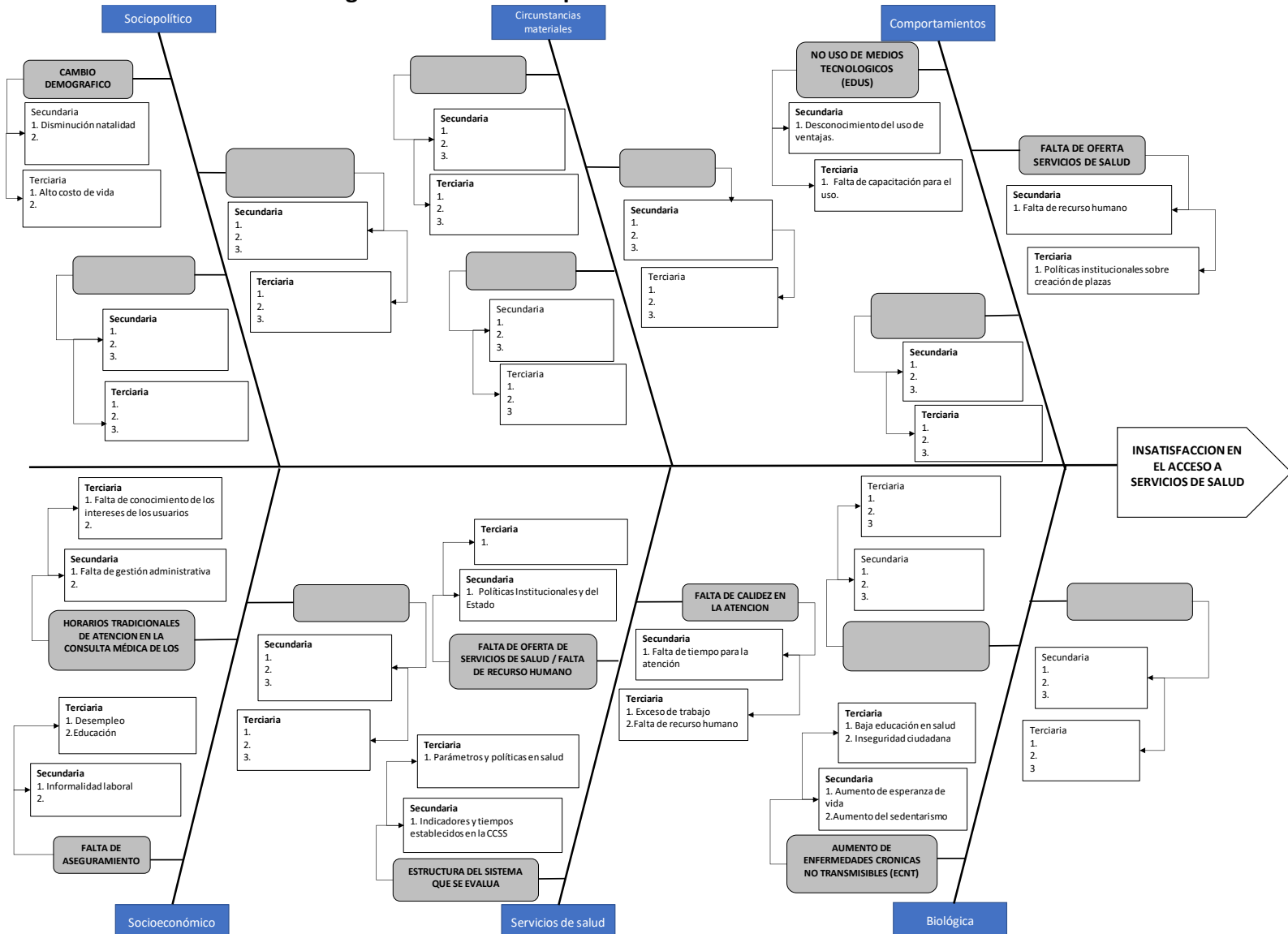


ANEXO 2 Diagrama causa-efecto para Inseguridad ciudadana



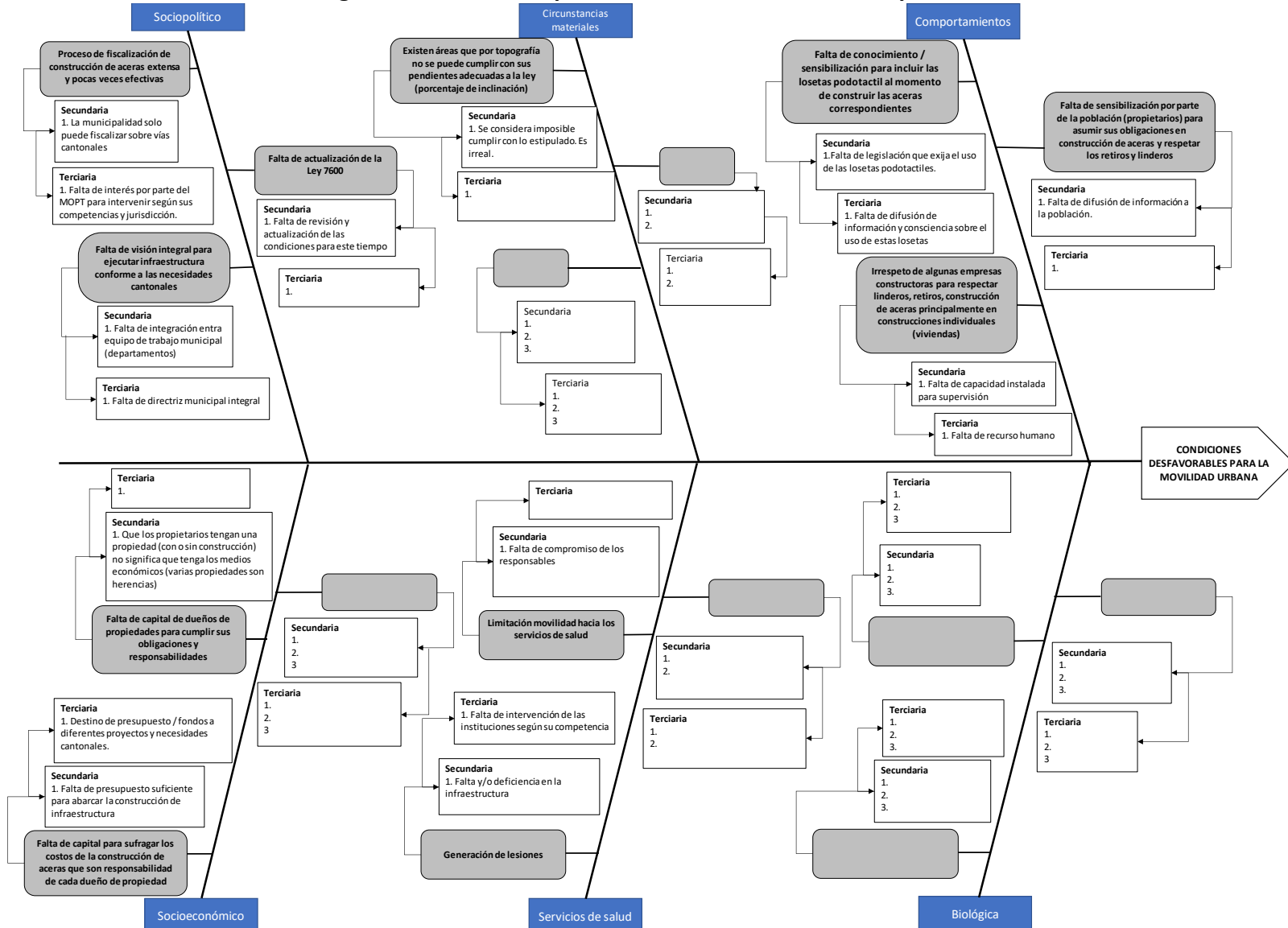


ANEXO 3 Diagrama causa-efecto para Insatisfacción en el acceso a los Servicios de Salud



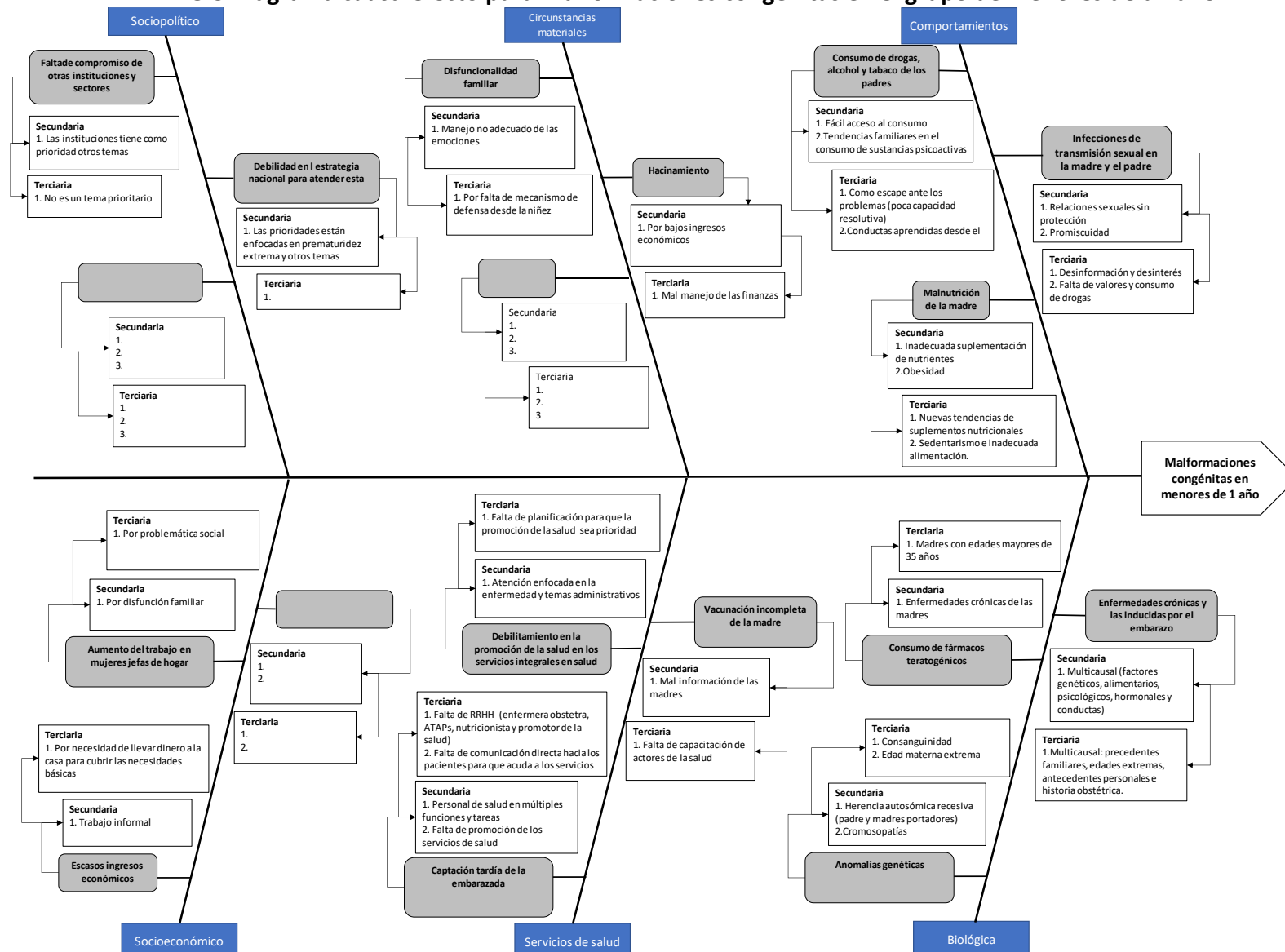


ANEXO 4 Diagrama causa-efecto para Condiciones desfavorables para la movilidad urbana



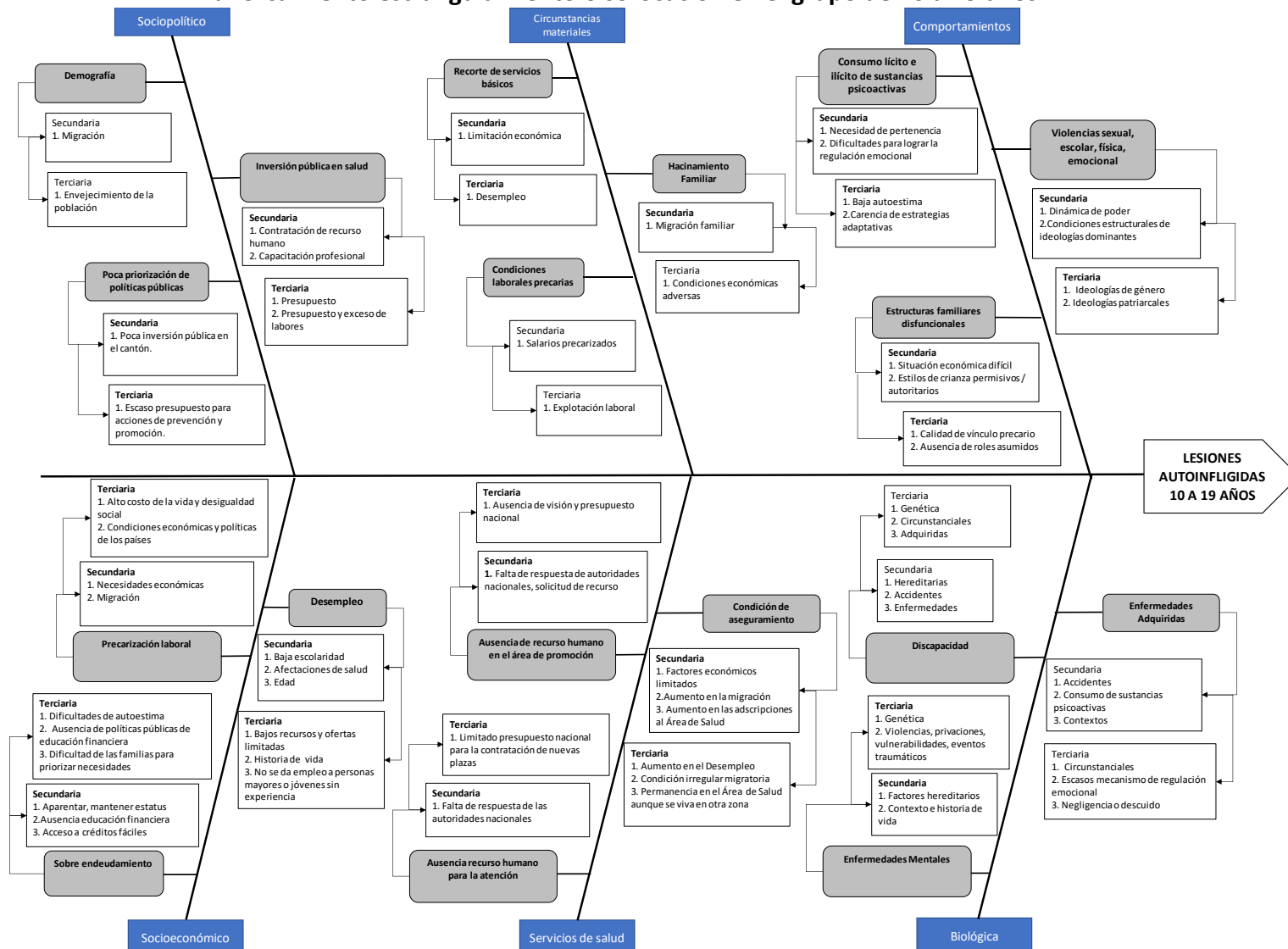


ANEXO 5 Diagrama causa-efecto para Malformaciones congénitas en el grupo de menores de un año



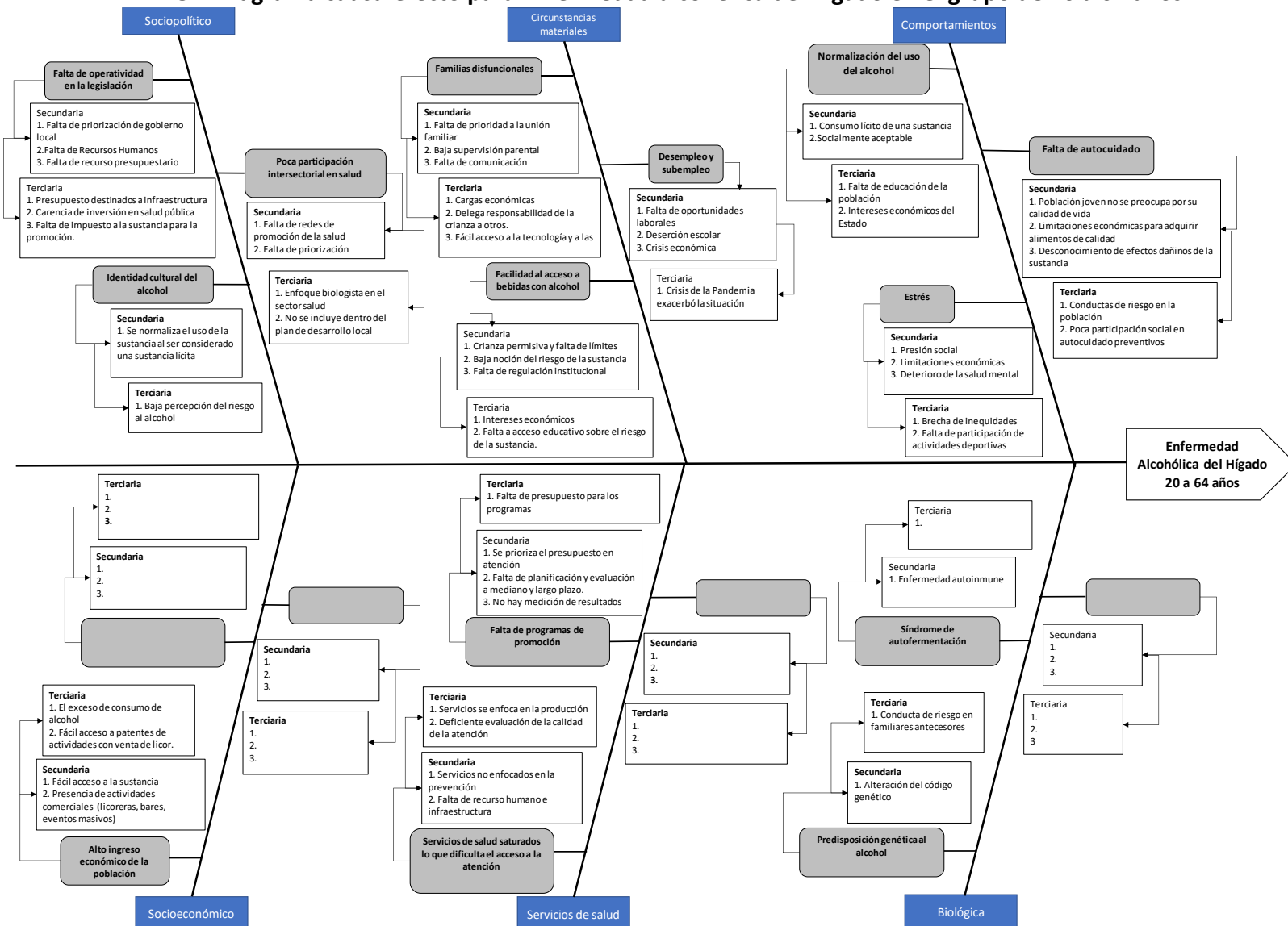


ANEXO 6 Diagrama causa-efecto para Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento estrangulamiento o sofocación en el grupo de 10 a 19 años





ANEXO 7 Diagrama causa-efecto para Enfermedad alcohólica del hígado en el grupo de 20 a 64 años





ANEXO 8 Diagrama causa-efecto para Infarto Agudo de Miocardio en el grupo de 65 años y más

