



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

INFORME TÉCNICO

MS-DRRSCS-ARSM-ASIS-06-2023

Análisis de Situación Integral de Salud ASIS – Mora

2023

Mora, Costa Rica



Elaborado con insumos del Equipo de Trabajo, Área Rectora de Salud Mora:

Luz Cuadra Morales, Dirección de Área Rectora de Salud
Yesenia López Porras, Planificación Estratégica
Rocío Agüero Ureña, Planificación Estratégica
Mailyn Mena Villanueva, Vigilancia de la Salud
Norma Porras Fallas, Apoyo Logístico y Administrativo
Adriana Flores Calvo, Regulación de la Salud
Maycol Ávalos Rodríguez, Regulación de la Salud
Guiselle Matamoros, Atención al Cliente
Ana Monge Mesén, Regulación de Servicios de Salud

Con el aporte de:

Organizaciones y Asociaciones Comunales de Mora
Instituciones y Organizaciones del Cantón de Mora



Índice de contenido

Introducción	15
1. Justificación	17
2. Problema	20
3. Objetivos	22
3.1. Objetivo central	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. Metodología	23
5. Selección de indicadores	26
5.1. Indicadores Sociales.....	26
5.1.1. Tasa de alfabetización.....	26
5.1.2. Índice de Desarrollo Humano	28
5.1.3. Índice de Desarrollo Humano Cantonal.....	29
5.1.4. Índice de Desarrollo Social Cantonal	31
5.1.5. Proporción de viviendas por ocupación	34
5.1.6. Proporción de viviendas según tipo por distrito	35
5.1.7. Proporción de viviendas según zona de ubicación.....	37
5.1.8. Proporción de viviendas según tenencia	38
5.1.9. Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo la jefatura de hogar	40
5.2. Indicadores Demográficos	42
5.2.1. Población.....	42
5.2.2. Composición poblacional por grupos de edad y sexo	43
5.2.3. Razón Mujer-Hombre	45
5.2.4. Razón de dependencia demográfica	46



5.2.5. Razón de envejecimiento.....	47
5.2.6. Proporción de la población urbana	48
5.2.7. Proporción de personas por curso de vida.....	49
5.2.8. Total de nacimientos	50
5.2.9. Tasa de natalidad	51
5.2.10. Tasa de crecimiento natural de la población.....	52
5.2.11. Tasa global de fecundidad	52
5.2.12. Esperanza de vida al nacer.....	53
5.2.13. Número anual de defunciones	54
5.2.14. Tasa cruda de mortalidad	55
5.2.15. Densidad de población	55
5.3. Indicadores Económicos	57
5.3.1. Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes	57
5.3.2. Nivel de pobreza de los hogares.....	57
5.3.3. Población económicamente activa (PEA)	59
5.3.4. Tasa de ocupación	60
5.3.5. Tasa de desempleo abierto.....	61
5.3.6. Ingreso per cápita de los hogares por quintiles	63
5.3.7. Razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos	63
5.3.8. Coeficiente de Gini.....	64
5.4. Indicadores de Servicios.....	65
5.4.1. Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable.....	65
5.4.2. Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento	70
5.4.3. Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas.....	71
5.4.4. Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado.....	74
5.4.5. Razón de médicos(as)	75
5.4.6. Razón de enfermeras profesionales	76
5.4.7. Razón de odontólogos	77
5.4.8. Razón de profesionales en atención psicosocial	78
5.4.9. Razón de atenciones ambulatorias.....	79
5.4.10. Número de establecimientos de atención ambulatoria.....	79
5.5 Indicadores de Salud Mental	82
5.5.1. Tasa de incidencia de trastorno bipolar afectivo	82
5.5.2. Tasa de incidencia de Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	84



5.5.3. Tasa de incidencia de Esquizofrenia	86
5.5.4. Tasa de incidencia de Depresión	88
5.5.5. Trastornos mentales y del comportamiento (Demencias).....	92
5.5.6. Tasa de intento de suicidio y Tasa de mortalidad por suicidio.....	96
6. Caracterización del entorno	103
6.1. Descripción de las características geográficas.....	103
Resumen características geográficas.....	111
6.2. Descripción de las características demográficas	113
6.3. Descripción de las características socioeconómicas.....	123
6.3.1. Organización Política Local	123
6.3.2. Organización Social	126
6.3.3. Organización Socioeconómica	128
6.4. Descripción de Riesgos.....	132
7. Priorización basada en datos de Mortalidad.....	137
7.1. Priorización del Equipo ASIS basado en mortalidad	137
7.2. Priorización de los problemas de salud con la comunidad.....	145
7.2.1. Actores Sociales participantes	145
7.2.2. Priorización de los problemas de salud	149
7.2.2.1 Metodología.....	149
7.2.2.2. Problemas de Salud	151
7.2.2.3. Problemas de Salud Mental.....	155
8. Análisis de los problemas priorizados.....	161
8.1. Identificación de las causas raíz, sus causas secundarias y terciarias del problema de salud	164
8.1.1. Diagrama de causa y efecto de malformaciones congénitas	164
8.1.2. Diagrama de causa y efecto de absceso de pulmón y mediastino.....	165
8.1.3. Diagrama de causa y efecto de accidentes de tránsito	165



8.1.4. Diagrama de causa y efecto de tumores malignos.....	166
8.1.5. Diagrama de causa y efecto de Infarto Agudo de Miocardio.....	166
8.1.6. Diagrama de causa y efecto de barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas	167
8.1.7. Diagrama de causa y efecto de barreras en el acceso al agua potable.....	167
8.1.8. Diagrama de causa y efecto de delincuencia	168
8.1.9. Diagrama de causa y efecto de trastorno por consumo y abuso de sustancias psicoactivas.....	169
8.1.10. Diagrama de causa y efecto de trastornos de ansiedad.....	169
8.1.11. Diagrama de causa y efecto de trastornos depresivos.....	170
8.2. Análisis de las causas raíz con personas expertas	171
8.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas	179
8.3.1. Malformaciones congénitas	179
8.3.2. Absceso del pulmón y del mediastino	182
8.3.3. Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor	184
8.3.4. Tumores	187
8.3.5. Infarto agudo de miocardio	190
8.3.6. Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas.....	192
8.3.7. Barreras en el acceso al agua potable	194
8.3.8. Delincuencia.....	198
8.3.9. Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas	201
8.3.10. Trastornos de ansiedad	208
8.3.11. Trastornos depresivos.....	213
9. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas	217
9.1. Líneas de acción: Malformaciones Congénitas.....	218
9.2. Líneas de acción: Absceso del pulmón y mediastino.....	220
9.3. Líneas de acción: Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor	222
9.4. Líneas de acción: Tumores.....	224
9.5. Líneas de acción: Infarto agudo de miocardio.....	226
9.6. Líneas de acción: Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas.....	228



9.7. Líneas de acción: Barreras en el acceso al agua potable	230
9.8. Líneas de acción: Delincuencia	232
9.9. Líneas de acción: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas.....	234
9.10. Líneas de acción: Trastornos de ansiedad	237
9.11. Líneas de acción: Depresión	240
10. Validación de líneas de acción con la comunidad.....	243
10.1. Validación de líneas de acción: Malformaciones Congénitas.....	245
10.2. Validación de líneas de acción: Absceso del pulmón y mediastino.....	248
10.3. Validación de líneas de acción: Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor	251
10.4. Validación de líneas de acción: Tumores.....	254
10.5. Validación de líneas de acción: Infarto agudo de miocardio.....	256
10.6. Validación de líneas de acción: Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas	259
10.7. Validación de líneas de acción: Barreras en el acceso al agua potable.....	262
10.8. Validación de líneas de acción: Delincuencia	265
10.9. Validación de líneas de acción: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas	269
10.10. Validación de líneas de acción: Trastornos de ansiedad	273
10.11. Validación de líneas de acción: Depresión	277
11. Estrategia local para la puesta en práctica y seguimiento de las líneas de acción.....	282
Referencias bibliográficas	284
Anexos	293



Anexo 1: Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados	294
Anexo 2 Diagramas Causa - Efecto por problema de salud y salud mental	305
Anexo 3 Pareto de problemas de salud y salud mental	317
Anexo 4 Evidencias, listas de asistencia	336
Anexo 5 Registro Fotográfico	347



Índice de Tablas

Tabla 1 Mora: Sistemas de Acueductos en el Cantón de Mora -----	67
Tabla 2 Mora: Fuentes de recurso hídrico de las ASADAS por estado de inscripción ante el MINAE, 2023-----	69
Tabla 3 Geología cantón de Mora-----	104
Tabla 4 Geología cantón de Mora-----	105
Tabla 5 Mora: escenario de riesgos por vulnerabilidad del comité de emergencia, 2022 -----	134
Tabla 6 Criterios de priorización de Problemas -----	150
Tabla 7 Sesiones de trabajo según diagnóstico a analizar, fechas de ejecución y participantes, 2023-----	161
Tabla 8 Priorización de las causas raíz del problema malformaciones congénitas -----	172
Tabla 9 Priorización de las causas raíz del problema absceso de pulmón y del mediastino -----	173
Tabla 10 Priorización de las causas raíz del problema accidentes de tránsito con vehículo de motor y sin motor -----	173
Tabla 11 Priorización de las causas raíz del problema tumores malignos -----	174
Tabla 12 Priorización de las causas raíz del problema Infarto agudo de miocardio -----	174
Tabla 13 Priorización de las causas raíz del problema barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas-----	175
Tabla 14 Priorización de las causas raíz del problema barreras al acceso de agua potable -----	176
Tabla 15 Priorización de las causas raíz del problema delincuencia -----	176
Tabla 16 Priorización de las causas raíz del problema trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas -----	177
Tabla 17 Priorización de las causas raíz del problema trastornos de ansiedad -----	177
Tabla 18 Priorización de las causas raíz del problema trastornos depresivos -----	178
Tabla 19 Identificación de factor de protección y líneas de acción-----	217



Tabla 20 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema malformaciones congénitas-----	218
Tabla 21 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema absceso del pulmón y mediastino -----	220
Tabla 22 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor -----	222
Tabla 23 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema tumores---	224
Tabla 24 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema infarto agudo de miocardio-----	226
Tabla 25 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas -----	228
Tabla 26 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema barreras en el acceso al agua potable -----	230
Tabla 27 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema delincuencia -----	232
Tabla 28 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas-----	234
Tabla 29 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema trastornos de ansiedad -----	237
Tabla 30 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema depresión-	240
Tabla 31 Instrumento de validación de líneas de acción, tercer taller ASIS -----	244



Índice de Cuadros

Cuadro 1 Mora: Tasa de alfabetización por distrito según sexo, 2011	27
Cuadro 2 Costa Rica: Índice de Desarrollo Humano por año según dimensiones, 2017-2021	29
Cuadro 3 Mora: Índice de Desarrollo Social Cantonal según año, 2007, 2013 y 2017.....	33
Cuadro 4 Mora: Distribución de viviendas según tipo por Distrito, 2011	36
Cuadro 5 Mora: proporción de viviendas según tenencia, 2011.....	39
Cuadro 6 Mora: Proporción de viviendas según tenencia por distrito, 2011	39
Cuadro 7 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según distrito, 2022	42
Cuadro 8 Mora: Proporción de población según grupo quinquenal de edad, 2022	43
Cuadro 9 Distribución de la población por grupo quinquenal de edad según sexo, 2022.....	44
Cuadro 10 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según sexo y distrito, 2022.....	44
Cuadro 11 Mora: Razón Mujer - Hombre por proyección poblacional según distrito, 2022.....	45
Cuadro 12 Mora: Razón de dependencia demográfica por proyección poblacional según distrito, 2022	46
Cuadro 13 Mora: Razón de envejecimiento según distrito, 2022	47
Cuadro 14 Mora: Total de nacimientos por edad quinquenal de la madre según distrito, 2021	51
Cuadro 15 Mora: Distribución de defunciones según Distrito, 2021	55
Cuadro 16 Mora: Fuerza de Trabajo / PEA según distrito, 2011	59
Cuadro 17 Mora: Tasa de ocupación según distrito, 2011	60
Cuadro 18 Mora: Tasa de desempleo abierto según distrito, 2011	61
Cuadro 19 Región Central: Ingreso per cápita del hogar por quintiles, 2022	63
Cuadro 20 Costa Rica: coeficiente de Gini per cápita, 2018-2022	64
Cuadro 21 Región Central: coeficiente de Gini per cápita, 2020-2022	65



Cuadro 22 Región Central: coeficiente de Gini por hogar, 2020-2022.....	65
Cuadro 23 Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable, según distrito, 2011	66
Cuadro 24 Mora: Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento, según distrito, 2011	71
Cuadro 25 Mora: Proporción de nacimientos según número de consultas por distrito, 2021....	72
Cuadro 26 ASMP, CCSS: Población según Plan Presupuesto por año, 2020- 2022	75
Cuadro 27 ASMP, CCSS: Razón de médicos, 2020-2022.....	75
Cuadro 28 ASMP, CCSS: Razón de profesionales en enfermería, 2020-2022	77
Cuadro 29 ASMP, CCSS: Razón de profesionales en odontología, 2020-2022	78
Cuadro 30 ASMP, CCSS: consultas médicas por persona, 2020-2022	79
Cuadro 31 Mora: establecimientos de salud con permiso del Ministerio de Salud vigente, 2023	80
Cuadro 32 Mora: Tasa de incidencia trastorno bipolar afectivo, 2019-2022.....	83
Cuadro 33 Mora: Tasa de incidencia los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, 2019-2022	85
Cuadro 34 Mora: Tasa de incidencia de esquizofrenia, 2019-2022	87
Cuadro 35 Costa Rica: Casos notificados de depresión por grupos de edad quinquenal y sexo, 2019-2022	90
Cuadro 36 Mora: Casos notificados de depresión por grupos de edad quinquenal y sexo, 2019-2022	91
Cuadro 37 Costa Rica: Casos notificados de Alzheimer por grupos de edad y sexo, 2019-2022. 94	
Cuadro 38 Costa Rica: Casos notificados de demencia vascular por grupos de edad y sexo, 2019-2022	95



Cuadro 39 Mora: Casos notificados de demencia vascular por grupos de edad y sexo, 2019-2022	95
Cuadro 40 Costa Rica: Casos notificados de intento de suicidio por grupos de edad y sexo, 2019-2022	98
Cuadro 41 Mora: Casos notificados de intento de suicidio por grupos de edad y sexo, 2019-2022	99
Cuadro 42 Costa Rica: Mortalidad por suicidio por sexo, según año, 2019-2022.....	100
Cuadro 43 Mora: Mortalidad por suicidio por sexo, según año, 2019-2022	101
Cuadro 44 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según distrito, 2022	113
Cuadro 45 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según sexo y distrito, 2022.....	114
Cuadro 46 Mora: Distribución de la población total por zona y sexo según distrito, 2011	115
Cuadro 47 Mora: Distribución de la población según curso de vida, 2022	115
Cuadro 48 Mora: Razón Mujer - Hombre por proyección poblacional según distrito, 2022	116
Cuadro 49 Mora: Razón de dependencia demográfica por proyección poblacional según distrito, 2022	117
Cuadro 50 Mora: Razón de envejecimiento según distrito, 2022	117
Cuadro 51 Mora: Tasa específica de fecundidad según grupo de edad, 2021.....	119
Cuadro 52 Mora: Distribución de defunciones según Distrito, 2021	120
Cuadro 53 Mora: Frecuencia relativa de la población según rama de actividad por distrito, 2011	128
Cuadro 54 Mora: Tasa de desempleo abierto según distrito, 2011	129
Cuadro 55 Mora: Tasa de desempleo abierto por sexo, según distrito, 2011	130



Cuadro 56 Mora: Mortalidad Proporcional según Eventos de Carga Global de Enfermedad 2015-2019	138
Cuadro 57 Mora: Mortalidad Proporcional según Eventos de Carga Global de Enfermedad Área Rectora de Salud de Mora 2015-2019	138
Cuadro 58 Mora: Priorización de Eventos según Mortalidad Proporcional por Grupo de Edad por Curso de Vida 2015-2019.....	141
Cuadro 59 Mora: Matriz de actores sociales considerados para el ASIS.....	146
Cuadro 60 Matriz de actores sociales convocados para el ASIS.....	147
Cuadro 61 Matriz de actores sociales que asistieron al taller el ASIS	148
Cuadro 62 Jerarquización de los problemas de salud	151
Cuadro 63 Priorización de los problemas de salud.....	152
Cuadro 64 Problemas finales de salud.....	152
Cuadro 65 Jerarquización de los problemas de salud mental	155
Cuadro 66 Priorización de los problemas de salud mental	156
Cuadro 67 Problemas finales de salud mental	157
Cuadro 68 Mora: Criterios de priorización para las causas raíz	171
Cuadro 69 Clasificación de brechas por colores de los cantones de Costa Rica en cuanto a calidad, desinfección y evaluación del agua periodo 2019.....	196
Cuadro 70 Cálculo de brechas por potabilidad, cloración y evaluación en el Cantón de Mora, Costa Rica, periodo 2019	197



Índice de Gráficos

Gráfico 1 Costa Rica: Tasa de alfabetización por año, 1984, 2000, 2011, 2018 y 2021	27
Gráfico 2 Costa Rica: Tendencia del Índice de Desarrollo Humano, 1990-2021	28
Gráfico 3 Mora: Índice de Desarrollo Humano Cantonal según año, 2006-2019	30
Gráfico 4 Mora: Componentes del índice de Desarrollo Humano Cantonal según año, 2006-2019	31
Gráfico 5 Mora: Índice de Desarrollo Social según distrito, por año 2007, 2013 y 2017	33
Gráfico 6 Mora: Proporción de viviendas por ocupación, 2011	35
Gráfico 7 Mora: Proporción de las viviendas según zona, 2011.....	38
Gráfico 8 Región Central: Nivel de Pobreza de los Hogares, 2022	41
Gráfico 9 Mora: Proporción de población por zona según distrito, 2011	49
Gráfico 10 Mora: Proporción de la población según grupo de edad por curso de vida, 2022	50
Gráfico 11 Mora: Esperanza de vida al nacer, 2006-2019	53
Gráfico 12 Esperanza de vida al nacer, Costa Rica y Mora, 2011-2019.....	54
Gráfico 13 Costa Rica: PIB per cápita (US\$ a precios actuales, 2017-2021	57
Gráfico 14 Región Central: Nivel de pobreza de los Hogares, 2022	58
Gráfico 15 Mora: Tasa de ocupación por sexo según distrito, 2011	61
Gráfico 16 Mora: Tasa de desempleo abierto por sexo, según distrito, 2011	62
Gráfico 17 Mora: Población abastecida según ASADA, 2023	68
Gráfico 18 Mora: Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado según distrito, 2021	74
Gráfico 19 Mora: Proporción de población por zona según distrito, 2011	114
Gráfico 20 Mora: Esperanza de vida al nacer, 2006-2019	118
Gráfico 21 Mora: Pirámide de Población proyectada por sexo según grupo de edad.....	121



Introducción

Las acciones en salud requieren de un conocimiento amplio sobre sus determinantes, sólo analizando las condiciones particulares del contexto y la respuesta de los distintos actores sociales al respecto se puede garantizar coherencia entre lo que se realiza en procura del bienestar de la población.

Por lo que el Análisis de Situación Integral de Salud (Ministerio de Salud, 2019) es una herramienta fundamental, ya que además de constituirse como un elemento diagnóstico debe ser un instrumento movilizador de las acciones planificadas y ejecutadas en el nivel local.

El Ministerio de Salud como ente Rector en la materia tiene la responsabilidad de concertar las estrategias necesarias que posicionen la salud como un valor social, sin embargo, para el desarrollo de tal cometido es preciso contar con los insumos necesarios. De ahí se deriva la justificación para conducir un análisis de los elementos de la producción social de la salud.

De esta manera, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) se define como

el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto (Ministerio de Salud, 2019, p. 6).

El ASIS es un insumo para el trabajo institucional, organizacional, interinstitucional, intersectorial y de participación social, tanto para el contexto nacional como local. Representa un proceso de construcción colectiva que se orienta por medio de la Guía metodológica para la elaboración del Análisis de Situación de Salud en Costa Rica, de la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud (2019).

En este documento se presenta las razones que justifican la realización del proceso investigativo y analítico que conlleva el ASIS.

La primera parte detalla los indicadores tomados en consideración, incluye indicadores sociales, demográficos, económicos, de servicios de salud y de salud mental.

Seguidamente se desarrolla la caracterización del entorno, con las principales particularidades del cantón de Mora en cuanto a las dimensiones geográfica, demográfica, socioeconómica y de riesgo.

La tercera parte de este documento contiene la priorización de los problemas de salud basada en datos de mortalidad y la priorización realizada por los actores sociales.



Por su parte, en el cuarto apartado desarrolla el análisis de todos los problemas priorizados, a través de la identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias. Lo anterior permitió la construcción del análisis de las causas raíz con personas expertas para su priorización, lo que lleva al cierre de este apartado con el análisis de cada evento de salud y de salud mental de acuerdo con las causas priorizadas.

En el quinto apartado se presentan las líneas de acción propuestas por el equipo conductor local de acuerdo con los factores protectores correspondientes a cada causa raíz.

Seguidamente, en el sexto apartado se explica el desarrollo del tercer taller ASIS, realizado con actores sociales para la validación de las líneas de acción.

Como séptimo apartado se presenta una propuesta de estrategia local para la puesta en práctica y seguimiento de las líneas de acción, la cual se formuló en concordancia con la realidad del contexto local y está sujeta a las indicaciones de niveles superiores.

Finalmente se incluye la lista de las referencias bibliográficas y los anexos.



1. Justificación

El Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) se considera como un instrumento indispensable para la conducción de la salud en el país y sus localidades, por lo que desde el Ministerio de Salud se promueve su construcción.

Como ente Rector tiene la responsabilidad de orientar y dirigir este análisis a nivel nacional. Para ello, la Dirección de Vigilancia de la Salud ha encauzado el proceso de ASIS en los tres niveles de gestión con el uso de la Guía Metodológica para la Elaboración del ASIS, consecuentemente el Área Rectora de Salud Mora se suma a la construcción y presentación del análisis de la situación integral de salud local.

La importancia de este proceso se cimienta en la consideración de la Salud como un Derecho Humano fundamental de la población, lo cual se garantiza tanto en instrumentos internacionales ratificados por Costa Rica, como en la legislación nacional. Por lo que al realizar un análisis estratégico de las condiciones del contexto permite contribuir a la garantía del derecho a la salud, ya que se genera información con rigurosidad científica para la toma de decisiones.

Asimismo, Dávila, Gómez, & Hernández (2009) refieren que el ASIS es una función esencial de la salud pública, por lo que tiene una intención de intervención, lo que sustenta su relevancia, agregan

los ASIS tienen como finalidad identificar las interacciones entre múltiples variables, de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros, que actúan en distintos niveles de la sociedad; además de conocer los factores explicativos claves en la producción social de salud, estimar su peso específico en la cadena de producción de malestar en la población, para definir las Intervenciones para su modificación favorable. (Dávila, Gómez, & Hernández, 2009, pág. 4).

De forma que, la importancia del ASIS también se vincula con factores de protección de la salud de la población, lo cual en Costa Rica está establecido constitucionalmente y es deber del Estado. Por otra parte, un análisis detallado de las condiciones de vida de la población se constituye como un proceso de generación de conocimiento que por un lado abarca el periodo de estudio y a su vez permitirá trazar líneas de acción como herramienta de proyección.

En esta línea, es fundamental contar con un análisis actualizado de la población para desempeñar las funciones sustantivas de la Rectoría en Salud, indicadas en el artículo 2 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud (Poder Ejecutivo, 2019); incidiendo directamente en los procesos de vigilancia de la salud, planificación, dirección y conducción de la política de salud.



A su vez, el ASIS es preciso debido a que permite estudiar a detalle el comportamiento de los determinantes de la salud, en una población específica y en un momento dado, indicando la influencia en sus condiciones de vida.

Consecuentemente, es un insumo para valorar el estado de salud de la población que permite esbozar condiciones particulares en ese contexto en cuanto a grupos poblacionales, eventos de salud, condiciones del entorno y respuesta social en salud.

Aunado a ello, se construye información para la identificación de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad que requieran de acciones para materializar sus derechos. Lo que conlleva procesos de priorización de las necesidades y problemas en salud para la atención oportuna.

No obstante, es necesario considerar que producto de este análisis se identifican no solo problemáticas, sino factores de protección de la salud de la población que pueden potenciarse o bien ser de modelaje para otras realidades.

Otro de los pilares que sostienen la importancia del ASIS es que es un proceso altamente participativo debido a su metodología. Esto conlleva la concertación al diálogo y análisis conjunto con diversidad de actores sociales tanto institucionales como comunales.

El análisis constante de la situación de salud de la población es una herramienta necesaria dentro de los cometidos de la salud pública debido a que genera información para direccionar el actuar de los Estados y de las poblaciones hacia la garantía del derecho humano a la salud, lo que implica un conocimiento de los determinantes de la salud para poder incidir en ellos de forma positiva, lo que conlleva a la labor de favorecer los factores que protegen la salud y a la minimización de los que ponen en riesgo la salud y el bienestar. Lo anterior se logra a través de un posicionamiento político contundente a favor de la salud de la población que se materialice en políticas, programas y proyectos, en capacidad gerencial y en dotación de los recursos necesarios.

Además, implica la participación ciudadana, su empoderamiento para la auto cogestión de las condiciones de vida que inciden en la salud.

No obstante, es imperante que este trabajo mancomunado entre la institucionalidad, la ciudadanía y los demás actores sociales esté basado en una concepción integral de la salud. De esta manera que se aborde la salud tanto desde su componente físico como mental.

Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud en el año 1946 se estipuló el concepto de salud,

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Internacional, 1946.

Este concepto ha estado vigente hasta la fecha, nótese que contempla el bienestar físico, mental y social. Sin embargo, el contexto sociohistórico en el abordaje de la salud se ha caracterizado por una supremacía hacia la salud física desde la óptica biológica. Por ello, en el presente análisis



la salud mental se constituye como un componente transversal del estudio de la situación de salud de la población del cantón de Mora.

La OMS en su Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general (2022) explica que a partir de algunos instrumentos generados desde esta organización y sus Estados miembros como el Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, el Programa de acción para superar las brechas en salud mental 2008 (mhGAP) o Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2020, se han logrado avances en el tema de salud mental tanto desde el interés y la comprensión como en las acciones de los Estados en cuanto a políticas y programas.

Seguidamente, en este Informe se detalla que a pesar de esos avances no se ha logrado dar la respuesta requerida para la atención de la salud mental, esto lleva a la conclusión de que es necesario el diálogo propositivo a raíz del análisis de situación de la salud mental.

La salud en general y la salud mental en específico se ven condicionadas por una serie de determinantes, es necesario hacer la ruptura con la creencia que concibe a la salud mental como una situación individual y de voluntad personal. Múltiples son los factores que determinarán la salud mental de la población, por lo que este tema supera el sector de la salud, implica el trabajo inter y multisectorial para dar respuestas contundentes al bienestar mental y social.

Lo anterior es fundamento para que en los Análisis de Situación de Salud se tome en consideración indicadores específicos de la salud mental y que estos sean correlacionados con los demás indicadores que dan cuenta de las condiciones de vida de la población.

Asimismo, la inclusión del componente de salud mental en las acciones de la salud pública contribuye de manera directa a su colocación en las mesas de diálogo y de trabajo, facilitando que la protección y promoción salud mental, así como la atención integral a las dificultades de la salud mental sean priorizadas.

Por tanto, la importancia del análisis de la salud mental junto con los demás indicadores se concreta en que permite identificar factores protectores, vulnerabilidades, desigualdades y brechas en este ámbito. Esto se construye como materia prima para la planificación y ejecución de acciones y además desde la concertación de los actores sociales se posibilita la priorización, la unión de esfuerzos, la consecución de recursos y se evita la duplicidad.

De esta manera, se considera que el ASIS es un proceso necesario que trae beneficios tanto por la información que se construye como porque permite generar líneas de acción contextualizadas a la realidad local que finalmente fortalecerán la operativización de la política nacional de salud en las comunidades abriendo la oportunidad de incidir en la protección de su salud.

El Ministerio de Salud como ente Rector en la materia tiene la responsabilidad de concertar las estrategias necesarias que posicionen la salud como un valor social, sin embargo, para el desarrollo de tal cometido es preciso contar con los insumos necesarios. De ahí se deriva la justificación para conducir un análisis de los elementos de la producción social de la salud.



2. Problema

Como ente rector del sector salud, la institución requiere de un conocimiento amplio sobre los determinantes sociales de la salud que influyen sobre las condiciones de vida de una determinada población e influyen en su estado de salud. De allí que surge la necesidad de contar con información actualizada de ciertos indicadores en salud prioritarios de los cuales pueda establecerse un diagnóstico o caracterización de las condiciones particulares de salud de un entorno específico.

Es por ello que el Análisis de Situación es Salud se constituye una herramienta fundamental ya que además de recopilar y consolidar la información en un solo instrumento; permite planificar, coordinar y ejecutar acciones estratégicas en el nivel local a partir del análisis de los indicadores y en concordancia con los requerimientos o necesidades sentidas por parte actores sociales del sistema de producción social de la salud.

Se transforma en una herramienta que permite direccionar y conducir a los actores sociales del sistema de producción social de la salud para coordinar esfuerzos y optimizar recursos para el logro de objetivos y metas en común.

De forma que es fundamental definir un problema de investigación que oriente la realización de este Análisis, no solo a nivel metodológico sino además porque las investigaciones en salud contribuyen al trabajo en la salud pública.

Asimismo, el ASIS a nivel local da cuenta del estado de salud de la población y las circunstancias que influyen en él, consecuentemente develan ámbitos estratégicos de acción para todos los actores sociales y para el entretendido institucional y organizacional, así como para gestionar la movilización de acciones concretas con el fin de disminuir factores de riesgo, promover y proteger la salud de la población y por ende ser protagonistas en la producción social de la salud. Por lo tanto, el problema que motiva este Análisis de Salud es

¿Cuál es la situación de salud de la población del cantón de Mora a partir de sus determinantes en un marco de participación de actores con carácter intersectorial en la producción social de la salud?

El problema planteado es importante para la labor institucional del Ministerio de Salud, para la toma de decisiones políticas y estratégicas en niveles superiores y operativas a nivel local. Además, se convierte en un referente para que las demás instituciones y los distintos actores sociales tomen decisiones.



Lo anterior tendrá como consecuencia beneficios para la población, debido a la identificación de nódulos fundamentales que inciden en su mortalidad y a situaciones percibidas como problemáticas desde su propia cotidianidad, lo que abre la posibilidad de que las posibilidades de acción sean acordes a su realidad.

Técnicamente, el problema planteado también tiene viabilidad y sustentabilidad ya que es parte de un proceso Institucional, se cuenta con la metodología a seguir y con la capacidad instalada con respecto al personal que forma parte de los equipos nacionales, regionales y locales de ASIS.



3. Objetivos

3.1. Objetivo central

Analizar la situación de salud de la población del cantón de Mora a partir de sus determinantes en un marco de participación de actores con carácter intersectorial para promover la producción social de la salud.

3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar las condiciones de vida de la población para comprender la situación de salud e identificar prioridades.
2. Identificar los problemas de salud prioritarios del Cantón de Mora con base en la selección de indicadores, caracterización del entorno y requerimientos de los actores sociales del sistema de producción social de la salud
3. Analizar las causas de los eventos de salud y los problemas de salud identificados desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud
4. Identificar líneas de acción intersectoriales que logren incidir sobre las causas de los problemas de salud identificadas



4. Metodología

La metodología utilizada para la elaboración de ASIS está basada en Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica, de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

En atención a las funciones rectoras de este Ministerio, desde su nivel central se condujo la elaboración del ASIS en todas sus Direcciones Regionales y Áreas Rectoras de Salud. Este proceso se realizó con la coordinación y acompañamiento del nivel central y regional hacia el nivel local. El proceso de trabajo se llevó a cabo en consonancia con los procedimientos, técnicas y herramientas de la Guía Metodológica con su debida rigurosidad científica.

- En la primera fase se seleccionaron los indicadores, es decir, aquellos datos que permiten conocer la realidad del cantón de Mora. Las fuentes de información de estos indicadores son datos estadísticos de instituciones y organismos oficiales, tales como el Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ministerio de Planificación, Organización Mundial de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Institute for Health Metrics and Evaluation, Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos, Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud y Caja Costarricense de Seguro Social.
- La siguiente fase consistió en realizar una caracterización del entorno, lo cual implicó realizar una caracterización detallada de las características geográficas, demográficas y de presencia de riesgos. Las fuentes de información fueron las mismas utilizadas para el desarrollo de los indicadores aunado a fuentes locales, como la Municipalidad de Mora, el Comité Municipal de Emergencias y documentación sobre el cantón.
- Seguidamente se realizó la priorización de los problemas de salud. Para ello se utilizaron dos estrategias metodológicas, la priorización del equipo ASIS basado en mortalidad y la priorización de los problemas de salud con la comunidad. La primera de estas estrategias consiste en utilizar la mortalidad y sus causas, se realizó a través de las bases de mortalidad anuales del Instituto Nacional de Estadística y Censos, clasificando los eventos según grupos y subgrupos de carga global de enfermedad. Además, se utilizó la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) versión 2015, reclasificando los eventos a cuarto y tercer carácter de desagregación.
- Se calculan las tasas de mortalidad simple por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.
- Posteriormente se calculan las tasas promedio por quinquenio por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.
- Una vez agrupados los eventos por tercer carácter de CIE-10 se realiza la revisión de los eventos que tienen origen y factores determinantes en común, por ejemplo, accidentes de tránsito, las enfermedades isquémicas del corazón entre otras. Dado que las



poblaciones son las mismas para los eventos se realiza la mortalidad proporcional agrupando según causalidad.

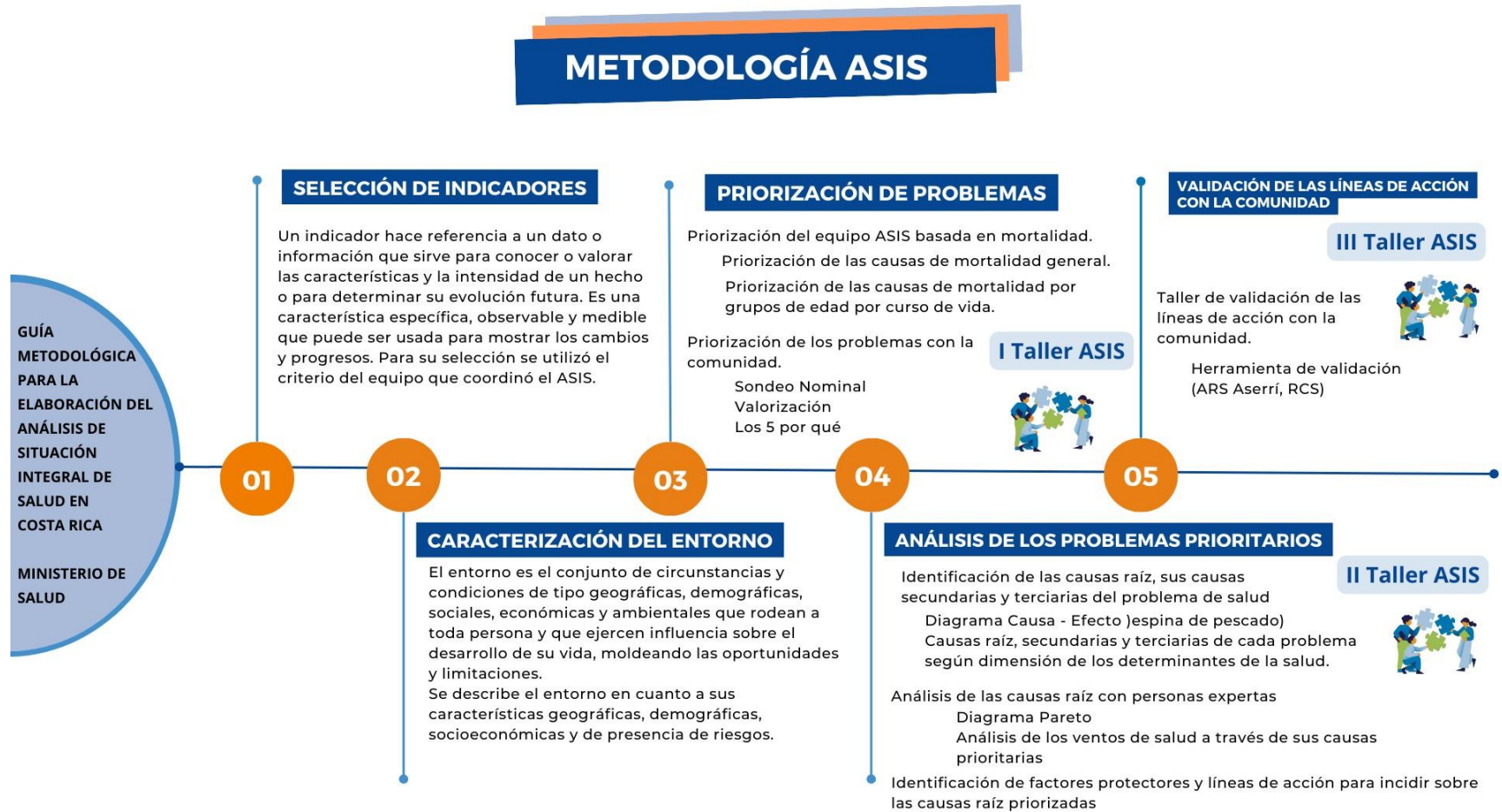
En la segunda estrategia se priorizaron los problemas de salud con la comunidad, para ello se identificaron los actores sociales participantes, quienes fueron los protagonistas en el primer taller ASIS. En dicho taller se realizó un sondeo de los problemas considerados a través de la Técnica de Grupo Nominal. Posteriormente se realizó la valoración de los problemas por medio de los criterios de magnitud, gravedad, nivel de oportunidad de solución, el interés de la comunidad y la demanda de los servicios de salud. Finalmente se realiza la técnica de los 5 porqués, la cual consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan los problemas de salud priorizados.

- De esta manera, se obtuvieron cinco problemas de salud (uno por cada grupo de edad) y un problema general de salud, basados en mortalidad, tres problemas de salud y tres problemas de salud mental de acuerdo con la participación de la comunidad.
- Con los problemas definidos se procedió con su análisis. Se realizó el tercer Taller ASIS con personas expertas, se utilizó el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado), mediante este diagrama se toma en cuenta las dimensiones del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, se determina por cada problema de salud, su causa raíz, causas secundarias y causas terciarias. Al tener el diagrama se procede a priorizar las causas raíz a través de la metodología del diagrama de Pareto.
- Con el insumo del segundo Taller y sus productos se realizó por parte del equipo conductor de ASIS el análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas, el cual incluyó la descripción general del evento de salud y la descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.
- De acuerdo con el análisis el equipo procedió con la identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas. De forma que se consideró el factor protector de la causa raíz y se hace la propuesta de línea de acción, los actores responsables y colaboradores.
- Finalmente, se convocó al tercer Taller ASIS con la comunidad para validar las líneas de acción propuestas. Se utilizó la herramienta de validación, construida por el Área Rectora de Salud Aserrí, validada por el equipo conductor Regional de ASIS.

En la siguiente figura se resume la metodología expuesta.



Figura 1 Metodología ASIS



Fuente: Elaboración propia con base en Ministerio de Salud, 2022.

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



5. Selección de indicadores

Este apartado se constituye por la presentación y análisis de los indicadores seleccionados para el Análisis de Situación de Salud del cantón de Mora. De acuerdo con el Ministerio de Salud (2019), un indicador hace referencia a un dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura. Es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos (Ministerio de Salud, 2019, pág. 12).

5.1. Indicadores Sociales

5.1.1. Tasa de alfabetización

En la dimensión social la educación es un componente fundamental para el bienestar de la población, no solo en el inmediato, sino que en el mediano y largo plazo.

La tasa de alfabetización es un indicador que según la UNESCO (2022) se define como el porcentaje de la población mayor de 15 años que es capaz de leer y escribir, con entendimiento, una proposición simple y breve sobre su vida diaria. Incluye también habilidades aritméticas, es decir, la capacidad de hacer cálculos matemáticos sencillos.

Para calcular este indicador se divide el número de personas alfabetizadas mayores de 15 años por la población del correspondiente grupo etáreo y se multiplica por 100.

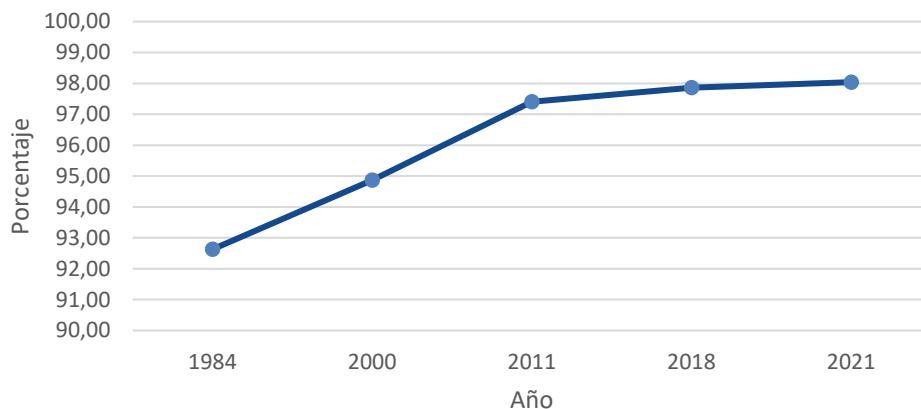
De acuerdo con la UNESCO (2022), se presenta la tasa de alfabetización para los años 1984, 2000, 2011, 2018 y 2021 para Costa Rica.

Los últimos datos clasifican al país como libre de analfabetismo, ya que según la UNESCO (citado por Garza, 2016), un país libre de analfabetismo es aquel cuya cuota no supere el 5% de la población y Costa Rica tiene para el año 2021 solo un 3,2% de su población en situación de analfabetismo. Agrega que el gasto público para educación en Costa Rica es cercano al 6,4% del PIB y es el país del istmo con mayor matrícula en primaria y secundaria (Garza, 2016).



Gráfico 1 Costa Rica: Tasa de alfabetización por año, 1984, 2000, 2011, 2018 y 2021

(porcentaje de personas de 15 años o más)



Fuente: Elaboración propia con datos de la UNESCO (2022).

El comportamiento muestra tendencia al alta. Lo que da cuenta del resultado de los esfuerzos sistemáticos en la democratización de la educación en el país, que ha permitido que una mayor proporción de población acceda a niveles básicos para desarrollar habilidades de lectoescritura esenciales.

A nivel cantonal, se cuenta con datos de alfabetización por distrito según sexo obtenidos por el Censo Nacional, 2011.

Cuadro 1 Mora: Tasa de alfabetización por distrito según sexo, 2011

Distrito	Total	Hombre	Mujer
Colón	98,5	98,4	98,5
Guayabo	98,2	98,2	98,2
Tabarcia	96,2	96	96,3
Piedras Negras	97,5	96,3	98,7
Picagres	98,5	98,1	99

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, Costa Rica. (2012).

El distrito en el que la tasa de alfabetización es menor es Tabarcia, con un total de 96,2 mientras que Colón y Picagres comparten el dato más alto con un valor de 98,5. Asimismo, estos datos demuestran que para el año 2011 en la totalidad de distritos del cantón de Mora, la mujer muestra una tasa de alfabetización mayor en comparación con los hombres.



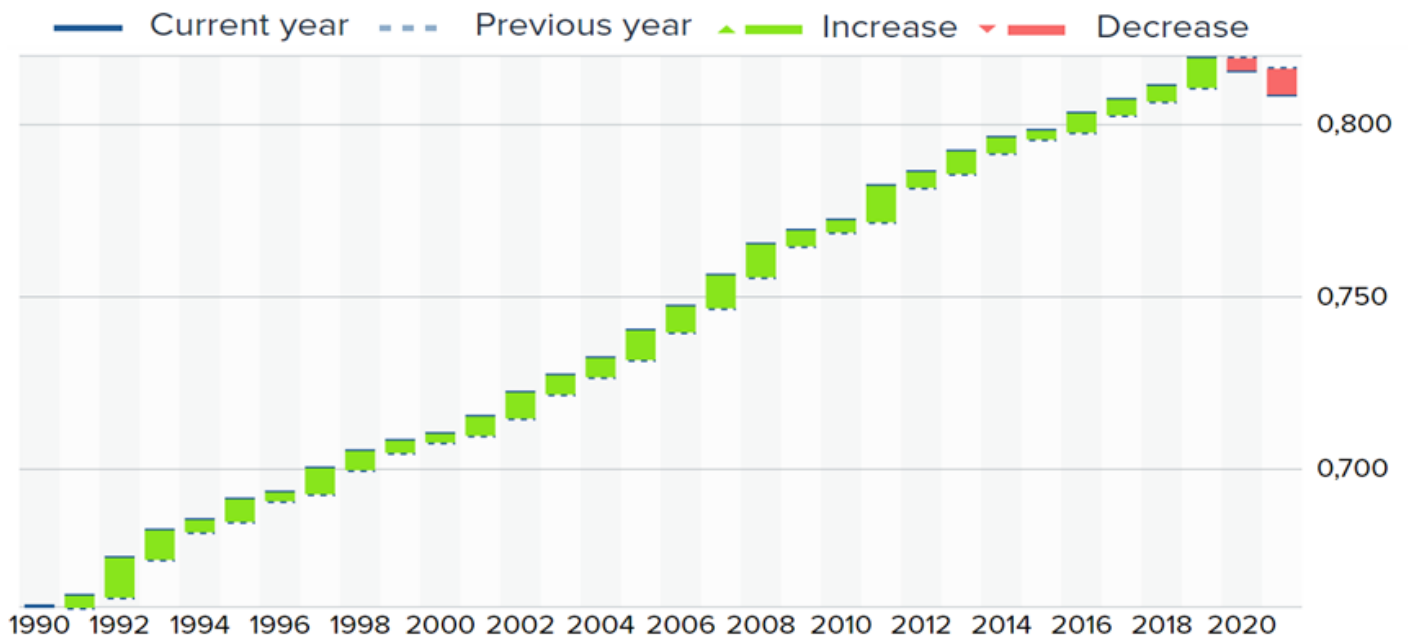
Tomando como referencia los parámetros de la UNESCO (Garza, 2016) el cantón de Mora en el año 2011, no supera el 5% de analfabetismo al igual que el dato nacional para el año 2021.

5.1.2. Índice de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de acuerdo con el PNUD (2022) se define como una medida resumida para evaluar el progreso a largo plazo en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, acceso al conocimiento y un nivel de vida decente.

El PNUD (2022) registra datos para Costa Rica desde 1990 hasta el año 2021, como se muestra seguidamente.

Gráfico 2 Costa Rica: Tendencia del Índice de Desarrollo Humano, 1990-2021



Current year: año en curso, Previous year: año anterior, Increase: aumento, Decrease: disminución.

Fuente: PNUD (2022)

De acuerdo con el PNUD (2022) entre 1990 y 2021, el valor del IDH de Costa Rica pasó de 0,660 a 0,809, un cambio del 22,6 por ciento. Además, el valor obtenido por Costa Rica para el año 2021 ubica al país en la categoría de desarrollo humano Muy Alto, ocupando el puesto número 58 del total de 191 países.



Para mayor detalle, se muestra la evolución del IDH del 2017 al 2021 según cada una de sus dimensiones.

Cuadro 2 Costa Rica: Índice de Desarrollo Humano por año según dimensiones, 2017-2021

Año	Esperanza de vida al nacer	Años esperados de escolaridad	Años promedio de escolaridad	INB per cápita (PPA en \$ de 2017)	IDH
2021	77	16,5	8,8	19.974	0,809
2020	79,3	16,5	8,8	18.754	0,816
2019	79,4	16,5	8,8	19.685	0,819
2018	79,5	15,9	8,7	19.562	0,811
2017	77	16,5	8,8	19.974	0,809

Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD (2022)

En cuanto a la esperanza de vida, para el año 2017 se tiene 77 años, en los tres subsiguientes años aumenta un poco más de 2 años, pero, en 2021 vuelve a descender a 77. Los años esperados de escolaridad y los años promedios de escolaridad no tienen mayor variación en el periodo en estudio

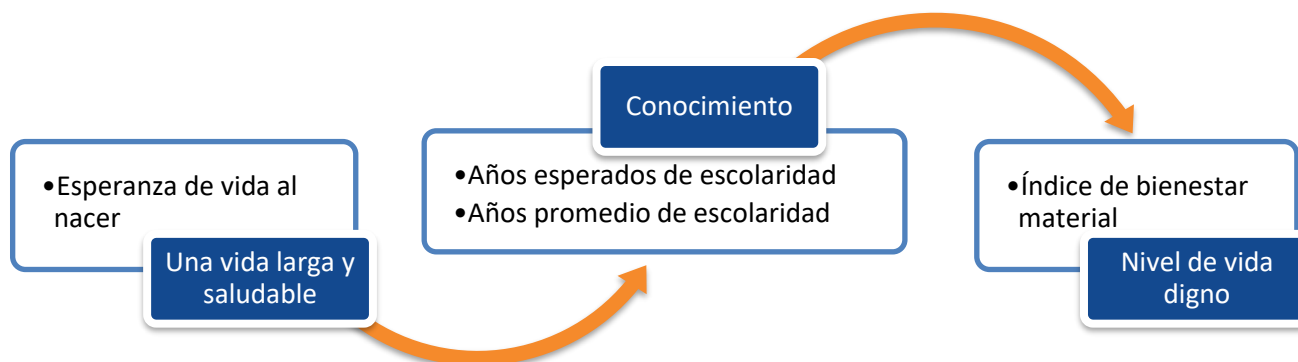
5.1.3. Índice de Desarrollo Humano Cantonal

De acuerdo con PNUD (2022) el Atlas de Desarrollo Humano Cantonal es una herramienta dirigida a ofrecer información relevante para el diseño de políticas locales, al mostrar asimetrías en las oportunidades de desarrollo, la igualdad y el bienestar en Costa Rica.

En este sentido, es necesario considerar que a lo interno del país se presentan diferencias y brechas en cuestiones de desarrollo humano, de ahí la importancia de analizar el Índice de Desarrollo Humano a nivel cantonal.

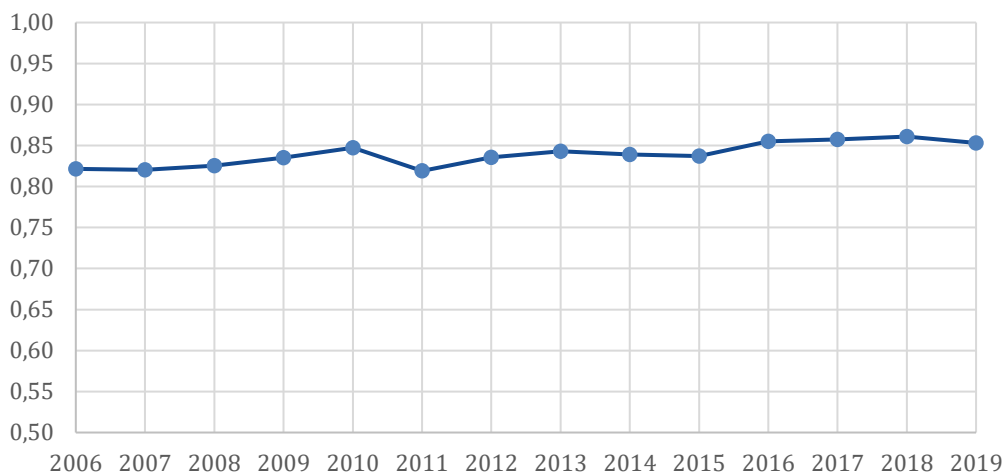
Tal como lo señala el PNUD (2022) el Índice de Desarrollo Humano es una media geométrica de índices normalizados en las dimensiones de: una vida larga y saludable, el conocimiento y nivel de vida digno, en este caso el área geográfica es el cantón de Mora.

Las fuentes de información de la información utilizada en estas dimensiones son el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP) y el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Figura 2 Componentes del Índice de Desarrollo Humano Cantonal

Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD (2022)

El Atlas de Desarrollo Humano Cantonal (PNUD, 2020) detalla el Índice de Desarrollo Humano del Cantón de Mora para el periodo de 2006 a 2019. En el siguiente gráfico se muestra la tendencia.

Gráfico 3 Mora: Índice de Desarrollo Humano Cantonal según año, 2006-2019

Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD (2020)

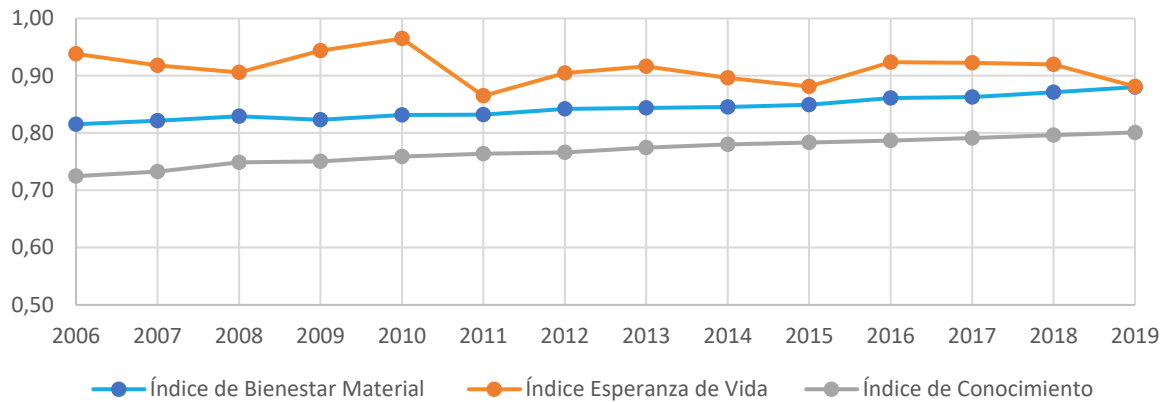
En todo el periodo de estudio el índice tiene un valor de 0,800 o más, lo cual lo categoriza según el PNUD (2020) como un cantón con Muy alto Desarrollo Humano. En el año 2006 se inicia con un valor de 0,822, el año con menor valor en el periodo es 2011 con 0,819, el de mayor valor es



2018 con 0,861 y el periodo termina con un valor de 0,853. Los datos del periodo y del último año en estudio ubican a Mora entre los cantones con desarrollo humano alto.

No obstante, es necesario desagregar este índice en sus componentes, como se muestra seguidamente.

Gráfico 4 Mora: Componentes del índice de Desarrollo Humano Cantonal según año, 2006-2019



Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD (2020)

El componente más favorable en el cantón es índice de esperanza de vida, el cual muestra valores más altos del 2006 al 2019. Seguido del índice de bienestar material, el índice de conocimiento está por debajo de 0,800, sin embargo, la ponderación de los tres componentes ubica a Mora en una categoría favorable.

Se señala que, a pesar de tener los valores más altos, el índice de esperanza de vida termina el periodo con un valor menor al promedio. En oposición el índice de bienestar material y de conocimiento terminan el periodo con el valor más alto correspondientemente.

El cantón tiene una gran proporción de zona rural, lo cual incide directamente en las condiciones de salud de la población, lo cual podría vincularse con la cantidad de años que se espera vivir.

Además, los datos se podrían vincular con el aumento de cobertura y consumo de servicios educativos y de bienes y servicios.

5.1.4. Índice de Desarrollo Social Cantonal

Otro de los indicadores fundamentales en este campo es el Índice de desarrollo social cantonal (IDS), el cual es calculado por MIDEPLAN, cada 5 años, se define como un valor que se calcula a partir de una serie de indicadores provenientes de las estadísticas administrativas de



instituciones del sector público cuyo resultado permite clasificar y ordenar los distritos del país según su nivel de desarrollo social (MIDEPLAN, 2017, p. 2).

Este índice adquiere relevancia debido a que evidencia el acceso a derechos humanos, MIDEPLAN (2017) toma en cuenta aspectos fundamentales en las dimensiones: económica, participación social, de salud, educativa y seguridad.

Figura 3 Diagrama del Índice de Desarrollo Social según dimensiones e índices 2017



Fuente: Tomado de MIDEPLAN, 2017.



El cantón de Mora muestra los siguientes valores para los años 2007, 2013 y 2017.

Cuadro 3 Mora: Índice de Desarrollo Social Cantonal según año, 2007, 2013 y 2017

Año	IDSC
2007	49,9
2013	63,9
2017	55,93

Fuente: Elaboración propia con datos de MIDEPLAN. (2007, 2013, 2017).

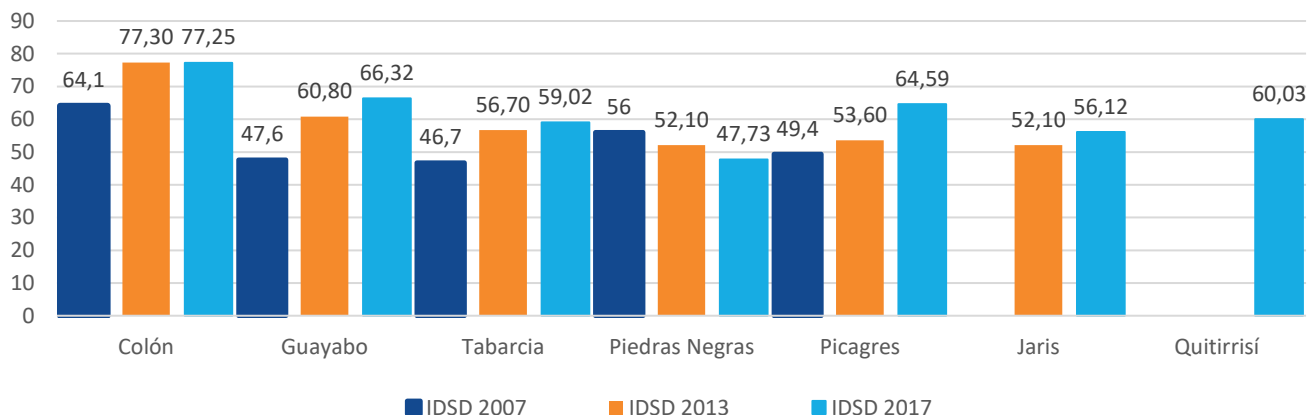
De acuerdo con las explicaciones metodológicas de MIDEPLAN (2007, 2013 y 2017) los índices y dimensiones del IDS han variado con cada una de las entregas, por ejemplo, en la Figura 2 se detalló los componentes del 2017, en la que se incluyó la dimensión de Seguridad y los índices de homicidios dolosos y muertes en accidentes de tránsito, no tomados en cuenta anteriormente.

De forma que no sería posible comparar el valor interanual. No obstante, sí es posible e importante indicar la posición del cantón con respecto a la totalidad.

En el año 2007 la posición cantonal fue de número 37 del total de cantones, en el 2013 asciende a la posición 26 y en el año 2017 desciende a la posición 41.

La segregación distrital del índice de Desarrollo Social (MIDEPLAN) para el mismo periodo incluye en el del año 2013 al distrito de Jaris y en el de 2017 al de Quitirrisí, lo que sucede debido a la reciente creación de estos distritos. Es necesario aclarar que estos distritos se desagregaron del distrito Colón. Se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 5 Mora: Índice de Desarrollo Social según distrito, por año 2007, 2013 y 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de MIDEPLAN. (2007, 2013, 2017).

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Para efectos del IDS 2017 se utilizan categorías de clasificación y valores de corte elaborados estadísticamente de forma que los distritos se agrupan con los siguientes valores:

- Mayor desarrollo relativo (100 - 76,88)
- Menor desarrollo relativo:
 - ✓ Nivel medio (76,87- 62,02).
 - ✓ Nivel bajo (62,01- 47,45).
 - ✓ Nivel muy bajo (47,44- 0,00). (MIDEPLAN, 2017, p. 6)

De esta manera, para el año 2017 el distrito de Colón se agrupa dentro de los distritos de mayor desarrollo relativo, lo cual se explica por las condiciones de urbanidad de dicho distrito, con concentración de bienes y servicios para el acceso de su población.

En el nivel de medio desarrollo relativo para el año 2017 se ubicó el distrito de Guayabo. El cual, si bien es parte de la periferia rural del cantón, su cabecera se encuentra sobre la carretera nacional que comunica el cantón de Mora con el de Puriscal, facilitando el acceso a servicios y el traslado para su consecución.

En el nivel bajo de desarrollo relativo en el año 2017, se ubican los distritos de Tabarcia, Piedras Negras, Picagres, Jaris y Quitirrisí. Estos distritos se caracterizan por ser rurales, con condiciones menores de desarrollo en cuanto a infraestructura comunal, servicios accesibles y oferta variada de servicios, por lo que la población encuentra limitaciones para su desarrollo integral.

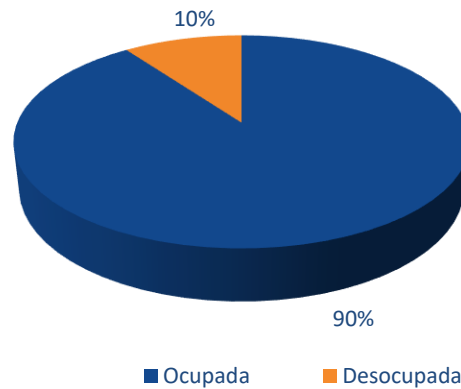
5.1.5. Proporción de viviendas por ocupación

Para fines censales y de recopilación estadísticas las viviendas se constituyen como unidades fundamentales de análisis, en ellas se reflejan muchas de las condiciones sociales de la población. En este sentido se distinguen las viviendas ocupadas de las desocupadas. Según el INEC (2012), una vivienda se considera ocupada cuando reside habitualmente al menos una persona y desocupada cuando nadie reside habitualmente en ella, ya sea porque está para alquilar o vender, en construcción o reparación, o se trata de una vivienda temporal para vacacionar, para trabajadores(as) o estudiantes, o por otro motivo.

En el cantón de Mora se contabilizan 8.648 viviendas individuales, de las cuales 7.782 se encuentran ocupadas para un 90% y 866 viviendas están desocupadas para un 10%, con datos del Censo 2011. Estas cifras coinciden con las del país, ya que el Censo 2011 contabilizó que el 89,2% del total de viviendas estaban ocupadas y 10,8% desocupadas.



Gráfico 6 Mora: Proporción de viviendas por ocupación, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de Censo, 2011. (INEC, 2012)

Del total de 7.782 de las viviendas ocupadas, según el Censo 2011, el 62% se ubican en el distrito Colón, 18% en Tabarcia, 16% en Guayabo, 3% en Picagres y 1% en Piedras Negras.

Por su parte, de las 866 viviendas desocupadas 54% se encontraban en Colón, 22% en Tabarcia, 11% en Guayabo y 7% respectivamente en los distritos de Piedras Negras y Picagres. (INEC, 2012)

5.1.6. Proporción de viviendas según tipo por distrito

Es necesario partir del concepto de vivienda individual utilizado para el Censo 2011, ya que es la fuente de información. Se entiende como recinto separado e independiente, así como aquellas estructuras físicas que originalmente no fueron concebidas con fines de alojamiento, pero que durante el momento del censo constituyen la residencia habitual de una o varias personas. (INEC, X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011, Resultados Generales, Ficha Metodológica, 2012, pág. 3).

Siguiendo al INEC (2012), estas viviendas se clasifican en 8 tipos: Casa independiente, casa independiente en condominio, edificio de apartamentos, edificio de apartamentos en condominio, vivienda tradicional indígena, cuarto en cuartería, tugurio y otro (local, casa móvil, barco, camión). Al respecto se aclaran las siguientes definiciones (INEC, X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011, Resultados Generales, Ficha Metodológica, 2012):

- Casa independiente en condominio: Casa independiente, en la cual la dueña o dueño de la vivienda es parte de una asamblea de condóminos y es codueña(o) de las áreas comunes del sitio, como lo son jardines, espacios de recreo, piscinas y otros.
- Edificio de apartamentos en condominio: Viviendas que forman parte de un edificio de dos o más pisos y donde la dueña o dueño de la vivienda es parte de una asamblea de



condóminos y es codueña(o) de las áreas comunes del sitio, como lo son jardines, espacios de recreo, piscinas y otros.

- Vivienda tradicional indígena (palenque o rancho): Vivienda construida con materiales naturales extraídos de la naturaleza conforme a las tradiciones de cada pueblo indígena. Estas viviendas pueden combinar materiales naturales con materiales convencionales, por ejemplo, techo de zinc con paredes de chonta.
- Cuarto en cuartería: Cuarto o espacio pequeño dentro de una sola edificación donde hay otros cuartos que también son utilizados como viviendas individuales para albergar a una o varias personas. Por lo general cada cuarto tiene su propia salida hacia un pasillo común; adicionalmente, el baño y el servicio sanitario suelen ser de uso colectivo.
- Tugurio: Recinto construido con materiales de desecho, por lo general en mal estado. Este tipo de vivienda se construye para solucionar una necesidad inmediata de albergue y comúnmente son improvisados.

Asimismo, se toma en consideración la existencia de viviendas colectivas, definidas como aquellas edificaciones destinadas a ser habitada por personas que hacen vida en común por razones de salud, enseñanza, religión, trabajo u otras causas; se clasifican en Bache o barraca para trabajadores(as), albergue infantil, hogar de personas adultas mayores, cárcel y otra (pensión, convento) (INEC, X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011, Resultados Generales, Ficha Metodológica, 2012).

Con datos del Censo 2011, en el cantón de Mora se contabilizaron 8.652 viviendas, en el siguiente cuadro se muestra su distribución según tipo, por distrito.

Cuadro 4 Mora: Distribución de viviendas según tipo por Distrito, 2011

Tipo de vivienda	Mora	Colón	Guayab o	Tabarcia	Piedras Negras	Picagres
Casa independiente	8.190	4.844	1.356	1.543	172	275
Casa independiente en condominio	189	189	0	0	0	0
Edificio de apartamentos	187	179	4	4	0	0
Edificio de apartamentos en condominio	18	18	0	0	0	0
Cuarto en cuartería	23	22	0	1	0	0
Tugurio	21	11	0	10	0	0
Otro (Local, casa móvil, barco, camión)	20	17	1	2	0	0

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Tipo de vivienda	Mora	Colón	Guayabo	Tabarcia	Piedras Negras	Picagres
Hogar de personas adultas mayores	1	1	0	0	0	0
Otra (Pensión, convento)	1	1	0	0	0	0
Persona sin vivienda	2	1	0	1	0	0
Total	8.652	5.283	1.361	1.561	172	275

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC 2012.

La mayoría de las viviendas ocupadas corresponden a casa independientes en todos los distritos, en cuanto a las viviendas en condominio o bien apartamentos sea en edificio o en condominio la mayoría se ubican en el distrito Colón, el cual muestra el impacto de la ola expansiva de la Gran Área Metropolitana con alternativas constructivas en la modalidad de condominio o bien construcción vertical.

Los distritos rurales, Picagres y Piedras Negras solo registran viviendas independientes, las demás categorías con riesgo o condiciones de vulnerabilidad se dan en los distritos de Colón, Guayabo y Tabarcia, tales como cuarterías y tugurios. Además, es preciso rescatar que en el cantón se da un número pequeño de personas sin vivienda.

5.1.7. Proporción de viviendas según zona de ubicación

El INEC (2012) plantea que las zonas del país se pueden dividir entre urbanas y rurales, siendo así a través del Censo 2011 se ubicaron a las viviendas en estas zonas, definidas como:

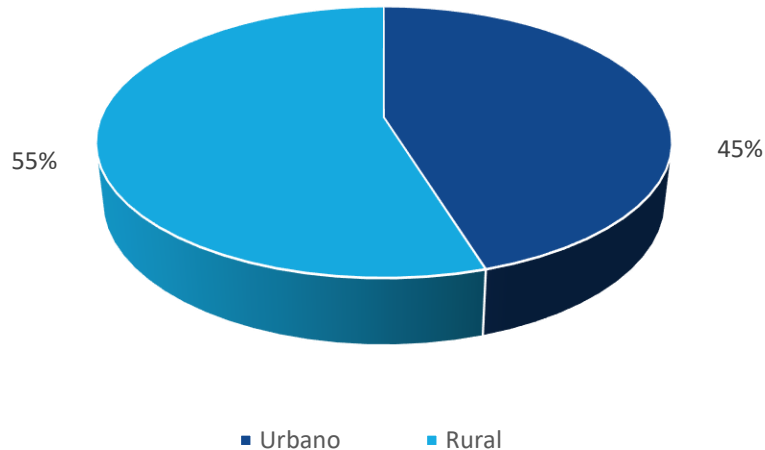
- Zona urbana: Las áreas urbanas se delimitaron a priori con criterio físico y funcional, tomando en cuenta elementos tangibles, tales como cuadrantes claramente definidos, calles, aceras, servicios urbanos (recolección de basura, alumbrado público) y actividades económicas. La delimitación geográfica se realizó a partir de los centros administrativos de cada cantón o distrito y se amplió de manera compacta en función de la presencia de las características antes señaladas
- Zona rural: Son aquellos poblados no ubicados en el área urbana, que reúnen ciertas características, tales como: un predominio de actividades agropecuarias; puede presentar viviendas agrupadas o contiguas como dispersas; disposición de algunos servicios de infraestructura como electricidad, agua potable y teléfono; cuentan con servicios como escuela, iglesia, parque o plaza de esparcimiento, centro de salud, guardia rural, etc.; pequeños o medianos comercios relacionados algunos con el suministro de bienes para la producción agrícola; y un nombre determinado que los distingue de otros poblados



(INEC, X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011, Resultados Generales, Ficha Metodológica, 2012, pág. 5).

Derivado de lo anterior en el cantón de Mora se cuenta con 4.740 viviendas en zona rural para un 55% y 3.912 viviendas en zona urbana para un 45%.

Gráfico 7 Mora: Proporción de las viviendas según zona, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC 2012.

El dato a nivel nacional es contrario a la realidad cantonal, ya que, en Costa Rica, el 70,7% de las viviendas se ubican en zona urbana y el 29,3% en zona rural.

5.1.8. Proporción de viviendas según tenencia

La tenencia de la vivienda, según INEC (2012) se refiere a la condición de propiedad por parte de las personas que habitan en ella. Se clasifican en propia totalmente pagada, propia pagando a plazos, alquilada, prestada por motivo de trabajo u otro motivo, o estar en precario.

Sobre esta última el INEC (2012) aclara que son viviendas que se ubican en terrenos que han sido ocupados sin mediar para ello mecanismos legales de posesión o propiedad.

La tenencia de vivienda en el país se distribuye en que un 65,2% son viviendas propias completamente pagadas, 9% viviendas propias que se están pagando a plazos, 17,4% se trata de viviendas alquiladas, 0,9% son precarios y 7,3% responden a otro tipo de tenencia (INEC,2012).

La realidad cantonal de Mora no dista de la realidad nacional, se presentan porcentajes similares con excepción de prestada por otro motivo, que son viviendas en las que no se paga por vivir en ellas, pero no les pertenecen. Al respecto, es preciso considerar que el carácter rural del cantón



de Mora puede vincularse con esta característica, ya que en los distritos rurales muchas de las fincas son ocupadas por alguna persona o familia, que no necesariamente trabaja, sino que le prestan una vivienda para que el lugar no esté solo, sea este un lugar destinado a la producción o para vacacionar.

Cuadro 5 Mora: proporción de viviendas según tenencia, 2011

Tenencia de la vivienda	Proporción
es propia totalmente pagada	65,3
es propia pagando a plazos	11,1
es alquilada	16,5
es prestada por motivo de trabajo	2,1
es prestada por otro motivo (no paga)	3,9
está en precario	0,1
Otro	1,1
Total	100

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC 2012.

La proporción de tenencia de las viviendas a nivel distrital del cantón de Mora presenta la misma tendencia, siendo que de acuerdo con datos del Censo 2011, la mayor categoría en todos los distritos la tenencia propia totalmente pagada, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 6 Mora: Proporción de viviendas según tenencia por distrito, 2011

Tenencia de la vivienda	Colón	Guayabo	Tabarcia	Piedras Negras	Picagres
es propia totalmente pagada	59,92	72,34	75,37	64,35	79,72
es propia pagando a plazos	13,71	8,27	5,48	6,96	5,99
es alquilada	20,78	13,08	8,04	3,48	1,84
es prestada por motivo de trabajo	2,02	0,87	1,46	19,13	4,61
es prestada por otro motivo (no paga)	3,35	4,26	5,04	5,22	6,45
está en precario	0,04	0,08	0,22	0,00	0,00
Otro	0,19	1,10	4,39	0,87	1,38
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC 2012



Asimismo, los datos indican que no hay presencia de viviendas en condición de tenencia precaria en los distritos más rurales, Piedras Negras y Picagres.

5.1.9. Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo la jefatura de hogar

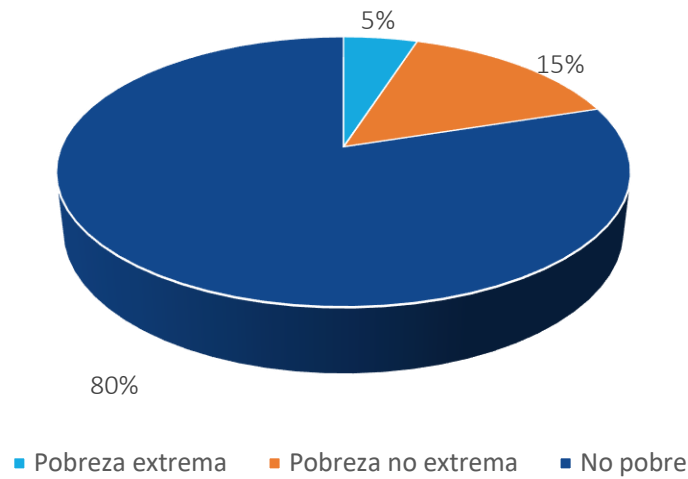
La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el INEC (2022) categoriza el nivel de pobreza de los hogares en tres, a saber:

- Hogares en pobreza extrema: son aquellos hogares con un ingreso per cápita igual o inferior al costo per cápita de la CBA, que para junio de 2022 se estimó en ₡59 744 para la zona urbana y de ₡49 913 para la zona rural. Se utiliza el mes de junio, pues los ingresos en la ENAH tienen como referencia dicho mes (mes anterior al de entrevista).
- Hogares en pobreza no extrema: son aquellos hogares que tienen un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la CBA o línea de extrema pobreza.
- Hogares no pobres por LP: son aquellos hogares con un ingreso per cápita que les permite cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias; es decir, su ingreso per cápita es superior al valor de la línea de pobreza. Para junio de 2022, este valor es de ₡128 406 para la zona urbana y de ₡99 140 para la zona rural. (ENAH, julio 2022).

De esta manera, para el año 2022 en la Región Central se estimó un total de 3.211.764 de hogares, de los cuales 2.567.660, es decir el 80% se consideraron no pobres, 4.845.541 o bien el 15% en pobreza no extrema y el 5% se trata de hogares en pobreza extrema, tratándose de 1.595.563 hogares.



Gráfico 8 Región Central: Nivel de Pobreza de los Hogares, 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022

Con respecto a la jefatura, del total de hogares de la Región Central el 44,2% corresponden a hogares que tienen jefatura femenina, de ellos el 42,8% son no pobres y el 50,4% son hogares pobres. A su vez, los hogares pobres se distribuyen en proporción de 47,2% con pobreza no extrema y 60,5% en pobreza extrema.

Esta categorización de los hogares según su condición de pobreza dada por la ENAHO (2022) ratifica las condiciones de vulnerabilidad de la población, a través de la cual se ubica en condiciones de desventaja social, teniendo ingresos insuficientes, lo que va a ocasionar obstáculos para la materialización de derechos.



5.2. Indicadores Demográficos

5.2.1. Población

De acuerdo con la OPS (2014) la población hace referencia al número de habitantes de un país, territorio o área geográfica(total general o para un sexo o grupo etario dados), en un punto de tiempo específico. En términos demográficos es el número total de habitantes que efectivamente viven dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año.

El INEC (2022) proyectó para el año 2022 un total de 5.213.362 habitantes para el territorio de Costa Rica, para la Región Central Sur dicha proyección es de 1.501.497 habitantes.

En el cantón de Mora la proyección poblacional para el año 2022 es de 30.759, la cual se distribuye por grupo de edad quinquenal de la siguiente manera.

Cuadro 7 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según distrito, 2022

Cantón/distrito	Total	Grupos de edades															
		0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 y más
Mora	30.759	1.842	1.992	1.908	1.807	2.304	2.659	2.828	2.698	2.361	2.033	1.901	1.809	1.508	1.145	761	1.203
Colón	17.411	999	1.087	1.033	947	1.282	1.500	1.647	1.607	1.393	1.182	1.094	1.033	852	632	415	708
Guayabo	5.414	347	368	358	355	419	482	479	432	384	341	326	313	263	203	139	205
Tabarcia	5.160	335	368	354	341	403	450	448	409	362	321	306	297	249	191	131	195
Piedras Negras	498	32	31	31	32	37	40	45	45	40	31	30	30	26	20	12	16
Picagres	899	51	57	55	52	60	71	80	76	71	64	60	56	48	39	26	33
Jaris	1.377	78	81	77	80	103	116	129	129	111	94	85	80	70	60	38	46

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC,2022.

El grupo de edad de mayor cantidad de personas es el de personas jóvenes de 30 a 34 años y el de menor es el de personas mayores de 70 a 74 años.

De esta manera, la población de Mora representa un 0,59% de la totalidad del país (5.213.362). A su vez, del total de la población del cantón el 56,6% se ubica en el distrito Colón, 17,6% en Guayabo, 16,8% en Tabarcia, 1,6% en Piedras Negras, 2,9% en Picagres y 4,5% en Jaris. Con respecto a Quitirrisí, esta localidad se establece como distrito en el año 2014, el INEC, no lo incluye como tal en las proyecciones de población. No obstante, según datos del Censo 2011, en el territorio se contabilizaron 1.159 personas que se identificaron como pertenecientes al pueblo indígena Huetar.



5.2.2. Composición poblacional por grupos de edad y sexo

Sobre la frecuencia relativa de los grupos de edad, las proyecciones poblacionales del año 2022 (INEC, 2022) muestran que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo quinquenal de 30 a 34 años, con un 9,2%; seguido de 8,8% en el grupo de 35 a 39 años, en tercer lugar, con 8,6% el grupo de 25 a 29 años.

Los grupos de edad con menor porcentaje de población son los mayores de 65 años, 3,9% con personas de 75 años y más, 3,7% con personas de 65 a 69 y 2,5% con personas de 70 a 74 años. No obstante, estos grupos se constituyen según la legislación del país en la población adulta mayor, la cual junta representa el 10,1% del total.

En el siguiente cuadro el detalle completo según cada uno de los grupos quinquenales.

Cuadro 8 Mora: Proporción de población según grupo quinquenal de edad, 2022

Grupo de edad	Porcentaje
0 - 4	6
5 - 9	6,5
10 - 14	6,2
15 - 19	5,9
20 - 24	7,5
25 - 29	8,6
30 - 34	9,2
35 - 39	8,8
40 - 44	7,7
45 - 49	6,6
50 - 54	6,2
55 - 59	5,9
60 - 64	4,9
65 - 69	3,7
70 - 74	2,5
75 y más	3,9

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

En cuanto a la distribución por sexo de la proyección poblacional 2022 (INEC) se tiene que 15.308 son hombres para un 49,77% y 15.451 son mujeres para un 50,23%. Esta distribución según sexo mantiene la tendencia de similitud entre hombres y mujeres, no hay mayor diferencia, entre la cantidad de hombres y mujeres, lo cual se alinea a la tendencia nacional.



Cuadro 9 Distribución de la población por grupo quinquenal de edad según sexo, 2022

Sexo	Total	Grupos de edad															
		0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 y más
Hombres	15.308	938	1.006	983	930	1.146	1.335	1.431	1.367	1.158	1.006	910	863	754	561	359	561
Mujeres	15.451	904	986	925	877	1.158	1.324	1.397	1.331	1.203	1.027	991	946	754	584	402	642
Total	30.759	1.842	1.992	1.908	1.807	2.304	2.659	2.828	2.698	2.361	2.033	1.901	1.809	1.508	1.145	761	1.203

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

La información anterior se puede desagregar a la unidad mínima de planificación, los distritos. Con ello se evidencian las diferencias entre los mismos, como se detallará más adelante la densidad poblacional en la zona rural es mayor, pero las cifras absolutas también dan cuenta de que en Picagres y Piedras Negras hay menor población.

Cuadro 10 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según sexo y distrito, 2022

Cantón, distrito y sexo	Total	Grupos de edad															
		0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 y más
Hombres Mora	15308	938	1006	983	930	1146	1335	1431	1367	1158	1006	910	863	754	561	359	561
Colón	8674	510	554	536	489	642	754	833	813	684	583	522	494	426	309	195	330
Guayabo	2691	177	186	185	184	207	239	241	218	188	168	156	150	132	99	65	96
Tabarcia	2556	171	178	177	175	200	227	227	207	178	159	146	141	124	93	62	91
Piedras Negras	263	16	17	18	18	20	23	25	23	19	16	15	14	13	10	7	9
Picagres	450	26	32	30	26	29	36	41	38	35	32	28	26	24	19	13	15
Jaris	674	38	39	37	38	48	56	64	68	54	48	43	38	35	31	17	20
Mujeres Mora	15451	904	986	925	877	1158	1324	1397	1331	1203	1027	991	946	754	584	402	642
Colón	8737	489	533	497	458	640	746	814	794	709	599	572	539	426	323	220	378
Guayabo	2723	170	182	173	171	212	243	238	214	196	173	170	163	131	104	74	109
Tabarcia	2604	164	190	177	166	203	223	221	202	184	162	160	156	125	98	69	104
Piedras Negras	235	16	14	13	14	17	17	20	22	21	15	15	16	13	10	5	7
Picagres	449	25	25	25	26	31	35	39	38	36	32	32	30	24	20	13	18
Jaris	703	40	42	40	42	55	60	65	61	57	46	42	42	35	29	21	26

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2023

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Asimismo, en todos los distritos se cuenta con mayor población adulta joven y adulta, lo que se vinculará más adelante con los indicadores económicos.

5.2.3. Razón Mujer-Hombre

La razón mujer – hombre significa el número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total. Para su cálculo se utilizan las proyecciones de población según INEC (2022), de las cuales se toma el número total de mujeres, se divide entre el número total de hombres y se multiplica por cien.

Según las proyecciones mencionadas (INEC, 2022) para la Región Central Sur la relación para el año 2022 es de 101, por cada 100 hombres. Los datos para el cantón de Mora coinciden, es decir 101 mujeres por cada 100 hombres. Este indicador se desagrega en los distritos.

Cuadro 11 Mora: Razón Mujer - Hombre por proyección poblacional según distrito, 2022

Cantón/Distrito	Razón		
	Hombres	Mujeres	M/H
Mora	15.308	15.451	101
Colón	8.674	8.737	101
Guayabo	2.691	2.723	101
Tabarcia	2.556	2.604	102
Piedras Negras	263	235	89
Picagres	450	449	100
Jaris	674	703	104

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022

El distrito de Jaris es el de mayor valor en la relación mujeres – hombres, siendo 104 mujeres por cada 100 hombres, seguido de Tabarcia con 102 mujeres por cada 100 hombres. Los distritos de Colón y Guayabo tienen el mismo valor nacional y cantonal, 101 mujeres por cada 100 hombres. Los distritos catalogados en su totalidad como zona rural presentan la situación contraria, en donde la razón mujer – hombre es de 100 para Picagres y 89 para Piedras Negras.

De acuerdo con la ONU (2016), plantea que en general a nivel mundial la población femenina es la mitad, no obstante, al persistir las condiciones de desigualdad e inequidad hacia dicha población se genera un impacto importante en las condiciones del desarrollo y el progreso social, es por esto que es importante tomar en consideración este indicado para el desarrollo local de forma que se potencie el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas, principalmente de las mujeres.



5.2.4. Razón de dependencia demográfica

La razón de dependencia demográfica es la relación entre personas menores de 15 años y mayores de 64 años con respecto a la población de 15 a 64 años de edad (INEC, 2012).

En el país esta relación es de 47 personas en edad dependiente por cada cien personas en edad productiva. Para la Región Central Sur la relación es de 42,3 personas en condición de dependencia por cada cien en edades productivas.

En Costa Rica para el año 2022 (INEC) se presentaban 47 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas, para la Región Central Sur esta relación de dependencia demográfica es de 42 personas en edad dependiente por cada 100 personas en edad productiva.

En el cantón de Mora INEC (2022) se tiene que para el año 2022, 5.275 personas eran menores de 15 años y 3.109 mayores de 65 años, las cuales se consideran como población dependiente y 21.908 personas se encontraban en el rango de 15 a menos de 65 años, con ello se tiene una relación de 40 personas dependientes por cada cien personas en edades productivas.

En este sentido, se coincide con los datos de la estructura poblacional, ya que la mayor parte de la población en el cantón se encuentra en edad productiva, por lo que el peso para este sector de la población es menor al respecto de la población dependiente.

En este indicador también se evidencian las distintas condiciones de vida entre los distritos del cantón de Mora.

Cuadro 12 Mora: Razón de dependencia demográfica por proyección poblacional según distrito, 2022

Cantón / Distrito	Población			Razón de Dependencia Demográfica
	Menor de 15 años	Mayor de 15 y menor de 65 años	Mayor de 65 años	
Mora	5742	21908	3109	40,4
Colón	3119	12537	1755	38,9
Guayabo	1073	3794	547	42,7
Tabarcia	1057	3586	517	43,9
Piedras Negras	94	356	48	39,9
Picagres	163	638	98	40,9
Jaris	236	997	144	38,1

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.



Los distritos que tienen mayor dependencia demográfica con respecto a la cantonal son Guayabo, Tabarcia y Picagres. En cuanto a los distritos de Colón, Piedras Negras y Jaris es menor. De esta manera, la razón de dependencia demográfica tiene la potestad para orientar acciones protectoras de la salud para la población dependiente, la cual tiene necesidades particularidades vinculadas con el cuidado y la satisfacción de sus necesidades.

5.2.5. Razón de envejecimiento

La razón de envejecimiento es un indicador demográfico de importancia debido a que da cuenta del proceso de envejecimiento de la población. Su cálculo consiste en dividir la población de 65 años y más, entre la población de 0 a 14 años, multiplicado por cien. De esa manera, se sabe cuántas personas mayores de 65 años hay por cada cien personas menores de 15 años.

De acuerdo con el INEC (2022), para el año 2022 tenemos 45 personas mayores de 65 años por cada cien personas menores de 15 años. El dato aumenta para la Región Central Sur del país, con 58 personas mayores de 65 años por cada cien menores de 15 años. Al respecto es importante mencionar que el cantón de San José y consecuentemente sus distritos presentan un alto número de personas mayores, lo que sin duda le da peso al valor regional.

En el cantón de Mora, en el mismo periodo se tiene 54 personas mayores de 65 años por cada cien menores de 15 años. Los datos por distrito son los siguientes.

Cuadro 13 Mora: Razón de envejecimiento según distrito, 2022

Cantón / Distrito	Razón de envejecimiento
Mora	54,1
Colón	56,3
Guayabo	51,0
Tabarcia	48,9
Piedras Negras	51,1
Picagres	60,1
Jaris	61,0

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

El distrito con la menor razón de envejecimiento es Tabarcia con 48,9 personas mayores de 65 años por cada 100 menor de 15 años. En Jaris es de 61 personas siendo el distrito en el que es mayor.



En esta línea, es preciso hacer referencia al porcentaje de población mayor, según las proyecciones en Costa Rica es de 9,61%, ya que la población total es de 5.213.362 personas y de ellas 501.143 son mayores de 65 años.

En el cantón de Mora la proporción es mayor, del total de población proyectada para el año 2022 30.759, son personas mayores 3.109, representando un 10%. En los distritos de Colón, Guayabo, Tabarcia, Piedras Negras y Jaris también el porcentaje de población mayor es de 10% y en distrito de Picagres es de 11%.

Segura (2022) a través del Programa Estado de la Nación señala que el envejecimiento de la población costarricense es un importante logro en materia de desarrollo humano, incluyendo aspectos tales como la salud preventiva y el aumento en la esperanza de vida, no obstante, a la vez se convierte en un reto para el país debido a las situaciones de vulnerabilidad que presenta la población adulta mayor y las necesidades requeridas para mantener una vejez saludable.

En este sentido, es importante considerar que en el cantón de Mora estas condiciones de vulnerabilidad se pueden acrecentar en los espacios rurales, en los cuales se presentan obstáculos en el acceso a servicios. Aunado a las condiciones de vida y socioeconómicas de la población en general se podría ver más comprometido el bienestar de la población mayor.

5.2.6. Proporción de la población urbana

CEPAL (2013) recopila las definiciones de población urbana y rural utilizadas en censos de población de varios países latinoamericanos, estas incluyen aspectos administrativos, de servicios, densidad, cantidad de habitantes, entre otras. En el caso de Costa Rica establece que la población urbana es

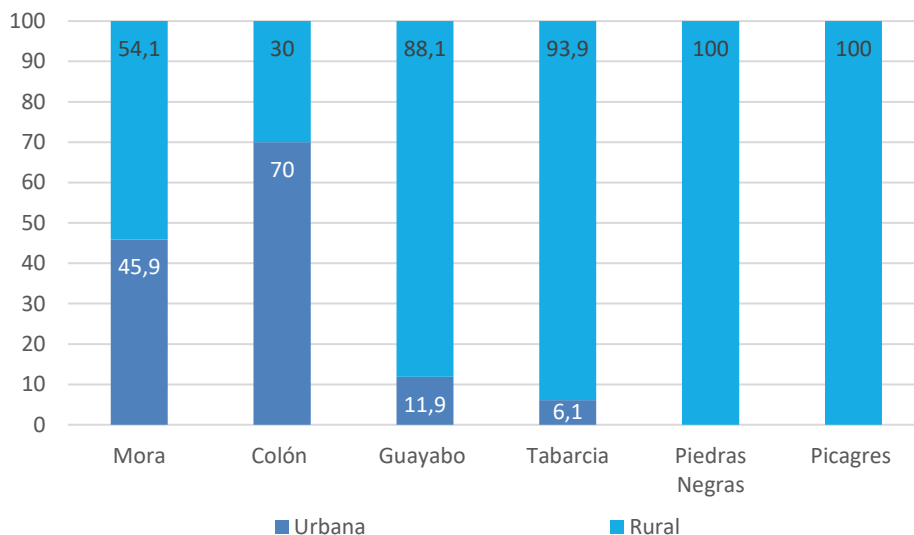
aquella que vive en los centros administrativos de los cantones del país, o sea, parte o todo el distrito primero, además de otras áreas adyacentes. Estas áreas fueron demarcadas s/c con criterio físico y funcional, tomando en cuenta elementos tangibles tales como cuadrantes, calles, aceras, luz eléctrica, servicios urbanos y otros (CEPAL, 2013, pág. 6).

Según datos del INEC (2011) en Costa Rica el 72,8% de la población reside en zona urbana, es decir, la mayoría de la población se concentra en las urbes.

El cantón de Mora muestra una situación distinta, ya que es la proporción de población urbana es el 45,9%. No obstante, como se ha mencionado la diversidad a lo interno del cantón hace que cada distrito tenga realidades distintas.



Gráfico 9 Mora: Proporción de población por zona según distrito, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2011.

De esta manera, el distrito Colón cuenta con un 70% de población urbana, Guayabo con 11,9% y Tabarcia con 6,1% de población urbana. Los distritos de Picagres y Piedras Negras se caracterizan por ser completamente rurales.

Esta característica es propia de un cantón que se ubica en la periferia del Área Metropolitana del país, en el que las características urbanas se centralizan en la cabecera del cantón.

En el resto del cantón predominan particularidades de la ruralidad como la dispersión, las labores agrícolas y agropecuarias, dificultades en el acceso a servicios, como el transporte. Asimismo, la oferta de servicios es básica, conformada por comercios de abastecimiento.

5.2.7. Proporción de personas por curso de vida

El conocer la proporción de personas por curso de vida en una población y en un momento determinado permitirá un análisis integral desde la salud pública. La OPS (2023) define el enfoque de curso de vida como

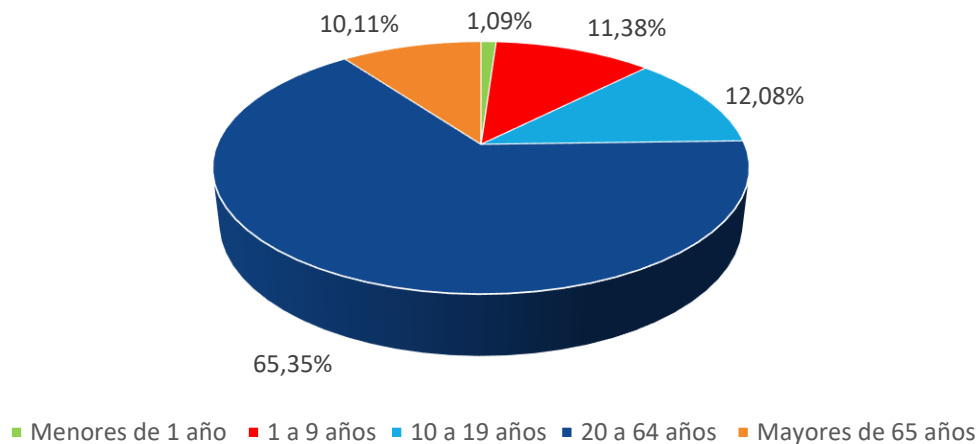
la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población (OPS, 2023).



Es así como se entiende la complejidad de la construcción de la salud a lo largo de la vida y entre las distintas generaciones, para efectos del análisis de situación de salud de la población este enfoque permite la identificación de las inequidades en salud entre los grupos poblacionales, además, entiende las condiciones de la salud de la población a través de su contexto sociohistórico.

En Costa Rica, el porcentaje de población menor de un año es del 1%, la niñez de 1 a 9 años representa el 13,1%, la población adolescente es el 14,3% del total de población. Por su parte, las personas adultas de 20 a 64 años constituyen el 61,9% y las personas mayores de 65 años el 9,6%. El siguiente gráfico muestra la situación cantonal.

Gráfico 10 Mora: Proporción de la población según grupo de edad por curso de vida, 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2011.

La proporción cantonal de grupos de edad por curso de vida guarda relación con la proporción nacional. Se tiene 1,09% del total de la población es menor de un año, el 11,38% se trata de personas en la niñez, el 12,08% es población adolescente. El 65,35% de la población son personas adultas entre los 20 y 64 años y la población mayor es del 10,11%.

5.2.8. Total de nacimientos

La contabilización de los nacimientos es parte de las estadísticas vitales de un país, por nacimiento se entiende

es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal



separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido (INEC, 2004, pág. 6).

Por tanto, al hablar de total de nacimientos se hace referencia al total de nacidos en un espacio geográfico dado y en un momento determinado. Para el año 2021 en Costa Rica se dieron 54.287 nacimientos. De dichos nacimientos 336 corresponden al cantón de Mora.

El total de nacimientos en el cantón se desagrega por distrito y por grupo quinquenal de la madre de la siguiente manera.

Cuadro 14 Mora: Total de nacimientos por edad quinquenal de la madre según distrito, 2021

Cantón /Distrito	Total	Edad de la madre en grupos quinquenales						
		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 años y más
Mora	336	22	58	99	100	49	7	1
Colón	203	9	33	52	66	37	5	1
Guayabo	37	3	6	11	10	6	1	
Tabarcia	59	7	15	18	14	5		
Piedras Negras	3				3			
Picagres	5		1	3	1			
Jaris	16	1	1	10	4			
Quitirrisí	13	2	2	5	2	1	1	

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

En el distrito Colón se dieron 203 nacimientos, para Guayabo la cifra fue de 37 nacimientos. En Tabarcia 59, Piedras Negras 3, Picagres 5, Jaris 16 y Quitirrisí 13.

La importancia del total de nacimientos es que además de contabilizarlos, es un componente necesario para los siguientes indicadores.

5.2.9. Tasa de natalidad

La tasa de natalidad indica el número de nacimientos por cada mil habitantes, se calcula con la razón del número de nacimientos anuales entre la población total por mil (INEC, 2004).



Los datos de INEC señalan que para el año 2021 en Costa Rica se presentaron 10,5 nacimientos por cada mil habitantes. En la provincia de San José fue de 9,2 nacimientos por cada mil habitantes y en Mora se eleva a 11 nacimientos por cada mil habitantes.

Parte de los cambios demográficos ocurridos en el inicio de este siglo se vinculan con la natalidad, por ejemplo, la tasa de natalidad para el cantón de Mora en el año 2011 era de 13,22 nacimientos por cada mil habitantes, lo que demuestra una disminución.

5.2.10. Tasa de crecimiento natural de la población

El INEC (2022) establece que esta Tasa

se refiere al crecimiento de la población entre dos fechas sin contemplar la migración. Se utiliza la siguiente expresión matemática $r = [\text{tasa bruta de natalidad} - \text{tasa de mortalidad general}] / 10$. Dado que usualmente la tasa de crecimiento es calculada por cada cien habitantes y los componentes en la fórmula de cálculo están dados por mil habitantes, la diferencia de las tasas debe ser dividida por diez, y así obtener el dato de la tasa de crecimiento natural por cien habitantes (INEC, 2022, pág. 7).

También se puede calcular si al total de nacimientos se le restan la totalidad de las muertes, entre la población proyectada para ese año por 100. En Costa Rica, en el año 2021 el valor de esta tasa fue de 0,4%.

En el caso del cantón de Mora, se tiene que para el año 2021, se dieron 336 nacimientos, 194 defunciones y la población proyectada era de 30.546 habitantes, por lo que el resultante al calcular la tasa de crecimiento de la población es de 0,5%. Es decir, que el cantón de Mora en el año 2021 incrementó su tamaño en 0,5 personas por cada 100 habitantes.

5.2.11. Tasa global de fecundidad

Esta tasa se define por el 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. La OPS (2022) indica que la tasa global de fecundidad es una medida sintética que expresa, en una sola cifra, la fecundidad de todas las mujeres durante una etapa determinada.

Para el año 2021 (INEC) la tasa global de fecundidad de Costa Rica era de 1,3 hijos o hijas, en Mora esta tasa también representa 1,3 hijos o hijas. Es decir, que tanto en el país como en el cantón la tasa global de fecundidad es de 1,3 nacimientos por cada mujer, en el caso de que las tasas de fecundidad por edad se mantengan sin cambios.



La importancia de esta tasa es que se utiliza para realizar estimaciones y proyecciones de población, además, puede orientar la planificación no solo en temas de atención de la maternidad y la niñez, sino que da información certera sobre el nivel de reemplazo de la población.

En este sentido, la Universidad de la Habana (2021) plantea que se requiere que esta tasa sea mayor que 2, es decir, que se tenga un hijo o hija por madre y un hijo o hija por padre, para poder alcanzar el nivel de reemplazo de la población, es decir, con una tasa igual o mayor a 2,1 para garantizar el reemplazo generacional.

De forma que ni Costa Rica, ni el cantón de Mora están alcanzando el valor necesario para que se produzca el reemplazo generacional, aspecto necesario de tomar en cuenta en la producción social de la salud.

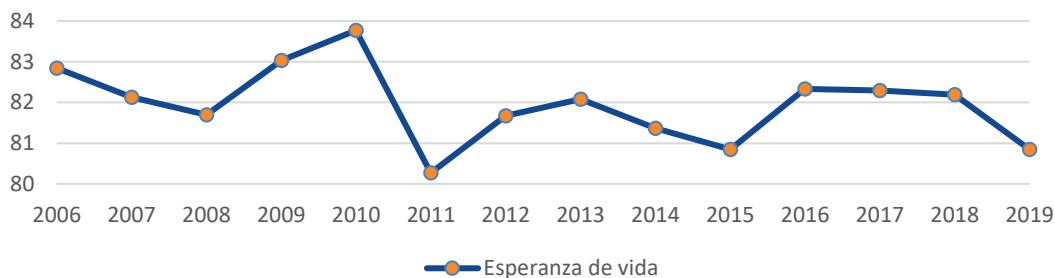
5.2.12. Esperanza de vida al nacer

De acuerdo con la definición de la OPS (2022) la esperanza de vida al nacer se refiere al número promedio de años que se espera viviría una persona recién nacida en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Aunado a ello, se agrega que permite evidenciar la intensidad de la mortalidad en diferentes grupos etarios para un mismo año calendario y una misma ubicación geográfica, reflejando las condiciones de vida y de salud de la población.

Según datos del PNUD y estadística de la Universidad de Costa Rica para el periodo 2006-2019 en el cantón de Mora se ha fluctuado entre 80,27 años y 83,77. En el siguiente gráfico se muestra este indicador por año.

Gráfico 11 Mora: Esperanza de vida al nacer, 2006-2019



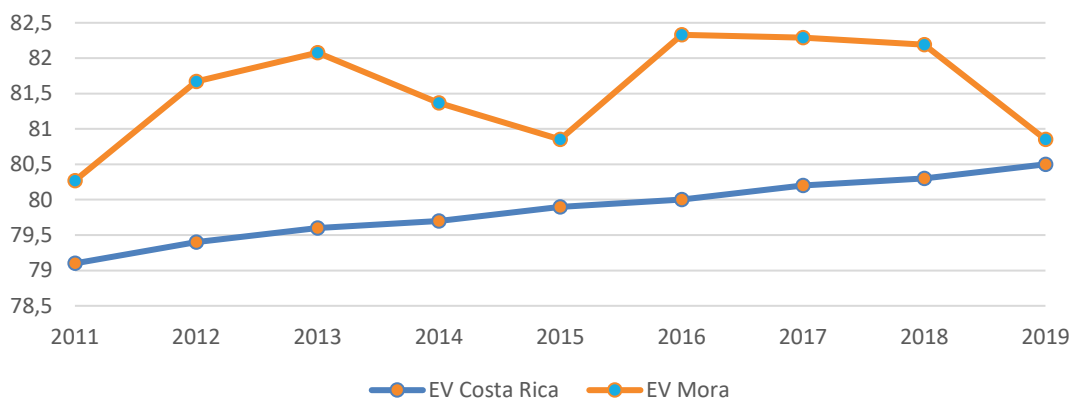
Fuente: PNUD, UCR.



Los años 2011, 2015 y 2019 son los de menor esperanza en el periodo y los años 2006, 2009 y 2010 los de mayor esperanza de vida. Llama la atención que del año 2016 al 2019 se muestra una tendencia a la baja en este indicador.

Para el último año registrado, 2019, se tiene que en el cantón de Mora la esperanza de vida al nacer era de 80,85 años, lo cual significa que las personas nacidas en este año en el cantón podrían llegar a vivir casi 81 años, en caso de que las tasas de mortalidad específicas por edad observadas en 2019 no tuviesen variación. Al cotejar la esperanza de vida al nacer de Mora con la nacional, se encuentra que en los años del periodo 2011 al 2019, la del cantón de Mora ha sido mayor. No obstante, la esperanza de vida al nacer de Costa Rica ha tenido una sostenida tendencia al alta, en cambio la del cantón de Mora ha mostrado fluctuaciones dentro de este periodo.

Gráfico 12 Esperanza de vida al nacer, Costa Rica y Mora, 2011-2019



Fuente: PNUD, UCR

5.2.13. Número anual de defunciones

Este indicador hace referencia al número total de defunciones esperadas en un año específico, para un determinado país, territorio o área geográfica.

De acuerdo con las estadísticas vitales del INEC (2022) para el año 2021 en Costa Rica se presentaron un total de 31-093 defunciones, de las cuales 17.707 correspondieron a hombres y 13.386 a mujeres.

En el cantón de Mora para el año 2021 se tiene un total de 194 defunciones, de éstas 111 de hombres y 83 de mujeres. Seguidamente el desglose por distrito.



Cuadro 15 Mora: Distribución de defunciones según Distrito, 2021

Cantón / Distrito	Defunciones
Mora	194
Colón	116
Guayabo	27
Tabarcia	34
Piedras Negras	2
Picagres	7
Jaris	2
Quitirrisí	6

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

En la cabecera de cantón se presentaron 116 muertes, en el distrito de Guayabo 27, en Tabarcia 34. En los demás distritos la cantidad de muertes fue menor de 10 en cada uno, teniendo que en Picagres ocurrieron 7 muertes, en Quitirrisí 6 muertes y tanto en Piedras Negras como en Jaris, se tuvo 2 muertes respectivamente.

5.2.14. Tasa cruda de mortalidad

La tasa cruda de mortalidad se define como 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, su unidad de medida es por mil habitantes (OPS, 2022).

Para el año 2021 en Costa Rica se produjeron 6 muertes por cada mil habitantes, en el cantón de Mora fueron 6,4 por cada mil habitantes.

Esta tasa permite conocer las condiciones de vida de la población, además, la OPS (2022) agrega que permite identificar condiciones de vulnerabilidad en la población, por lo que es un insumo para trazar líneas de acción.

5.2.15. Densidad de población

La densidad de población permite medir la ocupación que la población hace del territorio y se expresa como la cantidad de habitantes por kilómetro cuadrado (INEC, 2012).

Al respecto se tiene que para el cantón de Mora la población proyectada para el año 2022 es de 30.759 habitantes y la extensión territorial es de 163,47 km², lo que da una densidad poblacional de 188,2 habitantes por km².

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



La densidad del cantón da cuenta de sus características de ruralidad y dispersión de la población, mostrando un valor menor de población por cada kilómetro cuadrado que la Región Central Sur, en la que hay 518,54 habitantes por km².

Asimismo, este cantón muestra un valor medio entre los cantones vecinos, por ejemplo, el cantón de Santa Ana tiene una densidad de 1007,0 por km², mientras que Puriscal 69,5 habitantes por km² y Acosta 65 habitantes por km².



5.3. Indicadores Económicos

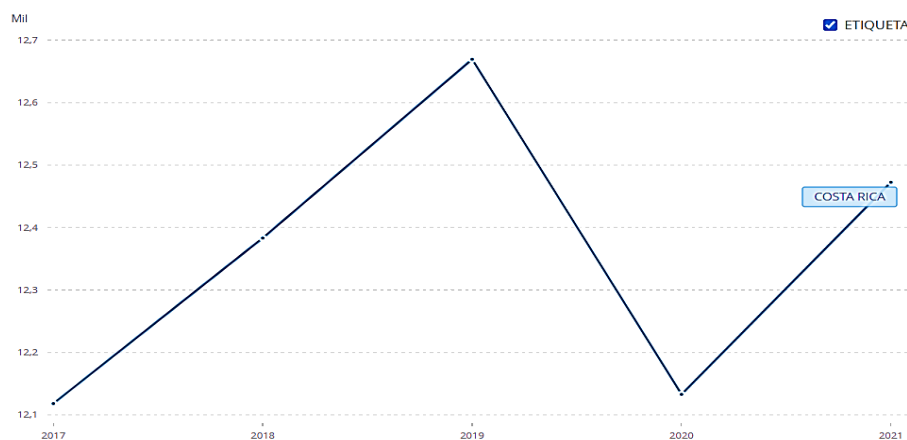
5.3.1. Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes

El contexto económico nacional es de influencia directa en las condiciones cantonales, por eso es necesario considerar el Producto Interno Bruto per cápita, el cual es definido por el Banco Mundial (2023) como el producto interno bruto dividido por la población a mitad de año. El PIB es la suma del valor agregado bruto de todos los productores residentes en la economía más todo impuesto a los productos, menos todo subsidio no incluido en el valor de los productos. Se calcula sin hacer deducciones por depreciación de bienes manufacturados o por agotamiento y degradación de recursos naturales. Datos en US\$ a precios actuales.

En el último quinquenio el país ha tenido fluctuaciones, del año 2017 al 2019 tuvo tendencia al alza, no obstante, decayó en el 2020. En el año 2019 tenía un valor de 12.669,3, en el año 2020 12.132,9 y para el año 2021 sube a 12.472,4.

Estos valores posicionan a Costa Rica dentro de la categoría de economía de ingreso mediano alto, la cual comprende los países que tengan un PIB per cápita entre \$4.256 a \$13.205 (Banco Mundial, s.f.). En el siguiente gráfico se presentan los datos del PIB per cápita de los últimos 5 años disponibles.

Gráfico 13 Costa Rica: PIB per cápita (US\$ a precios actuales, 2017-2021)



Fuente: Banco Mundial, 2023.

5.3.2. Nivel de pobreza de los hogares

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el INEC (2022) categoriza el nivel de pobreza de los hogares en tres, a saber:

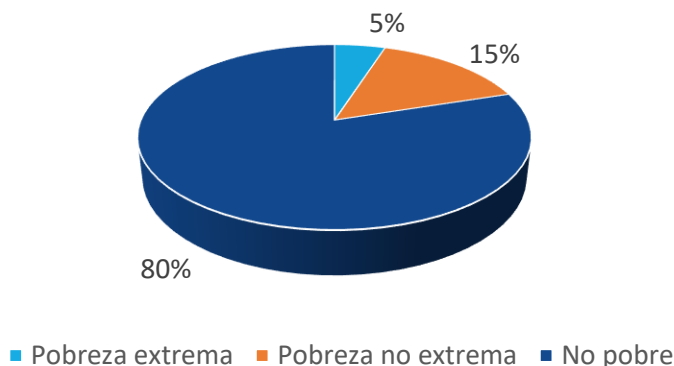
Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



- Hogares en pobreza extrema: son aquellos hogares con un ingreso per cápita igual o inferior al costo per cápita de la CBA, que para junio de 2022 se estimó en ₡59 744 para la zona urbana y de ₡49 913 para la zona rural. Se utiliza el mes de junio, pues los ingresos en la ENAHO tienen como referencia dicho mes (mes anterior al de entrevista).
- Hogares en pobreza no extrema: son aquellos hogares que tienen un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la CBA o línea de extrema pobreza.
- Hogares no pobres por LP: son aquellos hogares con un ingreso per cápita que les permite cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias; es decir, su ingreso per cápita es superior al valor de la línea de pobreza. Para junio de 2022, este valor es de ₡128 406 para la zona urbana y de ₡99 140 para la zona rural. (ENAHO, julio 2022).

De esta manera, para el año 2022 en la Región Central se estimó un total de 3.211.764 de hogares, de los cuales 2.567.660 no se encontraban en pobreza, 484.541 estaban en pobreza no extrema y 159.563 hogares en pobreza extrema.

Gráfico 14 Región Central: Nivel de pobreza de los Hogares, 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

De esta manera, el 80% de los hogares no se categorizaban como pobres, el 15% se encontraban en pobreza no extrema y el 5% se trataba de hogares con pobreza extrema.

En esta línea, la pobreza no extrema y extrema afectan directamente las condiciones de salud de la población, ya que el ingreso per cápita es insuficiente para la satisfacción de la necesidad básica de alimentación. No obstante, es necesario considerar que, si en estos hogares no se logra cumplir con los requerimientos mínimos en cuanto a la adquisición y consumo de alimentos, mucho menos se podrán satisfacer otras necesidades.



Muchas de estas familias también tienen condiciones precarias de vivienda, de inaccessos a otros bienes y servicios. Aunado a ello, derechos como la recreación y el bienestar de su salud mental también se verán afectados. Consecuentemente, se trata de familias que conviven cotidianamente en condiciones de vulnerabilidad.

5.3.3. Población económicamente activa (PEA)

Para el análisis de las características económicas es de relevancia tomar en cuenta la participación de la población en el sistema de producción. En esta línea se hace referencia a la población económicamente activa, también conocida como fuerza de trabajo. Según el INEC (2012) es considerada como la población de 15 años y más que durante el periodo de referencia se encontraba económicamente ocupada o desempleada.

Por su parte, la población ocupada son las personas que durante la semana de referencia:

- Trabajaron o realizaron alguna actividad económica, por al menos una hora, sin contar los oficios domésticos de su propio hogar.
- Se encontraban sin trabajar, pero tenían empleo, la causa de sin trabajar puede ser incapacidad, vacaciones, suspensión o permiso sin goce de salario por un mes o menos, huelga, paro, no llegaron clientes al local u oficina, mal tiempo, avería del equipo, falta de materia prima o periodo de veda).
- Trabajaron o ayudaron en un negocio familiar sin pago.

Por otra parte, la población desempleada son personas de 15 años y más que durante la semana de referencia no trabajaron ni tenían empleo, estuvieron disponibles para trabajar y tomaron medidas concretas para buscar un empleo asalariado o independiente.

Cuadro 16 Mora: Fuerza de Trabajo / PEA según distrito, 2011

Cantón /Distrito	Población ocupada de 15 años y más	Población desempleada de 15 años y más	PEA / Fuerza de trabajo
Mora	10.908	364	11.272
Colón	7.174	238	7.412
Guayabo	1.766	46	1.812
Tabarcia	1.642	71	1.713
Piedras Negras	111	4	115
Picagres	215	5	220

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2012.



Para el año 2022 en Costa Rica la población económicamente activa o fuerza de trabajo estaba conformada por 2.432.303 personas.

5.3.4. Tasa de ocupación

La tasa de ocupación es la relación porcentual de la población ocupada de 15 años y más con respecto a la población de 15 años y más (INEC, 2012). Para el año 2011 según datos del Censo la tasa de ocupación para Mora es de 53,4%. El distrito con mayor ocupación es Colón con 56,7% y el de menor Piedras Negras con 38,5%. Para Quitirrisí esta tasa muestra un 46,1% de la población ocupada.

Cuadro 17 Mora: Tasa de ocupación según distrito, 2011

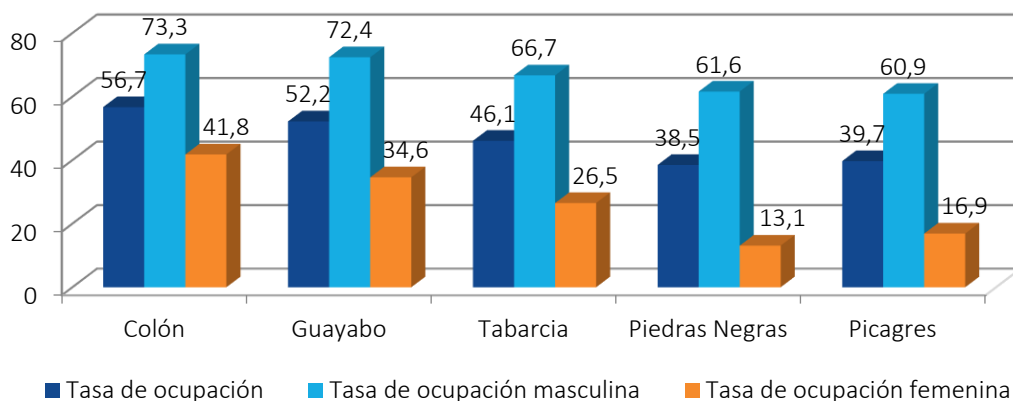
Cantón / Distrito	Tasa de ocupación
Mora	53,4
Colón	56,7
Guayabo	52,2
Tabarcia	46,1
Piedras Negras	38,5
Picagres	39,7

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2012.

Nuevamente se evidencia que los distritos rurales poseen condiciones desfavorables con respecto a los que concentran centros urbanos. De igual manera, al segregar esta tasa por sexo se evidencian condiciones de exclusión para la población femenina, como se muestra seguidamente.



Gráfico 15 Mora: Tasa de ocupación por sexo según distrito, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2012.

El porcentaje de mujeres ocupadas del cantón de Mora es menor que el masculino en todos los distritos, la brecha es mucho mayor en las localidades rurales del cantón como se muestra en el gráfico anterior, aspecto que se puede vincular con los roles tradicionales de género. Para el año 2022, la tasa de ocupación de Costa Rica es de 33,7%, es decir, que el 33,7% de la población en edad de trabajar se encuentra ocupada.

5.3.5. Tasa de desempleo abierto

La tasa de desempleo abierto es la relación porcentual de la población desocupada de 15 años y más respecto a la población en la fuerza de trabajo (INEC, 2012). Para el año 2011 en el cantón de Mora el 3,2% de la población de 15 años y más se encuentra desocupada, es decir, que 3 de cada cien personas en la fuerza de trabajo de 15 años y más, se encuentran desempleadas.

Cuadro 18 Mora: Tasa de desempleo abierto según distrito, 2011

Cantón y Distrito	Tasa de desempleo abierto
Mora	3,2
Colón	3,2
Guayabo	2,5
Tabarcia	4,1
Piedras Negras	3,5
Picagres	2,3

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2012.

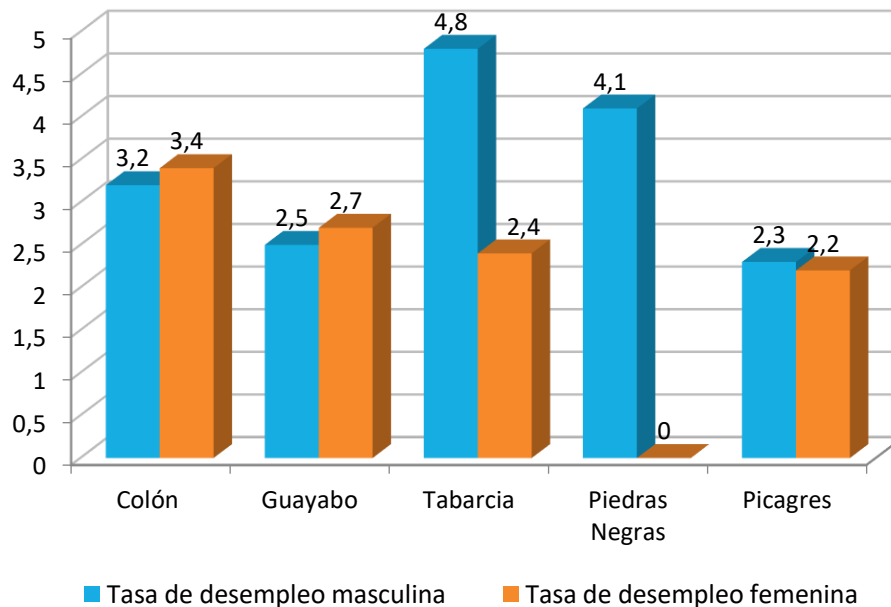


Es importante anotar que las personas desocupadas son aquellas que no se encuentran ocupadas pero que realizan gestiones para obtener algún empleo, incluyendo a quienes están cesantes (que ya habían trabajado anteriormente) y a quienes buscan trabajo por primera vez. El porcentaje mayor se presenta en el distrito de Tabarcia con un 4,1% de la fuerza de trabajo desocupada. Seguidamente el distrito de Piedras Negras, Colón, Guayabo y Picagres.

El desempleo abierto según sexo muestra un comportamiento particular. Para el distrito Colón el desempleo masculino y femenino se presentan en grado similar, no obstante, es levemente mayor el femenino, lo mismo sucede en el distrito de Guayabo y en el de Picagres. En Tabarcia ocurre lo contrario, ya que el 4,8% de la población masculina de la fuerza de trabajo se encuentran desocupados y el 2,4% de la población femenina de la fuerza de trabajo están en la misma condición.

En el distrito de Piedras Negras se reporta un 4,1 de desempleo abierto masculino y no se reporta desempleo femenino, esto significa que de la población femenina censada de 15 años y más ninguna manifestó estar desocupada sea cesante o buscando trabajo por primera vez. En el siguiente gráfico se muestra esta información.

Gráfico 16 Mora: Tasa de desempleo abierto por sexo, según distrito, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2012.



5.3.6. Ingreso per cápita de los hogares por quintiles

En el ámbito económico de las familias los ingresos tienen un papel muy importante para la satisfacción de las necesidades, los hogares se pueden agrupar según sus ingresos por quintiles. Un quintil de ingreso per cápita, se refiere a la agrupación de los hogares según su ingreso per cápita, el primer quintil contiene el 20 % de los hogares con menor ingreso per cápita, mientras que el quinto quintil agrupa el 20 % de los hogares con el mayor ingreso por persona (INEC, 2022). En el año 2022 según la Encuesta de Hogares del INEC (2022) para la Región Central del país el ingreso per cápita del quintil I fue de ₡83.835 y del quintil V ₡1.243.412, lo cual muestra la brecha entre los distintos quintiles. El detalle en el siguiente cuadro.

Cuadro 19 Región Central: Ingreso per cápita del hogar por quintiles, 2022

Característica de hogar	Quintiles de ingreso per cápita					
	Total	I	II	III	IV	V
Ingreso per cápita del hogar	454.340	83.835	173.422	288.856	483.907	1.243.412

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

En comparación con los datos de ingreso per cápita por quintil a nivel nacional, se tiene que para el 2022 (INEC) el ingreso per cápita en el primer quintil era de ₡67.407 y en el quinto es de ₡1.114.535.

Por lo tanto, la Región Central del país muestra ingresos per cápita en cada uno de los quintiles, siendo que esta Región tiene condiciones privilegiadas de desarrollo con respecto a las demás regiones del país, en ella se concentra una buena oferta de servicios y de oportunidades que permiten a las personas integrantes de los hogares tener un acceso mayor al ingreso.

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

La razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos se refiere a la relación entre el ingreso per cápita promedio de los hogares clasificados en el quintil más rico, con el ingreso per cápita promedio del quintil de los hogares más pobres. Al respecto de esta razón a nivel nacional la ENAHO (2022) encontró que,

En cuanto a la distribución del ingreso, el 20 % de los hogares del quintil V, acumulan el 49,1 % del ingreso total en el ámbito nacional, una disminución de 1,9 p.p. con respecto al año anterior (51,0 %), con un ingreso promedio por hogar de ₡2 515 509 y de ₡1 114 535 en la medición per cápita. En el otro extremo, el 20 % de los hogares con menor ingreso, acumula solamente el 4,3 % del total, con una estimación promedio por hogar de ₡218 126 y de ₡67 407 per cápita. Esto significa que el



ingreso promedio por hogar es 11,5 veces mayor entre los hogares del quintil cinco respecto al promedio en los hogares del quintil uno, relación que corresponde a 16,5 veces a nivel per cápita (INEC, 2022, pág. 43).

Para la Región Central esta relación es de 14,8, lo que quiere decir que el ingreso del quintil V es 14,8 veces mayor que el ingreso per cápita en el quintil I.

5.3.8. Coeficiente de Gini

En la Encuesta Nacional de Hogares, se define el coeficiente de Gini como es un indicador utilizado para medir la desigualdad del ingreso de los hogares en una sociedad. Adopta valores que oscilan entre cero y uno; cuando su valor se acerca a uno muestra que existe una mayor concentración, en tanto una reducción indica que los ingresos de los hogares se distribuyen de una manera más uniforme. En la ENAHO se calcula un coeficiente a nivel de personas y otro a nivel de hogar, ordenando según el ingreso per cápita y el ingreso total del hogar respectivamente (INEC, 2022, pág. 13).

El Coeficiente de Gini per cápita en Costa Rica durante el último quinquenio ha mantenido valores cercanos a 0,5; lo cual significa que tiene una distribución media de los ingresos y por ende de las condiciones de desigualdad. No obstante, el INEC (2022) señala que del 2021 al 2022 hay una disminución considerada significativa de 0,020 puntos, siendo que en el año 2022 es el nivel más bajo observado en toda la serie de la Encuesta Nacional de Hogares.

Cuadro 20 Costa Rica: coeficiente de Gini per cápita, 2018-2022

Año	Coeficiente Gini per cápita
2018	0,514
2019	0,514
2020	0,519
2021	0,524
2022	0,504

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022

Por su parte, en la Región Central del país obtuvo un coeficiente de Gini per cápita de 0,516 para el año 2020, en el año 2021 mantiene el mismo valor y en 2022 muestra una disminución a 0,486.



Cuadro 21 Región Central: coeficiente de Gini per cápita, 2020-2022

Año	Coeficiente Gini per cápita
2020	0,516
2021	0,516
2022	0,486

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

De acuerdo con el INEC (2022) la Región Central pasó de ser la región de mayor concentración del ingreso en el 2021 a la de menor concentración en 2022, lo cual representa una variación de 0,030 puntos, siendo a su criterio, estadísticamente significativa.

Cuadro 22 Región Central: coeficiente de Gini por hogar, 2020-2022

Año	Coeficiente Gini por hogar
2020	0,508
2021	0,505
2022	0,487

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022

Como se muestra en el cuadro anterior, el coeficiente de Gini en la Región Central en 2020 fue de 0,508, reduciéndose a 0,505 en 2021 y tal como en el per cápita se obtiene una variación significativa para el 2022, en el que se obtuvo un valor de 0,487.

Los cambios en el valor de este coeficiente tienden a la baja, acercándose a cero, por tanto, significa una distribución más uniforme del ingreso. Sin embargo, se debe considerar que este coeficiente mide la desigualdad salarial, es decir, el ingreso percibido por las personas y los hogares por salario.

5.4. Indicadores de Servicios

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

El acceso al agua potable por parte de la población tiene una incidencia directa en sus condiciones de salud, tanto por el consumo, como de higiene y saneamiento. Por tanto, es necesario garantizar el acceso al recurso hídrico de forma segura.

En esta línea, la OPS (2014) señala que las fuentes mejoradas de agua potable incluyen la conexión de los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo excavado cubierto, fuente protegida,



recolección de agua de lluvia. Agrega, que las fuentes mejoradas de agua potable no mejoradas son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, ríos o estanques, agua suministrada por vendedores, agua embotellada, agua de camión cisterna. Agua embotellada no se considera mejorada debido a las limitaciones en el suministro del agua, no en su calidad (OPS, 2014, pág. 30).

Asimismo, el acceso a fuentes mejoradas de agua se define por la disponibilidad de 20 litros de agua por persona al día en una distancia no mayor a 1 kilómetro (OPS, 2014, pág. 30).

De esta manera, la proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable se define como la población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Según el Censo Nacional de Población (INEC, 2012) en Costa Rica en el año 2011 el 97% de la población utilizaba fuentes mejoradas de agua potable. Para ese mismo año en el cantón de Mora el 95,6% de la población utilizó fuentes mejoradas de agua potable.

Cuadro 23 Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable, según distrito, 2011

Distrito	Proporción
Mora	95,6
Colón	98,3
Guayabo	89,8
Tabarcia	93,9
Piedras Negras	72,2
Picagres	92,6

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2012.

En cuanto a los distritos, se muestran diferencias en esta proporción. El distrito Colón es en el cual la proporción de población que usa fuentes mejoradas de agua potable es el mayor de todo el cantón con 98,3%, siendo incluso mayor que el valor nacional.

En segundo lugar, se encuentra Tabarcia, distrito en el que el 93,9% de la población usa fuentes mejoradas, seguido de Picagres con 92,6% de la población.

Con valores menores, en Guayabo el 89,8% de la población utiliza estas fuentes y en Piedras Negras se presenta el menor valor con 72,2% de la población.

Este último distrito tiene mayores condiciones de desigualdad y presenta dificultades en el acceso a servicios, se trata de un lugar completamente rural.



Sistemas de Acueductos del Cantón de Mora

El Sistema de Apoyo a la Gestión de las ASADAS (SAGA) registra 15 ASADAS a junio 2023 distribuidas en seis de los siete distritos del Cantón. En Colón existen 3 sistemas, en Guayabo 1, en Tabarcia 4, en Picagres 4, en Piedras Negras 2 y en Jaris 1

Tabla 1 Mora: Sistemas de Acueductos en el Cantón de Mora

Distrito	Nombre del sistema
PICAGRES	LLANO GRANDE DE PICAGRES DE MORA, SAN JOSE
PICAGRES	BALSILLA DE COLON DE MORA, SAN JOSE
PICAGRES	POTRERILLOS (MONTE FRIO) DE PICAGRES DE MORA, SAN JOSE
PICAGRES	PICAGRES DE MORA, SAN JOSE
TABARCIA	TABARCIA DE MORA, SAN JOSE
TABARCIA	LOS ANGELES DE TABARCIA DE MORA, SAN JOSE
TABARCIA	SAN RAFAEL DE CAÑAS DE MORA
TABARCIA	CORRALAR DE TABARCIA DE MORA, SAN JOSE
PIEDRAS NEGRAS	LA PALMA DE PIEDRAS NEGRAS DE MORA
PIEDRAS NEGRAS	PIEDRAS NEGRAS DE MORA, SAN JOSE
GUAYABO	GUAYABO DE MORA, SAN JOSE
JARIS	JARIS DE COLON DE MORA, SAN JOSE
COLON	RODEO DE COLON DE MORA, SAN JOSE
COLON	BARRIO LA TRINIDAD DE CIUDAD COLON DE MORA, SAN JOSE
COLON	ALTOS DE SAN RAFAEL DE COLON DE MORA, SAN JOSE

Fuente: AyA, Sistema de Apoyo a la Gestión de las ASADAS (SAGA), 2023

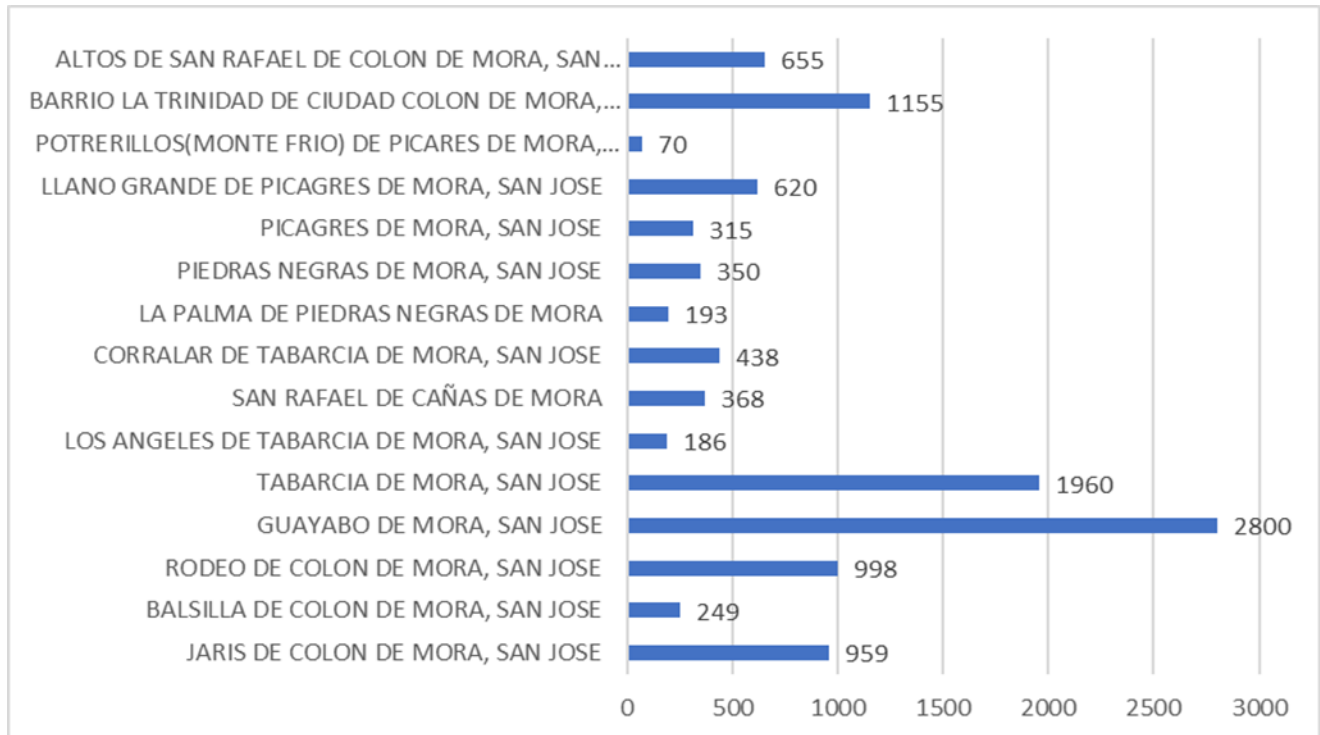
En el resto del distrito Colón y distrito de Quitirrisí los sistemas que son operados directamente por el Instituto de Acueductos y Alcantarillados.

De esas 15 ASADAS únicamente la de San Rafael de Cañas de Mora no cuenta con Convenio de Delegación, lo que significa que no tienen un convenio jurídico legal con AYA, por medio del cual la institución les delega las competencias de administrar operar y dar mantenimiento al sistema de acueducto comunal. Esta figura es importante para gestionar legalmente el servicio público y de esta manera recibir asesoría técnica legal jurídica administrativa y financiera por parte del ente delegante, en este caso AyA. (AyA, 2023)



Las ASADAS del Cantón abastecen a una población de entre 70 a 2800 personas, siendo la de Potrerillos de Picagres de Mora la que abastece a la menor población y la de Guayabo de Mora la que abastece a la mayor cantidad de personas.

Gráfico 17 Mora: Población abastecida según ASADA, 2023



Fuente: AyA, Sistema de Apoyo a la Gestión de las ASADAS, 2023

Según la oficina local del AyA la población abastecida por AyA se tiene un total de 16.088 habitantes para todo el distrito de Quitirrisí y las zonas del distrito Colón que no son abastecidas por ASADAS. La cantidad de servicios para Quitirrisí es de 538 y para el distrito Colón 9.789 (Sánchez, 2023)

Fuentes de agua

El recurso hídrico se extrae de nacientes y pozos para abastecer los 15 sistemas. A continuación se indican cuáles son las que están inscritas o en estudio ante el MINAE.



Tabla 2 Mora: Fuentes de recurso hídrico de las ASADAS por estado de inscripción ante el MINAE, 2023

NOMBRE DEL OPERADOR	NOMBRE DE LA FUENTE	ULTIMO ESTADO INSCRIPCIÓN DE LA RESOLUCION ANTE MINAE
ALTOS DE SAN RAFAEL DE COLON DE MORA	NACIENTE LOBO 1	EN ESTUDIO MINAET
LOS ANGELES DE TABARCIA DE MORA	NACIENTE F1	APROBADO
CORRALAR DE TABARCIA DE MORA	Naciente N° 1	APROBADO
CORRALAR DE TABARCIA DE MORA	Naciente N° 2	APROBADO
CORRALAR DE TABARCIA DE MORA	Naciente N° 3	APROBADO
CORRALAR DE TABARCIA DE MORA	F-4	EN ESTUDIO MINAET
GUAYABO DE MORA	N-3 Los Morales	APROBADO
GUAYABO DE MORA	NACIENTE N°1 EL CEDRAL	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°1 MARIO SIBAJA 1	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°2 MARIO SIBAJA 2	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°3 VOLCAFE 1	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°4 VOLCAFE 2	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°5 ALVARO CASCANTE 1	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°6 ALVARO CASCANTE 2	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°7 ALVARO CASCANTE 3	APROBADO
TABARCIA DE MORA	NACIENTE N°8 FRANCISCO VARGAS	APROBADO



NOMBRE DEL OPERADOR	NOMBRE DE LA FUENTE	ULTIMO ESTADO INSCRIPCIÓN DE LA RESOLUCION ANTE MINAE
ALTOS DE SAN RAFAEL DE COLON DE MORA	N-5 LOBO 3	EN ESTUDIO MINAET
ALTOS DE SAN RAFAEL DE COLON DE MORA	N-4 LOBO 2	EN ESTUDIO MINAET
ALTOS DE SAN RAFAEL DE COLON DE MORA	N-3 LOBO 1	EN ESTUDIO MINAET
ALTOS DE SAN RAFAEL DE COLON DE MORA	N-1 Lusmilda	APROBADO
RODEO DE COLON DE MORA	N-1 HENRY	EN ESTUDIO MINAET
LA PALMA DE PIEDRAS NEGRAS DE MORA	NACIENTE Nº2 NAVARRO	APROBADO
LA PALMA DE PIEDRAS NEGRAS DE MORA	NACIENTE Nº1 ALPIZAR	APROBADO
GUAYABO DE MORA,	NACIENTE Nº2 LUIS GONZALEZ	APROBADO
RODEO DE COLON DE MORA	POZO 1	APROBADO
RODEO DE COLON DE MORA	Pozo- 4	EN ESTUDIO MINAET
RODEO DE COLON DE MORA	POZO-3	EN ESTUDIO MINAET

Fuente: AyA, Sistema de Apoyo a la Gestión de las ASADAS (SAGA), 2023

De los sistemas de abastecimiento del AyA, el distrito Colón se abastece de dos pozos, Potrerillos y CNP y el distrito Quitirrisí la fuente es el Río Tabarcia y Río Negro y llega a una planta potabilizadora de agua potable ubicada en Quitirrisí

5.4.2. Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento

Otro indicador importante para las condiciones de salud de la población es el que se relaciona con los sistemas de saneamiento. Para comprenderlo es necesario tomar en cuenta que la OPS (2014) plantea que el sistema de eliminación de excretas es adecuado cuando es privado y si separan excretas del contacto humano, agrega que las instalaciones de saneamiento mejoradas

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



son: conexión al alcantarillado, inodoro para elaboración de compost, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo simple, letrina de pozo mejorada con ventilación. Por su parte, las instalaciones de saneamiento no mejoradas son: sifón con descarga a otro lugar, letrina colgante, letrina pública o compartida, letrina de pozo abierta, letrina de cubo, no hay instalaciones; defecación en el campo (OPS, 2014, pág. 30).

De esta manera, la proporción de la población utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, se refiere a la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica.

El Censo 2011 concluyó que el 98,1% de la población costarricense utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas. En el cantón de Mora la proporción es mayor, ya que un 99,3% de la población las utiliza.

El indicador no muestra mayor variación en cada uno de los distritos como se indica en el siguiente cuadro.

Cuadro 24 Mora: Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento, según distrito, 2011

Distrito	Proporción
Mora	99,3
Colón	99,3
Guayabo	99,4
Tabarcia	99
Piedras Negras	99,1
Picagres	99,1

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2012.

5.4.3. Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas

La CCSS (2009) refiere que la atención prenatal es una estrategia necesaria para la protección de la salud de las mujeres, niños y niñas, a través de ella se identifican factores de riesgo para su atención y se fortalece la participación de las mujeres, las familias y las comunidades.

Asimismo, el Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud (CCSS, 2022) establece que la atención prenatal debe tener como mínimo 5 controles.

La cantidad de controles debe procurarse, no obstante, pueden influir múltiples factores para que se haga realidad el mínimo. De ahí la importancia de que los servicios de salud logren la



captación temprana y la subsecuencia en las citas. Con ello se favorece que se identifiquen las condiciones particulares de cada gestación y se direcciona la atención a los servicios requeridos. Es fundamental que el equipo de salud realice la respectiva valoración del riesgo se, como se comentó anteriormente debe darse un mínimo de 5 controles, de ellos uno es la captación, el segundo a las 20 semanas de gestación, el tercero a las 28 semanas, cuarto a las 32 semanas y el quinto entre la semana 37 y 38. Además, se programa cita de control a las 40 semanas. No obstante, esta periodicidad se estipula para embarazos de bajo riesgo obstétrico, de ahí la importancia que se valore constantemente el riesgo, ya que en caso de presentarse alguna situación que comprometa la gestación, a la madre o al niño o niña se debe referir a la especialidad correspondiente con la finalidad de reducir las probabilidades de una muerte infantil o materna.

En esta línea, el indicador de proporción de nacimientos por número de consultas recibidas lo que muestra es el porcentaje de los nacimientos de acuerdo con el número de consultas recibidas.

Se cuenta con los datos a partir de la estadística de nacimientos del INEC (2021), en ella se detalla el porcentaje de nacimientos según cantidad de consultas por distritos del cantón de Mora.

Cuadro 25 Mora: Proporción de nacimientos según número de consultas por distrito, 2021

N° de consultas	Porcentaje						
	Colón	Guayabo	Tabarcia	Piedras Negras	Picagres	Jaris	Quitirrisí
0	0,99						
1							
2			1,69				7,69
3	0,49						
4	1,48		1,69				7,69
5	2,46	5,41	1,69			6,25	
6	8,37	5,41	20,34			6,25	7,69
7	9,85	16,22	6,78			20	12,5
8	12,32	21,62	16,95	66,67	20	6,25	7,69
9	16,26	13,51	20,34			6,25	7,69
10	13,3	10,81	6,78	33,33			
11	2,96	2,7			20	6,25	23,08
12	4,93		5,08			6,25	7,69
13	1,48		1,69			6,25	



N° de consultas	Porcentaje						
	Colón	Guayabo	Tabarcia	Piedras Negras	Picagres	Jaris	Quitirrisí
14	1,48	5,41	1,69				
15	3,4	2,7	1,69				
16	0,99	2,7					
17	1,48						
18	0,99						
20	0,99						
Ignorado	15,76	13,51	13,56		40	43,75	15,38
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

De acuerdo con los datos, en la totalidad de los distritos tienen más de 5 controles prenatales. En el caso del distrito Colón el 2,96% de los nacimientos tuvo menos de los 5 controles; en Tabarcia fue el 3,38% y en Quitirrisí el 15,38% de los nacimientos tuvieron menos de 5 controles. En los distritos de Guayabo, Piedras Negras, Picagres y Jaris no se presentaron nacimientos con menos de 5 controles prenatales.

Por su parte, en Colón el 81,26% de los nacimientos tuvieron 5 o más controles y se desconoce cuántos controles tuvieron el 15,76% de los nacimientos.

En el distrito de Guayabo, el 86,49% de los nacimientos tuvieron 5 o más controles prenatales y del 13,51 de los nacimientos se desconoce la cantidad de controles.

Para Tabarcia, el 83,03% de los nacimientos en el año 2021 tuvieron 5 o más controles y se desconoce cuántos controles en el 13,56% de los nacimientos.

En Piedras Negras el 100% de los nacimientos tuvo más de 5 controles prenatales. En el otro distrito completamente rural Picagres, el 60% de los nacimientos tuvieron más de 5 controles, no obstante, se desconoce la cantidad de controles en el 40% de los nacimientos.

El 56,25% de los nacimientos de Jaris tuvieron 5 o más controles del embarazo y se desconoce la cantidad en el 43,75% de los nacimientos. Finalmente, en Quitirrisí el 69,22% de los nacimientos tuvo 5 o más controles prenatales y se desconoce cuántos controles en el 15,38% de los nacimientos.

Es necesario fortalecer la periodicidad de los controles prenatales a nivel local, se hace necesaria la divulgación del control prenatal no solo como servicio sino como derecho de las madres gestantes y de los niños y niñas. Asimismo, se requiere potenciar el registro de los controles prenatales y el cotejo de la información en los distintos niveles de atención de los servicios de



salud para disminuir el porcentaje de nacimientos de los que se desconoce la cantidad de controles prenatales.

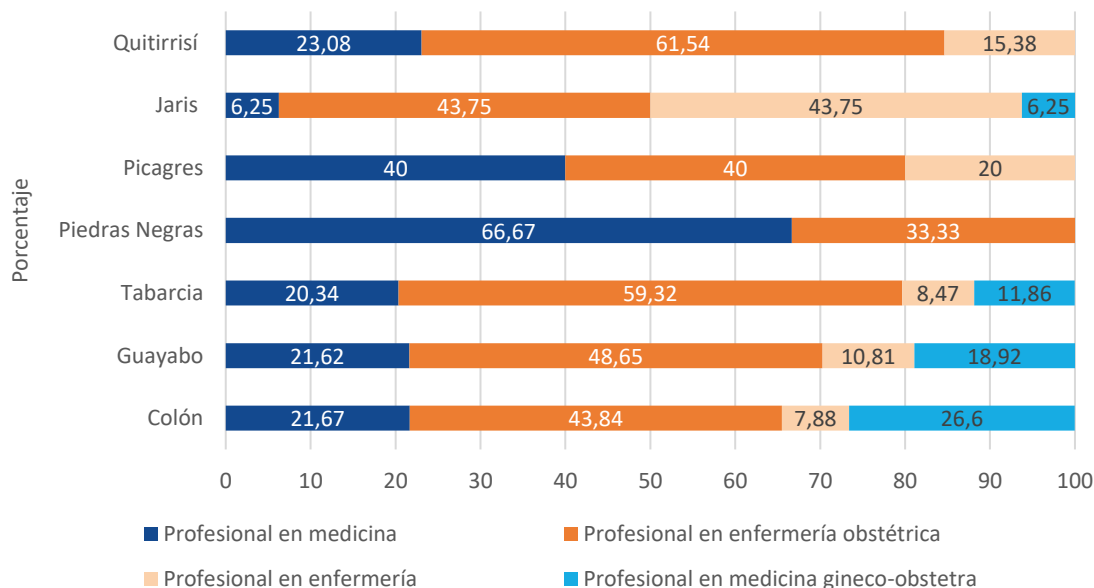
5.4.4. Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado

La OPS (2014) define el personal capacitado para la atención de nacimientos incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, obstetricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.

De esta forma, el indicador hace referencia al número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica.

En este caso se trata del porcentaje de nacimientos correspondientes al cantón de Mora en el año 2021 registrados en la estadística vital de nacimientos del INEC (2021) atendidos por personal capacitado. Se detalla por distritos como se muestra a continuación.

Gráfico 18 Mora: Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado según distrito, 2021



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, 2022.

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Del total de nacimientos del distrito Colón el 21,67% fue atendido por profesionales en medicina, el 43,84% por profesionales en enfermería obstétrica, el 7,88% por profesionales en enfermería y 26,6% por profesionales en medicina gineco obstetra.

Para el distrito de Guayabo el 21,62% fue atendido por profesionales en medicina, el 48,65% por profesionales en enfermería obstétrica, el 10,81% por profesionales en enfermería y 18,93% por profesionales en medicina gineco obstetra.

5.4.5. Razón de médicos(as)

Para el cálculo de los indicadores referentes a los servicios de salud prestados en el cantón de Mora por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social a través del Área de Salud Mora Palmichal, con sede central en el distrito Colón, se toma en cuenta la cantidad de población de acuerdo con el Plan Presupuestario de dicha institución en la localidad.

Cuadro 26 ASMP, CCSS: Población según Plan Presupuesto por año, 2020- 2022

Población según Plan Presupuesto por año	2020	2021	2022
	34.160	34.414	34.669

Fuente: ASMP, CCSS, 2023

Siendo así, para el año 2020 la cantidad de población del cantón de Mora es de 34.160 habitantes, para el año 2021 de 34.414 habitantes y para el año 2022 de 34.669 habitantes. Estos serán los datos considerados para los indicadores de servicios de salud.

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2019) se entiende por profesionales en medicina activos: a las personas profesionales que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. esto incluye: médicos generales, médicos especialistas y médicos residentes en formación que cumplan con los requisitos establecidos por el Colegio de Médicos y Cirujanos para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras. El indicador de razón de médicos se calcula mediante el número de médicos activos disponibles por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Cuadro 27 ASMP, CCSS: Razón de médicos, 2020-2022

Indicador de Servicio de Salud	2020	2021	2022
Razón de médicos	0,2	0,2	0,2

Fuente: ASMP, CCSS, 2023



Para el periodo en estudio se tiene 0,2 profesionales en medicina activos disponibles por cada mil habitantes en el cantón.

De forma que para el año 2020 se tenían 4.880 personas usuarias por médico(a), en el 2021 se tenían 4.916 y para el año 2022 el dato es de 4.953 personas usuarias por médico.

Este indicador es fundamental para la atención de la salud de la población, ya que esta intervención primaria es el pilar del acceso al sistema de salud público costarricense.

La OPS (2019) indica que idealmente debería haber un EBAIS por cada 4000 habitantes, sin embargo, existen amplias variaciones en múltiples sectores de salud (pág. 75). Lo que quiere decir que los EBAIS del primer nivel de atención del Área de Salud Mora Palmichal superan los 4.000 habitantes, pero no distan mucho de este parámetro.

Asimismo, la CCSS (2022) plantea que para el año 2021 el 68% del total de los EBAIS conformados en el país superaban los 4.000 habitantes, agrega;

la tendencia muestra un incremento en la cantidad de EBAIS conformados con más de 4000 habitantes, y, un descenso de los EBAIS conformados iguales o menores a 4000 habitantes. Esto quiere decir que, la brecha entre unos y otros es cada vez mayor, a pesar de la dotación (CCSS, 2022, pág. 45).

Es importante considerar que la cantidad de población por EBAIS es un criterio establecido al inicio de la creación de estos, por lo que es preciso valorar su atinencia técnica y su pertinencia de acuerdo con la complejidad de la realidad actualmente y de las características de cada contexto. Aunado a lo anterior, el Área de Salud Mora Palmichal cuenta con un consultorio de medicina familiar, atendido por una persona profesional en dicha especialidad. Además, con un servicio de emergencias médicas, que es atendido por dos profesionales en medicina.

5.4.6. Razón de enfermeras profesionales

La atención en salud debe caracterizarse por ser integral, por ello se considera como indicador la razón de profesionales en enfermería para la población. Se trata de profesionales en enfermería activos, según el Ministerio de Salud (2019) son quienes han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Esto incluye: Enfermeros generales y Enfermeros especialistas que cumplan con los requisitos establecidos por el Colegio de Enfermeras para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras. No incluye: Auxiliares de Enfermería, Asistentes de Pacientes y cualquier otra ocupación afín que no cuente con un título de Licenciatura en Enfermería.



El indicador se interpreta por el número de enfermeras diplomados disponibles por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Enfermeras diplomadas no incluye personal auxiliar de enfermería.

Según datos del Área de Salud Mora Palmichal para el periodo en estudio se ha contado con 6 profesionales en enfermería con plaza activa.

Cuadro 28 ASMP, CCSS: Razón de profesionales en enfermería, 2020-2022

Indicador de Servicio de Salud	2020	2021	2022
Razón de profesionales en enfermería	0,17	0,17	0,17

Fuente: ASMP, CCSS, 2023

Como se muestra en el cuadro anterior, se cuenta con 0,17 profesionales en enfermería por cada 1.000 habitantes. Lo anterior quiere decir que en el año 2020 por cada profesional en enfermería se tenían 5.693 habitantes, en el 2021 fue de 5.736 y para el año 2022 fue de 5.778 habitantes por profesional en enfermería.

Particularmente, en el caso del personal de enfermería el documento Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica, señala que “las deficiencias en la fuerza laboral en enfermería son aún más preocupantes” (OCDE, 2017, pág. 84). Se hace referencia a la importancia de esta profesión en la atención, de su capacidad para contribuir a descongestionar los servicios y las listas de espera. Además, se concluye que el faltante de enfermeros y enfermeras se agudiza en comparación con profesionales en medicina.

En el Área de Salud Mora Palmichal, el papel de enfermería es fundamental ya que tienen a su cargo programas de gran importancia como las inmunizaciones y la atención de curaciones, aspecto fundamental en la atención de población con complicaciones a partir de su diagnóstico en diabetes mellitus.

5.4.7. Razón de odontólogos

El Área de Salud Mora Palmichal de la CCSS cuenta con servicio de odontología, el cual es primordial para el cumplimiento de los compromisos en los distintos programas del servicio de salud primario como la atención a la madre gestante, a la niñez, adolescencia y población adulta mayor.

Este indicador contempla a las y los profesionales en odontología que se encuentran activos y disponibles para la atención en el área de adscripción.

Se interpreta por el número de odontólogos(as) activos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.



Cuadro 29 ASMP, CCSS: Razón de profesionales en odontología, 2020-2022

Indicador de Servicio de Salud	2020	2021	2022
Razón de profesionales en odontología	1	1	1

Fuente: ASMP, CCSS, 2023

Para el periodo 2020-2022 se cuenta con 1 profesional en odontología por cada 10.000 habitantes, esto en cuanto a profesionales en odontología general, ya que además en el Área de Salud Mora Palmichal se tiene 1 persona profesional general avanzado.

De esta manera, para el año 2020 por cada profesional en odontología se tiene 8.540 habitantes, en el 2021 fue de 8.604 habitantes y finalmente para el año 2022 fue de 8.667 habitantes por profesional en esta rama.

El servicio de odontología en primer nivel de atención de los servicios de salud públicos de Costa Rica democratiza el derecho a la salud de la población, debido a que tal como lo señala el Ministerio de Salud (2022) la salud bucal es parte de la salud general de la población. Aunado a ello, las afecciones bucales muestran las brechas y desigualdades sociales porque existe una relación fuerte y coherente de la situación socioeconómica con la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucales que se extiende en todo el curso de vida.

5.4.8. Razón de profesionales en atención psicosocial

En el ámbito psicosocial desde el Área de Salud Mora Palmichal de la CCSS se brinda consulta social y psicológica. Dichos servicios son de suma importancia para el abordaje integral de la salud mental. El indicador se construye a partir de la cantidad de profesionales en ejercicio entre la población por 10.000.

Tanto Trabajo Social como Psicología del Área de Salud Mora Palmichal, cuentan con 2 - profesionales respectivamente. Por lo tanto, en todo el periodo en estudio 2020-2022, la razón de profesionales en Trabajo Social y en Psicología es de 0,5 profesionales por cada 10.000 habitantes de Mora.

Además, de este servicio la Municipalidad de Mora a través de la Oficina de Equidad y Diversidad cuenta con una profesional en psicología.

En cuanto a servicios más especializados en la salud mental tales como profesionales en enfermería en salud mental y profesionales de psiquiatría, el cantón no cuenta con dicho recurso. Para el acceso a ellos, las personas son referidas a través de la red de servicios de salud a II nivel o III nivel.

En el ámbito privado, se cuenta con 4 establecimientos habilitados como consultorio psicológico privado. También en el centro educativo Universidad para la Paz se ubica un consultorio psicológico, pero es solo para la atención de su población estudiantil.

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



No se ha identificado ni registrado alguna iniciativa de atención No Gubernamental.

5.4.9. Razón de atenciones ambulatorias

El Área de Salud Mora Palmichal de la CCSS está a cargo de brindar servicios ambulatorios de primer nivel, por las características propias de este nivel de atención como parte de la red de servicios de dicha institución es fundamental para el bienestar de la población.

La razón de atenciones ambulatorias hace referencia al 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.

Cuadro 30 ASMP, CCSS: consultas médicas por persona, 2020-2022

Indicador de Servicio de Salud	2020	2021	2022
Consultas médicas por persona	3	3,1	3,04

Fuente: ASMP, CCSS, 2023

De esta manera, en el Área de Salud Mora Palmichal en el año 2020 se realizaron 3 consultas por persona por año, en 2021 fue de 3,1 consultas y para el 2022 el valor es de 3,04 consultas médicas por persona.

Por otra parte, en cuanto a las atenciones brindadas por el personal de Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP), para el año 2020 fue de 2.201 visitas domiciliarias. En los años subsecuentes 2021 y 2022 no se realizaron visitas debido a la designación del personal ATAP para el proceso de vacunación contra COVID-19.

5.4.10. Número de establecimientos de atención ambulatoria

En el ámbito público el Área de Salud Mora Palmichal cuenta con 7 servicios de consulta ambulatoria en medicina general o especializada que constan de 6 EBAIS y un consultorio de visita periódica en el distrito de Jaris. Cuatro de estos servicios se encuentran en la sede ubicada en Ciudad Colón y 2 de ellos son desconcentrados y se localizan en los distritos de Tabarcia y Guayabo. Cuenta además con un especialista en médica familiar y un servicio de emergencias. Todos los cuentan con permiso de habilitación vigente otorgado por el Ministerio de Salud. Por su parte, el Área de Salud Puriscal – Turubares cuenta con dos consultorios de visita periódica que se encargan de la atención de la población de los distritos de Piedras Negras y Picagres. Este último distrito tiene un poblado denominado Balsilla quienes acuden al Área de Salud Atenas para recibir consulta.



Por otro lado, en cuanto a establecimientos privados del cantón que brindan este mismo servicio y que poseen permiso de habilitación vigente del Ministerio de Salud, se tiene un total de 10 para el año 2023. De ellos 7 se encuentran en el distrito Colón, uno en Tabarcia y dos en Guayabo. Estos servicios se constituyen como una alternativa de atención para la población del cantón.

Asimismo, para el año 2023 se registran otros establecimientos de salud que cuentan con permiso vigente del Ministerio de Salud, estos están conformados por 3 laboratorios de microbiología y química clínica uno de estos ubicado Área de Salud Mora Palmichal, 9 servicios de consulta ambulatoria en terapia física, 5 servicios de consulta ambulatoria en optometría, 9 centros de acondicionamiento físico, 12 centros de atención integral distribuidos en 2 CECUDI, 3 CEN CINAI, 1 centro financiado por el Instituto Mixto de Ayuda Social y 6 privados, 30 consultorios de atención odontológica, de los cuales 5 pertenecen al Área de Salud Mora Palmichal, 1 servicios residenciales de atención integral a la persona con discapacidad, 2 servicios residenciales de atención integral a la persona adulta mayor, 2 servicios de consulta ambulatoria en nutrición uno de los cuáles pertenece al Área de Salud Mora Palmichal y 9 establecimientos de farmacias comunitarias, uno de los cuáles pertenece al Área de Salud Mora Palmichal

Cuadro 31 Mora: establecimientos de salud con permiso del Ministerio de Salud vigente, 2023

Tipo de establecimiento	Total
Servicios de consulta ambulatoria en medicina general o especializada privados CCSS	7
Servicios de consulta ambulatoria en medicina general o especializada privados	10
Laboratorios de microbiología y química clínica	3
Consulta ambulatoria en terapia física	9
Servicios de consulta ambulatoria en optometría	5
Centros de acondicionamiento físico	9
Centros de atención integral privados	6
CECUDI	2
CEN CINAI	3
Centro con financiamiento por IMAS	1
Consultorios de atención odontológica	30
Servicios residenciales de atención integral a la persona con discapacidad	1
Servicios residenciales de atención integral a la persona adulta mayor	2
Servicios de consulta ambulatoria en nutrición	2
Farmacias comunitarias	9

Fuente: Registros ARS Mora, MS, 2023



De esta manera, para el año 2023 se cuenta con un total de 88 establecimientos de salud con permiso de habilitación del Ministerio de Salud, los cuales representan una oferta integral para la atención de la población de la localidad.

Cabe mencionar que para el año 2022, el porcentaje de la población con algún tipo de aseguramiento es de un 90,95%, según los datos estadísticos del Área de Salud Mora Palmichal (CCSS, 2023).



5.5 Indicadores de Salud Mental

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. (OMS, 2022)

Uno de los lemas emblemáticos en este tema es “no hay salud sin salud mental”, así lo ratificó el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud en el prólogo del Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general (2022).

No obstante, tanto en la sociedad como en los servicios de salud, la salud mental aún se encuentra inmersa en una serie de prejuicios y estereotipos que la relegan a un plano inferior. Esta situación se suma a los ya existentes factores de riesgo asociados debido al estigma que se genera en el abordaje de la salud mental.

Lo anterior se extiende al sistema de salud, en el cual también se presentan dificultades tanto para la promoción de la salud mental como para las intervenciones en la misma.

Seguidamente se presentarán los indicadores en la materia para el cantón de Mora.

5.5.1. Tasa de incidencia de trastorno bipolar afectivo

De acuerdo con (Echeverri Echeverría, 2008) citando a Ramírez (2003)

El Trastorno Afectivo Bipolar es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante que se ubica dentro de las alteraciones del estado del ánimo. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado del ánimo, las cogniciones y las conductas (pág. 24).

La complejidad de este trastorno es un reto para las personas que lo padecen, para su entorno familiar, laboral y comunal y también para los servicios de salud. Iniciando con la detección para el diagnóstico correspondiente, el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2022) señala que muchas personas pueden tener este trastorno por años antes de ser diagnosticadas, entre las razones se encuentran que solo se preste atención a los episodios depresivos, lo que llevaría a un diagnóstico erróneo. Además, este trastorno comparte síntomas con otras afecciones de salud. Otro de los retos es la adherencia al tratamiento tanto medicamentoso como psicoterapéutico y socioeducativo.



Con el fin de estimar la incidencia del trastorno bipolar afectivo se utiliza el indicador de tasa entendida como el número de casos reportados de trastorno afectivo bipolar por cada 100.000 habitantes en una población estimada, en determinado espacio geográfico en el mismo período. Por tanto, su cálculo se realiza al dividir el número de casos reportados de TBA entre el total de la población por 100.000. Además, se desagrega por sexo y grupos de edad.

Cuadro 32 Mora: Tasa de incidencia trastorno bipolar afectivo, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	de 20 a 64			
			F	TASA	M	TASA
2019	1	3,3	0	0	1	10,3
2020	0	0	0	0	0	0
2021	0	0	0	0	0	0
2022	1	3,3	1	10	0	0
Total	2	1,65	1	2,5	1	2,6

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria Individual VE 01 2019-2022.

En Costa Rica para el año 2019 se reportaron 243 casos de trastorno bipolar para una tasa de 4,8 casos por cada 100.000 habitantes, en el caso del cantón de Mora únicamente se reportó un caso de un hombre con edad entre los 20 a 64 años, lo que da una tasa de 10,3 casos por cada 100.000 hombres en ese grupo de edad y de 3,3 casos reportados por cada 100.000 habitantes del cantón. En las edades de 0 a 19 años no hay reporte de casos para el periodo en estudio.

En el año 2020 en Costa Rica se reportaron 134 casos de trastorno bipolar con una tasa de 2,6 casos por cada 100.00 habitantes del país y en el año 2021 fueron 143 casos reportados u una tasa de 2,8 casos por cada 100.00 habitantes. Mientras tanto en el cantón de Mora para ambos años no se reportaron casos.

En el año 2022 la tasa de trastorno bipolar afectivo fue de 2 por cada 100.000 habitantes, ya que se reportaron 103 casos. Para el cantón de Mora la tasa fue de 3 con únicamente un caso reportado de una mujer entre 20 y 64 años; la tasa para las femeninas en esa edad fue de 2,5 casos por cada 100.000 habitantes.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (2022) refieren que para el año 2019 en el mundo 40 millones de personas padecían trastorno bipolar. Asimismo, el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (2023) señala que para el año 2019 en el mundo la tasa de predominio de este diagnóstico mental es de 489,8 casos por cada 100.000 habitantes. Por su parte, la incidencia



global para el 2019 fue de 3,39 millones de casos y una tasa de incidencia de 43,3 casos por cada 100.000 habitantes del mundo.

Tal como se mencionó anteriormente el trastorno bipolar es un trastorno del estado del ánimo, además es orgánico, por lo que no es psicológico, aunque se ve afectado por aspectos psicológicos. El diagnóstico es fundamental para el inicio del tratamiento, el cual debe ser de por vida, al tratarse de una patología crónica. La adherencia al tratamiento es necesaria para tener una calidad de vida y mantener una estabilidad.

Por lo anterior, el tratamiento farmacológico tiene un papel protagónico, pero este debe acompañarse de psicoterapia y un proceso socioeducativo. En este sentido, es imprescindible el trabajo con el sistema familiar de las y los pacientes, este se constituye como una red de apoyo necesaria tanto para contribuir con la compensación, así como para identificar y abordar eventuales crisis.

De igual manera, la promoción y fortalecimiento de los factores de protección contribuyen a la calidad de vida de personas con trastorno bipolar, deben trabajarse tanto a nivel personal, familiar, comunal y social.

5.5.2. Tasa de incidencia de Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas

Datos de la Organización Mundial de la Salud indican que una de cada ocho personas en el mundo padece de un trastorno mental, estos se particularizan por alteraciones clínicas y significativas de la cognición, la regulación de las emociones y/o el comportamiento (OMS, 2022).

Las causas de los trastornos mentales son múltiples, pueden abarcar y entretrejer distintas categorías de los determinantes de la salud, no obstante, en este caso se presentan los vinculados con el uso de sustancias psicoactivas.

Jerez & Acosta (2022) refieren que las sustancias psicoactivas han estado presentes a través de la historia de la humanidad, con distintos fines como religiosos, analgésicos o recreativos. Agregan que se ha diversificado la cantidad de sustancias y que cuanto la prevalencia a nivel mundial la sustancia más consumida es el alcohol, seguida por cannabis, opioides, anfetaminas y cocaína. La Organización Panamericana de la Salud define las sustancias psicoactivas como diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento.

Asimismo, el uso de sustancias psicoactivas se vincula a una serie compleja de condiciones de vida de la población y su entorno, generando trastornos en la población que las utiliza y teniendo un impacto en su contexto inmediato.

Los trastornos por consumo de drogas se encuentran entre las principales causas de mortalidad prematura y discapacidad en la Región de las Américas. Con una tendencia creciente, en toda la



región en 2019, los trastornos por consumo de drogas se clasificaron como la novena causa de años de vida ajustados por discapacidad (DALY), la quinta causa de años vividos con discapacidad (YLD) y la decimoquinta causa de años de vida perdidos (YLL.) debido a la mortalidad prematura. Esas muertes y años de vida saludable perdidos a causa de los trastornos por consumo de drogas son evitables mediante intervenciones preventivas y de salud pública, atención y tratamientos de salud adecuados, y prevención y manejo de los daños asociados con el consumo de drogas, y acceso a medicamentos controlados (OPS, 2018).

Con la finalidad de estimar la incidencia de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, se utiliza la tasa calculada por el número de casos de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas entre la población *100.000. De forma que, este indicador incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por profesionales en medicina.

Cuadro 33 Mora: Tasa de incidencia los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	De 10 a 19				de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	68	226,2	0	0,0	3	154,2	12	120,2	41	420,3	2	140,7	10	768,0
2020	17	56,1	1	55,3	1	52,1	3	30,0	10	101,5	0	0	2	147,4
2021	129	422,3	2	111,4	5	261,5	28	278,1	86	867,4	1	64,2	7	494,0
2022	121	393,4	1	55,5	10	522,7	25	246,8	78	782,3	2	122,9	5	337,6
Total	335	1101,0	4	222	19	991	68	675	215	2.172	5	328	24	1.747

Fuente: Elaboración propia con datos de bases locales de notificación obligatoria Individual VE 01 2019-2022.

El uso de sustancias psicoactivas genera un impacto mayor en la salud de la población, no obstante, es mucho más complejo ya que el uso de sustancias psicoactivas conlleva a otras situaciones sociales. Entre ellas el mercado ilícito de las sustancias ilegales, redes de narcotráfico, hechos delictivos como homicidios, robos y conflictividad social.

Asimismo, el uso de sustancias tiene secuelas directas en los sistemas familiares de las personas consumidoras, quienes ante la exposición constante a situaciones estresantes y otras que mantienen en alerta la dinámica familiar pueden ver lesionada su salud mental y física.

De igual manera, el uso de sustancias compromete la estabilidad y seguridad comunal, ya que hay apropiación de los espacios públicos e incidencia de delitos.



A nivel cantonal, según el indicador de Trastorno Mental y del comportamiento debido al alcohol como a droga Psicoactivas, estas se reportan mediante la Base VE 01 como diagnósticos diferentes, sin embargo, la mayoría de los entes notificadores utilizan solo el Trastorno Mental y de comportamiento debido a sustancias Psicoactivas como único reporte donde incluyen las del Trastorno Mental y de comportamiento debido al alcohol.

Se observa en el cuadro 33, que en los años 2019 y 2020 hay un bajo reporte de casos, hay que recordar que esta enfermedad se convierte en reporte obligatorio en el año 2018, por lo que muchos entes para esos años no estaban tan informados del reporte por eso lo poco de casos reportados, también hay que tener presente que el 2020 con la pandemia muchos entes dejaron de notificar enfocándose en la atención a la COVID-19.

En el 2021 y 2022, se observa un aumento de casos significativos, esto puede deberse a que en el 2021 se comienza a recibir el reporte de la Institución del IAFA al Área Rectora de Salud de Mora, por lo cual también se ve elevado la cantidad de casos.

El promedio de la tasa de Trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicoactivas en el cantón de Mora, muestra que para los grupos de edad de 1 a 9 años no se evidencia reporte de casos, sin embargo, el grupo de edad que presenta una mayor tasa de incidencia es de 20 a 64 en los años 2019-2022 es de 2172 casos por cada 100.000 masculinos y 675 casos por cada 100.000 femeninas.

5.5.3. Tasa de incidencia de Esquizofrenia

La esquizofrenia es considerada como un trastorno de salud mental grave, según el (Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2022) esta enfermedad afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta, impresiona que las personas que la padecen pierden el contacto con la realidad, lo que agrava su interrelación con familiares y amistades, ya que genera un estado de angustia.

Asimismo, “en el marco de la carga de enfermedad, las esquizofrenias se consideran los trastornos humanos más discapacitantes, en particular durante los episodios agudos” (OPS, 2018, pág. 21).

Información de la OMS (2022) señala que una de las particularidades de la esquizofrenia es que hay deficiencia en la percepción de las personas y constantes cambios de comportamiento, quienes pueden presentar ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento y comportamiento desorganizado y también agitación extrema. Por lo que un diagnóstico de esquizofrenia no controlado puede resultar incapacitante para las actividades cotidianas y las de integración social como el estudio o el trabajo.

Con la finalidad de estimar la incidencia de la esquizofrenia se utiliza el indicador de tasa, definido como el número de casos reportados de Esquizofrenia por cada 100.000 habitantes en una población estimada, en determinado espacio geográfico, en el mismo período. De forma que se



calcula dividiendo el número de casos reportados de esquizofrenia, entre el total de la población y se multiplica por 100.000.

El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME, 2023) estimó que para el año 2019, la esquizofrenia tenía un predominio de 23,6 millones de casos en el mundo, lo que representa una tasa de 287,4 casos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la incidencia, estima 1,29 millones de casos para una tasa de 16.3 por cada 100.000 habitantes.

En el caso de Costa Rica, los datos de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud indican que para el año 2019 se reportaron un total de 265 casos, para una tasa de 5,2 casos por cada 100.000 habitantes, para el 2020 la cantidad de casos reportados fue de 136 con una disminución en la tasa a 2,7 casos por cada 100.000 habitantes. En el año 2021 se reportaron 158 casos dando como resultado una tasa de 3 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en el 2022 se reportaron 97 casos, con una tasa de 1,9 casos por cada 100.000 habitantes. Seguidamente se muestra la cantidad de casos y su respectiva tasa para el cantón de Mora.

Cuadro 34 Mora: Tasa de incidencia de esquizofrenia, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	De 10 a 19				de 20 a 64			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	3	9,9	0	0	1	51,4	1	10,1	1	10,3
2020	1	3,3	0	0	0	0	0	0	1	10,2
2021	1	3,3	0	0	0	0	0	0	1	10,2
2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	5	4,13	0	0	0	12,9	1	2,5	1	7,7

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria Individual VE 01 2019-2022.

Como se observa en el periodo en estudio se presentaron un total de 5 casos, por lo que la tasa de incidencia promedio es de 4,13 habitantes por cada 100.000 habitantes. Es importante señalar que de 0 a 9 años y en mayores de 65 años no se presentan reportes en el periodo en estudio.

Dentro de dicho periodo el año 2019 tiene la mayor tasa con 9,9 por cada 100.000 habitantes, ya que se reportaron 3 casos, de los cuales 1 se trata de 1 mujer de edad entre 10 y 19 años, con una tasa de 12,9 para las mujeres en el mismo rango de edad. En el grupo de 20 a 64 años se presentaron 2 casos, uno femenino y uno masculino para una tasa de 10,1 y 10,3 respectivamente por cada 100.000 habitantes.

En el año 2020 en Mora se reportó 1 caso, lo que representa una tasa de 3,3 casos por cada 100.00 habitantes, se dio en un masculino de 20 a 64 años, para una tasa de 10,2 casos por cada



100.000 habitantes en ese grupo de edad en hombres. En el año 2021 se presentó exactamente la misma situación, mientras que en 2022 no se reportó ningún caso.

Para los servicios de salud del primer nivel de atención es fundamental el conocimiento de los síntomas de la esquizofrenia ya que el diagnóstico temprano puede tener un efecto positivo en la regulación de los factores de riesgo de esta enfermedad. De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2022) los síntomas pueden dividirse en tres grupos, psicóticos, negativos y cognitivos. Los síntomas psicóticos se manifiestan en la desvinculación de la realidad y una visión de mundo distorsionada, incluyen las alucinaciones (percibir por los sentidos algo que no existe), los delirios (creencias que no son ciertas y pueden parecer irracionales), trastorno del pensamiento (pensamiento ilógico) y trastornos del movimiento (movimientos corporales anormales o repetitivos).

Por su parte, los síntomas negativos pueden confundirse con la depresión ya que se manifiestan por la pérdida del gusto, de la motivación, retraimiento de la vida social y en general dificultad para funcionar. Los síntomas cognitivos tienen que ver con los problemas de atención, concentración y memoria (NIMH, 2022).

De esta forma, el diagnóstico temprano se constituye como un factor protector para la salud mental de las y los pacientes con esquizofrenia, ya que reduce el riesgo subsecuente de sus síntomas entre ellos el suicidio.

Lo anterior está ratificado por la organización Panamericana de la Salud, la cual apunta que “la investigación ha revelado que las personas con esquizofrenia mueren entre 10 y 30 años antes que sus pares, observándose los peores resultados en los países de ingresos bajos” (OPS, 2018), por lo que se evidencia la interseccionalidad de la esquizofrenia en particular y de todas las situaciones de salud mental.

5.5.4. Tasa de incidencia de Depresión

La depresión es una de las situaciones de salud mental que tienen el potencial de causar un malestar emocional sostenido lo que incide en la cotidianidad de las personas.

La depresión es distinta de las alteraciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas (OMS, 2022).

La respuesta social ante las depresiones se constituye como un factor de riesgo conexo, ya que existen una serie de mitos alrededor, esto genera un estigma que provoca que algunas personas no expresen sus sentimientos y pensamientos, o bien que se exprese pero que no sean motivo de alerta por quienes le rodean.



En el informe sobre la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (OPS, 2018) se invita a la reflexión acerca de cómo la depresión es un trastorno discapacitante, incluso se plantea como el quinto estado de salud más discapacitantes. Al respecto, se agrega que esta característica discapacitante se presenta en los trastornos depresivos mayores, así como en los leves o la distimia.

La sociedad debe brindar la importancia requerida a este padecimiento, entre más tiempo pase sin ser tratado puede generar mayores complicaciones en la salud mental de las personas. En esta línea según el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (2022) una persona puede estar viviendo depresión si por al menos 2 semanas se presentan los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo persistentemente triste, ansioso o “vacío”.
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo.
- Sentimientos de irritabilidad, frustración o inquietud.
- Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades.
- Disminución de la energía, fatiga o sensación de lentitud
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Dificultad para dormir, despertarse temprano en la mañana o quedarse dormido.
- Cambios en el apetito o cambios de peso no planificados.
- Molestias o dolores físicos, dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos que no tienen una causa física clara y no desaparecen con tratamiento.
- Pensamientos de muerte o suicidio o intentos de suicidio (NIMH, 2022).

Se agrega que a nivel de estado del ánimo o el comportamiento se puede presentar lo siguiente:

- Aumento de la ira o irritabilidad.
- Sentirse inquieto o al borde.
- Volverse retraído, negativo o desapegado.
- Mayor participación en actividades de alto riesgo.
- Mayor impulsividad.
- Mayor consumo de alcohol o drogas.
- Aislamiento de familiares y amigos.
- Incapacidad para cumplir con las responsabilidades del trabajo y la familia o ignorar otros roles importantes.
- Problemas con el deseo y el rendimiento sexual (NIMH, 2022).



Es necesario considerar que estos síntomas y cambios no se presentan de forma homogénea en toda la población, incluso sucede que algunas personas no manifiestan sus síntomas, pero tienen la vivencia de estos en su interior.

La Organización Mundial de la Salud indica que la depresión es un trastorno mental común, puede afectar a cualquier persona, incide en todos los ámbitos de la vida, además, se reportan mayores situaciones depresivas en mujeres que en hombres (OMS, 2023).

Sobre este último aspecto se considera importante hacer una lectura desde el enfoque de género, desde la masculinidad hegemónica se limita la expresión de las emociones, así como su manejo, lo que incide directamente en la probabilidad de búsqueda de atención en los servicios de salud por parte de la población masculina.

Asimismo, la sintomatología de este padecimiento se ve influenciada por los roles de género vigentes en una sociedad patriarcal, siendo que las mujeres tendrán mayores posibilidades de expresión mientras que en los hombres puede vincularse con conductas de riesgo o el silencio ante el sentir y vivir esta situación.

El registro de este diagnóstico es fundamental para la toma de decisiones en el ámbito de la salud mental, para ello se utiliza el indicador de tasa, el cual se define como el número de casos reportados de depresión por cada 100.000 habitantes en una población estimada en determinado espacio geográfico en el mismo período. Para su cálculo se divide el número de casos reportados por depresión entre el total de la población por 100.000.

Datos del IHME (2023) muestran para el año 2019 un reporte de 290 millones de caso a nivel mundial, lo que significa una tasa de 3.588,2 casos de depresión por cada 100.000 habitantes.

Para Costa Rica las cifras del Ministerio de Salud (2023) se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 35 Costa Rica: Casos notificados de depresión por grupos de edad quinquenal y sexo, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	Grupos de Edad															
			De 1 a 9				De 10 a 19				de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	9.312	240,5	41	12,6	54	15,8	943	253,9	413	105,7	5.292	341,9	1.507	95,5	726	319,3	332	163,6
2020	4.862	95,1	13	4,0	21	6,2	439	119,1	196	50,6	2.693	171,8	883	55,3	410	171,2	205	96,0
2021	5.932	113,8	13	4,0	19	5,6	758	205,7	235	60,7	3.063	195,4	1.087	68,1	513	214,2	231	108,2
2022	5.036	96,6	20	6,2	22	6,5	712	193,2	265	68,4	2.556	163,0	855	53,5	423	176,6	179	83,8
Total	25.142	136,5	87	6,7	116	8,5	2.852	193,0	277	71,4	13.604	218,0	4.332	68,1	2.072	220,3	947	112,9

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria individual VE 01 2019-2022.



De los datos sobre el país para el periodo en estudio 2019-2022 se reportaron un total de 25.142 casos, esto da un promedio de tasa de 136,5 casos reportados por cada 100.000 habitantes. En grupo de edad de 1 a 9 años hay mayor reporte de casos masculinos que femeninos, debido a que generalmente el número de reportes suele ser mayor en las mujeres como lo plantea la OMS (2023), no obstante, esta tendencia se particulariza según los grupos de edad como es el caso.

Para los demás grupos de edad las tasas son mayores en el sexo femenino que en el masculino, lo cual coincide con lo planteado anteriormente desde el enfoque de género.

El grupo de edad con mayor reporte es el de 20 a 64 años, lo cual es vinculante con la edad productiva de la población, en la que diversos factores se entrelazan para generar condiciones desgastantes y estresantes en la población como las exigencias de la convivencia familiar y las responsabilidades laborales.

Es de especial atención el reporte en personas adultas mayores debido a los factores de riesgo de la etapa de la vejez, entre ellos el aislamiento, la discriminación y la no integración de las personas mayores en la cotidianidad familiar, comunal y social.

Por su parte, en el cantón de Mora se tiene un reporte total de 272 casos de depresión para el periodo 2019-2022, lo que genera un promedio de tasa de 264 casos de depresión por 100.000 habitantes en este tiempo.

Cuadro 36 Mora: Casos notificados de depresión por grupos de edad quinquenal y sexo, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	Menores de 1				De 1 a 9				De 10 a 19				de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	132	599	0	0	0	0	1	57,2	0	0	12	648,3	7	359,9	77	779,7	25	256,3	9	633,4	1	76,8
2020	61	201	0	0	0	0	0	0	2	111,2	3	166	3	156,2	41	410,5	6	60,9	3	201,1	3	221,1
2021	43	140	0	0	0	0	0	0	2	111,2	4	221,4	1	52,1	22	220,3	9	91,4	4	268,1	1	73,7
2022	36	117	0	0	0	0	0	0	0	0	4	221,4	4	208,2	22	220,3	5	50,8	1	67	0	0
Total	272	264	0	0	0	0	1	14,3	4	55,6	23	314,28	3,8	194,1	162	407,7	45	114,9	17	292,4	5	92,9

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria individual VE 01 2019-2022.

La realidad de la niñez del cantón coincide con la nacional siendo que en dos de los cuatro años en estudio la tasa de depresión es mayor en la población masculina. El promedio de la tasa de depresión para este grupo de edad en los años 2019-2022 es de 14,3 casos por cada 100.000 niñas entre 1 a 9 años y de 55,6 casos por cada 100.000 niños.

En el resto de los grupos de edad se sigue la tendencia mundial y nacional donde la tasa de depresión es mayor en las mujeres. Asimismo, los promedios más altos de las tasas se presentan



en la población de 20 a 64 años, ratificando la convergencia de los factores que causan los episodios depresivos.

Esta situación debe analizarse con lo planteado sobre la potencialidad de los trastornos depresivos para generar incapacidades y rupturas en la rutina de las personas que los padecen. Es así como no solo se generan dificultades en la vida personal de las y los pacientes, sino también en sus sistemas familiares y laborales y en el sistema de salud que brinda soporte asistencial ante estos episodios depresivos.

Es necesario fortalecer la promoción de la salud mental, esto incidirá en los factores que protegen la salud mental y minimizará las situaciones de riesgo que pueden detonar en episodios depresivos sean circunstanciales o crónicos.

5.5.5. Trastornos mentales y del comportamiento (Demencias)

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, en su capítulo V contempla los trastornos mentales y del comportamiento y dentro de estos los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (OMS, 2019). Siguiendo lo estipulado en esta clasificación, el común denominador de este tipo de trastornos es

una etiología demostrable de enfermedad cerebral, lesión u otro trauma del cerebro que lleva a una disfunción cerebral. La disfunción puede ser primaria, como ocurre en las enfermedades, lesiones y traumas que afectan directa y selectivamente al cerebro, o secundaria, como en las enfermedades y trastornos sistémicos que atacan múltiples órganos o sistemas del organismo, entre ellos el cerebro (OMS, 2019).

Es decir, son trastornos causados por una patología del cerebro o una lesión en él. Esta disfunción cerebral puede manifestarse en una demencia, entendida como un síndrome debido a que se trata de un conjunto de síntomas, que se manifiestan por:

- olvidar cosas o acontecimientos recientes.
- perder o extraviar cosas.
- perderse al caminar o conducir.
- sentirse desubicado, incluso en lugares familiares.
- perder la noción del tiempo.
- dificultades para resolver problemas o tomar decisiones.
- problemas para seguir conversaciones o a la hora de encontrar las palabras.
- dificultades para realizar tareas habituales.



- errores de cálculo al juzgar visualmente a qué distancia se encuentran los objetos (OMS, 2023).

La OMS (2019) señala que las demencias generalmente son crónicas o progresivas, que afectan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio, lo anterior sin afectación en la consciencia. Además, indica que se acompaña de deterioro emocional, social y de motivación.

La demencia se asocia al Alzheimer, a la enfermedad cerebrovascular y a otras afecciones del cerebro, las cuales serán abordadas a continuación. Con el fin de estimar la incidencia de estas demencias se utiliza la tasa específica respectivamente, la cual se define como el número de casos reportados por cada 100.000 habitantes en una población estimada en determinado espacio geográfico para el mismo periodo. De forma que el cálculo de estas tasas será dado por la división del número de casos reportados entre la población por 100.000.

Siguiendo a la OMS (2019), el **Alzheimer** es una enfermedad cerebral degenerativa primaria de causa desconocida con rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos, su desarrollo es lento pero constante y al inicio sus síntomas pueden ser confusos.

El Alzheimer es una situación de salud mental muy compleja para las personas que son diagnosticadas su carácter progresivo conduce a la dependencia de las actividades instrumentales y cotidianas de la vida diaria, por lo que sus familias requieren de reorganización o bien el Estado de respuestas para personas sin redes de apoyo.

Asimismo, el Alzheimer la forma más común de la demencia, se asocia a entre un 60% y un 70% de los casos (OMS, 2023), es necesario anotar que las demencias o las dificultades cognitivas no son una condición propia de las personas mayores, sin embargo, la edad sí se constituye como un factor de riesgo; aunque puede reportarse casos de demencias precoz, es decir, en personas menores de 65 años.

Datos del IHME (2023) para el año 2019 plantean que en el mundo el Alzheimer tiene una prevalencia de 51,6 millones de casos, lo que representa una tasa de 682,5 casos por cada 100.000 habitantes en el mundo.

La incidencia en Costa Rica para el periodo en estudio 2019-2022 es de 138 casos, siendo su tasa de 0,7 casos por cada cien mil habitantes. Como se detalló en la descripción del Alzheimer esta enfermedad se presenta mayoritariamente en personas mayores, no obstante, para este mismo periodo se reportaron 8 casos de Alzheimer precoz -antes de 65 años-, de ellos 7 en mujeres y 1 en hombres.



Cuadro 37 Costa Rica: Casos notificados de Alzheimer por grupos de edad y sexo, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	Grupos de edad							
			de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	59	1,2	2	0,1	0	0,0	30	13,2	27	13,3
2020	39	0,8	2	0,1	1	0,1	17	7,1	19	8,9
2021	24	0,5	2	0,1	0	0,0	15	6,3	7	3,3
2022	16	0,3	1	0,1	0	0,0	12	5,0	3	1,4
Total	138	0,7	7	0,1	1	0,0	74	7,9	56	6,7

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria individual VE 01 2019-2022.

Para el año 2019 se reportaron 59 casos de Alzheimer, 32 en mujeres y 27 en hombres. La tasa de dicho año fue de 1,2 casos por cada 100.000 habitantes. En la población mayor no hay diferencia significativa entre mujeres y hombres.

En 2020 el reporte disminuye a 39 casos, por lo que la tasa es de 0,8 casos por cada 100.000 habitantes de la población del país. La tendencia a la baja se mantiene para los años 2021 y 2022, ya que se tiene una tasa respectiva de 0,3 y 0,7 casos por cada 100.000 habitantes.

En cuanto a las tasa según sexo, en el grupo de edad de 20 a 64 años, es mayor la de las mujeres y en el grupo de personas mayores de 65 años, para el 2019 y 2020 es ligeramente mayor la de los hombres, caso contrario en 2021 y 2022. En personas de 19 años y menos no se presentan reportes de Alzheimer

Con respecto al cantón de Mora según los datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud (2023) para el periodo en estudio no se reportaron casos de la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte, la **demencia vascular** es el resultado de un infarto del cerebro debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad cerebrovascular hipertensiva. Los infartos suelen ser pequeños pero acumulativos en su efecto, generalmente, el inicio suele ser en una edad avanzada (OMS, 2019).

En esta línea, las enfermedades vasculares tienen un papel protagónico en este tipo de demencia, por lo que igualmente importante es el trabajo preventivo y de protección de la salud de la población. Aunque pueden presentarse riesgos genéticos, las enfermedades no transmisibles se constituyen como un factor de riesgo preponderante.

Para el periodo 2019-2022 en Costa Rica se reportaron un total de 431 casos de demencia vascular, lo que significó una tasa promedio de 2,1 casos por cada 100.000 habitantes.



Cuadro 38 Costa Rica: Casos notificados de demencia vascular por grupos de edad y sexo, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	Grupos de edad							
			de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	116	2,3	10	0,6	9	0,6	56	24,6	41	20,2
2020	101	2,0	3	0,2	7	0,4	49	20,5	41	19,2
2021	152	2,9	4	0,3	11	0,7	73	28,9	64	28,5
2022	62	1,2	2	0,1	7	0,4	33	12,4	20	8,5
Total	431	2,1	19	0,3	34	0,5	211	21,6	166	19,1

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria individual VE 01 2019-2022.

De acuerdo con el registro de los datos en personas de 19 años y menos no se presentan notificaciones de demencia vascular. Asimismo, del periodo, el año con la mayor tasa fue el 2021 con 2,9 casos reportados por cada 100.000 habitantes. Asimismo, no hay mayor diferencia en las tasas por sexo en los grupos de edad reportados. En el cantón de Mora se reporte menor cantidad de casos, no obstante, las tasas demuestran una mayor incidencia.

Cuadro 39 Mora: Casos notificados de demencia vascular por grupos de edad y sexo, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	2	6,65	0	0	0	0	1	70,4	1	76,8
2020	4	13,2	0	0	2	20,3	1	67	1	73,69
2021	4	13,1	1	9,9	2	20,17	1	64,2	0	0
2022	4	13	0	0	2	20,06	1	61,4	1	67,52
Total	14	11,5	1	2,5	6	15,1	4	65,8	3	54,5

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria individual VE 01 2019-2022.

En comparación con la tasa promedio nacional del periodo en estudio, la del cantón de Mora es mucho mayor, ya que representa 11,5 casos reportados de demencia vascular por cada 100.000 habitantes.

En el grupo de edad de 20 a 64 años la incidencia es mayor en hombres, lo mismo en el grupo de mayores de 65 años, con excepción en el año 2021, en el cual no se reportó.



Asimismo, en consonancia con la tendencia nacional no se presentaron notificaciones de demencia vascular en personas de 19 años y menos.

En este sentido, es necesario cuestionar la relación entre la etiología de este tipo de demencia y el sexo. Generalmente, en los servicios de salud se tiene un mayor reporte de cantidad de consulta por parte de las mujeres, así lo indica el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (UCR, CONAPAM, 2007), agrega que los servicios de mayor consulta de la Caja Costarricense del Seguro Social son los EBAIS, es decir, el primer nivel de salud. El papel de los servicios de salud en las comunidades es fundamental para la protección y mantenimiento de una buena salud.

De esta manera, los factores de riesgo asociados a las demencias vasculares pueden estar siendo abordados de forma asertiva en las mujeres, no solo para su diagnóstico inicial sino además para su control y su subsecuente compensación.

Esta no será la única variable que puede influir en la mayor tasa masculina de las demencias vasculares, pero sin duda entre más control de las enfermedades no transmisibles y mayor participación comunitaria en el cuidado de la salud se minimizarán factores asociados al riesgo de enfermedad vascular.

5.5.6. Tasa de intento de suicidio y Tasa de mortalidad por suicidio

Como se introdujo este apartado de indicadores de salud mental, aún es objeto de múltiples mitos y prejuicios que terminan en una estigmatización social estructurada. Dentro de dicha estigmatización el suicidio se ha impregnado de una serie de tabús que limitan su prevención, intervención y postvención.

En este sentido, el suicidio puede verse como el escalón final del incierto camino de la atención integral en salud mental. La OMS (2022) admite la necesidad de actuar en la salud mental de forma urgente, indica que los países miembros se comprometieron al cumplimiento del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, cuyo objetivo es mejorar la salud mental por medio de un liderazgo y una gobernanza más eficaces, la prestación de una atención completa, integrada y adaptada a las necesidades en un marco comunitario, la aplicación de estrategias de promoción y prevención, y el fortalecimiento de los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones. No obstante, se ha demostrado la deficiencia en el cumplimiento de sus cometidos.

Siendo así, dentro de la complejidad de las circunstancias que llevan a un suicidio se considera fundamental comprender que es prevenible, lo que señala esas deficiencias en la atención de la salud mental en todos los ámbitos familiar, comunal, social y estatal.

El suicidio se entiende como toda acción que realiza un individuo con la finalidad de quitarse la vida. Se debe tener claridad que una persona con ideación suicida no siempre tiene como fin la



muerte, sino que manifiesta el deseo real de eliminar el dolor psicológico y/o emocional que se ha vuelto insoportable; por ello, lo que requiere es salir de la experiencia de dolor, pero, a veces, al no contar con recursos externos e internos, puede terminar acabando con su vida. (Ministerio de Educación Pública, 2018, pág. 17).

Ese malestar emocional del que se hace referencia debe entenderse desde la interseccionalidad de múltiples factores de todos los determinantes de la salud mental de ahí la complejidad de trabajar en la prevención del suicidio.

Para analizar el tema de suicidio un pilar indispensable es entenderlo como un continuum, una serie de conductas. Consecuentemente, se entiende el comportamiento suicida como la diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho (MS, 2018).

Desde el nivel local se debe contar con la capacidad instalada para abordar este comportamiento, por ello en el año 2018 se oficializa la Normativa nacional para la articulación interinstitucional en el abordaje integral del comportamiento suicida, en la que se crean instancias a nivel local, regional y nacional con el fin de ordenar y fortalecer la atención en el tema (MS, 2018).

A nivel local se crean las Instancias Locales para la Atención Integral del Comportamiento Suicida (ILAIS) con el fin de concertar acciones conjuntas de promoción de factores protectores de la salud mental, así como de prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida, los intentos suicidas y el suicidio. En el cantón de Mora, dicha instancia se conformó en el año 2018, la cual ha trabajado de forma sostenida hasta la fecha con distintos actores sociales para abordar no solo el abordaje del comportamiento suicida sino además temas vinculados con la promoción y protección de la salud mental.

El comportamiento suicida puede detectarse en distintos escenarios, principalmente se divide en los servicios de salud y los centros educativos. Aunque también puede identificarse en el ámbito comunal, en otros servicios sociales o bien a través de intervenciones de la institucionalidad y/o distintas organizaciones.

De acuerdo con el Reglamento de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo 40556-S, MS, 2017), tanto los intentos como los suicidios son eventos de notificación obligatoria mediante la boleta de notificación epidemiológica VE-01. Por lo anterior es que en este análisis se incluyen los indicadores de intentos de suicidio y mortalidad por suicidio.

El **intento de suicidio** se define como la conducta potencialmente lesiva auto infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (MS, 2018). Un intento de suicidio puede estar antecedido por la ideación suicida, es decir, por el pensamiento recurrente sobre el suicidio y/o por la autolesión.

Siendo así, la persona con intento suicida transita sobre el continuum del suicidio de la idea al acto. La identificación y registro de los intentos suicidas es fundamental para valorar el panorama



epidemiológico de la salud mental, permite tener información fehaciente para la toma de decisiones y acciones.

El indicador utilizado es la **tasa de intento de suicidio**, a través de la cual se muestra cuántos intentos de suicidio sucedieron en un lugar y periodo de tiempo determinado. Para ello se divide la cantidad de intentos de suicidio reportados entre la población y se multiplica por 100.000.

La OMS (2021) señala que por cada suicidio hay muchas tentativas o intentos de suicidio. En Costa Rica, del año 2019 al 2022 se reportaron 10.000 intentos de suicidio, teniendo una tasa promedio en ese mismo periodo de 48,8 intentos de suicidios por cada 100.000 habitantes.

Cuadro 40 Costa Rica: Casos notificados de intento de suicidio por grupos de edad y sexo, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	Grupos de edad															
			De 1 a 9				De 10 a 19				de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	3.159	62,5	21	6	37	11	864	233	318	81	1.106	71,4	744	47,2	26	11,4	36	17,7
2020	1.786	34,9	9	2,8	9	2,6	407	110,4	180	46,5	684	43,6	461	28,9	15	6,3	19	8,9
2021	2.159	42,2	7	2,1	6	1,8	609	167,2	224	58,4	769	48,5	505	31,3	15	5,9	21	9,4
2022	2.896	55,5	11	3,4	24	7,0	987	271,3	296	77,3	945	59,1	580	35,6	19	7,2	26	11,0
Total	10.000	48,8	48	4	76	6	2.867	195	1.018	66	3.504	55,7	2.290	35,7	75	7,7	102	11,8

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria individual VE 01 2019-2022.

Para los años 2019-2022 no se presentaron notificaciones por intento de suicidio en menores de 1 año. En el año 2019 se presenta el mayor reporte y tasa de intentos de suicidio notificados, es la tasa más alta del periodo en estudio con 62,5 casos por cada 100.000 habitantes. El año 2020 es el de menor valor en la tasa con 34,9 casos por cada 100.000 habitantes.

Tal como lo ha expuesto el estado de situación de la Política de Salud Mental vigente, la cantidad de adolescentes con intentos de suicidio es preocupante y dentro de este las mujeres. Por ejemplo, la tasa de intentos de suicidio notificados en 2022 en adolescentes mujeres, indica 271 notificaciones de intentos por cada 100.000 habitantes, siendo la más alta de todo el periodo en estudio. Asimismo, es imprescindible tomar acción a favor de la niñez habitante del país, ya que se reportan casos en niños y niñas menores de 10 años.

En cuanto a las personas adultas entre 20 y 64 años, es mayor la tasa de incidencia en mujeres. Ocurre lo contrario en las personas mayores, la incidencia es mayor en hombres. Esto demuestra la necesidad de un análisis minucioso sobre todos los factores de riesgo que inciden en el comportamiento suicida para la dirección de las acciones preventivas.



El cantón de Mora se alinea a la tendencia nacional con excepción de las personas mayores, como se muestra seguidamente.

Cuadro 41 Mora: Casos notificados de intento de suicidio por grupos de edad y sexo, 2019-2022

(Tasa por 100.000 habitantes)

Año	Total	Tasa	De 1 a 9				De 10 a 19				de 20 a 64				65 y más			
			F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA	F	TASA	M	TASA
2019	34	113,1	0	0	0	0	7	378,2	3	154,2	11	111,4	10	102,5	3	211,1	0	0
2020	23	75,9	0	0	0	0	4	221,4	0	0,0	12	120,2	7	71,1	0	0	0	0
2021	26	85,76	0	0	0	0	5	279	3	156,9	8	79,44	10	100,9	0	0	0	0
2022	26	84,5	0	0	2	113,1	5	277,5	1	52,3	13	128,3	4	40,1	0	0	1	67,5
Total	109	89,81	0	0	2	28,28	21	289	7	90,85	44	109,8	31	78,6	3	52,8	1	16,88

Fuente: Elaboración propia con datos de bases Locales de notificación obligatoria individual VE 01 2019-2022.

El año de mayor incidencia es en 2019 con una tasa de 113 intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes. El promedio de tasa del periodo es de 89,81 casos por cada 100.000 habitantes. En menores de 1 año no se presentan reportes.

Para la niñez, no se presentan casos en niñas. En niños para el año 2022 se reportaron 2 intentos, siendo una tasa para ese grupo de edad masculino de 113 casos por cada 100.000 habitantes.

La población adolescente es la que presenta una mayor incidencia al igual que en las notificaciones a nivel nacional. De igual manera, dentro de esta las adolescentes predominan con las notificaciones de intentos de suicidio, a modo de ejemplo, el promedio de tasa en las adolescentes del 2019 al 2022 es de 289 casos por cada 100.000 habitantes mientras que en los adolescentes es de 90,85 casos por cada 100.000 habitantes, es decir, duplica la incidencia.

Para el grupo de 20 a 64 años la mayor incidencia se da en mujeres, con la excepción del año 2021, año en que fue mayor en los hombres. A diferencia de la situación nacional, en la población adulta mayor la mayor incidencia es en la población femenina.

La identificación de los intentos puede significar la oportunidad de intervención en salud, tanto médica como psicosocialmente. Si bien es cierto, el reporte de los intentos de suicidio se ve impactado por el subregistro, debido a que en ocasiones los intentos son silenciosos, pueden quedarse a lo interno de las familias si las lesiones provocadas no son de gravedad o también pueden reportarse a través de otros eventos como los accidentes de tránsito, intoxicaciones, heridas con armas, entre otros.

De esta manera, es fundamental la articulación a nivel local tanto para la prevención como para que los casos notificados por intento de suicidio reciban la atención necesaria por parte del



personal de salud requerido y además para la activación y fortalecimiento de la respuesta familiar y comunal.

El segundo indicador en el tema de comportamiento suicida es la tasa de **mortalidad por suicidio**, entendida como el número total de defunciones estimadas por suicidio en una población por cada 100.000 habitantes, en un lugar y un periodo determinados. Para su cálculo se procede a dividir el número de defunciones estimadas por suicidio entre el total de esa población por 100.000.

Es necesario aclarar que se hace referencia al suicidio consumado, el que se define como el momento en que se logra concretar la autoeliminación, se habla del fallecimiento de una persona por una acción directamente dirigida hacia sí misma, ejecutada precisamente con el fin de acabar con su vida (MS, 2018).

Datos de la Organización Mundial de la Salud revelan que por año cerca de 700.000 se suicidan en el mundo, se habla de que una de cada 100 muertes es por suicidio y que las muertes por suicidio ocurren en todos los países, tanto de alto como de mediano y bajo ingreso (OMS, 2021). Siguiendo a la OMS en el año 2019 se alertó que cada 40 segundos una persona muere por suicidio. Esto no solo es lamentable por el impacto que tiene un suicidio, pero también lo es porque se ha demostrado el carácter preventivo de esta causa de muerte.

La información expone que la tasa global de suicidio para el año 2019 fue de 9 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes, mientras que en América fue de 10 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes (OMS, 2021).

En Costa Rica la tasa de mortalidad por suicidio se mantuvo estable entre 2019 y 2021, con un valor de 7,6 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, para el año 2022 la tasa aumenta a 8,2 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes, la cual se acerca un poco más a la tasa global. En el periodo en análisis en Costa Rica se contabilizaron un total de 1.589 muertes por suicidio, la tasa promedio de este espacio de tiempo es de 7,7 muertes por suicidio por cada 100.00 habitantes.

Cuadro 42 Costa Rica: Mortalidad por suicidio por sexo, según año, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	Sexo			
			F	TASA	M	TASA
2019	383	7,6	53	2,2	330	12,9
2020	388	7,6	82	3,2	306	11,9
2021	389	7,5	62	2,4	327	12,6
2022	429	8,2	82	3,2	347	13,2
Total	1.589	7,7	279	3	1.310	13

Fuente: INEC-Unidad de Indicadores de Salud de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2023.

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



De acuerdo con la propensión mundial se consuman más suicidios en la población masculina, en el país la tasa de mortalidad por suicidio en hombres adquiere valores significativamente mayores que en las mujeres. Así se muestra en los datos, ya que las tasas de mortalidad por suicidio en las mujeres van de 2 a 3 muertes por cada 100.000 habitantes entre 2019 y 2022, mientras que dichas tasas en la población masculina van de 11 a 13 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes para el mismo periodo.

Cuadro 43 Mora: Mortalidad por suicidio por sexo, según año, 2019-2022

(Tasa por 100.00 habitantes)

Año	Total	Tasa	Sexo			
			F	TASA	M	TASA
2019	1	3,3	0	0	1	6,7
2020	2	6,6	0	0	2	13,2
2021	1	3,3	0	0	1	6,6
2022	0	0,0	0	0	0	0
Total	4	3,3	0	0	4	6,63

Fuente: INEC-Unidad de Indicadores de Salud de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2023.

Por su parte, en el cantón de Mora resulta una tasa de menor valor de muertes por suicidio, del 2019 al 2022, ocurrieron 4 muertes por suicidio, lo que da una tasa promedio de 4 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes en dicho periodo. Asimismo, para el mismo periodo no se registró ninguna muerte por suicidio en las mujeres, la totalidad ocurrió en los hombres.

Los valores de la tasa anual discrepan de los registrados a nivel nacional, debido a que para el año 2022 no se reportan muertes por suicidio. En el año 2019 la tasa de mortalidad por suicidio masculina es de 6,7 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes, en 2020 aumentó a 13,2 y en 2021 fue de 6,6 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes.

Es imperativa la prevención del suicidio y desde un abordaje comunitario hay posibilidad de gestar factores protectores y de disminuir los de riesgo. El alto costo familiar, laboral, comunal y social que tiene cada muerte por suicidio debe movilizar a la concertación de acciones efectivas para la prevención tanto de los intentos como de los suicidios consumados.

Las tendencias por sexo de los intentos y los suicidios consumados encuentran explicación en la socialización de género, el mandato social de la masculinidad hegemónica sobre el comportamiento desafiante y demostrativo genera que los hombres practiquen métodos de alta letalidad. También puede vincularse con las herramientas desarrolladas para la gestión de



emociones y la búsqueda o activación de recursos de apoyo lo que se media a través de la socialización de género.

En este sentido, es fundamental que las intervenciones se realicen desde múltiples enfoques como el generacional, de género e intercultural. Así como desde un conocimiento exhaustivo de la realidad local y nacional.

Un suicidio se convierte en un factor de riesgo precipitante hacia el dolor y malestar emocional en las personas sobrevivientes, por lo que la postvención también es necesaria para la prevención de otros posibles comportamientos suicidas en el contexto. El trabajo preventivo debe ser vertiginoso al igual que la promoción de la salud mental y el favorecimiento de la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones. Con igual rigor debe fortalecerse la respuesta comunal y de los servicios de salud, lo que sin duda es una oportunidad para la protección de la vida de las personas desde una perspectiva de derechos humanos.



6. Caracterización del entorno

El Área Rectora de Salud Mora del Ministerio de Salud tiene como área de atracción el cantón de Mora de la provincia de San José, esta localidad es su entorno, el cual es entendido como “el conjunto de circunstancias y condiciones de tipo geográficas, demográficas, sociales, económicas y ambientales que rodean a toda persona y que ejercen influencia sobre el desarrollo de su vida, moldeando las oportunidades y limitaciones” (MS, 2019, p. 19). Por lo anterior, seguidamente se exponen las principales características del cantón.

6.1. Descripción de las características geográficas

El Cantón de Mora pertenece a la provincia de San José, dentro de la división político-administrativa de Costa Rica, es el cantón 07 de dicha provincia. Su creación se rige por el Decreto N.º 8 del 25 de mayo de 1883. El origen de su nombre o toponimia deriva en honor a Juan Mora Fernández primer jefe de Estado de Costa Rica y Juan Mora Porras tercer presidente constitucional de Costa Rica.

Cuenta con una extensión de 162 km², ubicándose a 901 metros de altura sobre el nivel del mar, por ello su clima es cálido con temperaturas promedio entre los 25º y los 29,4º centígrados. Tiene una humedad relativa de 80,4%, el viento se desplaza a 10,3 km/h, su precipitación anual es de 2.992,9 Mm y su radiación solar es de 17,3 Mj.

Las coordenadas geográficas son: 09°52'27" latitud norte y 84°16'56" longitud oeste. El cantón limita al norte con Alajuela y Atenas, al sur con Acosta, al este con Santa Ana y al oeste con Puriscal y Turubares.

La legislación concerniente a la creación y las consecuentes modificación sobre la división político-administrativa de Mora se detalla según el Decreto Ejecutivo N.º 42838-MGP, (Diario Oficial La Gaceta, 2021):

- Ley de Bases y Garantías de marzo de 1841 (límites provinciales)
- Decreto Legislativo 30 de 7 agosto de 1868 (creación del cantón Atenas colindante con esta Unidad Administrativa)
- Decreto 08 de 25 de mayo de 1883 (creación del cantón Pacaca, segregado del cantón Escazú)
- Decreto 35 de 03 de julio de 1886 (cambia nombre de cantón Pacaca a Mora)
- Decreto 14 de 15 de junio de 1916 (se dispone que la Villa Pacaca se denomine Villa Colón)
- Ley 56 de 30 de julio de 1920 (límite cantón Turubares con este cantón)
- Ley 4574 del 04 de mayo de 1970 (entra en vigor el Código Municipal la Cabecera del cantón adquiere el título de Ciudad).



- Decreto 4332 de 14 de noviembre de 1974 (modifica el límite interdistrital Colón-Piedras Negras).
- Acuerdo Ejecutivo N° 0015-2012-MGP, de 18 de mayo del 2012 (creación y límites de distrito Jaris), publicado en el diario La Gaceta N° 125, el 28 de junio del 2012.
- Ley 9269 de 11 de setiembre del 2014 (creación y límites del distrito Quitirrisí, sétimo del cantón de Mora), publicado en el diario La Gaceta N° 204, el 23 de octubre del 2014.

El cantón cuenta con 7 distritos: Colón, Guayabo, Tabarcia, Piedras Negras, Picagres, Jaris y Quitirrisí. Entre los datos históricos del cantón el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (s.f) recopila que en la época precolombina era parte de los dominios del Cacique Pacacua, perteneciente al Reino Huetar de Occidente. Se documenta que en 1560 Juan de Caballón explora la zona y posteriormente lo hizo Juan Vázquez de Coronado. Inicialmente el poblado se ubicó en Tabarcia, pero a finales del siglo XVI y principios del siglo XVII se trasladó a Ciudad Colón. Para 1604 se consideró como Provincia de Pacaca.

En cuanto a los aspectos geológicos en IFAM (s.f) indica que predominan rocas sedimentarias del periodo Terciario, aunque hay presencia de materiales del periodo Cuaternario. Las rocas del periodo Terciario incluyen sedimentarias, volcánicas e intrusivas.

Por otra parte, según el IFAM (s.f) Mora presenta dos unidades geomórficas que se describen en la siguiente tabla.

Tabla 3 Geología cantón de Mora

Periodo	Tipo de material	Localidad
Terciario	Rocas sedimentarias	Sector este de Ciudad Colón, márgenes del curso medio y superior del río Jaris, sureste de Corralar y límite oeste del cantón.
	Rocas volcánicas	Desde el sector suroeste y sur de San Isidro de Balsa hasta Piedras Blancas, próximo al límite con Puriscal y Acosta.
	Rocas Intrusivas	Cerros de Escazú.
Cuaternario	Rocas volcánicas	Piedras Negras y El Rodeo.
	Rocas sedimentarias	Ciudad Colón, Tabarcia y Corralar.

Fuente: Elaboración con base a IFAM (s.f)



Tabla 4 Geología cantón de Mora

Unidad Geomórfica	Subunidad Geomórfica	Ubicación	Características
Origen Volcánico	Serranía de Laderas de Fuerte Pendiente	Ciudad Colón, Picagres, Bajo Bustamante y Piedras Blancas y noreste del cantón.	Terrenos propensos a deslizamientos
	Relleno Volcánico del Valle Central	Margen del río Virilla desde Ciudad Colón hasta la confluencia con el río Picagres.	Relieve plano ondulado. A pesar de ser denominado Valle no lo es, es una fosa tectónica por la presencia de una falla a lo largo del pie de la Sierra Volcánica Central.
	Restos de Topografía Plana Formados por Ignimbritas	San Isidro de Chucás	Superficie casi horizontal sin ríos ni quebradas.
Origen de Acción Intrusiva		Macizo Escazú, en el sector este del cantón, entre Ciudad Colón y Piedras Blancas.	Laderas de fuerte pendiente, rocas meteorizadas

Fuente: Elaboración con base a IFAM (S.F)

Otro aspecto físico importante del cantón es su sistema fluvial, el cual pertenece a la vertiente del Pacífico contando con las cuencas del río Grande de Tárcoles y el río Pirrís. Son afluentes de la cuenca del río Grande de Tárcoles los ríos Pacacua, Jaris, Picagres, las dos quebradas Grandes, Quebrada Honda y Quebrada Muerte, río Virilla, río Grande y Río Chucás. Por su parte los afluentes de la cuenca Pirrís son el río Tabarcia, el río Negro, río Cañas, Quebrada Mina, Quebrada Mónica y Quebrada Grande, río Jorco, río Viejo y río Claras (IFAM, s.f).

Por otra parte, es necesario indicar que el cantón de Mora cuenta con el territorio indígena de Quitirrisí, el cual según se mencionó anteriormente pertenece a la cultura Huetar. Este territorio es la única localidad del Valle Central en la que se ha mantenido la población indígena y sus tradiciones.

Quitirrisí se estipuló como Reserva Indígena en el Decreto Ejecutivo Número 6036-G, publicado en La Gaceta Nº 113 del 12 de junio de 1976, posteriormente en el Decreto Ejecutivo Nº 10707-G, publicado en La Gaceta Nº 210 del 8 de noviembre de 1979 se delimita como “Caserío Indígena”. En el año 2001 se modificó el Decreto Nº 10707-G estableciendo la delimitación geográfica y las coordenadas de localización, dejando estipulada el área geográfica y jurídica de acción de la Asociación de Desarrollo Integral Indígena de Quitirrisí.

Moreno (2008) producto de la investigación “Percepción de discriminación social e identidad étnica en indígenas huetares de Quitirrisí” del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, plantea que Quitirrisí ha vivido un proceso de aculturación lo que caracteriza a este territorio indígena como bicultural, manteniendo aspectos de sus antepasados



pero a la vez han adoptado prácticas del grupo “blanco mestizo”. Refiere que este grupo cuenta con aspectos subjetivos que refuerzan su identidad étnica más que con elementos visibles como vestimenta, religión e idioma.

Al tratar el tema indígena es importante mencionar la diferencia entre territorio y pueblo indígena. El primero se refiere a una variable geográfica, corresponde a un área espacial creada por ley o por decreto ejecutivo y suele tener límites naturales, destinado a que las poblaciones indígenas puedan desarrollarse según sus costumbres y tradiciones. Por su parte el pueblo indígena se refiere a una variable cultural, donde coinciden idioma, comidas, tradiciones, ascendencia, historia y origen común, religiosidad, creencias, valores, visión de mundo, entre otros aspectos que les caracteriza como pueblo (INEC;2012).

El territorio indígena de Quitirrisí comprende las comunidades de Poblado Quebrada Honda, Caserío San Martín, Comunidad Indígena Quitirrisí, Poblado Bajo Morado, Barrio Cañas y Poblado Salitral.

Con respecto a la hidrografía del cantón datos del IFAM (s.f.) indican lo siguiente:

El sistema fluvial del cantón de Mora corresponde a la vertiente del Pacífico, el cual pertenece a las cuencas de los ríos Grande de Tárcos y Pirrís.

La primera es drenada por los ríos Pacacua, Jaris, y Picagres con sus afluentes las dos quebradas Grandes; lo mismo que por las quebradas Honda y Muerte; los cuales son afluentes del río Virilla; este último junto con el Grande dan origen al río Grande de Tárcos, al cual se le une el río Chucás. El río Jaris, Pacacua, las quebradas Honda y fila Diamante, los cuales presentan un rumbo de sureste a noroeste. Los ríos Virilla, Grande de Tárcos, Chucás, y las quebradas Grandes y Muerte son límites cantonales; el primero con Alajuela; el segundo con Atenas, ambos de la provincia Alajuela; el tercero con Turrubares y Puriscal; la cuarta con el cantón citado anteriormente y la última con Santa Ana.

La cuenca del río Pirrís es irrigada por el río Tabarcia con sus afluentes, los ríos Negro, Cañas y las quebradas Mina, Mónica y Grande; así como por el río Jorco y el río Viejo con su tributario río Claras. Los ríos Viejo, Claras y las citadas quebradas nacen en el cantón, en la ladera oeste de los cerros Escazú, los cuales presentan una dirección de norte a sur y de noreste a suroeste. Los ríos Negro, Jorco, Viejo y Tabarcia, son límites cantonales; los dos primeros, con Acosta; y los otros con Puriscal.



Figura 4 Mapa cantón de Mora y sus Distritos, 2023



Fuente: Adaptado de <https://www.snitcr.go.cr/>

Territorio indígena Quitirrisí

Lo que hoy es el cantón de Mora en la época precolombina era habitado por indígenas del reino de los Huetares, quienes se caracterizaban por tener espíritu belicoso. Entre los siglos XVI y XVII los españoles trasladan el poblado indígena ubicado en Tabarcia al lugar conocido actualmente como Quitirrisí.

Se ubica a 10 kilómetros del centro de Ciudad Colón, cuenta con una carretera que facilita el acceso al lugar y dentro del territorio los caminos son de lastre o piedra. El territorio es atravesado por la carretera que comunica Ciudad Colón con Puriscal, lo cual según Moreno (2008) genera dificultad para ubicar un centro de reunión o espacios sociales que construyan comunidad.

En la Ley Indígena Número 6172 se define como persona indígena: “las personas que constituyen grupos étnicos descendientes directos de las civilizaciones precolombinas y que conservan su propia identidad” (artículo 1). En este mismo artículo se consignan los Decretos Ejecutivos en los cuales se declaró como “reserva indígena” cada uno de los territorios destinados para estas poblaciones.

En el caso de Quitirrisí se estipuló como Reserva Indígena en el Decreto Ejecutivo Número 6036-G, publicado en La Gaceta N° 113 del 12 de Junio de 1976, posteriormente en el Decreto Ejecutivo



Nº 10707-G, publicado en La Gaceta Nº 210 del 8 de noviembre de 1979 se delimita como “Caserío Indígena”. En el año 2001 se modificó el Decreto Nº 10707-G estableciendo la delimitación geográfica y las coordenadas de localización, dejando estipulada el área geográfica y jurídica de acción de la Asociación de Desarrollo Integral Indígena de Quitirrisí.

La Ley Nº 9269 establece a Quitirrisí como el séptimo distrito del catón de Mora, publicada en La Gaceta Nº 204, del jueves 23 de octubre del 2014. Éste comprende los caseríos de San Juan, San Martín, Cañas y Quebrada Honda, el artículo 2 de la Ley indica sus límites y coordenadas geográficas.

Moreno (2008) producto de la investigación “Percepción de discriminación social e identidad étnica en indígenas Huetares de Quitirrisí” del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, plantea que Quitirrisí ha vivido un proceso de aculturación lo que caracteriza a este territorio indígena como bicultural, manteniendo aspectos de sus antepasados, pero a la vez han adoptado prácticas del grupo “blanco mestizo”. Refiere que este grupo cuenta con aspectos subjetivos que refuerzan su identidad étnica más que con elementos visibles como vestimenta, religión e idioma.

Para caracterizar el territorio y la población indígena de Quitirrisí se presentan a continuación datos del Censo 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), en el cual se incluyeron variables para detallar información sobre los 24 territorios indígenas de Costa Rica. Antes de iniciar con la descripción de los datos es importante mencionar la diferencia entre territorio y pueblo indígena. El primero se refiere a una variable geográfica, corresponde a un área espacial creada por ley o por decreto ejecutivo y suele tener límites naturales, destinado a que las poblaciones indígenas puedan desarrollarse según sus costumbres y tradiciones. Por su parte el pueblo indígena se refiere a una variable cultural, donde coinciden idioma, comidas, tradiciones, ascendencia, historia y origen común, religiosidad, creencias, valores, visión de mundo, entre otros aspectos que les caracteriza como pueblo (INEC, 2012).

El territorio indígena de Quitirrisí comprende las comunidades de Poblado Quebrada Honda, Caserío San Martín, Comunidad Indígena Quitirrisí, Poblado Bajo Morado, Barrio Cañas y Poblado Salitral.

El Censo 2011 estima que en el territorio indígena de Quitirrisí habitan unas 1.965 personas, lo que representa un 4,9% del total de personas que residen en territorios indígenas del país. El territorio tiene una densidad poblacional de 74 habitantes por cada kilómetro cuadrado. Un 0,7% de la población del territorio habla el idioma indígena.

De las personas que habitan aquí 999 son personas indígenas, es decir 50,8% y 966 son personas no indígenas para un 49,2%. Es importante anotar que de acuerdo con la ficha metodológica del Censo 2011 la definición de las personas como indígenas o no, depende de si ellas mismas se autoidentificaron como tales.



Otra clasificación que se realiza es la pertenencia de las personas que se autoidentificaron como indígenas a un pueblo. En este caso, 989 personas refirieron pertenecer a un pueblo y 10 indicaron no pertenecer a ningún pueblo.

En Quitirrisí el porcentaje de hogares con jefe o cónyuge no indígena residentes en territorio indígena es de 39,8%.

La relación de dependencia demográfica es de 49,1 personas de 0 a 14 años y de 65 y más años por cada cien personas de 15 años a 64 años de edad. Por su parte, la relación hombres-mujeres es de 98,7 hombres por cada 100 mujeres.

Con respecto a la población inmigrante internacional se tiene que un 4,2% del total de la población es nacida en el extranjero.

Entre otros indicadores demográficos se encuentran el promedio de hijos o hijas por mujer y el promedio de hijos por mujer en edad fértil. Para el primero se tiene 2,3 hijos nacidos vivos de mujeres de 15 años y más con respecto al total de mujeres de 15 años y más. El segundo hace referencia sólo a los hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años de edad (edad fértil), en este caso es 1,7.

Vinculado a lo anterior se tiene que un 2,4% de las adolescentes de Quitirrisí son madres y un 1,7% son adolescentes en unión.

En Quitirrisí la mayoría de la población se encuentra asegurada para un 92,8% y un 7,2% no cuenta con seguro social.

De la población asegurada el 19,3% es asalariada, 7,5% es por cuenta propia, 1,1% es por Régimen No Contributivo, 3,9% está pensionada, 34,9% familiar, 23,6% por el Estado y un 2,6% por otras formas.

El Censo 2011 también consideró entre sus variables la discapacidad, del total de la población de Quitirrisí 1.689 no tienen ninguna discapacidad y un 14% con al menos una discapacidad. El orden de incidencia de cada una de las discapacidades es el siguiente: discapacidad para ver, discapacidad para caminar o subir gradas, para oír, para utilizar brazos y manos, de tipo intelectual, para hablar y de tipo mental.

En el plano educativo, el porcentaje de alfabetización es de 95,7%. Las y los pobladores mayores de 15 años tienen un promedio de 7 años aprobados en educación regular. La educación general básica es un aspecto fundamental para el desarrollo de las personas, ésta incluye desde la primaria hasta tercer año de secundaria, en Quitirrisí del total de la población de 5 a 15 años de edad el 71,7% asiste a escuela o colegio hasta tercer año. Vinculado a lo anterior se tiene que un 0,6% de esa población que asiste a la Educación General Básica habla el idioma indígena.

Por otra parte, de la población de 13 a 24 años de edad el 6% asiste a la modalidad de educación abierta. Con respecto a la secundaria, como indicador se tiene que el 40,1% de la población indígena mayor de 17 años, tiene al menos un año aprobado de secundaria y un 18,7% tiene aprobado la secundaria completa.



Otro indicador en el ámbito educativo vinculado al mundo del trabajo es el porcentaje de población de 17 a 24 años que además de estar en el sistema educativo formal trabajan, que para el año 2011 fue de 12,7. Finalmente es importante considerar que de la población entre 7 y 17 años el 21,2% presenta rezago escolar.

Un aspecto muy importante que puede vincularse con los procesos educativos es el acceso a la tecnología de la información y la comunicación. Según el Censo, para el año 2011 de la población de Quitirrisí el 58,5% tenía acceso a servicio de telefonía celular, 28% a computadora y 23,7% a Internet.

En otra esfera se abarcan algunos indicadores económicos. Para iniciar se tiene que la población mayor de 15 años en Quitirrisí es de 1472. La Tasa de Participación hace referencia a la relación porcentual de la población en fuerza de trabajo de 15 años y más, respecto al total de población de 15 años y más, ésta para el año 2011 fue de 49%.

La tasa de ocupación involucra la razón entre la población de 15 años y más ocupada con respecto al total de personas en ese rango de edad. Para el año 2011 en la comunidad indígena de Quitirrisí era de 46,1%. Del total de la población ocupada el 66% cuenta con seguro directo y 6,9% no cuenta con seguro.

El porcentaje del total de la población de 15 años y más de Quitirrisí que se encuentra fuera de la Fuerza de Trabajo es un 51%. La relación de dependencia económica se calcula sumando la población de 0 a 14 años y de 15 años y más fuera de la fuerza de trabajo, por cada cien personas de 15 años y más en la fuerza de trabajo, siendo así, como lo señala el Censo 2011 para Quitirrisí se da una relación de dependencia de 172,5 personas.

Otro dato importante es el porcentaje de hogares que realizan actividades agropecuarias, para el año 2011 15,6% de los hogares de Quitirrisí son productivos, lo que significa que realizan alguna actividad agropecuaria como parcela, finca, cultivo y ganado.

En este mismo campo se hace referencia a indicadores del empleo agrícola. Un total de 96 personas manifestaron para el Censo 2011 dedicarse a labores agrícolas, de ellas un 97,9% son hombres y un 2,1% son mujeres.

Por otra parte, se contabilizó la satisfacción de las necesidades básicas de los hogares las que incluyen acceso a albergue digno, acceso a vida saludable, acceso al conocimiento y acceso a otros bienes y servicios. Con un total de 576 hogares, el 34,9% se encuentra con al menos una necesidad básica insatisfecha, según el Censo 2011.

Con respecto a la categoría vivienda el Censo 2011 devela que en Quitirrisí hay un promedio de 3,5 personas por vivienda. Además, el 4% de las viviendas tienen hacinamiento.

En cuanto al estado de las viviendas de esta localidad se tiene que el 54,9% se califican como en buen estado y un 13,4% en mal estado. Aunado a ello, el 89,4% de las viviendas cuentan con tanque séptico y el 8,1% tienen pozo negro o letrina.



El acceso a servicios básicos es fundamental en las comunidades, del Censo 2011 se deriva que el 88,7% de las viviendas cuentan con acceso a agua proveniente de acueducto y un 98,4% de las viviendas cuentan con acceso a electricidad.

De esta forma, se constata que la comunidad de Quitirrisí además de sus condiciones culturales posee características demográficas, económicas y sociales que la hacen particular tanto a nivel cantonal como parte de todos los territorios indígenas.

Resumen características geográficas

Indicador	Datos de interés			
Extensión territorial Km2	162 km2			
Organización territorial	Provincia	Cantón	Distritos	
	San José	Mora	Colón, Guayabo, Tabarcia, Piedras Negras, Picagres, Jaris y Quitirrisí.	
Límites geográficos	Norte	Sur	Este	Oeste
	Alajuela	Acosta	Santa Ana	Puriscal
Territorios indígenas	<p>Territorio: Quitirrisí Pueblo indígena: Huetar. Ubicación: 10 km al sur de Ciudad Colón. Legislación: se estipuló como Reserva Indígena en el Decreto Ejecutivo Número 6036-G, publicado en La Gaceta N° 113 del 12 de Junio de 1976, posteriormente en el Decreto Ejecutivo N° 10707-G, publicado en La Gaceta N° 210 del 8 de noviembre de 1979 se delimita como “Caserío Indígena”. En el año 2001 se modificó el Decreto N° 10707-G estableciendo la delimitación geográfica y las coordenadas de localización, dejando estipulada el área geográfica y jurídica de acción de la Asociación de Desarrollo Integral Indígena de Quitirrisí. La Ley N° 9269 establece a Quitirrisí como el séptimo distrito del catón de Mora, publicada en La Gaceta N° 204, del jueves 23 de octubre del 2014. Éste comprende los caseríos de San Juan, San Martín, Cañas y Quebrada Honda. Población: 1.965 personas, lo que representa un 4,9% del total de personas que residen en territorios indígenas del país. Densidad poblacional: El territorio tiene una densidad poblacional de 74 habitantes por cada kilómetro cuadrado.</p>			



Indicador	Datos de interés
Plan regulador	Zonificación: Zona Residencial, Zona Residencial Media Densidad, Zona Residencial de Baja Densidad con restricciones, Zona Comercial, Zona Comercial Residencial, Zona Industrial, Zona Público Institucional, Zona Área Verde, Zona Agrícola, Zona de Restricciones, Zona Resto del Distrito Nota: Plan regulador de Mora, Gaceta N° 205 27/10/1993 - Gaceta N° 182 22/09/2008. Actualmente en proceso de actualización



6.2. Descripción de las características demográficas

Según el Censo Nacional de Población (INEC, 2012) el cantón de Mora en el año 2000 tenía una población de 21.666 habitantes y para el año 2011 de 26.294. Según las proyecciones nacionales de las estadísticas demográficas del INEC (2022), para el año 2022 se proyectó un total de 30750 habitantes en el cantón de Mora. El grupo de edad de mayor cantidad de personas es el de personas jóvenes de 30 a 34 años y el de menor es el de personas mayores de 70 a 74 años.

Cuadro 44 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según distrito, 2022

Cantón/distrito	Total	Grupos de edades															
		0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 y más
Mora	30.759	1.842	1.992	1.908	1.807	2.304	2.659	2.828	2.698	2.361	2.033	1.901	1.809	1.508	1.145	761	1.203
Colón	17.411	999	1.087	1.033	947	1.282	1.500	1.647	1.607	1.393	1.182	1.094	1.033	852	632	415	708
Guayabo	5.414	347	368	358	355	419	482	479	432	384	341	326	313	263	203	139	205
Tabarcia	5.160	335	368	354	341	403	450	448	409	362	321	306	297	249	191	131	195
Piedras Negras	498	32	31	31	32	37	40	45	45	40	31	30	30	26	20	12	16
Picagres	899	51	57	55	52	60	71	80	76	71	64	60	56	48	39	26	33
Jaris	1.377	78	81	77	80	103	116	129	129	111	94	85	80	70	60	38	46

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2022).

De esta manera, la población de Mora representa un 0,59% de la totalidad del país (5.213.362). A su vez, del total de la población del cantón el 56,6% se ubica en el distrito Colón, 17,6% en Guayabo, 16,8% en Tabarcia, 1,6% en Piedras Negras, 2,9% en Picagres y 4,5% en Jaris.

Por otra parte, en cuanto a la distribución por sexo de dicha proyección se tiene que 15.308 son hombres para un 49,77% y 15.451 son mujeres para un 50,23%. En el siguiente cuadro se muestra el detalle por grupo de edad, sexo y distrito.



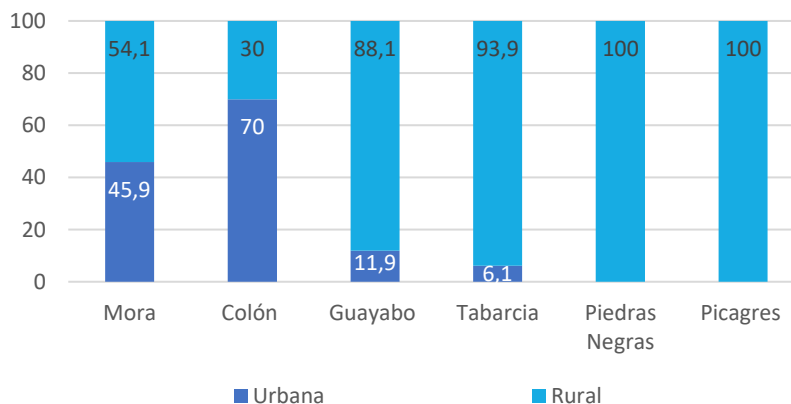
Cuadro 45 Mora: Población total proyectada al 30 de junio por grupo de edad según sexo y distrito, 2022

Cantón, distrito y sexo	Total	Grupos de edad															
		0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 y más
Hombres Mora	15.308	938	1.006	983	930	1.146	1.335	1.431	1.367	1.158	1.006	910	863	754	561	359	561
Colón	8.674	510	554	536	489	642	754	833	813	684	583	522	494	426	309	195	330
Guayabo	2.691	177	186	185	184	207	239	241	218	188	168	156	150	132	99	65	96
Tabarcia	2.556	171	178	177	175	200	227	227	207	178	159	146	141	124	93	62	91
Piedras Negras	263	16	17	18	18	20	23	25	23	19	16	15	14	13	10	7	9
Picagres	450	26	32	30	26	29	36	41	38	35	32	28	26	24	19	13	15
Jaris	674	38	39	37	38	48	56	64	68	54	48	43	38	35	31	17	20
Mujeres Mora	15.451	904	986	925	877	1.158	1.324	1.397	1.331	1.203	1.027	991	946	754	584	402	642
Colón	8.737	489	533	497	458	640	746	814	794	709	599	572	539	426	323	220	378
Guayabo	2.723	170	182	173	171	212	243	238	214	196	173	170	163	131	104	74	109
Tabarcia	2.604	164	190	177	166	203	223	221	202	184	162	160	156	125	98	69	104
Piedras Negras	235	16	14	13	14	17	17	20	22	21	15	15	16	13	10	5	7
Picagres	449	25	25	25	26	31	35	39	38	36	32	32	30	24	20	13	18
Jaris	703	40	42	40	42	55	60	65	61	57	46	42	42	35	29	21	26

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2022).

Con datos del Censo 2011 se clasificó que el 45,9% de la población del cantón reside en área urbana y el 54,1% en área rural. La población que reside en área urbana se concentra en los distritos de Colón, Guayabo y Tabarcia, mientras que la rural en Piedras Negras y Picagres.

Gráfico 19 Mora: Proporción de población por zona según distrito, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2011).



De los tres distritos que tienen zona urbana el distrito Colón, cabecera de cantón, es el que cuenta con mayor proporción de población ubicada en esta zona. El distrito de Guayabo tiene un 11,9% de población en zona urbana y un 88,1 en zona rural. Para Tabarcia el porcentaje de población urbana es del 6,1% y el 93,9% corresponde a zona rural.

La distribución por zona de residencia y sexo en números absolutos se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 46 Mora: Distribución de la población total por zona y sexo según distrito, 2011

Cantón / Distrito	Urbana			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Mora	12.079	5.767	6.312	14.215	6.947	7.268
Colón	11.263	5.384	5.879	4.825	2.360	2.465
Guayabo	529	241	288	3.920	1.881	2.039
Tabarcia	287	142	145	4.416	2.154	2.262
Piedras Negras	0	0	0	379	201	178
Picagres	0	0	0	675	351	324

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2011).

Otra de las formas de distribuir la población es a través del curso de vida, en el cantón el mayor porcentaje de población se ubica en las personas adultas entre 20 y 64 años.

Cuadro 47 Mora: Distribución de la población según curso de vida, 2022

Grupo edad por curso de vida	Número	Porcentaje
Menores de 1 año	334	1%
1 a 9 años	3.500	11%
10 a 19 años	3.715	12%
20 a 64 años	20.101	65%
Mayores de 65 años	3.109	10%
Total	30.759	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2022).

Del total de población 334 son personas menores de 1 año que es 1% del total de población. En cuanto a la distribución relativa de la proyección población detallada por grupo quinquenal y sexo, los distritos de Colón, Guayabo, Tabarcia y Picagres mantienen esa misma tendencia, en



Jaris se tiene 104 mujeres por cada 100 hombres, caso contrario en Piedras Negras con 89 mujeres por cada 100 hombres.

Cuadro 48 Mora: Razón Mujer - Hombre por proyección poblacional según distrito, 2022

Cantón/Distrito			Razón
	Hombres	Mujeres	M/H
Mora	15.308	15.451	101
Colón	8.674	8.737	101
Guayabo	2.691	2.723	101
Tabarcia	2.556	2.604	102
Piedras Negras	263	235	89
Picagres	450	449	100
Jaris	674	703	104

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, (2022).

Otro dato demográfico de importancia es la razón de dependencia demográfica, el INEC (2012) la define como la cantidad de personas que se encuentran en las edades de 0 a 14 años y mayores de 65 años con respecto a cada cien personas de 15 a 64 años, es decir, a las personas con edades productivas.

En el país esta relación es de 47 personas en edad dependiente por cada cien personas en edad productiva. Para la Región Central Sur la relación es de 42,3 personas en condición de dependencia por cada cien en edades productivas.

Según las proyecciones de población del INEC (2022) en el cantón de Mora se tiene que para el año 2022, 5.275 personas eran menores de 15 años y 3109 mayores de 65 años, las cuales se consideran como población dependiente y 21.908 personas se encontraban en el rango de 15 a menos de 65 años, con ello se tiene una relación de 40,4 personas dependientes por cada cien personas en edades productivas.



Cuadro 49 Mora: Razón de dependencia demográfica por proyección poblacional según distrito, 2022

Cantón / Distrito	Población			Razón de Dependencia Demográfica
	Menor de 15 años	Mayor de 15 y menor de 65 años	Mayor de 65 años	
Mora	5.742	21.908	3.109	40,4
Colón	3.119	12.537	1.755	38,9
Guayabo	1.073	3.794	547	42,7
Tabarcia	1.057	3.586	517	43,9
Piedras Negras	94	356	48	39,9
Picagres	163	638	98	40,9
Jaris	236	997	144	38,1

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2022).

Del cuadro anterior, se destaca que Tabarcia es el distrito en el que la razón de dependencia demográfica es mayor con 43,9 personas por cada cien en edad productiva. El de menor dependencia es Jaris.

Vinculado al indicador anterior se encuentra la razón de envejecimiento, esta hace referencia a cantidad de personas mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años. Para el cantón es de 54,1 personas. Los datos por distrito son los siguientes.

Cuadro 50 Mora: Razón de envejecimiento según distrito, 2022

Cantón / Distrito	Razón de envejecimiento
Mora	54,1
Colón	56,3
Guayabo	51,0
Tabarcia	48,9
Piedras Negras	51,1
Picagres	60,1
Jaris	61,0

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2022).



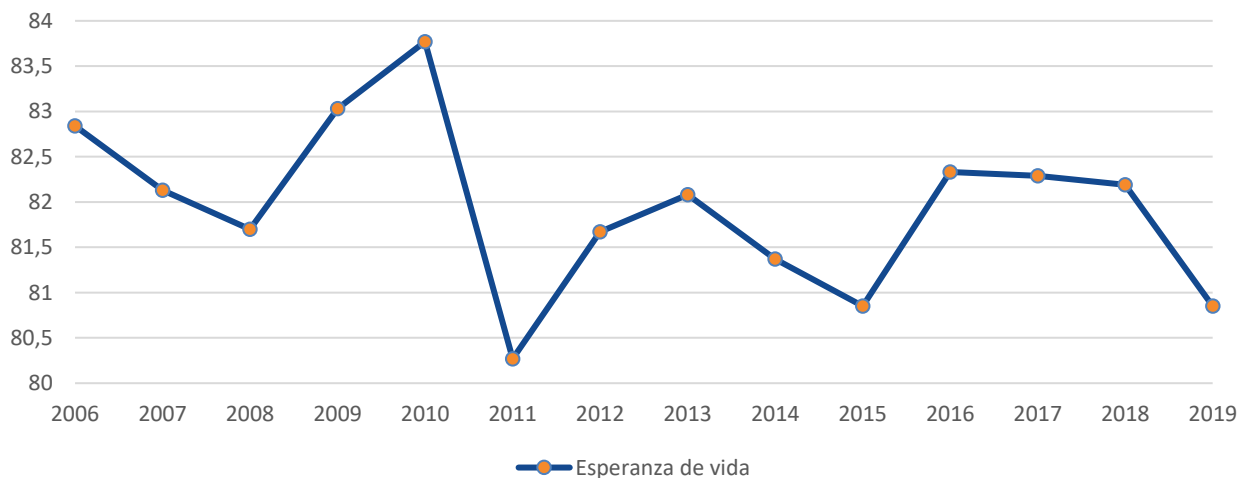
El distrito con la menor razón de envejecimiento es Tabarcia con 48,9 personas mayores de 65 años por cada 100 menor de 15 años. En Jaris es de 61 personas siendo el distrito en el que es mayor.

En esta línea, es preciso hacer referencia al porcentaje de población mayor, según las proyecciones en Costa Rica es de 9,61%, ya que la población total es de 5.213.362 personas y de ellas 501.143 son mayores de 65 años.

En el cantón de Mora la proporción es mayor, del total de población proyectada para el año 2022 30.759, son personas mayores 3.109, representando un 10%. En los distritos de Colón, Guayabo, Tabarcia, Piedras Negras y Jaris también el porcentaje de población mayor es de 10% y en distrito de Picagres es de 11%.

Vinculado al tema de las personas mayores se hace referencia a la esperanza de vida al nacer, según datos del PNUD y estadística de la Universidad de Costa Rica para el periodo 2006-2019 en el cantón se ha fluctuado entre 80,27 años y 83,77. En el siguiente gráfico se muestra este indicador por año.

Gráfico 20 Mora: Esperanza de vida al nacer, 2006-2019



Fuente: PNUD, UCR.

Los años 2011, 2015 y 2019 son los de menor esperanza en el periodo y los años 2006, 2009 y 2010 los de mayor esperanza de vida. Llama la atención que del año 2016 al 2019 se muestra una tendencia a la baja en este indicador.

Parte de los componentes de las características demográficas de la población es la fecundidad, la tasa específica de fecundidad por edad o por grupo etario (15 a 49 años) se calcula como la razón entre el número anual de nacimientos en mujeres de determinada edad o grupo etario y



la población de mujeres de la misma edad o grupo etario, en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica por 1.000.

Cuadro 51 Mora: Tasa específica de fecundidad según grupo de edad, 2021

(Tasa por 1.000 habitantes)

Grupo de edad	TEF
15-19	25
20-24	48
25-29	74
30-34	72
35-40	38
40-44	6
45-49	1

Fuente: INEC, 2022.

Para el cantón de Mora la mayor tasa específica de fecundidad es el grupo de edad de 25 a 29 años, en el cual por cada 1.000 mujeres de esa edad ocurren 74 nacimientos, le sigue el grupo de 30 a 34 años con 72 nacimientos por cada 1.000 mujeres en esta edad y en tercer lugar se encuentran los nacimientos en mujeres de 20 a 24 años con 48 nacimientos por cada 1.000 mujeres de este rango. Por su parte en cuanto a los nacimientos en mujeres adolescentes, la tasa específica es de 25 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes.

La tasa de fecundidad global para el 2021 del cantón de Mora es 1,3 hijos, lo que significa que el promedio de hijos en los grupos de mujeres de ese año es de 1,3. Su cálculo se realiza quintuplicando la suma si las tasas específicas de fecundidad corresponden a grupos etáreos de cinco años de intervalo.

Asimismo, la tasa de natalidad se calcula a través de la razón entre el número de nacidos vivos en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000. En el año 2021 la tasa de natalidad fue de 9,2 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Por otra parte, es necesario tomar en consideración indicadores relacionados con la mortalidad; para ello se detalla la cantidad de defunciones para el año 2021, en el cantón se presentaron un total de 194 defunciones, seguidamente el desglose por distrito.



Cuadro 52 Mora: Distribución de defunciones según Distrito, 2021

Cantón / Distrito	Defunciones	Frecuencia
Mora	194	100%
Colón	116	60%
Guayabo	27	14%
Tabarcia	34	18%
Piedras Negras	2	1%
Picagres	7	4%
Jaris	2	1%
Quitirrisí	6	3%

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, Costa Rica (2023).

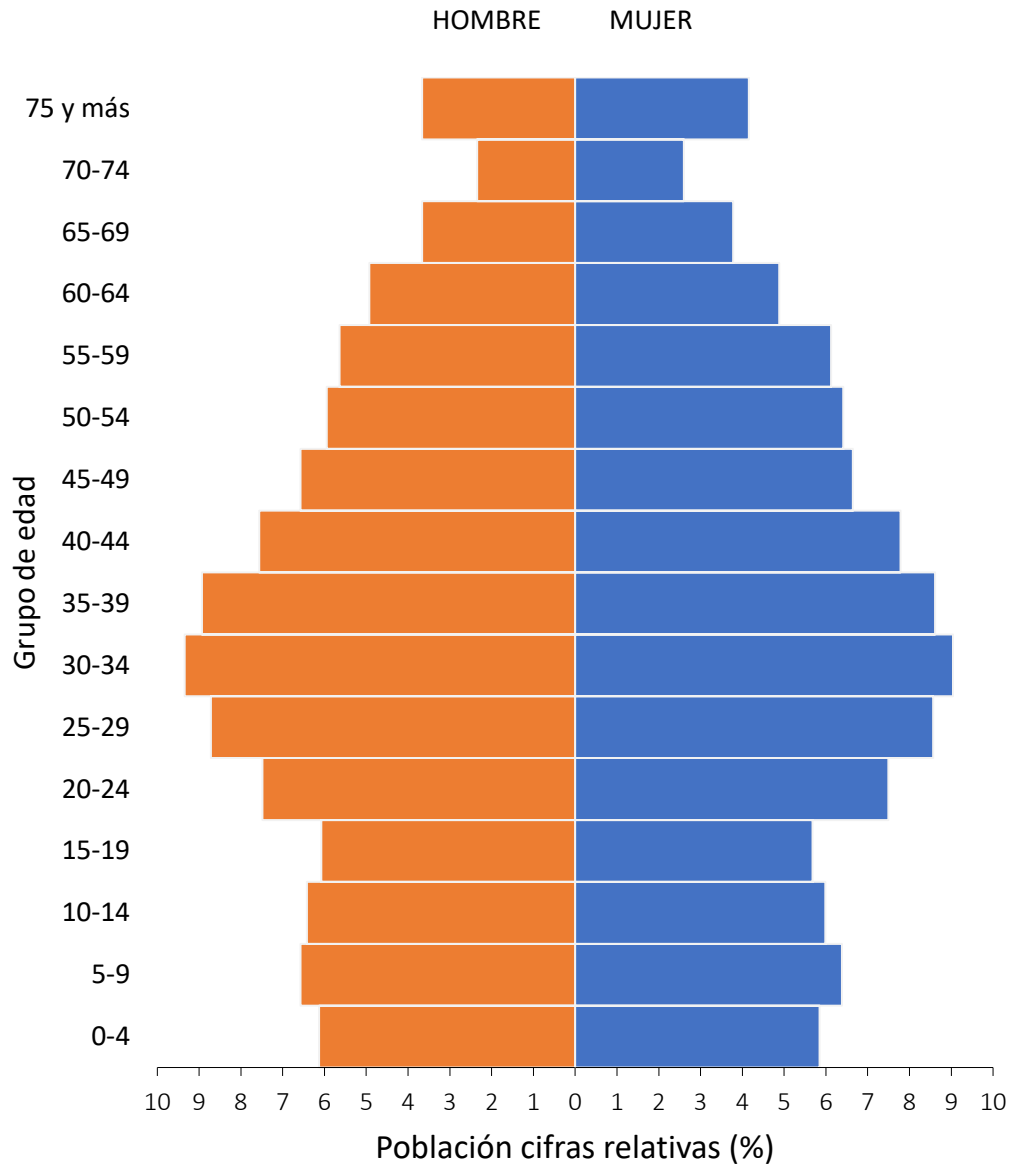
De acuerdo con esta cantidad de defunciones y la proyección de población para el año 2021, se calcula la tasa bruta de mortalidad, entendida como la razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000. Siendo así la tasa bruta de mortalidad en el cantón de Mora para el año 2021 fue de 6,4 muertes por mil habitantes.

Acerca de la densidad poblacional del cantón de Mora, la cual de acuerdo con la población proyectada para el año 2022 (30.759 habitantes) y los datos del Instituto Geográfico Nacional de extensión territorial (163,47 km²), es de 188,2 habitantes por kilómetro cuadrado.

La pirámide poblacional constituye un instrumento fundamental para la toma de decisiones en determinada localidad, seguidamente se presenta la pirámide para el cantón de Mora del año 2022.



Gráfico 21 Mora: Pirámide de Población proyectada por sexo según grupo de edad quinquenal, 2022



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2022).



La pirámide poblacional da cuenta de la extensión en la población entre los 20 y los 44 años, siendo personas en edad económica activa. En general no se muestran mayores diferencias entre la cantidad de mujeres y la cantidad de hombres.

Consecuentemente, la razón mujer-hombre es de 101 mujeres por cada 100 hombres existentes en la población total.



6.3. Descripción de las características socioeconómicas

6.3.1. Organización Política Local

Con respecto a las autoridades locales en el cantón de Mora, al igual que el resto del país, su principal figura política es el Municipio, este se rige a partir de la Constitución Política, la Ley 7794 sobre el Código Municipal y la Ley 4366 sobre la División Territorial Administrativa, según la CEPAL (2023) la administración de cada cantón de Costa Rica está a cargo del gobierno municipal, el cual está compuesto por un cuerpo deliberativo denominado Concejo e integrado por los regidores y regidoras, además, por un alcalde o alcaldesa y su respectivo suplente, quienes son de elección popular, la Municipalidad cuenta con autonomía política, administrativa y financiera. Para el Gobierno Local de Mora vigente tras las elecciones del año 2020, la alcaldía está en manos del Partido Nueva Generación, el cual es de cobertura nacional.

Por su parte, dentro del Consejo Municipal las personas regidoras son representantes de los partidos políticos:

- Partido Unidos para el Desarrollo (PUEDE)
- Partido Unidad Social Cristiana (PUSC)
- Partido Nueva Generación (PNG)
- Partido Comunal Unido (PCU)

Las organizaciones públicas son fundamentales para el desarrollo local y la atención de las necesidades de la población, en esta línea MIDEPLAN (2010) define el sector público como el conjunto total de las organizaciones públicas, integrado por los Poderes de la República, las instituciones autónomas, las municipalidades, los Bancos del Estado, las empresas y otras instituciones públicas no estatales. De esta forma, se presenta el listado de las organizaciones públicas con presencia en el cantón.

1. Ministerio de Salud, Área Rectora de Salud Mora.
2. Ministerio de Salud, CEN-CINAI.
3. Ministerio de Educación Pública, Dirección Regional Puriscal, Circuito 04 y 05, en total 24 centros educativos, 18 de primaria y 6 de secundaria.
 - Escuela Los Altos
 - Escuela Bajo Loaiza
 - Escuela Brasil De Mora
 - Escuela Corralar De Mora



- Escuela Jacinto Mora Gómez
 - Escuela Santiago Alpízar Jiménez
 - Escuela Adela Rodríguez Venegas
 - Escuela San Bosco De Mora
 - Escuela Manuel Bustamante Vargas
 - Escuela Morado
 - Escuela José María Cañas
 - Escuela Ninfa Cabezas González
 - Escuela El Rodeo
 - Escuela Lisímaco Chavarría Palma
 - Escuela Rogelio Fernández Güell
 - Escuela Llano Grande
 - Escuela Luis Monge Madrigal
 - Escuela Esteban Lorenzo Delcoro
 - Liceo Picagres De Mora
 - Liceo Diurno Ciudad Colon
 - Colegio De Tabarcia
 - Nocturno De Ciudad Colon
 - Liceo Rural Jaris
 - C.T.P. De Mora
4. Ministerio de Seguridad Pública, Delegación Policial de Mora.
 5. Ministerio de Agricultura y Ganadería, Agencia Mora.
 6. Ministerio de Gobernación y Policía, Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO), Oficina subregional de Ciudad Colón
 7. Poder Judicial, Juzgado Contravencional y Menor Cuantía de Mora.
 8. Municipalidad de Mora.
 9. Caja Costarricense de Seguro Social.
 10. Instituto Mixto de Ayuda Social, Unidad Local de Desarrollo Social Puriscal.
 11. Patronato Nacional de la Infancia, Oficina Local de Santa Ana.
 12. Instituto Nacional de Aprendizaje, sede Ciudad Colón.
 13. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)
 14. Instituto Costarricense de Electricidad (ICE)
 15. Cruz Roja Costarricense, Comité Auxiliar Mora, Comité Auxiliar de Tabarcia.
 16. Instituto Costarricense de Deporte y la Recreación (ICODER), Comité de Deportes y Recreación Mora (CODERMO)
 17. Banco Popular y de Desarrollo Comunal (BPDC).



18. Banco de Costa Rica (BCR).
19. Banco Nacional de Costa Rica (BNCR)

Además de la Institucionalidad pública mencionada anteriormente, en el cantón de Mora se ubica la Universidad para la Paz, la cual fue creada por la Organización de Naciones Unidas, con el propósito de desarrollar programas de postgrado en materia de Derechos Humano y Paz. Asimismo, se ubican 3 centros de educación preescolar privados, un centro educativo de primaria privado y uno que incluye primaria y secundaria.

Por otra parte, en el cantón de Mora se ubica la Organización Misión Rescate, la cual se orienta a la atención de población en situación de vulnerabilidad por consumo de sustancias con el propósito de reducir el daño.

De igual manera, en el distrito Colón del cantón se encuentra el establecimiento Valle de Luz, en el cual se brinda servicio residencial de atención integral a la persona con discapacidad. Para la población mayor se ofrece, dos alternativas de servicios residenciales de atención integral a la persona adulta mayor, la Asociación San Vicente de Paúl y Corazón de Jesús.

En los últimos años la presencia de la empresa privada se ha visto fortalecida en el cantón de Mora, se integran la permanencia de establecimientos de la localidad como el supermercado Super Mora, con establecimientos externos al cantón como Mas x Menos de la cadena Walmart. En el distrito Colón es donde se presenta mayor concentración de empresas privadas y de comercio, entre los principales se encuentran las ubicadas en la zona industrial como Grupo Pro, CIFSA, La Cantera, Terra Equipos, Kal Furniture, Enduro House, Beta Costa Rica, distintas empresas de bodegaje, entre otras.

Al mismo tiempo se ha dado la expansión de centros comerciales, tales como Plaza Vía Colón y Villa Columbus, en los que se ofrecen diversos bienes y servicios de marcas reconocidas a nivel nacional como Heladerías Pops, Restaurante Subway, restaurante Quiznos, Fresh Market, Farmacia Fishel, laboratorios Labin, entre otros.

Por su parte, en los demás distritos del cantón la empresa privada es marcada por emprendimientos locales en el ámbito comercial y por productoras en actividades agropecuarias, lo cual se detalla más adelante en la caracterización de las actividades económicas del cantón.

Para finalizar el apartado de organización política local se hace referencia a la existencia de el único partido político activo en Mora. Se trata del Partido Unidos para el Desarrollo, que utiliza el acrónimo PUEDE, según el Tribunal Supremo de Elecciones (2023) es un partido de escala cantonal, fundado el 10 de noviembre del año 2018, inscrito mediante Resolución DGRE-106-DRPP-2019.



6.3.2. Organización Social

Desde el ámbito de la participación ciudadana Mora cuenta con 29 Asociaciones inscritas ante DINADECO (2023), de ellas 16 son Asociaciones Integrales de Desarrollo, 12 son Asociaciones específicas y una es la Unión Cantonal.

Asimismo, 8 son del distrito Colón, 4 de Guayabo, 6 de Tabarcia, 1 de Piedras Negras, 3 de Picagres, 1 de Jaris y 1 de Quitirrisí. Además, de la Unión Cantonal hay 4 asociaciones más inscritas como específicas, pero a nivel del cantón y no de distrito en los temas de ambiente, Folclor, artesanía y cultura.

Aunado a ello, desde el proceso continuo de mapeo de actores sociales que se realiza en el Área Rectora de Salud Mora se han identificado los siguientes tipos de asociaciones:

- Asociaciones de Desarrollo Integral.
- Asociaciones Específicas de Desarrollo.
- Comités Promejoras.
- ASADA.
- Juntas Pastorales.
- Juntas de Patronato Escolar.
- Juntas de Educación.
- Junta de Salud.
- Comités de Deportes.
- Comités de Salud.
- Comité Procaminos.
- Grupos de personas adultas mayores.
- Comités de Cementerio.
- Juntas Administrativas de centros educativos de secundaria.
- Asociaciones de Agricultores(as), productores(as) y de personas emprendedoras.
- Organizaciones religiosas.
- Organizaciones financieras.
- Organizaciones sobre cultura (música, tradiciones).
- Club de Leones.
- Grupos de mujeres.
- Guías Scout.
- Pastoral Juvenil.
- Comité Cruz Roja.
- Organizaciones ambientales.



El trabajo realizado desde el Área Rectora de Salud Mora con actores sociales ha permitido el mapeo de todas estas organizaciones, las cuales tienen claramente definido su objetivo de conformación y trabajo; en este proceso no se han identificado organizaciones que tengan en su génesis la salud mental como tal. Es decir, no se registran organizaciones de base comunal que estén dirigidas al abordaje de la salud mental.

No obstante, desde la lectura de la salud mental como constructo social dada por la interacción de los determinantes de la salud, se considera que las organizaciones mapeadas y descritas anteriormente inciden directamente en la salud mental de la población.

Las organizaciones dedicadas al desarrollo integral o específico van a tener injerencia en las condiciones del contexto de las personas, en cuestiones de infraestructura comunal y de mejoras en los escenarios comunales. A la vez, esto puede repercutir en la recuperación de espacios públicos para el fortalecimiento de la salud y de la cohesión social.

Por su parte, las demás organizaciones de corte religioso, financiero, cultural y de grupos poblacionales específicos amplían la posibilidad de integración social de la población y de la incidencia en las dimensiones sociales de la salud.

Una característica inherente a la vida social del cantón de Mora es la dimensión cultural, tanto desde el Gobierno local como desde iniciativas comunitarias se ha potenciado la vivencia de la cultura en cuanto a rescate y promoción.

En este sentido, Mora se caracteriza por conservar algunas tradiciones como lo son los festejos cantonales o patronales, los desfiles conmemorativos a fechas importantes y las mascaradas.

De igual manera, en Mora se organizan año a año festivales de arte que incluyen todas sus expresiones. Incluso se han realizado festivales internacionales en la materia y otros específicos como por ejemplo el festival navideño.

Otro componente cultural importante en el cantón es el rescate, valorización y promoción de la cultura Huetar del territorio indígena de Quitirrisí, potenciando tanto la cosmovisión, como la cultura, la cestería y la gastronomía.

Un actor importante en el desarrollo cultural del cantón es La Asociación Específica Pro-Rescate Histórico, Arquitectónico y Cultural de Mora (ADERHAC), la cual se funda y se registra ante DINADECO en el año 2004. Esta Asociación se dedica al desarrollo de cursos en las artes visuales, musicales y coreográficas.

También dentro de sus labores se encuentra la organización de diversas actividades culturales tales como conciertos, festivales culturales y presentaciones artísticas.



6.3.3. Organización Socioeconómica

Como referencia de las actividades económicas, productivas y comerciales del cantón de Mora el Censo 2011, brinda un panorama de la población según rama de actividad, seguidamente se muestra la frecuencia relativa de este indicador por distrito.

Cuadro 53 Mora: Frecuencia relativa de la población según rama de actividad por distrito, 2011

Rama de actividad	Mora	Colón	Guayabo	Tabarcia	Piedras Negras	Picagres
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	8,22%	4,54%	8,65%	17,74%	58,56%	28,84%
Minas y canteras	0,06%	0,06%	0,17%	0,00%	0,00%	0,00%
Industrias manufactureras	8,56%	8,55%	10,75%	6,87%	2,70%	6,98%
Suministro electricidad y gas	1,62%	1,85%	1,02%	0,67%	1,80%	6,05%
Suministro agua, evacu. resid., gestión desech	1,15%	1,28%	0,96%	0,91%	0,90%	0,47%
Construcción	7,54%	7,07%	9,39%	8,38%	0,90%	4,65%
Comerc por mayor y menor, repar vehíc autom y motoc	19,61%	20,67%	18,33%	18,35%	11,71%	8,37%
Transporte y almacenamiento	5,04%	5,89%	2,77%	4,37%	1,80%	1,86%
Alojamiento y servicios de comida	3,86%	3,91%	4,58%	2,98%	0,90%	4,65%
Información y comunicación	2,88%	3,95%	0,79%	0,97%	0,00%	0,47%
Actividades financieras y de seguros	3,87%	4,67%	3,45%	1,46%	0,90%	0,47%
Actividades inmobiliarias	1,07%	1,24%	0,68%	0,91%	0,90%	0,00%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	3,65%	4,82%	1,70%	1,34%	0,00%	0,00%
Actividades administrativas y servicios de apoyo	5,98%	6,14%	5,60%	5,83%	7,21%	4,19%
Admin pública y defensa, planes de seguridad social	5,34%	4,46%	6,45%	7,29%	2,70%	12,09%
Enseñanza	6,58%	6,85%	5,60%	6,62%	0,90%	8,37%
Activ atención salud humana y asistencia social	5,02%	4,96%	6,56%	4,31%	1,80%	1,40%
Activ artísticas de entretenimiento y recreativas	1,00%	1,07%	1,02%	0,43%	3,60%	1,40%
Otras actividades de servicio	2,12%	2,24%	2,43%	1,52%	0,90%	0,93%
Activ de los hogares en calidad de empleadores	6,42%	5,35%	9,05%	8,38%	1,80%	7,91%
Activ de organizaciones y órganos extraterritorial	0,41%	0,43%	0,06%	0,67%	0,00%	0,93%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2012).



La Universidad de Costa Rica a través del índice de competitividad cantonal pondera el desempeño relativo de los cantones en materia económica (UCR, 2017), para el año 2016 el cantón de Mora se ubicó en el puesto 60, de la totalidad de cantones siendo el puesto número 1 el de mayor competitividad.

Las actividades económicas del cantón son diversas, entre las fundamentales se encuentran la agricultura, el comercio, la industria y el turismo. Aunado a ello, el cantón se considera como un espacio dormitorio, ya que gran parte de la población se traslada a otros lugares para laborar.

Por otra parte, la tasa de desempleo abierto es la relación porcentual de la población desocupada de 15 años y más respecto a la población en la fuerza de trabajo. En Mora el 3,2% de la población de 15 años y más se encuentra desocupada.

Cuadro 54 Mora: Tasa de desempleo abierto según distrito, 2011

Cantón y Distrito	Tasa de desempleo abierto
Mora	3,2
Colón	3,2
Guayabo	2,5
Tabarcia	4,1
Piedras Negras	3,5
Picagres	2,3

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2012).

Es importante anotar que las personas desocupadas son aquellas que no se encuentran ocupadas pero que realizan gestiones para obtener algún empleo, incluyendo a quienes están cesantes (que ya habían trabajado anteriormente) y a quienes buscan trabajo por primera vez. El porcentaje mayor se presenta en el distrito de Tabarcia con un 4,1% de la fuerza de trabajo desocupada. Seguidamente el distrito de Piedras Negras, Colón, Guayabo y Picagres.

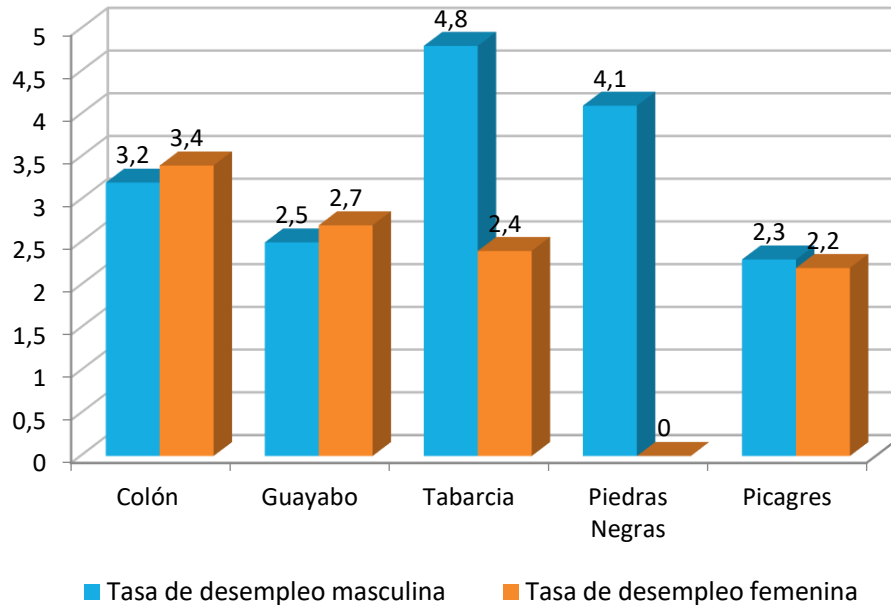
El desempleo abierto según sexo muestra un comportamiento particular. Para el distrito Colón el desempleo masculino y femenino se presentan en grado similar, no obstante, es levemente mayor el femenino, lo mismo sucede en el distrito de Guayabo y en el de Picagres. En Tabarcia ocurre lo contrario ya que el 4,8% de la población masculina de la fuerza de trabajo se encuentran desocupados y el 2,4% de la población femenina de la fuerza de trabajo están en la misma condición.

En el distrito de Piedras Negras se reporta un 4,1 de desempleo abierto masculino y no se reporta desempleo femenino, esto significa que de la población femenina censada de 15 años y más



ninguna manifestó estar desocupada sea cesante o buscando trabajo por primera vez. En el siguiente gráfico se muestra esta información.

Cuadro 55 Mora: Tasa de desempleo abierto por sexo, según distrito, 2011



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC (2012).

Tal como se ha descrito el cantón de Mora posee una amplia extensión territorial, con zonas alejadas características del ámbito rural, esta particularidad ocasiona que el acceso a algunos poblados sea complicado. La Compañía Transportista del Suroeste Limitada (COMTRASULI) es la encargada de prestar el servicio de transporte público contando con las siguientes rutas.

- Ruta 127: San José – Ciudad Colón – San Bosco.
- Ruta 14: San José Puriscal.
- Ruta 159: San José – Tabarcia – Palmichal.
- Ruta 158: San José – Tabarcia – Piedra Blanca.

Además, en el centro urbano de Ciudad Colón funciona una ruta periférica que recorre la cabecera del cantón. También opera otra ruta periférica que comunica Ciudad Colón con Piedades de Santa Ana a cargo de la Compañía de Inversiones La Tapachula S.A

La cobertura del transporte público en estas rutas nacional y cantonal es fundamental para el desarrollo económico y social de Mora, no obstante, en este tema se encuentran algunas



deficiencias debido a que no todas las comunidades cuentan con el servicio. Ejemplo de ello son comunidades como Bajo Jorco, Balsilla, Cordel, entre otras.

En cuanto a los medios de comunicación, el avance tecnológico y el uso de plataformas digitales ha favorecido distintos medios dedicados a la comunicación, es así como en el cantón se cuenta con los siguientes:

- Red social de la Municipalidad de Mora y sus dependencias.
- Mundo Villa Colón, en la plataforma Facebook.
- Noticias del cantón de Mora, en las plataformas Facebook y YouTube
- CN2 Noticias Cablevisión, a través de Canal 2 de Cablevisión de Occidente y plataforma Facebook.

Además, desde la plataforma Facebook se encuentran grupos que cumplen la función de socializar información y de promocionar ventas, actividades comerciales u otro tipo de actividad. Ejemplo de ello son: Vida diaria del cantón de Mora, Ciudad Colón, Cantón de Mora, Villa Colón Cantón de Mora.



6.4. Descripción de Riesgos

Parte de las características ambientales por tomar en consideración son las vinculadas con situaciones de riesgo y vulnerabilidad. En el año 2012 la Comisión Nacional de Emergencias mediante la consultora Geocad Estudios Ambientales S.A realizaron el estudio Desarrollo de escenarios por inestabilidad a laderas para la implementación de restricciones en el uso de la tierra en las áreas de influencia de los deslizamientos de la Microcuenca del Río Pacacua y Quebrada Honda, hasta confluencia con el Río Tiribí, Cantón Mora, San José.

Como resultado de dicha investigación se concluye entre los aspectos más importantes que en la zona de Quitirrisí se identificaron 5 deslizamientos y dos en la zona del río Pacacua (Los Altos de San Rafael). Aunado a ello, se señala la existencia de 13 procesos de movimiento de material en la carretera principal que comunica Ciudad Colón con el cantón de Puriscal y uno en la carretera a El Rodeo.

Según indica la CNE (2012) la vulnerabilidad en el caso de Quitirrisí está dada por la existencia de viviendas e infraestructura comunal en los lugares que han presentado deslizamientos o bien que están propensos a éstos.

De igual manera, se plantea que para el sector aledaño a la Quebrada Honda los sitios de mayor riesgo son la Calle Quebrada Honda en mayor proporción y en menor Ticufres y las viviendas sobre la carretera que comunica con Puriscal.

En el caso de Los Altos de San Rafael, la CNE indica que los sectores más vulnerables son los ubicados al noreste y sureste de la Iglesia Católica de la comunidad. En Ciudad Colón la vulnerabilidad se rige tanto por las crecidas que impactan la infraestructura urbanística en las orillas del río, como por los deslizamientos ocurridos en la parte alta del río Pacacua.

El estudio en mención incluye como valor agregado la percepción de la población al respecto del tema, concluyendo que las y los habitantes de la comunidad de Quitirrisí consideran que sus condiciones son de vulnerabilidad identificando los deslizamientos y los sismos como los principales eventos de riesgo. Por su parte, en Quebrada Honda la comunidad percibe que unas 12 familias son las de mayor riesgo, se trata de quienes se ubican en los alrededores del puente del Río Quebrada Honda.

Aunado a ello, se comenta que las y los vecinos de Los Altos de San Rafael identificaron otros deslizamientos a parte de los ubicados en la parte alta del río Pacacua. Y las personas de Ciudad Colón refirieron que se han visto afectadas por el crecimiento del río Pacacua, principalmente en el año 2010 con los efectos del Huracán Tomas.

Una de las características que rescata la CNE (2012) es que “a diferencia de otros cantones, en los cuales se puede identificar uno o varios deslizamientos de una magnitud considerable, como es el caso de Tapezco y Chitaria en el cantón de Santa Ana, o de Burío en el cantón de Aserrí, o El Tablazo en Desamparados, en el cantón de Mora, y específicamente en la cuenca conformada



por el río Quebrada Honda y el río Pacacua, lo que se presenta es una serie de pequeños deslizamientos que se localizan a lo largo y ancho del área de estudio” (pág. 15).

La situación descrita indica que en el ámbito de las condiciones ambientales se genera una situación de riesgo que se presenta en distintas comunidades del cantón.

De la misma manera este estudio (CNE, 2012) caracteriza cada uno de los elementos que giran alrededor de la amenaza por deslizamiento. Entre ellos se encuentran el tipo de suelo, la geología propia de la zona sur del Valle Central, la geomorfología y las pendientes. Asimismo, se señalan y analizan los factores y mecanismos que disparan los deslizamientos entre los que citan (CNE, 2012, pág. 62):

- Precipitaciones y escorrentía superficial.
- Topografía (altas pendientes).
- Geología (litología, estructuras presentes, sismicidad, vulcanismo, etc.).
- Factores Antrópicos (actividad de las personas, principalmente uso del suelo)

A partir del análisis local de los factores mencionados, el estudio en mención realiza la evaluación de la susceptibilidad a los deslizamientos de la cuenca del río Pacacua y Quebrada Honda, indicando que “los resultados, obtenidos mediante la aplicación de la metodología para determinar la susceptibilidad de los terrenos a deslizarse MVM, indican que un 76,8% del área se clasifica como de susceptibilidad media a muy alta y un 23.2% como de susceptibilidad de muy baja a baja” (CNE, 2012, pág. 108).

Aunado a lo expuesto por el estudio mencionado la Comisión Local de Emergencias (CLE, 2013) refuerza que las situaciones de riesgo en el cantón se presentan debido a sus características hidrográficas, topográficas y geológicas.

En cuanto a los aspectos hidrográficos se mencionan los explicados anteriormente con base en la CNE (2012) que comprenden el río Pacacua y Quebrada Honda y además el río Tabarcia. Topográficamente se indica la particularidad de Mora al ser un terreno quebrado sumado a la construcción de viviendas en estas zonas. En el aspecto geológico se plantea la existencia de las fallas de Jaris que atraviesa Piedras Blancas, Tabarcia, Morado, Piedras Negras, Picagres y siguiendo hacia Atenas y la falla de Piedras Blancas Rodeo que incluye los poblados de Piedras Blancas, Tabarcia, Quitirrisí y Rodeo (CLE, 2013).

De igual manera esta Comisión Local identifica los siguientes tipos de amenazas: deslizamientos, inundaciones, actividad sísmica, emergencias tecnológicas, epidemias e incendios.

El Comité Municipal de Emergencias del cantón de Mora, actualiza cada año los escenarios de riesgos por vulnerabilidad con la finalidad de identificar y reducir la vulnerabilidad. En la siguiente tabla se presenta dicha actualización para el año 2022.



Tabla 5 Mora: escenario de riesgos por vulnerabilidad del comité de emergencia, 2022

DISTRITO	BARRIO POBLADO	TIPO DE AMENAZA	FACTORES DE VULNERABILIDAD	MECANISMO DE INTERVENCION
Colón	Colón, Calle tablera, Cuesta Achiotal, Finca Pampa y Cielo, Finquitas, Llano León, Llano Limón, Michoacán, Rosalía, San Vicente, Urb. Corazón de Jesús, Urb. San Cristóbal, San Bosco, Ticufres, Quebrada Honda, Rodeo, Finca Los Micos, Resid. La Cabriola, Universidad de la paz, Alhambra Calle Brasil, Carreras, Colonia El Prado, Nuevo Brasil, Santísima Trinidad (parte oeste), Piñal, San Rafael (Cedral), Los Rodriguez, Porvenir, Cuesta Brava, Calle Margarita, Sardinal, Los Ponys, Caitelata, Caridad el Cobre, Santa Cecilia, Cerros Colón, Calle El Nance.	Geológico (Deslizamiento, sísmico) biológico, tecnológico, incendios, degradación ambiental, hidrológico (inundación y sequía), vendaval	Topografía quebrada Población que habita en las zonas de riesgo se encuentra en condiciones de pobreza. Falta de recurso económico por parte de instituciones para ayudar a poblaciones. Cambio climático. Saturación de los servicios de salud de atención directa a las personas (la población crece y la red de servicios de salud es insuficiente para suplir esta demanda). Falta de educación a la población en aspectos de promoción de la salud que de forma directa inciden en la aparición de enfermedades. Mal funcionamiento de los sistemas de abastecimiento de agua potable. Riesgo desbordamiento por la crecida de los ríos.	Declaratorias de inhabitabilidad y habilitación de albergues Proveer de ayuda económica a familias afectadas. Proveer de insumos a productores. Atención de personas afectadas y en albergues. Garantizar servicios públicos (luz y agua). Tecnológicas: Atención de afectados y estabilización (brindar primeros auxilios). Evacuación inmediata Aplicación procedimiento emergencias tecnológicas. Biológicas: Reporte oportuno de casos (primeras 48 horas) Investigación de campo (paciente enfermo y contacto)
Quitirrisí	Huaco, San Juan, Cedral, San Martín, Cañas, Martinilla, La Cruz, Los tanques AyA, Montebello.	Geológico (Deslizamiento, sísmico) biológico, incendios,		



DISTRITO	BARRIO POBLADO	TIPO DE AMENAZA	FACTORES DE VULNERABILIDAD	MECANISMO DE INTERVENCION
		degradación ambiental, hidrológico (inundación y sequía), vendaval	Construcciones a la orilla de los ríos sin permiso de las instituciones competentes. Manejo inadecuado de los desechos sólidos por falta de concientización de la población que ocasiona el acumulo de basura en los cuerpos de agua. Falta de recurso humano en las instituciones públicas para realizar monitoreos permanentes de los establec. de alto riesgo.	Toma y envió muestras de laboratorio. Solicitar apoyo a niveles jerárquicos superiores.
Tabarcia	Tabarcia, Bajo Lima, Cañas, Salto, Urb. Calle Vargas, Piedras Blancas, Calle Blanca, Morado, Corralar, Cañas, Alto Morado, La Trocha, Toras, Bajo de Loiza (San Lorenzo), Bajo de Bustamante, Los Ángeles, Bajos de Jorco, Cartago Viejo, Las Latas.	Geológico (Deslizamiento, sísmico) biológico, incendios, degradación ambiental, hidrológico (inundación y sequía), vendaval	Manejo inadecuado de los desechos sólidos por falta de concientización de la población que ocasiona el acumulo de basura en los cuerpos de agua. Falta de recurso humano en las instituciones públicas para realizar monitoreos permanentes de los establec. de alto riesgo.	Educación a la población en medidas para prevenir la aparición del evento en salud. Garantizar la potabilidad agua (enf. transmisión hídrica). Incendios: Control de la escena y desalojo de habitantes por parte de bomberos.
Picagres	Picagres, Llano Grande, Cordel, Balsilla, Jateo, Monte Frío, Potrerillos	Geológico (Deslizamiento, sísmico) biológico, incendios, degradación ambiental, vendaval	Falta hidrantes (ineficiencia en infraestructura) Incendios forestales: largas extensiones de zonas boscosas y tacotales. Prácticas inadecuadas de los habitantes (quema de desechos sólidos). Viviendas:	Brindar primeros auxilios. Valoración de infraestructura y propiedad privada (Bomberos). Valoración de áreas afectadas por MINAE (forestales) y determinar posible causa.
Piedras Negras	Alto La Vaina, Cacao, El Chile, La Danta, La Palma, Quebrada Grande, Llanos de Limón.	Geológico (Deslizamiento, sísmico) biológico, incendios, degradación ambiental, vendaval	Incendios forestales: largas extensiones de zonas boscosas y tacotales. Prácticas inadecuadas de los habitantes (quema de desechos sólidos). Viviendas:	



DISTRITO	BARRIO POBLADO	TIPO DE AMENAZA	FACTORES DE VULNERABILIDAD	MECANISMO DE INTERVENCION
Jaris	Jaris, La Palma, calle el Pito, Trapiches, Cementerio	Geológico (Deslizamiento, sísmico) biológico, incendios, degradación ambiental, hidrológico (inundación y sequía), vendaval	Viviendas construidas con materiales no retardatorios al fuego No se cuenta con una oficina de Bomberos en el Cantón, se debe recurrir a Santa Ana o Puriscal	
Guayabo	Guayabo, Bajo Morado, Matinilla, Montenegro, Corrogres (la fila El Carmen), Bajo Claras, Naranjito, los Cedros, Punta Lanza, Puente Tierra.	Geológico (Deslizamiento, sísmico) biológico, incendios, degradación ambiental, hidrológico (inundación y sequía), vendaval		

Fuente: Comité Municipal de Emergencias Mora (2022).



7. Priorización basada en datos de Mortalidad

7.1. Priorización del Equipo ASIS basado en mortalidad

Se utilizará la mortalidad como parámetro general para la priorización en una primera etapa de ASIS, ya que se establece como prioridad analizar las causas de la mortalidad en la población y cuáles son las estrategias más adecuadas para abordar dichos diferenciales en la salud. Se debe definir como periodo de preferencia un quinquenio, 2015-2019, esto por cuanto los datos oficiales y dada la variabilidad de algunos eventos en dependencia del año que se consulten, el orden de los eventos puede variar significativamente. La fuente de los datos utilizados son las Bases de Mortalidad Anuales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y para la agrupación de los eventos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), versión 2015, ya que es la oficializada para Costa Rica.

De igual manera, el análisis de la mortalidad general y por curso de vida se desarrolló según los grupos de Carga Global de Enfermedad hasta tercer carácter de desagregación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Se realizó una priorización de las causas de mortalidad general y posteriormente por grupos de edad por curso de vida dando énfasis en dicho análisis a las tres primeras causas de mortalidad de cada grupo. A continuación, se presentan los resultados del Cantón de Mora.

El análisis de los eventos según la carga global de enfermedad (GBD) se presenta según su agrupación:

- Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales
- Enfermedades no transmisibles
- Causas externas de morbilidad y mortalidad
- Causas Mal definidas

La descripción de eventos según Carga Global nos ofrece una primera muestra de la situación del área de atracción, según se observa en el cuadro 56 y en el cuadro 57 se detallan los eventos que se desprende de cada uno, que son las Enfermedades No Transmisibles las que predominan en el quinquenio 2015-2019, con un 83% del total de casos reportados, siendo las cinco primeras Enfermedades cardiovasculares, Tumores malignos, Enfermedades digestivas, Enfermedades respiratorias, Diabetes mellitus, eventos que se relacionan con hábitos de vida saludable. Las Causas Externas se ubican en el segundo lugar, con un 11% del total de reporte, en este rubro encontramos Accidentes, Lesiones intencionales, Eventos (lesiones) de intención no determinada, en este se encuentran las causas “violentas”. En tercer lugar, encontramos, con un 5.2% las Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales, tales como Infecciones respiratorias, Enfermedades infecciosas y parasitarias, ciertas afecciones



originadas en el período perinatal, Causas maternas, Deficiencias de la nutrición. Finalmente, con un 0,6%, están los eventos Mal Definidos, para los cuales no hay descripción o detalle.

Cuadro 56 Mora: Mortalidad Proporcional según Eventos de Carga Global de Enfermedad 2015-2019

(Tasa por 100.000 habitantes)

Eventos	Total Quinquenio	Tasa Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	590	1.997	83, 2%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	78	264	11%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	37	125	5,2%
Mal definidas	4	14	0,6%
Total general	709	2399	100%

Fuente: Elaboración Propia con datos de Bases de Mortalidad anuales de INEC 2015-2019.

A continuación, se detallan los eventos Cardiovasculares que predominan como causales de mortalidad con un 28% de los casos reportados, seguidos por Tumores Malignos y Enfermedades Digestivas con un 26% y 8% respectivamente.

Cuadro 57 Mora: Mortalidad Proporcional según Eventos de Carga Global de Enfermedad Área Rectora de Salud de Mora 2015-2019

(Tasa por 100.000 habitantes)

Eventos	Total Quinquenio	Tasa Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	590	1.997	83,2%
Enfermedades cardiovasculares	197	667	27,8%
Tumores malignos	183	619	25,8%
Enfermedades digestivas	52	176	7,3%
Enfermedades respiratorias	51	173	7,2%
Diabetes mellitus	31	105	4,4%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	28	95	3,9%
Enfermedades del sistema genito-urinario	16	54	2,3%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Eventos	Total Quinquenio	Tasa Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades del sistema músculo esquelético	10	34	1,4%
Anomalías congénitas	6	20	%0,8
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	6	20	%0,8
Enfermedades de la piel	5	17	0,7
Otros tumores	5	17	0,7%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	78	264	11,0%
Accidentes	58	196	8,2%
Lesiones intencionales	20	68	2,8%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	37	125	5,2 %
Infecciones respiratorias	26	88	3,7%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	9	30	1,3%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2	7	0,3%
Mal definidas	4	14	0,6%
Causas mal definidas	4	14	0,6%
Total general	709	2399	100,00%

Fuente: Elaboración Propia con datos de Bases de Mortalidad anuales de INEC 2015-2019.

Dentro del grupo de Enfermedades no transmisibles, las causas de mortalidad de mayor peso son las enfermedades cardiovasculares con una tasa de 667 casos por cada 100.000 habitantes y los tumores malignos con 619 muertes por cada 100.000 habitantes.

Seguidamente, se ubican las enfermedades digestivas con 176 casos por cada 100.000 habitantes, las enfermedades respiratorias con 173 casos por cada 100.000 habitantes y la diabetes mellitus con 105 casos por cada 100.000 habitantes.

En el plano de la salud mental, en este grupo también se reportan causas de muerte por Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso con un total de 28 casos en el periodo para una tasa de 95 fallecimientos por cada 100.000 habitantes.

En el segundo grupo de mayor reporte, Causas externas de morbilidad y mortalidad, se reportaron 78 fallecimientos a su causa, lo que significó una tasa de 264 casos por cada 100.000 habitantes.

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dicho grupo se desagrega en los accidentes y las lesiones intencionales. En el caso de los accidentes la tasa del periodo es de 196 muertes por cada 100.000 habitantes y 68 para las lesiones intencionales, aspecto que denota la afectación en salud mental.

Con un porcentaje del 5,2% del total de las causas de muerte, se encuentran las Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales, estas representan una tasa de 125 casos por cada 100.000 habitantes del cantón.

Estas incluyen las infecciones respiratorias, las enfermedades infecciosas y parasitarias y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

Las causas de muerte mal definidas se vincularon con 14 muertes por cada 100.000 habitantes, el evento de menos valor porcentual.

La priorización de eventos de mortalidad se realiza por grupos de edad, de acuerdo con la Guía Metodológica de ASIS (2019), se trabajan estos grupos en línea con la legislación nacional y según la información disponible, los grupos de edad son los siguientes:

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

La descripción por grupo y subgrupo, detallado por ciclo de vida nos da una nueva perspectiva de los eventos que provocan la mortalidad en cada uno de ellos, tal y como se observa en el cuadro 58 en donde se aprecia que, para los menores de 1 año, en el primer lugar con un 56%, se tratan de Malformaciones congénitas.

Para el grupo de 1 a 9 hay un “empate” con Absceso del Pulmón y mediastino, Tumor de comportamiento incierto o desconocido de las glándulas endocrinas y Tumor maligno del ojo y sus anexos, debido a que las causas de muerte representan, cada una, un 33%, sin embargo, se determina, por criterios de conocimiento que el diagnóstico más atinente a nuestra Área de atracción es absceso del pulmón y del mediastino.

En el caso del grupo de 10 a 19 años reporta en primer lugar con un 43% se presentan los eventos de “causas externas” como los accidentes de transporte, seguida por anemias hemolíticas y fibrosis quísticas, ambas representando un 15%.

En el grupo de 20 a 64 años, los tumores se posicionan en un primer lugar con un 26%, seguido por las enfermedades del Aparato Circulatorio con un 16,5%.

Finalmente, para el grupo de 65 y más, el Infarto Agudo de Miocardio, corresponde al 33%, seguido de las Tumores con un 26,5%.



Haciendo un análisis de las cinco primeras causas de mortalidad, agrupadas por su incidencia porcentual, para todos los ciclos de vida, encontramos que las correspondientes al infarto agudo de miocardio ocupan el 38% del total de reportes, seguido por las neoplasias 35% y en tercer lugar las enfermedades del aparato respiratorio con un 15%. Lo anterior se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 58 Mora: Priorización de Eventos según Mortalidad Proporcional por Grupo de Edad por Curso de Vida 2015-2019

Orden N°	Evento (Código CIE 10)	Grupos Edad	
		Menos de 1 año	PORCENTAJ E
1	Q33 - Malformaciones congénitas (Q43,Q23,)	5	55,56%
2	P21 - Asfixia del nacimiento	2	22,22%
3	J12 - Neumonía viral, no clasificada en otra parte (J69)	2	22,22%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	De 1 a 9 años	PORCENTAJ E
1	J85 - Absceso del pulmón y del mediastino	1	33,33%
2	C69 - Tumor maligno del ojo y sus anexos	1	33,33%
3	D44 - Tumor de comportamiento incierto o desconocido de las glándulas endocrinas	1	33,33%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	De 10 a 19 años	PORCENTAJ E
1	V89 - Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor (V89,V29,V19).	3	42,86%
2	D58 - Otras anemias hemolíticas hereditarias	1	14,29%
3	E84 - Fibrosis quística	1	14,29%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	DE 20 a 64 años	PORCENTAJ E
1	Tumores (C80,C16,C18,C71,C50,C22,C34,C56,C25,C85,C19,C53,C11,C60,C67,C23,C07,C09,C91,C48,C49,C90,C43)	47	25,97%
2	Enfermedades cardíacas (I25,I21,I11,I12,I61,I33,I13,I60,I71,I35,I42,I48,I50)	30	16,57%
3	Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado (V89,V29,V09,V95,V49)	23	12,71%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	65 y más	PORCENTAJ E
1	I21 - Infarto agudo de miocardio (I21,I25,I11,I64,I67,I61,I20,I12,I71,I10,I50,I49,I77,I26,I38,I46,I48,I51,I60,I42,I62,I63,I24,I69,I72,I13,I73,I99,I27,)	167	32,81%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



2	Tumores (C16,C22,C34,C50,C61,C18,CC25,C80,C44,C71,C90,C92,C83,C73,C91,C55,C6,C20,C24,C15,C26,C19,C13,C81,C70,C85,C31,C49,C48,C41).	135	26,52%
3	Enfermedades del Aparato respiratorio (J44,J18,J98,J45,J84,J69,J20,J32,J42,J43,J11)	66	12,97%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	Total Agrupado	PORCENTAJE
1	I21 - Infarto agudo del miocardio (I25,I11,164,I67,I12,I61,I20,I71,I10,I50,I48,I49,I51,I77,I26,I33,I38,I42,I13,I60,I46,I72,I73,I35,I99,I24,I69,I27,I62,I63).	197	37,6%
2	Neoplasias (C16,C22,C50,C34,C18,C25,C61,C80,C71,C44,C90,C92,C67,C83,C85,C56,C91,C20,C73,C24,C55,C48,C49,C19,C15,C43,C13,C53,C41,C26,C11,C31,C69,C70,C81,C60,C09,C23,C07)	182	34,7%
3	Enfermedades del Aparato respiratorio (J44,J18,J98,J69,J45,J84,J81,J11,J12,J20,J32,J42,J43,J46,J85,J09)	77	14,7%
4	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado (V29,V09,V80,V19,V49,	34	6,5%
5	E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente (E14,E10,E27,E84,E85)	34	6,5%
Total General		524	100,0%

Fuente: Elaboración Propia con datos de Bases de Mortalidad anuales de INEC 2015-2019.

De acuerdo con la información presentada es necesario volver la mirada hacia el análisis de las enfermedades no transmisibles y su papel en la mortalidad de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) señala que estas enfermedades son la principal causa de muerte en el mundo, se entienden como grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Además, se agrega que estas enfermedades causan la mayor carga de morbilidad en la población. Por lo tanto, el panorama refleja que en el cantón de Mora se mantiene esta tendencia mundial sobre la morbilidad y las causas de muerte.

La causa de muerte es importante, pero a ella le antecede ese perdido mórbido que afecta directamente la calidad de vida y el bienestar de las personas.

Siendo así, las enfermedades no transmisibles también van a ser contribuir de manera importante a algunos indicadores de salud como los años de vida ajustados por discapacidad, los años con discapacidad y también los años perdidos de vida debido al desenlace de estas enfermedades como causa de muerte.



La vivencia de este tipo de enfermedades tiene un impacto social mayor, ya que además de las secuelas y malestares de quien las padece, le agregan peso al costo en la atención de la salud. Sin dejar de lado las implicaciones que representan en el ámbito laboral por periodos incapacitantes o dificultades para la ejecución de las labores y también en el ámbito relacional ya sea familiar, comunal o social.

Muchas de estas enfermedades requieren de asistencia para el cuidado, tanto los padecimientos físicos como los mentales, visto desde una perspectiva de salud integral y desde los principios de la salud pública es imperante comprender la interseccionalidad en esta situación, es decir, la experiencia de un estado de salud físico deteriorado va a impactar en el estado de la salud mental, así como una desestabilización en la salud mental puede verse también acompañada de efectos físicos.

Volviendo al tema de la necesidad de asistencia, se genera el riesgo de la adopción de comportamientos lesivos como el aislamiento o la minimización de la gravedad e implicaciones de la enfermedad, lo que va a lesionar la vida social de las y los pacientes.

De igual manera, se corre el riesgo de caer en síndromes de desgaste por cuidado, debido a que generalmente las labores de asistencia y cuidado recaen sobre algún o alguna integrante de los sistemas familiares, que no cuentan con el apoyo necesario. En este aspecto, la salud de las mujeres que acompañan la morbilidad de las enfermedades no transmisibles se ve afectada, el mandato social de género de servicio por parte de las mujeres se manifiesta latentemente en estas circunstancias.

El punto de encuentro de estas enfermedades no transmisibles, lo plantea la OMS (2023) al explicar que muchas de estas se pueden prevenir. Entre ellas se encuentran las principales causas de muerte identificadas para el cantón de Mora.

Este carácter preventivo no será efectivo si no se mira desde la lógica de los determinantes sociales de la salud y desde el enfoque de derechos humanos.

Claro que hay condiciones inherentes a las enfermedades que atraviesan el comportamiento de las personas, pero esa es la situación resultante de las condiciones de vida.

El curso de vida es un enfoque que permite sensibilizar en la prevención y atención de las causas de muerte, es necesario comprender que cada vivencia influye en el estado de salud, así como las condiciones históricas de la vivencia humana.

Por ejemplo, las experiencias adversas en la niñez van a manifestar su secuela a lo largo de la vida, se ha identificado que pueden influir en la aparición de distintas enfermedades y también que el daño es significativo en temas de salud mental.

Por otra parte, el análisis debe validarse desde el entendimiento de la complejidad de la realidad, haciendo rupturas importantes en los paradigmas. Esto permitirá abordar la salud pública desde las bases sociales para que el sentir y la necesidad de la población se materialice en políticas públicas al respecto.



Las causas de muerte determinantes en la población del cantón de Mora son parte de las enfermedades que se pueden prevenir, por ejemplo, el infarto agudo al miocardio, las neoplasias y las enfermedades crónicas pueden evitarse con la adopción de un comportamiento consciente y saludable, lejos del uso de sustancias, del consumo de alcohol y tabaco. Con la práctica regular de actividad física y de acciones concretas para la protección de la salud mental.

Asimismo, en el caso de las neoplasias se ha evidenciado que el avance en la tecnología de los tratamientos es fundamental para evitar la mortalidad.

De ahí, que también deba fortalecerse la respuesta en salud, tanto en la capacidad de detección temprana y tratamiento como en la generación de condiciones, servicios y programas que protejan la salud y catapulten sus factores de protección.

De esta manera, el análisis de la carga por mortalidad llevó a la identificación del principal problema de salud, el infarto agudo de miocardio, pero de la misma manera este análisis nos permite ver esta causa de muerte desde los determinantes de la salud incorporando la relación de estos eventos con las demás causas de muerte y con las condiciones de vida de las poblaciones.

En conclusión, los problemas priorizados se enlistan a continuación:

1. Malformaciones congénitas
2. Absceso del pulmón y del mediastino
3. Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor
4. Tumores
5. Infarto agudo de miocardio

Es importante anotar que el infarto agudo de miocardio es la causa priorizada en el grupo de edad de 65 años y más y también es el problema general de salud en la localidad de Mora.

Finalmente se concluye que los problemas de mortalidad priorizados por grupo de edad son acordes con las condiciones de vida de cada grupo, en todos hay posibilidad de ejecutar acciones preventivas y también de promoción de la salud que contribuyan no solo a su disminución sino además a mejorar las condiciones de salud de la población. En cuanto el problema general de infarto agudo de miocardio es una causa significativa a nivel regional, nacional y local, que si bien tiene determinantes biológicos también tiene un gran componente preventivo desde el trabajo tanto en la salud física como mental.



7.2. Priorización de los problemas de salud con la comunidad

La priorización de los problemas de salud de la comunidad es un paso importante para conocer e identificar desde la comunidad lo que afecta su salud y esto nos permite seleccionar las distintas alternativas de soluciones en base a la ponderación de opciones y aplicación de criterios para dar mayor peso a los problemas encontrados.

Para analizar los problemas de salud es necesario partir de un abordaje desde la determinación social de la salud enfermedad que busque comprender las causas de las causas, con el fin de llegar a la raíz de las acciones necesarias para impactar y mejorar la salud de la población.

7.2.1. Actores Sociales participantes

Para realizar estos análisis se llevaron a cabo los siguientes pasos: Identificación de los actores sociales: El equipo local de Mora, identificó y seleccionó los actores sociales participantes en el taller con la comunidad inicialmente 23 siempre respetando la paridad de género en la elección de los mismos y utilizando la matriz de actores sociales según indica la guía, considerando su grado de involucramiento en proyectos realizados por el Área Rectora de Mora, de esa forma se tomaron en cuenta representantes de Asociaciones de desarrollo de diferentes distritos, grupos de personas de adultos mayores, Asociación de desarrollo específica pro-conservación, Protección y desarrollo de medio ambiente, líderes comunales de diferentes distritos, líderes tradicionales de grupos indígenas, Ya una vez seleccionados se externó de manera formal por medio de oficios de convocatoria la invitación a los 15 actores sociales seleccionados, todos confirmados previo al taller, sin embargo, el mismo día del taller solo se presentaron 10 actores sociales y se realiza la actividad con esa cantidad de asistentes llevándonos de forma satisfactoria a los resultados esperados.

Para el desarrollo de la matriz de actores sociales se utilizarán las siguientes definiciones:

- **Actor social (institución/individuo):** son usualmente considerados como aquellos que pueden influenciar significativamente (positiva o negativamente una intervención) y son muy importantes para que una situación se manifieste de determinada forma.
- **Rol o función:** Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones
- **Posición o relación predominante:** Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto)
- **Interés:** Se define como el nivel de atracción o afecto hacia una acción
- **Influencia o jerarquización de poder:** Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones



En los siguientes Cuadros se detalla, los actores sociales considerados, los convocados y quienes finalmente asisten y participan del taller de ASIS.

Cuadro 59 Mora: Matriz de actores sociales considerados para el ASIS

Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS							
Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final	
		1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	1. Poca 2. Media 3. Alta		
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Ciudad Colón	3	3	3	3	12	
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Específica Pro-Conservación Protección y Desarrollo Del Medio Ambiente De Mora	3	3	3	3	12	
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) San Bosco	2	2	2	2	8	
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Ciudad Colón (Sra. Martha Chavarría Mora)	2	3	3	3	11	
Representante Tradicional	Grupo Persona Adulto Mayor (PAM) Tabarcia (Sra Aquilina González Agüero)	3	3	3	2	11	
Representante Tradicional	Grupo Persona Adulto Mayor (PAM) Tabarcia (Sra Zoraida Mata Ureña)	2	3	3	2	10	
Representante tradicional	Grupo de Jóvenes Guayabo	2	1	2	2	7	
Otros actores sociales clave	Líder Comunal Bajo de Jorco (Sr Oldemar Mora Marín)	2	3	3	2	10	
Otros actores sociales clave	Lideresa Comunal Tabarcia (Sra. Natalia Artavia Sandí)	2	2	2	2	8	
Otros actores sociales clave	Lideresa Comunal Piedras Blancas (Sra. Lizeth Alvarado)	2	3	3	3	11	
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Guayabo (Sra. Yesenia Gonzalez Alfaro)	3	3	3	3	12	
Actor de la Comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Rodeo	2	2	2	1	7	
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Guayabo (Sra Ma Isabel Bustamante Artavia)	3	3	3	3	12	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS

Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
		1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	1. Poca 2. Media 3. Alta	
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Guayabo	3	2	3	3	11
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Llano Grande	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Balsilla de Mora	3	3	3	3	12
Otros actores sociales clave	Lideresa Comunal Balsilla de Mora (Sra Yerlin Meza Rodríguez)	2	1	2	2	8
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Quitirrisí	3	2	2	2	9
Otros actores sociales clave	Junta Pastoral Piedras Negras	2	2	2	1	7
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Piedras Negras	3	3	3	3	12
Otros actores sociales clave	Junta Pastoral Picagres	2	1	2	2	8
Actor del sector salud	Comité de Salud Distrito Jaris de Mora	2	2	1	2	7
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Jaris	3	3	3	3	12

Fuente: Plantilla ASIS, ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023.

Cuadro 60 Matriz de actores sociales convocados para el ASIS

Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS

Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
		1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	1. Poca 2. Media 3. Alta	
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Ciudad Colón	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Especifica Pro-Conservación Protección y Desarrollo Del Medio Ambiente De Mora	3	3	3	3	12
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Ciudad Colón (Sra. Martha Chavarría Mora)	2	3	3	3	11

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS

Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
		1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	1. Poca 2. Media 3. Alta	
Representante Tradicional	Grupo Persona Adulto Mayor (PAM) Tabarcia (Sra. Aquilina González Agüero)	2	3	3	2	10
Otros actores sociales clave	Líder Comunal Bajo de Jorco (Sr Oldemar Mora Marín)	2	3	3	2	10
Representante Tradicional	Grupo Persona Adulto Mayor (PAM) Tabarcia (Zoraida Mata Ureña)	2	3	3	2	10
Otros actores sociales clave	Lideresa Comunal Piedras Blancas (Sra. Lizeth Alvarado)	2	3	3	3	11
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Guayabo (Sra. Yesenia González Alfaro)	3	3	3	3	12
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Guayabo (Sra Ma Isabel Bustamante Artavia)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Guayabo	3	2	3	3	11
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Llano Grande	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Balsilla de Mora	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Quitirrisí	3	2	2	2	9
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Piedras Negras	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Jaris	3	3	3	3	12

Fuente: Plantilla ASIS, ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

Cuadro 61 Matriz de actores sociales que asistieron al taller el ASIS

Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS

Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
		1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	1. Poca 2. Media 3. Alta	
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Ciudad Colon	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Especifica Pro-Conservación Protección y	3	3	3	3	12

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS						
Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función 1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	Posición 1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	Interés 1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	Influencia 1. Poca 2. Media 3. Alta	Puntaje Final
	Desarrollo Del Medio Ambiente De Mora					
Otros actores sociales clave	Lideresa Comunal de Ciudad Colón (Sra. Martha Chavarría Mora)	3	3	3	2	11
Representante Tradicional	Grupo Persona Adulto Mayor (PAM) Tabarcia (Sra Aquilina González Agüero)	2	3	3	2	10
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Piedras Blancas (Liseth Alvarado)	2	3	3	3	11
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Guayabo (Sra Yesenia González Alfaro)	3	3	3	3	12
Otros actores sociales clave	Lideresa comunal Guayabo (Sra Ma Isabel Bustamante Artavia)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Guayabo	3	2	3	3	11
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Llano Grande	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Asociación de Desarrollo Integral (ADI) Piedras Negras	3	3	3	3	12

Fuente: Plantilla ASIS, ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

7.2.2. Priorización de los problemas de salud

7.2.2.1 Metodología

Una vez definido los actores sociales con los cuales se va a trabajar se procede a realizar la priorización de los problemas de salud que se identifican en la comunidad, el cual está constituido en los siguientes momentos.

1. Sondeo Nominal

Dando paso al taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud se utilizó la técnica de grupo nominal la cual consiste en lo siguiente:

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



- Cada participante partiendo de una reflexión individual escribió en tarjetas los 3 principales problemas de salud y los tres problemas de salud mental que considera que afectan a la comunidad.
- Cada participante expone los problemas identificados al grupo.
- Seguidamente se plantea a todo el grupo en una pizarra la generalización de problemas de salud, realizando así una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a la comunidad.
- Cada participante de manera individual selecciona de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud que consideró eran los más importantes en la comunidad y realizaron una jerarquización con puntuación de 1 a 5, donde 5 era de gran importancia y 1 menor importancia, llenando cada participante la ficha entregada, donde expuso su calificación.
- Seguidamente los facilitadores debían ir puntuando los problemas de salud según la votación individual hasta obtener los primeros 10 problemas de salud según los actores sociales y así se obtuvieron los 10 problemas de salud sondeados a los cuales cada participante de manera individual calificó por criterios de priorización y así se sumaron los puntajes asignados a cada problema, cabe mencionar que esta metodología se utilizó tanto para los problemas de salud como para los problemas de salud mental.

2. Valorización

Una vez que el equipo definió los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual calificó cada problema de salud, según los siguientes criterios expresados en la tabla 6 y llenó el cuadro entregado que se muestra a continuación.

Tabla 6 Criterios de priorización de Problemas

CRITERIOS DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS					
PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD (¿Qué cantidad de población es afectada por ese problema de salud?) 1. Pocos 2. Moderado 3. Muchos	GRAVEDAD (Qué probabilidad tiene ese problema de ocasionar daños de todo tipo) 1. Baja 2. Media 3. Alta	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION (Qué posibilidad hay para realizar acciones de prevención que eviten la aparición de este problema) 1. Pocas oportunidades 2. Medianas oportunidades 3. Muchas oportunidades	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD (¿Qué interés tiene la comunidad en solucionar el problema?) 1. Poco interés 2. Interés medio 3. Mucho interés	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD (¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema de salud?) 1. Poca demanda 2. Moderada demanda 3. Gran demanda

Fuente: Plantilla ASIS ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023



Finalmente se obtuvo un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de cada participante y se procede a extraer los 3 problemas de salud y 3 problemas salud mental que obtuvieron el mayor puntaje según los actores sociales.

3. Los 5 porqué

El análisis de los 6 problemas con la comunidad se realizó mediante la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”. La cual consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa y efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de los 5 porqués es determinar las causas del problema para poder solucionarlo de forma eficaz.

Esta metodología se basa en un proceso de trazabilidad, donde se realizan preguntas para analizar las posibles causas del problema, caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que originó el problema.

7.2.2.2. Problemas de Salud

La metodología utilizada para valorar y seleccionar los problemas de salud es la explicada anteriormente en el punto 3.2.2. Cabe mencionar que para obtener los resultados de problemas de salud mental se utiliza la misma metodología. Seguidamente se detallan sus resultados.

Cada participante anotó los 3 principales problemas de salud que considera afectan a la comunidad y los expuso al grupo, seguidamente el grupo local en una pizarra planteó toda la generalización de problemas de salud que el grupo construyó, de esta forma se obtuvo una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a la comunidad misma que se muestra a continuación.

Cuadro 62 Jerarquización de los problemas de salud

Nº	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas	4	4	5			5			5	4	27
2	Inadecuada disposición de aguas residuales	5		4		1	4		5			19
3	Desintegración familiar	3		2	5	5		3				18
4	Desempleo	2		3	3		1	2			5	16
5	Violencia Intrafamiliar		3		2				4	2		11
6	Hábitos alimenticios inadecuados	1				3	2	4				10
7	Ausencia o falta recuperación de sitios recreativos			1				5		3		9
8	Delincuencia		2		1				2		3	8
9	Barreras de acceso al agua potable		5					1	1			7
10	Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos					2				4		6
11	Población migrante de extranjeros					4					1	5
12	Obesidad				4							4

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



N°	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
13	Deshumanización								3			3
14	Diabetes						3					3
15	Hipertensión										2	2
16	Inadecuadas prácticas agropecuarias									1		1
17	Flujos migratorios de zonas rurales a urbanas		1									1

Fuente: Plantilla ASIS ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

Posteriormente cada participante de manera individual eligió de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud que considero son los más importantes en la comunidad y realizó la jerarquización 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 entregará de forma impresa dando como resultado los siguientes 10 problemas que fueron los de mayor puntuación.

Cuadro 63 Priorización de los problemas de salud

N°	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa a las personas	12	15	11	13	13	14	11	13	13	15	130
2	Delincuencia	13	14	11	15	12	13	9	11	8	15	121
3	Barreras de acceso al agua potable	8	15	10	13	10	14	10	12	11	13	116
4	Desempleo	8	9	10	15	10	10	12	15	11	13	113
5	Violencia Intrafamiliar	8	11	9	11	12	13	10	13	11	11	109
6	Inadecuada disposición de aguas residuales	10	11	10	8	13	13	8	13	7	11	104
7	Ausencia o falta recuperación de sitios recreativos	13	12	8	10	10	10	14	13	9	5	104
8	Desintegración familiar	9	10	9	13	12	12	9	12	7	9	102
9	Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	11	7	9	8	10	15	11	14	6	9	100
10	Hábitos alimenticios inadecuados	12	7	7	13	12	10	12	10	10	6	99

Fuente: Plantilla ASIS ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

Finalmente se tuvo un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de todos los participantes y de esto se resultaron los 3 problemas finales de salud con el mayor puntaje y se suman a la lista de problemas priorizados por el Equipo Local. En el Anexo 1 se puede consultar la valoración de problemas de salud por participante.

Cuadro 64 Problemas finales de salud

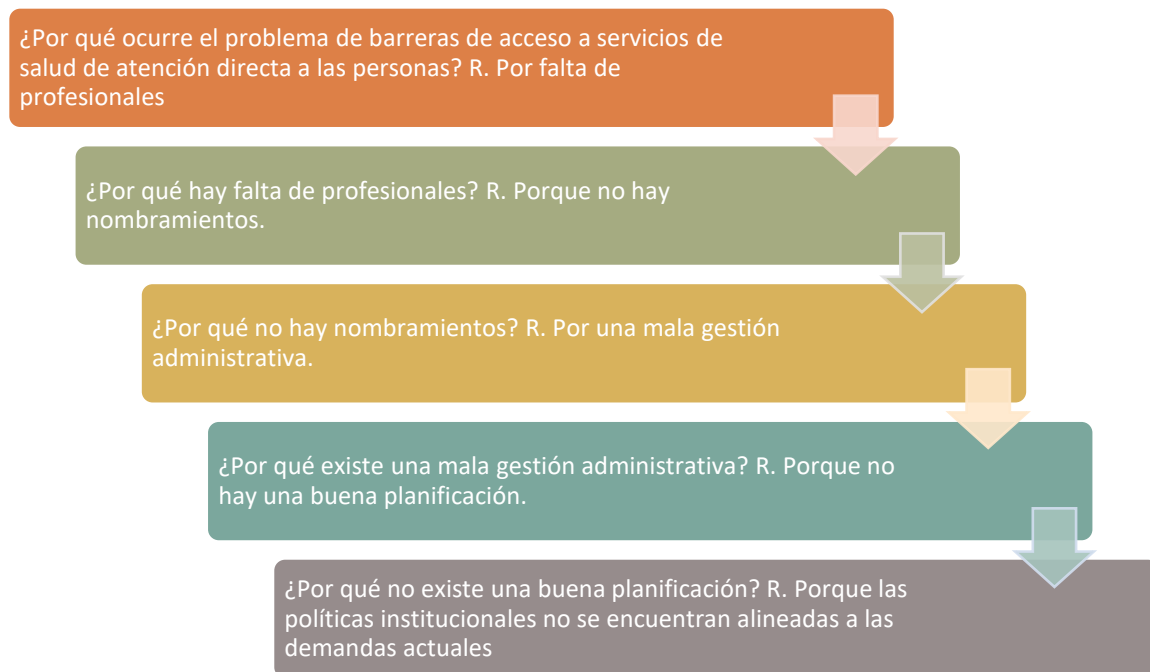
N°	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas	12	15	11	13	13	14	11	13	13	15	130
2	Delincuencia	13	14	11	15	12	13	9	11	8	15	121
3	Barreras de acceso al agua potable	8	15	10	13	10	14	10	12	11	13	116

Fuente: Plantilla ASIS ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr

Por último, se realiza el análisis de los 3 problemas con la comunidad mediante la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”. La cual consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular, determinando las causas del problema para poder solucionarlo de forma eficaz, seguidamente se muestra el resultado final trabajado en el taller con la comunidad, respecto a los problemas de salud y los 5 por qué.

Figura 5 Los 5 porqués: Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas



Fuente: Elaboración propia con base en MS, con datos de I Taller ASIS



Figura 6 Los 5 porqués: Barreras en el acceso al agua potable

¿Por qué ocurre el problema de barreras de acceso al agua potable? R. Porque los sistemas de abastecimientos son insuficientes para la demanda.

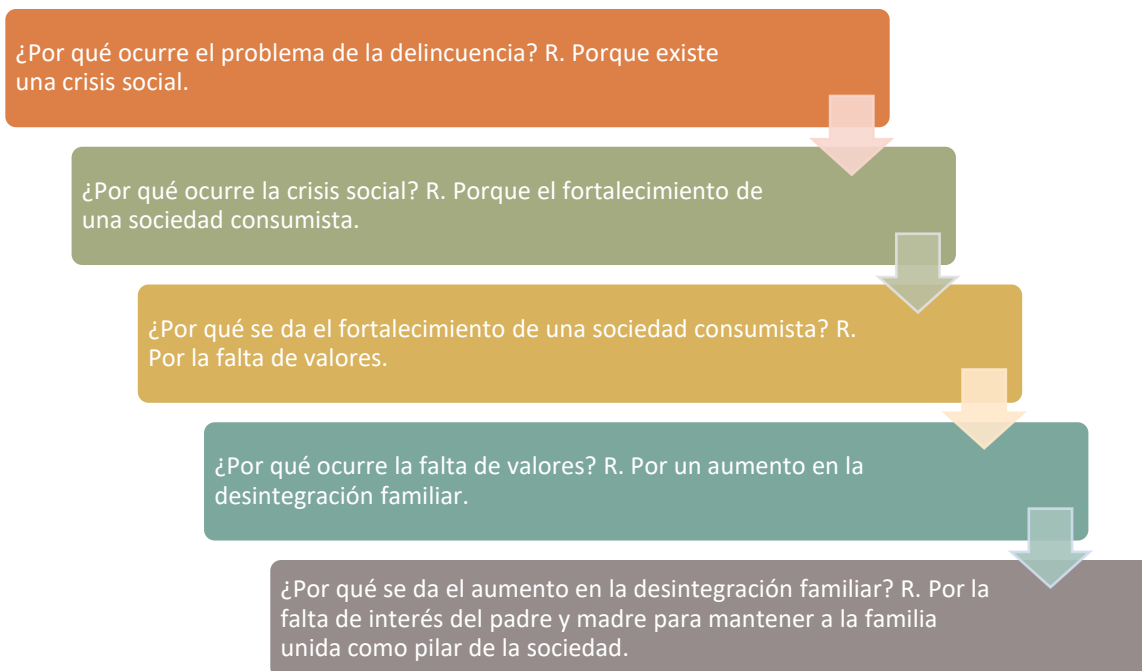
¿Por qué los sistemas de abastecimientos son insuficientes para la demanda? R. Porque ocurre la pérdida de fuentes de agua .

¿Por qué ocurre la pérdida de fuentes de agua? R. Porque se dan prácticas inadecuadas en las zonas de recarga acuífera.

¿Por qué se dan prácticas inadecuadas en las zonas de recarga acuífera? R. Porque la no aplicación de la normativa.

¿Por qué la normativa no se aplica? R. Porque existe una mala gestión administrativa en las instituciones.

Fuente: Elaboración propia con base en MS, con datos de I Taller ASIS

Figura 7 Los 5 porqués: Delincuencia


Fuente: Elaboración propia con base en MS, con datos de I Taller ASIS

7.2.2.3. Problemas de Salud Mental

Se muestran a continuación los resultados de problemas de salud mental donde se utilizó la misma metodología que se aplica a los problemas de salud. De igual manera cada participante escribía los 3 principales problemas de salud mental que considera afectan a la comunidad y los expuso al grupo, seguidamente el grupo local en una pizarra expuso toda la generalización de problemas de salud que el grupo construyó, de esta forma se tendrá una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a la comunidad misma que se muestra a continuación.

Cuadro 65 Jerarquización de los problemas de salud mental

N°	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas		5	5	5		1	5	4	5	5	35
2	Depresión	5		3	4		4	3	3		2	24
3	Trastornos de ansiedad	3	4	4	2	2				4	4	23

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



N°	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
4	Trastornos de estrés		1		3		3	1	5	2	1	16
5	Problemas de autoestima					4	5	4				13
6	Trastornos de síntomas somáticos	2		2		1		2	1	1		9
7	Suicidio/ Intentos de suicidio	4								3		7
8	Trastornos de alimentación					5			2			7
9	Trastornos déficit atencional					3					3	6
10	Trastornos de comportamiento disruptivos y disocial		2	1			2					5
11	Alzheimer/Demencia	1	3									4
12	Fobias				1							1

Fuente: Plantilla ASIS ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

Posteriormente cada participante de manera individual eligió de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud mental que considero son los más importantes en la comunidad y realizó la jerarquización con puntuación de 1 a 5, donde 5 es de gran importancia y 1 menor importancia. Donde cada actor social llenó la ficha que se le entrega de forma impresa dando como resultado los siguientes 10 problemas que fueron los de mayor puntuación.

Cuadro 66 Priorización de los problemas de salud mental

N°	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	12	14	8	9	12	13	9	12	12	15	116
2	Trastornos de ansiedad	10	11	10	15	10	15	11	7	11	8	108
3	Depresión	10	11	10	15	10	8	9	13	11	9	106
4	Trastornos de estrés	12	10	9	10	10	12	10	10	11	10	104
5	Trastornos de síntomas somáticos	11	11	10	11	10	9	10	7	11	13	103
6	Problemas de autoestima	10	10	10	12	10	11	10	6	10	12	101
7	Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	11	10	10	10	10	10	9	10	8	8	96
8	Trastornos de alimentación	8	5	5	15	12	7	13	7	9	9	90
9	Trastornos déficit atencional	8	6	10	11	10	12	9	6	7	10	89
10	Suicidio/ Intentos de suicidio	10	7	8	10	11	7	9	9	11	5	87

Fuente: Plantilla ASIS ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023



Finalmente se tuvo un puntaje total para cada problema de salud mental, según las calificaciones individuales de todos los participantes y de esto se obtuvieron los 3 problemas finales de salud que obtuvieron el mayor puntaje y se suman a la lista de problemas priorizados por el Equipo Local. En el Anexo 1 se puede consultar la valoración de problemas de salud por participante.

Cuadro 67 Problemas finales de salud mental

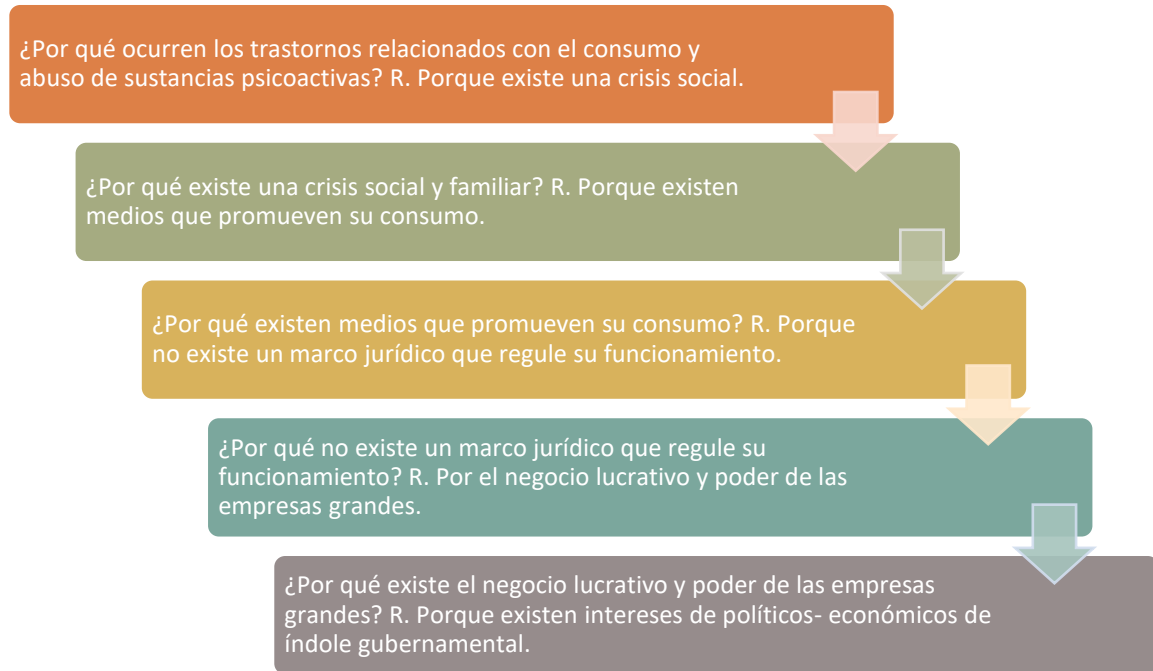
N°	PROBLEMAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	TOTAL
1	Trastornos relacionados con abuso y dependencia de sustancias (adicciones)	12	14	8	9	12	13	9	12	12	15	116
2	Trastornos de ansiedad	10	11	10	15	10	15	11	7	11	8	108
3	Depresión	10	11	10	15	10	8	9	13	11	9	106

Fuente: Plantilla ASIS ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

Por último, se realiza el análisis de los 3 problemas con la comunidad mediante la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”. La cual consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular, determinando las causas del problema para poder solucionarlo de forma eficaz, en el seguidamente se muestra el resultado final trabajado en el taller con la comunidad, respecto a los problemas de salud y los 5 por qué.



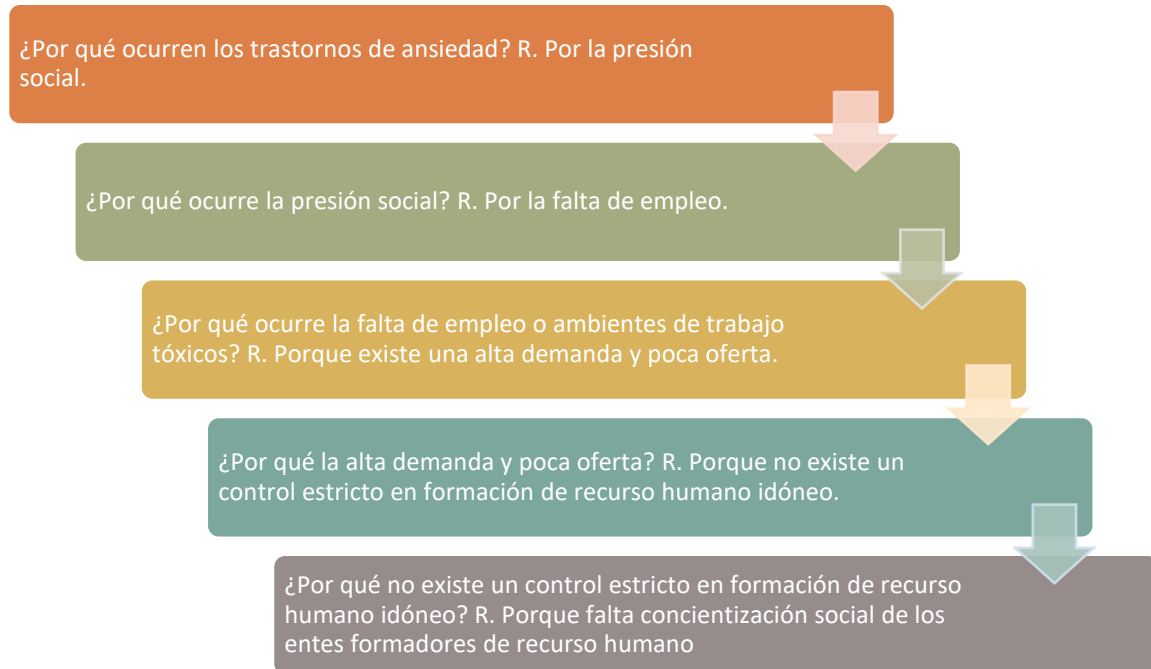
Figura 8 Los 5 porqués: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas



Fuente: Elaboración propia con base en MS, con datos de I Taller ASIS

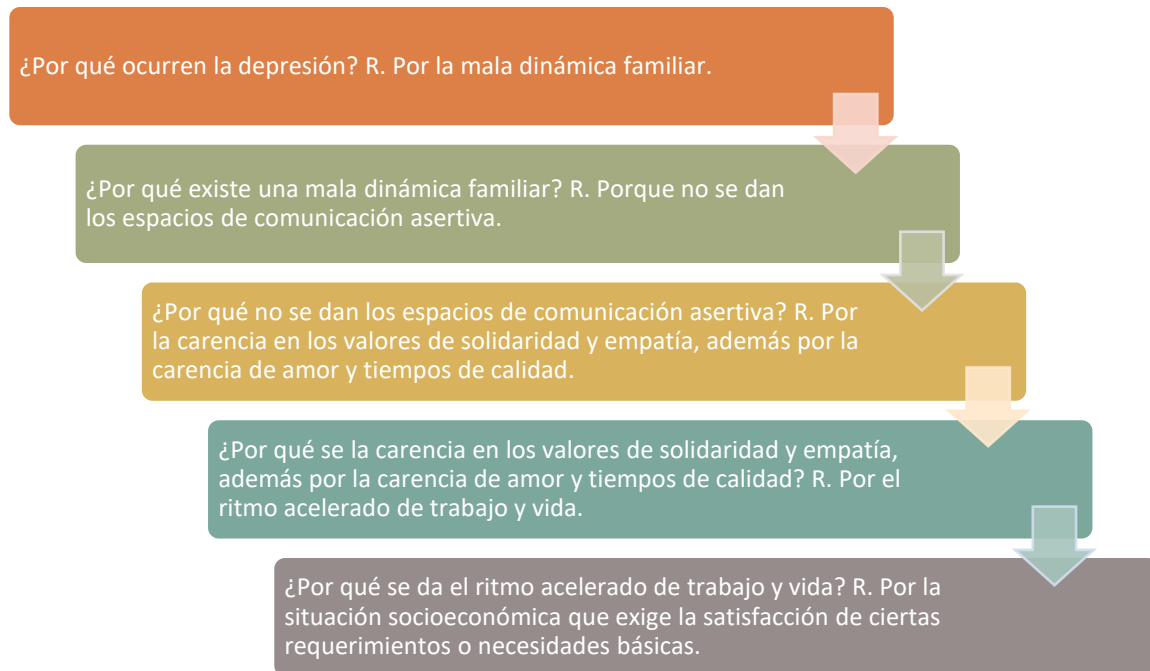


Figura 9 Los 5 porqués Trastornos de ansiedad



Fuente: Elaboración propia con base en MS, con datos de I Taller ASIS

Figura 10 Depresión



Fuente: Elaboración propia con base en MS, con datos de I Taller ASIS

Los problemas priorizados con la comunidad son una representación de las condiciones ambientales y de vida del cantón de Mora, tienen que ver tanto con la respuesta en salud como con situaciones complejas a nivel social. En este sentido, las barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas y al agua potable son debilidades de la capacidad instalada a nivel local fundamentales para la protección de la salud de la población. En cierta medida también lo es los accidentes de tránsito que a su vez se vincula con las características de la red vial.

El resto de los problemas se caracterizan por ser multicausales y por tener una incidencia importante en el desarrollo humano de la población y su salud.

Siendo así, en el siguiente apartado se analizan a profundidad dichos problemas tanto desde la perspectiva de los determinantes de la salud como del criterio experto.



8. Análisis de los problemas priorizados

Posterior a este taller siguiendo la guía metodología se tomaron los 5 problemas de mortalidad priorizados por el equipo local, el problema general y los 6 problemas identificados en la comunidad y se procedió a su análisis. Para realizar dicho análisis se ejecutaron 11 sesiones de trabajo, en coordinación con expertos en los problemas de salud.

Es importante mencionar que el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio como causa de mortalidad se repite en el grupo etario de 65 años y más y como problema general, por lo que se decide con el equipo local realizar una sola sesión de trabajo uniéndolos y así elaborar un solo análisis, tomando en cuenta que el acelerado ritmo de vida, el estrés, la alimentación cargada de grasas saturadas y azúcares refinados, así como la falta de actividad física se consideran importantes factores de riesgo para generar estas enfermedades, el costarricense cada vez más adopta estilos de vida consistentes con estos factores, aumentando la mortalidad, no solo para un grupo etario en específico, sino para la población en general, según se evidencia en la estadística del cantón de Mora.

Se detallan a continuación según diagnóstico, fechas de ejecución y participantes.

Tabla 7 Sesiones de trabajo según diagnóstico a analizar, fechas de ejecución y participantes, 2023

Diagnóstico priorizado	Fecha de la sesión	Participantes
Delincuencia	05 junio de 2023	Sr Carlos Fallas Fernández (Fuerza Pública), Sr Andrés Méndez Meléndez (jefe Delegación Cantonal), Licda. Sofia Largaespada Carvajal (Encargada Oficina de Desarrollo Humano y Cohesión Social – Municipalidad de Mora), Licdo. Leonardo Trejos Céspedes (Encargado de Policía Municipal)
Barreras de acceso al agua potable	06 junio de 2023	Licda. Rosemary Sánchez Pérez (AyA), Ing. José Flores Madrigal (AyA Subgerencia Gestión de Sistemas GAM, Zona 3), Sr Juan Carlos Mesén Chaves (ASADA Guayabo), Sr Jorge Herrera Ocampo (ASADA B° La Trinidad), Sr Luis Rodolfo Mata Mata (ASADA Tabarcia),



Diagnóstico priorizado	Fecha de la sesión	Participantes
		Licda. Gretel Agüero Alfaro (Oficina de Gestión Ambiental – Municipalidad de Mora)
Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas	8 junio de 2023	Dr. Christian Pacheco Blanco (Director Área de Salud Mora Palmichal –ASMP), Licdo. Max Aguilar García (Proceso Financiero Contable- ASMP), Licdo. Melvin Retana Villalobos (Jefatura Enfermería ASMP), Dra. Silvia Quirós Umaña (Jefatura de Consulta Externa – ASMP), Sra. Sandra Salgado Monge (Registros Médicos ASMP)
Accidentes de tránsito con vehículo de motor o sin motor	12 junio de 2023	Sra. Michelle Fournier Castro (Dpto. Gestión Vial- Municipalidad de Mora), Licdo. Leonardo Trejos Céspedes (Encargado de Policía Municipal e Inspecciones Tránsito), Sr Gustavo Rojas Arias (Cruz Roja Costarricense) (Cruz Roja)
Trastornos relacionados con consumo y abuso de sustancias psicoactivos	19 junio de 2023	Licda. Kattia Gómez Brizuela (Encargada Oficina Central Suroeste IAFA), Kathia Elizondo Carmona (Colegio CTP San Bosco), Licda. Ana Lucía Cordero Montero (Liceo Diurno Ciudad Colón), Licda. Valeria Benavides Peñaranda (Dpto. de psicología UPAZ)
Malformaciones congénitas del pulmón	19 junio de 2023	Licdo. Juan Carlos González Delgado (Enfermero ASMP), Dra. Marcela Arauz Fernández (Médico ASMP)
Tumores malignos	23 junio de 2023	Dra. Johanna Chavarría Picado (Médico Consultorio HiFu), Licda. Estefany Vargas Román (Enfermera Consultorio Empresa PRO)
Infarto agudo de miocardio	27 junio de 2023	Licda. Angie ortega Hidalgo (nutricionista ASMP), Dr. Kevin Ajoy Palma (médico ASMP), Sr Kenneth

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Diagnóstico priorizado	Fecha de la sesión	Participantes
		Garita Hidalgo (CODERMO), Sr Miguel Ureña Regueyra (CODERMO), Dr. Luis Alberto Murillo Mejías (Enfermero U Paz)
Absceso del pulmón y del mediastino	23 junio de 2023	Dra. Johanna Chavarría Picado (Médico Consultorio HiFu), Licda. Estefany Vargas Román (Enfermera Consultorio Empresa PRO)
Trastornos de ansiedad	9 de agosto de 2023	Licda. Jimena Vargas, Trabajo Social, CCSS Lic. José Pablo Gamboa, Psicología CCSS
Depresión	9 de agosto de 2023	Licda. Jimena Vargas, Trabajo Social, CCSS Lic. José Pablo Gamboa, Psicología CCSS

Fuente: Elaboración propia, ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

En este paso se debe tomar los 5 problemas priorizados por el Equipo Local, el problema general y los 3 problemas identificados en la comunidad y proceder a su análisis. Para realizar dicho análisis se usará el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado). El diagrama Causa-Efecto es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud. Este diagrama contiene cuatro niveles: La definición de causa raíz, secundaria y terciaria son las siguientes:

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



Se han determinado 6 grandes dimensiones que responden al Modelo de Determinantes Sociales de la Salud del INHEM Cuba, el cual es una adaptación del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Las dimensiones son las siguientes: factores sociopolíticos, factores socioeconómicos, factores biológicos, comportamiento, circunstancias materiales de vida y servicios de salud. Para cada una de las dimensiones indicadas se ubican las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias.

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

Este análisis se llevó a cabo por medio de la metodología del Diagrama de Causa-Efecto la cual permite una representación gráfica de las causas de los problemas de salud. Se retomaron las 6 dimensiones de los Determinantes Sociales de la salud y se identificaron según correspondía sus causas raíz, secundarias y terciarias. Para llevar a término este análisis se realizaron sesiones de trabajo con grupos de expertos según tema. A continuación, se realiza una breve explicación de los diagramas de causa y efecto por cada uno de los problemas priorizados con los expertos, mostrando una causa raíz por cada dimensión. Los diagramas se encuentran en Anexo 3.

Cabe mencionar que para algunos de los problemas de salud priorizados no se identificaron las tres causas para cada una de las seis dimensiones. Esto debido a que según el criterio de los expertos que participaron en cada una de las sesiones de trabajo, refirieron que si bien es cierto el problema podría tener múltiples causas, no todas las causas aplicaban para el Cantón de Mora. Posterior al análisis realizado para cada uno de los problemas, consideraron que las causas plasmadas para cada problema de salud reflejaban la realidad local y prioritarias para una intervención a corto, mediano y largo plazo.

8.1.1. Diagrama de causa y efecto de malformaciones congénitas

En cuanto al problema de mortalidad malformaciones congénitas, se identifica en el factor sociopolítico como causa raíz una oferta de bienes y servicios de alta complejidad limitada en el sector público con una causa secundaria de no satisfacción de requerimientos para atención de ciertas condiciones de salud, respectos a el factor socioeconómico la causa raíz es la baja capacidad adquisitivo como limitante de acceso a servicios de salud preventivos ya que Invierten dinero en satisfacción de otras necesidades básicas (alimentos, vivienda, en cuanto a servicios de salud la causa raíz identificada es que existe una carencia de programas en consejería reproductiva ya que no hay tiempo suficiente para trabajar otras aspectos de la atención integral debido a la alta demanda de citas por parte de los usuarios por otra parte, en cuanto a



circunstancias materiales de vida la causa raíz identificada es Ambientes laborales con exposición a sustancias teratogénicas debido al desarrollo de actividades de interés sanitario sin cumplir normativa ya que no hay recurso humano insuficiente para inspección, vigilancia y control, anudado a esto otra causa en los factores de comportamiento de la población se identifica como causa la práctica de conductas sexuales riesgosas debido a la pérdida de valores, desinformación y familias disfuncionales y en cuanto a los factores biológicos se identifican los trastornos genéticos y/o cromosómicos debido a la exposición a sustancias nocivas también se relacionan los embarazos en edades tardía o tempranas o en mujeres con ciertas condiciones de salud.

8.1.2. Diagrama de causa y efecto de absceso de pulmón y mediastino

En cuanto al problema de salud absceso de pulmón y mediastino se identifica en el factor sociopolítico como una causa raíz políticas intersectoriales en prevención y promoción no implementadas debido al tiempo insuficientes para participar en redes o comisiones de coordinación intersectorial ya que hay funcionarios con múltiples obligaciones administrativas en el factor socioeconómico la causa raíz es la baja capacidad adquisitiva como barrera para acceder a bienes y servicios en salud ya que debido a la situación actual se invierte el dinero en satisfacción de otras necesidades básicas (alimentos, vivienda), en cuanto a servicios de salud se identifica como causa una inequidad en acceso a servicios de salud debido al bajo o nulos sistemas de visitas periódicas sumado que no existe transporte público, por otra parte, en cuanto a circunstancias materiales de vida la causa raíz identificada es la exposición agentes infecciosos por entornos insalubres en localidades con hacinamiento, sin los servicios básicos y poblaciones sin control de su estado de salud a esto se le suman los factores de comportamiento de la población con una renuncia al cumplimiento de esquemas básicos de vacunación muchas veces se debe a la publicidad engañosa y las creencias culturales, en cuanto a los factores biológicos las malformaciones congénitas se identifican como una causa raíz debido a la exposición a sustancias nocivas por toma de decisiones no asertivas.

8.1.3. Diagrama de causa y efecto de accidentes de tránsito

En cuanto al problema de mortalidad accidentes de tránsito se identifica en el factor sociopolítico como causa raíz la falta de oportunidad en la resolución de gestiones por parte de CONAVI debido a que los trámites deben pasar por varios departamentos o unidades, en el factor socioeconómico la causa raíz es el aumento en el uso de otros medios de transporte más inseguros (motos, bicicletas y bicimotos) en la búsqueda de medios para ahorrar tiempo y combustible en cuanto a servicios de salud la causa raíz identificada es el trabajo reactivo en atención del evento y no en promoción ya que existen pocos espacios de participación intersectorial en temas de promoción por otra parte, en cuanto a circunstancias materiales de



vida la causa raíz identificada es el desbordamiento alcantarillas comprometen funcionamiento de la red vial por taponamiento de alcantarillas con dimensiones insuficientes para el caudal de agua a esto se le suman los factores de comportamiento de la población con un aumento en las conductas de riesgo al conducir ya que no existe un reforzamiento de las buenas prácticas de conducción y no se aplica la normativa y en cuanto a los factores biológicos los cuadros de descompensación en personas con enfermedades crónicas no transmisibles debido a que no existe un control y tratamiento para condiciones de salud con factores detonantes de stress.

8.1.4. Diagrama de causa y efecto de tumores malignos

En cuanto al problema de salud tumores malignos se identifica en el factor sociopolítico como causa raíz una gestión administrativa ineficiente para dotación de insumos y equipos médicos a los servicios de salud ya que los procesos de planificación presupuestaria no son acordes a los requerimientos en el factor socioeconómico la causa raíz es la baja escolaridad y su relación con la desinformación provocan una apatía o desinterés por aprender para mejorar de su condición de vida, debido a la deserción escolar en cuanto a servicios de salud la oferta de servicios no acorde a los requerimientos poblacionales como causa raíz, ya que existe una innovación lenta de los servicios existentes con proyectos de construcción, ampliación o remodelación lentos, por otra parte, en cuanto a circunstancias materiales de vida la causa raíz identificada es que existe un acceso a bienes y servicios limitado en la ruralidad por estar ubicados en sitios con alta densidad poblacional anudado a esto otra causa en los factores de comportamiento de la población son las prácticas de estilos de vida no saludables que adopta la población por el estilo de vida moderno donde no hay tiempo para el autocuidado, a esto se le suma la enfermedad hereditaria sin detección oportuna como causa raíz identificada de factores biológicos ya que no se tiene el hábito de mantener un control permanente del estado de salud cuando se está bien además de prácticas de estilos de vida no saludables.

8.1.5. Diagrama de causa y efecto de Infarto Agudo de Miocardio

En cuanto al problema de mortalidad de Infarto Agudo de Miocardio los expertos identifican en el factor sociopolítico como causa raíz la falta de involucramiento de la sociedad civil en la participación y vigilancia de la política pública debido a que no hay una priorización de las políticas sumado a esto la falta de mecanismos de seguimiento y evaluación de los planes de gobierno aumentando el riesgo del problema, respecto al factor socioeconómico la causa raíz es la inexistencia de una curricula para la educación en salud integral debido a la inexistencia de guías motivacionales y actitudes conscientes ante la promoción, prevención, conservación y restablecimiento de la salud, sumado la falta de recurso humano para la aplicación, como causa raíz de factores de servicios de salud se identifica la falta de recurso presupuestario destinado a



promoción y prevención, debido a una inadecuada respuesta de los sistemas de salud ante el aumento y envejecimiento de la población en cuanto a circunstancias materiales de vida como causa raíz existe una oferta insuficiente de bienes y servicios que propician estilos de vida saludable debido a la falta de programas orientados a la prevención y promoción de las enfermedades, debido a la no inserción de profesionales en actividad física y nutrición, en cuanto a factores de comportamiento de la población con una adopción del sedentarismo como estilo de vida debido a la falta de tiempo por las actividades cotidianas y los malos hábitos de las prácticas de actividad física respecto a los factores biológicos se identifica la influencia hereditaria debido a una inadecuada detección temprana, adopciones de estilos de vida no saludables, todo esto influye a que el problema de mortalidad por IAM aumente.

8.1.6. Diagrama de causa y efecto de barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas

En cuanto al problema identificado de barreras en el acceso a servicios de salud en cuanto a los factores sociopolíticos la causa raíz es que las políticas institucionales priorizan la atención obligatoria de programas prioritarios, carecen de definición de los temas en salud a priorizar, en cuanto a las causas de los factores socioeconómico existe un bajo poder adquisitivo como limitante de acceso a bienes y servicios en salud ya que se enfocan en Satisfacción de otras necesidades básicas (vivienda, alimentación) debido a los bajos niveles de pobreza, en cuanto a los servicios de salud se identifica que existe una brecha entre oferta de recurso humano de los servicios de salud y demanda de usuarios, existe una fuga de especialistas y mayor demanda de servicios, respecto a circunstancias materiales de vida la causa raíz identificada es el transporte público no disponible en todas las comunidades debido a una deficiencia en superficie de rodamiento de red vial, no hay rentabilidad de servicios, en cuanto a los factores de comportamiento se da una alta demanda creciente de usuarios con trastornos mentales, aumentando la búsqueda de opciones de tratamiento para estar emocionalmente compensado llevando esto a un uso irracional de los servicios (ausentismo, servicios de emergencia), la causa raíz identificada en cuanto a factores biológicos hay una predisposición genética y familiar a desarrollar enfermedades crónicas o aquellas de difícil tratamiento debido a exposición a agentes tóxicos o nocivos Aparición de factores patogénicos.

8.1.7. Diagrama de causa y efecto de barreras en el acceso al agua potable

Tras la priorización del problema de salud de agua potable se identifica en los factores sociopolítico como causa raíz una brecha entre los requerimientos de los instrumentos de gobernanza y las particularidades de cada sistema de abastecimiento esto debido a formación



empírica de entes administradores de acueductos, en el factor socioeconómico la causa raíz es la recaudación insuficiente para mejoras de sistemas debido a que hay priorización para satisfacer otras necesidades básicas, en cuanto a servicios de salud existe una falta de implementación de programas de promoción de la salud que coadyuvan a proteger el recurso hídrico, ya que no hay tiempo para concertar espacios de trabajo y coordinación con otros actores sociales institucionales para abordaje del tema, por otra parte en cuanto a circunstancias materiales de vida la causa raíz identificada es que existen condiciones físico sanitarias deficientes en los sistemas de abastecimiento de agua potable, debido a que existe dificultad para construcción de las redes de abastecimiento, anudado a esto otra causa en los factores de comportamiento de la población es la falta de uso racional del recurso hídrico ya que hay un falso sentimiento que supone tener disposición de agua todo el tiempo y se le suma la inexistencia de mecanismos de control y en cuanto a la factores biológicos se idéntica como causa raíz una mayor demanda de recurso hídrico por usuarios con ciertas condiciones de salud ya que deben aplicar medidas sanitarias básicas para su contención.

8.1.8. Diagrama de causa y efecto de delincuencia

En cuanto al problema de salud identificado por la comunidad en las dimensiones sociopolíticas los expertos identificaron como causa raíz la no inversión del gobierno en políticas sociales y como causa secundaria identifican que no hay un énfasis en desarrollar programas y políticas para contrarrestar el problema de delincuencia que se da en el cantón. En cuanto a la dimensión socioeconómica la causa raíz para el problema es la población en situación de pobreza, donde ya no se pueden satisfacer sus necesidades básicas. Otra causa raíz identificada por los expertos es la desintegración familiar que existe en cuanto a la dimensión circunstancias materiales de vida donde situaciones conflictivas y violentas rompen el núcleo familiar llevando a tomar malas decisiones, respecto a la dimensión servicios de salud se identifica poca participación en redes de coordinación interinstitucional donde se carece de espacios de tiempo para atender actividades a lo externo de los servicios de salud y en cuanto al comportamiento se dan consumo de sustancias psicoactivas como búsqueda de evasión de la realidad a la que se enfrentan y ser aceptados por los pares, en cuanto a la dimensión biológica identifican que personas diagnosticadas con trastornos mentales, sin diagnósticos tempranos con conductas disruptivas factores genéticos de fondo y experiencias traumáticas, entre otros, llevan a que se presente este problema de salud en el cantón.



8.1.9. Diagrama de causa y efecto de trastorno por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

En cuanto al problema de salud mental de trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas los expertos identifican en el factor sociopolítico como causa raíz la falta inversión en programas de prevención para grupos prioritarios debido a la asignación y distribución de recurso humano y presupuesto no acorde a los requerimientos debido a una inadecuada planificación institucional, respecto al factor socioeconómico la causa raíz es la incorporación de ambos padres a mercado laboral debido al aumento de requerimientos para mantener estabilidad socioeconómica en una sociedad consumista aumentan el factor de riesgo de la población para aumentar el problema, como causa de factores de servicios de salud la no atención oportuna de los casos referidos a la red de servicios debido a que el recurso humano profesional es insuficiente aumenta el problema de salud mental, a esto se le suma la disfuncionalidad familiar en cuanto a circunstancias materiales de vida como causa raíz con una inadecuada gestión de emociones incrementando situaciones conflictivas sociales y económicas, llevando a los afectados a la normalización en patrones de consumo refiriéndonos a factores de comportamiento de la población sin ninguna conciencia de riesgos y una vez más se evidencia la apatía con respecto a la importancia de valores respecto a los factores biológicos se identifica el sexo femenino con mayor riesgo a desarrollo de adicciones ya que hay un mayor sentido de responsabilidad sobre núcleo familiar y son más susceptible a desarrollar trastornos mentales.

8.1.10. Diagrama de causa y efecto de trastornos de ansiedad

Para los trastornos de ansiedad en la dimensión sociopolítica se definió como causa raíz la operacionalización deficiente de la política pública en Salud Mental, aunado a la desvinculación interinstitucional y sectorial. Las causas raíz socioeconómicas de la ansiedad fueron las experiencias vitales adversas desencadenantes, junto con la desintegración social y las condiciones de pobreza. En cuanto a los servicios de salud, las causas raíz se vinculan con el personal no capacitado ni sensibilizado, además del limitado acceso a servicios de atención de la salud mental y el prolongado tiempo de espera para la atención en los servicios de salud mental. En el determinante de las circunstancias materiales de vida se tiene la dificultad en el acceso a bienes y servicios, la insatisfacción de necesidades básicas y el contexto socioambiental desfavorable debido al modelo de producción. Con respecto al comportamiento se consideró las reacciones catastróficas ante los estímulos de la realidad, el uso de sustancias psicoactivas y la interacción de la persona con el contexto de forma anticipatoria, defensiva y/o evitativa. Por último en la dimensión biológica se cuenta con la predisposición genética, la presencia de otras patologías y las alteraciones orgánicas.



8.1.11. Diagrama de causa y efecto de trastornos depresivos

Algunas de las causas raíz analizadas con el criterio experto coinciden con las del problema de trastornos de ansiedad, esto debido a que ambos son trastornos mentales comunes en la población a pesar de sus particularidades. De esta forma, en la dimensión sociopolítica se definió como causa raíz la operacionalización deficiente de la política pública en Salud Mental, aunado a la desvinculación interinstitucional y sectorial. Las causas raíz socioeconómicas se tiene la vivencia de experiencias adversas y traumáticas, las condiciones de exclusión y pobreza y también la vigencia del sistema patriarcal en la sociedad. Sobre los servicios de salud las causas raíz se vinculan con el personal no capacitado ni sensibilizado, el limitado acceso a servicios de atención de la salud mental y el prolongado tiempo de espera para la atención en los servicios de salud mental. En el determinante de las circunstancias materiales de vida se tiene la dificultad en el acceso a bienes y servicios, la insatisfacción de necesidades básicas y el contexto socioambiental desfavorable debido al modelo de producción. En la dimensión de comportamiento se decidieron las estrategias de afrontamiento ineficaces, la respuesta deficiente a estímulos estresantes y el uso de sustancias psicoactivas. Para la dimensión biológica las causas raíz identificadas fueron la predisposición genética, la presencia de otras patologías y las alteraciones orgánicas.

Todas las causas raíz descritas influyen en la generación y desarrollo de estas situaciones que afectan la salud de la población, no obstante, es preciso priorizarlas con el fin de concretar acciones operativas a nivel local, lo que se aborda en el siguiente apartado.



8.2. Análisis de las causas raíz con personas expertas

Una vez que se tienen los problemas de salud y salud mental analizados con el Diagrama Causa Efecto, se realizó junto con los expertos la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se hace mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto, donde se colocó por dimensión las causas raíz identificadas y procedió a la calificación de cada una según los criterios establecidos.

A continuación, se presenta los criterios de priorización.

Cuadro 68 Mora: Criterios de priorización para las causas raíz

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

Fuente: Plantilla ASIS, ARS-MORA Ministerio de Salud, 2023

El detalle de cada uno de los Pareto por problema de salud y salud mental se encuentran en el Anexo 4.



Al tiempo que las y los expertos calificaron cada causa raíz y se aplicó el Pareto se seleccionaron las primeras 5 causas raíz. Estas primeras 5 causas raíz son las que ejercen un peso más importante en el evento de mortalidad y las elegidas para la identificación de líneas de acción.

La relevancia de estas 5 causas raíz es que se convierten en el insumo para la construcción de las líneas de acción, debido a que el factor protector que representa esa causa raíz facilita identificar las acciones necesarias para el mantenimiento, fortalecimiento o reproducción de este que verá su traducción en una mejora en la calidad de vida de la población.

A continuación, se detalla el resultado de la priorización con los expertos de las causas raíz por cada problema

Tabla 8 Priorización de las causas raíz del problema malformaciones congénitas

Dimensión	Causas raíz
Factores socioeconómicos	Baja capacidad adquisitiva como limitante de acceso a servicios de salud preventivos
Circunstancias materiales de vida	Ambientes laborales con exposición a sustancias teratogénicas
Factores socioeconómicos	Baja escolaridad y su relación directa con la desinformación
Comportamiento	Práctica de conductas sexuales riesgosas
Circunstancias materiales de vida	Abuso sexual en núcleos familiares

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023

Respecto al problema de mortalidad malformaciones congénitas los expertos consideran que la causa raíz se debe a la baja capacidad adquisitiva como limitante de acceso a servicios de salud preventivos en cuanto a la dimensión socioeconómica y a esto se le suma la baja escolaridad y su relación directa con la desinformación, además de que existe ambientes laborales con exposición a sustancias teratogénicas y abusos sexuales en los núcleos familiares que repercuten aumentar el problema de malformaciones congénitas y en comportamientos identifican como causa raíz las prácticas de conductas sexuales riesgosas.



Tabla 9 Priorización de las causas raíz del problema absceso de pulmón y del mediastino

Dimensión	Causas raíz
Factores socioeconómicos	Baja capacidad adquisitiva como barrera para acceder a bienes y servicios en salud
Circunstancias materiales de vida	Exposiciones agentes infecciosos por entornos insalubres
Servicios de Salud	Inequidad en acceso a servicios de salud
Factores socioeconómicos	Baja escolaridad de progenitores favorece condiciones adversas en salud de menores
Comportamiento	Renuencia al cumplimiento de esquemas básicos de vacunación

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023

Tras la aplicación de la herramienta de Pareto en el problema de mortalidad absceso de pulmón y mediastino, se identifica como causa raíz la baja capacidad adquisitiva como barrera para acceder a bienes y servicios en salud sumada la Baja escolaridad de progenitores favorece condiciones adversas en salud de menores en cuanto a la dimensión de factores socioeconómicos, inequidad en el acceso a los servicios de salud y en las circunstancias materiales de vida se identifica como causa exposiciones agentes infecciosos por entornos insalubres identificando en el comportamiento de la población una renuencia al cumplimiento de esquemas básicos de vacunación.

Tabla 10 Priorización de las causas raíz del problema accidentes de tránsito con vehículo de motor y sin motor

Dimensión	Causas raíz
Circunstancias materiales de vida	Señalización y demarcación de la red vial insuficiente
Factores socioeconómicos	Aumento en uso de otros medios de transporte más inseguros (motos, bicicletas y bicimotos)
Comportamiento	Aumento en las conductas de riesgo al conducir
Circunstancias materiales de vida	Desbordamiento alcantarillas comprometen funcionamiento de la red vial
Factores Sociopolíticos	Falta de oportunidad en la resolución de gestiones por parte de CONAVI

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023

En cuanto al problema de mortalidad de accidentes de tránsito, los expertos identifican como causa raíz en cuanto a la dimensión de circunstancias materiales de vida que no existe una



adecuada señalización y demarcación de la red vial insuficiente, además un desbordamiento de alcantarillas que comprometen funcionamiento de la red vial, anudado a esto hoy en día existe un aumento en el uso de medios de transporte inseguros como motos, bicicletas y bicimotos, mismos que los conductores de estos en cuanto a comportamiento aumentan conducta de riesgo al conducir, además se le suma como causa raíz la Falta de oportunidad en la resolución de gestiones por parte de CONAVI en aspectos sociopolíticos.

Tabla 11 Priorización de las causas raíz del problema tumores malignos

Dimensión	Causas raíz
Factores Biológicos	Enfermedad hereditaria sin detección oportuna
Comportamiento	Práctica de estilos de vida no saludables
Factores socioeconómicos	Baja escolaridad y su relación con la desinformación
Circunstancias materiales de vida	Acceso a bienes y servicios limitado en la ruralidad
Servicios de Salud	Oferta de servicios no acorde a los requerimientos poblacionales

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023

Respecto a los tumores malignos luego de la aplicación del Pareto se obtiene que los expertos en cuanto al problema de mortalidad de tumores malignos identifican como causa raíz factores biológicos la herencia genética, misma que la población no da importancia ya que en comportamiento la causa raíz identificada son las practica de estilos de vida no saludables, además lo relacionan con la baja escolaridad que puede llevarlos a la desinformación limitándolos al acceso de bienes y servicios en la ruralidad y en cuanto a los servicios de salud la causa raíz del problema en esta dimensión es que tiene una oferta de servicios no acorde a los requerimientos poblacionales.

Tabla 12 Priorización de las causas raíz del problema Infarto agudo de miocardio

Dimensión	Causas raíz
Circunstancias materiales de vida	Oferta insuficiente de bienes y servicios que propician estilos de vida saludable
Factores socioeconómicos	Inexistencia de una currícula para la educación en salud integral
Factores socioeconómicos	Escasez de las actividades ocupacionales en población vulnerable
Comportamiento	Adopción del sedentarismo como estilo de vida
Comportamiento	Inadecuados hábitos alimentarios

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023



Como se observa en la tabla 13, las causas raíz del problema Infarto agudo de miocardio según los expertos hay una oferta insuficiente de bienes y servicios que propician estilos de vida saludable, en cuanto a factores socioeconómicos la Inexistencia de una curricula para la educación en salud integral y la Escasez de las actividades ocupacionales en población vulnerable son las causa raíz principales del problema, sumado que la población debido al acelerado ritmo que se maneja hoy en día, incorpora malos hábitos alimenticios y adopta el sedentarismo como un estilo de vida.

Tabla 13 Priorización de las causas raíz del problema barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas

Dimensión	Causas raíz
Servicios de Salud	Brecha entre oferta de recurso humano de los servicios de salud y demanda de usuarios
Comportamiento	Demanda creciente de usuarios con padecimientos crónicos no transmisibles
Comportamiento	Uso irracional de los servicios (ausentismo, servicios de emergencia)
Factores socioeconómicos	Bajo poder adquisitivo como limitante de acceso a bienes y servicios en salud
Factores Sociopolíticos	Políticas institucionales priorizan la atención obligatoria de programas prioritarios

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023.

Las causas raíz del problema barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas según los expertos existe Brecha entre oferta de recurso humano de los servicios de salud y demanda de usuarios, además de que existe un bajo poder adquisitivo como limitante de acceso a bienes y servicios en salud y en los factores sociopolíticos las Políticas institucionales priorizan la atención obligatoria de programas prioritarios y en cuanto al comportamiento de la población existe Demanda creciente de usuarios con padecimientos crónicos no transmisibles y no hay un uso racional de los servicios.



Tabla 14 Priorización de las causas raíz del problema barreras al acceso de agua potable

Dimensión	Causas raíz
Circunstancias materiales de vida	Condiciones físico sanitarias deficientes en los sistemas de abastecimiento de agua potable
Comportamiento	Proliferación de inmuebles y/o actividades sin permiso en zona protectoras
Factores socioeconómicos	Recaudación insuficiente para mejoras de sistemas
Factores Sociopolíticos	Brecha entre los requerimientos de los instrumentos de gobernanza y las particularidades de cada sistema de abastecimiento
Comportamiento	Uso irracional recurso hídrico

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023.

En cuanto al problema de salud de barreras al acceso de agua potable los expertos identifican en la dimensión de circunstancias de materiales de vida condiciones físico sanitarias deficientes en los sistemas de abastecimientos de agua potable y a esto se le suma la proliferación de inmuebles o actividades sin permisos en zonas protectoras y un uso irracional del recurso hídrico en la dimensión de comportamiento mientras que en cuanto a los factores socioeconómicos hay una recaudación insuficiente para mejoras de sistemas y a nivel político una brecha entre los requerimientos de los instrumentos de gobernanza y las particularidades de cada sistema de abastecimiento.

Tabla 15 Priorización de las causas raíz del problema delincuencia

Dimensión	Causas raíz
Factores socioeconómicos	Población en situación de pobreza
Factores sociopolíticos	No inversión del gobierno en políticas sociales
Factores socioeconómicos	Desempleo
Circunstancias Materiales de la Vida	Desintegración familiar
Factores sociopolíticos	Recurso humano insuficiente

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, ASIS Mora 2023.

Respecto al problema de salud delincuencia, se puede observar que en la dimensión de factores socioeconómicos la causa raíz identificada fue la población en situación de pobreza muy de la mano con la crisis de desempleo que se vive actualmente y en cuanto a los factores socioeconómicos la causa raíz identificada es la no inversión del gobierno en políticas sociales y la falta de recurso humano en cuanto a la implementación de las mismas, anudado a esto se



suma como causa raíz la desintegración familiar respecto a la dimensión de circunstancias de materiales de vida.

Tabla 16 Priorización de las causas raíz del problema trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

Dimensión	Causas raíz
Circunstancias materiales de vida	Disfuncionalidad familiar
Comportamiento	Sentido de pertenencia o cohesión social
Comportamiento	Normalización en patrones de consumo
Factores socioeconómicos	Incorporación de ambos padres a mercado laboral
Factores Sociopolíticos	Falta inversión en programas en prevención para grupos prioritarios

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, 2023.

Como se observa en la tabla 17, en cuanto a la priorización de las causas raíz del problema trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas, los expertos determinaron que la causa raíz en la dimensión de circunstancias de vida es la disfuncionalidad familiar, en cuanto a comportamiento las causas raíz son el sentido de pertenencia o cohesión social y la normalización en los patrones de consumo, dada la situación económica actual se suman a ellos factores socioeconómicos con la incorporación de ambos padres al mercado laboral y en los factores sociopolíticos la falta de inversión en programas de prevención para grupos prioritarios.

Tabla 17 Priorización de las causas raíz del problema trastornos de ansiedad

Dimensión	Causas raíz
Servicios de Salud	Personal no capacitado ni sensibilizado
Factores Sociopolíticos	Desvinculación interinstitucional y sectorial
Factores Biológicos	Presencia de otras patologías
Factores Sociopolíticos	Operacionalización deficiente de la política pública en Salud Mental
Servicios de Salud	Limitado acceso a servicios de atención de la salud mental

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, 2023.

Las causas raíz del problema de trastornos de ansiedad fueron el personal no capacitado ni sensibilizado perteneciente a la dimensión de servicios de salud, en la dimensión sociopolítica, la desvinculación interinstitucional y sectorial. En tercer lugar desde la dimensión biológica la presencia de otras patologías, seguida de la operacionalización deficiente de la política pública



en salud mental y por último en la dimensión de servicios de salud se valoró el limitado acceso a servicios de atención de la salud mental.

Tabla 18 Priorización de las causas raíz del problema trastornos depresivos

Dimensión	Causas raíz
Factores Sociopolíticos	Desvinculación interinstitucional y sectorial
Servicios de Salud	Personal no capacitado ni sensibilizado
Comportamiento	Estrategias de afrontamiento ineficaces
Servicios de Salud	Limitado acceso a servicios de atención de la salud mental
Factores Biológicos	Presencia de otras patologías

Fuente: Sesiones de trabajo con los expertos, 2023.

Para el problema de depresión el análisis del criterio experto consideró la desvinculación interinstitucional y sectorial desde la dimensión sociopolítica, en cuanto a los servicios de salud se tiene el personal no capacitado ni sensibilizado. En tercer lugar se encuentran las estrategias de afrontamiento ineficaces, nuevamente de la dimensión de servicios de salud se valoró el limitado acceso a servicios de atención de la salud mental, como quinta causa raíz de la depresión se tiene la presencia de otras patologías.

Al tener identificadas y priorizadas mediante la técnica Pareto las primeras 5 causas de cada problema y con el insumo de las personas expertas se procede al análisis específico por cada causa de cada uno de los problemas.



8.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Cabe mencionar que algunos diagramas de Pareto no fueron completados en su totalidad con la identificación de tres causas por cada una de las 06 dimensiones. Esto debido a que según el criterio de los expertos que participaron en cada una de las sesiones de trabajo, refirieron que si bien es cierto el problema podría tener múltiples causas, no todas las causas aplicaban para el Cantón de Mora. Posterior al análisis realizado para cada uno de los problemas, consideraron que las causas plasmadas para cada problema de salud reflejaban la realidad local y además prioritarias para una intervención a corto, mediano y largo plazo.

Como se detalló anteriormente, una vez que las y los expertos calificaron cada causa raíz, se hizo la aplicación del Pareto y se seleccionaron las primeras 5 causas raíz, las cuales son las que ejercen un peso más importante en el evento de mortalidad, se procede con el análisis a detalle de cada problema de salud y de salud mental.

De esta manera, en el siguiente apartado se analizan los once problemas que han sido mencionados con anterioridad a partir de las cinco causas priorizadas para cada una de estos con base en los determinantes sociales de la salud.

8.3.1. Malformaciones congénitas

Las malformaciones congénitas, también conocidos como anomalías congénitas, defectos de nacimiento, trastornos o malformaciones congénitas, se definen como anomalías estructurales o funcionales, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

Según la OMS, los defectos de nacimiento son la segunda causa principal de mortalidad neonatal e infantil en todo el mundo. En las Américas, aproximadamente una de cada diez muertes de niños menores de 5 años se debe a estas anomalías. Sin embargo, la información disponible sobre la carga de estas condiciones es limitada.

El espectro de causas va desde lo puramente genético a lo puramente ambiental. En la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa. No obstante, es posible prevenirlos mediante políticas de salud, por ejemplo, la vacunación, la fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales como el ácido fólico y la implementación de un adecuado programa de control prenatal, así como con campañas de información a las futuras madres de familia sobre estilos de vida saludables antes y durante el embarazo (Restrepo Cano, 2016).

Según la Academia Americana de Pediatría de Estados Unidos, las malformaciones congénitas son consecuencia de problemas que ocurren durante el desarrollo fetal previo al nacimiento. Es importante que las mamás y los papás estén sanos y tengan buena atención médica antes del embarazo y durante el mismo para reducir el riesgo de malformaciones congénitas evitables.



Las anomalías congénitas son causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad alrededor del mundo. A nivel internacional se han establecido diferentes programas con el fin de hacer más eficiente el monitoreo de los defectos congénitos. Entre los programas de vigilancia internacional de los defectos congénitos se encuentra la red International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research (ICBDSR), fundada en 1974, Costa Rica es miembro de esta red internacional desde el año 2003), otros de los programas de vigilancia internacional es el European Registration of Congenital Anomalies and Twins (EUROCAT) creado en 1979 y el Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), fundado en 1967, entre otros. Este último inicia esfuerzos en el año 2017 para establecer el Registro Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (RELAMC), de la cual actualmente Costa Rica forma parte.

En Costa Rica el Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC) es el encargado de la vigilancia epidemiológica de las anomalías congénitas. El CREC, ubicado en la Unidad de Enfermedades Congénitas (UEC) del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), se creó en agosto de 1985, mediante el Decreto Ejecutivo N° 16488 –S; sin embargo, no fue sino hasta 1987 que se estableció el flujo regular de información. El registro está totalmente integrado al sistema de información de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y es parte de los informes de declaración obligatoria que se reciben en el Ministerio de Salud. El CREC está conformado por un grupo central con sede en INCIENSA compuesto por dos profesionales en pediatría y epidemiología, además de un asistente administrativo; y una red de centros de salud públicos y privados con servicio de maternidad, que abarcan aproximadamente el 98% de los nacimientos del país. Adicionalmente los centros de salud de primer y segundo nivel de atención con servicio de pediatría se han ido incorporando para convertirse en entes notificadores de defectos congénitos (INCIENSA, 2023).

Según el Decreto No 40556-s, “Reglamento de Vigilancia de la salud”, publicado en la gaceta No 206, el 23 de agosto del 2017, las malformaciones congénitas pertenecen al grupo D de vigilancia y por lo tanto posee su propio registro con protocolos y formularios específicos. Dentro de los procesos que realiza el CREC, además de la gestión de la vigilancia de los defectos congénitos, se encuentran los, análisis epidemiológicos, la investigación epidemiológica y la enseñanza y capacitación tanto a miembros de la red como a la comunidad científica. Este documento se concentra en el proceso de vigilancia de los defectos congénitos.

Según reporte anual de inciensa 2022, Durante el año 2021 se registraron en el INEC 54.289 nacimientos y se reportaron al CREC 1.287 niños y niñas con malformaciones congénitas y 2.134 malformaciones congénitas específicos, para una prevalencia de casos de 2,37 (2,24-2,50) por 100 nacimientos y una prevalencia de defectos congénitos de 3,9 (Barquero, Cordero, López, Duarte, & Umaña, 2020).



En los últimos 50 años, en el ámbito mundial se reflejan importantes cambios en los indicadores de salud. Desde esa perspectiva, Costa Rica ha logrado grandes avances, entre los que sobresalen la disminución de la tasa de mortalidad infantil, que bajó de 56,4 a 19,1/1000 nacidos vivos en 1971 y 1981 respectivamente, hasta llegar a 8,68/1000 nacidos vivos en el año 2021. Esta disminución se explica principalmente por la reducción de enfermedades infecciosas y, en menor grado de enfermedades respiratorias; lo que origina un aumento proporcional de las muertes infantiles causadas por afecciones perinatales y anomalías congénitas. Estas últimas fueron responsables de alrededor del 38% de las muertes infantiles en Costa Rica para el año 2021. Lo anterior, sumado a que este grupo de patologías son responsables de una gran proporción de impedimentos físicos y mentales en la población, las convierte en un creciente problema de salud pública (Benavides Lara & Barboza Argüello, 2018).

En 2015 se estableció el 3 de marzo como el Día mundial de los defectos congénitos, con el fin de sensibilizar y abogar por un mayor impulso en el desarrollo e implementación de programas de prevención, así como para una mejora en la calidad de los servicios de salud y la atención que reciben tanto las personas con defectos congénitos como sus familias (OPS).

Al comparar las prevalencias de defectos congénitos de los diferentes establecimientos con el periodo basal (10 años previos), se determina que los hospitales San Rafael de Alajuela, Tony Facio, Guápiles, Dr. Monseñor Sanabria, México, de Los Chiles, Escalante Pradilla y William Allen, presentaron en el 2021, una prevalencia de defectos congénitos significativamente menor a la del período basal, por lo que es posible que en el 2021 haya habido un subregistro en estos establecimientos de salud. Así mismo, con excepción de Cartago y Guanacaste, todas las provincias presentaron una disminución significativa de la prevalencia de defectos congénitos con respecto al periodo basal. La disminución casi generalizada de las prevalencias de defectos congénitos en centros de salud, inclusive con alto número de nacimientos, así como la disminución en las prevalencias de defectos congénitos observadas en las provincias y cantones y en las prevalencias de grupos de defectos congénitos bajo vigilancia, parece indicar que la pandemia por SARS- CoV2, que inició su ola epidémica en Costa Rica en enero del 2020, incidió negativamente en la detección y el reporte de los defectos congénitos.

Las malformaciones congénitas del pulmón se ubican como la primera causa de mortalidad para el grupo de edad de menos de un año en el cantón de Mora.

El grupo de expertos identificó las siguientes causas raíz prioritarias para las malformaciones congénitas del pulmón, en primer lugar la baja capacidad adquisitiva como limitante para acceder a los servicios de salud preventivos como factores socioeconómicos, según los expertos la posición social condiciones económicas, desempleo familiar y bajos niveles educativos, son factores que pueden alterar la evolución de la salud del bebé y de la madre en términos de supervivencia y calidad de vida de la población y su relación directa, como segunda causa, ambientes laborales con exposición a sustancias teratogénicas identificándolos como circunstancias materiales de



vida, según el grupo de expertos los agentes teratógenos constituyen un problema social, pues no todos los pacientes que nacen con malformaciones congénita logran bienestar absoluto, ya que arrastran secuelas que repercuten en su calidad de vida, la ingesta de drogas antiepilépticas durante el embarazo, el contacto con pesticidas, los factores ambientales, la radiación y sustancias químicas atraviesan la barrera placentaria y causan efectos adversos sobre el embrión o el feto, muy relacionada la tercera causa identificada fue el baja escolaridad y su relación directa con la desinformación en aspectos socioeconómicos, la falta de información hace que haya controles prenatales deficientes marcando la brecha de desigualdad en la utilización de los servicios de salud en sectores de difícil acceso geográfico, como áreas rurales. Las práctica de conductas sexuales riesgosas en el comportamiento, según los expertos el inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección, sexo con parejas casuales, promiscuidad, iniciación sexual temprana, desencadenan el riesgo de se presenten malformaciones y por último abuso sexual en núcleos familiares como circunstancias materiales de vida, según los expertos las malformaciones están relacionadas al contexto social de la madre eventos estresantes de la vida, mala salud psicológica durante el embarazo, falta de apoyo familiar, social y el consumo de alcohol y tabaco son factores que influyen.

Muchos defectos del nacimiento se pueden prevenir o tratar mediante la ingesta suficiente de ácido fólico y yodo durante el embarazo, la vacunación y los cuidados prenatales adecuados constituyen algunas medidas clave en este sentido, si las muertes que ocurren en la infancia son debido a las malas condiciones en que las personas viven y a las barreras de acceso a los servicios de salud, representan la máxima expresión de violación al derecho a la salud y más aún, al derecho elemental a la vida, la patogenia de estas malformaciones todavía está por aclarar y no existe hoy en día una explicación definitiva sobre el origen de estas, finalmente como se mencionó al inicio, no se puede dejar de lado las condiciones de vida y los factores sociales que tienen efecto en la salud de las mujeres, por lo que considerar dichos elementos en el análisis y propuestas de acción para la prevención de mortalidad por malformaciones congénitas incluyendo procesos de educación dirigidos a la población para favorecer el empoderamiento y el cuidado de su salud.

8.3.2. Absceso del pulmón y del mediastino

El absceso pulmonar se define “como una acumulación localizada de pus dentro del parénquima pulmonar, principalmente debido a una infección bacteriana, y se caracteriza por la presencia de una cavidad rodeada de tejido pulmonar inflamatorio necrótico”. Las masas mediastínicas están formadas por tumores, sacos llenos de fluido (quistes) y otras anomalías en los órganos del mediastino. Estos órganos incluyen el corazón, la glándula del timo, algunos ganglios linfáticos y parte del esófago, la aorta y las glándulas tiroideas y paratiroides. Estas masas pueden ser asintomáticas o pueden causar dolor torácico, pérdida de peso, fiebre, dificultad para tragar, tos



o dificultad para respirar, sobre todo en niños, Esta enfermedad se consideraba, clásicamente, la consecuencia de la aspiración de secreciones orofaríngeas infectadas.

De acuerdo con Sethi (2023) el absceso pulmonar está caracterizado como primarios cuando representan menos del 80% de los casos o también encontramos a los secundarios. Los primarios por lo general son ocasionados por la aspiración, a menudo se deben a bacterias anaerobias y se desarrollan en ausencia de enfermedad pulmonar o sistémica subyacente. Los abscesos pulmonares también se pueden clasificar como agudos (menos de 4 a 6 semanas de duración) o crónicos que representan menos del 40% de los casos.

Los niños pueden tener defectos de nacimiento en el mediastino, por ejemplo, quistes, anomalías de los vasos sanguíneos o desarrollo anómalo del esófago. A veces, las masas del mediastino no causan síntomas, especialmente las masas pequeñas en adultos. En niños es más probable que dichas masas, incluidos los cánceres, sí causen síntomas. Los abscesos pulmonares son una entidad poco frecuente en pediatría. La sintomatología se refiere principalmente al aparato respiratorio, encontrándose fiebre, tos y dificultad respiratoria. Es frecuente su asociación con neumonías. Respecto a su epidemiología, es considerada una entidad con baja prevalencia e incidencia, este cuadro clínico ha disminuido desde el inicio de la era de los antibióticos. Sin embargo, aún representan una causa importante de morbilidad y mortalidad. De hecho, previo al uso de antibióticos su mortalidad alcanzaba un 75% de los casos, actualmente es cercana al 8,7 %. En la literatura existe poca evidencia de los factores de riesgo asociados abscesos de pulmón; se ha descrito que en los países en vías de desarrollo los principales factores de riesgo para desarrollar infecciones severas en las vías respiratorias inferiores son principalmente la desnutrición, la vacunación incompleta, el bajo peso al nacer, la ausencia de lactancia materna exclusiva, la contaminación del aire en interiores, el bajo nivel socioeconómico y el fumador pasivo; mientras que en los países desarrollados los principales factores de riesgo identificados son la ausencia de lactancia materna exclusiva, la desnutrición y la presencia de comorbilidades (Fundación Argentina del Tórax, 2016).

Las manifestaciones iniciales son similares a las que ocurren en un proceso de bronconeumonía, incluyen: fiebre, tos, producción de esputo y dolor torácico. De estos, la tos corresponde al primero en frecuencia, y se ha encontrado en un 91% de los casos; mientras que la fiebre corresponde al segundo, y se presenta en un 83% de los casos. La expectoración generalmente se produce posterior al inicio de la tos, debido a que para su aparición es necesaria la formación de una fístula broncopulmonar.

Los abscesos de pulmón y del mediastino se ubican como la primera causa de mortalidad para el grupo de edad de 1 a 9 años en el cantón de Mora.

El grupo de expertos identificó las siguientes causas raíz prioritarias para los abscesos del pulmón como primera causa baja capacidad adquisitiva como barrera para acceder a bienes y servicios respecto a factores socioeconómicos, se determinó que como causa conexas material se



encuentra el poco acceso a servicios en algunas zonas rurales de difícil ingreso, se determina que una adecuada nutrición es clave para mejorar las defensas naturales del niño, comenzando con la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida. También relacionan como segunda causa la exposición agente infecciosos por entornos insalubres, como circunstancias materiales de vida, en muchas zonas del cantón de Mora, la población se ve expuesta a factores de riesgo como la contaminación del aire interior ocasionada por el uso de biomasa como leña o carbón como combustible para cocinar o calentar el hogar sin una buena ventilación, vivir en hogares hacinados; el consumo de tabaco por los progenitores.

La tercera causa fue la Inequidad en acceso a servicios de salud respecto a servicios de salud, la población muchas veces se ve limitadas a la atención en salud, como consecuencia de la condición de aseguramiento, que no poseen algunos grupos, como los migrantes irregulares, desempleados, trabajadores informales y adultos mayores fuera del régimen no contributivo. Relacionado a esto surge la cuarta causa la baja escolaridad de progenitores favorecen condiciones adversas en la salud de los menores (factores socioeconómicos). De alguna u otra manera, lo anterior se encuentra mediado por causas socioeconómicas estructurales como la marginalidad y el aumento de la desigualdad social, que inciden en el acceso a distintos servicios a poblaciones vulnerables por discriminación étnica, género, orientación sexual o económica. Estas son provocadas por el desempleo, la informalidad, la ir regularización migratoria, que provocan entornos de pobreza, y subsecuentemente brechas educativas y de remuneración. el hábito de lavarse las manos y muy de la mano la última causa raíz es la renuncia al cumplimiento de esquemas básicos de vacunación respecto al comportamiento) en algunas zonas más alejadas se utiliza la medicina natural y se deja de lado la vacunación haciendo resistencia a la misma por desinformación, basándose en la gran cantidad de mitos que giran alrededor del tema.

Actualmente, una parte significativa de las muertes de niños menores de cinco años en todo el mundo se podrían haber evitado con la vacunación, buenos hábitos de higiene, manteniendo un sistema inmunitario fuerte.

8.3.3. Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor

Según la Organización Panamericana de la Salud la seguridad vial se refiere a las medidas adoptadas para reducir el riesgo de lesiones y muertes causadas por el tránsito (OPS, s.f.).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud señala que los traumatismos causados por el tránsito son la principal causa de mortalidad entre los niños y los jóvenes de 5 a 29 años (OMS, 2022).

La seguridad vial es un concepto integral que engloba un componente político económico en el cual se sitúa al Estado como el encargado de elaborar e implementar las políticas públicas y normativa que regulan el orden vial para asegurar la integridad física de las personas. Además



tiene la función de realizar las gestiones para la consecución de los recursos necesarios para el diseño y mantenimiento de la infraestructura vial.

El otro componente es el ámbito sociocultural que considera los patrones de conducta o comportamiento de los individuos. Este componente considera las conductas de riesgo al momento de conducir como lo son: exceso de velocidad, conducir bajo los efectos de sustancias psicoactivas, irrespeto a señales de tránsito, manejar cansado, la no utilización de cascos o cinturones de seguridad, existencia de distracciones durante la conducción como el uso del teléfono celular, sobrepasar la capacidad de personas en vehículos, entre otros. Por tanto, para la prevención de estas situaciones riesgosas es necesario analizar las razones por las cuales las personas, a pesar de que en la mayoría de los casos son conocedoras de la normativa, no acatan estas disposiciones y ponen en riesgo tanto su integridad física como la de las otras personas.

Una vez diseñada y puesta en funcionamiento la infraestructura vial esta puede verse afectada por las amenazas externas como lo son inundaciones, deslizamientos o sismos (CONAVI, 2018).

Por otro lado, cabe destacar la relación directa que existe entre la ocurrencia de accidentes de tránsito y los lugares donde la población tiene una mayor o menor acceso a la infraestructura vial. Según los datos obtenidos del Anuario Estadístico de Accidentes de Tránsito 2021 del COSEVI, las zonas urbanas registran el 72,3 de los accidentes de tránsito, mientras que las zonas rurales registran un 24,9%, debido al rezago que estas últimas presentan en el desarrollo de su red vial. (COSEVI, 2021).

Esta misma situación se puede observar a nivel cantonal donde el distrito Colón y Guayabo presentan mayor notificación de accidentes de tránsito ya que son los dos distritos que atraviesa la Ruta Nacional 239 (Ministerio de Salud, 2020-2023)

Por otra parte, los datos provenientes del Anuario Estadístico de Accidentes de Tránsito del COSEVI para el año 2021 indica que del total de accidentes registrados para el Cantón de Mora, 41% corresponden a conductores de vehículo, seguido muy de cerca por los motociclistas que representan un 34,9% y el pasajero de moto y carro ocupan el tercer lugar con un 8,4% cada uno. En un cuarto lugar se ubican los peatones que representan un 4,2% del total y en quinto lugar los ciclistas con un 2,4% (COSEVI, 2021).

Este panorama es similar al reportado por la OPS para la Región de las Américas que establece que un 49% de las personas que mueren en accidentes de tránsito corresponden a peatones, ciclistas y motociclistas (OPS, s.f.).

Otro aspecto por tomar en consideración cuando se abordan los accidentes de tránsito es el sexo de las personas. La OPS ha establecido que para la Región de las Américas el sexo masculino es el más propenso a sufrir accidentes (OPS, s.f.).

Lo expuesto anteriormente también ocurre a nivel cantonal, ya que durante los años del 2020 al 2023, se registra más de doble de la cantidad de accidentes en hombres que en mujeres,



tomando en consideración las tasas de dichos eventos por 1.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2020-2023).

Este panorama es similar al reportado por la OPS para la Región de las Américas que establece que un 49% de las personas que mueren en accidentes de tránsito corresponden a peatones, ciclistas y motociclistas y que los hombres tienen mayor riesgo a morir por los traumas causados por los accidentes (OPS, s.f.).

Otra situación importante que se presenta en el Cantón y que agrava dicha problemática es la ausencia de una oficina del Ministerio de Obras y Transportes en el Cantón. La oficina que tiene a cargo el Cantón de Mora, también le corresponde velar por el ordenamiento vial en los cantones de Santa Ana, Escazú, Puriscal y Turrubares. Para solventar esta situación, la Municipalidad cuenta con un Departamento de Policía Municipal y únicamente cinco de sus funcionarios tienen la envergadura de inspectores de tránsito, por lo que se torna insuficiente.

Debido a lo mencionado anteriormente, existe una alta probabilidad que la atención de los accidentes no se realice de forma oportuna, agravando las lesiones de sus víctimas. Por otro lado, al no existir suficiente recurso humano para hacer cumplir la normativa sobre el tema, el usuario de la red vial tiene mayor oportunidad de transgredir la misma, instaurando cada vez más los comportamientos riesgosos al momento de conducir.

Para el Cantón de Mora, los accidentes de tránsito se registran como la primera causa de mortalidad para el grupo poblacional entre los 10-19 años (INEC 2015-2019). Las personas fallecidas en accidentes de tránsito incluyen los conductores y acompañantes que viajan en vehículos de motor (automóviles, motos) o sin motor (ciclistas), así como los peatones.

Según el análisis realizado por el grupo de expertos, existen cinco causas principales que ocasionan esta problemática.

Como primera causa se ubica la falta de oportunidad en la resolución de las gestiones por parte del Consejo Nacional de Vialidad (determinante sociopolítico). En su mayoría estas gestiones se deben a solicitudes de apoyo o colaboración presentadas por la Municipalidad de Mora para el mejoramiento de la red vial del Cantón que le corresponde a CONAVI.

Como segunda causa se encuentra la falta de señalización y demarcación de la infraestructura vial (determinante de circunstancia material). Esto ocasiona una barrera para que los ciudadanos puedan acceder a una red vial que ofrezca condiciones de seguridad y orden.

La tercera causa que se debe al desbordamiento de las alcantarillas que ocasionan una afectación al adecuado funcionamiento de la red vial (determinante de circunstancia material).

Según los expertos, el trasfondo de esta situación se puede deber a la inadecuada gestión de los residuos sólidos por parte de la población los cuales finalmente descargan en los sistemas de alcantarillado pluvial y/o el diseño de los alcantarillados son insuficientes para el caudal de agua que los atraviesa.



La cuarta causa corresponde al aumento en el uso de otros medios alternativos de transporte como lo son las motocicletas, bicicletas y bicimotos (determinante socioeconómico). Según el grupo de expertos, este fenómeno se presenta por dos razones opuestas entre sí. Se tiene un primer panorama constituido por familias que su poder adquisitivo reducido no les permite la compra de un auto. En un segundo panorama, se tienen las familias con mayor capacidad adquisitiva que además de contar con un auto, deciden adquirir una moto para evitar presas y ahorrar tiempo.

Finalmente, la quinta causa se debe a las conductas de riesgo al momento de conducir (determinante de comportamiento). Ejemplos de estas conductas son: los excesos de velocidad, conducir bajo los efectos de sustancias psicoactivas, irrespeto a señales de tránsito, manejar cansado, la no utilización de cascos o cinturones de seguridad, existencia de distracciones durante la conducción como el uso del teléfono celular, sobrepasar la capacidad de personas en vehículos, entre otros. Para contrarrestar un poco esta situación, la Municipalidad de Mora, específicamente en la Unidad Técnica de Gestión Vial, cuenta con un programa de educación sobre seguridad vial en centros educativos, sin embargo, ha sido en su mayoría por iniciativa propia. Esto debido a que no se cuenta con suficiente personal para el desarrollo de este, escasa capacitación y transferencia de recursos económicos por parte de las entidades gubernamentales para el fortalecimiento de estos.

8.3.4. Tumores

Según la OMS (2023) define la palabra “Cáncer” como un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se denominan “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Los tumores o neoplasias malignas son causas principales de mortalidad, es una de las causas principales de muerte en el mundo en la región de las Américas.

La Organización Panamericana de la Salud estima que 40% de los tumores se pueden prevenir a través de estilos de vida saludables, una tercera parte de los tumores se puede diagnosticar en sus etapas iniciales o tempranas de desarrollo a través de programas de detección precoz, y todas las personas que viven con cáncer pueden beneficiarse mediante el acceso a tratamiento médico adecuado, y cuidados paliativos (OPS, 2021).

A nivel mundial, se estima que hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y 10 millones de muertes por cáncer. La carga del cáncer aumentará aproximadamente en un 60% durante las próximas dos décadas, lo que afectará aún más a los sistemas de salud, a las personas y a las comunidades. Se prevé que la carga mundial por cáncer aumente a unos 30 millones de nuevos casos para 2040, y el mayor crecimiento se producirá en países de ingresos bajos y medianos. (OPS, 2023).



El cáncer es uno de los más importantes problemas de salud pública en Costa Rica. Según el Registro Nacional de Tumores de Costa Rica actualmente se diagnostica más de 7 500 nuevos casos cada año si estos se distribuyeran uniformemente durante el año se podría afirmar que aproximadamente cada hora se diagnostica un caso de cáncer en el país.

En relación con la mortalidad el grupo de las neoplasias malignas ocupa el segundo lugar por todas las causas de muerte solo superado por las enfermedades del sistema circulatorio. El cáncer ocasiona más del 20% de todas las muertes. En el año 2019, más de 13.000 personas habrán sido diagnosticadas con algún tipo de cáncer en Costa Rica y 4.500 habrán muerto por esa causa al finalizar el año, esto según proyecciones del Proyecto de Fortalecimiento de Atención Integral de Cáncer de la Caja Costarricense de Seguro Social (Caja Costarricense de Seguro Social, 2009).

El consumo de alcohol y tabaco, una mala dieta, el sedentarismo y causas ambientales son los principales factores de riesgo de cáncer a nivel mundial, por lo cual Costa Rica no es la excepción. La incidencia de cáncer también aumenta con el envejecimiento, debido al cúmulo de factores de riesgo y a que los mecanismos de reparación celular pierden eficacia.

Dentro de los principales problemas de esta enfermedad se incluyen la detección tardía de la enfermedad y un tratamiento inoportuno, esto genera que el 71% de las muertes por cáncer se produzca principalmente en los países de ingresos medios y bajos, debido a las limitaciones que tienen en sus sistemas de salud (Velásquez Loaiza, 2023).

Según el informe Mundial sobre el cáncer, demuestra que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo (Caja Costarricense de Seguro Social, 2009).

Los costos de atención a estas enfermedades, así como los generados por las incapacidades, los años de vida perdidos y los generados por discapacidad, son muy altos, por lo cual el trabajo en este campo en cuanto a la prevención y detección temprana es de gran importancia.

El país dispone de un Registro Poblacional de Tumores que brinda información desde el año 1978 y es uno de los pocos registros a nivel mundial y el único en Latinoamérica con cobertura nacional. Se considera fundamental respecto a la información en cáncer más que la cantidad, poner énfasis en la calidad de los datos disponibles. De esta manera en el procesamiento de la información en todos los países que disponen de Registros de Cáncer se prioriza en garantizar la calidad de la información más que en la disponibilidad de los datos más recientes en cáncer tomando en cuenta que el cáncer presenta modificaciones en la tendencia en períodos de varios años.

Las neoplasias malignas se ubican como la primera causa de mortalidad para el grupo de edad de 20 a 64 años en el cantón de Mora.

El grupo de expertos identificó como causas raíz prioritarias de las neoplasias la enfermedad hereditaria sin detección oportuna según factores biológicos. Según la evidencia los tumores malignos son una enfermedad común en la población, por lo tanto, no es sorprendente que



muchas familias tengan al menos algunos miembros que lo hayan padecido, a veces, ciertos tipos de cánceres parecen repetirse en algunas familias, esto puede deberse a que los miembros de una familia están expuestos a los mismos factores o tienen hábitos similares que aumentan el riesgo de padecer cáncer, tales como el hábito de fumar. Otros factores de riesgo como la obesidad suelen ser comunes a varios miembros de una misma familia y también pueden alterar el riesgo de padecer cáncer sumado el sedentarismo y el tabaquismo, se pueden perfilar como causas raíz en nuestro país y es semejante a lo descrito para el mundo. Una segunda causa raíz identificada fue la práctica de estilos de vida no saludables respecto al comportamientos, los expertos determinaron que en el cantón de Mora la falta de espacios seguros para practicar algún tipo de actividad física, la falta de tiempo debido a largas jornadas laborales y no dejando de lado la mala economía no permite a las personas realizar actividad física,

Los expertos consideran también que una causa raíz es el baja escolaridad y su relación con la desinformación en cuanto a factores socioeconómicos, identificando brechas educativas y de remuneración que son parte del aumento de la desigualdad social lo que disminuye la posibilidad de los usuarios de acceder a servicios de salud de calidad de forma temprana. Es importante conocer los factores de riesgo principales para el desarrollo de esta patología y en congruencia con ello, brindar educación en salud de manera oportuna y efectiva por grupo etario y género, en temas como: actividad física, consecuencias del abuso de bebidas alcohólicas, drogas y tabaco, y ventajas de una adecuada nutrición.

La cuarta causa identificada fue acceso a bienes y limitados en la ruralidad respecto a factores sociopolíticos, consideran que se debe mejorar la calidad de vida de los pacientes se debe reforzar la educación en salud en los tres niveles de atención en los escenarios familiar, comunitario, trabajo y educativo, para fomentar estilos de vida saludables que contribuyan a prevenir ciertos factores de riesgo, se observa que hay pocas políticas que pongan en práctica centros de trabajos saludables, de forma que no se articulan grupos de trabajadores ni se habilitan espacios para la implementación de estilos de vida saludable en los centros de salud y anudado a esto la población se vuelve cada vez más sedentaria, pasando largas horas frente a dispositivos tecnológicos. Otra causa identificada fue la oferta de servicios no acorde a los requerimientos poblacionales (servicios de salud), las políticas, programas y proyectos desarrollados por las instituciones del sector salud deben incluir el abordaje integral de esta problemática para mejorar la calidad de vida de la población.

Todos estos factores de riesgo y carencias en los diversos determinantes de salud, llevan a la necesidad de plantear líneas de acción para abordar a las personas que tienen riesgo de sufrir neoplasias, por lo que se priorizan de acuerdo a las competencias institucionales, a su importancia e influencia en las poblaciones, de esta forma las acciones que lleven a mejorar los estilos de vida permitirán prevenir un gran número de enfermos, siendo esta una medida efectiva y económica para el abordaje del cáncer.



8.3.5. Infarto agudo de miocardio

El infarto agudo de miocardio (IAM) es un síndrome clínico definido por síntomas características de isquemia miocárdica, conocido también como ataque al corazón, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. Infarto significa ‘necrosis por falta de riego sanguíneo’, con agudo se refiere a ‘súbito’, con mio a ‘músculo’ y con cardio a ‘corazón’.

Desde el punto de vista de la atención clínica, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado una verdadera urgencia médica. Las manifestaciones del infarto aparecen de forma súbita, y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es elevado. Además, la eficacia del tratamiento va a depender, en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su administración. En el caso del infarto agudo de miocardio, es problemas de salud cuya casualidad es muy compleja puesto que abarca determinantes tanto estructurales como intermedios. Un informe de un panel nacional de la Asociación Americana del Corazón realizado para abordar los determinantes sociales de riesgo y resultados para la enfermedad cardiovascular, concluyó tras una amplia revisión de literatura científica, que existe una importante influencia de los factores sociales en la incidencia, tratamiento y los resultados de las enfermedades cardiovasculares, y que, aunque tradicionalmente se ha considerado las mismas como la consecuencia de ciertos hábitos modificables y no modificables relacionados con el estilo de vida y la genética, se debe ampliar el enfoque para incorporar los determinantes sociales de la salud (Merschel, 2022).

Según la Guía para diagnóstico y tratamiento de las personas con síndrome coronario agudo indica que “las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en Costa Rica desde el año 1970, y de éstas el Infarto al Miocardio ocupa aproximadamente un 40% del total de los casos y aún hoy día continúa siendo la causa más frecuente” (Caja Costarricense del Seguro Social, 2013)

Según datos del Ministerio de Salud, en Costa Rica las Enfermedades No Transmisibles (ENT) ocupan la primera causa de muerte, morbilidad y discapacidad desde hace más de tres décadas. Para el año 2019 las ENT representaron el 80.73% de las defunciones en el territorio nacional, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor proporción (31.74%), seguidas por el cáncer (26.58%) (Ministerio de Salud, 2023).

La tendencia de mortalidad en el cantón de Mora durante el quinquenio (2015-2019), muestran que el Infarto Agudo de Miocardio, fue el que ocupó el primer lugar como causa de mortalidad (7,8%), también la estadística arroja la misma causa de muerte para el grupo etario de 65 años y más con (6,49%). Realizando un análisis y una correlación entre los grupos etarios con la misma tendencia de mortalidad y tomando en cuenta que la población adulta del cantón se está viendo altamente afectada, lo cual tiene consecuencias importantes para el sistema de salud dado el



aumento en los gastos médicos, el sistema de protección social por la fuerte reducción de los ingresos a causa de la enfermedades se decide realizar un sola sesión de trabajo para abordar los dos diagnósticos basados en la complicación de diversas enfermedades que para esta época de la vida tiene un carácter crónico, como lo es diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis entre otros facilitan las altas prevalencias de esta enfermedad, tomando en cuenta que los cambios actuales en los patrones alimentarios y falta de actividad física de la población, están facilitando las altas prevalencia de estas enfermedades, que además están condicionadas por factores de escala mundial como la urbanización, la globalización, el progreso tecnológico y el desarrollo socioeconómico. La globalización de los alimentos ha promovido un cambio en las preferencias dietéticas por alimentos procesados hipercalóricos accesibles económicamente y cargados de grasas, azúcares y sodio; reduciendo el consumo de alimentos naturales como frutas, vegetales y fibra dietética que minimizan la preparación de platillos tradicionales y autóctonos de gran valor nutritivo en los hogares.

Retomando el Diagrama de Causa-Efecto para la enfermedad infarto agudo de miocardio, se observa la relación multicausal entre los determinantes que inciden sobre el evento en salud analizado.

El grupo de expertos consultado identificó y priorizo las siguientes causas raíz de la enfermedad el infarto agudo de miocardio

En primer lugar existe una oferta insuficiente de bienes y servicios que propician estilos de vida saludable en cuanto a circunstancias materiales de vida, determinan que la falta en el cantón de programas de atención primaria interdisciplinaria orientados a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, inserción de profesionales en actividad física y nutrición, esto contribuye un factor de riesgo asociado a la mortalidad por IAM, seguido por la Inexistencia de una curricular para la educación en salud integral refiriéndose a factores socioeconómicos, si bien es cierto que a nivel educativo existen varias guías para la educación en salud integral, los expertos consideran que el avance tecnológico y otros factores vinculados a las sociedades modernas, ha impactado negativamente en las prácticas de recreación activa, dando paso a entretenimientos más sedentarios. Lo anterior sumado a manifestaciones de estrés, baja autoestima y otras conductas que afectan la salud física, emocional, mental y social de niños, niñas, jóvenes y la población en general, evidencia la imperiosa necesidad de abrir espacios en para implementar acciones efectivas de educación para la Salud, donde se brinde orientación oportuna y actualizada a la población en general. Otra de las causas identificadas fue la escasez de las actividades ocupacionales en población vulnerable en cuanto a factores socioeconómicos los expertos determinan que en la población los estilos de vida adoptados no incluyen la práctica de ejercicio físico y es bien sabido que estos intervienen en la mejora de la salud de la persona y reduce su riesgo cardiovascular. En este sentido, hay un aspecto fundamental que es la prevención en la infancia, los niños de hoy en día tienen peores hábitos de alimentación, ejercicio físico y ocio. La práctica deportiva se suele reducir a las horas que imparten en las escuelas al



tiempo que el ordenador, los videojuegos y la televisión se convierten en sus principales vías de esparcimiento. Educar a los más pequeños en la necesidad de tener una vida activa, con ejercicio moderado y actividades al aire libre es el único método para ayudarles a convertirse en adultos sanos seguido por una alta adopción del sedentarismo como estilo de vida (determinante de comportamiento) los expertos relacionan que la evolución de los sistemas de transporte y la tecnología laboral, los nuevo modos de ocio, todo colabora para tanto niños, jóvenes y adultos asuman como válidos comportamientos claramente sedentarios y, por tanto, perjudiciales para la salud se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular y muy relacionado a esto Inadecuados hábitos alimentarios (determinante de comportamiento). Los expertos determinaron que la mala alimentación comidas altas en grasas, los niveles altos de colesterol en la sangre aumentados, el acelerado ritmo de vida que se vive sin horarios establecidos, aumenta el riesgo del Infarto Agudo de Miocardio.

Como se observa los factores de riesgo para estos eventos son ampliamente modificables si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la intersectorialidad.

El estado de salud de la población es resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, esta situación plantea importantes retos para la economía, el sistema de salud y otros sectores de la sociedad que deben adoptar medidas conjuntas a fin de disminuir los factores de riesgo asociados al evento.

8.3.6. Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), el acceso universal a la salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, determinados a nivel nacional de acuerdo con las necesidades. A la vez se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, según lo establecido en la Ley General de Salud y la jurisprudencia dada por la Sala Constitucional en sus diferentes votos, el Estado es el responsable de garantizar dicho acceso a los servicios de salud.

Por tanto, para planificar cualquier intervención en el tema de accesibilidad a los servicios de salud de atención directa a las personas, se debe considerar el contexto político, económico y social en que se encuentran los personas que prestan la atención (en este caso el Estado) y el usuario que la recibe (paciente).

Similar al panorama que se presenta a nivel nacional, la Caja Costarricense del Seguro Social es la mayor prestadora de servicios de salud en el Cantón de Mora. La población es atendida por



tres áreas de salud que corresponden a un primer nivel de atención encargados de brindar la atención primaria en salud (APS). Se encuentran organizadas de la siguiente forma: a) Mora - Palmichal que atiende los distritos de Colón, Guayabo, Tabarcia y Jaris, b) Puriscal – Turrubares que atiende los distritos de Picagres y Piedras Negras y c) Atenas la cual se encarga del poblado de Balsilla, el cual pertenece al distrito de Picagres.

La OPS (OPS, 2007) en su documento “La Renovación de la Atención Primaria en las Américas” es clara en establecer la gran importancia que tiene la APS como la principal puerta de entrada a la red de servicios de salud bajo el principio de equidad como pilar fundamental. Bajo esta línea de pensamiento, para lograr una mejor accesibilidad a los servicios de salud, como nivel local debemos establecer de forma prioritaria líneas de acción para el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Retomando la relación directa que existe entre las personas que prestan el servicio y quienes lo reciben, las causas que ocasionan las barreras de accesibilidad a los servicios de salud tienen una relación directa con ambos componentes.

Propiamente, en lo que respecta a los servicios de salud, el grupo de expertos determinó que una de las principales causas en las barreras de accesibilidad es la brecha entre la oferta de recurso humano de quien brinda el servicio y la demanda de usuarios (determinante de servicios de salud). Cada Equipo Básico de Atención Primaria se creó bajo la premisa de atender una población de 4,000 habitantes. No obstante, según consta en las estadísticas actuariales de la CCSS para el 2021 el Cantón de Mora registra 5091 habitantes por EBAIS y con el mismo equipo de trabajo (CCSS, 2021).

Aunado a lo anterior, es importante mencionar las múltiples labores administrativas que los funcionarios desempeñan aparte de las citas como por ejemplo la participación en comisiones intra o extrainstitucionales.

Otra causa inherente al funcionamiento del servicio de salud es la existencia de políticas institucionales que priorizan la atención obligatoria de ciertos programas prioritarios (determinantes sociopolíticos). Estos programas son: control prenatal, post parto, adulto mayor, Papanicolau, niño sano, diabetes, hipertensión, anemia en menores de 6 años. Por tanto, los usuarios que cumplan requerimientos para estar en estos programas por su condición de salud se les asigna una primera cita y las subsecuentes en aquellos casos que aplique, reduciendo así la disponibilidad de campos o citas a otros usuarios.

Muy relacionada con esta segunda causa, se planteó una tercera causa que es la demanda creciente de usuarios con padecimientos crónicos no transmisibles (determinante de comportamiento). Por tanto, si tenemos una alta incidencia y prevalencia de dichos padecimientos y a este panorama se le agrega la programación de citas que debe darse a dicho grupo, como se mencionó anteriormente, esto indiscutiblemente reduciría los campos que se otorgan a los demás grupos poblacionales. Según los datos que maneja el proceso de Vigilancia



de Salud con respecto al reporte en las boletas VE 01 (Ministerio de Salud, 2020-2023), se tiene que para la hipertensión arterial la tasa de incidencia en el año 2020 era de 8,7 x 1000 habitantes y para el año 2022 de 10 x 1.000 habitantes. Con respecto a la diabetes mellitus se presentó el mismo fenómeno pero con menor incremento, siendo que en el año 2020 la tasa era de 2,2, x 1.000 habitantes y pasó a 2,7 x 1.000 habitantes en el año 2023. Sin embargo, lo que más preocupa y alarma es la obesidad que para el año 2020 era de 6,4 x 1.000 habitantes, incrementó a 11,5 x 1.000 habitantes en el 2022, pero que para el I semestre del 2023 se tiene una tasa de 28,1 x 1.000 habitantes.

La cuarta causa que afecta la disponibilidad de espacios se debe a que los usuarios no utilizan racionalmente los servicios (determinante de comportamiento). Dos situaciones que se mencionaron por los expertos fue el ausentismo a las citas y el uso de los servicios de emergencia. Según la información manejada por el Área de Salud Mora Palmichal (CCSS, 2023), en el año 2020 el ausentismo fue de un 5,67%, para el 2021 del 5,65% y para el año 2022 se duplicó a 10,42% . Con respecto a utilización de los servicios de emergencia, para el año 2020 más de la mitad de las consultas fueron clasificadas como no urgentes para un 54,92%, para el año 2021 y 2022 disminuyeron, sin embargo, siguen siendo cifras importantes, 37,24% y 41,38%

Este panorama sobre la disponibilidad de citas que presenta el Cantón de Mora no dista de la realidad nacional. Esta situación se ha visto reflejado incluso en las Encuestas Nacionales de Percepción de Servicios Públicos de la Contraloría General de la República, tal como lo señala Molina (2021), el 57.6% de los usuarios indica que no es fácil obtener una cita y el 69,4% indica que no dan suficientes cupos x día.

La última causa planteada se debe a la dificultad de acceso al servicio de salud por parte de la población con bajo poder adquisitivo (determinante socioeconómico). Específicamente y con la mayor problemática es aquella población que dada su condición socioeconómica y laboral, se les imposibilita optar por alguna condición de aseguramiento para acceder a los servicios que se ofrece en la CCSS. Por otra parte, está la población que puede acceder a estos servicios públicos, pero depende completamente de los tiempos de espera, exámenes y medicamentos de la CCSS ya que no cuentan con la capacidad adquisitiva para gestionar los mismos por fuera.

8.3.7. Barreras en el acceso al agua potable

Según la OPS (2003) en Costa Rica, por las precipitaciones, se recibe un volumen de agua de 170 km³ por año, de los cuales unos 75 km³ escurren superficialmente y forman parte del caudal de los ríos, mientras que 37 km³ recargan los acuíferos. En dicho informe (OPS, 2003), los investigadores indicaron que la demanda promedio de agua potable para la población se estima en unos 0,54 km³/año, comparado con el volumen de agua que se recibe anualmente, 170 km³/año, dedujeron que no existe problema en cuanto a la disponibilidad del recurso hídrico.



Una publicación del año 2020 del Semanario Universidad, indico que los problemas de faltante de agua potable en diferentes comunidades del país, no se deben a la falta de lluvias, sino a los rezagos en infraestructura, problemas de gestión del el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), fugas y hasta robos, estas pérdidas por agua no contabilizada alcanzan el 54% del total producido. (Cordero & Córdoba, 2020)

Sin embargo, Cordero & Córdoba (2020) también mencionan que datos del Instituto Meteorológico Nacional indican que desde el año 2015 al 2019 se presentó una variación negativa en el promedio de lluvias con faltantes que fueron de un 12% a un 23% en los promedios históricos.

Para este año 2023, con el fenómeno del niño también se espera una disminución en las lluvias, lo que podría generar el desabastecimiento en algunos sectores.

Sumado a lo anterior, cada vez se hace más difícil encontrar fuentes de agua de buena calidad, pues las superficiales muchas veces se encuentran contaminadas o desaparecen bajo nuevas urbanizaciones; mientras que en las zonas de recarga acuífera alrededor de la Gran Área Metropolitana (GAM) proliferan las construcciones que no siguen el criterio técnico de dejar espacio para la filtración de agua en el suelo (Cordero & Córdoba, 2020), es decir, el crecimiento urbano genera un aumento en la escorrentía superficial y ocasiona en muchos casos el irrespeto a las áreas de protección y de recarga acuífera y pone en riesgo la calidad del líquido.

En este mismo orden de ideas, de la proliferación de construcciones en Costa Rica solamente un 2,4 por ciento de la población cuenta con alcantarillado sanitario y planta de tratamiento en operación. Por tanto, prevalece el uso tanque séptico, el cual es considerado por la OMS como un tratamiento primario y no clasifica como un servicio de saneamiento gestionado en forma segura, ocasionando contaminación ya sea por la infiltración o vertido directo de aguas residuales (OPS, 2003).

A su vez, el uso intensivo de agroquímicos en el país, hasta el punto de ser calificado como una de las naciones centroamericanas que más usa plaguicidas por área cultivada, por habitante y por trabajador agrícola, hace que las aguas superficiales y subterráneas se encuentren contaminadas con ese tipo de productos, con efectos sobre la salud humana y los ecosistemas (Programa Estado de la Nación, 2004).

Otro problema que enfrenta el país es la falta de inversión y la capacidad de ejecución de proyectos, de captación, tratamiento del agua y en la red de distribución. De acuerdo con Cordero & Córdoba (2020), la directora ejecutiva del AyA Yamileth Astorga indicó que: a diferencia de otras instituciones autónomas, el AyA tiene muchos problemas para hacer contrataciones, pues su presupuesto y autorizaciones pasan por el Ministerio de Hacienda, mientras que otras instituciones pueden hacer contrataciones con menos trabas.

Con respecto a la cobertura, según el Instituto Costarricense De Acueductos y Alcantarillados (Mora Alvarado & Portuguez, Agua para consumo humano por provincias y saneamiento por



regiones manejados en forma segura en zonas urbanas y rurales de costa rica al 2018, 2019) a finales del año 2018 el 96,8% de la población recibió agua a través de alguno de los entes operadores oficiales, a saber: Acueductos y Alcantarillados (AyA), Municipalidades, Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), Asociaciones Administradoras de Acueductos y Alcantarillados (ASADAS) y Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAAR'S), el 1,0% por medio de otros operadores no oficiales, el 1.8% cuenta con agua por cañería en el patio, y el 0,4% por medio de pozos y nacientes sin protección que generalmente están ubicados cerca de las viviendas, para una cobertura total del 100%.

De ese 100% el 92,4% recibe agua de calidad potable a través de 2.145 acueductos y el 7,5% restante de la población recibe agua de calidad no potable a través de 557 acueductos que presentan irregularidades con respecto al cumplimiento de los parámetros de calidad de agua (Mora Alvarado & Portuguez, Agua para consumo humano por provincias y saneamiento por regiones manejados en forma segura en zonas urbanas y rurales de costa rica al 2018, 2019).

Si tomamos en consideración los sistemas de captación, el Laboratorio Nacional de Aguas (LNA) evaluó al 2019 un total de 5.429 fuentes de abastecimiento de agua para consumo humano, predominando el uso de nacientes con un total de 3.797 (69,9%), seguido por 1.266 pozos (23,3%) y 366 fuentes superficiales (6,8%) (Mora Alvarado & Portuguez, 2020).

Por otro lado, existe un estudio realizado en el año 2019 por AyA en el cual se seleccionaron tres brechas cantonales existentes en los servicios de agua para consumo humano en Costa Rica, a saber, calidad, desinfección y evaluación de la calidad del agua.

Para la clasificación de las brechas por cantón, se utilizó un código de colores obtenido de dividir la población total cubierta en cada brecha entre la totalidad de la población del cantón tal como se muestra seguidamente.

Cuadro 69 Clasificación de brechas por colores de los cantones de Costa Rica en cuanto a calidad, desinfección y evaluación del agua periodo 2019

Calidad/cloración/evaluación	Nivel	Prioridad	Color
0,90 a 1,0	1	Sostenibilidad	
0,80 a <0,90	2	Sostenibilidad	
0,70 a <0,80	3	Intermedia	
0,60 a <0,70	4	Intermedia	
<0,60	5	Inmediata	

Fuente: Tomado de, Agua para uso y consumo humano y saneamiento en Costa Rica al 2019; brechas y desafíos al 2023, Mora Alvarado & Portuguez, 2020.



En el Cantón de Mora se obtuvo que se debe dar prioridad inmediata a la potabilidad, ya que se obtuvo un valor de 0,46 y prioridad intermedia a la evaluación de los sistemas, debido a que su valor es 0,60.

Cuadro 70 Cálculo de brechas por potabilidad, cloración y evaluación en el Cantón de Mora, Costa Rica, periodo 2019

Cantón	Total población	Población con potabilidad	Población con cloración	Población con evaluación	Brecha por potabilidad	Brecha por cloración	Brecha por evaluación
Mora	19.813	9.089	15.910	11.955	0,46	0,80	0,60

Fuente: Tomado de, Agua para uso y consumo humano y saneamiento en Costa Rica al 2019; brechas y desafíos al 2023, Mora Alvarado & Portuguez, 2020.

Los investigadores concluyeron en que de las tres brechas solamente la de desinfección puede ejercer un verdadero impacto para mejorar los indicadores de calidad, debido a que la brecha de potabilidad solamente reaccionaría ante el aumento de la desinfección, mientras que la evaluación, por sí misma, no genera calidad al agua, pero resulta indispensable para la toma de decisiones (Mora Alvarado & Portuguez, 2020).

Según los expertos que participaron en el análisis del problema, una de las principales causas que influye en la calidad del agua potable radica en la existencia de condiciones físico sanitarias deficientes en los sistemas de abastecimiento de agua potable (determinantes de circunstancias materiales). Estas condiciones se presentan en nacientes, pozos, tanques de almacenamiento y/o en la red de distribución. Esta situación se ve reflejada en los análisis de laboratorio que son presentados ante el Área Rectora de Salud (Ministerio de Salud, 2023), los cuales en la mayoría de los casos presentan problema con el cloro residual y por ende, sus procesos de desinfección incumplen la normativa. La contaminación por coliformes fecales también se encuentra presente en menor grado.

Otra de las causas identificadas es la brecha que existe entre los requerimientos de los instrumentos de gobernanza y las particularidades de cada sistema de abastecimiento de agua potable (determinante sociopolítico). Consideran los expertos que a estas Asociaciones se les exige el cumplimiento de muchos requerimientos, a veces sin tomar en cuenta si tienen el conocimiento o capacitación suficiente en administración y operación de los sistemas, su tamaño, su entorno, capacidad de recaudación, entre otros. Esta situación se puede ver ejemplificada con el incumplimiento de requerimientos con respecto a presentación de los análisis de laboratorio y reportes operacionales de calidad de agua potable con la periodicidad que establece la normativa (Ministerio de Salud, 2023).

La tercera causa corresponde a la recaudación insuficiente para mejoras en los sistemas (determinante socioeconómico). Existe un parte de la población en situación de pobreza a lo



cual le es imposible asumir el cobro de otro servicio público. Esto ocasiona que existan conexiones ilícitas a las redes de abastecimiento por la necesidad prioritaria del acceso de agua y por ende, la evasión al pago del servicio.

La cuarta causa que se identificó fue la proliferación de inmuebles o actividades sin permisos (determinante de comportamiento). En primera instancia, se encuentra la construcción de viviendas con sistemas deficientes para el tratamiento de sus aguas residuales. Y por otro lado, dado la ruralidad de la mayor parte del Cantón, se desarrollan actividades agropecuarias o vertederos a cielo abierto que irrespetan las zonas de protección de las fuentes de agua.

Ejemplo de lo anterior, son las evaluaciones realizadas por el Área Rectora de Salud de Mora en las ASADAS, mediante la aplicación de la guía de inspección para calidad de agua potable SERSA en la cual se detectaron que 12 de las 15 ASADAS presentaban posibles fuentes de contaminación en los alrededores, como: agricultura, ganadería y viviendas con sus sistemas de tratamiento deficientes (Ministerio de Salud, 2023).

Por último, la quinta causa priorizada fue el uso irracional del recurso (determinante de comportamiento). Consideran que este consumo no racional tiene que ver con la falta de esfuerzo que supone tener disposición de agua todo el tiempo dentro de la vivienda por medio de tubería y no tener que desplazarse lejos para adquirir el recurso.

Otros factores que contribuyen de manera importante al desperdicio según los expertos son las fugas por tuberías viejas, sumado al tiempo de acción para reparar esas fugas y el desperdicio de las personas al dejar el tubo abierto indiscriminadamente.

Con respecto a este último punto, es importante resaltar que el Sistema de Apoyo a la Gestión de las ASADAS (SAGA) registra únicamente 2 ASADAS con macro medidores, a saber: Jaris y Rodeo (AyA, 2023).

Esta macro medición es sumamente importante para conocer el caudal en un momento específico o el volumen en un lapso de tiempo, crear datos necesarios para identificar pérdidas de agua como fugas y otros por medio del agua no contabilizada, conocer la cantidad de agua que la ASADA está distribuyendo, registrar los caudales de las fuentes, proyectar el consumo mediante los registros de caudal históricos y conocer el comportamiento de consumo, horario, diario, semanal o mensual de los usuarios.

8.3.8. Delincuencia

Según el diccionario del Poder Judicial (2020), por delincuencia se entiende según como el conjunto de delitos perpetrados en circunstancias, épocas o lugares determinados, además, es la acción de infringir la ley penal y la persona o colectividad de personas que tiene conductas delictivas como forma de vida.



La problemática de la delincuencia e inseguridad ciudadana no es un fenómeno social específico de un país o región, sino una problemática que se evidencia a nivel mundial, que por supuesto nuestro país y el Cantón de Mora no está exento de ello.

Asimismo, desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010) específicamente en la Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social se expone sobre las distintas modalidades de violencia, que están estrechamente ligadas con la situación de delincuencia actual e inseguridad ciudadana. La evidencia recogida en el país señala que la desigualdad, el deterioro de los entornos urbanos y el hacinamiento, la debilidad institucional, la falta de oportunidades para las y los jóvenes, así como hábitos de vida poco saludables constituyen factores promotores de la inseguridad (PNUD, 2010).

Como parte de la realidad nacional en el tema, la Encuesta Nacional de Seguridad Ciudadana en Costa Rica 2022 (PNUD, 2022), identifica como los principales problemas del país el alto costo de la vida (23,9%), seguido por el mal estado de la economía (22%) y desempleo (19,2%). En cuarto lugar, con un 13,3% se menciona la inseguridad ciudadana. Estos resultados que dan una perspectiva de la situación país y la afectación directa en el desarrollo integral y pleno de las personas.

El problema de delincuencia es una realidad nacional que se extrapola a la dinámica local, afectando en la calidad y condiciones de vida de las personas en su entorno individual y colectivo. A nivel del cantón de Mora, se cuenta con evidencia sobre esta problemática, cuya información es suministrada por el nuevo Modelo Preventivo de Gestión Policial del Ministerio de Seguridad Pública (Espinosa, et al., 2022) el cual se divide en dos estrategias.

La primera de estas consiste en la Estrategia Integral de Prevención para la Seguridad Pública denominada “Sembremos Seguridad”, que consiste en la articulación institucional y la ejecución de acciones orientadas en visualizar los factores de riesgo que aumentan los índices delictivos (Espinosa, et al., 2022).

De acuerdo con el informe territorial de la Delegación Policial del Cantón de Mora sobre Modelo Preventivo de Gestión Policial “Sembremos Seguridad” del 2022, priorizaron seis riesgos sociales, a saber: falta de inversión social, falta de oportunidades laborales, personas en situación de calle, personas con exceso de tiempo de ocio, consumo de alcohol y consumo de drogas. Como se puede evidenciar, estos riesgos sociales no distan de los identificados en la Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social (PNUD, 2010).

Esta misma estrategia (Espinosa, et al., 2022) se contemplan además los mapas de calor de incidencia registrada por el Organismo de Investigación Judicial, del 01 de julio 2021 al 30 de junio 2022 los cuales permiten realizar una segregación distrital que muestra los sitios donde existe mayor concentración de incidencia delictiva.

A nivel del distrito Colón la mayor concentración de incidencia delictiva se ubica en alrededor de la Escuela Rogelio Fernández Güell, alrededores del Ministerio de Salud, Plaza Vía Colón y



Condominio Piamonte. En el distrito de Tabarcia la mayor cantidad de delitos suceden en los alrededores de la plaza de deportes, sector de Pueblo Nuevo y sector El Morado. Por su parte el distrito de Guayabo registra la misma situación en los alrededores de la plaza de deportes, alrededores de la escuela Jacinto Mora Gómez, alrededor de la delegación policial y alrededor de la plaza de deportes Corrogres. Con respecto al distrito de Quitirrisí se da con frecuencia en el gimnasio municipal y alrededor de la escuela Ninfa Cabezas González y en el distrito Jaris sucede en los alrededores de la plaza de deportes y Calle Naranjo. Finalmente, los distritos más rurales de Picagres y Piedras Negras la incidencia delictiva se en las cercanías del Colegio y en los alrededores del cementerio, respectivamente.

Con respecto al tipo de delito que se reporta en estos mapas de calor el de robo o hurto a vivienda y edificaciones se presenta en todos los distritos de Cantón, excepto por el distrito de Piedras Negras donde el delito principal es el robo de ganado. El distrito de Guayabo y Colón registran dos delitos adicionales del mencionado anteriormente; asalto a personas y robo a vehículo, respectivamente. Los datos arrojados en este informe, permite tener un panorama más amplio del problema de delincuencia a nivel cantonal.

Por otro lado y como fue mencionado anteriormente, existe una segunda estrategia denominada “Focalización por Nodos Demandantes” que tiene como propósito direccionar el servicio policial a través de la concentración de incidencia delictiva y factores de riesgo situacionales (Espinosa et al., 2022), la cual es complementaria a la primera estrategia que fue mencionada anteriormente.

Según el Resumen Ejecutivo Regional suministrado por la Dirección de Inteligencia y Análisis Criminal Departamento de Análisis Unidad de Análisis Criminal R1 para el Cantón de Mora para los años 2021, 2022 y primer semestre 2023, se muestran que las aprehensiones y/o decomisos ocurren por la tenencia y consumo de drogas al margen de la normativa legal que regula este tema, en la cual el consumo de marihuana es el principal problema seguido por el consumo de crack y en un tercer lugar, el de cocaína. En segundo lugar, el incumplimiento a la Ley de Pensión Alimentaria y en tercer lugar se presentan las situaciones de violencia doméstica (Ministerio de Seguridad Pública, 2022).

Por otro lado, en lo que respecta a delitos contra la propiedad (asalto, robo, hurto y tacha), la Delegación de Mora se encuentra para el primer semestre 2023 en el puesto No. 10 con respecto a las otras 25 delegaciones pertenecientes a la Región 1 San José, donde la No. 01 es la que presenta más delitos y por el contrario, la No. 25 donde ocurren menos (Ministerio de Seguridad Pública, 2022).

Cabe mencionar que para contrarrestar la problemática expuesta anteriormente, el Cantón de Mora cuenta únicamente con dos Delegaciones Policiales. La primera ubicada en el distrito Colón y la segunda en el distrito de Guayabo; esta última le corresponden también los distritos de Tabarcia, Quitirrisí, Piedras Negras, Picagres y Jaris. Por tanto y tomando en consideración la



extensión territorial del Cantón, existe una alta probabilidad que las situaciones delictivas que se presenten no se atiendan de forma oportuna ocasionando daños irreversibles a las víctimas.

Con base en lo mencionado anteriormente, el tema de seguridad humana se basa en tres elementos fundamentales: organización, responsabilidad y solidaridad. Estas tres circunstancias hacen que se mantenga el orden y la tranquilidad en los barrios o ciudades. Por tanto, cuando alguno de elementos se ve amenazado por alguna circunstancia política, económica o social, se empiezan a gestar los problemas de delincuencia, que pueden ser desde procedimientos y técnicas muy sencillas hasta asociaciones delictivas mejor organizadas.

Tomando en consideración lo expuesto anteriormente, podemos concluir que las cinco principales causas que fueron establecidas por el grupo de expertos ya han sido expuestas en las diferentes políticas, encuestas y estrategias de intervención.

Como primera causa, se estableció la desintegración familiar (determinante de circunstancia material), lo cual tiene una influencia importante para la generación y consolidación de la conducta delictiva. Ante estas condiciones, la familia deja de ser el pilar fundamental en la sociedad que transmite valores y crea ciudadanos de bien con proyectos de vida en beneficio de la población.

Como segunda se presenta la condición de pobreza de cierta parte de la población (determinante socioeconómico). Específicamente, sus aspiraciones para satisfacción de necesidades básicas constituyen un factor detonante para la delincuencia. Por tanto, el problema existirá siempre y cuando exista desigualdad con respecto a la distribución de la riqueza en una comunidad.

Como tercera causa se encuentra el desempleo (determinante socioeconómico). Esta causa ya fue mencionada anteriormente como uno de los riesgos sociales en el Modelo Preventivo de Gestión Policial “Sembremos Seguridad” para el año 2022. Al no tener un empleo y necesidades y/o responsabilidades que cubrir y utilizan como mecanismo de supervivencia acciones delictivas que están fuera del orden de una sociedad.

La cuarta y quinta causa que fueron determinadas por el grupo de expertos toman en consideración los determinantes sociopolíticos. La primera resalta la no inversión del gobierno en políticas sociales, repercutiendo de forma negativa en la satisfacción de necesidades humanas fundamentales individuales y colectivas.

Finalmente y dentro ese mismo contexto sociopolítico, se establece la falta recurso humano en instituciones para trabajar temas de seguridad, creando barreras de acceso a estos servicios por parte de los ciudadanos y el restablecimiento de la paz y el orden en las comunidades.

8.3.9. Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

De acuerdo con la OPS (s.f.) las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que



regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. Las sustancias psicoactivas han formado parte del acervo cultural de la humanidad, se han vinculado con procesos espirituales, religiosos, de integración social, entre otros; de forma que han sido parte de las tradiciones de los pueblos y sus culturas.

No obstante, el que tengan ese componente cultural no les exime del impacto que tienen en la salud, el avance científico ha dado criterio al respecto y tal como lo indica la OPS, s.f.) su uso genera el riesgo de consecuencias adversas en el cuerpo, ya sea de forma inmediata como a largo plazo.

Siguiendo a la OPS (s.f.) en el corto plazo el uso de sustancias psicoactivas ocasiona intoxicación, lo que lleva de la mano riesgo de agresión, accidentes de todo tipo y conductas de riesgo sexual. A un plazo más extendido se entiende que

El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias, favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal (OPS, s.f.).

Siendo así, los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas aluden a los múltiples efectos que estas tienen en las esferas individual, familiar, comunal y social de las personas en todas las dimensiones de la vida. La Organización Mundial de la Salud a través de su Oficina sobre las Drogas y el Crimen (OMS, 2017) ha señalado algunas características de estos trastornos importantes de considerar. Entre ellas, incapacidad para controlar el consumo, cantidad de sustancia, el uso se vuelve una prioridad para las personas por lo que se desplazan otras actividades en correspondencia al aumento del tiempo dedicado al uso de sustancias.

Sin lugar a duda, la particularidad esencial del uso de sustancias es su carácter nocivo y su constante aumento en cantidad de personas consumiendo y en su diversidad. El Informe Mundial sobre las Drogas 2023, señala que en el mundo para el año 2021 más de 296 millones de personas consumieron drogas, lo que supone un aumento de 23% con respecto a la década anterior; asimismo, el número de personas que padecen trastornos por consumo de drogas se ha disparado hasta los 39.5 millones, lo que supone un aumento de 45% en 10 años (UNODC, 2023).

En cuanto a datos regionales para América Latina la OPS apunta lo siguiente:

- Por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe sufren trastornos causados por el uso de drogas —como dependencia y otros padecimientos— en algún momento de su vida.
- En 2019, los trastornos por consumo de drogas representaron 85.984 muertes en ambos sexos combinados (55.616 en hombres y 30.367 en mujeres); representa el 47% de las muertes mundiales causadas por trastornos por consumo de drogas.



- El número de muertes en 2019 aumentó un 296% en relación con 21.719 muertes en 2000, siendo América del Norte el principal contribuyente a este aumento.
- En 2019, la tasa de mortalidad estandarizada por edad fue de 8,0 muertes por 100.000 habitantes (10,7 muertes por 100.000 habitantes en hombres y 5,4 muertes por 100.000 habitantes en mujeres).
- Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad aumentaron un 197% de 2,7 muertes por 100.000 habitantes en 2000 a 8,0 muertes por 100.000 habitantes en 2019.
- Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad debidas a trastornos por consumo de drogas varían sustancialmente entre los países de la Región, desde 21,3 muertes por 100.000 habitantes en los Estados Unidos hasta 0,4 muertes por 100.000 habitantes en Barbados.
- Para 2019 los trastornos por consumo de drogas fueron responsables de 791,2 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por 100.000 habitantes, mayor en hombres (973,6 AVAD por 100.000 habitantes) que en mujeres (613,8 AVAD por 100.000 habitantes).
- En 2019 los trastornos por consumo de drogas fueron responsables de 409,1 años vividos con discapacidad (AVD) por 100.000 habitantes (458,1 AVD por 100.000 habitantes en hombres y 361,5 AVD por 100.000 habitantes en mujeres).
- En 2019 los trastornos por consumo de drogas fueron responsables de 332 años de vida perdidos (AVP) por 100.000 habitantes debido a muertes prematuras (515,5 años por 100.000 habitantes para los hombres y 252,3 años por 100.000 habitantes para las mujeres).
- En la Región, las tasas de AVAD estandarizadas por edad debido a trastornos por consumo de drogas aumentaron un 102% de 387,0 AVAD por 100.000 habitantes en 2000 a 782,2 AVAD por 100.000 habitantes en 2019 (OPS, 2021).

En el caso de Costa Rica la OPS (2021) estimó que en el año 2019 se presentaron 1,1 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que le ubica en el tercer quintil con respecto al resto de países de las Américas. En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad para ese mismo año fue de 145,45 por cada 100.000 habitantes, además se calculó 101,53 años vividos con discapacidad por cada 100.000 habitantes y finalmente para el 2019 se estimó 43,92 años de vida perdidos por cada 100.00 habitantes debido al uso de sustancias psicoactivas.

Según el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA, 2018) la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas para el año 2015, era alrededor de los 16 años para hombres y 17 años para las mujeres.

En correspondencia con los datos referidos anteriormente se evidencia que el uso de sustancias tiene un impacto no solo en la mortalidad de la población, sino además en la morbilidad. La utilización de los indicadores de años de vida ajustados por discapacidad, años vividos con discapacidad y años de vida perdidos, dan cuenta de la secuela a mediano y largo plazo del uso



de sustancias y permiten una visión más integral al vincular el uso de sustancias con otros condicionantes del deterioro en la salud de las personas.

Aunado a lo anterior, el uso de sustancias tiene consecuencias devastadoras en la salud mental de quien las utiliza, se vinculan con otras patologías mentales y la dinámica del consumo genera condiciones estresantes constantes y episodios de ansiedad recurrente.

La agencia de Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, SAMHSA's por sus siglas en Inglés, del departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, explica la relación entre el uso de sustancias y la salud mental a través de los siguientes supuestos:

- Ciertas sustancias pueden causar una adicción en personas que experimentan uno o más síntomas de un problema de salud mental.
- Los problemas de salud mental a veces conducen al consumo de drogas o alcohol, ya que algunas personas con un problema de salud mental pueden utilizar incorrectamente estas sustancias como una forma de automedicación.
- Los trastornos mentales y del uso de sustancias comparten algunas causas subyacentes, como los cambios en la composición del cerebro, las vulnerabilidades genéticas y el contacto temprano con el estrés o el trauma (SAMHSA's, 2023).

Agrega que una de cada cuatro personas en edad adulta que tienen un problema grave de salud mental a la vez presenta problemas por el uso de sustancias, los problemas de salud mental mayoritariamente coincidentes con el uso de sustancias son la depresión, los trastornos de personalidad y la esquizofrenia (SAMHSA's, 2023).

Otra de las particularidades de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, es que trasciende de ser un problema de salud individual para constituirse en un problema colectivo y social, por lo que es un problema grave de salud pública.

En los entornos próximos a las personas con estos trastornos se generan una serie de situaciones complicadas que también tendrán su impacto en la situación de la salud. En esta línea, es de vital importancia destacar las secuelas que tendrá en los sistemas familiares y relacionales. Las redes de apoyo se ven lesionadas debido a los daños colaterales que trae consigo el consumo de sustancias.

Asimismo, el entorno próximo se ve afectado, ya que la problemática se traslada del ámbito privado al comunal, aumentando otros factores de riesgo como la delincuencia, el crimen, la pérdida de espacios públicos y el desgaste de la cohesión social.

En una escalada mayor los trastornos por uso de sustancias psicoactivas también tendrán secuelas para la sociedad, tales como la organización de redes criminales, la asociación delictiva, el narcotráfico y la inseguridad.

De esta forma, los trastornos por el uso de sustancias se caracterizan por su complejidad en sus manifestaciones y secuelas con un impacto inherente en la salud de la población, por ello es fundamental ahondar en sus determinantes.

Por medio de la Organización de los Estados Americanos (OEA) Insulza (2014) propone algunos aspectos fundamentales para el abordaje en lo que llama el problema de las drogas desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, a saber: el contexto y la posición socioeconómica, la exposición diferencial a los factores de riesgo, la vulnerabilidad diferencial a los riesgos, los resultados diferenciales de la atención a la salud y las variaciones en las consecuencias sociales.

Figura 11 Marco analítico de determinantes sociales, OMS



Fuente: Tomado de Insulza, 2014, pág. 24.

Por consiguiente, este esquema de análisis permite concretar un marco de referencia para el abordaje de las causas priorizadas mediante la metodología del diagrama causa efecto y su priorización según Pareto en el tema de los trastornos del uso de sustancias psicoactivas.

En primer lugar se tiene en la dimensión de circunstancias materiales de vida, la causa de disfuncionalidad familiar, la cual se entiende como el conjunto de situaciones que impiden el correcto funcionamiento de la familia, con inadecuada distribución y mantenimiento de roles, limitando el desarrollo y teniendo un impacto negativo en sus integrantes; además implica



dificultades en empatía, comprensión, límites y expresividad (Delgado Ruiz & Barcia Briones, 2020).

En la familia se desarrollan los vínculos primarios, culturalmente se ha considerado que esta es el espacio de socialización fundamental, responsable del desarrollo y protección de sus integrantes, no obstante, este es un ideal al que no responde la realidad de las familias.

Así las cosas, las familias convergen con una serie de condiciones sociales macroestructurales que le afectan, entre ellas el contexto político, económico y cultural. Es decir, las familias se ven influenciadas por lo que sucede en su entorno y a la vez las dinámicas de las familias influyen en la sociedad.

Ya a lo interno de cada familia confluye lo mencionado con la historia familiar y con las situaciones psicosociales de las personas que la conforman. De manera que si todos estos condicionamientos saldan en situaciones problemáticas se presentará la disfuncionalidad.

Por lo tanto, en familias disfuncionales sus integrantes tendrán un potencial riesgo hacia el uso de sustancias psicoactivas y sus consecuentes trastornos asociados, se trata de familias con dificultades o bien carentes de habilidades que forjen el bienestar de quienes la conforman.

Son familias con problemas de comunicación, resolución de conflictos, establecimiento de límites y desarrollo de afectividad. Además, pueden presentar abuso de poder, estructuras autoritarias rígidas, disputas, coaliciones, triangulaciones, abandono, violencia, entre otras.

Consecuentemente, el ambiente familiar se constituye como un espacio que limita el desarrollo y el bienestar, ante el cual el uso de sustancias puede ser una salida evitativa.

La segunda causa identificada es el sentido de pertenencia o de cohesión social, se trata de una causa de orden psicosocial en la dimensión de comportamiento. A pesar de ello, es necesario considerar que el análisis de esta causa se vincula desde su antagonismo, es decir, desde la desintegración, exclusión o disgregación.

En este sentido, las características actuales de la cohesión social tienen rupturas importantes que pueden constituirse como la puerta de entrada al uso de sustancias psicoactivas. Desde la estructura social estas rupturas se relacionan con el modelo de producción capitalista y otros paradigmas que llevan a que la vida cotidiana se conciba como una carrera en la que se debe luchar por cumplir lo hegemónico o lo socialmente deseable o aceptable.

En una sociedad cada vez más individualizada, en la que la creación de comunidad no es una prioridad, lo colectivo pierde valor. Por ello se produce una fragmentación en la sociedad que a su vez lesiona el sentido de pertenencia. A criterio de las personas expertas, la repercusión de esto genera situaciones sociofamiliares adversas, lo que sumado a la disfuncionalidad lleva a inmadurez en el desarrollo, a la toma de decisiones no asertivas y a la búsqueda de espacios de integración o refugio, dentro de los cuales el uso de sustancias psicoactivas es una opción.

Como tercer causa raíz de este problema de salud mental se estipuló la normalización de patrones de consumo, esta causa forma parte de la dimensión de comportamiento. Se refiere a



las condiciones familiares, comunales y sociales que legitiman en cierta forma el consumo de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con el criterio experto, se vincula con la apatía con respecto a los valores y la ausencia de las figuras parentales. En esta línea, guarda relación con la primera causa de disfuncionalidad familiar. Se considera que las debilidades presentes en las familias con respecto a la autoridad parental se plasman en la crianza y convivencia alejada de los valores, por lo que el consumo se normaliza desde la esfera axiológica del comportamiento humano.

Asimismo, es necesario apuntar que uno de los factores de disfuncionalidad familiar es la dada por el consumo en el mismo seno familiar. Delgado Ruíz y Barcia Briones (2020) señalan que incluye el consumo tanto de sustancias legales como ilegales y es un factor de riesgo determinante en el consumo de sustancias de quienes integran la familia.

Dentro de las familias, como ente primario de socialización, el que una de las figuras de autoridad o de afectividad consuma drogas puede influir en los patrones de comportamiento de las demás personas, esto alude al papel modelador de la crianza. Pero además limitará el alcance de la autoridad para acciones correctivas o bien de desensibilización de la “normalidad” del consumo. Ahora bien, no solo la familia tiene un papel preponderante en esta normalización, la comunidad y la sociedad también son protagónicos. En las localidades, comunidades o barrios donde hay un consumo regular llega a considerarse parte de su acervo, de sus rasgos identitarios. La niñez y la adolescencia lo concebirán como parte de las prácticas cotidianas de su entorno, siendo un factor de riesgo importante.

De igual manera, el consumo local trae consigo otras condiciones vinculadas al delito y puede generar una fantasía con respecto a las condiciones de vida. Por ejemplo, la posibilidad potenciada de acceso a bienes materiales, lo que cala directamente en sistemas familiares con vulnerabilidades por la pobreza o pobreza extrema.

También el imaginario social de poder y supremacía que se crea en dinámicas de consumo, distribución y venta de sustancias puede constituirse en patrones a imitar por personas con limitados recursos psicosociales a nivel personal.

La sociedad del consumo influye con igual peso como causa del uso de sustancias, fenómenos como la globalización en su momento y actualmente el imperio de las redes sociales alimentan las fantasías y la subcultura creada alrededor de este fenómeno social.

Dentro de esta misma causa se analizó que la desinformación sobre las sustancias psicoactivas es parte de esta normalización. Dicha desinformación conlleva el desconocimiento acerca de los riesgos de las sustancias y su uso, facultando una serie de mitos sobre el consumo generalmente vinculados con bienestar, recreación y que reducen el consumo a una cuestión de toma de decisiones y voluntad.

Por otra parte, la cuarta causa analizada sobre el uso de sustancias es parte de los factores socioeconómicos, es la incorporación de padre y madre, o de las personas encargadas al mercado



laboral. Esta causa es muy compleja porque alude al aumento de los requerimientos para mantener una estabilidad socioeconómica en una sociedad consumista.

La discusión sobre esta causa implicó considerar más allá del hecho de que las figuras parentales deben incorporarse al mercado de trabajo, ya que esta es una función necesaria para la sobrevivencia y satisfacción de necesidades básicas. Por lo que se desagrega en las condiciones que de ella se desprenden, una de estas son las estrategias de acompañamiento y supervisión utilizadas en el sistema familiar, es decir, las formas en las que el subsistema parental utiliza para estar presente y ser recurso de guía y apoyo a pesar de no estar constante y físicamente presente. Es imperante considerar que si estas estrategias de acompañamiento y supervisión son deficientes y se les suman falencias en la comunicación, el establecimiento de límites, la estimulación psicosocial positiva y la afectividad, el riesgo se hace mayor.

La quinta causa que se priorizó en el problema de consumo de sustancias es la falta de inversión en programas en prevención para grupos prioritarios. Lo anterior se deriva de una inadecuada planificación institucional culminando en una asignación y distribución de recurso humano y presupuesto no acorde a los requerimientos de las realidades locales.

Esta causa tiene raíces estructurales en la formulación y ejecución de las políticas, programas y proyectos, debido a que no se diagnostica la realidad de forma adecuada, no se adecua al contexto o por la importación de metodologías sin la adaptación correspondiente.

Además, es necesario tomar en cuenta que el éxito de los programas preventivos depende en gran medida de que sea consecuente con las características de las poblaciones a las que se dirige y de su realidad.

En definitiva el problema de uso de sustancias psicoactivas es multicausal y sus secuelas son de gran impacto en la salud de la población, no obstante, es imperativo abordarlo con la integralidad necesaria para fortalecer el bienestar de las personas y el cumplimiento de sus derechos en consonancia con el objetivo número 3 de los objetivos de desarrollo sostenible dirigido a la salud y el bienestar, el cual dentro de sus metas establece el fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

8.3.10. Trastornos de ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. (Virues Elizondo, 2005). La autora agrega que la etimología de la palabra proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción.



De esta manera la ansiedad es una reacción humana esperable, ha sido parte de las estrategias que han permitido la sobrevivencia y la evolución. No obstante, la ansiedad se convierte en un problema de salud mental cuando interfiere con la vida, afectación de labores básicas, dado por una respuesta exagerada, ya sea ante la presencia inminente de un estímulo real o bien sin el estímulo.

La ansiedad forma parte de los trastornos mentales, los cuales tienen un impacto importante no solo en las personas que lo vivencian, sino además en sus entornos familiares, comunales y sociales, es decir, en las poblaciones en general. Para su entendimiento la Organización Panamericana de la Salud apunta lo siguiente con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)

un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estos trastornos generalmente se asocian con malestar psicológico o deficiencia en áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento (OPS, 2023, pág. 8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) estima que una de cada 8 personas en el mundo padece un trastorno mental, cerca de 970 millones de personas, indica que hay muchos tipos de trastornos mentales y un aspecto de vital importancia es que ratifica que hay opciones eficaces para la prevención y el tratamiento, es decir, para que las personas puedan tener acceso a recursos que contribuyan con su calidad de vida.

Es así como los trastornos de ansiedad tienen efectos físicos, psicológicos y cognitivos, los cuales van a afectar las distintas dimensiones de la vida de las personas. El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIHM, 2023) plantea que para las personas que tienen este trastorno, la ansiedad no desaparece, lo cual puede tener la posibilidad de empeorar, es por ello necesaria la acción sistemática y sostenible tanto en su prevención como en su atención.

Por consiguiente, la ansiedad es homologada como el miedo al miedo, una preocupación constante y enorme, en la cual las personas desarrollan estrategias de afrontamiento que componen su sintomatología y en ocasiones son evitativas. La OMS (2022) plantea que los síntomas son lo suficientemente graves como para provocar una angustia o una discapacidad funcional importantes.

Además, la ansiedad al ser tan compleja se puede expresar en distintas tipologías (OMS, 2022; Barnhill, 2020; SAMHSA's, 2023):

- Trastorno de ansiedad generalizada, caracterizado por una preocupación excesiva.
- Trastorno de pánico, que se caracteriza por ataques de pánico.
- Trastorno de ansiedad social, con miedo y preocupación excesivos en situaciones sociales.



- Trastorno de ansiedad de separación, que es el miedo excesivo o la ansiedad ante la separación de aquellos individuos con quienes la persona tiene un vínculo emocional profundo.
- Trastornos de ansiedad inducidos por el consumo de sustancias, secundarios al uso de sustancias psicoactivas.
- Trastornos de ansiedad por fobias específicas, miedo irracional a una situación específica.
- Trastornos de ansiedad por agorafobia, dado por el temor a permanecer en situaciones o lugares donde puede resultar difícil escapar o en los que puede que no se disponga de ayuda si aparece una angustia intensa.

Datos de la OMS (2023) señalan que para 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños, niñas y adolescentes. Estos 301 millones representan el 31% de la totalidad de trastornos mentales, siendo el de mayor peso, además son aproximadamente un 50% más frecuentes en las mujeres que en los hombres a lo largo de la vida.

Siguiendo con datos de la OMS (2023), para el año 2019 los trastornos de ansiedad se constituyen como la sexta causa de años vividos con discapacidad en el mundo. Por otra parte, representan un 22% de la carga mundial de los trastornos mentales en años de vida ajustados en función de la discapacidad.

En cuanto a la situación nacional la revista científica The Lancet realizó un estudio en 204 países y territorios en el año 2020, de este se obtuvo como resultado que el país presentó un aumento del 35,6% para los trastornos de ansiedad en el año 2020, lo que lo posiciona 10 puntos porcentuales arriba del promedio planetario en trastornos de ansiedad para el año anterior (Cordero Parra , 2021).

Lo anterior conlleva a que la prevalencia en el reporte de trastornos de ansiedad, pasó de 4.379,9 casos por cada 100.000 habitantes en 2019 a 5.934,3 casos por cada 100.000 habitantes en el 2020, con el efecto inherente de la pandemia por COVID-19 (Cordero Parra , 2021).

Asimismo, la investigación Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19, desarrollada por la UNED y la UNA, con el apoyo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y personas expertas de España, realizado en octubre del año 2020, reveló que un 43,7% de la población consultada presenta sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa, lo que contrastan con los resultados al estudio realizado en marzo de ese mismo año, cuando únicamente un 13,8% de las personas participantes manifestaron síntomas de ansiedad (Monturiol Fernández, 2020).

De igual forma, UNICEF Costa Rica a través de una encuesta de opinión realizada mediante la plataforma digital U-Report de esta organización con personas adolescentes y jóvenes entre 13 y 35 años reveló lo siguiente:

- Un 34% de las personas adolescentes y jóvenes, entre 13 y 35 años, dicen sentir ansiedad.



- Un 45% de las personas adolescentes y jóvenes, entre 13 y 35 años, tiene una percepción pesimista del futuro.
- Un 39 % de las personas adolescentes y jóvenes, dicen no sentir que están en riesgo de contraer la enfermedad del Covid-19.
- Un 26 % de las personas encuestadas dicen necesitar el contacto con personas jóvenes para seguir adelante (UNICEF, 2020)

De esta manera, es indudable el hecho de que la pandemia por COVID-19 exacerbó las problemáticas en salud mental, pero las distintas organizaciones a nivel mundial que abordan el tema han advertido desde años atrás las dimensiones de trastornos como el de ansiedad en las poblaciones.

Las secuelas en la vida diaria del trastorno de ansiedad atraviesan síntomas físicos molestos, pero también malestar emocional y en los pensamientos, que unidos dificultan la calidad de vida de la población y sus relaciones interpersonales y sociales.

En definitiva los trastornos de ansiedad son un problema latente de salud mental, de ahí que sea una de las situaciones priorizadas. Al analizar este fenómeno con personas expertas se da cuenta de la interseccionalidad de los determinantes de la salud que influyen en su aparición y desarrollo.

El análisis de las causas llevó a observar las distintas condiciones que generan la ansiedad y su paso al trastorno, sino que además consideró aspectos determinantes de que este fenómeno sea un problema de salud pública.

Las causas raíz analizadas fueron personal no capacitado ni sensibilizado, desvinculación interinstitucional y sectorial, presencia de otras patologías, operacionalización deficiente de la política pública en Salud Mental y el limitado acceso a servicios de atención de la salud mental.

Además, de estas causas priorizadas se tomó como base la carga de predisposición genética, las condiciones socioeconómicas de la población como la disgregación social, las experiencias vitales adversas y la exclusión y pobreza. De igual manera, la interacción de la persona con el contexto de forma anticipatoria, defensiva y/o evitativa tiene un peso importante, tal como las reacciones catastróficas y el uso de sustancias psicoactivas.

Retomando las causas priorizadas, dos de ellas, la segunda y la cuarta, son parte de la dimensión sociopolítica, por lo que se exponen simultáneamente. Una es la desvinculación interinstitucional y sectorial y la otra es la relacionada con la operacionalización deficiente de la política pública en Salud Mental.

Al respecto se considera que en Costa Rica se han presentado avances significativos en la política pública para la atención de la salud mental. Tal como lo menciona Martínez Esquivel (2014) con datos de la OPS para el año 2007 solo el 73% de los países americanos contaban con políticas en salud mental, es por ello que en el año 2012, desde el Ministerio de Salud de Costa Rica se facilita



la formulación de esta política, en concordancia con las recomendaciones de la OPS e innovando en la materia a nivel nacional desde su función rectora.

Para el año 2023, esta política se encuentra en etapa de reformulación, tras su evaluación. Siendo así, Martínez Esquivel (2014) señala lo significativo de que como país se formule esta política, lo que significa un avance importante ya que la salud mental pasa a ser parte de la agenda política de Costa Rica.

La política se caracteriza por la integralidad pero sobre todo por el trabajo conjunto como Estado y sociedad para la atención de la salud mental de la población. Uno de los componentes de esta política es la necesidad de articulación debido a la complejidad y la integralidad de la salud mental.

Es imperativo reconocer que en la construcción social de la salud mental intervienen todos los determinantes sociales de la salud, las causas de los problemas en salud mental y del bienestar mental de una población va a depender directamente de estos condicionantes, pero no de manera aislada sino en su interrelación.

De ahí se fundamenta la necesidad de que desde la dimensión política se creen las condiciones para la operacionalización de la política en las localidades, tanto en la priorización de la salud mental como eje de trabajo y su consecuente dotación de recursos, así como desde el compromiso de los actores sociales involucrados en ejecutarla para el cumplimiento de sus responsabilidades, para lo que es necesario que se realice un seguimiento operativo y a la vez desde las autoridades correspondientes.

El realizar este seguimiento desde la dirección política permitirá ahondar en las condiciones de la otra causa priorizada, la desvinculación intersectorial e interinstitucional. Al respecto, se considera que hay dificultades en el reconocimiento de los objetivos comunes a salud mental entre las instituciones y entre los diversos sectores, ocasionando que las estrategias de articulación sean deficientes.

Este aspecto se ve reflejado en el nivel local, pero deviene también de esa falta de priorización y articulación desde los niveles jerárquicos superiores de las instituciones y organizaciones. El modelo de funcionamiento estatal, institucional y organizacional presente en el país se caracteriza por ser en cascada, es decir, los niveles regionales y locales responden a directrices superiores. En tanto no se instruya de forma clara a los enlaces locales de las instituciones y organizaciones a la integración y el trabajo conjunto en salud mental, estas casusas seguirán siendo importantes en la causalidad de los problemas en la salud mental.

Por otra parte, dos de las demás causas priorizadas se vinculan con las descritas anteriormente, se hace referencia a las causas de la dimensión de los servicios de salud identificadas para el trastorno de ansiedad a saber, personal no capacitado ni sensibilizado y también el limitado acceso a los servicios de salud mental.



Parte de la lógica en la operacionalización de políticas públicas es crear la capacidad instalada para su ejecución, en esta línea el recurso humano es fundamental. Es necesario el fortalecimiento de la capacidad técnica de las y los responsables de la atención directa a las personas en el nivel local, pero debe acompañarse de procesos significativos de sensibilización, que posibiliten el sentir de la importancia de brindar atención integral a la salud de la población. Asimismo, Martínez Esquivel (2014) apunta a la necesidad del fortalecimiento de la institucionalidad para la atención de la salud mental, a propósito se considera que el sistema de salud aún se ve influenciado por el paradigma positivista y biologista que favorece la atención de las otras enfermedades no transmisibles y las infecciosas.

En el país se ha normado al respecto de los requerimientos mínimos de infraestructura y personal en los servicios de salud, no obstante, se requiere de su actualización y de su verificación según las características de vida y epidemiológicas de la población.

Finalmente, como causa priorizada en este problema se tiene la presencia de otras patologías. El Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (NIHM, 2023) ya ha apuntado a la estrecha relación entre las enfermedades, principalmente crónicas y terminales, con las afecciones de salud mental.

El recibimiento de una noticia diagnóstica puede generar un impacto que inquieta el estado de ánimo y las condiciones de salud mental. Ello se puede agravar si no hay una atención integral y humanizada al respecto, cuando no se educa correctamente a la población y no se le brinda un acompañamiento en su tratamiento y en la esfera psicosocial.

En este escenario la respuesta emocional de la persona puede alcanzar grandes dimensiones en sus temores y preocupaciones que propicien un trastorno de ansiedad.

8.3.11. Trastornos depresivos

El tercer problema priorizado en salud mental es la depresión, la cual al igual que la ansiedad es parte de los trastornos mentales, la Organización Mundial de la Salud, refiere que es un trastorno mental común, es decir, afecta a gran parte de la población, se le caracteriza por prolongarse en el tiempo (OMS, 2023).

El diario vivir genera altas demandas a nivel emocional por lo que se requiere de habilidades para la gestión de todos esos sentimientos, pensamientos y emociones, es habitual que algunas situaciones generen impacto, por ejemplo, la pérdida de empleo, procesos de duelo, situaciones específicas de salud, afectaciones que vivan los seres queridos, entre otras. No obstante, con herramientas personales, apoyo familiar y social algunas personas logran resolver y transitar por ese estado de ánimo bajo.

En vista de ello, la resolución psicosocial de las circunstancias de la vida las hace transitorias y temporales y son esperables, caso contrario ocurre en la depresión, ya que este malestar



emocional se prolonga en el tiempo. La OMS (2023) señala que la depresión implica un estado de ánimo deprimido, con pérdida de placer o interés por largos periodos de tiempo, se asocia con tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, desesperanza y fatiga. Encima, va a causar dificultades para la concentración, motivación, autoestima, conciliar el sueño y para la relación con las demás personas.

De forma que los trastornos depresivos impactan la vida de las personas en todas las dimensiones, tanto de comportamiento, de interacción y de sentido de vida. Por lo que el desempeño laboral, académico y social se ve afectado.

Aunado a ello, el estigma y señalamiento social hacia las personas que experimentan la depresión le da una connotación de riesgo, ya que ante el rechazo y la crítica se pueden optar por ocultar, disimular o negar la depresión, lo que dificulta su tratamiento y aumenta el riesgo, máxime que la depresión es un factor importante para detonar el comportamiento suicida.

A nivel global, la OMS (2023) estimó que para el año 2019, 280 millones de personas padecían depresión, entre ellos 23 millones de niños, niñas y adolescentes. Del total de los 970 millones de personas que tenían trastornos mentales en el 2019, el 28,9% se trataba de trastornos depresivos.

En el Informe Mundial de la Salud Mental OPS (2022), se indica que los trastornos depresivos son los más prevalentes de todos los trastornos mentales en la población adulta. Asimismo, se detalla que según el estudio sobre la carga mundial de enfermedad correspondiente al 2020 se estimó un aumento sustancial de los trastornos depresivos y de ansiedad como resultado de la pandemia de COVID-19, en el caso de la depresión antes de la pandemia se estimaba que para el 2020 se tenían 193 millones de personas con depresión, es decir, una tasa de 2.471 casos por 100 000 habitantes, pero con el ajuste realizado a partir de COVID, se aumentó en un 28%, dando una estimación de 246 millones de casos, con una tasa de 3.153 casos por 100 000 habitantes con depresión en el mundo.

Al igual que en la ansiedad, la OPS (2023) indica que las mujeres tienen mayor prevalencia de la depresión a nivel mundial, con el agravante del riesgo de depresión por embarazo y postparto, ya que se estima que el 10% de las mujeres embarazadas y que dan a luz presentan depresión. Otro factor de riesgo es la vivencia de situaciones de violencia y abuso sexual por parte de las mujeres.

Siguiendo a la OPS (2023) la depresión tiene un papel importante en los casos por comportamiento suicida, 1 de cada 100 muertes en el mundo se produce por suicidio. No necesariamente todas las depresiones culminan en suicidio, pero si es un factor de riesgo con peso. Además, es probable que algunas de las muertes por suicidio tuvieran antecedentes depresivos no diagnosticados ni tratados.



Por otra parte, para el año 2019 la depresión se constituyó como la segunda causa principal de años vividos con discapacidad, lo que quiere decir que, de todos los años vividos con discapacidad en el año 2019, el 5,6% corresponden a trastorno depresivo mayor (OPS, 2023).

Para Costa Rica según datos de INEC (2019-2022), la cantidad de casos notificados por depresión y sus respectivas tasas son las siguientes, para el año 2019 se notificaron 9.312 casos con una tasa de 240 casos por cada 100.000 habitantes, en 2020 se reportaron 4.862 con una tasa de 95,1 por cada 100.000 habitantes, en 2021 se notificaron 5.932 con 113,8 casos por cada 100.000 habitantes, finalmente para el año 2022 se notificaron 5.036 casos de depresión para una tasa de 96,6 casos por cada 100.000 habitantes.

Desde otro punto de vista, el estudio mencionado anteriormente de la revista científica The Lancet determinó que para el año 2020 los trastornos depresivos aumentaron un 35,2%, agrega que las poblaciones con mayor afectación fueron las mujeres y las personas jóvenes.

Para el cantón de Mora, las tasas de notificación por depresión son superiores a las tasas nacionales, para el año 2019 esta fue de 599 casos por cada 100.000 habitantes, en 2020 fue de 201 casos por cada 100.000 habitantes, en 2021 se notificaría 140 casos de depresión por cada 100.000 habitantes y en el año 2022 fue de 264 casos por cada 100.000 habitantes.

Al respecto de los casos reportados y notificados en el periodo de pandemia y de las estimaciones realizadas al respecto, se debe considerar un posible subregistro debido a que los servicios de salud se avocaron por completo a la atención de COVID-19 y también porque la cantidad de consultas en los centros de atención directa a las personas se pudo haber visto influenciada por hacia la disminución por el temor provocado ante un posible contagio de COVID-19.

La OMS (2023) afirma que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, esta causalidad es conocida por el criterio experto participante de este análisis de salud mental.

A través del análisis se coincide en la complejidad de las causas de la depresión, especialmente en que es dada por la interacción de los diferentes determinantes de la salud, por ejemplo, puede presentarse una condición biológica determinante para la depresión, pero generalmente se verá exacerbada por condiciones socioeconómicas, culturales, políticas o bien de comportamiento.

En conformidad con el contexto local de Mora, se analizaron las causas según las dimensiones o determinantes priorizando lo que se analiza a continuación.

La depresión es también un trastorno mental común que afecta el bienestar de la población, algunas de sus causas raíz coinciden con las de la ansiedad según el criterio experto. En la dimensión sociopolítica, la primera causa priorizada fue la desvinculación interinstitucional y sectorial, en segundo lugar, se obtuvo personal de salud no capacitado ni sensibilizado como parte de la dimensión de servicios de salud, la tercera causa responde a la dimensión de comportamiento con estrategias de afrontamiento ineficaces. Volviendo a los servicios de salud, la cuarta causa se vincula con el limitado acceso a servicios de atención de la salud mental y la



quinta y última causa priorizada se vincula con la dimensión biológica ya que consideró la presencia de otras patologías.

Las causas 1, 2 y 4 se vinculan entre ellas, desde la dimensión sociopolítica, ya que se analizan dificultades en la participación activa por parte de los actores sociales involucrados en la salud mental de la población, por su parte las causas 2 y 4 son parte de la dimensión de servicios de salud. El común denominador de estas causas son los obstáculos para la atención de la salud mental de la población, lo cual es fundamental para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y reducir el impacto de los problemas de salud mental en las personas sus familias y en la sociedad.



9. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz prioritizadas

Para la identificación de las líneas de acción que incidirán en las distintas causas raíz de los problemas de salud y de salud mental, se reconoce la acción contraria que disminuye la causa raíz, de lo cual resulta el factor protector. De forma que el objetivo es plantear acciones que contribuyan a mantener, fortalecer o reproducir los factores protectores. Estas acciones pueden orientarse tanto desde la prevención, como de la promoción de la salud (Ministerio de Salud, 2019).

En este apartado se presentan las líneas de acción propuestas para cada uno de los problemas de salud y de salud mental, prioritizados y analizados a partir de sus respectivas causas raíz. Para ello se utiliza la tabla: identificación de factor de protección y líneas de acción, detallada a continuación:

Tabla 19 Identificación de factor de protección y líneas de acción

Problema de Salud:					
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?

Fuente: Ministerio de Salud, 2019.

Seguidamente se presenta por cada problema de salud y de salud mental las tablas correspondientes a la identificación de los factores de protección y las líneas de acción por parte del equipo conductor de ASIS local.



9.1. Líneas de acción: Malformaciones Congénitas

Tabla 20 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema malformaciones congénitas

Problema de Salud: Malformaciones congénitas					
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
Factores socioeconómicos	Poca capacidad adquisitiva para acceder a los servicios de salud preventivos	Protección social	Articulación interinstitucional para aplicación de programas de salud	CCSS	IMAS
Circunstancias materiales de vida	Ambientes laborales con exposición a sustancias teratogénicas	Cumplimiento de normativa en salud ocupacional	Seguimiento a los reglamentos y leyes nacionales de salud y seguridad en el trabajo	Ministerio de Salud	EMPRESA PRIVADA Ministerio de Trabajo
			Charlas sobre las condiciones de riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos que favorecen la salud de los trabajadores	Ministerio de Salud	EMPRESA PRIVADA Ministerio de Trabajo
Factores socioeconómicos	Bajo nivel educativo y su relación directa con la falta información	Acceso a la información	Sensibilización sobre la importancia del autocuidado y apego al tratamiento en el primer nivel	CCSS	RENOVI Oficina de equidad de género de la Municipalidad MEP

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Malformaciones congénitas

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
Factores de comportamiento	Práctica de conductas sexuales riesgosas	Educación integral sobre sexualidad	Programas sobre sexualidad afectiva y responsable	CCSS	MEP
			Disponibilidad de métodos de planificación para adolescentes	CCSS	MEP
Circunstancias materiales de vida	Familias disfuncionales (violencia y situaciones de abuso intrafamiliar)	Integración familiar	Ejecución de programas de educación a familias (academia de crianza)	PANI	SUBSISTEMA LOCAL DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
			Ejecución del programa Adolescente Madre	PANI	SUBSISTEMA LOCAL DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA



9.2. Líneas de acción: Absceso del pulmón y mediastino

Tabla 21 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema absceso del pulmón y mediastino

Problema de Salud: Absceso de Pulmón y mediastino					
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
Factores socioeconómicos	Poca capacidad adquisitiva como barrera para acceder a bienes y servicios	Protección social	Articulación interinstitucional para aplicación de programas de salud	CCSS	IMAS
Circunstancias materiales de vida	Entornos insalubres que favorece la exposición a agentes infecciosos	Entornos saludables libres de exposición de agentes infecciosos	Talleres sobre las buenas prácticas de aseo personal e higiene del hogar	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
			Capacitaciones gestión integral de residuos sólidos y manejo adecuado del recurso hídrico	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Factores servicios de salud	Inequidad en acceso a servicios de salud	Equidad en el acceso a los servicios de salud	Fortalecer las condiciones de acceso	CCSS	Junta de Salud Comités de Salud
Factores socioeconómicos	Baja escolaridad crea condiciones adversas en salud de menores	Acceso a la información	Parentalidad y crianza positiva	PANI	SUBSISTEMA LOCAL DE PROTECCION DE

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Absceso de Pulmón y mediastino					
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
					NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
Factores de comportamiento	La no creencia en la importancia de la inmunización	Validación de la inmunización	Charlas sobre la importancia de la vacunación en poblaciones vulnerables	CCSS	Ministerio de Salud
			Campañas de vacunación en zonas de difícil acceso	CCSS	Ministerio de Salud



9.3. Líneas de acción: Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor

Tabla 22 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor

Problema de Salud: Accidente de tránsito					
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?
Circunstancias materiales	Señalización y demarcación de la red vial insuficiente	Infraestructura vial debidamente demarcada y señalizada	Implementación del programa "Municipalidad y Comunidad Trabajando Juntos"	Municipalidad de Mora (Unidad Técnica Gestión Vial)	Asociaciones de Desarrollo Específico
Factores socioeconómicos	Aumento en uso de otros medios de transporte más inseguros (motos, bicicletas y bicimotos)	Medios de transporte seguros	Realización de operativos de vigilancia y control permanentes sobre el uso de los medios de transporte	MOPT	Municipalidad (Policía Municipal)
			Crear y fomentar el uso de ciclo vías a lo largo del Cantón.	Municipalidad de Mora	Asociaciones de Desarrollo Específico
Comportamiento	Aumento en las conductas de riesgo al conducir	Educación en seguridad vial	Implementación de un plan de capacitación en seguridad vial	Municipalidad de Mora	COLOSEVI
Circunstancias materiales	Desbordamiento alcantarillas comprometen	Red vial con superficies de rodamiento seguras	Implementación de un plan para la adecuada gestión de los residuos sólidos	Municipalidad de Mora	MINSA

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Accidente de tránsito

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?
	funcionamiento de la red vial		Implementación del proyecto "biojardines" para la disposición adecuada de aguas residuales	Asociación Pro- Mejoras del Ambiente	Municipalidad MINSA MAG
Factores Sociopolíticos	Falta de oportunidad en la resolución de gestiones por parte de CONAVI	Resolución oportuna de trámites	Contar con un análisis que categorice las rutas viales que necesiten mantenimiento para priorizarlo y ejecutarlo de manera inmediata.	Municipalidad de Mora	CONAVI



9.4. Líneas de acción: Tumores

Tabla 23 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema tumores

Problema de Salud: Tumores					
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
Factores biológicos	Enfermedad hereditaria	Reducción de factores de riesgo	Mejorar la captación por parte de programas de crónicos en atención primaria y referir oportunamente	CCSS	Junta de Salud
			Campañas de educación sobre el buen control de enfermedades crónicas y hábitos de vida saludable	CCSS	Junta de Salud
Factores de servicios de salud	Oferta de servicios no acorde a los requerimientos poblacionales	Servicios de salud acorde a requerimientos de la población	Análisis de la situación de la cantidad y calidad de recurso humano en los servicios de salud	CCSS	Comités de salud
Factores de comportamiento	Práctica de estilos de vida no saludables	Estilos de vida saludables	Espacios de promoción de la salud física, mental y alimentación en la población	Ministerio de Salud	RECAFIS Líderes comunales

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Tumores

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
Factores socioeconómicos	Bajo nivel educativo como obstáculo para acceder a servicios de salud	Acceso a la información	Facilitar información a la población sobre los accesos a los servicios de salud	CCSS	Comités de Salud Junta de Salud
Circunstancias materiales de vida	Acceso a bienes y servicios limitados en la ruralidad	Equidad de acceso a bienes y servicios	Reorganización local de funciones para atender necesidades	CCSS	Comités de Salud Junta de Salud



9.5. Líneas de acción: Infarto agudo de miocardio

Tabla 24 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema infarto agudo de miocardio

Problema de Salud: Infarto agudo de miocardio					
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
Circunstancias materiales de vida	Oferta insuficiente de bienes y servicios que propician estilos de vida saludable	Incorporación de bienes y servicios que propicien estilos de vida saludables	Programas orientados a la prevención y promoción de las enfermedades	Ministerio de Salud	RECAFIS Líderes comunales
Factores socioeconómicos	Inexistencia de una currícula para la educación en salud integral	Educación en salud integral	Vincular con programas establecidos en redes, enfocado en centros educativos	Ministerio de Salud	Salud Escolar RECAFIS
Factores socioeconómicos	Escasez de las actividades ocupacionales como factor detonante de preocupación y ansiedad en población vulnerable	Incorporación de actividades ocupacionales	Socialización de programas de asistencia y protección social con la población	IMAS Municipalidad de Mora (ODHCS) MAG	COSEL INA
Factores de comportamiento	Adopción del sedentarismo como estilo de vida	Actividad física regular	Actividades de promoción de la actividad física	Comité de Deportes	RECAFIS
			Recuperación de espacios para la realización de la	Comité de Deportes	RECAFIS

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Infarto agudo de miocardio					
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
			actividad física y salud mental		
Factores de comportamiento	Inadecuados hábitos alimentarios	Hábitos de alimentación saludable	Talleres sobre alimentación saludable	CCSS Ministerio de Salud	RECAFIS Líderes comunales Salud Escolar COSEL



9.6. Líneas de acción: Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas

Tabla 25 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas

Problema de Salud: Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas					
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
Servicios de salud	Brecha entre oferta de recurso humano de los servicios de salud y demanda de usuarios	Dotación de recurso humano	Análisis de la situación de la cantidad y calidad de recurso humano en los servicios de salud	CCSS	Comités de salud
Comportamiento	Demanda creciente de usuarios con padecimientos crónicos no transmisibles	Instauración de estilos de vida saludable	Implementación de proyectos y planes con participación intersectorial para el desarrollo de estilos de vida saludable	Ministerio de Salud CODERMO	CCSS MEP Asociaciones de Desarrollo Grupos de líderes comunales
Comportamiento	Uso irracional de los servicios (ausentismo, servicios de emergencia)	Educación y sensibilización	Implementación de campañas informativas, de sensibilización y de educación sobre el uso racional de los servicios	CCSS	Comités de Salud

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas					
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
Factores socioeconómicos	Bajo poder adquisitivo como limitante de acceso a bienes y servicios en salud	Protección social	Implementación de estrategias que favorezcan el acceso a la red de servicios por parte de la población con limitaciones económicas	CCSS	IMAS
Factores sociopolíticos	Políticas institucionales que priorizan la atención obligatoria de ciertos programas prioritarios	Planificación institucional e intersectorial eficiente y eficaz	Planificación e implementación de planes intersectoriales para el abordaje de la población no incluida en estos programas prioritarios	CCSS	Comités de Salud MINSAs Municipalidad de Mora CODERMO



9.7. Líneas de acción: Barreras en el acceso al agua potable

Tabla 26 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema barreras en el acceso al agua potable

Problema de Salud: Barreras en el acceso al agua potable					
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
Circunstancias materiales	Condiciones físico sanitarias deficientes en los sistemas de abastecimiento de agua potable	Cumplimiento del marco regulatorio del Decreto N 38924-S Reglamento para la Calidad de Agua Potable	Implementación del Programa de Inspección de Calidad de Agua Potable basado en la guía SERSA	Ministerio de Salud	Entes administradores de acueductos
Comportamiento	Proliferación de inmuebles y/o actividades agropecuarias sin permiso en zonas protectoras	Cumplimiento del marco regulatorio en zonas protectoras	Implementación de un Programa de Capacitación en Buenas Prácticas Agropecuarias	MAG	SENASA Ministerio de Salud
			Implementación del proceso de inscripción de nacientes	AyA	MINAET
			Actualización del Plan Regulador	Municipalidad de Mora	Concejo Municipal
Factores socioeconómicos	Recaudación insuficiente para mejoras de sistemas	Contar con un servicio de recaudación acorde al consumo y a las tarifas establecidas	Implementación de un programa de capacitación sobre gestión administrativa a los entes administradores de Acueducto	AyA	ASADAS

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Barreras en el acceso al agua potable

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
Factores sociopolíticos	Brecha entre los requerimientos de los instrumentos de gobernanza y las particularidades de cada sistema de abastecimiento	Cumplimiento de los requerimientos establecidos en los instrumentos de gobernanza por parte de los entes administradores de acueductos	Establecimiento de alianzas estratégicas de cooperación entre los entes administradores de acueductos	ASADAS	AyA Ministerio de Salud
Comportamiento	Uso irracional del recurso hídrico	Educación y sensibilización	Implementación de un programa de capacitación acerca de la protección del recurso hídrico en centros educativos	MEP	Ministerio de Salud Municipalidad de Mora, Gestión ambiental
			Implementación de campañas informativas, de sensibilización y de educación en las comunidades sobre el uso racional del recurso hídrico	ASADAS	AyA Ministerio de Salud



9.8. Líneas de acción: Delincuencia

Tabla 27 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema delincuencia

Problema de Salud: Delincuencia					
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
Factores socioeconómicos	Población en situación de pobreza	Protección social	Socialización de programas de asistencia y protección social con la población del cantón de Mora	IMAS Municipalidad de Mora (ODHCS) MAG	COSEL INA
			Talleres de habilidades para la vida con población de centros educativos de secundaria	Municipalidad de Mora Ministerio de Salud	RECAFIS Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia ILAIS
Factores Sociopolíticos	No inversión de gobierno en políticas sociales	Gobernanza	Vinculación con Mesa de articulación local para el fortalecimiento de la seguridad ciudadana como determinante de la salud de la población Nota: vincular con sembramos seguridad	Ministerio de Salud	Fuerza Pública Municipalidad de Mora
			Seguimiento a la ejecución de programas preventivos en seguridad a nivel local	Ministerio de Salud	Fuerza Pública

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Delincuencia					
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
Factores socioeconómicos	Desempleo	Ocupación y empleo	Ejecución de Proyecto para la intermediación laboral	Municipalidad de Mora	Empresa privada
			Ejecución de acciones para el fortalecimiento del emprendedurismo y consumo local a través Feria Mi Pueblo	Municipalidad de Mora Ministerio de Salud	Redes y Comisiones locales Comunidad
Circunstancias materiales de vida	Desintegración familiar	Integración familiar	Ejecución de Programa de educación a familias (academia de crianza)	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia
			Ejecución del Programa Adolescente Madre	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia
Factores Sociopolíticos	Recurso humano insuficiente	Dotación de recurso humano	Valoración y análisis de la situación de recurso policial local insuficiente en la Mesa de Articulación Local	Mesa de articulación local	Ministerio de Salud
			Traslado de resultado del análisis de recurso policial local insuficiente a niveles jerárquicos correspondientes.	Mesa de articulación local	Ministerio de Salud

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



9.9. Líneas de acción: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

Tabla 28 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

Problema de Salud: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas					
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?
Circunstancias materiales de vida	Disfuncionalidad familiar	Familia funcional	Ejecución de Programas de educación a familias y atención de adolescentes madres	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia
			Ejecución de Programa de casa de la justicia	Casa de la Justicia	Oficina de DHCS
Comportamiento	Sentido de pertenencia o cohesión social	Cohesión Social	Ejecución de Programas que desarrollan las unidades de la Oficina DHCS	Municipalidad de Mora	RECAFIS SSLP COMAD COLOSPI ILAIS
			Ejecución de Programas Preventivos del MSP	Fuerza Pública	MEP

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas					
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?
			Ejecución de Programa de prevención IAFA (Dinamo)	IAFA	MEP
Comportamiento	Normalización en patrones de consumo	Educación para la prevención del uso de sustancias psicoactivas	Ejecución de Programas de prevención del uso de sustancias psicoactivas	IAFA Fuerza Pública	MEP
			Ejecución de Talleres sobre Parentalidad positiva	PANI	SSLP
Factores socioeconómicos	Incorporación de ambos padres a mercado laboral	Crianza positiva	Ejecución de Programa de educación a familias (academia de crianza)	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia
			Proyecto Escuelas Saludables	PANI	SSLP RECAFIS
Factores Sociopolíticos	Falta inversión en programas de	Gobernanza	Vinculación con Mesa de articulación	Ministerio de Salud	Fuerza Pública

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas					
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
	prevención para grupos prioritarios		local para el fortalecimiento de la seguridad ciudadana como determinante de la salud de la población		Municipalidad de Mora
			Vinculación del tema con actores sociales comunales	Ministerio de Salud	Fuerza Pública IAFA Municipalidad de Mora



9.10. Líneas de acción: Trastornos de ansiedad

Tabla 29 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema trastornos de ansiedad

Problema de Salud: Trastornos de ansiedad					
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
Servicios de Salud	Personal no capacitado ni sensibilizado	Capacitación y sensibilización en el personal de salud	Ejecución de taller de capacitación y sensibilización en salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora
			Divulgación de información sobre la atención de la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora
Factores sociopolíticos	Desvinculación interinstitucional y sectorial	Articulación interinstitucional e intersectorial	Acción de concertación y dirección política	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud, RCS Ministerio de Salud, STSM
			Divulgación de existencia de ILAIS y sus funciones	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP
Factores biológicos	Presencia de otras patologías	Estilos de vida saludable	Talleres de Promoción de la Salud	RECAFIS	Ministerio de Salud CCSS

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Trastornos de ansiedad

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
					Municipalidad de Mora PANI MEP Fuerza Pública
			Desarrollo de campaña informativa sobre impacto de patologías crónicas en la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja
Factores sociopolíticos	Operacionalización deficiente de la política pública en Salud Mental	Acceso a información	Taller sobre Política en Salud Mental a nivel local	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública
			Taller de divulgación de protocolos y ruta crítica de ILAIS	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Trastornos de ansiedad

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
					Fuerza Pública
Servicios de salud	Limitado acceso a servicios de atención de la salud mental	Acceso a servicios de salud	Creación y socialización de recursos de apoyo para la atención de la salud mental de la población	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública
			Coordinación de atención y seguimiento en salud mental a casos referidos a ILAIS	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública



9.11. Líneas de acción: Depresión

Tabla 30 Identificación de factores de protección y líneas de acción del problema depresión

Problema de Salud: Depresión					
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
Factores sociopolíticos	Desvinculación interinstitucional y sectorial	Articulación interinstitucional e intersectorial	Acción de concertación y dirección política	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud, RCS Ministerio de Salud, STSM
			Divulgación de existencia de ILAIS y sus funciones	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP
Servicios de Salud	Personal no capacitado ni sensibilizado	Capacitación y sensibilización en el personal de salud	Ejecución de taller de capacitación y sensibilización en salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora
			Divulgación de información sobre la atención de la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora
Comportamiento		Habilidades en salud mental	Taller sobre manejo de emociones	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Depresión					
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
	Estrategias de afrontamiento ineficaces				Municipalidad de Mora PANI MEP
			Taller sobre depresión y prevención del suicidio	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP
Servicios de Salud	Limitado acceso a servicios de atención de la salud mental	Acceso a servicios de salud	Creación y socialización de recursos de apoyo para la atención de la salud mental de la población	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública
			Coordinación de atención y seguimiento en salud mental a casos referidos a ILAIS	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Problema de Salud: Depresión					
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
Factores biológicos	Presencia de otras patologías	Estilos de vida saludable	Talleres de Promoción de la Salud	RECAFIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Fuerza Pública
			Desarrollo de campaña informativa sobre impacto de patologías crónicas en la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja



10. Validación de líneas de acción con la comunidad

Una vez definidas las líneas de acción por parte del Equipo Local de ASIS se procedió a la validación de estas con los actores sociales. Para ello se realizó el tercer taller ASIS, el cual fue ejecutado el 29 de setiembre de 2023 en horario de 8:30 am a 3:00 pm. En cuanto a la participación se tuvo representación de (ver en Anexo 4 y 5 la lista de asistencia y fotografías):

- Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Municipalidad de Mora, Desarrollo Humano y Cohesión Social, Gestión Ambiental, Unidad Técnica de Gestión Vial.
- Ministerio de Educación Pública, Dirección Regional de Educación Puriscal.
- Sociedad civil, Asociación de Desarrollo El Porvenir.
- Junta de Salud Mora.
- Patronato Nacional de la Infancia, Oficina Local de Santa Ana.
- ASADA, Guayabo.
- ASADA, Tabarcia.
- Comité de Deportes y Recreación de Mora, CODERMO.
- Ministerio de Agricultura y Ganadería, Agencia de Servicios Agropecuarios de Mora.
- Ministerio de Seguridad Pública, Delegación de Fuerza Pública de Mora.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Área de Salud Mora-Palmichal, Dirección Médica, Trabajo Social y Psicología.

La **estrategia metodológica** utilizada se desarrolló de la siguiente manera: una primera parte en la que se explicaron las funciones esenciales de la salud pública como fundamento del proceso de ASIS, además, se presentaron los resultados de la priorización de problemas de salud basada en datos de mortalidad, de la identificación de los problemas de salud y de salud mental con actores sociales comunales (primer taller ASIS) y del análisis de los problemas de salud y salud mental con personas expertas según los determinantes de la salud (segundo taller ASIS). Además, se detalló que según el resultante del segundo taller, en el que se determinaron las causas prioritarias para cada problema de salud y salud mental, se identificaron los factores protectores a dichas causas y se plantearon las líneas de acción propuestas.

En la segunda parte del Taller se indicó que el objetivo es la validación de las líneas de acción propuesta, detallando por cada problema de salud la dimensión correspondiente de los determinantes de salud, la causa raíz, el factor de protección, la línea de acción propuesta y los actores responsables y colaboradores.

El equipo facilitador del proceso procedió a distribuir a las personas participantes según ámbito de competencia por grupos para validar cada línea de acción propuesta.

Para la valoración de las líneas de acción se utilizó la herramienta Validación de líneas de acción elaborada por el Área Rectora de Salud Aserrí, facilitada por el equipo conductor de ASIS de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur, del Ministerio de Salud. Esta herramienta



valida la acción mediante un cálculo según el impacto que pueda tener la acción propuesta ante el factor de protección, así se determina si la acción se mantiene, se modifica o se elimina. En el caso de Mora y de acuerdo con el criterio de las personas participantes del taller también se incluyeron algunas líneas de acción. Seguidamente se presenta la herramienta en mención.

Tabla 31 Instrumento de validación de líneas de acción, tercer taller ASIS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación Alto Impacto Impacto Intermedio Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			1				0%		
			2				0%		
			3				0%		

Fuente: Área Rectora de Salud Aserrí, Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur, Ministerio de Salud.

De esta manera, se tiene como producto del tercer taller ASIS, las líneas de acción constitutivas para el Plan de Trabajo resultante de este proceso de investigación y análisis de la situación de salud del cantón de Mora.

A continuación se presentan las líneas de acción para cada uno de los problemas de salud y de salud mental con el instrumento antes expuesto.



10.1. Validación de líneas de acción: Malformaciones Congénitas

MALFORMACIONES CONGÉNITAS									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores socioeconómicos	Bajo poder adquisitivo para acceder a los servicios de salud preventivos	Protección social	Articulación interinstitucional para acceder a servicios de salud preventivos	CCSS	IMAS	2	67%	Se modifica	Articulación interinstitucional para brindar posibilidades de aseguramiento en aras de facilitar el acceso a los servicios de salud preventivos
Circunstancias materiales de la vida	Ambientes laborales con exposición a sustancias teratogénicas	Cumplimiento de normativa en salud ocupacional	Control y vigilancia de la normativa físico sanitaria y de seguridad en los ambientes laborales	MINSA - MAG	Empresas	3	100%	Se mantiene	
			Fiscalización de la implementación de los planes de salud ocupacional	MINSA	Empresas	3	100%	Se mantiene	
			Fiscalización y control de sustancias químicas, biológicas o afines para uso agrícola	Servicio Fitosanitario	MAG	2	67%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores socioeconómicos	Baja escolaridad	Acceso a la información	Educación a la mujer en edad fértil y en período de gestación sobre la importancia del autocuidado, planificación y apego al tratamiento en el primer nivel de atención	CCSS	MINSA	3	100%	Se mantiene	
Factores de comportamiento	Práctica de conductas sexuales riesgosas	Educación integral sobre sexualidad	Implementación de programas sobre sexualidad afectiva y responsable (PAIA)	CCSS	MEP	3	100%	Se mantiene	
			Promover la disponibilidad de métodos de planificación para adolescentes	CCSS	MINSA	3	100%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Circunstancias materiales de la vida	Familias disfuncionales (situaciones de abuso intrafamiliar)	Integración familiar	Ejecución de programas de educación a familias (academia de crianza)	PANI CECUDI, Municipalidad de Mora	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	Se incluyen como actores responsables a CECUDI de la Municipalidad de Mora
			Ejecución del programa Adolescente Madre	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



10.2. Validación de líneas de acción: Absceso del pulmón y mediastino

ABSCESO DEL PULMÓN Y MEDIASTINO									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores socioeconómicos	Bajo poder adquisitivo para acceder a los servicios de salud preventivos	Protección social	Articulación interinstitucional para acceder a servicios de salud preventivos	CCSS	IMAS	2	67%	Se modifica	Articulación interinstitucional para brindar posibilidades de aseguramiento en aras de facilitar el acceso a los servicios de salud preventivos
Circunstancias materiales de la vida	Entornos insalubres que favorece la exposición a agentes infecciosos o sustancias nocivas para la salud	Entorno saludable	Planificación de talleres sobre las buenas prácticas de aseo personal e higiene del hogar	MINSA	Líderes comunales CCSS	3	100%	Se mantiene	
			Implementación de planes, proyectos o estrategias de trabajo en la gestión adecuada de emisiones a nivel domiciliario y las provenientes de actividades productivas	MINSA-Municipalidad	MAG	3	100%	Se modifica	Implementación de intervenciones estratégicas para la gestión adecuada de emisiones a nivel domiciliario y las provenientes de actividades productivas

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



ABSCESO DEL PULMÓN Y MEDIASTINO

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores servicios de salud	Cobertura no equitativa en acceso a servicios de salud	Equidad en el acceso a los servicios de salud	Implementación de estrategias para favorecer condiciones de acceso a poblaciones vulnerables	CCSS	Junta de Salud IMAS	2	67%	Se modifica	Implementación de acciones estratégicas para favorecer condiciones de acceso a poblaciones vulnerables según el requerimiento poblacional que se presente
			Remisión de informes de diagnóstico acerca de las condiciones de acceso de la población vulnerable	CCSS	Junta de Salud	1	33%	Se mantiene	
Factores socioeconómicos	Baja escolaridad de progenitores	Acceso a la información	Implementación de acciones sobre parentalidad y crianza positiva	PANI CECUDI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	
			Educación a los padres y madres sobre cuidados y control en salud de los menores de edad	CCSS	MINSAs	3	100%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



ABSCESSO DEL PULMÓN Y MEDIASTINO

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores de comportamiento	La no creencia en la importancia de la inmunización	Validación de la inmunización	Implementación de acciones de información y sensibilización sobre la importancia de la vacunación en poblaciones vulnerables	CCSS	MINS MEP	3	100%	Se mantiene	
			Planificación y ejecución de campañas de vacunación en zonas de difícil acceso	CCSS	MINS MEP	3	100%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



10.3. Validación de líneas de acción: Accidente de tránsito con vehículo de motor o sin motor

ACCIDENTES DE TRÁNSITO									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Circunstancias materiales de la vida	Señalización y demarcación de la red vial insuficiente	Infraestructura vial debidamente demarcada y señalizada	Implementación de los proyectos intersectoriales (Gobierno Local y Comunidades) para mejoramiento de la red vial	UTGV Municipalidad	Asociaciones de Desarrollo Específico COSEVI	2	67%	Se mantiene	
Factores socioeconómicos	Aumento del uso inadecuado de los medios de transporte (motos, bicicletas y bicimotos).	Utilización correcta de los medios de transporte	Realización de operativos de vigilancia y control permanentes sobre el uso de los medios de transporte	Policía Municipal	MOPT	3	100%	Se modifica	Realización de operativos de vigilancia y control permanentes sobre el uso adecuado de los medios de transporte
			Crear y fomentar el uso de ciclo vías a lo largo del Cantón.	Municipalidad	Asociaciones de Desarrollo Específico CONAVI MEP	3	100%	Se modifica	Crear, educar y fomentar el uso adecuados de las vías (aceras, ciclo vías y calles) del cantón .

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Comportamiento	Aumento en las conductas de riesgo al conducir	Educación en seguridad vial	Implementación de programas de capacitación en seguridad vial	UTGV Municipalidad	MEP COLOSEVI COSEVI	3	100%	Se mantiene	
Circunstancias materiales de la vida	Desbordamiento alcantarillas comprometen funcionamiento de la red vial	Manejo adecuado de las aguas pluviales de la red vial	Construcción de sistemas eficientes para el manejo de aguas pluviales (cordón y caño, alcantarillados y cunetas)	UTGV Municipalidad	ADIS ADES Dueños registrales de propiedad	2	67%	Se incluye	Observación: la limpieza de alcantarillas, cunetas y el manejo de aguas le corresponde a los propietarios, por parte de la UTCG se realizan comunicados por medios digitales sobre estas responsabilidades y se capacitan a las ADIS y ADES
			Implementación de planes, proyectos o estrategias de trabajo en la gestión integral de residuos (sólidos, aseo de vías y aguas residuales)	Municipalidad de Mora	MINSAs Dueños registrales de propiedad ADIS ADES	2	67%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores sociopolíticos	Falta de oportunidad en la resolución de gestiones por parte de la UTGV la Municipalidad en rutas cantonales y CONAVI en rutas nacionales	Resolución oportuna de trámites	Contar con los diagnósticos o informes que prioricen las rutas viales que necesiten intervención inmediata	Municipalidad CONAVI	Junta vial cantonal ADIS ADES Concejos de Distrito	1	33%	Se modifica	Ejecutar los proyectos que se contemplan en el diagnostico (plan quinquenal de la UTGV) Observación: la Municipalidad no tiene competencias con temas de rutas nacionales, se conoce que CONAVI si tienen dx



10.4. Validación de líneas de acción: Tumores

TUMORES									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores biológicos	Enfermedad hereditaria	Reducción de factores de riesgo	Fortalecer la detección temprana desde la atención primaria en salud	CCSS	MINSA	3	100%	Se mantiene	
			Plan de trabajo en promoción de estilos de vida saludable	MINSA	RECAFIS	2	67%	Se modifica	Estrategias interinstitucionales para la recuperación de espacios y promoción estilos de vida saludable
Factores servicios de salud	Oferta de servicios no acorde a los requerimientos poblacionales	Servicios de salud con capacidad resolutiva acorde a los requerimientos de la población	Realizar las gestiones antes los niveles jerárquicos superiores para la dotación de equipos, recurso material y humano, previo análisis de la situación de los servicios de salud	CCSS	Junta de Salud	1	33%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



TUMORES

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Comportamiento	Práctica de estilos de vida no saludables	Instauración de estilos de vida saludables	Fortalecer los espacios de promoción de la salud física y mental en la población	CODERMO MINSa	RECAFIS Líderes comunales ILAIS	2	67%	Se mantiene	
Factores socioeconómicos	Baja escolaridad	Acceso a la información	Educación a la población sobre síntomas y signos de tumores para la detección temprana	CCSS	Junta de Salud	3	100%	Se mantiene	
Circunstancias materiales de la vida	Acceso a bienes y servicios limitados en la ruralidad	Equidad de acceso a bienes y servicios	Reorganización local de funciones y/o servicios para atender necesidades	CCSS	Junta de Salud	2	67%	Se modifica	Implementación de estrategias de trabajo alternas a las ya normadas para facilitar el acceso a bienes y servicios de la población

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



10.5. Validación de líneas de acción: Infarto agudo de miocardio

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Circunstancias materiales de la vida	Oferta insuficiente de bienes y servicios que propician estilos de vida saludable	Incorporación de bienes y servicios que propicien estilos de vida saludables	Plan de trabajo en promoción de estilos de vida saludable	CODERMO MINSA	RECAFIS SSLP JPNA Líderes comunales UTGV MM	3	100%	Se modifica	Facilitar estrategias articuladas de promoción de estilos de vida saludable que sean accesibles para la población en diferentes edades y condiciones.
Factores socioeconómicos	Inexistencia de una curricula para la educación en salud integral	Educación en salud integral	Fortalecer acciones en salud integral en centros educativos	MEP	RECAFIS SSLP JPNA CODERMO IAFA	2	67%	Se modifica	Fortalecer acciones en salud integral en centros educativos públicos y privados
Factores socioeconómicos	Escasez de las actividades ocupacionales como factor detonante de	Incorporación de actividades ocupacionales	Socialización de programas de asistencia y protección social con la población	IMAS Municipalidad de Mora (ODHCS) MAG	COSEL INA	3	100%	Se modifica	Socialización de programas tanto de capacitación y formación, como de asistencia, protección social e inversión con la población

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
	preocupación y ansiedad en población vulnerable		Fortalecer acciones intersectoriales e interinstitucionales para el emprendedurismo	Municipalidad de Mora MINSA	MAG IMAS INA Centro de Desarrollo empresarial del INA	2	67%	Se modifica	Fortalecer acciones intersectoriales e interinstitucionales para el emprendedurismo con enfoque de género
Comportamiento	Adopción del sedentarismo como estilo de vida	Actividad física regular	Implementación de planes para la promoción de la actividad física	CODERMO	RECAFIS Líderes comunales	2	67%	Se modifica	Implementación de estrategias para la promoción de la salud y de la actividad física

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Recuperación de espacios para la realización de la actividad física y salud mental	DDCU MM	RECAFIS MSP Fuerza Pública Policía Municipal CODERMO ILAIS RENOVI ADIS Y ADES SSLP - JPNA Unidad de Cultura	2	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Comportamiento	Inadecuados hábitos alimentarios	Hábitos de alimentación saludable	Fortalecer la estrategia de trabajo interinstitucional sobre alimentación saludable	CCSS - Servicio de Nutrición Ministerio de Salud	RECAFIS Líderes comunales Salud Escolar COSEL Unidad de Cultura	2	67%	Se modifica	Fortalecer la estrategia de trabajo interinstitucional sobre alimentación saludable

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



10.6. Validación de líneas de acción: Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas

BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA A LAS PERSONAS									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Servicios de salud	Brecha entre oferta de recurso humano de los servicios de salud y demanda de usuarios	Dotación de recurso humano	Realizar las gestiones ante los niveles jerárquicos superiores para dotación de recurso humano, previo análisis de la situación en los servicios de salud	CCSS	Junta Salud	1	33%	Se mantiene	
Comportamiento	Demanda creciente de usuarios con padecimientos crónicos no transmisibles	Instauración de estilos de vida saludable	Implementación de proyectos y planes con participación intersectorial para el desarrollo de estilos de vida saludable	Ministerio de Salud CODERMO	CCSS MEP Asociaciones de Desarrollo Grupos de líderes comunales	2	67%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA A LAS PERSONAS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Comportamiento	Uso irracional de los servicios (ausentismo, servicios de emergencia)	Educación y sensibilización	Implementación de campañas informativas, de sensibilización y de educación sobre el uso racional de los servicios	Juntas de Salud	CCSS	2	67%	Se mantiene	
			Actualización de los sistemas de información para monitorear el flujo de usuarios en consulta externa	CCSS	Junta de Salud	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Factores socioeconómicos	Bajo poder adquisitivo como limitante de acceso a bienes y servicios en salud	Protección social	Implementación de estrategias que favorezcan el acceso a la red de servicios por parte de la población con limitaciones económicas	CCSS	IMAS	2	67%	Se modifica	Implementación de estrategias de trabajo interinstitucional que favorezcan el acceso a la red de servicios por parte de la población con limitaciones económicas



BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA A LAS PERSONAS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores sociopolíticos	Políticas institucionales que priorizan la atención obligatoria de ciertos programas prioritarios	Salud universal	Formulación e implementación de acciones para la atención de la población no incluida en estos programas prioritarios	CCSS	Juntas de salud	2	67%	Se mantiene	



10.7. Validación de líneas de acción: Barreras en el acceso al agua potable

BARRERAS EN EL ACCESO AL AGUA POTABLE									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Circunstancias materiales	Condiciones físico sanitarias deficientes en los sistemas de abastecimiento de agua potable	Cumplimiento del marco regulatorio de calidad de agua potable	Implementación del Programa de Inspección de Calidad de Agua Potable basado en la guía SERSA	MINSA	Entes operadores de acueductos	3	100%	Se modifica	Aplicación del Programa de Inspección de Calidad de Agua Potable basado en la guía SERSA
			Capacitación para las ASADAS en el Reglamento de Calidad de Agua Potable de acuerdo a las necesidades de cada ente operador	MINSA	AyA	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
			Cumplir con las recomendaciones de la guía SERSA mediante la elaboración y ejecución de un plan de trabajo.	Entes operadores	AyA	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Comportamiento	Proliferación de inmuebles y/o actividades agropecuarias sin permiso en	Cumplimiento del marco regulatorio en zonas protectoras	Implementación de un Programa de Capacitación en Buenas Prácticas Agropecuarias	MAG	SENASA MINSA	2	67%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



BARRERAS EN EL ACCESO AL AGUA POTABLE									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
	zonas protectoras		Implementación del proceso de inscripción de nacientes	AyA	ASADAS MINAET	3	100%	Se mantiene	
			Vigilancia, control y fiscalización de los permisos de construcción	Municipalidad de Mora	Regidores y síndicos	3	100%	Se mantiene	
Factores socioeconómicos	Recaudación insuficiente para mejoras de sistemas	Contar con un servicio de recaudación acorde al consumo y a las tarifas establecidas	Implementación de un programa de capacitación sobre gestión administrativa a los entes administradores de Acueducto	AyA	ASADAS	3	100%	Se modifica	Implementación de un programa de capacitación sobre gestión administrativa y técnica a los entes administradores de Acueducto
Factores sociopolíticos	Brecha entre los requerimientos de los instrumentos de gobernanza y las particularidades de cada sistema de abastecimiento	Cumplimiento de los requerimientos establecidos en los instrumentos de gobernanza por parte de los entes administradores	Establecimiento de alianzas estratégicas de cooperación entre los entes administradores de acueductos	ASADAS	AyA MINSA	3	100%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



BARRERAS EN EL ACCESO AL AGUA POTABLE									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
		s de acueductos							
Comportamiento	Uso irracional del recurso hídrico	Educación y sensibilización	Implementación de un programa de capacitación acerca de la protección del recurso hídrico en centros educativos	Ministerio de Salud Municipalidad de Mora (Oficina Gestión ambiental)	MEP	3	100%	Se modifica	Implementación de un programa de capacitación para fortalecer el consumo y uso racional y protección del recurso hídrico
			Implementación de campañas informativas, de sensibilización y de educación en las comunidades sobre el uso racional del recurso hídrico	ASADAS	AyA	3	100%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



10.8. Validación de líneas de acción: Delincuencia

DELINCUENCIA									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores socioeconómicos	Población en situación de pobreza	Protección social	Socialización de programas de asistencia y protección social con la población del cantón de Mora	IMAS Municipalidad de Mora (ODHCS) MAG	COSEL INA	3	100%	Se modifica	Socialización de programas tanto de capacitación y formación, como de asistencia, protección social e inversión con la población
			Talleres de habilidades para la vida con población de centros educativos de secundaria	Municipalidad de Mora CCSS	RECAFIS Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia ILAIS RENOVI	3	100%	Se modifica	Talleres que faciliten las habilidades para la vida y salud mental con población de centros educativos
Factores sociopolíticos	No inversión de gobierno en políticas sociales	Gobernanza	Vinculación con Mesa de articulación local para el fortalecimiento de la seguridad ciudadana como determinante de la salud de la población	Ministerio Seguridad Pública Municipalidad de Mora	MINSA MEP PANI	3	100%	Se modifica	Ejecución del Nuevo Modelo de Gestión Policial en el cantón de Mora a través de la mesa de articulación local

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



DELINCUENCIA									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Seguimiento a la ejecución de programas preventivos en seguridad a nivel local	Ministerio Seguridad Pública Municipalidad de Mora	MINSA MEP PANI		0%	Se elimina	Se elimina debido a que forma parte del Nuevo Modelo de Gestión Policial
			Ejecutar acciones de sensibilización sobre estrategias de denuncia y seguridad comunitaria	Municipalidad de Mora	Redes y Comisiones locales Comunidad RENOVI	2	67%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Factores socioeconómicos	Desempleo	Ocupación y empleo	Ejecución de Proyecto para la intermediación laboral	Municipalidad de Mora	Empresa privada Centro de Desarrollo Empresarial INA	2	67%	Se mantiene	
			Ejecución de acciones para el fortalecimiento del emprendedurismo y consumo local	Unidad de Cultura Municipalidad de Mora	Redes y Comisiones locales Comunidad	3	100%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



DELINCUENCIA									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Circunstancias materiales de la vida	Desintegración familiar	Integración familiar	Ejecución de programas de educación a familias (academia de crianza)	PANI CECUDI, Municipalidad de Mora	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	
			Ejecución del Programa Adolescente Madre	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	
			Ejecución de los proyectos Cuidémonos y Recreando	PANI Junta de Protección a la Niñez y Adolescencia Consejo Participativo de la Niñez y Adolescencia	Redes y Comisiones locales	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Factores Sociopolíticos	Recurso humano insuficiente	Dotación de recurso humano	Valoración y análisis de la situación de recurso policial local insuficiente en la Mesa de Articulación Local	Ministerio Seguridad Pública	Mesa articulación local	2	67%	Se mantiene	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



DELINCUENCIA									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Traslado de resultado del análisis de recurso policial local insuficiente a niveles jerárquicos correspondientes.	Ministerio Seguridad Pública	Mesa articulación local	2	67%	Se mantiene	



10.9. Validación de líneas de acción: Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

TRASTORNOS POR USO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Circunstancias materiales de la vida	Disfuncionalidad familiar	Familia funcional	Ejecución de Programas de educación a familias y atención de adolescentes madres	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	
			Ejecución de Programa de Casa de la Justicia	Casa Justicia Municipalidad de Mora	Oficina de DHCS	3	100%	Se modifica	Ejecución de los programas Hablando nos entendemos y Puntos de encuentro (Casa de Justicia, MM)
Comportamiento	Sentido de pertenencia o cohesión social	Cohesión social	Ejecución de Programas que desarrollan las unidades de la Oficina DHCS	Desarrollo Humano y Cohesión Social Municipalidad de Mora	RECAFIS SSLP COMAD COLOSPI ILAIS RENOVI	1	33%	Se elimina	Según criterio de grupo de trabajo se elimina ya que es muy general, se especifican los programas atinentes en las líneas de acción que se incluyen.
			Ejecución de Programas Preventivos del MSP	Ministerio Seguridad Pública	MEP	3	100%	Se modifica	Ejecución del Nuevo Modelo de Gestión Policial en el cantón de Mora a través de la mesa de articulación local

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



TRASTORNOS POR USO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Ejecución de Programa de prevención IAFA (Dinamo)	IAFA	MEP	3	100%	Se modifica	Ejecución de Programa de prevención Dynamo en secundaria Nota: se incluye como parte del factor protector de cohesión por el componente que tiene de habilidades para la vida
			Ejecución de Talleres sobre Parentalidad positiva	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	2	67%	Se mantiene	Nota: se ubicaba como línea de acción del factor protector Educación para la prevención del uso de sustancias psicoactivas, no obstante se traslada al de cohesión social debido a la integralidad de los temas que trata
			Ejecución de programas de Cultura	Unidad de Cultura Municipalidad de Mora	Oficina de DHCS	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
			Ejecución del Programa Kudos	IAFA	MEP	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



TRASTORNOS POR USO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
									incluye esta línea de acción
Comportamiento	Normalización en patrones de consumo	Educación para la prevención del uso de sustancias psicoactivas	Ejecución de Programas de prevención del uso de sustancias psicoactivas	Ministerio de Seguridad Pública	MEP	2	67%	Se mantiene	En el marco de la ejecución del Nuevo Modelo de Gestión Policial en el cantón de Mora
			Ejecución de Talleres sobre Parentalidad positiva	PANI	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se modifica	Se traslada al factor de protección de Cohesión Social por la integralidad de los temas que desarrolla.
			Ejecución de consulta psicosocial en uso de sustancias	IAFA		3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
			Ejecución de Programa Guía con Amor	IAFA	MEP	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Factores Socioeconómicos	Incorporación de ambos padres a mercado laboral	Crianza positiva	Ejecución de Programa de educación a familias (academia de crianza)	PANI CECUDI, Municipalidad de Mora	Subsistema Local de Protección a la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	También correspondiente al factor de protección de cohesión social

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



TRASTORNOS POR USO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Ejecución de Proyecto Escuelas Saludables	RECAFIS SLPNA	Junta de Protección de la Niñez y Adolescencia	3	100%	Se mantiene	
			Funcionamiento de centros de cuidado para la niñez	CECUDI CENCINAI	Ministerio de Salud Municipalidad de Mora	2	67%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Factores sociopolíticos	Falta inversión en programas de prevención para grupos prioritarios	Gobernanza	Vinculación con Mesa de articulación local para el fortalecimiento de la seguridad ciudadana como determinante de la salud de la población	Ministerio Seguridad Pública	Municipalidad MINSAL	2	67%	Se modifica	Ejecución del Nuevo Modelo de Gestión Policial en el cantón de Mora a través de la mesa de articulación local
			Realizar las gestiones ante los niveles jerárquicos superiores para dotación de recurso humano y económico, previo análisis de la situación con respecto a la implementación de los programas	IAFA				0%	Se elimina

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



10.10. Validación de líneas de acción: Trastornos de ansiedad

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Servicios de Salud	Personal no capacitado ni sensibilizado	Capacitación y sensibilización en el personal de salud	Ejecución de taller de capacitación y sensibilización en salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora	3	100%	Se modifica	Ejecución de taller de capacitación y sensibilización en salud mental con personal de ASMP-CCSS Nota: solicitar espacios en reunión de EBAIS (Sector)
			Divulgación de información sobre la atención de la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora	3	100%	Se modifica	Divulgación de información sobre la atención de la salud mental con personal de ASMP-CCSS
Factores sociopolíticos	Desvinculación interinstitucional y sectorial	Articulación interinstitucional e intersectorial	Ejecución de acciones de concertación y dirección política	MINSA	Ministerio de Salud, RCS Ministerio de Salud, STSM	2	67%	Se mantiene	
			Divulgación de existencia de ILAIS y sus funciones	MINSA	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora	3	100%	Se modifica	Divulgación de existencia de ILAIS y sus funciones con Instituciones y población del cantón

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
					PANI MEP				
Factores biológicos	Presencia de otras patologías	Estilos de vida saludable	Talleres de Promoción de la Salud	RECAFIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Fuerza Pública	3	100%	Se modifica	Facilitar estrategias articuladas de promoción de estilos de vida saludable que sean accesibles para la población en diferentes edades y condiciones.
			Desarrollo de campaña informativa sobre impacto de patologías crónicas en la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja	2	67%	Se mantiene	Nota: campaña en medios digitales
			Ejecución de Programa de intervención nutricional en enfermedades	Nutrición ASMP, CCSS	CCSS	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			crónicas (PINEC)						
Factores sociopolíticos	Operacionalización deficiente de la política pública en Salud Mental	Acceso a la información	Taller sobre Política en Salud Mental a nivel local	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública	3	100%	Se modifica	Socialización de la Nueva Política de Salud Mental Nota: sujeto a oficialización de la nueva política por parte del Ministerio de Salud.
			Taller de divulgación de protocolos y ruta crítica de ILAIS	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública	2	67%	Se modifica	Ejecución de acciones de divulgación sobre protocolos y ruta crítica de ILAIS

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Servicios de Salud	Limitado acceso a servicios de atención de la salud mental	Acceso a los servicios de salud	Creación y socialización de recursos de apoyo para la atención de la salud mental de la población	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública		0%	Se elimina	A criterio del grupo de trabajo se elimina debido a carencia de recursos materiales, humanos y financieros
			Coordinación de atención y seguimiento en salud mental a casos referidos a ILAIS	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública	3	100%	Se mantiene	
			Ejecución de consultas en Trabajo Social, Psicología y Salud Mental en ASMP, CCSS	Trabajo Social ASMP Psicología ASMP Medicina Familiar ASMP	CCSS ILAIS	3	100%		A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



10.11. Validación de líneas de acción: Depresión

DEPRESIÓN									
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
Factores sociopolíticos	Desvinculación interinstitucional y sectorial	Articulación interinstitucional e intersectorial	Acción de concertación y dirección política	Ministerio Salud	Ministerio de Salud, RCS Ministerio de Salud, STSM CCSS Municipalidad de Mora	3	100%	Se mantiene	
			Divulgación de existencia de ILAIS y sus funciones	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP	3	100%	Se modifica	Divulgación de existencia de ILAIS y sus funciones con Instituciones y población del cantón
Servicios de Salud	Personal no capacitado ni sensibilizado	Capacitación y sensibilización en el personal de salud	Ejecución de taller de capacitación y sensibilización en salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora	3	100%	Se modifica	Ejecución de taller de capacitación y sensibilización en salud mental con personal de ASMP-CCSS Nota: solicitar espacios en reunión de EBAIS (Sector)

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



DEPRESIÓN

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Divulgación de información sobre la atención de la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora	3	100%	Se modifica	Divulgación de información sobre la atención de la salud mental con personal de ASMP-CCSS
Comportamiento	Estrategias de afrontamiento ineficaces	Habilidades en salud mental	Taller sobre manejo de emociones	Psicología	CCSS ILAIS	3	100%	Se incluye	Desarrollo de grupos terapéutico sobre gestión de emociones
			Taller sobre depresión y prevención del suicidio	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP	2	67%	Se modifica	Ejecución de actividad educativa sobre depresión y prevención del suicidio
			Desarrollo de grupo terapéutico sobre duelo	Trabajo Social ASMP	CCSS ILAIS	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



DEPRESIÓN

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Desarrollo de proceso grupal para personas cuidadoras	Trabajo Social ASMP	CCSS ILAIS	2	67%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
			Desarrollo de grupo terapéutico Pensar bien, sentirse excelente	Psicología	CCSS ILAIS	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Servicios de Salud	Limitado acceso a servicios de atención de la salud mental	Acceso a los servicios de salud	Creación y socialización de recursos de apoyo para la atención de la salud mental de la población	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública		0%	Se elimina	A criterio del grupo de trabajo se elimina debido a carencia de recursos materiales, humanos y financieros

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



DEPRESIÓN

Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Coordinación de atención y seguimiento en salud mental a casos referidos a ILAIS	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja Fuerza Pública	3	100%	Se mantiene	
			Ejecución de consultas en Trabajo Social, Psicología y Salud Mental en ASMP, CCSS	Trabajo Social ASMP Psicología ASMP Medicina Familiar ASMP	CCSS ILAIS	3	100%	Se incluye	A consideración del grupo de trabajo se incluye esta línea de acción
Factores biológicos	Presencia de otras patologías	Estilos de vida saludable	Talleres de Promoción de la Salud	RECAFIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Fuerza Pública	3	100%	Se modifica	Facilitar estrategias articuladas de promoción de estilos de vida saludable que sean accesibles para la población en diferentes edades y condiciones.

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



DEPRESIÓN

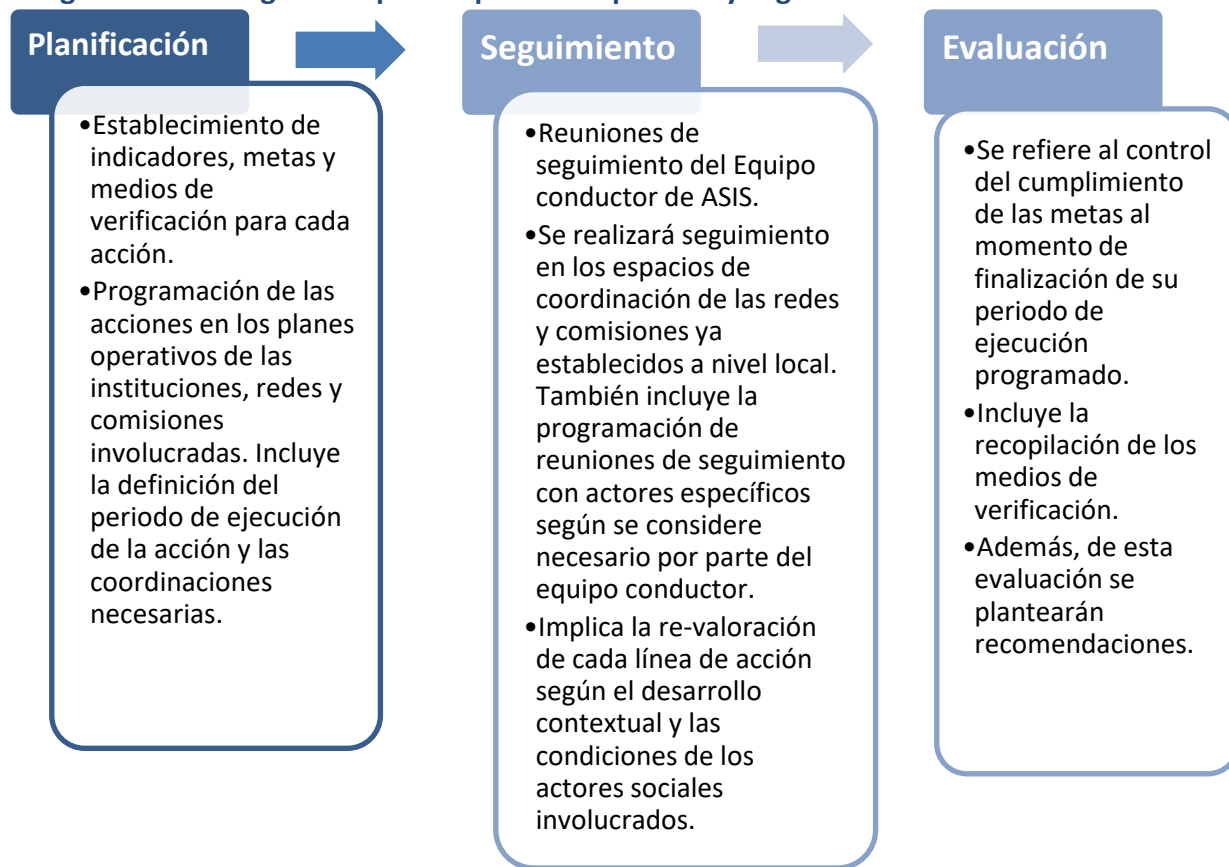
Dimensión	Causa Raíz	Factor Protector	Línea de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador	Validación 3: Alto Impacto 2: Impacto Intermedio 1: Poco o ningún impacto	Resultado	Acción Se Mantiene Se Modifica Se Elimina	Nueva propuesta / Observaciones
			Desarrollo de campaña informativa sobre impacto de patologías crónicas en la salud mental	ILAIS	Ministerio de Salud CCSS Municipalidad de Mora PANI MEP Cruz Roja	2	67%	Se mantiene	Nota: campaña en medios digitales

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr

11. Estrategia local para la puesta en práctica y seguimiento de las líneas de acción

El cantón de Mora se caracteriza por poseer una sólida plataforma de coordinación interinstitucional y en general de interrelación entre los actores sociales, es por lo que el equipo conductor de ASIS local considera pertinente anclar la puesta en práctica y el seguimiento de las líneas de acción en dicha plataforma. De esta forma, se plantea la siguiente estrategia con el fin de que cada actor responsable y colaborador programe las tareas requeridas para operativizar las líneas de acción validadas bajo la conducción de la Rectoría en Salud.

Figura 12 Estrategia local para la puesta en práctica y seguimiento de las líneas de acción



Fuente: Elaboración propia, Área Rectora de Salud Mora, 2023.



Tal como se mencionó anteriormente, en el cantón de Mora se cuenta con instancias consolidadas de coordinación entre todos los actores sociales, todos los actores responsables y colaboradores que participaron de este proceso están vinculados debido a su pertenencia a una o más instancias de coordinación como las comisiones, comités o redes locales. De esta manera, el equipo conductor de ASIS se encargará de la concertación para que las líneas de acción sean incluidas en los planes de trabajo de dichas instancias.

Este proceso de planificación en las instancias locales está programado para ejecutarse en los meses de diciembre 2023 a febrero 2024, espacio que será utilizado para la programación en el tiempo de las acciones y además para el establecimiento de indicadores, metas y medios de verificación.

Para el seguimiento se proponen reuniones periódicas del equipo conductor local del ASIS para la verificación del avance del proceso de ejecución de las líneas de acción.

Otro aspecto ventajoso es que estas instancias ya tienen definidos espacios de coordinación, específicamente de reuniones de trabajo, las cuales serán utilizadas para corroborar la puesta en práctica de las acciones. Aunado a ello, se utilizarán estos espacios para la revaloración de cada línea de acción según el desarrollo contextual y las condiciones de los actores sociales involucrados.

Finalmente, para la evaluación, el equipo conductor irá registrando y recopilando los medios de verificación para que al finalizar el periodo programado de cada una de las acciones se verifique el cumplimiento de metas y se realicen las recomendaciones pertinentes.

Es importante mencionar que la propuesta de esta estrategia está sujeta a las indicaciones de niveles superiores y que su formulación responde al contexto local.



Referencias bibliográficas

- AyA. (2023). *Sistema de Apoyo a la Gestión de las ASADAS (SAGA)*.
- Barquero, G., Cordero, E., López, M., Duarte, F., & Umaña, E. (2020). *Inocuidad microbiológica de alimentos para consumo humano Costa Rica, 2020*. Obtenido de https://inciensa.sa.cr:https://inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/Informes_verificacion/2022/Informe%20de%20Verificacion%20de%20Normativa%202020.pdf
- Benavides Lara, A., & Barboza Argüello, M. (2018). *Protocolo de Vigilancia anomalías de patologías congénitas en Costa Rica*. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr:https://www.binasss.sa.cr/protocolos/defectoscongenitos.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Plan de acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS*. Obtenido de <https://platform.who.int:https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/CRI-RH-47-01-PLAN-STRATEGY-2009-esp-Fortalecimiento-atencion-Cancer-en-red-Oncologica-CCSS.pdf>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2013). *Guía para diagnóstico y tratamiento de las personas con síndrome coronario agudo*. (E. N. Social, & Caja Costarricense del Seguro Social, Edits.) Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr:https://www.binasss.sa.cr/guiacoronaria.pdf>
- CCSS. (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. Obtenido de BSNASSS: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/prenatal.pdf>
- CCSS. (2021). *Estadísticas actuariales*. Obtenido de <https://www.ccss.sa.cr:https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-actuariales>
- CCSS. (Febrero de 2022). *Memoria de áreas de salud, sectores, EBAIS, sedes de área, sedes*. Obtenido de <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/4066/Inventario%20de%20EBAIS%20y%20PVP%20II%20Semestre%2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- CCSS. (2022). *Protocolo Clínico de Atención Integral al embarazo, parto y posparto en la Red de Servicios de Salud*. Obtenido de CENDEISSS: <https://www.cendeiss.com/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-postparto-2.pdf>
- CCSS. (2023). *Cubos estadísticos*. Base de datos estadísticos, CCSS, Área de Salud Mora Palmichal, Mora .
- CEPAL. (2013). *Definición de población urbana y rural utilizadas en los censos de los países latinoamericanos*. Obtenido de https://www.cepal.org/sites/default/files/def_urbana_rural.pdf



- CONAVI. (2018). *Diagnóstico Integral del Riego de la Red Vial Nacional*. Obtenido de <https://conavi.go.cr/>:
<https://conavi.go.cr/documents/20126/100352/Diagnostico+Integral+del+Riesgo.pdf/309b6a11-1d58-7c91-9f80-f75c0782453e?t=1571413035547>
- Cordero Parra , M. (27 de octubre de 2021). La otra epidemia: Costa Rica supera crecimiento mundial de casos por depresión y ansiedad. *Noticias Instituto de Investigaciones Psicológicas*. Obtenido de <https://iip.ucr.ac.cr/es/noticias/la-otra-epidemia-costa-rica-supera-crecimiento-mundial-de-casos-por-depresion-y-ansiedad#:~:text=Para%20el%20caso%20de%20los,a%20374%20millones%20de%20per,sonas>.
- Cordero, M., & Córdoba, J. (17 de marzo de 2020). Agua hay, pero ¿por qué nos falta? *Semanario Universidad*, pág. en línea. Obtenido de <https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/agua-hay-pero-por-que-nos-falta/>
- Dávila, F., Gómez, W., & Hernández, T. (2009). Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 1-10. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2009.v35n1/10.1590/S0864-34662009000100017/es>
- Delgado Ruiz, K., & Barcia Briones, M. (diciembre de 2020). Familias disfuncionales y su impacto en el comportamiento de los estudiantes. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, 5(12), 419-433. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8042551>
- Echeverri Echeverría, P. (2008). Investigación sobre el trastorno afectivo bipolar para construir un manual psicoeducativo dirigido a pacientes y sus familiares. (C. Hospital Nacional Psiquiátrico, Ed.) *Revista Cúpula*, 22(1), 23-32. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n1/art3.pdf>
- Espinosa Patti, D., Villalobos Fonseca, H., Cordero Camacho, I., & Castrillo Castrillo, S. (2022). *Curso de actualización policial Modelo Preventivo de Gestión Policial de Fuerza Pública 2022: Estrategia Focalización del Servicio Policial Preventivo por Nodos Demandantes*. (F. p. (FUNPADEM), Ed.) Obtenido de <https://funpadem.org:https://funpadem.org/index.php/2022/03/30/2022-mdgp-curso-formacion-nodos/>
- Fundación Argentina del Tórax. (2016). *Factores de riesgo de absceso de pulmón*. Obtenido de <https://fundaciontorax.org.ar/>:
<https://fundaciontorax.org.ar/page/index.php/infecciosas/179-factores-de-riesgo-de-absceso-de-pulmon>
- Garza, J. (11 de enero de 2016). Costa Rica, único libre de analfabetismo en Centroamérica. *La República*. Obtenido de https://www.larepublica.net/noticia/costa_rica_unico_libre_de_analfabetismo_en_centroamerica



- IAFA. (2018). *Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Costa Rica*. Obtenido de <https://www.iafa.go.cr/>: <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/Encuesta-Nacional-de-Drogas-2015.pdf>
- INCIENSA. (2023). *Centro de Registro de Enfermedades Congénitas*. Obtenido de <https://inciensa.sa.cr/>: https://inciensa.sa.cr/inciensa/centros_referencia/enfermedades_congenitas.aspx
- INEC. (mayo de 2012). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011, Resultados Generales, Ficha Metodológica*. Obtenido de INEC: <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/censos/censo-2011>
- INEC. (Octubre de 2022). *Encuesta Nacional de Hogares, Julio 2022, Resultados Generales*. Obtenido de http://sistemas.inec.cr:8080/redinec/encuestas/enaho/ConceptosDefiniciones/Conceptos_definiciones_2013.pdf
- INEC. (2022). *Estadísticas demográficas. 2011 – 2025. Proyecciones nacionales*. . Obtenido de INEC: <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas?topics=91%252C646&page=2>
- INEC. (NOVIEMBRE de 2022). *Indicadores demográficos 2021*. Obtenido de INEC: https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/repoblacEV_2021A_bolet%C3%ADnindicadoresdemogr%C3%A1ficos.pdf
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2023). *healthdata.org*. Obtenido de Diseases and injuries: https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/schizophrenia-level-3-cause
- Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos . (2022). *Trastorno bipolar* . Obtenido de National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/trastorno-bipolar.pdf>
- Insulza, J. M. (2014). *El problema de drogas en las Américas: Estudios, Drogas y Salud Pública*. (O. d. Americanos, Ed.) Obtenido de www.cicad.oas.org/: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf
- Jerez, D., & Acosta, C. (2022). Consumo de sustancias: Caracterización de pacientes pertenecientes a la unidad de salud mental adultos- Hospital Hernán Henríquez Aravena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(4), 413-421. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000400413>
- Martínez Esquivel, D. (2014). análisis de la relevancia de la política pública para la atención de la salud mental en Costa Rica. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 1-8. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/13699/13022>



- Merschel, M. (18 de agosto de 2022). *Nuevo informe detalla lo que debemos saber sobre los síntomas de las enfermedades cardiovasculares*. (l. American Heart Association, Productor) Obtenido de <https://www.heart.org/>: <https://www.heart.org/en/news/2022/08/18/nuevo-informe-detalla-lo-que-debemos-saber-sobre-los-sintomas-de-las-enfermedades-cardiovasculares>
- MIDEPLAN. (2007). *Índice de Desarrollo Social*. Obtenido de MIDEPLAN: <https://repositorio-snp.mideplan.go.cr/bitstream/handle/123456789/433/DOCPLAN-02782-IDS%202007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MIDEPLAN. (2010). *Sector Público Costarricense*. Obtenido de cidseci.dgsc.go.cr: <https://cidseci.dgsc.go.cr/datos/Sector-Publico-Costarricense-y-su-organizaci%C3%B3n-Versi%C3%B3n-final.pdf>
- MIDEPLAN. (2013). *Índice de Desarrollo Social 2013*. Obtenido de MIDEPLAN: <https://repositorio-snp.mideplan.go.cr/bitstream/handle/123456789/434/DOCPLAN-03057-IDS%202013-resumen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- MIDEPLAN. (2017). *Índice de Desarrollo Social 2017*. Obtenido de MIDEPLAN: <https://repositorio-snp.mideplan.go.cr/handle/123456789/435>
- Ministerio de Educación Pública. (2017). *Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio*. Obtenido de mep.go.cr: <https://drea.mep.go.cr/sites/default/files/publicaciones-anexos-2023/PROTOCOLO%20prevencion%20suicidio..pdf>
- Ministerio de Salud. (22 de febrero de 2018). Normativa nacional para la articulación interinstitucional en el abordaje integral del comportamiento suicida. *Diario Oficial La Gaceta*(34, Alcance 38).
- Ministerio de Salud. (2019). *Guía Metodológica para la elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica*. San José.
- Ministerio de Salud. (2020-2023). *Bases de datos de reporte de boletas VE-01*. Área Rectora de Salud Mora, Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, Mora.
- Ministerio de Salud. (2022). *Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/politicas-en-salud-1/5753-politica-nacional-de-salud-bucal-2022-2032/file>
- Ministerio de Salud. (18 de enero de 2023). Enfermedades No Transmisibles representaron el 80.73% de las defunciones en el territorio nacional para el año 2019. San José, Costa Rica. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1498-enfermedades-no-transmisibles-representaron-el-80-73-de-las-defunciones-en-el-territorio-nacional-para-el-ano-2019>



- Ministerio de Salud. (2023). *Expedientes Área Rectora de Salud Mora*. Área Rectora de Salud Mora, Regulación de la Salud . Mora: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Seguridad Pública. (2022). *Modelo Preventivo de Gestión Policial Informe Territorial Delegación Policial D-19 Mora*. Mora: Ministerio de Seguridad Pública.
- Molina, L. (24 de Noviembre de 2021). Informe Contraloría: 73% de usuarios tienen dificultad para acceder a una cita en un Ebais. . *Semanario Universidad*, pág. En línea. Obtenido de <https://semanariouniversidad.com/pais/citas-son-insuficientes-en-los-ebais-para-la-demanda-asegura-el-71-de-sus-coordinadores/>
- Monturiol Fernández, S. (2020 de diciembre de 2020). Aumentan depresión y ansiedad ante la pandemia. *UNA Comunica*. Obtenido de <https://www.unacomunica.una.ac.cr/index.php/dicembre-2020/3297-aumentan-depresion-y-ansiedad-ante-la-pandemia>
- Mora Alvarado, D., & Portuguez, C. (2019). *Agua para consumo humano por provincias y saneamiento por regiones manejados en forma segura en zonas urbanas y rurales de costa rica al 2018*. AyA, Laboratorio Nacional de Aguas. San José: AyA. Obtenido de <https://www.aya.go.cr/Noticias/Documents/Informe%20agua%20potable%20y%20saneamiento%202019%20-%20Laboratorio%20Nacional%20de%20Aguas.pdf>
- Mora Alvarado, D., & Portuguez, C. (2020). *Agua para uso y consumo humano y saneamiento en Costa Rica al 2019; brechas y desafíos al 2023*. AyA, Laboratorio Nacional de Aguas . San José: AyA. Obtenido de <https://www.aya.go.cr/Noticias/Documents/Informe%20cobertura%20agua%20potable%20y%20saneamiento%202020%20-%20Laboratorio%20Nacional%20de%20Aguas.pdf>
- NIHM. (abril de 2023). *Trastornos de ansiedad*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/>: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- OCDE. (2017). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas Dde Salud: Costa Rica*. Obtenido de OECD.ORG: https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf
- OMS. (2017). *Normas Internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas*. (O. d. Crimen, Productor) Obtenido de https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf
- OMS. (2019). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*, 10° revisión. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/es/standards/classifications/classification-of-diseases>
- OMS. (2019). *Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- OMS. (2 de febrero de 2021). *El Observatorio Mundial de la Salud, Tasas de suicidio*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



- OMS. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OMS. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*. Obtenido de who.int/iris: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- OMS. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de WHO.INT/ES: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2022). *Trastornos mentales*. Obtenido de WHO.INT: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OMS. (20 de junio de 2022). *Traumatismos causados por el tránsito*. Obtenido de <https://www.who.int>: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- OMS. (2023). *Cáncer*. Obtenido de <https://www.who.int/>: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1
- OMS. (15 de marzo de 2023). *Demencia*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- OMS. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. Obtenido de who.int/es: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2023). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de who.int: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%2C%20enfermedades%20no%20transmisibles,y%20cuidados%20a%20largo%20plazo>.
- ONU. (5 de octubre de 2016). *Igualdad de Género: por qué es importante. Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de ONU: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/5_Spanish_Why_it_Matters.pdf
- OPS. (2003). *Calidad del agua potable en Costa Rica: Situación actual y perspectivas*. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/>: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Calidad%20del%20agua%20potable%20en%20Costa%20Rica.%20Sit%20uaci%20n%20actual%20y%20perspectivas.pdf>



- OPS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://www.paho.org:
https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf)
- OPS. (2014). *Glosario de Indicadores Básicos de la OPS*. Obtenido de OPS: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>
- OPS. (2018). *La carga de los trastornos por consumo de drogas en la Región de las Américas, 2000-2019*. Obtenido de [https://www.paho.org/:](https://www.paho.org/https://www.paho.org/en/enlace/burden-drug-use-disorders)
<https://www.paho.org/en/enlace/burden-drug-use-disorders>
- OPS. (2019). *Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal*. Obtenido de OPS: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/38590/OPSCRI19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS. (2021). *La carga de los cánceres malignos en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de datos ENLACE*. Obtenido de [https://www.paho.org/:](https://www.paho.org/https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos)
<https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>
- OPS. (2021). *La carga de los trastornos por consumo de drogas en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental*. Obtenido de [https://www.paho.org/:](https://www.paho.org/https://www.paho.org/en/enlace/burden-drug-use-disorders)
<https://www.paho.org/en/enlace/burden-drug-use-disorders>
- OPS. (2022). *Portal de Indicadores Básicos*. Obtenido de OPS: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tasa-global-fecundidad>
- OPS. (2023). *Curso de vida saludable*. Obtenido de OPS: <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable>
- OPS. (2023). *Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos*. Obtenido de [https://www.paho.org/es:](https://www.paho.org/es/https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-unos-cuidados-mas-justos)
<https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-unos-cuidados-mas-justos>
- OPS. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- OPS. (2023). *Salud Universal*. Obtenido de [https://www.paho.org/es/temas/salud-universal:](https://www.paho.org/es/temas/salud-universal:https://www.paho.org/es/temas/salud-universal)
<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- OPS. (s.f.). *Abuso de sustancias*. Obtenido de [https://www.paho.org/es:](https://www.paho.org/es/https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias)
<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- OPS. (s.f.). *Seguridad vial*. Obtenido de [https://www.paho.org/:](https://www.paho.org/https://www.paho.org/es/temas/seguridad-vial)
<https://www.paho.org/es/temas/seguridad-vial>



- PNUD. (2010). *Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social*. Obtenido de <https://www.undp.org/>: <https://www.undp.org/es/costa-rica/publications/polsepaz>
- PNUD. (febrero de 2020). *PNUD Costa Rica*. Obtenido de <https://www.undp.org/es/costa-rica/atlas-de-desarrollo-humano-cantonal-2020>
- PNUD. (16 de Febrero de 2022). Obtenido de PNUD, Costa Rica: <https://www.undp.org/es/costa-rica/publications/notas-tecnicas-atlas-de-desarrollo-humano-cantonal-2021>
- PNUD. (2022). *Encuesta Nacional de Seguridad Ciudadana en Costa Rica 2022*. Obtenido de <https://www.undp.org/>: <https://www.undp.org/es/costa-rica/publicaciones/encuesta-nacional-de-seguridad-ciudadana-en-costa-rica-enscr-2022>
- PNUD. (2022). *Índice de Desarrollo Humano*. Obtenido de Human Development Reports: <https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/CRI>
- Poder Ejecutivo, R. d. (04 de noviembre de 2019). Reforma Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, N° 41999-S. San José, Costa Rica.: Diario Oficial La Gaceta N° 209, Alcance 242. Obtenido de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=89942&nValor3=118253¶m2=1&strTipM=TC&IResultado=1&strSim=simp
- Poder Judicial. (2020). *Diccionario usual del Poder Judicial*. Obtenido de <https://diccionariousual.poder-judicial.go.cr/>: https://diccionariousual.poder-judicial.go.cr/index.php/diccionario?query=delincuencia&search_type=contains&limit=10&__ncforminfo=29ne2KLsdhXhuqD8pjQTe9C7Zrx1HKjoGAcMqdOyaHJ6zB5ULPy3qccJqXoBiHO8HkwWh68M9OIL3_5zzk76ZDQ9moV_wZ47yTLTGRKCY_YT095oKiK5RJtT7kLSq
- Programa Estado de la Nación. (2004). *Décimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. San José: Proyecto Estado de la Nación. Obtenido de <https://estadonacion.or.cr/informes/#>
- Restrepo Cano, G. A. (2016). Diagnóstico Prenatal de Anomalías Congénitas: una política ausente en Colombia. *Revisita Med*, 24(1), 102-110. doi:<https://doi.org/10.18359/rmed.2764>
- SAMHSA's. (24 de abril de 2023). *Trastornos de uso de sustancias y salud mental*. (A. d. Sustancias, Productor) Obtenido de <https://www.samhsa.gov/>: <https://www.samhsa.gov/salud-mental/trastornos-concurrentes#:~:text=Los%20problemas%20por%20uso%20de,Esquizofrenia>
- Segura, R. (30 de setiembre de 2022). Envejecimiento poblacional: un logro en desarrollo humano con importantes retos. *Programa Estado de la Nación*. Obtenido de <https://estadonacion.or.cr/envejecimiento-poblacional-un-logro-en-desarrollo-humano-con-importantes-retos/>



- Sethi, S. (2023). *Absceso Pulmonar*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com:https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/absceso-pulmonar/absceso-pulmonar>
- TSE. (2023). *Partidos Políticos Inscritos, Escala Cantonal, Unidos para el Desarrollo*. Obtenido de Tribunal Supremo de Elecciones República de Costa Rica: <https://www.tse.go.cr/unidosparaeldesarrollo.htm>
- UCR. (2017). *Índice de competitividad cantonal*. Obtenido de [ucr.ac.cr:https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2017/icc-odd-2006-2016.pdf](https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2017/icc-odd-2006-2016.pdf)
- UNESCO. (2022). Tasa de Alfabetización. Banco Mundial. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?locations=CR>
- UNICEF. (2017 de diciembre de 2020). Ansiedad, aburrimiento y depresión experimentan las personas adolescentes y jóvenes durante la pandemia del Covid-19. *Comunicado de Prensa UNICEF Costa Rica*. Obtenido de <https://www.unicef.org/costarica/comunicados-prensa/ansiedad-aburrimiento-depresion-personas-jovenes-ureport>
- Universidad de Costa Rica; Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor;. (2007). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Obtenido de [bisnass.sa.cr:https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/1%20Informe%20estado%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20la%20persona%20adulta%20mayor%20en%20Costa%20Rica.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/1%20Informe%20estado%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20la%20persona%20adulta%20mayor%20en%20Costa%20Rica.pdf)
- Universidad La Habana . (2021). *Guía rápida de población*. Obtenido de PNUD: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-09/PADIT_Gu%C3%ADa%20r%C3%A1pida%20sobre%20la%20din%C3%A1mica%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.pdf
- UNODC. (2023). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Obtenido de <https://www.unodc.org/:https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicidas-siguen-expandindose.html>
- Velásquez Loaiza, M. (4 de febrero de 2023). ¿Cuáles son los tipos de cáncer más comunes y cuáles son los más mortales? *CNN Español*. Obtenido de <https://cnnespanol.cnn.com/2023/02/04/cancer-tipos-comunes-mortales-como-saber-orix/>
- Virues Elizondo, R. (25 de mayo de 2005). Ansiedad estudio. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8). Obtenido de <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/#:~:text=Consiste%20en%20un%20estado%20de,inminente%20y%20de%20causa%20indefinida.>



Anexos

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Anexo 1: Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 01 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	2	2	3	2	1	10
Ausencia o falta recuperación de sitios recreativos	3	3	2	3	2	13
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	2	3	3	2	1	11
Barreras de acceso al agua potable	1	2	1	3	1	8
Hábitos alimenticios inadecuados	2	2	2	3	3	12
Violencia intrafamiliar	1	3	2	1	1	8
Desempleo	2	2	1	1	2	8
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	1	3	2	12
Desintegración familiar	2	3	2	1	1	9
Delincuencia	3	3	2	3	2	13
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	2	3	1	3	2	11
Depresión	2	3	2	1	2	10
Trastornos de ansiedad	2	2	1	2	3	10
Trastornos de síntomas somáticos	2	2	2	3	2	11
Problemas de autoestima	2	2	2	2	2	10
Trastornos de alimentación	1	2	2	2	1	8
Trastornos de déficit atencional	1	1	3	1	2	8
Suicidio/intentos de suicidio	2	3			3	8
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	3	3	2	2	2	12
Trastornos de estrés	3	2	2	3	2	12

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 02 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	1	3	3	1	3	11
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	2	2	3	2	3	12
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	2	2	1	1	1	7
Barreras de acceso al agua potable	3	3	3	3	3	15
Hábitos alimenticios inadecuados	1	1	3	1	1	7
Violencia intrafamiliar	3	3	2	2	1	11
Desempleo	2	2	1	2	2	9
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	3	3	3	15
Desintegración familiar	2	2	1	3	2	10
Delincuencia	3	3	3	3	2	14
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	1	3	2	2	2	10
Depresión	3	3	2	1	2	11
Trastornos de ansiedad	2	2	2	2	3	11
Trastornos de síntomas somáticos	1	3	3	1	3	11
Problemas de autoestima	1	2	2	2	3	10
Trastornos de alimentación	1	1	1	1	1	5
Trastornos de déficit atencional	1	1	2	1	1	6
Suicidio/intentos de suicidio	1	2	2	1	1	7
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	3	3	3	2	3	14
Trastornos de estrés	1	3	2	2	2	10

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 03 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	3	2	2	1	2	10
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	1	1	2	2	2	8
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	2	2	2	1	2	9
Acceso al agua potable	2	3	1	3	1	10
Hábitos alimenticios inadecuados	1	1	2	2	1	7
Violencia intrafamiliar	2	2	2	1	2	9
Desempleo	3	3	1	2	1	10
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	2	2	2	2	3	11
Desintegración familiar	2	2	2	1	2	9
Delincuencia	3	3	2	1	2	11
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	1	3	1	3	2	10
Depresión	2	2	3	1	2	10
Trastornos de ansiedad	3	2	2	1	2	10
Trastornos de síntomas somáticos	2	2	2	1	3	10
Problemas de autoestima	2	2	3	2	1	10
Trastornos de alimentación	1	1	1	1	1	5
Trastornos de déficit atencional	1	2	3	1	3	10
Suicidio/intentos de suicidio	1	3	2	1	1	8
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	1	2	2	1	2	8
Trastornos de estrés	2	2	2	1	2	9

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 04 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	2	1	2	1	2	8
Ausencia o falta y recuperación de sitios recreativos	2	2	2	3	1	10
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	2	1	2	2	1	8
Barreras de acceso al agua potable	3	3	2	3	2	13
Hábitos alimenticios inadecuados	3	2	3	3	2	13
Violencia intrafamiliar	2	3	1	2	3	11
Desempleo	3	3	3	3	3	15
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	2	2	3	13
Desintegración familiar	3	3	2	3	2	13
Delincuencia	3	3	3	3	3	15
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	2	1	2	3	2	10
Depresión	3	3	3	3	3	15
Trastornos de ansiedad	3	3	3	3	3	15
Trastornos de síntomas somáticos	2	3	2	1	3	11
Problemas de autoestima	2	3	3	1	3	12
Trastornos de alimentación	3	3	3	3	3	15
Trastornos de déficit atencional	2	1	3	2	3	11
Suicidio/intentos de suicidio	1	2	2	2	3	10
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	2	2	3	1	1	9
Trastornos de estrés	2	2	3	1	2	10

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 05 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	2	3	3	2	3	13
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	2	2	3	2	1	10
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	3	2	2	1	2	10
Barreras de acceso al agua potable	3	2	2	2	1	10
Hábitos alimenticios inadecuados	2	2	3	3	2	12
Violencia intrafamiliar	3	2	2	3	2	12
Desempleo	2	2	1	2	3	10
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	2	2	3	3	13
Desintegración familiar	3	3	2	3	1	12
Delincuencia	3	3	2	2	2	12
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	2	2	2	1	3	10
Depresión	2	2	2	2	2	10
Trastornos de ansiedad	2	3	2	1	2	10
Trastornos de síntomas somáticos	2	2	2	2	2	10
Problemas de autoestima	2	2	2	1	3	10
Trastornos de alimentación	2	3	3	2	2	12
Trastornos de déficit atencional	1	2	3	2	2	10
Suicidio/intentos de suicidio	2	2	1	3	3	11
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	2	3	3	1	3	12
Trastornos de estrés	3	1	1	3	2	10

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 06 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	2	3	3	3	2	13
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	3	2	2	2	1	10
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	3	3	3	3	3	15
Barreras de acceso al agua potable	3	3	2	3	3	14
Hábitos alimenticios inadecuados	2	2	3	1	2	10
Violencia intrafamiliar	3	2	2	3	3	13
Desempleo	2	3	1	3	1	10
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	3	3	2	14
Desintegración familiar	3	2	3	2	2	12
Delincuencia	3	3	2	3	2	13
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	1	3	2	2	2	10
Depresión	2	3	1	1	1	8
Trastornos de ansiedad	3	3	3	3	3	15
Trastornos de síntomas somáticos	2	2	1	2	2	9
Problemas de autoestima	2	3	3	2	1	11
Trastornos de alimentación	1	2	2	1	1	7
Trastornos de déficit atencional	3	1	3	2	3	12
Suicidio/intentos de suicidio	1	2	2	1	1	7
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	2	3	2	3	3	13
Trastornos de estrés	3	2	3	3	1	12

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 07 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	2	1	2	1	2	8
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	3	3	2	3	3	14
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	3	2	3	1	2	11
Barreras de acceso al agua potable	2	2	1	3	2	10
Hábitos alimenticios inadecuados	3	2	2	2	3	12
Violencia intrafamiliar	2	3	1	2	2	10
Desempleo	3	2	2	3	2	12
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	2	2	1	11
Desintegración familiar	2	3	1	1	2	9
Delincuencia	2	2	1	3	1	9
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	2	1	2	3	1	9
Depresión	3	2	2	1	1	9
Trastornos de ansiedad	3	3	2	1	2	11
Trastornos de síntomas somáticos	2	2	3	1	2	10
Problemas de autoestima	1	2	3	2	2	10
Trastornos de alimentación	2	3	3	2	3	13
Trastornos de déficit atencional	2	3	1	2	1	9
Suicidio/intentos de suicidio	2	2	2	1	2	9
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	3	3	1	1	1	9
Trastornos de estrés	3	2	2	1	2	10

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 08 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	3	3	3	2	2	13
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	3	2	3	3	2	13
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	3	2	3	3	3	14
Barreras de acceso al agua potable	2	3	2	3	2	12
Hábitos alimenticios inadecuados	2	2	3	1	2	10
Violencia intrafamiliar	3	3	2	3	2	13
Desempleo	3	3	3	3	3	15
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	2	2	3	13
Desintegración familiar	3	3	3	2	1	12
Delincuencia	2	3	3	2	1	11
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	2	2	2	3	1	10
Depresión	2	3	3	2	3	13
Trastornos de ansiedad	1	1	2	2	1	7
Trastornos de síntomas somáticos	1	1	2	2	1	7
Problemas de autoestima	1	1	1	1	2	6
Trastornos de alimentación	1	1	2	1	2	7
Trastornos de déficit atencional	1	1	1	1	2	6
Suicidio/intentos de suicidio	1	2	2	1	3	9
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	2	3	2	3	2	12
Trastornos de estrés	1	2	2	3	2	10

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



PARTICIPANTE NO. 09 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	2	1	2	1	1	7
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	2	3	1	2	1	9
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	1	1	2	1	1	6
Barreras de acceso al agua potable	2	2	3	3	1	11
Hábitos alimenticios inadecuados	2	2	2	2	2	10
Violencia intrafamiliar	2	3	2	2	2	11
Desempleo	3	2	2	3	1	11
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	2	3	2	13
Desintegración familiar	1	1	1	2	2	7
Delincuencia	1	2	2	2	1	8
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	1	2	2	2	1	8
Depresión	2	3	2	2	2	11
Trastornos de ansiedad	2	2	2	2	3	11
Trastornos de síntomas somáticos	2	3	2	2	2	11
Problemas de autoestima	1	2	2	2	3	10
Trastornos de alimentación	1	2	2	1	3	9
Trastornos de déficit atencional	1	1	2	2	1	7
Suicidio/intentos de suicidio	2	3	2	2	2	11
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	3	3	2	2	2	12
Trastornos de estrés	3	1	2	3	2	11

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



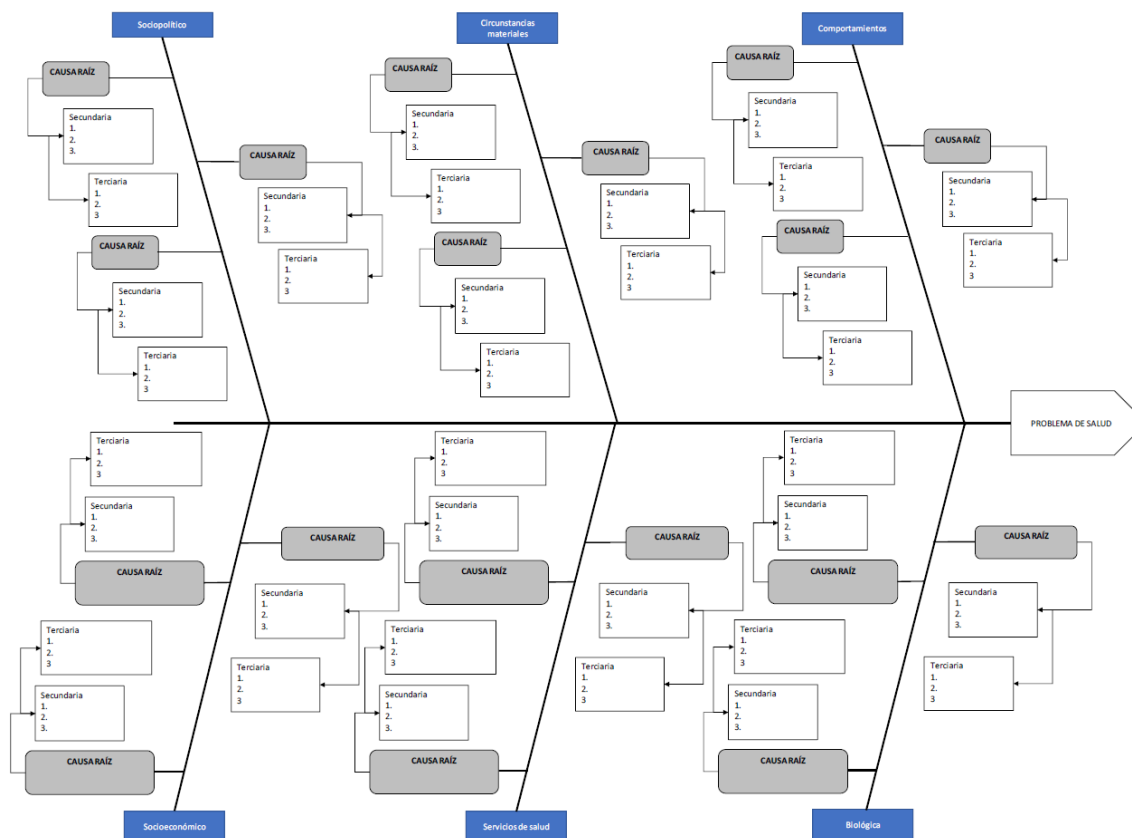
PARTICIPANTE NO. 10 Valoración individual de los participantes de los problemas de salud priorizados

PROBLEMAS DE SALUD	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Inadecuada disposición de aguas residuales	2	3	2	2	2	11
Ausencia o falta de recuperación de sitios recreativos	1	1	1	1	1	5
Prácticas inadecuadas en la gestión de residuos sólidos	3	2	2	1	1	9
Barreras de acceso al agua potable	3	3	3	2	2	13
Hábitos alimenticios inadecuados	1	2	1	1	1	6
Violencia intrafamiliar	2	2	2	3	2	11
Desempleo	2	3	2	3	3	13
Barreras de acceso a los servicios de salud de atención directa	3	3	3	3	3	15
Desintegración familiar	1	3	2	1	2	9
Delincuencia	3	3	3	3	3	15
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	MAGNITUD	GRAVEDAD	NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCION	VALORACION DEL INTERES DE LA COMUNIDAD	DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Puntaje Total
Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial	1	2	2	1	2	8
Depresión	3	2	2	1	1	9
Trastornos de ansiedad	2	2	1	1	2	8
Trastornos de síntomas somáticos	2	3	3	2	3	13
Problemas de autoestima	2	2	3	2	3	12
Trastornos de alimentación	1	3	3	1	1	9
Trastornos de déficit atencional	2	1	2	3	2	10
Suicidio/intentos de suicidio	1	1	1	1	1	5
Trastornos relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas	3	3	3	3	3	15
Trastornos de estrés	3	2	2	1	2	10

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Anexo 2 Diagramas Causa - Efecto por problema de salud y salud mental

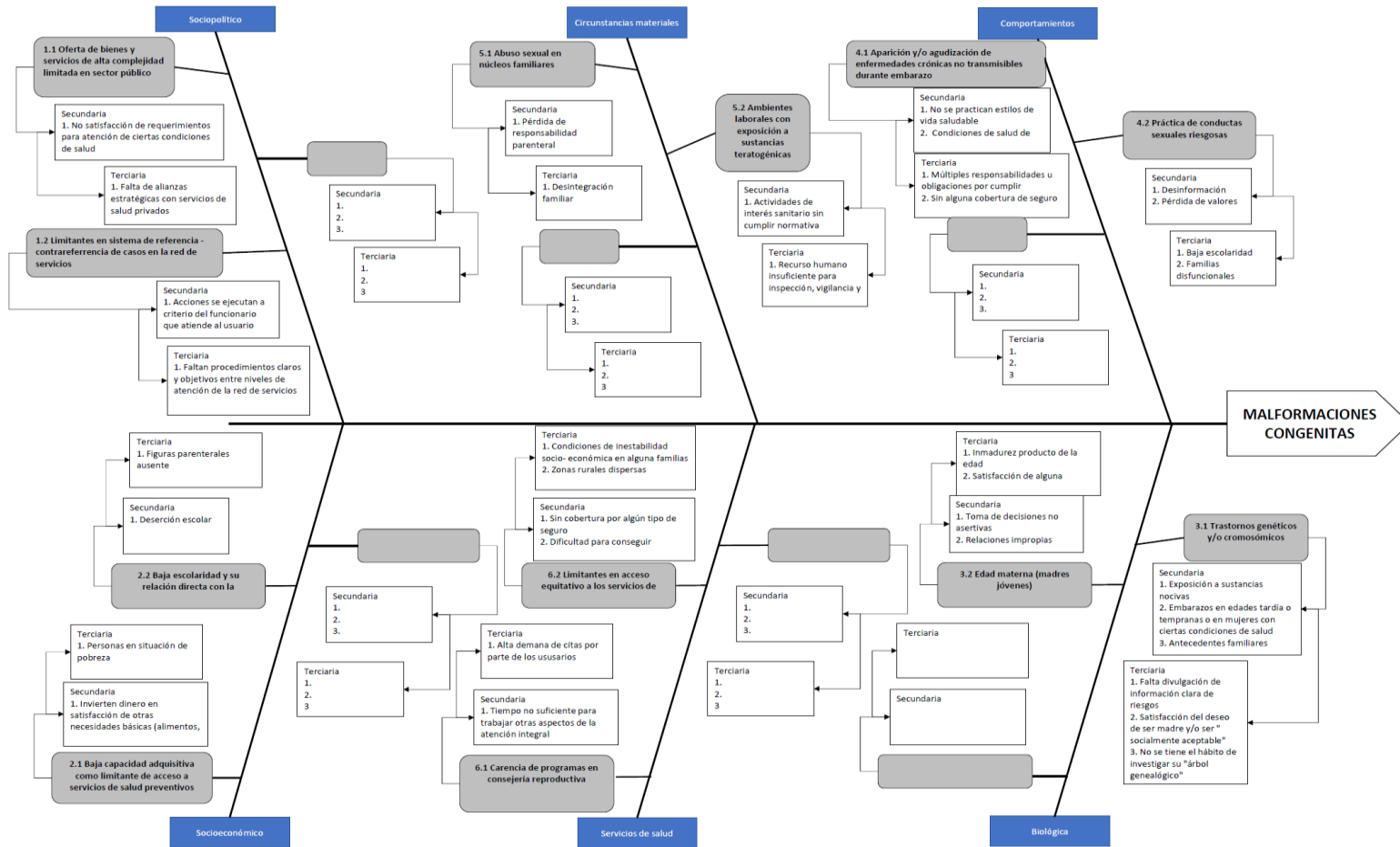


Fuente: Ministerio de Salud, 2019.

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



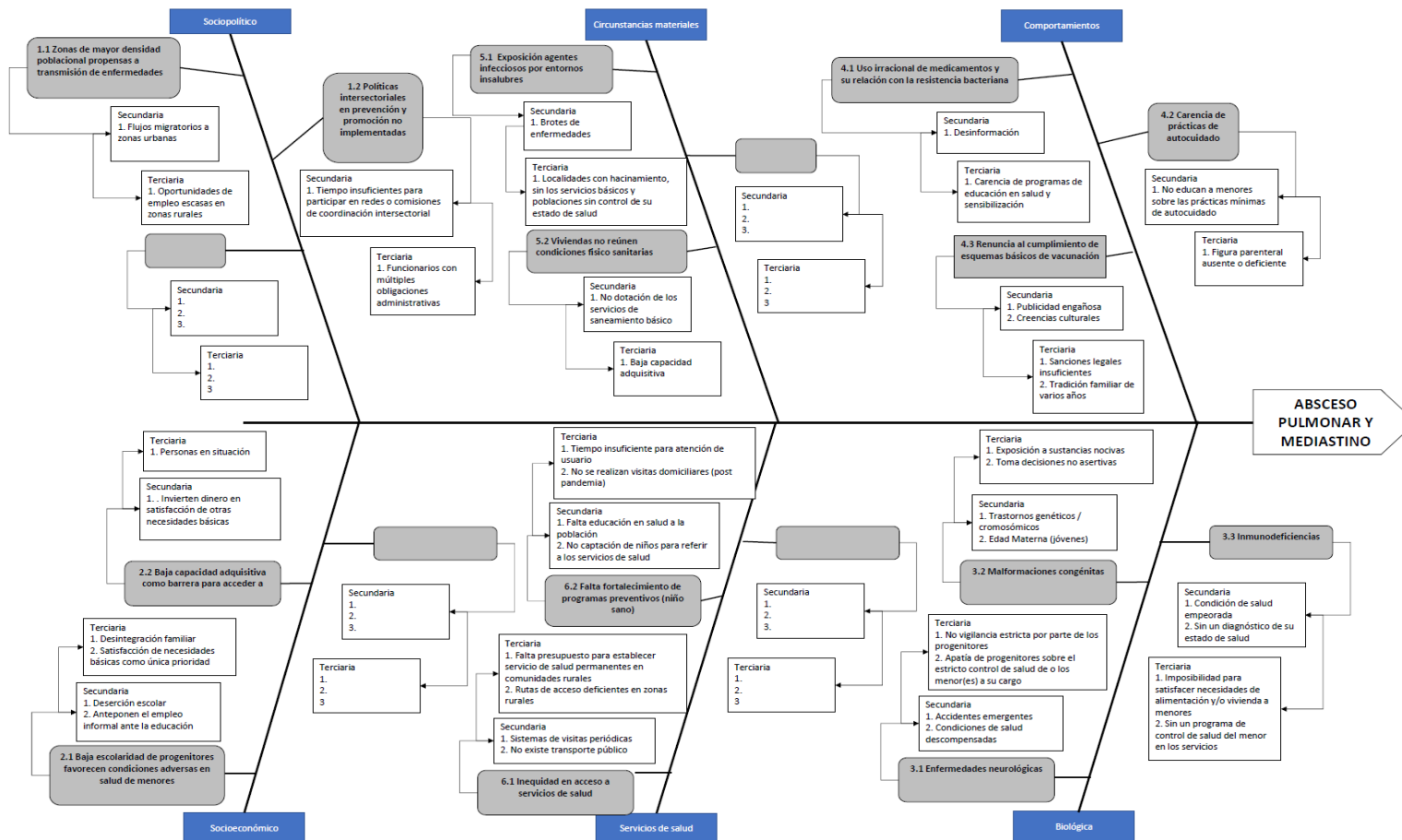
Diagrama de causa y efecto de malformaciones congénitas



Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Diagrama de causa y efecto de absceso de pulmón y mediastino



Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Diagrama de causa y efecto de accidentes de tránsito

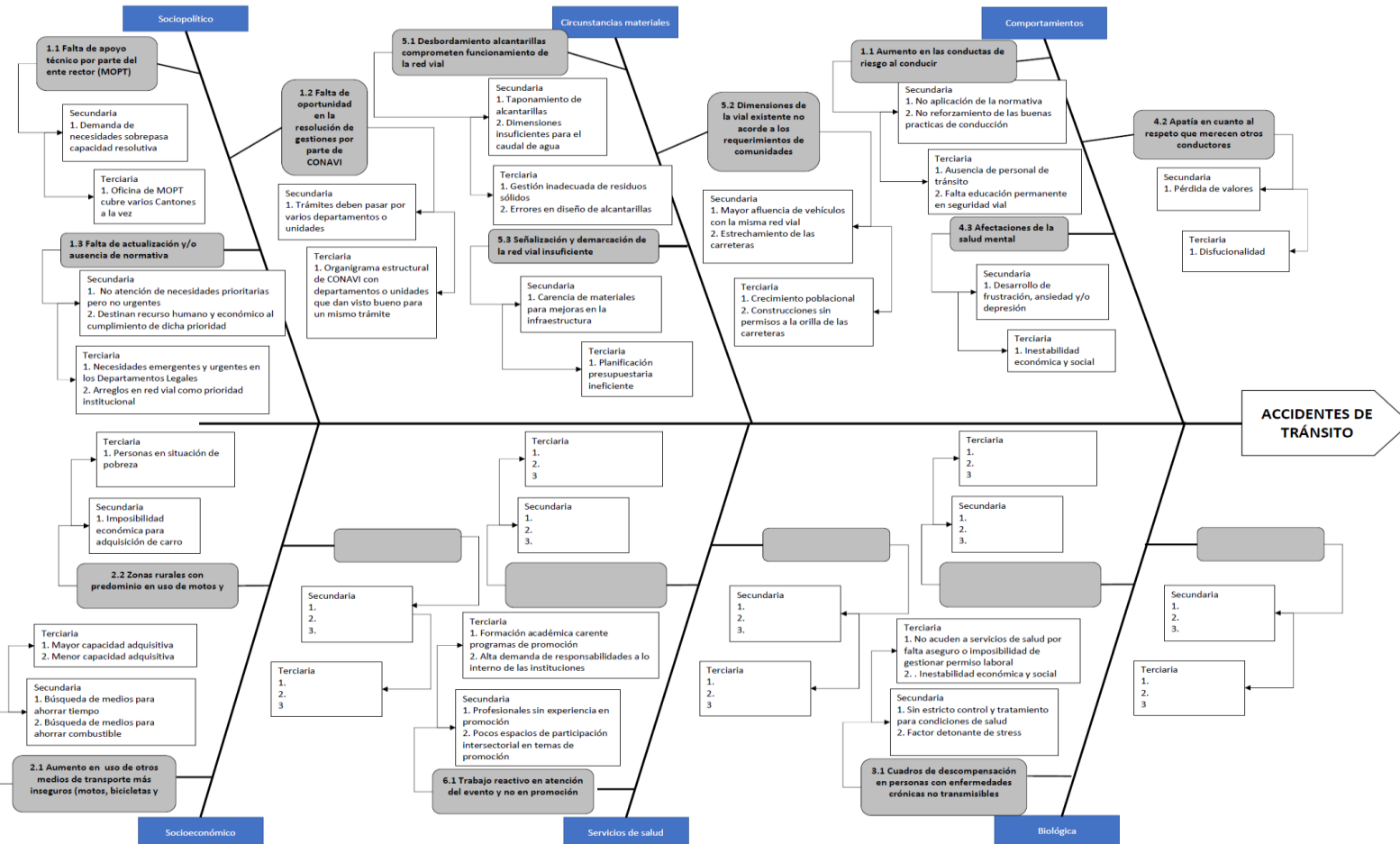


Diagrama de causa y efecto de tumores malignos

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr

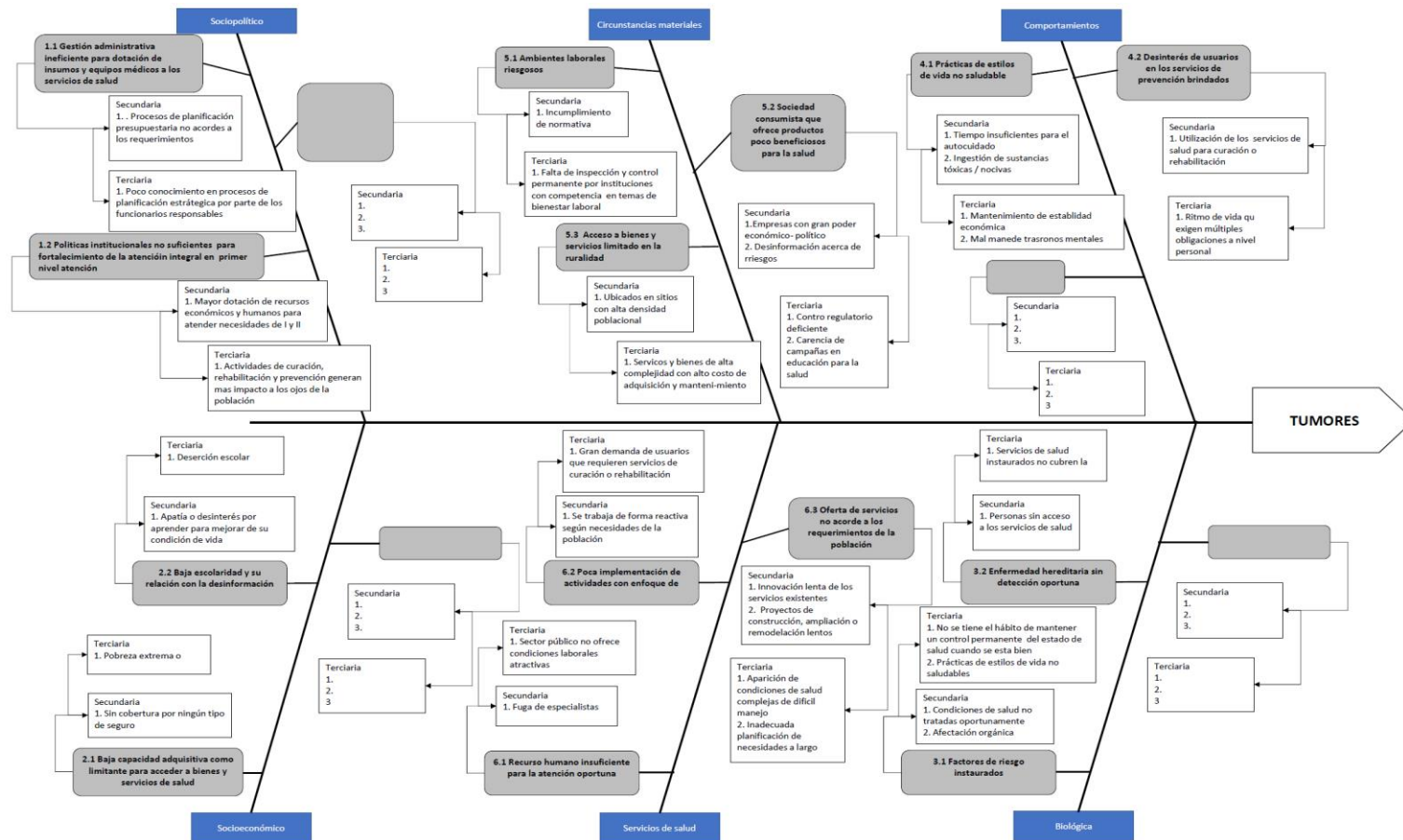
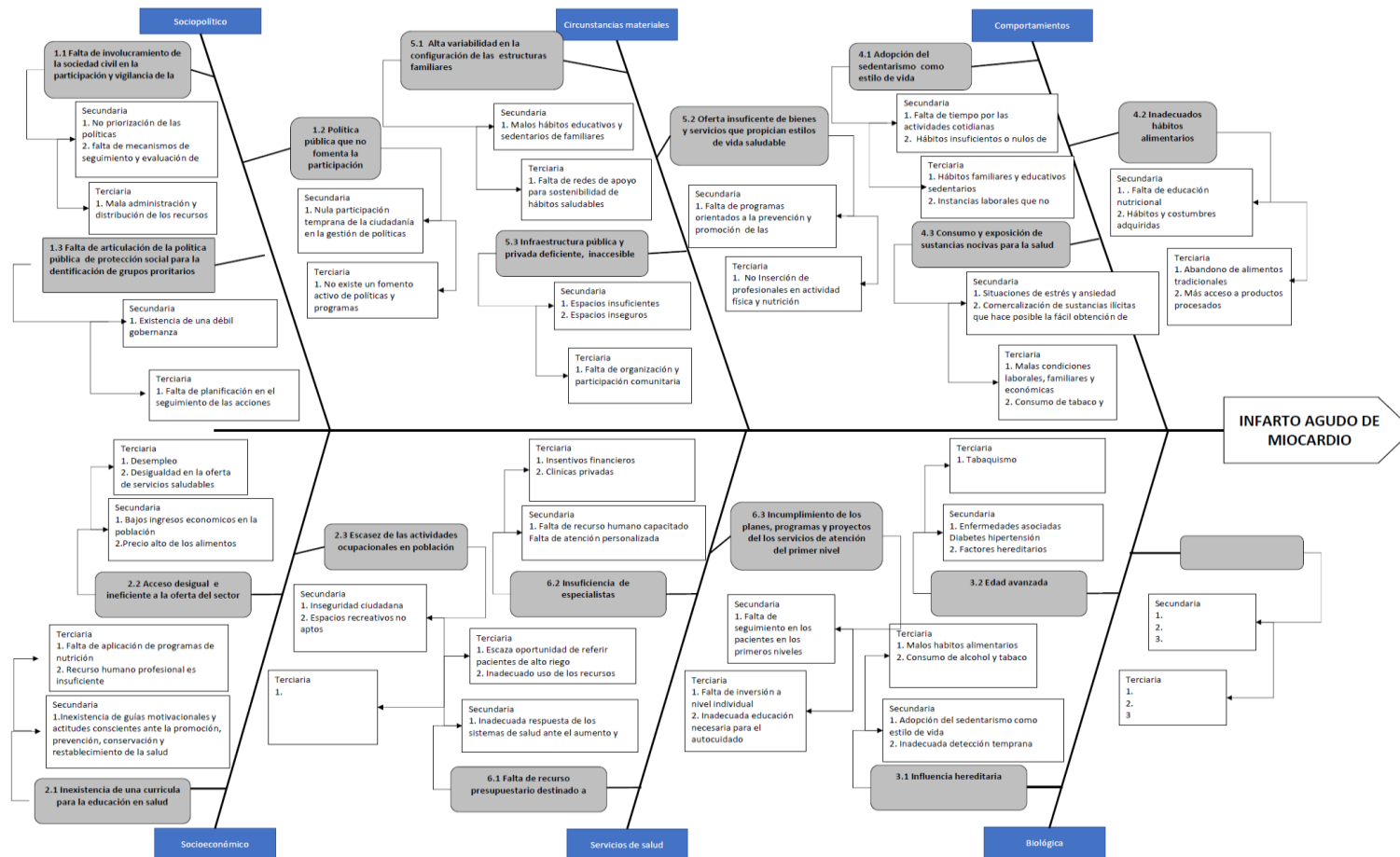


Diagrama de causa y efecto de Infarto Agudo de Miocardio

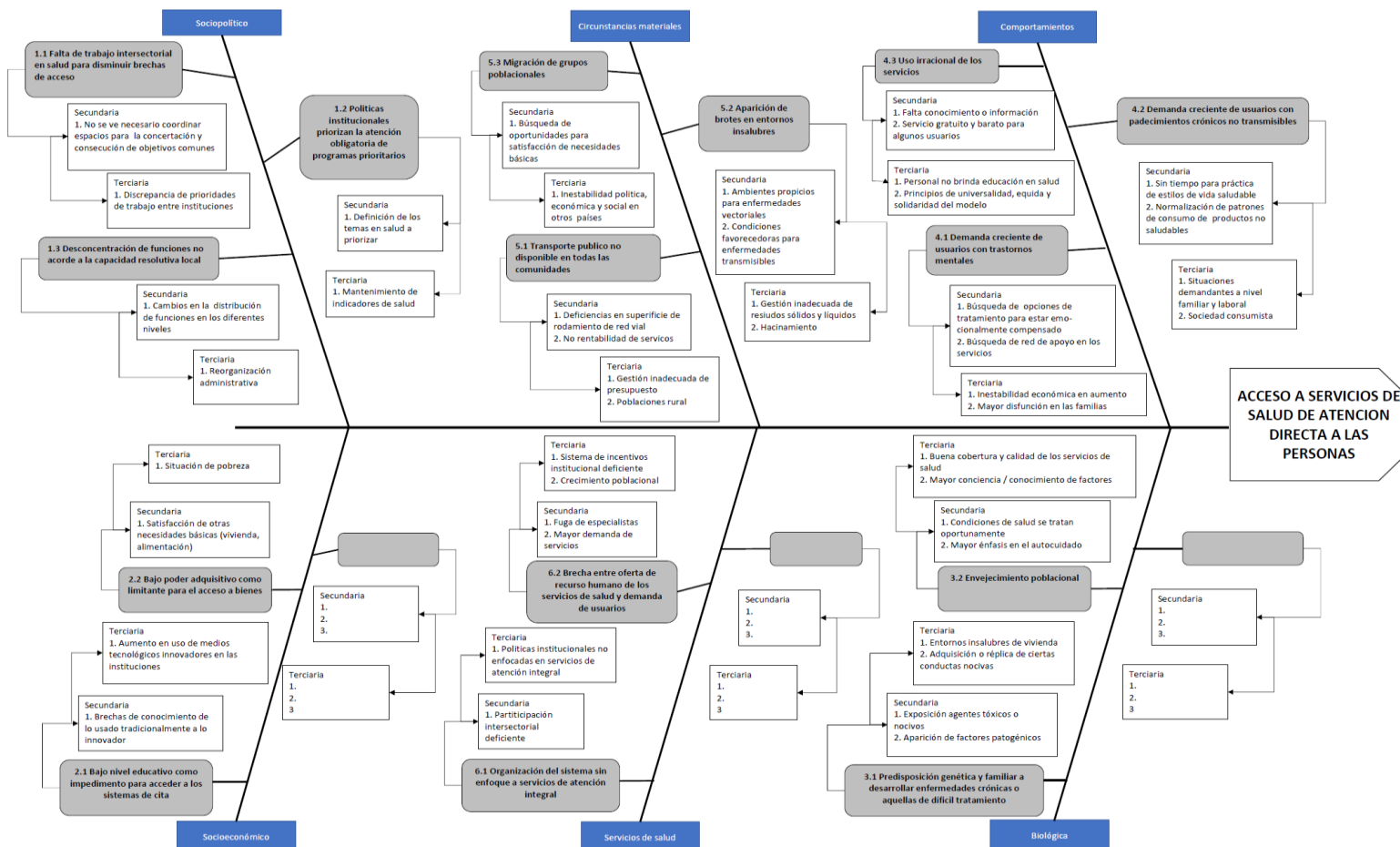
Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Diagrama de causa y efecto de barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas



Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Diagrama de causa y efecto de barreras en el acceso al agua potable

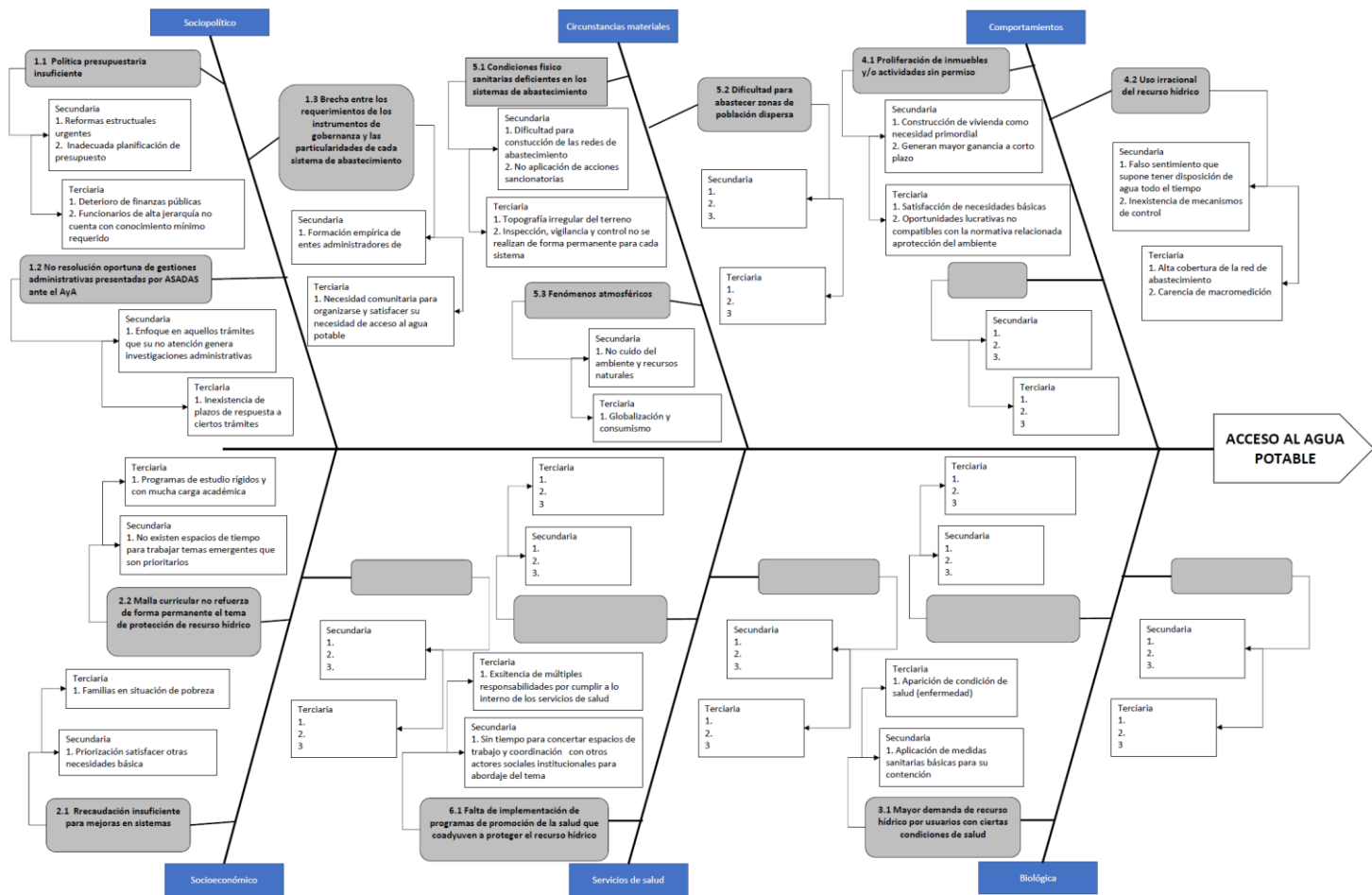


Diagrama de causa y efecto de delincuencia

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr

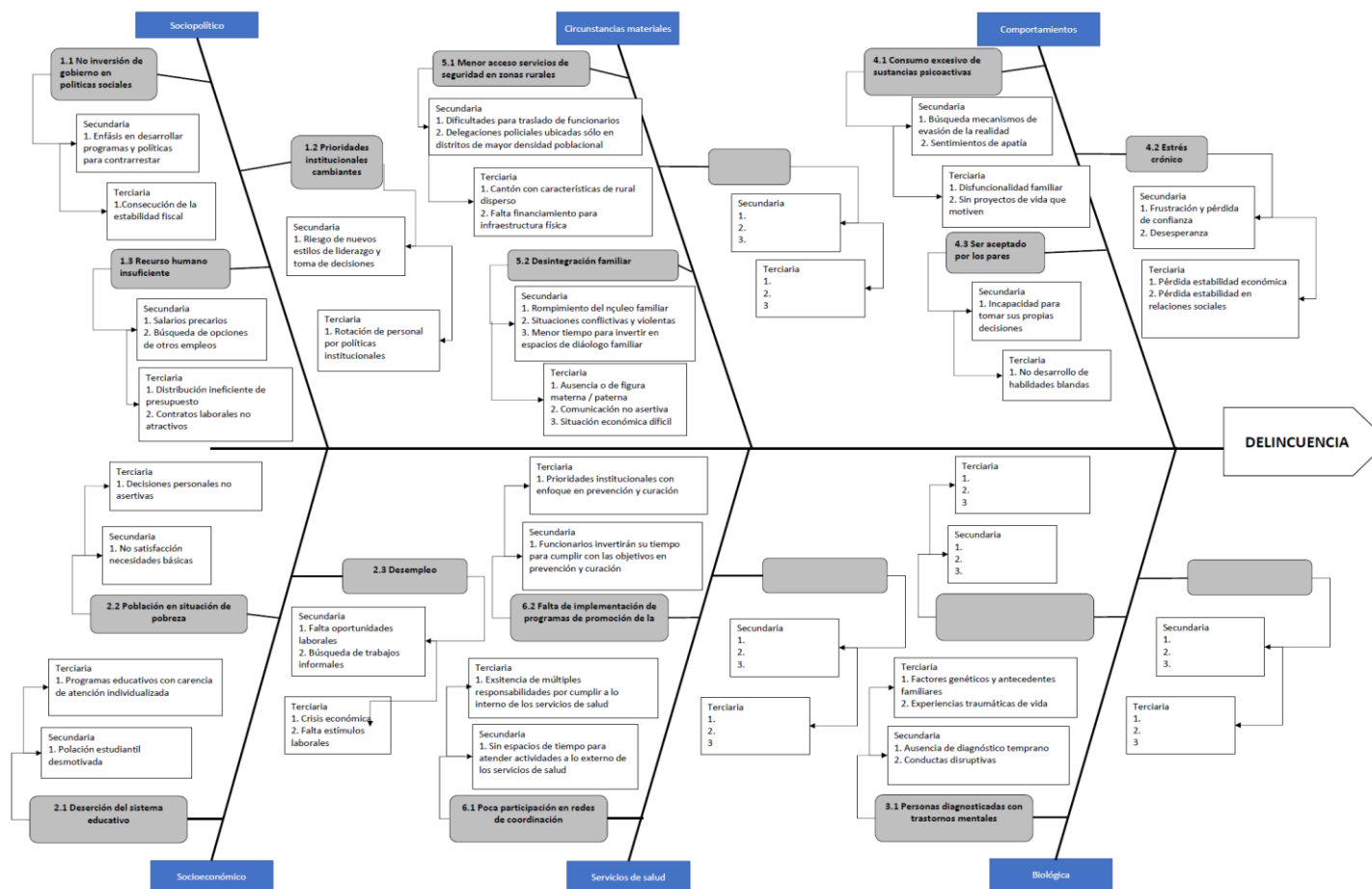
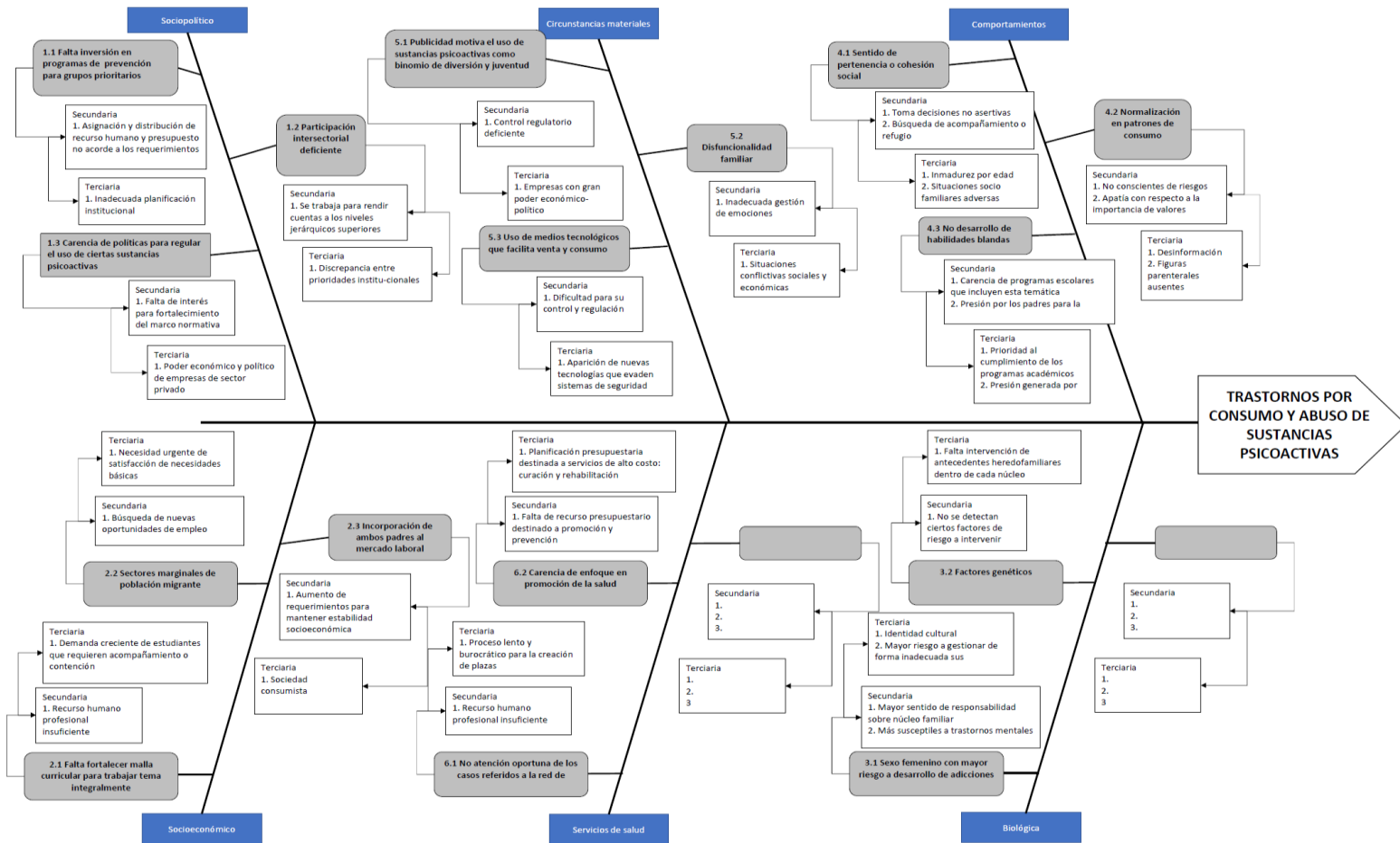


Diagrama de causa y efecto de trastorno por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Diagrama de causa y efecto de trastornos de ansiedad

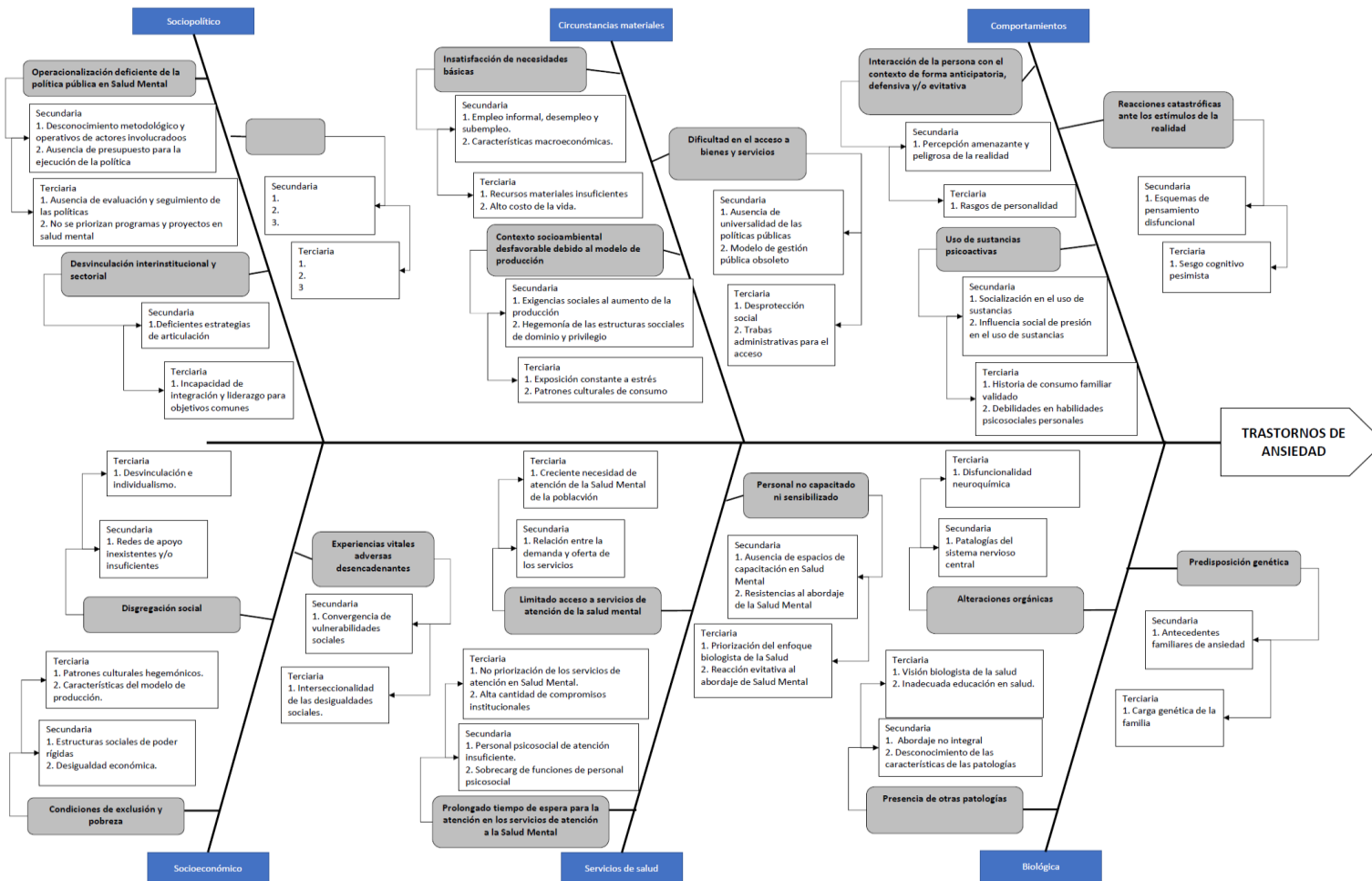
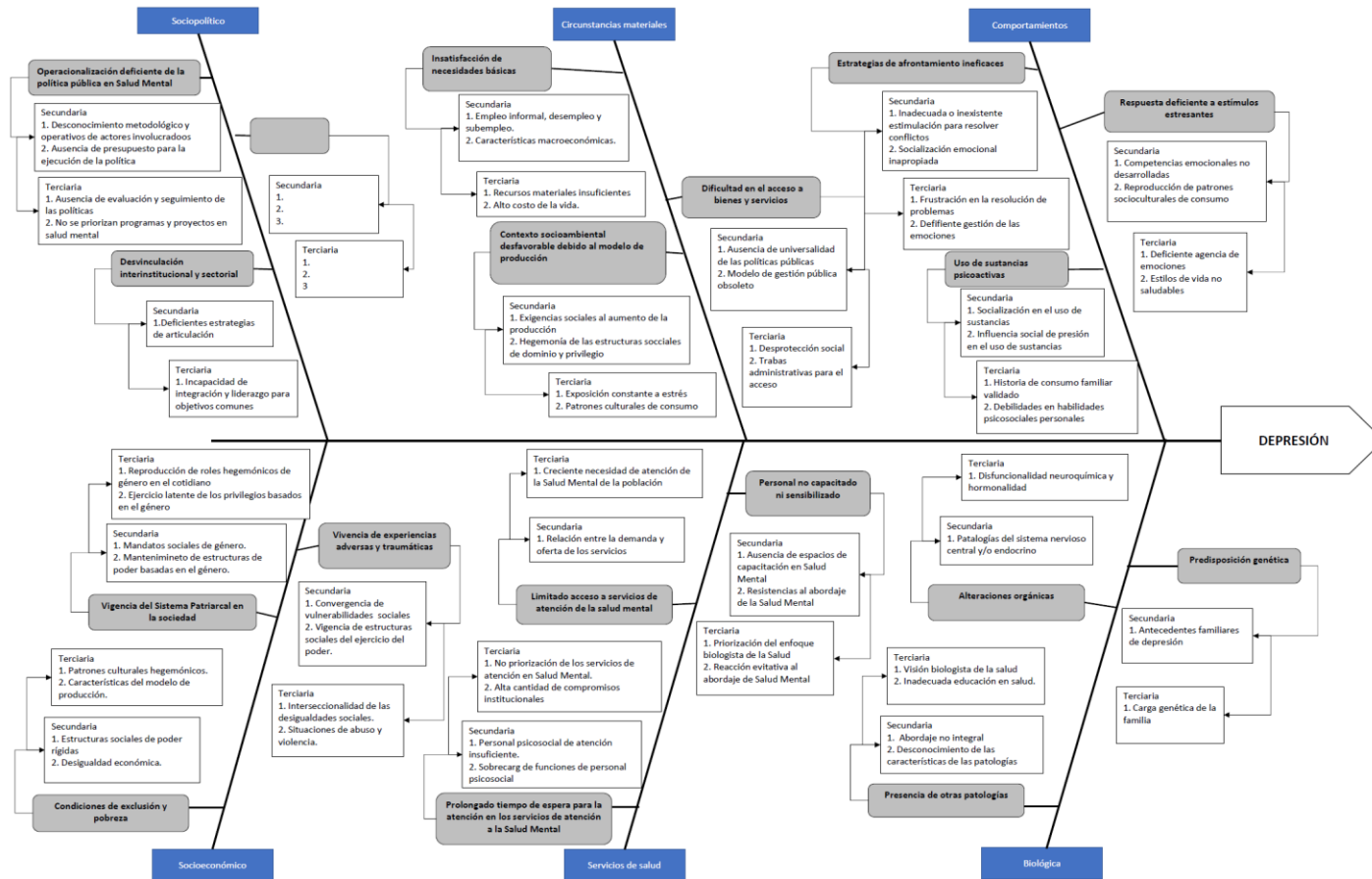


Diagrama de causa y efecto de depresión

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Anexo 3 Pareto de problemas de salud y salud mental

Malformaciones Congénitas

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Socioeconómicos	2.1	Baja capacidad adquisitivo como limitante de acceso a servicios de salud preventivos	10	5	7	350	14,77%	14,77%	350	80%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Ambientes laborales con exposición a sustancias teratogénicas	10	5	7	350	14,77%	29,55%	700	80%
Factores Socioeconómicos	2.2	Baja escolaridad y su relación directa con la desinformación	10	5	7	350	14,77%	44,32%	1050	80%
Comportamiento	4.2	Práctica de conductas sexuales riesgosas	10	3	10	300	12,66%	56,99%	1350	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Abuso sexual en núcleos familiares	7	5	7	245	10,34%	67,33%	1595	80%
Factores Biológicos	3.2	Edad materna (madres jóvenes)	10	3	7	210	8,86%	76,19%	1805	80%
Comportamiento	4.1	Aparición y/o agudización de enfermedades crónicas no transmisibles durante embarazo	10	3	7	210	8,86%	85,06%	2015	20%
Servicios de Salud	6.2	Limitantes en acceso equitativo a los servicios de salud	10	5	3	150	6,33%	91,39%	2165	20%
Factores Biológicos	3.1	Trastornos genéticos y cromosómicos	10	3	3	90	3,80%	95,19%	2255	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	Limitantes en sistema de referencia - contrarreferencia de casos en la red de servicios	7	3	3	63	2,66%	97,85%	2318	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Oferta limitada de bienes y servicios de alta complejidad en sector público	10	1	3	30	1,27%	99,11%	2348	20%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Servicios de Salud	6.1	Carencia de programas en consejería reproductiva	7	1	3	21	0,89%	100,00%	2369	20%
						2369	100,00%		3453	
									4	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Absceso del pulmón y mediastino

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Socioeconómicos	2.2	Baja capacidad adquisitiva como barrera para acceder a bienes y servicios en salud	10	5	7	350	14,30%	14,30%	350	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Exposición a agentes infecciosos por entornos insalubres	10	5	7	350	14,30%	28,61%	700	80%
Servicios de Salud	6.1	Inequidad en acceso a servicios de salud	10	5	7	350	14,30%	42,91%	1050	80%
Factores Socioeconómicos	2.1	Baja escolaridad de progenitores favorece condiciones adversas en salud de menores	10	3	7	210	8,58%	51,49%	1260	80%
Comportamiento	4.3	Renuncia al cumplimiento de esquemas básicos de vacunación	10	3	7	210	8,58%	60,07%	1470	80%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Viviendas no reúnen condiciones físico sanitarias adecuadas	7	3	7	147	6,01%	66,08%	1617	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Políticas intersectoriales en prevención y promoción no implementadas	7	3	7	147	6,01%	72,09%	1764	80%
Comportamiento	4.2	Carencia de prácticas de autocuidado	7	3	7	147	6,01%	78,10%	1911	80%
Servicios de Salud	6.2	Falta fortalecimiento programas preventivos (control niño sano)	7	3	7	147	6,01%	84,10%	2058	20%
Factores Biológicos	3.2	Malformaciones congénitas (pulmonares)	10	3	3	90	3,68%	87,78%	2148	20%
Factores Biológicos	3.1	Enfermedades neurológicas	10	3	3	90	3,68%	91,46%	2238	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Zonas de mayor densidad poblacional propensas a transmisión de enfermedades	10	3	3	90	3,68%	95,14%	2328	20%
Factores Biológicos	3.3	Inmunodeficiencias	10	1	7	70	2,86%	98,00%	2398	20%
Comportamiento	4.1	Uso irracional de medicamentos y su relación con la resistencia bacteriana	7	1	7	49	2,00%	100,00%	2447	20%

2447 100,00% 3352
7

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Accidentes de tránsito

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)* (C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.3	Señalización y demarcación de la red vial insuficiente	10	5	7	350	20,49%	20,49%	350	80%
Factores Socioeconómicos	2.1	Aumento en uso de otros medios de transporte más inseguros (motos, bicicletas y bicimotos)	10	5	7	350	20,49%	40,98%	700	80%
Comportamiento	4.1	Aumento en las conductas de riesgo al conducir	10	3	7	210	12,30%	53,28%	910	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Desbordamiento alcantarillas comprometen funcionamiento de la red vial	10	3	7	210	12,30%	65,57%	1120	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Falta de oportunidad en la resolución de gestiones por parte de CONAVI	10	5	3	150	8,78%	74,36%	1270	80%
Factores Biológicos	3.1	Cuadros de descompensación en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	7	3	7	147	8,61%	82,96%	1417	20%
Comportamiento	4.3	Afectaciones de la salud mental	7	5	3	105	6,15%	89,11%	1522	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta de apoyo técnico por parte del ente rector (MOPT)	7	3	3	63	3,69%	92,80%	1585	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Dimensiones de la red vial existente no acorde a los requerimientos de comunidades	10	1	3	30	1,76%	94,56%	1615	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	Zonas rurales con predominio en uso de motos y bicicletas	10	1	3	30	1,76%	96,31%	1645	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	Falta de actualización y/o ausencia de normativa	7	1	3	21	1,23%	97,54%	1666	20%
Comportamiento	4.2	Apatía en cuanto al respeto que merecen otros conductores	7	1	3	21	1,23%	98,77%	1687	20%
Servicios de Salud	6.1	Trabajo reactivo en atención del evento y no en promoción	3	1	7	21	1,23%	100,00%	1708	20%

1708 100,00% 2573
5

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Tumores

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B) *(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Biológicos	3.2	Enfermedad hereditaria sin detección oportuna	10	5	7	350	14,07%	14,07%	350	80%
Comportamiento	4.1	Práctica de estilos de vida no saludables	10	5	7	350	14,07%	28,15%	700	80%
Factores Socioeconómicos	2.2	Baja escolaridad y su relación con la desinformación	10	5	7	350	14,07%	42,22%	1050	80%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Acceso a bienes y servicios limitado en la ruralidad	7	5	7	245	9,85%	52,07%	1295	80%
Servicios de Salud	6.3	Oferta de servicios no acorde a los requerimientos poblacionales	10	3	7	210	8,44%	60,51%	1505	80%
Factores Biológicos	3.1	Factores de riesgo instaurados	10	3	7	210	8,44%	68,96%	1715	80%
Servicios de Salud	6.1	Recurso humano insuficiente para la atención oportuna	10	5	3	150	6,03%	74,99%	1865	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Políticas institucionales no suficientes para fortalecimiento de la atención integral en primer nivel atención	7	3	7	147	5,91%	80,90%	2012	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Sociedad consumista que ofrece productos poco beneficiosos para la salud	7	5	3	105	4,22%	85,12%	2117	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Ambientes laborales riesgosos	7	5	3	105	4,22%	89,34%	2222	20%
Factores Socioeconómicos	2.1	Baja capacidad adquisitiva como limitante para acceder a bienes y servicios de salud	7	5	3	105	4,22%	93,57%	2327	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Gestión administrativa ineficiente para dotación de insumos y equipos médicos a los servicios de salud	10	3	3	90	3,62%	97,19%	2417	20%
Servicios de Salud	6.2	Poca implementación de actividades con enfoque de promoción	7	1	7	49	1,97%	99,16%	2466	20%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B) *(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Comportamiento	4.2	Desinterés por usuarios en los servicios de prevención brindados	7	1	3	21	0,84%	100,00%	2487	20%
							2487	100,00%	34476	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Infarto Agudo de Miocardio

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.2	Oferta insuficiente de bienes y servicios que propician estilos de vida saludable	10	5	7	350	16,02%	16,02%	350	80%
Factores Socioeconómicos	2.1	Inexistencia de una currícula para la educación en salud integral	10	3	7	210	9,61%	25,63%	560	80%
Factores Socioeconómicos	2.3	Escasez de las actividades ocupacionales en población vulnerable	10	3	7	210	9,61%	35,24%	770	80%
Comportamiento	4.1	Adopción del sedentarismo como estilo de vida	10	3	7	210	9,61%	44,85%	980	80%
Comportamiento	4.2	Inadecuados hábitos alimentarios	10	3	7	210	9,61%	54,46%	1190	80%
Comportamiento	4.3	Consumo y exposición de sustancias nocivas para la salud	10	3	7	210	9,61%	64,07%	1400	80%
Servicios de Salud	6.2	Insuficiencia de especialistas	10	5	3	150	6,86%	70,94%	1550	80%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Infraestructura pública y privada deficiente, inaccesible e insegura	7	3	7	147	6,73%	77,67%	1697	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Política pública que no fomenta la participación intersectorial	10	3	3	90	4,12%	81,78%	1787	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	Acceso desigual e ineficiente a la oferta del sector de salud	10	3	3	90	4,12%	85,90%	1877	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Alta variabilidad en la configuración de las estructuras familiares	10	3	3	90	4,12%	90,02%	1967	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta de involucramiento de la sociedad civil en la participación y vigilancia de la política pública	7	1	7	49	2,24%	92,27%	2016	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	Falta de articulación de la política pública de protección social para la identificación de grupos prioritarios	7	1	7	49	2,24%	94,51%	2065	20%
Factores Biológicos	3.1	Influencia hereditaria	10	1	3	30	1,37%	95,88%	2095	20%

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Biológicos	3.2	Edad avanzada	10	1	3	30	1,37%	97,25%	2125	20%
Servicios de Salud	6.1	Falta de recurso presupuestario destinado a promoción y prevención	10	1	3	30	1,37%	98,63%	2155	20%
Servicios de Salud	6.3	Incumplimiento de los planes, programas y proyectos de los servicios de atención del primer nivel	10	1	3	30	1,37%	100,00%	2185	20%
							2185	100,00%	2895	4

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Barreras en el acceso a servicios de salud de atención directa a las personas

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Servicios de Salud	6.2	Brecha entre oferta de recurso humano de los servicios de salud y demanda de usuarios	10	5	7	350	19,43%	19,43%	350	80%
Comportamiento	4.2	Demanda creciente de usuarios con padecimientos crónicos no transmisibles	10	5	7	350	19,43%	38,87%	700	80%
Comportamiento	4.3	Uso irracional de los servicios (ausentismo, servicios de emergencia)	10	3	7	210	11,66%	50,53%	910	80%
Factores Socioeconómicos	2.2	Bajo poder adquisitivo como limitante de acceso a bienes y servicios en salud	10	5	3	150	8,33%	58,86%	1060	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Políticas institucionales priorizan la atención obligatoria de programas prioritarios	10	5	3	150	8,33%	67,18%	1210	80%
Servicios de Salud	6.1	Organización del sistema sin enfoque a servicios de atención integral	7	5	3	105	5,83%	73,01%	1315	80%
Factores Socioeconómicos	2.1	Bajo nivel educativo como impedimento para acceder a los sistemas de cita	3	5	7	105	5,83%	78,85%	1420	80%
Comportamiento	4.1	Demanda creciente de usuarios con trastornos mentales	10	3	3	90	5,00%	83,84%	1510	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Aparición de brotes en entornos insalubres	10	1	7	70	3,89%	87,73%	1580	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Migración de grupos poblacionales	10	1	7	70	3,89%	91,62%	1650	20%
Factores Biológicos	3.1	Predisposición genética y familiar a desarrollar enfermedades crónicas o de difícil tratamiento	7	1	7	49	2,72%	94,34%	1699	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Transporte público no disponible en todas las comunidades	7	5	1	35	1,94%	96,28%	1734	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta de trabajo intersectorial para disminuir brechas de acceso	10	1	3	30	1,67%	97,95%	1764	20%

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C) =D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Biológicos	3.2	Envejecimiento poblacional	10	1	3	30	1,67%	99,61%	1794	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	Desconcentración de funciones no acorde a la capacidad resolutive local	7	1	1	7	0,39%	100,00%	1801	20%
						1801	100,00%		25900	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Barreras en el acceso al agua potable

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.1	Condiciones fisicosanitarias deficientes en los sistemas de abastecimiento de agua potable	10	5	10	500	24,74%	24,74%	500	80%
Comportamiento	4.1	Proliferación de inmuebles y/o actividades sin permiso	10	3	10	300	14,84%	39,58%	800	80%
Factores Socioeconómicos	2.1	Recaudación insuficiente para mejoras de sistemas	7	5	7	245	12,12%	51,71%	1045	80%
Factores Sociopolíticos	1.3	Brecha entre los requerimientos de los instrumentos de gobernanza y las particularidades de cada sistema de abastecimiento	10	3	7	210	10,39%	62,10%	1255	80%
Comportamiento	4.2	Uso irracional recurso hídrico	10	3	7	210	10,39%	72,49%	1465	80%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Fenómenos atmosféricos	10	3	7	210	10,39%	82,88%	1675	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	Malla curricular no refuerza de forma permanente el tema de protección de recurso hídrico	7	3	7	147	7,27%	90,15%	1822	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Dificultad para abastecer zonas de población dispersa	10	3	3	90	4,45%	94,61%	1912	20%
Servicios de Salud	6.1	Falta implementación de programas en promoción de salud que coadyuven a proteger el recurso hídrico	7	1	7	49	2,42%	97,03%	1961	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Políticas presupuestarias insuficiente	10	1	3	30	1,48%	98,52%	1991	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	No resolución oportuna de gestiones administrativas presentadas por ASADAS ante el AyA	7	1	3	21	1,04%	99,55%	2012	20%
Factores Biológicos	3.1	Mayor demanda de recurso hídrico por usuarios con ciertas condiciones de salud	3	1	3	9	0,45%	100,00%	2021	20%
									3058	
							2021	100,00%		5

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Delincuencia

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Socioeconómicos	2.2	Población en situación de pobreza	10	5	7	350	15,28%	15,28%	350	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	No inversión de gobierno en políticas sociales	10	5	7	350	15,28%	30,55%	700	80%
Factores Socioeconómicos	2.3	Desempleo	10	5	7	350	15,28%	45,83%	1050	80%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Desintegración familiar	7	5	7	245	10,69%	56,53%	1295	80%
Factores Sociopolíticos	1.3	Recurso humano insuficiente	10	5	3	150	6,55%	63,07%	1445	80%
Servicios de Salud	6.1	Poca participación en redes de coordinación interinstitucional	10	5	3	150	6,55%	69,62%	1595	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Menor acceso a servicios de seguridad en las zonas rurales	7	3	7	147	6,42%	76,04%	1742	80%
Servicios de Salud	6.2	Falta de implementación de programas en promoción de salud	10	3	3	90	3,93%	79,97%	1832	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Prioridades institucionales cambiantes	10	3	3	90	3,93%	83,89%	1922	20%
Comportamiento	4.1	Consumo excesivo de sustancias psicoactivas	10	3	3	90	3,93%	87,82%	2012	20%
Comportamiento	4.2	Estrés crónico	10	3	3	90	3,93%	91,75%	2102	20%
Factores Socioeconómicos	2.1	Deserción del sistema educativo	7	3	3	63	2,75%	94,50%	2165	20%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Biológicos	3.1	Personas diagnosticadas con trastornos mentales	7	3	3	63	2,75%	97,25%	2228	20%
Comportamiento	4.3	Ser aceptado por los pares	7	3	3	63	2,75%	100,00%	2291	20%
						2291	100,00%		31893	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Trastornos por consumo y abuso de sustancias psicoactivas

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.2	Disfuncionalidad familiar	10	5	7	350	21,11%	21,11%	350	80%
Comportamiento	4.1	Sentido de pertenencia o cohesión social	10	3	7	210	12,67%	33,78%	560	80%
Comportamiento	4.2	Normalización en patrones de consumo	10	3	7	210	12,67%	46,44%	770	80%
Factores Socioeconómicos	2.3	Incorporación de ambos padres a mercado laboral	10	3	7	210	12,67%	59,11%	980	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta inversión en programas en prevención para grupos prioritarios	10	5	3	150	9,05%	68,15%	1130	80%
Comportamiento	4.3	No desarrollo de habilidades blandas	7	3	7	147	8,87%	77,02%	1277	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Participación intersectorial deficiente	10	1	7	70	4,22%	81,24%	1347	20%
Servicios de Salud	6.1	No atención oportuna de los casos referidos a la red de servicios	10	1	7	70	4,22%	85,46%	1417	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	Sectores marginales de población migrante	7	1	7	49	2,96%	88,42%	1466	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	Carencia de políticas para regular el uso de ciertas sustancias psicoactivas	10	1	3	30	1,81%	90,23%	1496	20%
Factores Biológicos	3.1	Sexo femenino con mayor riesgo a desarrollo adicciones	10	1	3	30	1,81%	92,04%	1526	20%
Factores Biológicos	3.2	Factores genéticos	10	1	3	30	1,81%	93,85%	1556	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Publicidad motiva el uso de sustancias psicoactivas como binomio de diversión y juventud	10	1	3	30	1,81%	95,66%	1586	20%
Servicios de Salud	6.2	Carencia de enfoque en promoción de la salud	10	1	3	30	1,81%	97,47%	1616	20%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20		
Factores Socioeconómicos	2.1	Falta fortalecer malla curricular para trabajar tema integralmente	7	1	3	21	1,27%	98,73%	1637	20%		
Circunstancias materiales de vida	5.3	Uso de medios tecnológicos que facilita venta y consumo	7	1	3	21	1,27%	100,00%	1658	20%		
									1658	100,00%	2368	8

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Trastornos de ansiedad

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C) =D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.2	Disfuncionalidad familiar	10	5	7	350	21,11%	21,11%	350	80%
Comportamiento	4.1	Sentido de pertenencia o cohesión social	10	3	7	210	12,67%	33,78%	560	80%
Comportamiento	4.2	Normalización en patrones de consumo	10	3	7	210	12,67%	46,44%	770	80%
Factores Socioeconómicos	2.3	Incorporación de ambos padres a mercado laboral	10	3	7	210	12,67%	59,11%	980	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta inversión en programas en prevención para grupos prioritarios	10	5	3	150	9,05%	68,15%	1130	80%
Comportamiento	4.3	No desarrollo de habilidades blandas	7	3	7	147	8,87%	77,02%	1277	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Participación intersectorial deficiente	10	1	7	70	4,22%	81,24%	1347	20%
Servicios de Salud	6.1	No atención oportuna de los casos referidos a la red de servicios	10	1	7	70	4,22%	85,46%	1417	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	Sectores marginales de población migrante	7	1	7	49	2,96%	88,42%	1466	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	Carencia de políticas para regular el uso de ciertas sustancias psicoactivas	10	1	3	30	1,81%	90,23%	1496	20%
Factores Biológicos	3.1	Sexo femenino con mayor riesgo a desarrollo adicciones	10	1	3	30	1,81%	92,04%	1526	20%
Factores Biológicos	3.2	Factores genéticos	10	1	3	30	1,81%	93,85%	1556	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Publicidad motiva el uso de sustancias psicoactivas como binomio de diversión y juventud	10	1	3	30	1,81%	95,66%	1586	20%
Servicios de Salud	6.2	Carencia de enfoque en promoción de la salud	10	1	3	30	1,81%	97,47%	1616	20%
Factores Socioeconómicos	2.1	Falta fortalecer malla curricular para trabajar tema integralmente	7	1	3	21	1,27%	98,73%	1637	20%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C) =D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.3	Uso de medios tecnológicos que facilita venta y consumo	7	1	3	21	1,27%	100,00%	1658	20%
						1658	100,00%		2368	8

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Depresión

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C) =D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.2	Disfuncionalidad familiar	10	5	7	350	21,11%	21,11%	350	80%
Comportamiento	4.1	Sentido de pertenencia o cohesión social	10	3	7	210	12,67%	33,78%	560	80%
Comportamiento	4.2	Normalización en patrones de consumo	10	3	7	210	12,67%	46,44%	770	80%
Factores Socioeconómicos	2.3	Incorporación de ambos padres a mercado laboral	10	3	7	210	12,67%	59,11%	980	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta inversión en programas en prevención para grupos prioritarios	10	5	3	150	9,05%	68,15%	1130	80%
Comportamiento	4.3	No desarrollo de habilidades blandas	7	3	7	147	8,87%	77,02%	1277	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Participación intersectorial deficiente	10	1	7	70	4,22%	81,24%	1347	20%
Servicios de Salud	6.1	No atención oportuna de los casos referidos a la red de servicios	10	1	7	70	4,22%	85,46%	1417	20%
Factores Socioeconómicos	2.2	Sectores marginales de población migrante	7	1	7	49	2,96%	88,42%	1466	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	Carencia de políticas para regular el uso de ciertas sustancias psicoactivas	10	1	3	30	1,81%	90,23%	1496	20%
Factores Biológicos	3.1	Sexo femenino con mayor riesgo a desarrollo adicciones	10	1	3	30	1,81%	92,04%	1526	20%
Factores Biológicos	3.2	Factores genéticos	10	1	3	30	1,81%	93,85%	1556	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Publicidad motiva el uso de sustancias psicoactivas como binomio de diversión y juventud	10	1	3	30	1,81%	95,66%	1586	20%
Servicios de Salud	6.2	Carencia de enfoque en promoción de la salud	10	1	3	30	1,81%	97,47%	1616	20%

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C) =D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Socioeconómicos	2.1	Falta fortalecer malla curricular para trabajar tema integralmente	7	1	3	21	1,27%	98,73%	1637	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Uso de medios tecnológicos que facilita venta y consumo	7	1	3	21	1,27%	100,00%	1658	20%
						1658	100,00%		23688	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Anexo 4 Evidencias, listas de asistencia



LISTA ASISTENCIA 11 DE MAYO (8.00 PM- 4:00 PM)

I TALLER ASIS

PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Martha E. Chavarria	104730342	Martha E. Chavarria
Kristh Alvarado Zúñiga	109090996	Kristh Alvarado
Marvin Mora Quirós	1-1649-0173	Marvin Mora Q
Aguilina González A.	1375373	Aguilina González
José Francisco Aguero Jiménez	105930835	José F. Aguero
Vincent Quirós Rojas	1-1021-0013	Vincent Quirós
Yessenia González Alfaro	109280350	Yessenia González
M-Isabel Bustamante	107270557	Isabel Bustamante



NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Mayera Cortés	1453915	Mayera Cortés
Rosa Isabel Aguilar	9-0089-0978	Rosa Isabel Aguilar
Norma Pons Falla	1-0694-0094	Norma Pons Falla
Rocío Agüero Ureña	118570990	Rocío Agüero U
Marilyn Mena Ullaveva	113530025	Marilyn Mena
Luz Guadalupe Morales	110090820	Luz Guadalupe Morales
Adriano Flores Galvo	1-1298-0669	Adriano Flores
Moyral Andrés Rodríguez	2593-191	Moyral Andrés Rodríguez
Guicelli Matamoros Botano	1-0686-0470	Guicelli Matamoros B.
Jeanette Bonilla Vasquez	10616-0472	Jeanette Bonilla Vasquez
Patricia Morúa Valverde Nezcayo	108390468	Patricia Morúa Valverde Nezcayo

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



LISTA DE ASISTENCIA - TALLER CON EXPERTOS
PROBLEMA DE SALUD: MALFORMACIONES CONGENITAS
LUNES 19 DE JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Liz Cuadra Morales	110090820	MINSA	<i>Liz Cuadra Morales</i>
Juan Carlos Gonzalez D	105910195	CCSS	<i>Juan Carlos Gonzalez</i>
Marcela Aravz F.	112270488	CCSS	<i>Marcela Aravz</i>

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
Dirección Área Rectora de Salud Mora
Correo: ars.mora@misalud.go.cr
Teléfono: 2249 1116

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



LISTA DE ASISTENCIA - TALLER CON EXPERTOS

PROBLEMA No. 1: ABSCESO PULMONAR – MEDIASTINO (01-09 AÑOS)

PROBLEMA NO.2 : TUMORES MALIGNOS (20-64 AÑOS)

VIERNES 23 JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Dr. Maximal Campana	401940144	Medicina Pediatría Consultorio HITEUR	[Firma]
Dr. Johana Ruiz Picado	602630415	Consultorio HITEUR	[Firma]
Eda Esteban Vargas Ramón	207360371	Enfermería Cons Empresa	[Firma]
María Cuadra Morales	110090820	ARS MORO	[Firma]

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
Dirección Área Rectora de Salud Mora
Correo: ars.mora@misalud.go.cr
Teléfono: 2249 1116

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



LISTA DE ASISTENCIA

TALLER CON EXPERTOS – PROBLEMA DE SALUD- ACCIDENTES DE TRANSITO (10-19 AÑOS)

LUNES 12 DE JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Divaluz Cuadra M.	110090820	Minist. Salud	
Michelle Tournier	1693979	OTIC / Municipal	
Dr. S. S. S. de P. S.	1-469-745	Art 2 12-05-0-	
Justino Rojas Anías	111010821	Cruz Roja	
Leonardo Trejos Caspedes	1986916	Policia Municipal	

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
Dirección Área Rectora de Salud Mora
Correo: ars.mora@misalud.go.cr
teléfono: 2249 1116

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



LISTA DE ASISTENCIA - TALLER CON EXPERTOS

PROBLEMA No. 1: ABSCESO PULMONAR – MEDIASTINO (01-09 AÑOS)

PROBLEMA NO.2 : TUMORES MALIGNOS (20-64 AÑOS)

VIERNES 23 JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Dra. Marcela Campos	401940144	Ministerio de Salud Consultorio HFE/CR	[Firma]
Dra. Johana Ruiz Picado	602630415	Consultorio HFE/CR	[Firma]
Eda Esteban Saenz Ramon	207860371	Enfermería Cons Empresa	[Firma]
Dra. Lidia Cuatrecasas Morales	110090820	ARS/CR	[Firma]

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
 Dirección Área Rectora de Salud Mora
 Correo: ars.mora@misalud.go.cr
 Teléfono: 2249 1116

Área Rectora de Salud Mora
 Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
 Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



LISTA DE ASISTENCIA - TALLER CON EXPERTOS
PROBLEMA DE SALUD: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (INFARTO AGUDO MIOCARDIO)
Martes 27 DE JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Angie Ortega Hidalgo	114690804	C.C.SS	
Kevin Ajoy Palma	114980840	C.C.SS	
Vivian García Hidalgo	902010421	Cadavero	
Miguel Ureña Riquelme	116220721	Cadavero	
Luis Alberto Harillo Heiras	503620908	UPAZ	
Marilyn Ureña Cillanueva	113530025	ARS-MORA	
Rocio Agüero Ureña	112570990	ARS-MORA	Rocio Agüero U

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
Dirección Área Rectora de Salud Mora
Correo: ars.mora@misalud.go.cr
Teléfono: 2249 1116

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



LISTA DE ASISTENCIA - TALLER CON EXPERTOS

PROBLEMA NO.1: ACCESIBILIDAD / CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA A LAS PERSONAS

JUEVES 09 JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Max Aguilar García	1-1234-0140	ASMP	
Sra Marcela Fallas Fernández	109910345	ASMP	
Melina Retana Villeda	1-15150825	ASMP	
Silvia Quirós Umón	114800898	ASMP	
Christian Pacheco Blanco	109300062	CCSS-ASMP	
Sandra Salgado Mora	110790939	ASMP	
Marilyn Marr Cillanave	113530025	ARS MORA	
Luz Cuadra Morales	110090820	ARS MORA	

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
Dirección Área Rectora de Salud Mora
Correo: ars.mora@misalud.go.cr
Teléfono: 2249 1116

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



LISTA DE ASISTENCIA

TALLER CON EXPERTOS – PROBLEMA DE SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO AGUA POTABLE

MARTES 06 DE JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Rose Mary Sánchez Pérez	1-703-807	A. y. A	
Juan Carlos Mesén Ch.	1-0715-0667	ASADA Guayabo	
Luis Noel de la Cruz	7-607 412	ASADA Tabarcia	
Jorge Herrera Ocampo	1-0399-0588	Asade P ^a Trinidad	
Jose Flores Meabgal	1-0388 309	AyA	
Grizel Acuña Alvarado	106780502	MUNICIPALIDAD	
Dra Luz Cuadra M.	110090820	Minist Salud	

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
 Dirección Área Rectora de Salud Mora
 Correo: ars.mora@misalud.go.cr
 Teléfono: 2249 1116



LISTA DE ASISTENCIA
TALLER CON EXPERTOS – PROBLEMA DE SALUD DELINCUENCIA
LUNES 05 DE JUNIO

NOMBRE	CEDULA	INSTITUCION	FIRMA
Carlos Fallas Fernandez	110060894	Fuerza Pública	
Andrés Meléndez Meléndez	2-0418-0055	Fuerza Pública	
Sofía Langespacha Carvajal	112360153	DTCS - M Mora	Sofía Langespacha C.
Dra Luz Cuadra M.	110090820	Minist. Salud	
Marilyn Mora U.	113530025	H. Salud	
Leonardo Trejos C	1986916	Policia Municipal	

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur
Dirección Área Rectora de Salud Mora
Correo: ars.mora@misalud.go.cr
Teléfono: 2249 1116

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



ASISTENCIA
III TALLER: VALIDACIÓN DE LÍNEAS DE ACCIÓN

Nombre	Institución/ Unidad Organizativa	Teléfono	Correo electrónico	Firma
Kethia Gómez Berardo	IAFA CH Suroeste	88246122 ext 255	kgomez@iafa.gov.cr	
Francisco Arávalo #	Sociedad Civil	88823278	FRASOES@igmail.com	
Sofía Lenguapecta Carreras	DTIC - M Mora	22443265	slenguapecta@mora.gov.cr	
Orlando Chacón Ardavia	Super. DREP- MEP	89100285	orlando.chacon.ardavia@gmail.com	
Jorge Carmo Alcedo	Junta Salud	83140234	jcarmo@hotmail.com	
Enithel Arias Alfaro	MUNICIPIO DDCU UGA	89104593	garias@ucr.ac.cr	
Martha Venegas Venegas	PANI	8802-2123	mvenegas@pani.gov.cr	
Caroline Rodríguez Soto	OTSV- Muni Mora	88275792	crodriguez@mora.gov.cr	
Edgar Salvo Lechillo	Asociación del Barrio	8835-9492	edgar.salvo@hotmail.com	
Germán Villalobos C	Asociación del Barrio	8930-1417	Teodoro.guapoz@icr.co.cr	
Juan Carlos Jarama Alvarado	ASADA Guayabo	8974-7449	asada.guayabo@gmail.com	
Miguel Ángel Rodríguez	CODERMO	6032366	miguelnet@gmail.com	
Edgar Mata Ramirez	AEA - MAG	8746-1623	emata@mag.gov.cr	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.gov.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.gov.cr



ASISTENCIA
III TALLER: VALIDACIÓN DE LÍNEAS DE ACCIÓN

Nombre	Institución/ Unidad Organizativa	Teléfono	Correo electrónico	Firma
Luis Rodríguez Mat. M.A.	Asociación	8427 9577	matluis2167@gmail.com	
Javier Zúñiga Arias	Fuerza Pública	87508824	javier.zuniga@fuerzapublica.go.cr	
Adriana Flores Caba	ARS - MORA	7012 0740	adriana.flores@misalud.go.cr	
Amor Marcelo Fallas Foley	ASMP	83108744	amfallas@ccss.sa.cr	
Pablo Gamba Meiri	ASMP-CCSS	8899-8012	jpgamba.m@ccss.sa.cr	
Rocio Agüero Ureña	ARS MORA	86592701	rocio.agueiro@misalud.go.cr	
Diana Cuadria Morales	ARS MORA	83943583	lut.cuadria@misalud.go.cr	
Christian Pacheco Blanco	ASMP-CCSS	62722814	cpacheco@ccss.sa.cr	
Yesenia Lopez Porras	ARS MORA	88831610	yesenia.lopez@misalud.go.cr	
Norma Porras Fallas	ARS MORA	8926-3393	norma.porras@misalud.go.cr	

Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Anexo 5 Registro Fotográfico



Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr



Área Rectora de Salud Mora
Correo electrónico ars.mora@misalud.go.cr
Tel. 4003-7200
www.ministeriodesalud.go.cr