



**ANÁLISIS DE SITUACION INTEGRAL DE SALUD  
SANTA ANA**

**INFORME TÉCNICO**

**ASIS INFORME FINAL**

**AREA RECTORA DE SALUD SANTA ANA  
DE LA REGIÓN CENTRAL SUR**

**Fecha: 24 de noviembre de 2023**



## DOCUMENTO TÉCNICO

Documento elaborado por:

Dr. Dagoberto Trejos Azofeifa, Equipo de Vigilancia de la Salud, ARS Santa Ana.

Licda. Lisbeth Abarca Mendoza, Equipo de Promoción y Planificación Estratégica, ARS Santa Ana

Licda. Jenny Jara Gamboa, Equipo de Habilitación de Servicios de la Salud, ARS Santa Ana.

Sra. María Teresa Soto Villegas, Equipo de Vigilancia de la Salud, ARS Santa Ana.

Ing. Mario José Calvo Esquivel, Equipo de Regulación de la Salud, ARS Santa Ana.

Lic. Kenneth Vargas Castro, Equipo de Regulación de la Salud, ARS Santa Ana.

### Revisado por:

Dr. Ricardo Ocampo Salas, Director del ARS Santa Ana.

© MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA

**Área Rectora de Salud de Santa Ana**

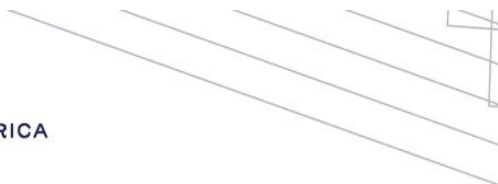
Costa Rica, San José, Santa Ana, 100 metros al este de Supermercado Pali.

Teléfonos: 2282-6081

Correo electrónico: [ars.santaana-002@misalud.go.cr](mailto:ars.santaana-002@misalud.go.cr)

**“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**

OMS



## CUADRO DE CONTENIDO

### LISTA DE ABREVIATURAS 4

### DEFINICIONES OPERACIONALES 4

<b>1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>2. PROBLEMA</b>	<b>7</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>8</b>
<b>5. SELECCIÓN DE LOS INDICADORES</b>	<b>9</b>
<b>6. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO</b>	<b>9</b>
I.DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS	9
II.DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	26
III.DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	32
IV.DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS	41
<b>7. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS</b>	<b>82</b>
I.METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN DEL EQUIPO ASIS BASADO EN MORTALIDAD	82
II.PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD	87
<b>8. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS</b>	<b>98</b>
1. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS RAÍZ, SUS CAUSAS SECUNDARIAS Y TERCIARIAS DEL PROBLEMA DE SALUD	99
I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍZ CON LOS EXPERTOS	99
II. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas	102



III. IDENTIFICACIÓN DE LAS LINEAS DE ACCIÓN PARA INCIDIR SOBRE LAS  
CAUSAS RAÍZ PRIORIZADAS 138

**9. VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON LA COMUNIDAD 138**

**10. INDICE DE TABLAS Y CUADROS**

Cuadro1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS 10

Cuadro 2. Hidrografía de la Cuenca del Río Uruca 26

Cuadro 3. Uso actual de la tierra de la microcuenca del Río Uruca. 31

Cuadro 4. Descripción De Las Características Demográficas. 34

Cuadro 5. Razón de Envejecimiento por distrito del cantón de Santa Ana año  
2022. 36

Cuadro 6. Esperanza de Vida del Cantón de Santa Ana Periodo 2006 a 2019. 37

Cuadro 7. Costa Rica. Total de nacimientos por sexo, según provincia, cantón y  
distrito de residencia de la madre, 2021(se filtran los datos de Costa Rica,  
provincia San José y cantón y distritos de Santa Ana). 39

Cuadro 8. Población adscrita por sector, Área de salud de Santa Ana, Año 2021.  
40

Cuadro 9. Caracterización de los Actores Sociales. 43

Cuadro 10. Partidos políticos cantonales. 46

Cuadro 11. Distribución de Mayor a Menor Frecuencia de las Principales  
Actividades Comerciales por Distrito en el Cantón de Santa Ana en el Año 2018.  
49

Cuadro 12. Comparativo de la ubicación de los 10 cantones con mayor área  
promedio dedicada a la construcción en el período de enero a diciembre del  
2015 al 2017 (en metros cuadrados). 50

Cuadro 13. Distritos del cantón de Santa Ana ubicados en la zona protectora de  
los Cerros de Escazú. 59



Cuadro 14. Taza de alfabetización en el cantón de Santa Ana años del 2010 al 2014. 62

Cuadro 15. Índice de Desarrollo Social Cantonal de Santa Ana en los años del 2010 al 2014. 63

Cuadro 16. Índice de Desarrollo Social Distrital de Santa Ana año 2016. 63

Cuadro 17. Proporción de Viviendas Individuales Ocupadas según Categorías o Subcategorías. 64

Cuadro 18. Frecuencia Relativa De Los Hogares Pobres Y No Pobres Según Sexo Del Jefe De Hogar. 65

Cuadro 19. Porcentaje De Hogares En Condición De Pobreza No Extrema En El Cantón De Santa Ana. 65

Cuadro 20. Población Económicamente Activa De Santa Ana. 66

Cuadro 21. Tasa De Ocupación De Santa Ana. 67

Cuadro 22. Tasa De Desempleo Abierto De Santa Ana. 67

Cuadro 23. Coeficiente Gini De Santa Ana. 67

Cuadro 24. Proporción De La Población Que Usa Fuentes Mejoradas De Agua Potable. 68

Cuadro 25. Proporción De La Población Que Utiliza Instalaciones Mejoradas De Saneamiento. 69

Cuadro 26. Proporción De Población Gestante Atendida Por Personal Capacitado Durante El Embarazo Del Distrito De Santa Ana. 69

Cuadro 27. Proporción De Población Gestante Atendida Por Personal Capacitado Durante El Embarazo Del Distrito De Salitral. 70

Cuadro 28. Proporción De Población Gestante Atendida Por Personal Capacitado Durante El Embarazo Del Distrito De Pozos. 71



- Cuadro 29. Proporción De Población Gestante Atendida Por Personal Capacitado Durante El Embarazo Del Distrito De Uruca. 72
- Cuadro 30. Proporción De Población Gestante Atendida Por Personal Capacitado Durante El Embarazo Del Distrito De Piedades. 73
- Cuadro 31. Proporción De Población Gestante Atendida Por Personal Capacitado Durante El Embarazo Del Distrito De Brasil. 74
- Cuadro 32. Tipo de Establecimiento Habilitado a Enero De 2022. 75
- Cuadro 33. Proporción De Partos Atendidos Por Personal Capacitado En El Distrito De Santa Ana En El Año 2011. 76
- Cuadro 34. Proporción De Partos Atendidos Por Personal Capacitado En El Distrito De Salitral En El Año 2011. 77
- Cuadro 35. Proporción De Partos Atendidos Por Personal Capacitado En El Distrito De Pozos En El Año 2011. 77
- Cuadro 36. Proporción De Partos Atendidos Por Personal Capacitado En El Distrito De Uruca En El Año 2011. 78
- Cuadro 37. Proporción De Partos Atendidos Por Personal Capacitado En El Distrito De Piedades En El Año 2011. 79
- Cuadro 38. Proporción De Partos Atendidos Por Personal Capacitado En El Distrito De Brasil En El Año 2011. 80
- Cuadro 39. Distribución Por Distrito En El Cantón De Santa Ana Al Año 2021. 82
- Cuadro 40. Distribución Por Sexo En El Cantón De Santa Ana Al Año 2011. 83
- Cuadro 41. Distribución Por Sexo En El Cantón De Santa Ana Al Año 2011. 83
- Cuadro 42. Distribución Anual De Muertes Infantiles Del 2013 Al 2022 En El Cantón De Santa Ana 83
- Cuadro 43. Distribución De Mortalidad Por Las 10 Causas De Muerte De Mayor Frecuencia En El Cantón De Santa Ana Año 2021 84



Cuadro 44. Caracterización De Actores Sociales De Salud Mental.	87
Cuadro 45. Oferta De Servicios En Salud Mental Públicos Y Privados (Psicología, Psiquiatría).	90
Cuadro 46. Espacios De Recreación.	92
Cuadro 47. Espacios educación formal.	92
CUADRO 48. Iglesias	93
CUADRO 49. Grupos no formales	94
CUADRO 50. Trastorno Bipolar Afectivo.	97
Cuadro 51. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (Población de Santa Ana en el 2020 de 60 453 habitantes, en el 2021 de 61 162 habitantes y en el año 2022 de 61853 habitantes). Tasa por 100.000 habitantes.	98
Cuadro 52. Esquizofrenia.	99
Cuadro 53. Depresión.	99
Cuadro 54. Demencia Alzheimer.	100
Cuadro 55. Demencia Vascular.	100
Cuadro 56. Demencia por otras enfermedades.	100
Cuadro 57. Intento suicida.	101
Cuadro 58. Suicidio Consumado.	101
Cuadro 59. Santa Ana: Mortalidad Proporcional Según Eventos De Carga Global De Enfermedad 2015-2019.	104
Cuadro 60. Santa Ana: Mortalidad Proporcional Según Eventos De Carga Global De Enfermedad 2015-2019.	105
Cuadro 61. Santa Ana: Priorización De Eventos, Según Mortalidad Proporcional Por Grupos De Edad Por Curso De Vida. 2015-2019 (Números Absolutos Y Porcentaje).	107



- Cuadro 62. Matriz De Actores Sociales Para el ASIS Santa Ana. 110
- Cuadro 63. Valoración Individual De Cada Participante De Los Problemas De Salud Mental Priorizados. 115
- Cuadro 64. Valoración Individual De Cada Participante De Los Problemas De Salud Priorizados. 115
- Cuadro 65. Valoración De Problemas De Salud Y Salud Mental (Puntaje Grupal). 116
- Cuadro 66. Problema 1: Inseguridad Ciudadana Esquema De “Los 5 Porqués En La Comunidad Salud. 117
- Cuadro 67. Problema 2: Congestionamiento Vial Esquema De “Los 5 Porqués En La Comunidad Salud. 118
- Cuadro 68. Problema 3: Insuficiente Oferta De Servicios De Salud Esquema De “Los 5 Porqués En La Comunidad Salud. 118
- Cuadro 69. Problema 1: INSEGURIDAD EMOCIONAL Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud. 119
- Cuadro 70. Problema 2: VIOLENCIA Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud. 120
- Cuadro 71. Problema 3: ESTRÉS Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud. 121
- Cuadro 72. Causas raíz de cardiopatías. 131
- Cuadro 73. Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto de Tumores malignos de Estómago y Colon. 141
- Cuadro 74. Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto de PROBLEMAS AMBIENTALES (residuos sólidos, inadecuada disposición de aguas negras y servidas, ruido, etc.). 144
- Cuadro 75. Causas raíz del congestionamiento vial. 148



Cuadro 76. Causas Raíz De Inseguridad Ciudadana Del Cantón De Santa Ana.	155
Cuadro 77. Causas Raíz del problema Insuficiente Oferta de Servicios de Salud.	164
Cuadro 78. Causas raíz de la Inseguridad emocional.	168
Cuadro 79. Causas raíz de la Violencia.	171
Cuadro 80. Causas raíz del Estrés.	177
Cuadro 81. Lineas de Acción para el Problema de Cardiopatías.	180
Cuadro 82. Lineas De Acción Para El Problema De Tumor Maligno De Estomago Y De Colon.	181
Cuadro 83. Lineas De Acción Para El Problema De Problemas Ambientales.	182
Cuadro 84. Lineas De Acción Para El Problema De Congestionamiento Vial.	183
Cuadro 85. Lineas De Acción Para El Problema De Inseguridad Ciudadana.	184
Cuadro 86. Lineas De Acción Para El Problema De Insuficiente Oferta De Servicios De Salud.	185
Cuadro 87. Lineas De Acción Para El Problema De Inseguridad Emocional.	186
Cuadro 88. Lineas De Acción Para El Problema De Violencia.	187
Cuadro 89. Lineas De Acción Para El Problema De Estres.	188

## **11. INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Pirámide Poblacional del Cantón de Santa Ana del Año 2021.	41
Gráfico 2. Evolución de la población de Santa Ana entre 1864 y 2020.	42
Gráfico 3. Red de servicios de salud.	81
Gráfico 4. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Cardiopatías.	195
Gráfico 5. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Tumor Maligno De Estomago Y Colon.	195



- Grafico 6. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Problemas Ambientales. 196
- Grafico 7. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Congestionamiento Vial. 196
- Grafico 8. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Inseguridad Ciudadana. 197
- Grafico 9. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Insuficiente Oferta De Servicios De Salud. 197
- Grafico 10. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Inseguridad Emocional. 198
- Grafico 11. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Violencia. 198
- Grafico 12. Diagrama De Ishikawa Del Problema De Estres. 199

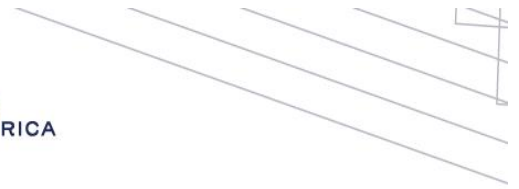
## **12. INDICE DE MAPAS**

- Mapa 1. Cantón de Santa Ana, 2018 18
- Mapa 2. Zonificación del Plan Regulador de Santa Ana. 20
- Mapa 3. Identificación de riesgos. 21
- Mapa 4. Recuperación de espacios. 22
- Mapa 5. Ubicación de principales ríos y quebradas del cantón de Santa Ana. 25
- Mapa 6. Mapa hidrogeológico del cantón de Santa Ana. 30
- Mapa 7. Porcentaje de Personas encuestadas por lugar (cantón) de residencia en Costa Rica, 2021. 38
- Mapa 8. Índice de Fragilidad Ambiental del Cantón de Santa Ana Año 2007. 58

## **13. INDICE DE FOTOS**

- Foto 1. Botadero clandestino de escombros, en Pabellón de Santa Ana. 60
- Foto 2. Cultivo en pendiente pronunciada en Pabellón de Santa Ana año 2014. 60

## **14. Bibliografía 147**



## 15. Anexos 159

### LISTA DE ABREVIATURAS

**ARS:** Área Rectora de Salud

**ASIS:** Análisis de la Situación Integral en Salud

**AYA:** Acueductos y Alcantarillados

**CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social

**IAFA:** Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

**INEC:** Instituto Nacional de Estadística y Censos

**MOPT:** Ministerio de Obras Públicas y Transportes

**MS:** Ministerio de Salud

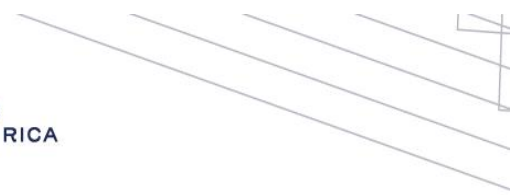
**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**UCR:** Universidad de Costa Rica

**PANI:** Patronato Nacional de la Infancia

**COOPESANA Santa Ana:** Cooperativa de Salud Santa Ana



## **DEFINICIONES OPERACIONALES**

### **Salud**

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, ha sido considerada como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

### **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.

### **Análisis de situación de salud**

El Análisis de Situación de Salud es 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

### **Ciclo de vida**

Enfoque que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive. Estos se encuentran predefinidos en 5 grupos específicos: menos de 1 año, 1 año a 9 años, 10 a 19 años, 20 a 64 años y 65 años y más.

### **Determinantes de la salud**



Son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; resultan de la distribución -a nivel mundial y nacional- del poder, los ingresos (dinero), los bienes y los servicios (recursos), que interactúan en diferentes niveles e influyen en la salud individual -en el riesgo de enfermar o morir- y determinan el estado de salud de la población, así como el predominio de algunas enfermedades con respecto a otras. Los determinantes sociales de la salud se dividen en determinantes estructurales de las inequidades en salud y determinantes intermediarios de la salud.

### **Determinantes estructurales**

Mecanismos de la estratificación social que asigna a los actores individuales posiciones sociales diferentes con implicaciones en el acceso a servicios sociales, la salud, la educación, las políticas de empleo, financieras, los sistemas legales, normas culturales, de género y los arreglos institucionales. Son los modos con los cuales se implementa y se mantiene la distribución desigual de poder, riqueza y riesgos de salud.

### **Determinantes intermedios**

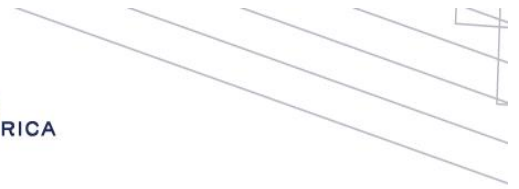
Actúan directamente sobre las situaciones de salud, son las circunstancias materiales de vida y trabajo, las circunstancias psicosociales, las conductas y estilos de vida, los factores biológicos y naturales, el sistema de salud, la cohesión y el capital sociales.

### **Escenario de salud**

El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa.

### **Escenario de riesgo**

Identificación y cuantificación del riesgo resultante de la exposición en un lugar o contexto social a un agente, teniendo en cuenta los posibles daños sobre los individuos o la sociedad



derivados de esta exposición en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar

### **Factores protectores**

Se entienden como factores protectores de la salud aquellos recursos personales, sociales, institucionales y del ambiente (biológicos, psicológicos y socioculturales) que favorecen el desarrollo del ser humano y aumentan su resiliencia o capacidad para sobreponerse a los distintos contratiempos o tragedias a las que se enfrenta e incluso salir fortalecido de la experiencia.

### **Factores de riesgo**

Variable asociada a la aparición de una enfermedad o de un fenómeno sanitario. Esta puede ser endógena (propia del individuo), exógena (ligada al ambiente), predisponente (que hace vulnerable al sujeto) y precipitante (que inicia el fenómeno patológico).

### **Diagrama Ishikawa**

Es una herramienta que permite realizar un análisis de causa - efecto de los problemas de salud en esta adaptación. Es una representación gráfica que permite visualizar las causas que explican un determinado problema.

## **1. JUSTIFICACIÓN**

En el año de 1980, en el Seminario “Usos y perspectivas de la Epidemiología”, celebrado en Buenos Aires, la OPS/OMS propone y ejecuta un programa denominado Análisis de Situación de Salud y sus tendencias (ASIS) (Martínez Calvo, 2004), de ahí nace el nombre de la metodología.

Ante la ausencia en nuestro sistema de salud de una guía metodológica para la elaboración de ASIS es que surge la iniciativa de crear una, que permita abordar los indicadores de calidad de vida y de ambiente y así poder plantear las posibles soluciones para solventar las necesidades en salud que presente nuestra población.



Se presenta a continuación el Análisis de Situación de Salud de Santa Ana que integra la información del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, INEC, universidades públicas y diversas instituciones involucradas en el sector salud, así como, entes

prestadores de servicios de salud privados y los actores sociales, ya que el ASIS debe corresponder a una construcción colectiva en la que todos los miembros del equipo reflejen sus esfuerzos.

Dicho análisis se convierte en una herramienta que busca transformar la complejidad de los determinantes y condicionantes de la salud en sus múltiples dimensiones, para mejorar el estado de salud y calidad de vida de la población. En el caso particular del presente análisis, se busca realizar un acercamiento a la situación del Cantón de Santa Ana en materia de Salud. La evaluación de necesidades constituye el punto de partida para identificar situaciones deficitarias o insatisfactorias que reclaman de priorización o asignación de recursos, es importante realizar una planificación sistemática antes de realizar acción de intervención. Por ello, la mejor intervención siempre debe comenzar por identificar las necesidades que serán el “hilo conductor” del proceso de intervención.

## **2. PROBLEMA**

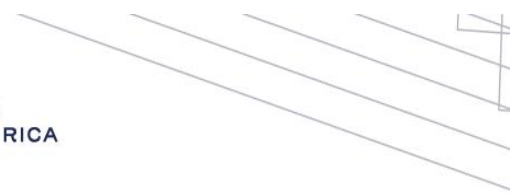
La ausencia de un análisis de situación de salud dificulta la priorización de problemas y las intervenciones necesarias para resolver estos, esto repercute en que las decisiones en salud no van orientadas a intervenir las principales afecciones. De modo que se necesita desarrollar un documento que ilustre un panorama general de las condiciones de salud y sus necesidades de atención relevantes.

La información existente en cuanto a salud se encuentra desagregada en diferentes instituciones, no permitiendo la recopilación del ente rector para la toma de decisiones.

## **3. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Realizar el ASIS para conocer la situación de salud y con base en esto, determinar las intervenciones necesarias a trabajar en el cantón de Santa Ana a partir del año 2023.



## ESPECÍFICOS

Recopilar información de diferentes fuentes sobre los determinantes y problemas de salud del cantón de Santa Ana.

Procesar la información obtenida de las diferentes fuentes, de modo que se pueda clarificar las estadísticas que contribuyan a categorizar las variables.

Analizar los eventos de salud y su interrelación con los determinantes sociales de la salud.

Evidenciar las prioridades de atención en salud derivadas del análisis realizado que orienten la toma de decisiones.

## 4. METODOLOGÍA

La investigación que se va a realizar en el presente documento es cualitativa, busca caracterizar el contexto de una comunidad y posteriormente utiliza el enfoque fenomenológico que permite realizar una investigación exhaustiva para llegar a la raíz de los problemas de salud que aquejan a la población.

Basado en la OPS (OPS, 2012) deben reconocerse algunas premisas para el análisis de la situación de salud como son:

- Los aspectos de contexto determinan las condiciones de vida y salud de la población.
- La forma como se organiza la sociedad y los sistemas de salud para dar respuesta a las necesidades de salud.
- La existencia de diferencias en la distribución de las condiciones de vida y las causas de enfermedad y muerte.
- La posibilidad de identificar la magnitud, el alcance y la gravedad de los problemas de salud en la población. • La posibilidad de identificar los grupos poblacionales con necesidades sanitarias no satisfechas y de alto riesgo.



- La sugerencia de intervenciones potenciales basadas en el reconocimiento de los factores de riesgo y factores protectores para la evaluación de la efectividad de las intervenciones sustentada en los indicadores epidemiológicos.

Ante estas premisas primero se procede a seleccionar los indicadores de interés, realizar la descripción del entorno, luego realizar la priorización de las principales causas de mortalidad del país y los problemas sentidos por la comunidad. Para la priorización de esos problemas mediante el uso de herramientas como el diagrama de causa y efecto, análisis PARETO y otras se procede a analizar la información obtenida y definir las líneas de acción. Lo anterior mediante la ejecución de 3 talleres; el primero con actores comunitarios, el segundo con actores institucionales y el tercero con ambas poblaciones de interés.

## 5. SELECCIÓN DE LOS INDICADORES

Indicadores seleccionados para el análisis de situación de salud del cantón de Santa Ana.

Los indicadores son características específicas observables y medibles que pueden ser utilizadas para mostrar cambios y progresos, son unidades de medición que permiten evaluar el rendimiento de los procesos o programas hacia el logro de un resultado específico. Por lo anterior deben estar enfocados y ser claros y específicos, con relación a lo que se está midiendo.

### Caracterización del entorno geográfico del cantón de Santa Ana:

**Cuadro1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS**

Indicador	Datos de interés		
Extensión territorial Km2	61.4 Km		
Organización territorial	Provincia	Cantón	Distrito/s
	San José	Santa Ana	Santa Ana, Pozos, Piedades, Uruca, Salitral y Brasil



	Norte	Sur	Este	Noroeste
Límites geográficos	Alajuela y Belén de Heredia.	Escazú, Acosta y Mora	Escazú	Mora
Territorios indígenas	No existen en Santa Ana.			
Plan regulador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zonificación</li> <li>- Identificación de riesgos</li> <li>- Ubicación de servicios</li> <li>- Orden territorial</li> <li>- Usos de suelos</li> <li>- Recuperación de espacios</li> </ul>			

Fuente: Elaboración propia.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

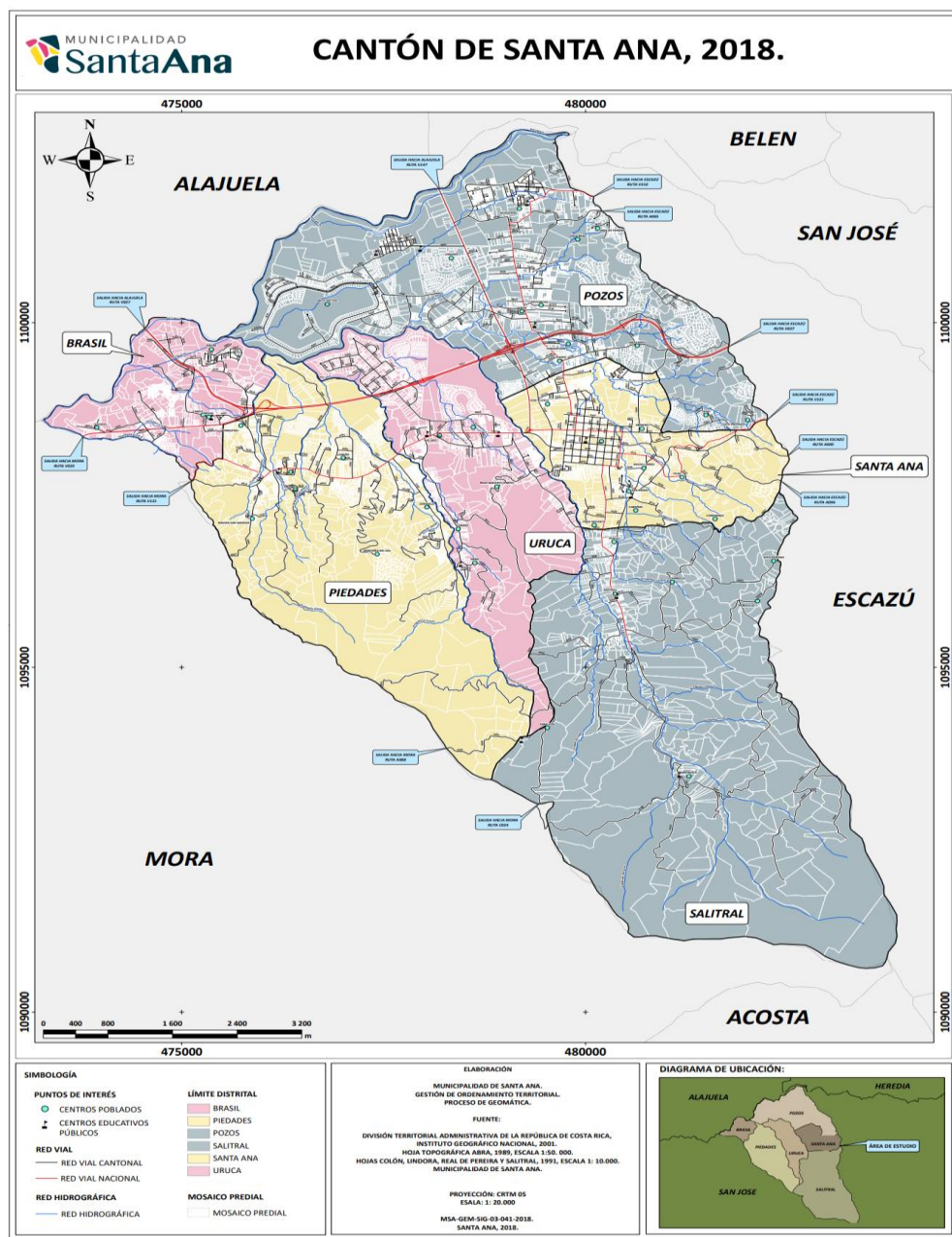
La Historia del Cantón, se remonta a la Conquista Española, en la época precolombina el territorio que actualmente corresponde al cantón de Santa Ana, estuvo habitado por indígenas del llamado Reino Huetar de Occidente, que en los inicios de la conquista fueron dominios del cacique Garabito, sus asentamientos alojaron importantes emprendimientos que dieron forma al desarrollo nacional.

En la finca de la familia Ross y debido a su relación con el Empresario Mainor Keith ubicaron los primeros asentamientos de trabajadores para la construcción del Ferrocarril al Atlántico y se proyecta la construcción de la primera Planta Hidroeléctrica del valle central. También es importante destacar que el cantón fue la cede del primer aeropuerto del país, que abrió sus puertas en 1931

Es Santa Ana el noveno cantón de la provincia de San José, con 61.4 Km (6.142 Hectáreas). Su anchura máxima es de 13 Km. En dirección norte a sureste se localiza a 14 Km de San José. Cuyas coordenadas geográficas medias están dadas por 09º 55' 09" latitud norte y 84º 12' 30" longitud oeste.



Mapa 1. Cantón de Santa Ana, 2018



Fuente: Municipalidad de Santa Ana

Se divide en 6 distritos con las siguientes características y límites geográficos:

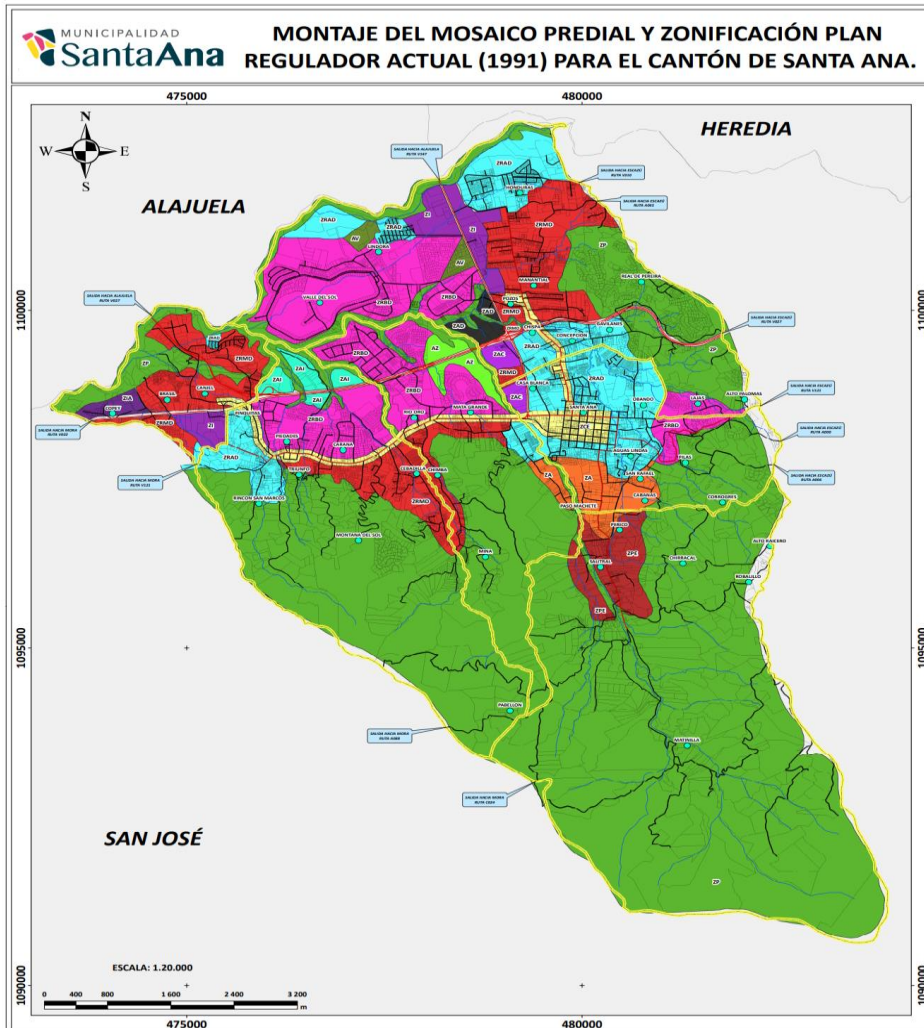


1. **Santa Ana**, se ubica en el este del cantón y cuenta con una extensión territorial de 5,40 km<sup>2</sup>, limita al norte con el distrito de Pozos, al este con el cantón de Escazú, al oeste con el distrito de Uruca, y al sur limita con el distrito de Salitral.
2. **Uruca**, se ubica en el oeste del cantón y cuenta con una extensión territorial de 7,07 km<sup>2</sup>. El distrito limita al norte con el distrito de Pozos, al este con el distrito de Santa Ana, al oeste con el distrito de Piedades, y al sur limita con el distrito de Salitral.
3. **Pozos**, se ubica en el norte del cantón y cuenta con una extensión territorial de 13,40 km<sup>2</sup>, limita al norte con los cantones de Belén y Alajuela, al este con el cantón de Escazú, al oeste con el distrito de Brasil, y al sur limita con los distritos de Santa Ana y Uruca.
4. **Piedades**, se ubica en el oeste del cantón y cuenta con una extensión territorial de 12,01 km<sup>2</sup>, limita al norte con los distritos de Pozos y Brasil, al este con el distrito de Uruca, al oeste con el cantón de Mora, y al sur limita con el distrito de Salitral.
5. **Salitral**, se ubica en el sur del cantón y cuenta con una extensión territorial de 20,20 km<sup>2</sup>, ubicándose como el más extenso del cantón. El distrito limita al norte con el distrito de Santa Ana, al este con el cantón de Escazú, al sur con el cantón de Mora y oeste con los distritos de Uruca y de Piedades.
6. **Brasil**, se ubica en el oeste del cantón y cuenta con una extensión territorial de 3,25 km<sup>2</sup>, ubicándose como el distrito más pequeño del cantón. Limita al norte con el cantón de Alajuela, al noreste con el distrito de Pozos, al oeste con el cantón de Mora, y al sur y este limita con el distrito de Piedades.



Plan regulador

Mapa 2. Zonificación del Plan Regulador de Santa Ana.



**SIMBOLOGÍA**

**CENTROS POBLADOS**  
 ● CENTROS POBLADOS

**RED HIDROGRÁFICA**  
 — RED HIDROGRÁFICA

**RED VIAL**  
 — RED VIAL CANTONAL  
 — RED VIAL NACIONAL

**ZONIFICACIÓN SEGÚN PLAN REGULADOR ACTUAL (1991)**  
 ■ ÁREA VERDE  
 ■ ÁREA DE ZOOLÓGICO  
 ■ ZONA AGRÍCOLA  
 ■ ZONA ARTESANAL COMERCIAL

■ ZONA ADMINISTRATIVA  
 ■ ZONA DE APOYO INDUSTRIAL  
 ■ ZONA DE CONTROL ESPECIAL  
 ■ ZONA INDUSTRIAL  
 ■ ZONA INDUSTRIAL AGRÍCOLA  
 ■ ZONA DE PROTECCIÓN  
 ■ ZONA DE PELIGROSIDAD  
 ■ ZONA RESIDENCIAL ALTA DENSIDAD  
 ■ ZONA RESIDENCIAL BAJA DENSIDAD  
 ■ ZONA RESIDENCIAL MEDIA DENSIDAD

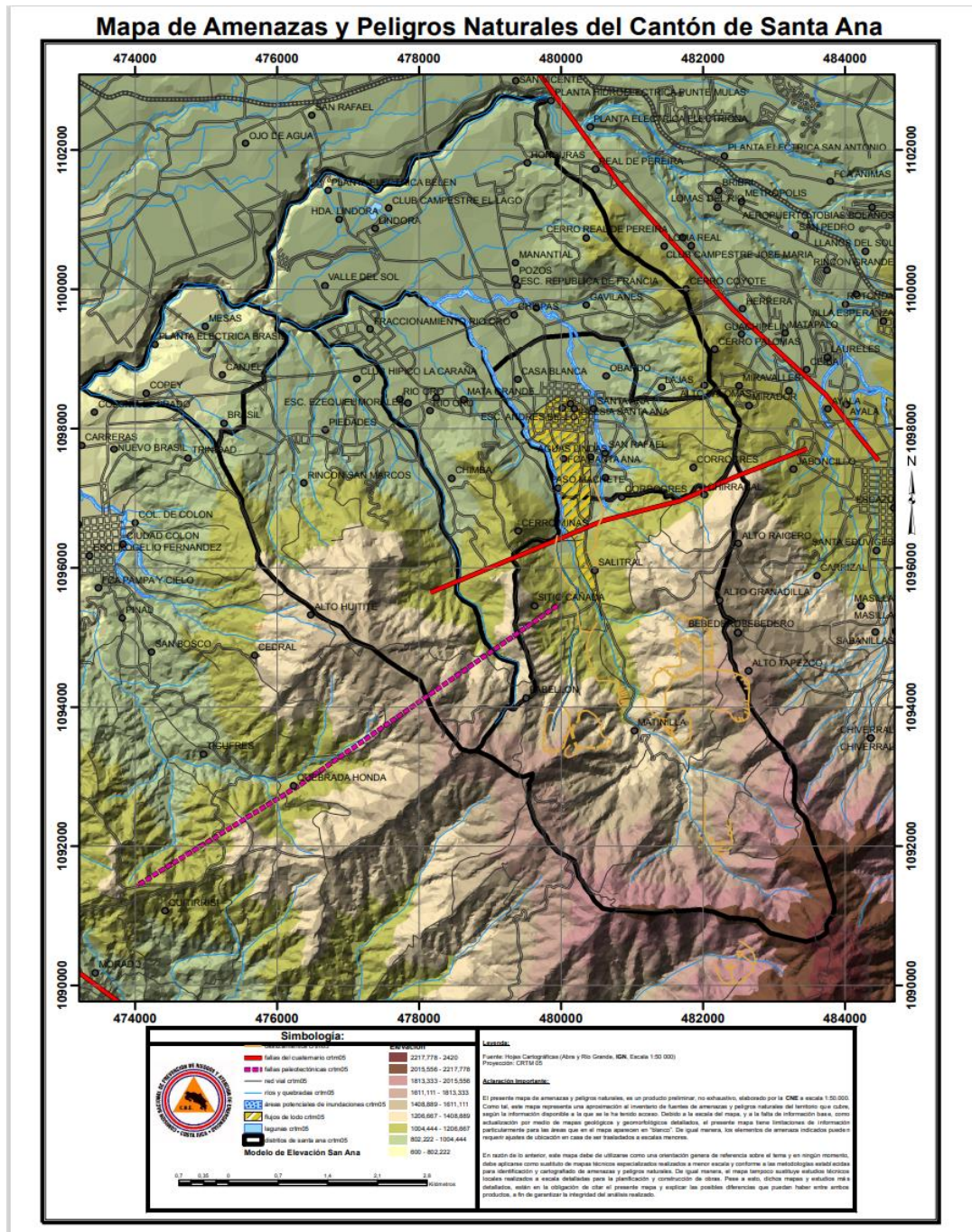
**MOSAICO PREDIAL**  
 □ MOSAICO PREDIAL

**LÍMITE DISTRITAL**  
 — LÍMITE DISTRITAL

Fuente: Municipalidad de Santa Ana.



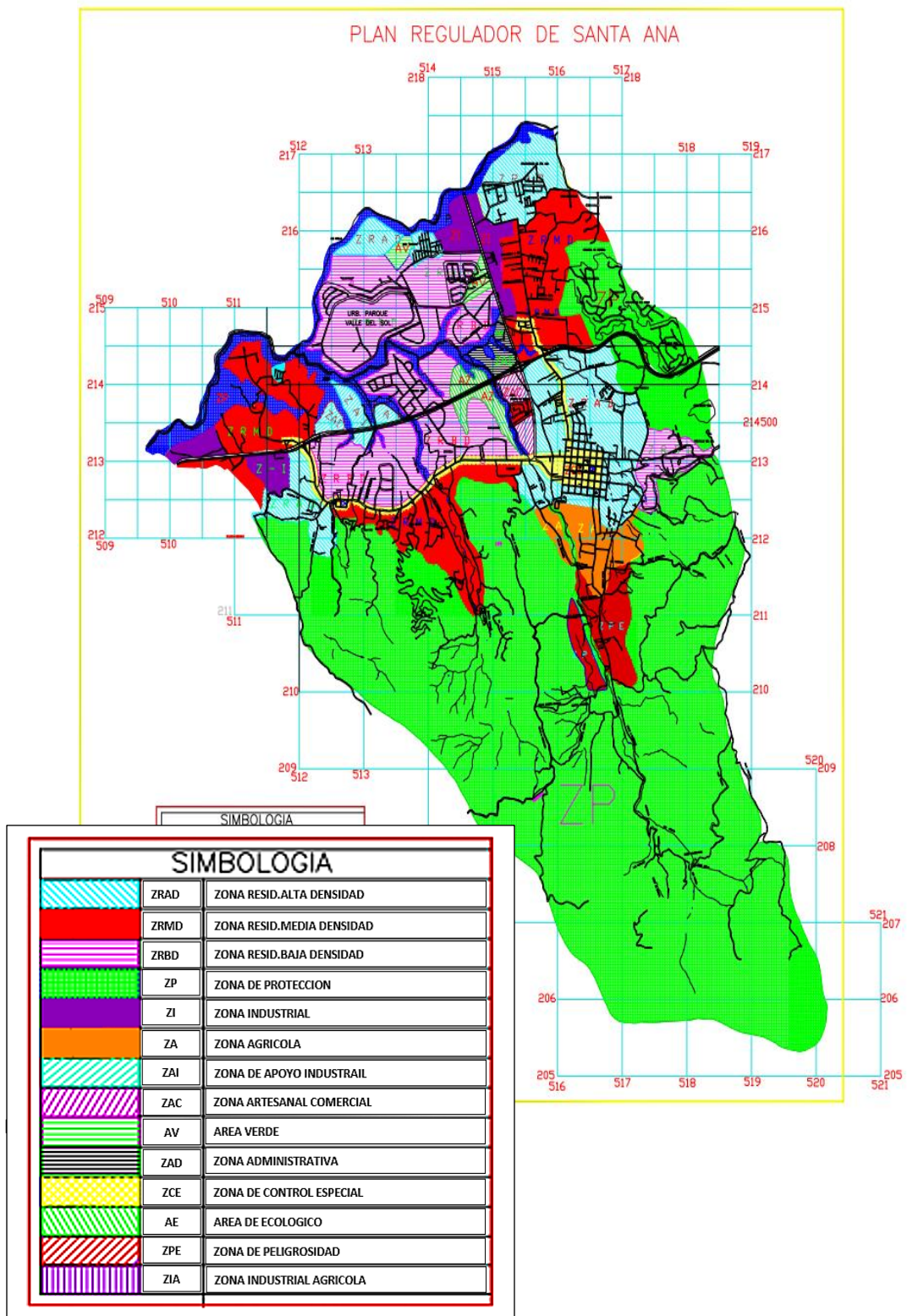
### Mapa 3. Identificación de riesgos



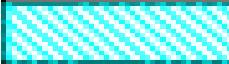
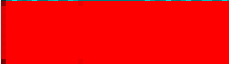












Fuente: Comisión Nacional de Emergencias.



### Mapa 4. Recuperación de espacios



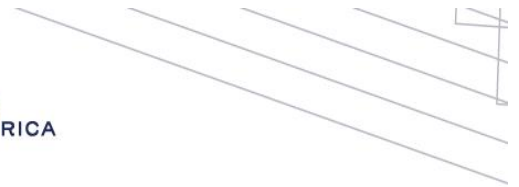


SIMBOLOGIA		
	ZRAD	ZONA RESID.ALTA DENSIDAD
	ZRMD	ZONA RESID.MEDIA DENSIDAD
	ZRBD	ZONA RESID.BAJA DENSIDAD
	ZP	ZONA DE PROTECCION
	ZI	ZONA INDUSTRIAL
	ZA	ZONA AGRICOLA
	ZAI	ZONA DE APOYO INDUSTRIAL
	ZAC	ZONA ARTESANAL COMERCIAL
	AV	AREA VERDE
	ZAD	ZONA ADMINISTRATIVA
	ZCE	ZONA DE CONTROL ESPECIAL
	AE	AREA DE ECOLOGICO
	ZPE	ZONA DE PELIGROSIDAD
	ZIA	ZONA INDUSTRIAL AGRICOLA

Fuente: Municipalidad de Santa Ana.

### Clima:

El clima en general es ni muy caliente ni muy frío, por considerarse una zona que tiene más brillo de sol (6 horas/día) de todo el Valle Central, de ahí que se le denomine como “Valle del Sol”.



### **Precipitación:**

Se puede indicar que en términos generales que dentro del Valle Central las lluvias son de origen convectivo y orográfico, teniendo precipitaciones que van de 1.500 a 2.500 mm/año.

De acuerdo con la información obtenida del Instituto Meteorológico Nacional (2000), las mayores precipitaciones se desarrollan en los meses de mayo a noviembre, siendo el mes de octubre el más lluvioso (18,30% de la precipitación anual total). El resto de los meses (diciembre a abril), corresponde al periodo seco, siendo el mes de enero el más seco (0,43% de la precipitación anual total).

### **Temperatura:**

En cuanto a la temperatura se puede indicar que específicamente para el cantón de Santa Ana, y basándonos en los registros de la estación de Pavas, la temperatura fluctúa entre los 18,4°C y 26,9°C con un promedio de 22,6°C. El mes como mayor temperatura es abril con un promedio 28,3°C, mientras que el mes con menor rango de temperatura es enero con 17,7°C.

### **Altitud:**

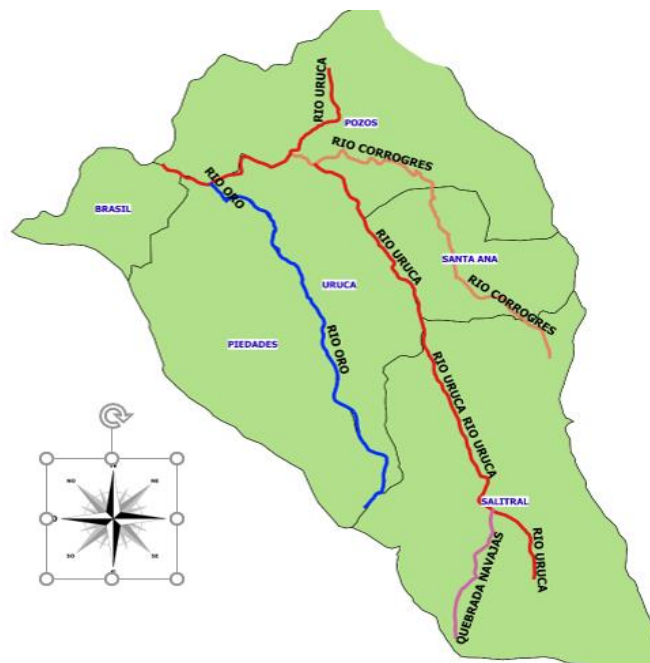
En lo que respecta a la altitud de la cuenca del río Uruca, esta varía desde los 2.365 msnm hasta los 710 msnm en la desembocadura en el río Virilla. Según la división normal de una cuenca o sea baja, media y alta, se tiene lo siguiente: La parte baja de la cuenca comprende la principal zona urbana de Santa Ana, que está a 909 msnm. Los rangos de altitud van desde los 710 msnm hasta 1.014 msnm. En la parte media de la cuenca se encuentran altitudes desde los 1.014 msnm hasta 1.419 msnm, y la parte alta tiene altitudes desde 1.419 msnm hasta los 2.365 msnm.

### **Hidrografía:**



El cantón es drenado por el Río Uruca junto con sus afluentes: el río Corrogres, al que se le unen las quebradas Lajas y Rodríguez; así como por el Río Oro y las quebradas Navajas y Pilas, La Cruz, San Marcos y Muerte. El sistema fluvial del cantón de Santa Ana corresponde a la vertiente del pacífico, la cual pertenece a la cuenca del Río Grande de Tárcoles.

### Mapa 5. Ubicación de principales ríos y quebradas del cantón de Santa Ana.



Fuente: Elaboración propia.

El sistema fluvial del cantón de Santa Ana corresponde a la vertiente del Pacífico, el cual pertenece a la cuenca del Río Grande de Tárcoles.

El cantón es drenado por el río Uruca junto con sus afluentes el río Corrogres al que se le unen las quebradas Lajas y Rodríguez; así como por el río Oro y las quebradas Navajas, Pilas, Canca, La Cruz, San Marcos y Muerte. Los citados cursos de agua nacen en la ladera noroeste de los cerros de Escazú, los cuales se unen al río Virilla, presentan una dirección



de sureste a noroeste y de noreste a suroeste. El río Virilla y la quebrada Muerte son límites cantonales; el primero con Alajuela, de la provincia del mismo nombre y Belén de la provincia de Heredia; y la segunda con Mora.

Respecto al Río Uruca, desciende por fuertes pendientes en forma encajonada a lo largo de un valle en “v” hasta alcanzar la planicie ignimbrítica donde se ubica el abanico aluvional de Santa Ana que él mismo ha formado. La cuenca del Río Uruca posee un área de 55,49 km<sup>2</sup>.

Los afluentes del Río Uruca descienden de los lomeríos sedimentarios del Este, del Intrusivo de Escazú y del Anticlinal de Pacacua. Atraviesan gargantas y cañones de laderas bastante pronunciadas presentando angostos depósitos de aluviones que forman terrazas.

Los principales tributarios del Río Uruca son los ríos Oro, Corrogres y la Quebrada Cruz, cada uno de ellos forma una microcuenca cuya demarcación se hizo a partir de la confluencia con el colector principal.

## **Cuadro 2. Hidrografía de la Cuenca del Río Uruca.**

<b>Microcuenca Río Uruca</b>	<b>Microcuenca Río Corrogres</b>	<b>Microcuenca Río Oro</b>
Río Uruca	Río Corrogres	Río Oro
Quebrada Azul	Quebrada Cabañas	Río Caraña
Quebrada Canoa	Quebrada Coyote	Quebrada Caraña
Quebrada Cañón	Quebrada Lajas	Quebrada Guapinol
Quebrada Chirracal	Quebrada Palomas	Quebrada Huitite
	Quebrada Perico	
	Quebrada Rodríguez	



Quebrada Cubillo	<b>Microcuenca Quebrada Cruz</b>  Quebrada Cruz Quebrada Cedral Quebrada San Marcos	
Quebrada Navajas		
Quebrada Pilas		
Quebrada Pitier		
Quebrada Pozón		
Quebrada Quebradilla		
Quebrada Tapezco		

Fuente: Ecoplan Ltda.,

Algunas porciones del cantón, específicamente en el sector norte y noroeste, no pertenecen a la cuenca del Río Uruca. Se trata por ejemplo de la microcuenca de la quebrada Muerte, en el extremo noroeste, que tiene una vertiente dentro de territorio santaneco, específicamente en el distrito Brasil. El cauce principal de esta quebrada es límite natural entre Santa Ana y el cantón de Mora.

Los drenes localizados en una franja territorial que va desde la confluencia del Río Uruca con el Río Virilla y hasta Puente de Mulas, desaguan directamente en el Río Virilla. El cañón que forma este río es límite natural entre Santa Ana y los cantones de Alajuela y Belén.

### **Hidrografía del Sector Norte y Noroeste**

#### **Cantón de Santa Ana (Fuera de la Cuenca del Río Uruca).**

- Río Virilla
- Quebrada El Cangrejal
- Quebrada La Máquina

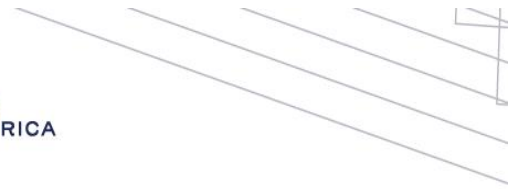


- Quebrada La Cal
- Quebrada Pizoteco
- Quebrada Los Albinos
- Quebrada Cariblanco
- Quebrada Perlas
- Quebrada de la Muerte

La mayoría de los ríos y quebradas son utilizados en las partes altas para riego de cultivos, por ejemplo, en Matinilla y Salitral se utilizan las aguas del Río Uruca para la irrigación de hortalizas y granos básicos. Pero más importante es la utilización del recurso hídrico para abastecer de agua potable a la población de Santa Ana. Este elemento es razón suficiente para que los habitantes de este cantón procuren el fortalecimiento y conservación de la Zona Protectora Cerros de Escazú. Actualmente existe una enorme presión agrícola y urbana sobre esta categoría de manejo, que ha visto reducida su cobertura boscosa para dar lugar a pastos y otros cultivos permanentes como el café.

Por otro lado, el avance urbanístico que se presenta a lo largo del Río Uruca y en otros afluentes importantes, se caracteriza por la ocupación de espacios pertenecientes al lecho fluvial de los ríos, irrespetándose visiblemente la zona de protección que dicta la ley forestal. Esta situación se convierte en un grave problema ya que los drenes son utilizados como depósitos de aguas servidas y desechos sólidos, con lo cual se contaminan sus aguas y con ello se reducen las posibilidades de aprovechamiento para otros usos.

En la parte alta y parte de la media alta, se utiliza para regar cultivos. Las zonas altas aún conservan algo de pureza en el agua. En las zonas medias y bajas se inicia la contaminación con desechos de cultivos, desechos de cría de animales, aguas servidas, desechos sólidos y



otros. Algunos de estos ríos y quebradas presentan en su recorrido caídas de agua las cuales podrían ser explotadas como un atractivo turístico adicional a los que ya ofrece este cantón. Sin embargo, la persistencia de un desarrollo desordenado pone en peligro este potencial de aprovechamiento.

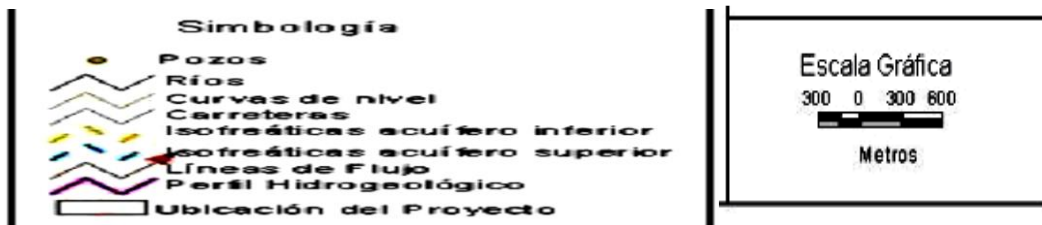
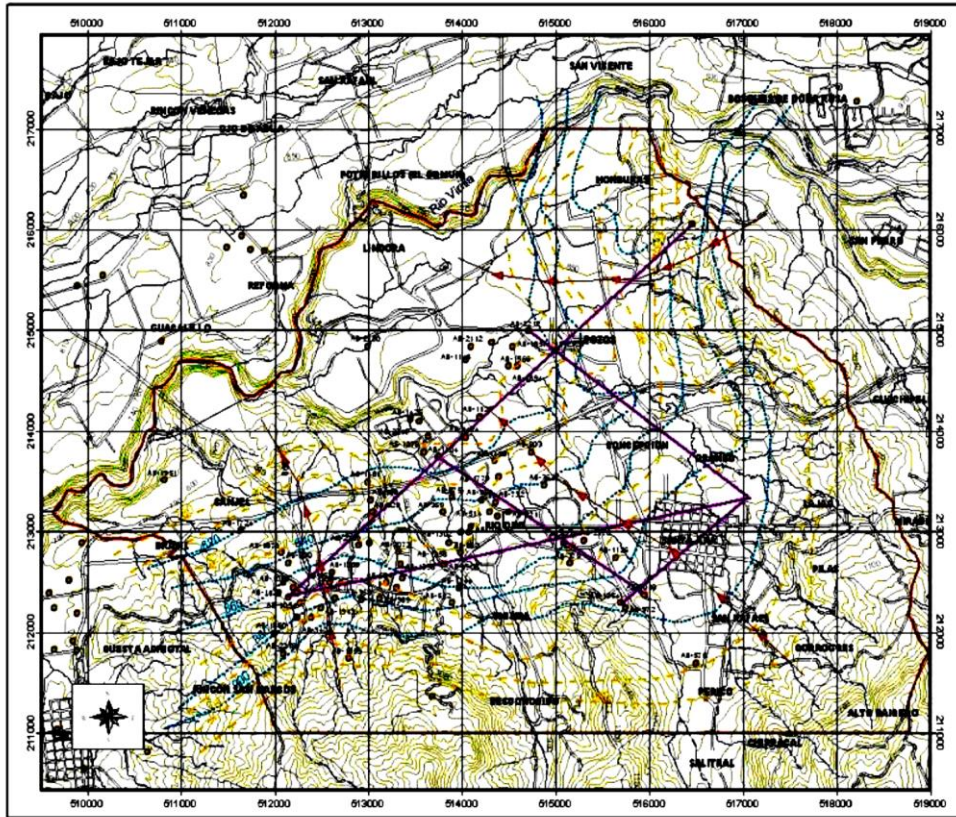
### **Caídas de Agua de la Red Hidrográfica Cantón Santa Ana.**

- Salto La Cal
- Salto Lázares
- Cascada del Perico
- Catarata del Río Uruca
- Salto de la Peña
- Salto de la Petronila
- Salto del Aguacate
- Catarata El Brasil

Estos ríos y quebradas son los más importantes, han disminuido el período de recurrencia de inundaciones a un año, y algunos a períodos menores, lo anterior por causa de la ocupación de las planicies de inundación, y el desarrollo urbano en forma desordenada y sin ninguna planificación.



Mapa 6. Mapa hidrogeológico del cantón de Santa Ana.



Fuente: Municipalidad de Santa Ana



### Cuadro 3. Uso actual de la tierra de la microcuenca del Río Uruca.

<b>COBERTURA</b>	<b>ÁREA (ha)</b>	<b>ÁREA (%)</b>
Bosque	1.950	35
Café (cultivos permanentes)	282	5
Cultivos (cultivos anuales)	665	12
Charral	135	2
Pastos	1.280	23
Infraestructura	1.215	22

**TOTAL 5.527 100**

**Fuente:** Mapa de ubicación de la microcuenca del Río Uruca, Costa Rica.

#### **Geología:**

El cantón de Santa Ana está constituido geológicamente por materiales de los períodos Terciario y Cuaternario; son las rocas sedimentarias del Terciario las que predominan en la región.

Del período Terciario se encuentran rocas de origen sedimentario e intrusivo de la época Mioceno. Las sedimentarias están agrupadas bajo el nombre de formación Pacacua, que corresponde a una secuencia de materiales, constituida por interestratificaciones de conglomerados brechosos y areniscas conglomeráticas, areniscas, limolitas y lutitas, todas tobáceas, en algunas partes con coloraciones moráceas; ubicadas entre el cerro Coyote y el sector suroeste del poblado Matinilla, y de este último hasta el cerro Mesas; así como en el sector aldaño al cerro Mina. Las rocas intrusivas, corresponden a los Intrusivos Ácidos de la Cordillera de Talamanca, tales como dioritas cuárcicas y granodioritas, también gabros y granitos; los cuales se ubican en los cerros Escazú, así como en cerro Palomas.



Entre los materiales del periodo Cuaternario, se hallan rocas de origen volcánico y sedimentario de la época Holoceno. Las primeras corresponden a materiales Volcánicos, tales como lavas, tobas y piroclastos; situados en la zona comprendida por las villas Pozos, Río Oro, Piedades y el límite norte del cantón; y a Depósitos Fluviales y Coluviales; localizados en el sector aledaño a ciudad de Santa Ana y sector sur de esta, lo mismo que en las márgenes del curso medio del río Oro.

### **Geomorfología:**

El cantón de Santa Ana presenta tres unidades geomórficas, denominadas forma originada por acción intrusiva, de origen volcánico y originados por remoción en masa.

La unidad originada por acción intrusiva, se divide en dos subunidades llamadas Macizo de Escazú y Loma del Alto de las Palomas. La subunidad Macizo de Escazú, se localiza en la zona comprendida por villa Salitral, confluencia de los ríos Virilla y Uruca, cerros de Escazú y el límite sur y oeste del cantón; se caracteriza por presentar laderas de fuerte pendiente, las divisorias son redondeadas pero muy escarpadas; esta unidad se compone propiamente de rocas ígneas intrusivas y volcánicas con escamas o intercalaciones de sedimentos, las cuales en superficie se encuentran muy meteorizadas, se observan evidencias de la acción hidrotermal, y neumatolítica a consecuencia de la vecindad en el subsuelo de masas intrusivas, manifestadas con calinización de las rocas, hilillos de sílice y silicificación en general; esta subunidad se originó por la acción causada por cuerpos intrusivos. La subunidad Loma del Alto de las Palomas, se ubica entre los poblados Honduras y Alto Palomas oeste; constituye una loma alargada, las laderas son de pendiente suave, redondeada, convexas, con muy pocas vías de drenaje superficial; esta unidad corresponde a la Formación Pacacua, cubierta hacia los flancos bajos de las laderas por ignimbritas



recientes, dentro de las rocas se encuentran areniscas tobáceas muy meteorizadas y algo afectadas por la acción hidrotermal de intrusiones locales, es frecuente la presencia de zonas muy arcillificadas que tienen problemas de estabilidad; su forma se ha originado por la acción que la erosión ha ejercido sobre rocas volcánicas sedimentarias de la citada formación, afectadas por distintos grados de efectos intrusivos.

La unidad de origen volcánico, representada por el relleno volcánico del valle central, se sitúa en la zona comprendida por ciudad de Santa Ana villa Piedades, y los poblados de Lindora y Honduras, así como en el sector este de villa Salitral; corresponde a un relieve plano ondulado. La unidad está formada en superficie por rocas volcánicas, principalmente, lavas, tobas e ignimbritas cubierta por ceniza en un espesor variable. La secuencia de lavas descansa sobre roca sedimentaria. Las lavas son del tipo andesítico. Geomorfológicamente, esta unidad no es un valle, sin embargo, para efectos políticos, socio económicos y todo tipo de referencia, se considera preferible seguirlo denominando Valle Central. El nombre técnico correcto es fosa tectónica, debido a la presencia de una falla a todo lo largo del pie de la sierra volcánica Central, la cual está evidenciada por la existencia de fuentes termominerales; así como la interrupción brusca y alineada con la supuesta falla de las estribaciones que bajan de la mencionada sierra hacia el valle; lo mismo que por la presencia de un vulcanismo sin explicación aparente (Formación Pacacua), en correspondencia con la posición de la falla o cerca de ella

La unidad originada por remoción en masa se manifiesta por el deslizamiento del alto de Tapezco, el cual se encuentra en un pequeño sector al sureste del poblado Matinilla. Se caracteriza por una marcada cicatriz en la parte superior donde se inicia el movimiento de tierras, grietas longitudinales siguiendo aproximadamente curvas de nivel y que generalmente marcó grandes diferencias de relieve, terracitas en gran cantidad, e



irregularidades abundantes en forma de montículos y depresiones. Los desplazamientos verticales son en algunos sitios de siete metros, producto del hundimiento del terreno. Las rocas de esta unidad corresponden a la formación Pacacua encontrándose areniscas, conglomerados y lutitas; todo en un alto grado de meteorización. El origen de este deslizamiento está en una capa arcillosa, que se encuentra en algunos lugares a profundidades de diez metros y en otros a veinte metros. La gran humedad dentro de estas rocas es factor primordial que favorece al movimiento de la masa del terreno.

#### I. Cuadro 4. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

Indicador (2021)	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
			Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Población Total	61 853		30803	49,8	31050	50,2	57647	93,2	4206	6,8
	N	%								
Migrantes										
Indígenas	No existen en Santa Ana									
Discapacitados										
Indigentes										
Por ciclo de vida										
Menos de 1 año	678									
1 a 9 años	8 133									



10 a 19 años	8 743								
20 a 64 años	38 558								
65 y más	5 741								
Esperanza de vida al nacer (años)	83,47 (año 2019)								
Tasa de natalidad	11,2								
Tasa de mortalidad	5,6								
Tasa de fecundidad	1,5								

**Fuente: Elaboración propia.**

### **Indicador de población total:**

Respecto a la información del cuadro anterior la población del cantón de Santa Ana en el año 2021 era de 61 853 habitantes distribuidos por distritos de mayor a menor población esta Pozos con 20 671, le sigue el distrito de Santa Ana con 12 956, Piedades con 10 263, Uruca con 9 129, los distritos con menor población fueron Salitral con 5 587 y Brasil con 3 247 habitantes.

### **Indicador de población por sexo:**

La distribución de la población del cantón de Santa Ana por sexo correspondió a 30803 hombres (49,8%) y 31050 mujeres (60,2%)

### **Indicador de población total por zona de residencia:**



La población se distribuyó según la zona de residencia con 57647 habitantes en zona urbana (93,2%) y 4206 habitantes en zona rural (6,8%).

### **Razón de envejecimiento:**

Según datos del INEC para el año 2022 habían 43,1 personas mayores de 64 años de edad por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total del cantón de Santa Ana. Los distritos con mayor razón de envejecimiento fueron Santa Ana (con 50,2) y Salitral (con 47,0), le siguieron Pozos (con 44,0), Uruca con 40,5, Piedades con 39,6 y el de menor razón de envejecimiento fue Brasil con 36,0.

### **Cuadro 5. Razón de Envejecimiento por distrito del cantón de Santa Ana año 2022.**

<b>CANTÓN Y DISTRITOS</b>	<b>RAZON ENVEJECIMIENTO</b>
Santa Ana	43,1
Santa Ana	50,2
Salitral	47,0
Pozos	44,0
Uruca	40,5
Piedades	39,6
Brasil	36,0

Fuente: INEC, 2022

### **Indicador de esperanza de vida al nacer (años):**

Según datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el área de estadística de la Universidad de Costa Rica (UCR) en el año 2006 la esperanza de vida en el cantón de Santa Ana fue de 80,08 años y al año 2019 fue de 83,47 años, este incremento es



un indicador de un mejor desarrollo económico y social en la población del cantón, aunque también propicia una transición epidemiológica caracterizada por un mayor impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles sobre la salud de la población como consecuencia del aumento de la proporción de personas de 60 años y más, edades en las cuales estas enfermedades se convierten en los mayores determinantes del estado de salud, según lo indica la investigación publicada "Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología volumen 43, Ciudad de la Habana Mayo-Agosto, 2005.

#### **Cuadro 6. ESPERANZA DE VIDA DEL CANTÓN DE SANTA ANA PERIODO 2006 A 2019.**

<b>Cantón</b>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Santa Ana</b>	80,08	81,32	80,89	82,25	82,06	82,76	83,64	81,34	82,62	82,39	81,48	81,33	82,22	83,47

Fuente: PNUD y Estadística de la UCR

#### **Indicador de población migrante:**

Según el Consejo Nacional de Migración en el 2013 sobre la ubicación cantonal, los cantones que tienen mayor porcentaje de población migrante son: Los Chiles, Garabito, Escazú, Santa Ana, La Cruz, Sarapiquí, Talamanca, San José, Curridabat, Matina, San Carlos, Montes de Oca, Alajuelita, Upala, Carrillo, Belén, Heredia, Tibás, Liberia y Alajuela y otros. Al respecto, la Política Migratoria de 2013 indicó que analizar la ubicación cantonal de las personas migrantes y sus condiciones permite distinguir los lugares hacia los que se desplazan y en los que se establecen. En ese sentido, la OEA considera que la revisión de la ubicación cantonal permite, a la vez, identificar y atender las necesidades de la población migrante y refugiada, así como de las comunidades de acogida principalmente en la demanda de los servicios públicos.




**Indicador de tasa de natalidad:**

En el siguiente cuadro se puede observar e inferir que en el año 2021 se registraron datos de mortalidad del cantón de Santa Ana que indican que la tasa de mortalidad en 11,2 estaba por encima de las tasas correspondientes al país y a la provincia de San José, así como de la mayoría de los distritos del cantón de Santa Ana con tasas por encima de los 10,5 excepto en los distritos de Piedades y Uruca.

<b>Cuadro 7. Costa Rica. Total de nacimientos por sexo, según provincia, cantón y distrito de residencia de la madre, 2021 (se filtran los datos de Costa Rica, provincia San José y cantón y distritos de Santa Ana)</b>					
		<b>Datos preliminares</b>			
Provincia, cantón y distrito de residencia de la madre	<b>Total nacimientos 2021</b>	Hombres	Mujeres	POBLACION TOTAL 2021	<b>TASA BRUTA DE NATALIDAD X 1000</b>
<b>Costa Rica</b>	<b>54 289</b>	<b>27 632</b>	<b>26 657</b>	<b>5163021</b>	<b>10,5</b>
<b>San José</b>	<b>15 403</b>	<b>7 840</b>	<b>7 563</b>	<b>1673683</b>	<b>9,2</b>
<b>Santa Ana</b>	<b>684</b>	<b>335</b>	<b>349</b>	61 162	<b>11,2</b>
Santa Ana	148	79	69	12 921	<b>11,5</b>
Salitral	79	42	37	5 508	<b>14,3</b>
Pozos	226	110	116	20 382	<b>11,1</b>
Uruca	92	47	45	9 015	<b>10,2</b>
Piedades	102	38	64	10 139	<b>10,1</b>



Brasil	37	19	18	3 197	<b>11,6</b>
--------	----	----	----	-------	-------------

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021.

### Indicador de tasa de mortalidad:

Según datos del INEC para el año 2021 la tasa de mortalidad para el cantón de Santa Ana fue de 5,6 menor a la de la Región Central Sur que fue de 6,4. La tasa del cantón de Santa Ana corresponde a una cantidad de 343 muertes de una población cantonal de 61162 habitantes.

### Indicador de tasa de fecundidad:

El número de nacimientos anuales por cada 1000 mujeres en edad fértil entre los años 15 y 49 años para el cantón de Santa Ana en el año 2021 correspondió a la tasa de fecundidad global de 1,5 la cual estuvo por encima de la tasa nacional que fue de 1,3.

### Descripción del entorno demográfico del cantón de Santa Ana:

Su población es de 61 853 habitantes (según proyección del INEC). Con una densidad poblacional de 660,5 Habs/Km<sup>2</sup>. Tiene un Índice de Pobreza Humana Cantonal IPHC / 2013: 13,5 (ocupando una posición 27 a nivel nacional)

En el siguiente cuadro se puede observar la distribución de la población del cantón de Santa Ana por distrito en el año 2021, los distritos de mayor población fueron Pozos y Santa Ana, y los menos poblados fueron Salitral y Brasil. El rango de población por distrito fue de 3.197 a 12.921 habitantes.

### Cuadro 8. Población adscrita por sector, Área de salud de Santa Ana, Año 2021

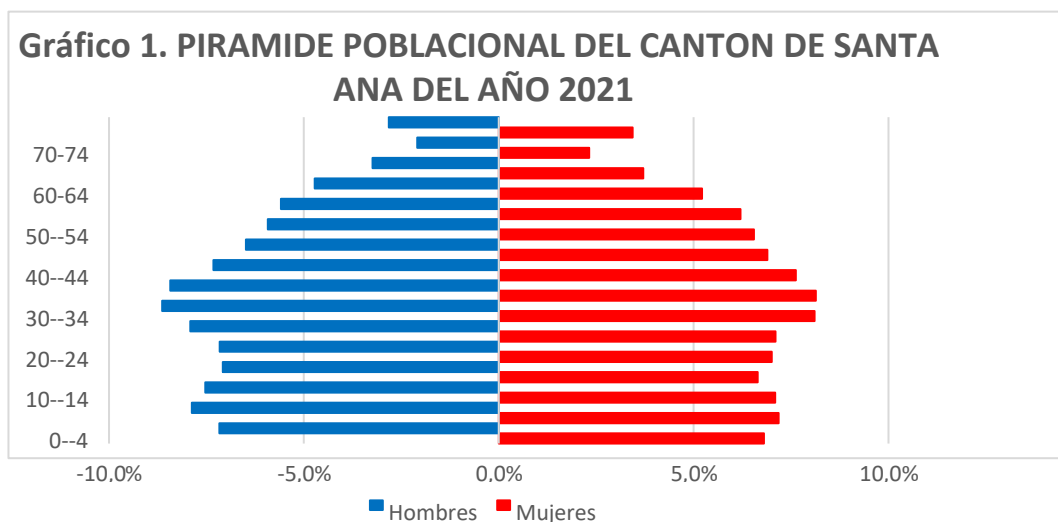
Distrito	Total
Santa Ana	20382



Salitral	12921
Pozos	10139
Uruca	9015
Piedades	5508
Brasil	3197
<b>TOTAL</b>	<b>61162</b>

Fuente: INEC, 2021

Según la pirámide poblacional del cantón de Santa Ana del año 2018 se puede apreciar una base de la pirámide ancha lo cual nos indica que la natalidad es muy alta que se corresponde con una cúspide puntiaguda, es decir, de poca población anciana, esto es semejante a la distribución poblacional de un país subdesarrollado. Se puede interpretar como una población con futuros problemas económicos ante una población con un crecimiento acelerado, que superará la capacidad de los recursos disponibles (como por ejemplo el acceso a agua potable, entre otros). Se puede deducir que esta distribución poblacional nos dice que hay suficiente población adulta, laboral y económicamente activa para alimentar al resto de la población. La distribución por sexo esta equilibrada en todos los grupos ligeramente mayormente femenina en el medio de la pirámide.

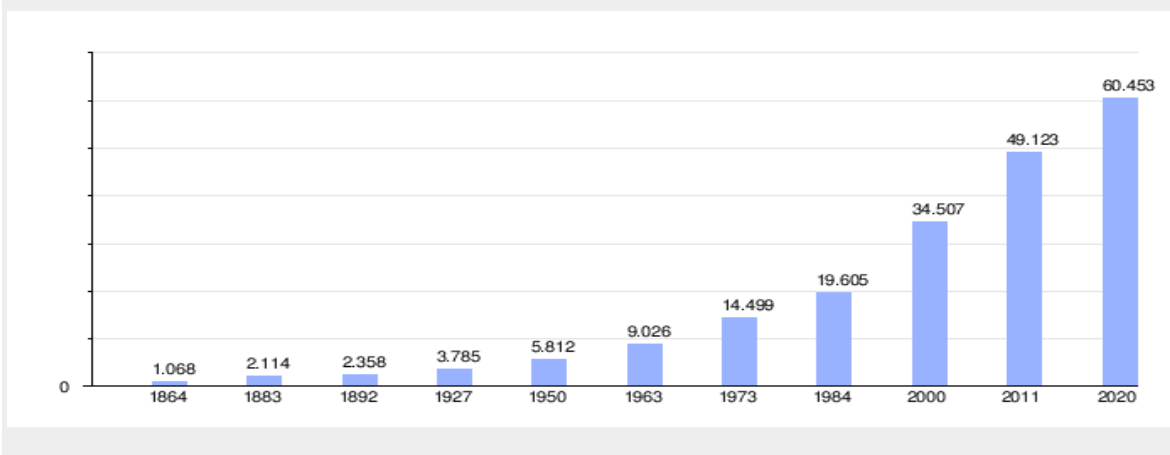


Fuente: Elaboración propia.



Según la pirámide poblacional del cantón de Santa Ana del año 2021 se puede apreciar una base de la pirámide ancha lo cual nos indica que la natalidad es muy alta que se corresponde con una cúspide puntiaguda, es decir, de poca población adulta mayor, esto es semejante a la distribución poblacional de un país subdesarrollado. Se puede interpretar como una población con futuros problemas económicos ante una población con un crecimiento acelerado, que superará la capacidad de los recursos disponibles (como por ejemplo el acceso a agua potable, entre otros). Se puede deducir que esta distribución poblacional nos dice que hay suficiente población adulta, laboral y económicamente activa para alimentar al resto de la población. La distribución por sexo esta equilibrada en todos los grupos ligeramente mayormente femenina en el medio de la pirámide.

**Gráfico 2. Evolución de la población de Santa Ana entre 1864 y 2020**



Fuente: Elaboración propia.

## II. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

**Organización política local (actores):**



<b>Cuadro 9. CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES</b>	
ACTOR SOCIAL (Ej.: ONG, Municipalidad, Grupos Comunales, Universidades, otros)	TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS O PROYECTOS EN COMÚN
Municipalidad de Santa Ana	Participa en las comisiones como por ejemplo en la Comisión Municipal de Emergencias, Gestión Integral de Residuos Sólidos, otorga los usos de suelo para establecimientos industriales, comerciales y de servicios, regula las actividades del cantón mediante los procesos de gestión ambiental, patentes según el Plan Regulador vigente.
COOPESANA R.L. Santa Ana	A través de las 6 sedes y 11 EBAIS, un laboratorio clínico, una farmacia y una clínica central brinda los servicios de atención médica de la CCSS, participa en las comisiones de COLAMMI, CILOVES, Red de Cuido del Adulto Mayor. Reporta enfermedades de notificación obligatoria.
Centros Educativos	Participan en actividades de divulgación y promoción de estilos de vida saludable y actividad física.
Iglesias católicas y no católicas	Participan en actividades de comunicación de eventos de salud.



<b>Cuadro 9. CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES</b>	
ACTOR SOCIAL (Ej.: ONG, Municipalidad, Grupos Comunales, Universidades, otros)	TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS O PROYECTOS EN COMÚN
Policía de Tránsito, Ministerio de Seguridad Pública.	Participan en la Comisión Municipal de Emergencia, en la elaboración de Plan de Contingencia local y de Emergencia, atención de denuncias por ventas ambulantes y vigilancia de eventos masivos, entre otros. Brindan apoyo a las demás instituciones
MINAE	Atención de denuncias por contaminación de medio ambiente, por construcciones y edificaciones en zonas de protección de ríos y cuencas, afectación de fuentes de agua naturales, entre otros.
MIVAH	Atención de solicitudes o gestión de solicitudes de ayuda social de vivienda a las familias desalojadas.
PANI	Acompañamiento en los desalojos de familias por situación de riesgo o inhabitabilidad.
CONAPAM	Participa en Red de cuidado del adulto mayor y acompaña en los desalojos de familias por situación de riesgo o inhabitabilidad.
IMAS	Atención de solicitudes o gestión de solicitudes de ayuda social de vivienda a las familias desalojadas



<b>Cuadro 9. CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES</b>	
ACTOR SOCIAL (Ej.: ONG, Municipalidad, Grupos Comunales, Universidades, otros)	TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS O PROYECTOS EN COMÚN
MAG	Participa en comisiones como por ejemplo en COSAL, en la Comisión Municipal de Emergencias. SENASA participa en la atención de denuncias por animales según competencia.
AYA	Atención de denuncias por problemas de falta de abastecimiento o contaminación del suministro de agua potable, participa de manera conjunta con el Ministerio de Salud en la atención de problemática con el funcionamiento de Plantas de tratamiento, entre otros.
CRUZ ROJA Y BOMBEROS	Participan en la Comisión Municipal de Emergencia, en la elaboración de Plan de Contingencia local y de Emergencia.

Fuente: Elaboración propia.

### **Organización social:**

**Perfil cultural: creencias religiosas, idiomas, expresiones artísticas, conocimientos culinarios, juegos y recreación.**

Según el documento Diagnóstico Socio Ambiental y Económico de la Zona Protectora Cerros de Escazú elaborado por el Área de Conservación Pacífico Central (ACOPAC) Sistema Nacional de Áreas de Conservación (SINAC) del año 2015, de las principales expresiones



culturales de Santa Ana, algunas de las cuales son exclusivas de este cantón josefino, en tanto que otras son también manifestaciones presentes en otros pueblos tanto del Valle Central como del resto del país. Como parte de las historias, cuentos y leyendas se citan la de la “Segua”, el “Cadejos”, la “Llorona”, la “Carreta sin Bueyes”, la “Tule Vieja”, el “Padre sin Cabeza”, el “Dueño e Monte”, la “Ju del León”, el “Mico Malo”, las “Botijas” y el “Ánima en Pena”, las cuales son parte del patrimonio intangible de nuestra cultura popular. Pero también hay otras propias de Santa Ana como la de la “Mina Ahogada”, la de la “Piedra del Encanto” y la de “Donde Cayeron los Aviones”. También refiere anécdotas de hechos acontecidos a personas y en lugares de Santa Ana como son: “Pablito y los caballos de don Maclovio”, “Pasando por el cementerio”, “Cuento de un panteonero”, y 115 “El fantasma del garaje”, así como las anécdotas de situaciones ocurridas en las celebraciones de Semana Santa (Gómez et al., 2010). Dentro de las tradiciones y distracciones que han entretenido al pueblo santaneño por décadas, se menciona los tradicionales bailes de las melcochas, el baile del mecate y el de la peseta, las carreras de cintas, la práctica de juegos tradicionales, las veladas escolares, la elaboración casera de comidas, bebidas y dulces tradicionales, así como del “guaro de contrabando”, la producción de dulce en los trapiches<sup>12</sup>, la ida al cine, las peleas de gallos, las caminatas en luna llena a la Fuente del Salitre, los paseos a Pabellón, a la Planta Hidroeléctrica de Brasil y a las pozas cercanas, así como el “muro de los lamentos” y la “banca de Ademar”. Además de las tradiciones propias del calendario festivo religioso del cantón, como los festejos patronales en honor a Santa Ana, San Rafael, San Isidro Labrador, San Juan Bautista, San Francisco de Asís y a la Inmaculada Concepción, sin dejar de lado obviamente otras que son celebradas en todo el país como la Semana Santa, la Navidad, las bodas, novenarios y primera comunión (Gómez et al., 2010).



## Partidos políticos cantonales

Durante las Elecciones municipales de Costa Rica de 2020, once partidos políticos participaron en el cantón de Santa Ana para obtener la Alcaldía y miembros del Concejo Municipal. Los resultados fueron los siguientes:

### Cuadro 10. Partidos políticos cantonales

Puesto	Bandera	Partido	Votos	%
1°		<b>Partido Liberación Nacional</b>	<b>5 454</b>	<b>34,56%</b>
2°		Partido Unidad Social Cristiana	4 484	28,41%
3°		Partido del Sol	3 122	19,78%
4°		Partido Nueva República	810	5,13%
5°		Partido Liberal Progresista	402	2,55%
6°		Partido Alianza Demócrata Cristiana	326	2,07%
7°		Partido Republicano Social Cristiano	316	2,00%
8°		Partido Unidos Podemos	254	1,61%



9°		Partido Comunal Unido	250	1,58%
10°		Partido Nuestro Pueblo	197	1,25%
11°		Partido Restauración Nacional	167	1,06%

Fuente: «Municipalidad de Santa Ana». [www.santaana.go.cr](http://www.santaana.go.cr). Archivado desde el original el 25 de enero de 2020.

### **Descripción del entorno socioeconómico del cantón de Santa Ana:**

Actualmente el cantón de Santa Ana se caracteriza por la ubicación grandes torres de oficinas donde se hospedan empresas transnacionales exportadoras de servicios, desarrollo de centros comerciales, la construcción de sofisticados complejos habitacionales de alto nivel, también aún existen actividades que con el paso del tiempo han disminuido su presencia como, por ejemplo, la producción hortícola y de las famosas cebollas. Además de ventas de artesanías, especialmente de barro de muchas pequeñas empresas familiares.

El siguiente cuadro representa la distribución de las principales actividades comerciales que cuentan con un permiso sanitario de funcionamiento o con un certificado de habilitación en el cantón de Santa Ana en el año 2018, como se puede observar son las actividades de servicios de alimentación al público las que con mayor frecuencia se otorgaron permisos sanitarios de funcionamiento en todos los distritos del cantón de Santa Ana, lo que significa una gran cantidad de solicitudes presentadas y resueltas por el Área Rectora de Salud de Santa Ana:



**Cuadro 11. DISTRIBUCION DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES COMERCIALES POR DISTRITO EN EL CANTÓN DE SANTA ANA EN EL AÑO 2018.**

DISTRIBUCIÓN DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES COMERCIALES POR DISTRITO EN EL CANTÓN DE SANTA ANA EN EL AÑO 2018					
SANTA ANA	POZOS	URUCA	PIEADADES	BRASIL	SALITRAL
RESTAURANTE	RESTAURANTE	SODA	ELABORACION Y EMPAQUE DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS	RESTAURANTE	RESTAURANTE
OFICINA ADMINISTRATIVA	OFICINA ADMINISTRATIVA	OFICINA ADMINISTRATIVA	RESTAURANTE	SODA	SODA
SODA	CONSULTORIO MEDICO	MINISUPER	OFICINA ADMINISTRATIVA	COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS CONGELADOS SECOS, ALMACENAMIENTO PULPAS, FRUTAS, PRODUCTOS ALIMENTICIOS E IMPORTACIÓN DE PRODUCTOS DE ORIGEN VEGETAL	BODEGA
BAR	SODA	ELABORACION Y EMPAQUE DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS	SODA	ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS	PANADERIA
SALA DE BELLEZA	VENTA DE COMIDAS RAPIDAS	RESTAURANTE	BAR	VERDULERIA	BAR

Fuente: Base de datos de Registro de Trámites del 2018 del Área Rectora de Salud Santa Ana.

En el siguiente cuadro se representa la distribución del área en construcción en metros cuadrados en el trienio del 2015 al 2017, indicando que el cantón de Santa Ana está dentro de los ocho primeros cantones con mayor área dedicada a la construcción en el año 2017 con 319.032 m<sup>2</sup> y durante el trienio el área construida en promedio fue de 339.922 m<sup>2</sup> (lo cual ubica por promedio al cantón de Santa Ana en el quinto lugar en todo el país, lo que es muy evidente por la creciente construcción de gran cantidad de proyectos de residenciales, de condominios, centros comerciales y torres de oficinas en el cantón en los últimos años.

**Cuadro 12. Comparativo de la ubicación de los 10 cantones con mayor área promedio dedicada a la construcción en el período de enero a diciembre del 2015 al 2017 (en metros cuadrados).**



CANTON	2015	2016	2017	PROMEDIO TRIENIO
ALAJUELA	1131947	950737	802756	961813
SAN JOSE	784189	886964	811766	827640
HEREDIA	392683	600905	378659	457416
SAN CARLOS	421426	568504	340297	443409
<b>SANTA ANA</b>	<b>319411</b>	<b>381323</b>	<b>319032</b>	<b>339922</b>
CARTAGO	358455	304643	345009	336036
ESCAZU	267370	316206	268581	284052
SANTA CRUZ	252642	234239	286776	257886
ABANGARES	15788	33500	703620	250969
BUENOS AIRES	35882	69358	629255	244832
<b>Fuente: Elaboración propia con los datos de los Indicadores CFIA de la construcción, 2017.</b>				

Según el Análisis de los objetivos de desarrollo según el Censo 2011 (una aproximación cantonal), en el cantón de Santa Ana se determinó que el 17,3% de la población se encontraba en estado de pobreza y el 4,0% se encontraba en estado de extrema pobreza para el 2011.

Según el informe Fichero Cantonal 2016 del Instituto de Formación y Estudios en Democracia (IFED) del Tribunal Supremo de Elecciones, Santa Ana presenta resultados altamente positivos en la mayoría de los indicadores demográficos socioeconómicos, lo cual presupone una mejora en la calidad de vida de los habitantes del cantón, ello se constata en poseer el primer lugar en cuanto a gestión municipal y en colocarse en posiciones privilegiadas en cuanto a desarrollo humano y equidad de oportunidades. En contraste a los logros citados, el IPHC se mantiene invariable con respecto al 2010.

Uno de los resultados obtenidos del informe Índice de Desarrollo Social 2017 de MIDEPLAN fue que en el año 2017 el 87,10 % de la población del cantón de Santa Ana logró satisfacer



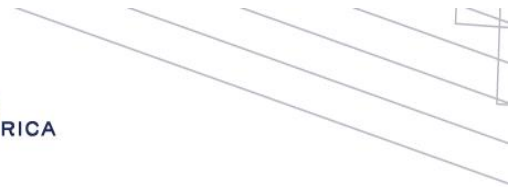
sus necesidades de índole económica, de participación social, de salud, de educación y de seguridad.

### **Vías de Comunicación:**

La red vial del Cantón de Santa Ana está conformada por vías nacionales y cantonales que en total suman 375,32 Km. La administración de la red vial se divide entre vías nacionales, la cuales están bajo la responsabilidad del Ministerio de Obras Públicas y Transportes. Corresponden a un 8% de los caminos de Santa Ana, que se traducen en 28,97 km.

El resto de las vías son cantonales y corresponden a 346,35 km. Se encuentran bajo la administración de la Municipalidad de Santa Ana. Las principales vías de acceso al cantón son:

1-Autopista Próspero Fernández. (San José – Caldera) Carretera Nacional No.27 regulada por el MOPT a 50 metros de derecho de vía. Inicia en el Distrito de Mata Redonda, Cantón Central, a un costado del Parque Metropolitano La Sabana, y toma rumbo Oeste para llegar al Cantón de Escazú. El trayecto hacia Santa Ana inicia en la divisoria de aguas entre el Cerro Coyotes y el Cerro Alto Paloma. La topografía obliga a la vía a presentar pendientes y curvas, hasta algunos metros antes de llegar al cruce a desnivel con la Radial Belén. A partir del cruce con la Radial Belén, la ruta presenta una recta amplia que continúa hacia el Oeste, hasta que se transforma en la Radial a Ciudad Colón. La vía cuenta con dos carriles en ambas direcciones, generalmente dividido por un área verde de aproximadamente dos metros en la mayoría de sus sectores, que se torna angosta en las partes montañosas. Además, cuenta con espaldón en ambas direcciones. El sector más crítico corresponde a la intersección con la Radial Belén o Ruta Nacional N° 147.



2-Radial a Santa Ana. Carretera Nacional No.147 regulada por el MOPT a 30 metros de derecho de vía, comunica a Santa Ana con la Autopista Próspero Fernández.

3-Carretera Nacional No.310. Regulada por el MOPT a 20 metros de derecho de vía, comunica a Santa Ana con Pozos y Honduras, posteriormente desemboca en Guachipelín.

4-Carretera Nacional No.121. Regulada por el MOPT a 24 metros de derecho de vía, comunica San José con Santa Ana, Piedades y Ciudad Colón.

5-Carretera Nacional No.311. Regulada por el MOPT a 20 metros de derecho de vía, comunica a Santa Ana con Salitral.

6-Avenida 1 y 4 de Santa Ana. Reguladas a 20 metros de derecho de vía.

El principal objetivo de la planificación vial es poder brindar un servicio de acceso a los diversos predios de forma aceptable y sin mayores retrasos. Mediante la apertura de vías, se abre espacio también para la distribución de servicios públicos y complementarios. Permite también la promoción de interrelaciones entre las comunidades, el intercambio de bienes y servicios, así como el acceso de estos a los consumidores.

En Santa Ana se presenta un doble fenómeno, la proliferación de residencias en condominios, la cuales atraen únicamente a clases sociales altas, debido a sus costos y la capacidad adquisitiva de los nuevos pobladores de Santa Ana que engruesan la flota vehicular del Cantón.



## **Transportes Públicos:**

En el cantón de Santa Ana se cuenta con una empresa privada de autobuses Compañía de Inversiones La Tapachula que ofrece los servicios entre los diferentes distritos y a San José.

Con los siguientes recorridos:

- San José - Santa Ana por Calle Vieja
- San José - Santa Ana por Pista
- Santa Ana - Salitral
- Santa Ana - Pozos
- Santa Ana - Barrio los Ángeles La Promesa- Santa Ana y viceversa
- Santa Ana - Montoya por Quebrador
- Santa Ana - Matinilla
- Santa Ana - Pozos
- Santa Ana - Barrio España
- Periférica - Ciudad Colón - Piedades de Santa Ana.

También cuenta con una cooperativa de taxis, que presta sus servicios en todo el cantón y tienen su punto de salida en el distrito del Centro.

Los porteadores son transportistas independientes que brindan un servicio similar al del taxista, haciéndolo de puerta a puerta, lo que quiere decir que no se mantienen en movimiento en busca de clientes como lo haría un taxista normalmente, sino que se mantienen en una base a la espera de un llamado que le permita recoger clientes en sus casas. En el cantón se han detectado tres asociaciones comerciales que se dedican a brindar este servicio, las tres se han ubicado dentro del casco central de Santa Ana a muy poca distancia unos de otros, La Asociación Transportistas del Valle, es una reunión de 42



porteadores independientes que prestan el servicio de transporte durante las veinticuatro horas del día, funcionan con sistemas de radio y una operadora que gestiona el servicio, el costo del servicio se establece de previo con el cliente o es preestablecido si se trata de clientes regulares, además se le cobra por todo el recorrido incluyendo la sección que se transitó para recoger al cliente.

La red de transporte público en el Cantón de Santa Ana es en general buena, no presenta graves problemas. Probablemente uno de los mayores problemas del servicio de autobuses, es la falta de una terminal en el centro del cantón, ya que la parada general que se tiene en este momento es ineficiente y propicia embotellamientos especialmente en aquellos momentos en los que hay más de cuatro unidades estacionadas al mismo tiempo. La ocupación de las aceras por parte de los usuarios no representa un gran problema, sin embargo, la acumulación de una gran cantidad de ellos podría entorpecer la acción peatonal, ya que la acera es demasiado angosta. Por otro lado, se debe recalcar que esta parada se encuentra sobre la vía nacional secundaria 121, la cual debería estar libre de obstáculos que impidan un tránsito fluido de vehículos, es claro que esta posición es clave para la salida de las unidades, sin embargo la ubicación de los autobuses reduce la superficie de tránsito a la mitad en este sector.

Otro de los problemas que enfrenta el servicio de autobuses en Santa Ana es el referente a las vías por las que transitan, la red vial del cantón presenta algunos caminos – especialmente caminos cantonales – que se encuentran en regular estado, siendo gran parte de ellos caminos de lastre; particularmente en Matinilla, Los Ángeles, Las Promesas, B° España y B° Montoya para citar algunos de estos sitios, las razones son variadas, desde el material de la superficie de rodamiento hasta el ancho del camino y las pendientes que



se enfrentan, provocan dificultad de conducción y por lo tanto se extienden los tiempos de recorrido.

Por último, se debe hacer notar la falta de infraestructura y mobiliario urbano destinados a servir al usuario del transporte público, son pocos los lugares en los que se pueden localizar sitios de parada establecidos con caseta, teléfono público y basurero, en la mayoría de los casos las paradas se hacen en forma arbitraria y a gusto del usuario, provocando una gran cantidad de paradas en trechos relativamente cortos, lo que conlleva problemas de embotellamientos y atrasos en el tiempo de recorrido. La mayoría de las paradas con caseta se han ubicado a orillas de las principales vías nacionales y muy pocas sobre las cantonales.

### **III. Descripción del entorno de riesgos del cantón de Santa Ana:**

#### **Amenazas por eventos naturales:**

El **deslizamiento del Cerro Tapezco** en Salitral de Santa Ana, es producto del desprendimiento de materiales del cerro del mismo nombre, se encuentra dentro de la cuenca del Río Uruca, hacia el sureste, en las faldas occidentales del Cerro Tapezco, cantón de Santa Ana, provincia de San José. Cartográficamente se le puede ubicar en las coordenadas en CRTM05 son 1094096 N, 482 002 E.



De acuerdo con la CNE (2000), el deslizamiento del cerro Tapezco está constituido por un volumen de terreno desestabilizado de 12.9 millones de metros cúbicos, dentro de un área de alrededor de 25,9 has, el cual se podría desprender en bloques pequeños. Los desprendimientos generalmente son de dos tipos: flujos de lodo y escombros, y deslizamientos de las partes altas, que generan un efecto de empuje sobre las partes bajas. La sismicidad de los años 1990 y 1991 ha generado también cambios importantes en el Cerro, aumentando su inestabilidad.

Según diversos estudios efectuados por diferentes especialistas, se ha determinado que este deslizamiento moviliza anualmente, alrededor de 400 metros cúbicos (casi mil toneladas) de material hacia el Río Uruca. Al frente del deslizamiento se encuentra un volumen de material inestable calculado en aproximadamente 2 millones de metros cúbicos, lo cual representa la mayor amenaza.

El deslizamiento principal está caracterizado por un movimiento compuesto, traslacional en su parte más baja y rotacional en los sectores más altos. Por las condiciones de saturación del suelo los meses agosto, setiembre y octubre, son los más peligrosos para que se produzcan avalanchas. Las tormentas o lluvias fuertes en estos periodos pueden ocasionar desprendimientos de una fracción importante de los materiales del Alto Tapezco.

Por su parte el **deslizamiento de Chitaría** se sitúa sobre la cuenca de la quebrada Canoa, hacia el suroeste de zona de Santa Ana, específicamente en la parte superior de la misma. La corona del deslizamiento se puede ubicar en las coordenadas 1093267 N, 479863 E. Se considera según estudios efectuados que el área inestable del mismo es de alrededor de 2 400 m<sup>2</sup>, y con evidencias de inestabilidad de al menos 5 000 m<sup>2</sup> adicionales.

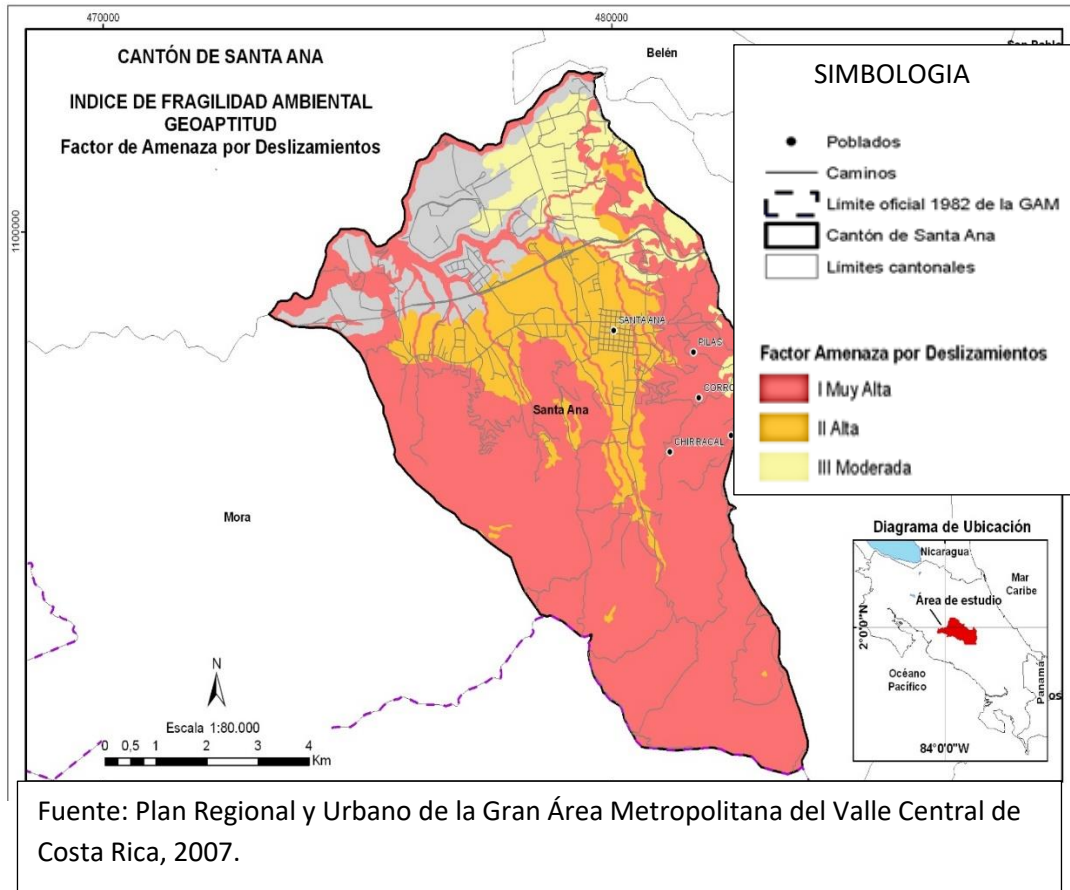


Del deslizamiento de Tapezco se tiene conocimiento, que el inicio del mismo puede datar del año de 1923, (aunque otros señalan que es partir de 1913) y se supone que el mismo se activó con el sismo de Orotina acontecido en el año de 1924, el cual afectó fuertemente parte oeste del valle central. Este sismo tuvo una magnitud o intensidad del orden de VI en la escala de Mercalli Modificada. También se tiene noticias de que se presentó actividad en los años cincuenta y durante los setenta, ocasionando pérdidas materiales. Dentro de la actividad más reciente esta un evento significativo, que se presentó el miércoles 7 de octubre de 1999, cuando se desprendieron más de 10.000 metros cúbicos.

Los eventos nombrados anteriormente han sido de considerable proporción, sin embargo, es necesario mencionar, que el Cerro Tapezco debido a su desestabilización, está en constante movimiento, provocando pequeños deslizamientos.

Por su parte el deslizamiento de Chitaría es más reciente, y el mismo se presenta aproximadamente en el año 1988, sin embargo, su principal actividad se presenta en el mes de setiembre del 2010, como producto de la presencia de lluvias durante varios días que se presentaron en el Valle Central, provocando daños en la parte baja de la cuenca de la quebrada Canoas, en el sector conocido como Barrio Montoya.

## **Mapa 8. INDICE DE FRAGILIDAD AMBIENTAL DEL CANTON DE SANTA ANA AÑO 2007.**



### Riesgos de origen antrópico:

Según el documento Diagnóstico Socio Ambiental y Económico de la Zona Protectora Cerros de Escazú elaborado por el Área de Conservación Pacífico Central (ACOPAC) Sistema Nacional de Áreas de Conservación (SINAC) del año 2015, el cantón de Santa Ana forma parte de la zona de protección de los cerros de Escazú (ZPCE) como se aprecia en el siguiente cuadro:

### Cuadro 13. Distritos del cantón de Santa Ana ubicados en la zona protectora de los Cerros de Escazú.


**Distritos ubicados dentro de la Zona Protectora Cerros de Escazú**

Cantón	Distritos
Santa Ana	Salitral, Uruca, Piedades
Escazú	San Antonio
Mora	Tabarcia Colón
Alajuelita	San Antonio San Josecito
Aserrí	Tarbaca Aserrí
Acosta	Palmichal

Fuente: Diagnóstico Socio Ambiental y Económico de la Zona Protectora Cerros de Escazú elaborado por el Área de Conservación Pacífico Central (ACOPAC) Sistema Nacional de Áreas de Conservación (SINAC) del año 2015

**Contaminación (residuos sólidos, aguas negras y agroquímicos)**

Según el documento Diagnóstico Socio Ambiental y Económico de la Zona Protectora Cerros de Escazú, el manejo inadecuado de los residuos sólidos dentro de la ZPCE, es considerado por los actores clave de las comunidades como una amenaza prioritaria. En la gira de campo, realizada en noviembre 2014, se pudo observar cómo cantidades de residuos se vierte sobre el cauce de los ríos, lo que genera presas en alcantarillas, ríos, quebradas, caños, entre otros; además de la presencia de botaderos clandestinos con los consiguientes problemas de contaminación (Foto 5).

**Foto 1. Botadero clandestino de escombros, en Pabellón de Santa Ana.**

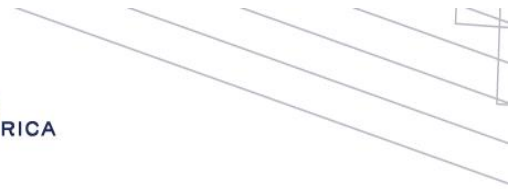


Foto 5. Botadero clandestino de escombros, en Pabellón de Santa Ana. Fuente: Fundación Neotrópica, gira de campo, mayo, 2015.

La población dentro y alrededor de la ZPCE ha creado actividades agrícolas en pendientes de moderadas hasta muy fuertes y en algunos casos con prácticas inadecuadas (foto 6). Estas prácticas de explotación de la tierra han diezariado la vegetación en esta zona.

**Foto 2. Cultivo en pendiente pronunciada en Pabellón de Santa Ana año 2014.**



Foto 6. Cultivos en pendiente pronunciada, Pabellón de Santa Ana. Fuente: Fundación Neotrópica, gira de campo, noviembre, 2014.

**Expansión urbana e inmobiliaria.**



Según el documento Diagnóstico Socio Ambiental y Económico de la Zona Protectora Cerros de Escazú, una de las principales amenazas que enfrenta la ZPCE es la presión generada por el desarrollo urbanístico (Foto 7). La invasión de las laderas ejerce una fuerte presión sobre el paisaje; esto a través de la ocupación del piedemonte en alturas entre los 1.400 y 1.500m, para la construcción de quintas de recreo o de viviendas cada vez más concentradas, así como la edificación de pequeñas urbanizaciones. En el caso de Santa Ana, la alteración de la calidad del agua de los cursos fluviales está determinada fundamentalmente por la descarga a los drenajes naturales de aguas servidas, compuestas por jabones, detergentes, grasas, residuos líquidos domésticos e industriales. Esto sucede especialmente en aquellos sitios donde se han edificado casas de habitación en las márgenes de los cuerpos de agua, alterando el ecosistema natural. Algunos sitios donde se puede apreciar esta problemática es en Salitral, Paso Machete, entre otros, donde la cercanía de las viviendas a los cauces de ríos como Uruca, Oro y Corrogres (irrespetándose visiblemente el área de protección que dicta la ley forestal) facilita la deposición de este tipo de contaminantes a sus aguas (ECOPLAN-DEPPAT, 2006).



## INDICADORES SOCIALES:

### Taza de alfabetización:

En el siguiente cuadro se puede observar que la tasa de alfabetización para el cantón de Santa Ana se ha mantenido a lo largo de los años por encima del 98%, según datos de la UNESCO.

**Cuadro 14. Taza de alfabetización en el cantón de Santa Ana años del 2010 al 2014.**

Índice ó Indicador	Año				
	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa de alfabetización adulta (%)	98,3	98,4	98,6	98,8	98,9

Fuente: Datos de bases de indicadores de la RCS de datos de la UNESCO.

### Índice de Desarrollo Humano Cantonal:

Según el Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica del año 2016 elaborado por la Universidad de Costa Rica para este indicador del progreso medio conseguido por cada cantón en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación y disfrutar de un nivel de vida digno al estar cercano del valor 1 indica que el cantón de Santa Ana con 0,944 tiene un muy alto desarrollo humano.

**Cuadro 15. Índice de Desarrollo Social Cantonal de Santa Ana en los años del 2010 al 2014.**



Índice ó Indicador	Año				
	2010	2011	2012	2013	2014
IDSc	0,902 (2)	0,900 (3)	0,926 (2)	0,925 (2)	0,944 (1)

Fuente: INEC 2014.

### Cuadro 16. Índice de Desarrollo Social Distrital de Santa Ana año 2016.

Distrito	IDS	Posición	Población 2016	Extensión	Densidad
Santa Ana	<b>90,22</b>	14	12 625	5,2	2 442
Salitral	<b>70,27</b>	155	5 073	20,4	249
Pozos	<b>95,32</b>	6	18 872	13,4	1 406
Uruca	<b>82,02</b>	50	8 391	7,0	1 206
Piedades	<b>84,62</b>	35	9 469	12,2	775
Brasil	<b>74,89</b>	99	2 948	3,3	899
IDS					
Puntaje	Clasificación				
100 - 76.88	<b>Alto</b>				
76.87 - 62.02	<b>Medio</b>				
62.01 - 47.45	<b>Bajo</b>				
47.44 - 0	<b>Muy Bajo</b>				

Fuente: Base de datos ASIS de la Región Central Sur del Ministerio de Salud 2022.

El índice de desarrollo social por distritos del cantón de Santa Ana expresa una variabilidad importante sobre todo en los valores extremos del distrito de Santa Ana con un índice alto de 90,22 y de Salitral con un índice medio 70,27.

### Cuadro 17. Proporción de Viviendas Individuales Ocupadas según Categorías o Subcategorías.



Provincia, cantón, distrito y tipo de vivienda	Total			Urbano			Rural		
	Viviendas	Ocupantes	Promedio	Viviendas	Ocupantes	Promedio	Viviendas	Ocupantes	Promedio
<b>Santa Ana</b>	8 591	<b>34 507</b>	12	<b>4 492</b>	36	12	<b>4 108</b>	<b>16 492</b>	<b>4</b>
Individual	8 404	34 346	4	4 487	<b>18 015</b>	4	4 104	16 439	4
Casa independiente	45	33 636	4	4 422	17 907	4	3 982	15 975	4
En edificio	117 259	137	4	26	17 661	4	19	66	3,5
Tugurio Otros	<b>2 187</b>	498	3	31	71	2,7	86	349	4,1
Colectiva	2 186	75	4,3	8	149	4,8	17	49	2,9
<b>Santa Ana</b>	2 128	161	3	5	26	3,3	4	53	13,3
Individual	15	<b>8 517</b>	17,9	<b>1 861</b>	108	21,6	<b>326</b>	<b>1 241</b>	<b>3,8</b>
Casa independiente	39	8 510	<b>3,9</b>	1 860	<b>7 276</b>	<b>3,9</b>	326	1 241	3,8
En edificio	4	8 288	3,9	1 844	7 269	3,9	284	1 086	3,8
Tugurio Otros	1	55	3,9	12	7 202	3,9	3	11	3,7
Colectiva	<b>815</b>	151 167	3,7	3	44	3,7	36	136 8	3,8
<b>Salitral</b>	814	<b>3 369</b>	3,9	1	15	5	3	-	2,7
Individual	802	3 353	4	1	8	8	-	<b>844</b>	- <b>4,1</b>
Casa independiente	-	3 319	7	<b>611</b>	7	7	<b>204</b>	844	4,1
En edificio	9	25	<b>4,1</b>	610	<b>2 525</b>	<b>4,1</b>	204	832	4,2
Tugurio Otros	3	9	4,1	604	2 509	4,1	198	-	-
Colectiva	1	16	4,1	-	2 487	4,1	-	12	2
<b>Pozos</b>	<b>2 138</b>	<b>9 025</b>	-	3	13	-	6	-	-
Individual	2 136	9 007	2,8	3	9	4,3	-	<b>3 748</b>	- <b>4,2</b>
Casa independiente	2 072	8 729	3	1	16	3	-	3 748	4,2
En edificio	10	21	16	<b>1 241</b>	<b>5 277</b>	16	<b>897</b>	3 601	4,2
Tugurio Otros	47	243	<b>4,2</b>	1 239	5 259	<b>4,3</b>	897	5	2,5
Colectiva	7	14	4,2	1 206	5 128	4,2	866	137 5	5,3
<b>Uruca</b>	2	18	4,2	8	16	4,3	2	<b>2 698</b>	1,7
Individual	<b>1 452</b>	<b>5 635</b>	2,1	21	106	2	26	2 678	- <b>4,0</b>
Casa independiente	1 449	5 548	5,2	4	9	5	3	2 637	4
En edificio	1 427	5 481	2	2	18	2,3	-	5	4
Tugurio Otros	8	16	9	<b>779</b>	<b>2 937</b>	9	<b>673</b>	20	2,5
Colectiva	9	35	<b>3,9</b>	778	2 870	<b>3,8</b>	671	16	4
<b>Piedades</b>	<b>1 572</b>	<b>6 199</b>	<b>3,9</b>	-	-	-	<b>1 572</b>	<b>6 199</b>	<b>3,9</b>
Individual	1 570	6 166	3,9	-	-	-	1 570	6 166	3,9
Casa independiente	1 553	6 109	3,9	-	-	-	1553	6 109	3,9
En edificio	6	22	3,7	-	-	-	6	22	3,7
Tugurio Otros	7	24	3,4	-	-	-	7	24	3,4
Colectiva	4	11	2,8	-	-	-	4	11	2,8
<b>Brasil</b>	2	33	16,5	-	-	-	2	33	16,5
Individual	<b>436</b>	<b>1 762</b>	4	-	-	-	<b>436</b>	<b>1 762</b>	<b>4</b>
Casa independiente	436	1 762	4	-	-	-	436	1 762	4
En edificio	422	1 710	4,1	-	-	-	422	1 710	4,1
Tugurio Otros	6	23	3,8	-	-	-	6	23	3,8
Colectiva	6	20	3,3	- <b>14</b>	-	- <b>4,3</b>	6	20	3,3
				<b>217</b>					

V Censo Nacional de Vivienda / Instituto Nacional de Estadística y Censos.--5a. ed.--San José, C.R.: INEC, 2002.

Según el cuadro anterior la distribución de cantidad de viviendas ubicadas por distrito de mayor a menor en el cantón de Santa Ana indica un mayor número de viviendas en los distritos de Santa Ana y Pozos, seguido de los distritos de Piedades y Uruca y los distritos con menor cantidad están Salitral y Brasil, con una importante variabilidad según zona urbana o rural en todos los distritos.


**CUADRO 18. FRECUENCIA RELATIVA DE LOS HOGARES POBRES Y NO POBRES  
SEGÚN SEXO DEL JEFE DE HOGAR:**

Total de viviendas	Porcentaje de viviendas de tipo tugurio	Total de viviendas tipo tugurio	Porcentaje de hogares con jefatura femenina que residen en tugurios	Total de hogares con jefatura femenina que residen en tugurios
15 840	0,6	95	35,7	33,9

Fuente: Censo 2011 INEC.

En el cantón de Santa Ana la relación entre hogares pobres o no pobres que tienen jefatura femenina, respecto al total de hogares en la misma condición de pobreza (pobres y no pobres) correspondió a un 35,7% de hogares en condición de pobreza con jefatura femenina durante el año 2011 según datos del INEC.

**INDICADORES ECONOMICOS:**
**CUADRO 19. PORCENTAJE DE HOGARES EN CONDICIÓN DE POBREZA NO  
EXTREMA EN EL CANTÓN DE SANTA ANA:**

Cantón	Hogares



	Total	Hogares Pobres	Porcentaje de Hogares Pobres	Grupo Clasificado
<b>TOTAL</b>	1 236 981	267 817	21,65	1

Fuente: INEC, CENSO 2011.

Según el cuadro anterior el porcentaje de hogares que tienen un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos en el cantón de Santa Ana en el año 2011 en el cantón de Santa Ana fue de 21,65%.

### **POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA:**

El indicador de Población Económicamente Activa, según Estadística Actuariales de la CCSS 2021 para el cantón de Santa Ana fue de 29 905 habitantes. Según el cuadro siguiente de la población ocupada en el cantón de Santa Ana en el año 2011 que fue de 22996 habitantes se registraron 538 habitantes en edad de 15 años y mas que estaban desempleadas es decir un 2,3%. Lo que permite deducir es que en 10 años la PEA de Santa Ana aumento en 6 909 habitantes.

### **CUADRO 20. POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE SANTA ANA.**

Cantón	Fuerza de trabajo					
	Población ocupada de 15 años y más	Población desempleada de 15 años y más	Población en fuerza de trabajo	Hombres que participan en la fuerza de trabajo	Mujeres que participan en la fuerza de trabajo	Relación dependencia económica
Santa Ana	22 996	538	23 534	13 666	9 868	108,7

Fuente: Censo 2011. Indicadores económicos según cantón. INEC 2011

### **TASA DE OCUPACIÓN:**



Según el siguiente cuadro en el año 2011 en el cantón de Santa Ana la tasa de ocupación masculina superó a la tasa de ocupación femenina.

### CUADRO 21. TASA DE OCUPACIÓN DE SANTA ANA.

Cantón	Tasa de ocupación	Tasa ocupación masculina	Tasa ocupación femenina
Santa Ana	60,4	73,9	48,2

FUENTE: INEC, 2011

### TASA DE DESEMPLEO ABIERTO:

Para le cantón de Santa Ana en el año 2011 la relación porcentual de la población desempleada de 15 años y más respecto a la población en fuerza de trabajo fue de 2,3 por debajo de la tasa nacional que estaba en 3,4.

### CUADRO 22. TASA DE DESEMPLEO ABIERTO DE SANTA ANA.

	Tasa de desempleo abierto	Tasa de desempleo abierto masculino	Tasa de desempleo abierto femenino
Costa Rica	3,4	3,6	3,1
Santa Ana	2,3	2,6	1,8

Fuente: INEC, CENSO 2011.

**COEFICIENTE GINI:** según el INEC el censo 2011 indicó que para el cantón de Santa Ana la desigualdad de los ingresos en la población fue de un 0,46 lo cual está más cercano al cero y es un buen indicador ya que en el valor cero esta la ausencia de desigualdad en los ingresos, aun así es importante considerarlo ya que refleja una desigualdad importante.

### CUADRO 23. COEFICIENTE GINI DE SANTA ANA.

	Indice GINI
Santa Ana	0,46



Fuente: INEC, CENSO 2011.

## **INDICADORES SERVICIOS:**

### **CUADRO 24. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE USA FUENTES MEJORADAS DE AGUA POTABLE:**

	Porcentaje de viviendas con agua de acueducto		Porcentaje de viviendas con agua por tubería dentro de la vivienda
<b>Distrito</b>			
<b>Santa Ana</b>	<b>96,1</b>		<b>99,1</b>
Santa Ana	99,0		99,6
Salitral	85,6		97,0
Pozos	97,2		99,7
Uruca	97,9		99,2
Piedades	93,3		98,2
Brasil	96,9		98,3

Fuente: INEC, CENSO 2011.

Según el cuadro anterior, los datos reportados por el INEC para el 2011 en Santa Ana tanto por cantón como por distrito indican que más del 85% de la población tiene agua de acueducto y más de un 97% tiene tubería para agua dentro de la vivienda.


**CUADRO 25. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE UTILIZA INSTALACIONES MEJORADAS DE SANEAMIENTO:**

<b>Censo 2011</b>	<b>Porcentaje de viviendas con servicio sanitario de alcantarillado o tanque séptico</b>	<b>Porcentaje de viviendas con servicio sanitario de salida directa a zanja, río o estero</b>	<b>Porcentaje de viviendas con servicio sanitario de pozo negro o letrina</b>	<b>Porcentaje de viviendas que no tienen servicio sanitario</b>
<b>Santa Ana</b>	<b>98,4</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>
Santa Ana	99,3	0,3	0,2	0,2
Salitral	96,5	0,5	2,6	0,3
Pozos	97,3	2,4	0,1	0,2
Uruca	99,1	0,5	0,1	0,2
Piedades	98,9	0,5	0,5	0,1
Brasil	98,6	0,3	0,9	0,3

Fuente: INEC, CENSO 2011.

Según el cuadro anterior, los datos reportados por el INEC para el 2011 en Santa Ana tanto por cantón como por distrito indican que más del 96% de la población tiene tienen instalaciones con servicio sanitario de alcantarillado o tanque séptico.

**CUADRO 26. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN GESTANTE ATENDIDA POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL EMBARAZO DEL DISTRITO DE SANTA ANA:**

<b>Total de consultas</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Acumulado %</b>
0	5	3,38%	3,38%



1	2	1,35%	4,73%
3	2	1,35%	6,08%
4	5	3,38%	9,46%
5	4	2,70%	12,16%
6	12	8,11%	20,27%
7	19	12,84%	33,11%
8	23	15,54%	48,65%
9	22	14,86%	63,51%
10	13	8,78%	72,30%
11	9	6,08%	78,38%
12	7	4,73%	83,11%
13	1	0,68%	83,78%
14	4	2,70%	86,49%
15	4	2,70%	89,19%
20	1	0,68%	89,86%
25	1	0,68%	90,54%
Ignorado	14	9,46%	100,00%
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por personal capacitado en el distrito de Santa Ana en el año 2021 fue de un 90,54% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

#### **CUADRO 27. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN GESTANTE ATENDIDA POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL EMBARAZO DEL DISTRITO DE SALITRAL:**

Total de consultas	Casos	%	Acumulado %
0	1	1,27%	1,27%
1	1	1,27%	2,53%
3	1	1,27%	3,80%
4	2	2,53%	6,33%



5	6	7,59%	13,92%
6	9	11,39%	25,32%
7	10	12,66%	37,97%
8	11	13,92%	51,90%
9	6	7,59%	59,49%
10	10	12,66%	72,15%
11	4	5,06%	77,22%
12	1	1,27%	78,48%
13	2	2,53%	81,01%
14	1	1,27%	82,28%
15	1	1,27%	83,54%
16	1	1,27%	84,81%
Ignorado	12	15,19%	100,00%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por personal capacitado en el distrito de Salitral en el año 2021 fue de un 84,81% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

#### **CUADRO 28. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN GESTANTE ATENDIDA POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL EMBARAZO DEL DISTRITO DE POZOS:**

Total de consultas	Casos	%	Acumulado %
1	1	0,44%	0,44%
2	1	0,44%	0,88%
3	2	0,88%	1,77%
4	3	1,33%	3,10%
5	4	1,77%	4,87%



6	21	9,29%	14,16%
7	12	5,31%	19,47%
8	36	15,93%	35,40%
9	41	18,14%	53,54%
10	42	18,58%	72,12%
11	7	3,10%	75,22%
12	13	5,75%	80,97%
13	4	1,77%	82,74%
14	4	1,77%	84,51%
15	5	2,21%	86,73%
16	2	0,88%	87,61%
17	2	0,88%	88,50%
18	1	0,44%	88,94%
20	2	0,88%	89,82%
38	1	0,44%	90,27%
Ignorado	22	9,73%	100,00%
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por personal capacitado en el distrito de Pozos en el año 2021 fue de un 90,27% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

**CUADRO 29. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN GESTANTE ATENDIDA POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL EMBARAZO DEL DISTRITO DE URUCA:**

Total de consultas	Casos	%	Acumulado %
2	2	2,17%	2,17%
3	2	2,17%	4,35%
4	2	2,17%	6,52%
5	3	3,26%	9,78%
6	11	11,96%	21,74%
7	8	8,70%	30,43%



8	14	15,22%	45,65%
9	17	18,48%	64,13%
10	11	11,96%	76,09%
11	1	1,09%	77,17%
12	5	5,43%	82,61%
13	1	1,09%	83,70%
14	2	2,17%	85,87%
15	1	1,09%	86,96%
20	1	1,09%	88,04%
29	1	1,09%	89,13%
Ignorado	10	10,87%	100,00%
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por personal capacitado en el distrito de Uruca en el año 2021 fue de un 89,13% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

### **CUADRO 30. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN GESTANTE ATENDIDA POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL EMBARAZO DEL DISTRITO DE PIEDADES:**

Total de consultas	Casos	%	Acumulado %
0	1	0,98%	0,98%
2	2	1,96%	2,94%
5	7	6,86%	9,80%
6	16	15,69%	25,49%
7	16	15,69%	41,18%
8	10	9,80%	50,98%
9	14	13,73%	64,71%
10	13	12,75%	77,45%



11	3	2,94%	80,39%
12	4	3,92%	84,31%
13	1	0,98%	85,29%
14	1	0,98%	86,27%
15	1	0,98%	87,25%
16	1	0,98%	88,24%
18	1	0,98%	89,22%
20	1	0,98%	90,20%
Ignorado	10	9,80%	100,00%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por personal capacitado en el distrito de Piedades en el año 2021 fue de un 90,20% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

### **CUADRO 31. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN GESTANTE ATENDIDA POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL EMBARAZO DEL DISTRITO DE BRASIL:**

Total de consultas	Casos	%	Acumulado %
2	1	2,70%	2,70%
5	1	2,70%	5,41%
6	2	5,41%	10,81%
7	2	5,41%	16,22%
8	7	18,92%	35,14%
9	9	24,32%	59,46%
10	7	18,92%	78,38%
11	2	5,41%	83,78%
12	2	5,41%	89,19%
Ignorado	4	10,81%	100,00%



Total	37	100,00%	100,00%
-------	----	---------	---------

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por personal capacitado en el distrito de Brasil en el año 2021 fue de un 89,19% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

De acuerdo con los diferentes tipos de actividades contenidas en el decreto ejecutivo 41045-S y la oficio MS-DSS-0150-2021, para el cantón de Santa Ana se identifican los siguientes tipos de establecimientos de salud y afines habilitados. En total se contabilizan 475 locales, los cuales se han segregado por actividad como se indica en la tabla a continuación:

<b>CUADRO 32. TIPO DE ESTABLECIMIENTO HABILITADO A ENERO DE 2022</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>CONSULTORIO MEDICO</b>	130
<b>CONSULTORIO ODONTOLOGIA (Incluye ortodoncia y laboratorios dentales)</b>	62
<b>CONSULTORIO NUTRICION</b>	18
<b>CONSULTORIO TERAPIA FISICA</b>	22
<b>CONSULTORIO ENFERMERIA</b>	8
<b>CONSULTORIO PSICOLOGIA</b>	13
<b>CONSULTORIO PSQUIATRÍA</b>	1
<b>CONSULTORIO TRABAJO SOCIAL</b>	1
<b>CONSULTORIO PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	1
<b>CONSULTORIO PREPARACIÓN FÍSICA</b>	1
<b>CONSULTORIO TERAPIA OCUPACIONAL</b>	1
<b>CONSULTORIO TERAPIA DE LENGUAJE</b>	2
<b>CONSULTORIOS DE OPTOMETRÍA (ÓPTICAS)</b>	22
<b>CONSULTORIOS DE AUDIOLOGÍA</b>	1
<b>CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL</b>	45
<b>CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL (MODALIDAD RESIDENCIAL)</b>	2



<b>CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO</b>	48
<b>FARMACIAS (COMUNITARIAS Y HOSPITALARIAS)</b>	27
<b>LABORATORIO CLINICO</b>	16
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS</b>	2
<b>SALAS DE ENDOSCOPIA</b>	3
<b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES</b>	8
<b>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (INCLUYE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES)</b>	3
<b>HOSPITAL</b>	1
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PARTO</b>	1
<b>SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	1
<b>SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS</b>	1
<b>SERVICIOS DE SANGRE</b>	1
<b>CIRUGÍA GENERAL O ESPECIALIZADA (INCLUYE CIRUGÍA AMBULATORIA)</b>	4
<b>AMBULANCIAS (INCLUYE SEDE)</b>	11
<b>CENTRO DE RAYOS X DENTALES</b>	2
<b>SALAS DE TATUAJES</b>	8
<b>CENTRO REHABILITACION (ALCOHOL Y DROGAS)</b>	2
<b>HOGARES DE LARGA ESTANCIA</b>	2
<b>CENTROS DIURNOS AMBULATORIOS DE ATENCIÓN A LA PAM</b>	2
<b>CAMARA HIPERBARICA</b>	2
<b>TOTAL</b>	<b>475</b>

Fuente: Elaboración propia.

### **CUADRO 33. PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN EL DISTRITO DE SANTA ANA EN EL AÑO 2011:**

<b>Persona que atendió el parto</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Acumulado %</b>
Profesional en medicina	26	17,57%	17,57%
Profesional en enfermería obstétrica	67	45,27%	62,84%



Profesional en enfermería	12	8,11%	70,95%
Otra persona	1	0,68%	71,62%
Profesional en medicina gineco-obstetra	42	28,38%	100,00%
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

### CUADRO 34. PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN EL DISTRITO DE SALITRAL EN EL AÑO 2011:

Persona que atendió el parto	Casos	%	Acumulado %
Profesional en medicina	10	12,66%	12,66%
Profesional en enfermería obstétrica	44	55,70%	68,35%
Profesional en enfermería	9	11,39%	79,75%
Profesional en medicina gineco-obstetra	16	20,25%	100,00%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por profesional capacitado en el distrito de Salitral en el año 2021 fue de un 100% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

### CUADRO 35. PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN EL DISTRITO DE POZOS EN EL AÑO 2011:



Persona que atendió el parto	Casos	%	Acumulado %
Profesional en medicina	39	17,26%	17,26%
Profesional en enfermería obstétrica	92	40,71%	57,96%
Profesional en enfermería	15	6,64%	64,60%
Otra persona	1	0,44%	65,04%
Profesional en medicina gineco-obstetra	79	34,96%	100,00%
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por profesional capacitado en el distrito de Pozos en el año 2021 fue de un 99,56% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal capacitado hacia las mujeres gestantes.

### **CUADRO 36. PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN EL DISTRITO DE URUCA EN EL AÑO 2011:**

Persona que atendió el parto	Casos	%	Acumulado %
Profesional en medicina	20	21,74%	21,74%
Profesional en enfermería obstétrica	32	34,78%	56,52%
Profesional en enfermería	7	7,61%	64,13%
Profesional en medicina gineco-obstetra	33	35,87%	100,00%
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>



Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por profesional capacitado en el distrito de Uruca en el año 2021 fue de un 100% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal profesional capacitado hacia las mujeres gestantes.

### **CUADRO 37. PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN EL DISTRITO DE PIEDADES EN EL AÑO 2011:**

<b>Persona que atendió el parto</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Acumulado %</b>
Profesional en medicina	10	9,80%	9,80%
Profesional en enfermería obstétrica	48	47,06%	56,86%
Profesional en enfermería	11	10,78%	67,65%
Comadrona	1	0,98%	68,63%
Profesional en medicina gineco-obstetra	31	30,39%	99,02%
Ignorado	1	0,98%	100,00%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por profesional capacitado en el distrito de Piedades en el año 2021 fue de un 98,04% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal profesional capacitado hacia las mujeres gestantes.


**CUADRO 38. PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO EN EL DISTRITO DE BRASIL EN EL AÑO 2011:**

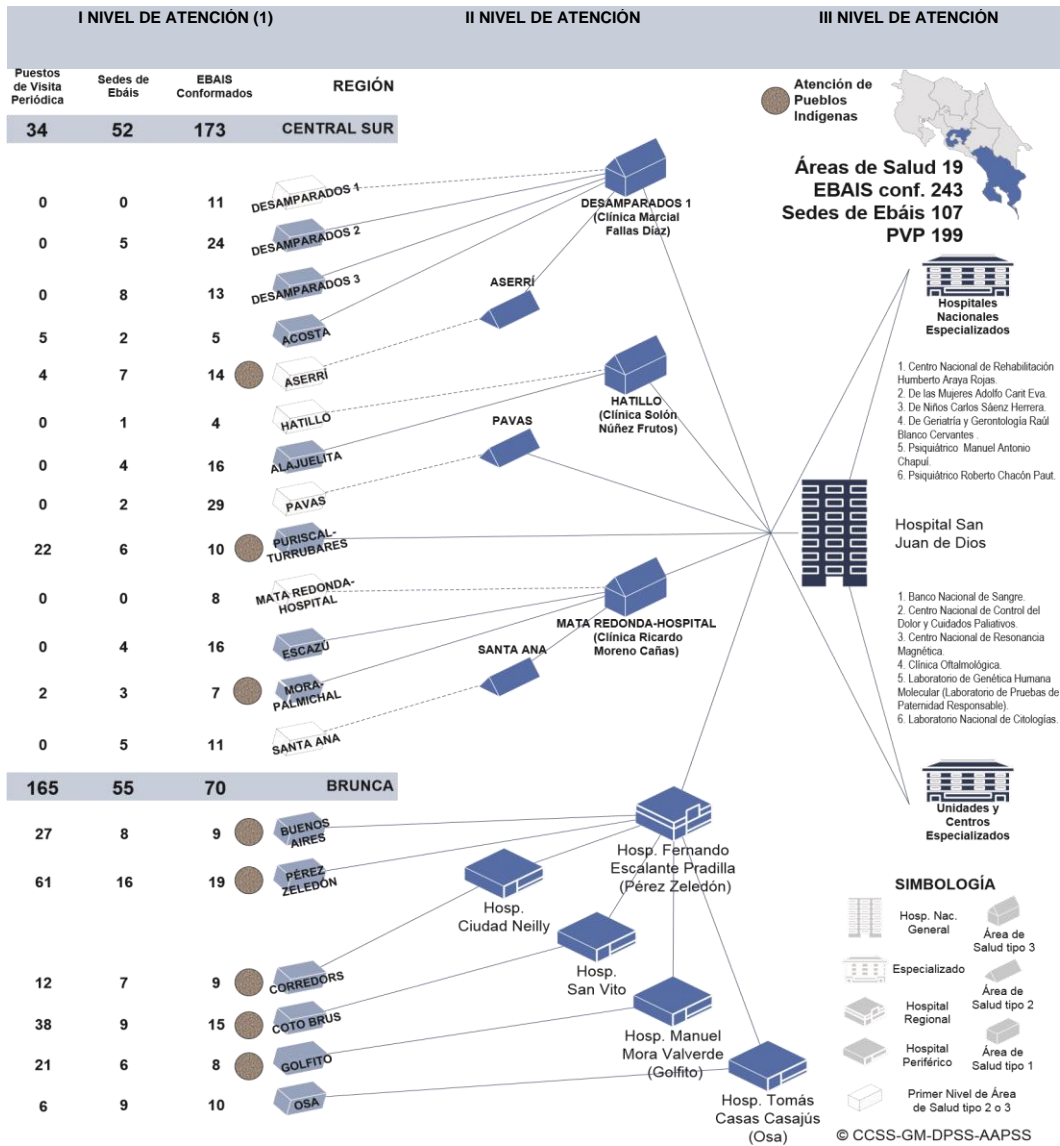
Persona que atendió el parto	Casos	%	Acumulado %
Profesional en medicina	8	21,62%	21,62%
Profesional en enfermería obstétrica	15	40,54%	62,16%
Profesional en enfermería	2	5,41%	67,57%
Profesional en medicina gineco-obstetra	12	32,43%	100,00%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente de datos: Base de Región Central Sur ASIS, CCSS 2021

El cuadro anterior indica que el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos una consulta por profesional capacitado en el distrito de Brasil en el año 2021 fue de un 100% lo cual refleja un excelente indicador de accesibilidad a la atención por personal profesional capacitado hacia las mujeres gestantes.

**GRAFICO 3. Red de servicios de salud.**

RED SUR



(1) Agrupación de Áreas de Salud según Oferta Observada en el 2006. Estudio aprobado por Junta Directiva de la CCSS en sesión 8304 artículo 7 del 04-12-2008

Fuente: Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica 2018.


**INDICADORES DEMOGRAFICOS:**
**POBLACIÓN:**

Para el año 2021 la población en el cantón de Santa Ana fue de 61853 habitantes, el distrito con mayor población fue Santa Ana y el distrito con menos población fue Brasil, esto muy relacionado con la concentración de centros de servicios, lugares de trabajo y vías de comunicación.

**CUADRO 39. DISTRIBUCION POR DISTRITO EN EL CANTÓN DE SANTA ANA AL AÑO 2021.**

Población	
Costa Rica	5 213 362
San José- PROVINCIA	1 685 299
Santa Ana	61 853
Santa Ana	12 956
Salitral	5 587
Pozos	20 671
Uruca	9 129
Piedades	10 263
Brasil	3 247

Fuente: INEC, 2021.

Para el año 2019 la población proyectada para el cantón de Santa Ana fue de 59 701 habitantes, de los cuales el 50,19% fueron mujeres y el restante 49,81% fueron hombres.

**CUADRO 40. DISTRIBUCION POR SEXO EN EL CANTÓN DE SANTA ANA AL AÑO 2011.**

INDICADOR	TOTAL (N)	SEXO
-----------	-----------	------



			HOMBRE		MUJER	
AÑO 2019 proyección			N	%	N	%
POBLACION TOTAL	59 701		29 739	49,81	29 962	50,19

Fuente: INEC, CENSO 2011.

**Densidad:** según datos del INEC para el año 2022 la densidad poblacional del cantón de Santa Ana fue de 1007,0 es decir por cada kilómetro cuadrado existen en promedio 1007 habitantes.

#### CUADRO 41. DISTRIBUCION POR SEXO EN EL CANTÓN DE SANTA ANA AL AÑO 2011.

CANTON	POBLACION		KM2	DENSIDAD POBLACIONAL
ID Cantón	Cantón	Población (Proyección 2022)	Territorio en km <sup>2</sup> (SNIT CR)	Densidad de población
109	Santa Ana	61853	61,42	1007,0

Fuente: INEC, CENSO 2022

**Mortalidad infantil:** cómo se puede observar en el siguiente cuadro la mortalidad infantil en el cantón de Santa Ana ha mostrado una importante disminución pasando del año 2013 con una tasa de 14,01 lo que represento 11 defunciones a 2022 con una tasa de 5,84 que representa un total de 4 defunciones notificadas.

#### CUADRO 42. Distribución Anual de Muertes Infantiles del 2013 al 2022 en el cantón de Santa Ana

Año	Nacimientos	Defunciones	Tasa de mortalidad por cada 1000 nacimientos
2013	785	11	14,01
2014	849	6	7,07
2015	838	7	8,35
2016	829	4	4,83



<b>2017</b>	<b>837</b>	<b>5</b>	<b>5,97</b>
<b>2018</b>	<b>806</b>	<b>6</b>	<b>7,44</b>
<b>2019</b>	<b>820</b>	<b>10</b>	<b>12,2</b>
<b>2020</b>	<b>820</b>	<b>3</b>	<b>3,66</b>
<b>2021</b>	<b>684</b>	<b>6</b>	<b>8,77</b>
<b>2022</b>	<b>684</b>	<b>4</b>	<b>5,84</b>

Fuente: INEC y Base de datos de Mortalidad Infantil del Área Rectora de Salud Santa Ana 2013 al 2022

Según datos del INEC la tasa a la que aumentó la población del cantón de Santa Ana en el año 2022, debido a un superávit de nacimientos en comparación con las muertes fue de 0,6%, tomando en cuenta que en el año 2021 se registraron 684 nacimientos, 343 defunciones, la población proyectada fue de 61162 habitantes, la tasa de natalidad fue de 11,2 y la tasa de mortalidad fue de 5,6 (por 100.000 habitantes).

La distribución de las 10 causas más frecuentes de mortalidad en el cantón de Santa Ana durante el año 2021 según datos de la Región Central Sur del Ministerio de Salud, indica que las enfermedades que afectan el sistema cardiovascular y respiratorio son las más frecuentes como se puede observar en el siguiente cuadro:

<b>CUADRO 43. DISTRIBUCION DE MORTALIDAD POR LAS 10 CAUSAS DE MUERTE DE MAYOR FRECUENCIA EN EL CANTÓN DE SANTA ANA AÑO 2021</b>			
	<b>CAUSA DE MUERTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	I21 - Infarto agudo del miocardio	101	8,52%
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	63	5,32%
3	J18 - Neumonía, organismo no especificado	34	2,87%
4	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	31	2,62%
5	I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares	28	2,36%
6	C16 - Tumor maligno del estómago	27	2,28%
7	C18 - Tumor maligno del colon	26	2,19%



8	E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente	26	2,19%
9	E14 - Diabetes mellitus, no especificada	25	2,11%
10	C34 - Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	23	1,94%
<b>Fuente: Base de datos de mortalidad de la REGION CENTRAL SUR ASIS,2021</b>			

## COMPONENTE DE SALUD MENTAL

### MARCO CONCEPTUAL (Concepto de salud mental de acuerdo con la política nacional de salud mental).

Según la Organización Panamericana de la Salud y de acuerdo con la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, *“La salud mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente” (Ministerio de Salud, 2012).*

### DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

#### Factores biológicos

El progreso de la genética ha discurrido parejo al de la neurociencia. Casi todos los trastornos mentales y del comportamiento graves y frecuentes se asocian a un importante componente genético de riesgo.

Sin embargo, tanto los estudios sobre el modo de transmisión de los trastornos mentales en el seno de familias extensas multigeneracionales, como aquellos en los que se ha



comparado el riesgo de trastornos mentales en gemelos monocigóticos (idénticos) y dicigóticos, permiten concluir que el riesgo de las formas frecuentes de trastornos mentales es complejo desde el punto de vista genético.

Los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales. Es más, puede que una predisposición genética a desarrollar un determinado trastorno mental o del comportamiento se manifieste únicamente en personas sometidas también a determinados estresores ambientales que desencadenan la manifestación de la enfermedad.

Los ejemplos de factores ambientales abarcan desde la exposición a sustancias psicotrópicas en la vida fetal a la malnutrición, las infecciones, la desintegración de la familia, el abandono, el aislamiento y los traumatismos.

### **Factores sociales, económicos y culturales**

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

### **Factores ambientales**

Cita la política Nacional de Salud Mental “Estos determinantes corresponden a los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano, que modifican el



estado de salud de las personas. Los procesos ambientales son los que inician los factores epigenéticos. La epigenética se asemeja a un proceso de interruptores genéticos que encienden y apagan los genes. El ambiente (nutrición, estrés, etc.) que las personas experimentan puede controlar estos interruptores y causar efectos hereditarios en los seres humanos”. política Nacional de Salud mental pág. 26

### **Oferta de Servicios de Salud**

Este se relaciona a la oferta de servicios de salud, la cual es principalmente médico-centrista, bióloga, los servicios de atención especializada se encuentran en el tercer nivel de atención, y según la política nacional de Salud Mental “las respuestas de los servicios son por demanda y hay una pobre capacidad instalada y escaso recurso humano capacitado ni especializado para atender a esta población. Asimismo, no existen políticas de formación de recurso humano para atender las necesidades actuales y futuras en el campo de la Salud Mental”. política Nacional de Salud mental.

### **CUADRO 44. CARACTERIZACIÓN DE ACTORES SOCIALES DE SALUD MENTAL.**

<b>Actor Social</b>	<b>Relación con el Área Rectora de Santa Ana</b>
Gobierno Local	Actor aliado.  Comunicación fluida e intervenciones en conjunto en atención de denuncias y similares. Coordinación y participación conjunta en redes como: RECAFIS, Red de



	Cuido, Red Cantonal de Red Local de Atención y Prevención de la Violencia.
CCSS (COOPESANA R.L.)	Actor aliado.  Coordinación y participación conjunta en redes como: RECAFIS, Red de Cuido, Red Local de Atención y Prevención de la Violencia, ILAIS CILOVIS, COLEAMMI).
PANI	Coordinación y participación en redes como: RECAFIS, Red Local de Atención y Prevención de la Violencia, ILAIS, Subsistema Local de Protección de Niñez y Adolescencia.
MEP	Apertura para comunicación y coordinación directa con la supervisión de circuito, coordinación con representación del departamento de orientación desde la participación en ILAIS y la Red de Atención y Prevención de la Violencia.  Apoyo a la ILAIS y la Red de Atención y Prevención de la Violencia desde el departamento de orientación de la Dirección Regional San José Oeste MEP.
Fuerza Pública	Actor aliado.



	Comunicación fluida e intervenciones en conjunto en atención de denuncias y similares. Coordinación y participación conjunta en redes como: Red Local de Atención y Prevención de la Violencia e ILAIS.
Policía Municipal	Participa en la Red de Atención de Atención y Prevención de la Violencia e ILAIS.
Instituto Mixto de Ayuda Social	Participa en las reuniones de la Red de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar e ILAIS.
Comité Cantonal de Deportes y Recreación de Santa Ana	Participación en la Red Cantonal de Actividad Física y Salud,
Cruz Roja	Participa en la Red de Atención de Atención y Prevención de la Violencia e ILAIS.

Fuente: Elaboración propia.

## SERVICIOS EN SALUD MENTAL

### CUADRO 45. Oferta de servicios en salud mental públicos y privados (psicología, psiquiatría).



<b>Públicos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Santa Ana</b>	<b>Piedades</b>	<b>Brasil</b>	<b>Pozos</b>	<b>Salitral</b>	<b>Uruca</b>
Consultorios de Psicología Área de Salud de Salud CCSS.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Consultorios Psiquiatría Área de Salud CCSS.	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Privados</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Santa Ana</b>	<b>Piedades</b>	<b>Brasil</b>	<b>Pozos</b>	<b>Salitral</b>	<b>Uruca</b>
Consultorios de Psicología.	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Consultorios Psiquiatría.	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Públicos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Santa Ana</b>	<b>Piedades</b>	<b>Brasil</b>	<b>Pozos</b>	<b>Salitral</b>	<b>Uruca</b>
EBAIS	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Consultorios de nutrición.	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



Centros de terapia física.	0	0	0	0	0	0	0
<b>Privados</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Santa Ana</b>	<b>Piedades</b>	<b>Brasil</b>	<b>Pozos</b>	<b>Salitral</b>	<b>Uruca</b>
Hospitales	2	0	0	0	2	0	0
Consultorios de nutrición.	23	8	0	1	14	0	0
Centros de terapia física.	33	13	0	1	18	0	1

Fuente: Registro de datos Habilitación de Servicios de Salud ÁRS Santa Ana.

## FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL

### Redes Comunitarias

#### CUADRO 46. Espacios de recreación.

Tipo	Cantidad	Santa Ana	Piedades	Brasil	Pozos	Salitral	Uruca
Parques		1	1	0	0	0	0
Gimnasios/Crossfit	23	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Centros turísticos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND



Clases de Gimnasia	1	0	0	0	0	0	1
Academias de danza y música	5	2	0	0	3	0	0
Academia de natación	3	2	0	0	1	0	0
Academias de artes marciales	2	0	0	0	2	0	0
Academia de golf	1	0	0	0	1	0	0
Academia de pilates	2	0	0	1	1	0	0
Estadios	1	1	0	0	0	0	0

Fuente: Registro de patentes Gobierno Local.

### CUADRO 47. Espacios educación formal

Tipo	Cantidad	Santa Ana	Piedades	Brasil	Pozos	Salitral	Uruca
CAI Públicos	6	1	1	0	2	1	1
CAI Privados	36	18	1	2	10	0	5
Centros educativos públicos primaria.	12	2	1	1	3	3	2
Centros educativos	3	2	0	0	1	0	0



públicos secundaria.							
Educación en primaria y secundaria para personas mayores de edad.	1	1	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

#### CUADRO 48. Iglesias

Tipo	Cantidad	Santa Ana	Piedades	Brasil	Pozos	Salitral	Uruca
Iglesias católicas	6	1	1	1	1	1	1
Iglesias evangélicas	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Elaboración propia.

#### Redes del cantón

- ✓ Red de Cuido para la Persona Adulta Mayor.
- ✓ Red de Atención y Prevención de la Violencia.
- ✓ Red Cantonal de Actividad Física y Salud (RECAFIS).
- ✓ Subsistema Local de Protección de la Niñez y Adolescencia.

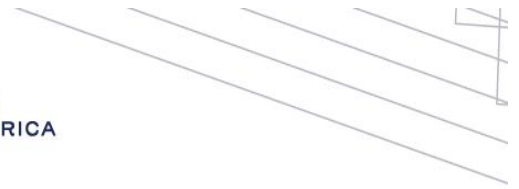


- ✓ Instancia Local de Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (ILAIS).
- ✓ Comisión Local de Vigilancia en Salud (CILOVIS).
- ✓ Comisión Local de Análisis y Evaluación de Mortalidad Materno Infantil (COLEAMMI).

### CUADRO 49. Grupos no formales

<b>Grupo Organizado</b>	<b>Distrito</b>
Grupos de vecinos INVU Margarita.	Santa Ana
Barrio organizado del Roble de Santa Ana.	Santa Ana
Grupo de Vecinos Quintas don Lalo.	Santa Ana
Barrio organizado de vecinos Calle Escuela Salitral.	Salitral
Coalición Comunitaria de la Chispa.	Pozos
Grupo de vecino Urbanización el Roble.	Pozos
Comunidad Comunitaria Barrio Palo Quemado.	Pozos
Comité Pro-Bienestar de barrio España.	Uruca
Comité Organizado Calle Los Millonarios.	Piedades
Barrio Organizado Barrio Bella Vista.	Piedades
Vecinos calle Copey.	Brasil
Grupo de la Solidaridad Piedades de Santa Ana.	Piedades
Grupos de vecinos Barrio Quirós.	Pozos

Fuente: Elaboración propia.



## **Factores de riesgo**

### **Proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad.**

En el 2019 se coordinan acciones de promoción de factores protectores de la salud a través de la recreación, la actividad física.

Durante el 2020 y 2021 el país ha atravesó por la PANDEMIA ocasionada por el Virus SARS cov 2, durante el 2020 se brindó apoyo al Proceso de Vigilancia de la Salud para la atención de la emergencia nacional, se coordinó a nivel local con la Municipalidad una campaña dirigida a familiares y comunidad para cuidado y prevención de contagio del virus de la población adulta mayor.

La contextualización por la situación de PANDEMIA durante el 2021 limitó considerablemente la posibilidad de ejecutar planes programas y proyectos de manera presencial, además diferentes estudios a nivel internacional y nacional demostraron el incremento de situaciones de afectación a la salud mental, tal es el caso de las crisis de ansiedad, depresiones, así mismo las situaciones ligadas a comportamiento suicida, y a violencia intrafamiliar, por dichas razones se priorizó en el liderazgo de la articulación interinstitucional para brindar a la población del cantón de Santa Ana, una serie de capacitaciones y talleres en modalidad virtual, así como información educativa y de sensibilización la cual fue publicada en redes sociales institucionales, y en mupis en lugares estratégicos del Cantón, en temas relacionados a prevención del suicidio, mitos del comportamiento suicida y de la violencia de género, factores de riesgo y protectores,



autocuidado, habilidades para la vida, escuela para padres madres y encargados de personas menores de edad, manejo de la ansiedad, líneas de ayuda entre otros.

Con el apoyo del Hospital Nacional Psiquiátrico del área de salud mental, se coordinó y se impartió capacitación dirigida a instituciones de primera respuesta sobre las acciones del primer abordaje del comportamiento suicida a nivel comunitario.

Paralelo a esta labor se logró la conformación y avanzar en el proceso de consolidación de la Instancia Local de Comportamiento Suicida (ILAIS), y de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 40881-S, y a la labor de dirección política realizada en el proceso se logró integrar a las instituciones públicas y organizaciones clave de competencia en la temática (Cruz Roja, CCSS (COOPESANA), Fuerza Pública, IMAS, IAFA, MEP, Municipalidad, PANI, Comité Cantonal de la Persona Joven, Comité Cantonal de Deportes y Recreación) y producto de la articulación se construyó como equipo la Ruta Crítica a nivel Local para la debida atención de casos según el nivel de riesgo.

En el 2022 y 2023, se retoman las acciones y programas en modalidad presencial, en ese sentido a través de coordinación interinstitucional se han realizado desde el enfoque de promoción de la salud mental:

Talleres en habilidades para la vida dirigidos a población estudiantil de los diferentes niveles de primaria.

Escuela para padres y academias de crianza.

Por otra como programas y acciones en prevención y atención se ha trabajado talleres de sensibilización y capacitación en comportamiento suicida y situaciones de violencia dirigidos a la comunidad en general, a instancia de primera respuesta tal como Cruz Roja, Policía Municipal, Fuerza Pública, personal docente y orientadores de centros educativos tanto de primaria como de secundaria.



Desde la Municipalidad, a través de la oficina de promoción de gestionó presupuesto para el 2022 y 2023, para implementar programa de atención psicológica, en el cual se prioriza situaciones de alto riesgo.

Además, se abrieron dos casas de escucha para la prevención primaria en situaciones de salud mental dirigidas niñez y adolescencia, las cuales se ubican en los distritos de Piedades y Pozos, el presupuesto económico es asumido por el gobierno local, y se trabaja en convenio con FUNDAMENTES.

## **INDICADORES DE SALUD MENTAL:**

### **PATOLOGÍAS MENTALES Y ASOCIADAS NOTIFICADOS EN LA BOLETA VE01 DEL 2019 AL 2022.**

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.

### **CUADRO 50. Trastorno Bipolar Afectivo.**

<b>Datos Cantón</b>		
<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Tasa (x 100.000 habitantes</b>
<b>2020</b>	<b>7</b>	<b>11.6</b>



<b>2021</b>	<b>4</b>	<b>6,6</b>
-------------	----------	------------

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior la incidencia de casos notificados con diagnóstico de Trastorno Bipolar Afectivo en el año 2021 disminuyó a poco menos de la mitad de la incidencia notificada en el año 2020, lo cual nos lleva a considerar que se requieren más acciones del sector salud para vigilar el comportamiento de dicho trastorno.

### **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas**

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) es un padecimiento que se define como el uso problemático de una sustancia como alcohol, drogas o medicamentos recetados. El individuo consume intensamente y a pesar de las consecuencias dañinas. Esto afecta su capacidad de funcionar día a día.

**Cuadro 51. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (Población de Santa Ana en el 2020 de 60 453 habitantes, en el 2021 de 61 162 habitantes y en el año 2022 de 61853 habitantes). Tasa por 100.000 habitantes.**

Año	Santa Ana	Tasa	Piedade s	Tasa	Brasi l	Tasa	Pozo s	Tasa	Salitra l	Tasa	Uruc a	Tasa
2020	1	1,65	0	0	0	0	0	0	1	1,65	1	1,65
2021	7	11,44	1	1,63	0	0	1	1,63	2	3,27	13	21,25

Fuente: Elaboración propia con datos de la Base VE-01 de Santa Ana de los años 2020 y 2021 .



Como se puede observar en el cuadro anterior la distribución de casos de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas para el año 2020 en el cantón de Santa Ana indicó que se presentó 1 casos en los distritos de Santa Ana, Salitral y Uruca y ningún caso en los distritos de Piedades, Brasil y Pozos. Para el año 2021 el distrito con mayor tasa de incidencia fue Uruca con 13 casos por cada 100 mil habitantes, le siguió el distrito de Santa Ana con una tasa de 11,44, los distritos de Piedades y Pozos presentaron una tasa de 1,63 y no se notificaron casos en el distrito de Brasil. De estos datos se puede detectar un aumento importante en la tasa de incidencia, lo cual lleva a considerar en investigar más acerca de la incidencia de este trastorno respecto a los años anteriores para tener más información que nos permita analizar el comportamiento que presenta en el cantón de Santa Ana.

## Esquizofrenia

Es un grupo de trastornos mentales graves por los cuales una persona tiene problemas para indicar la diferencia entre las experiencias reales e irreales, pensar con lógica, responder con emocionales normales a los otros y comportarse normalmente en situaciones sociales.

### CUADRO 52. Esquizofrenia

Datos Cantón		
Año	Total	Tasa
2020	2	3.3
2021	1	1.6

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

Respecto a los datos indicados en el cuadro anterior los casos notificados de Esquizofrenia en el cantón de Santa Ana fueron de 2 casos para el año 2020 y 1 caso para el 2022, reflejándose en una disminución en la tasa de incidencia del doble, lo cual no lleva a considerar en investigar más acerca de la incidencia de este trastorno respecto a los años anteriores para tener más información que nos permita analizar el comportamiento que presenta en el cantón de Santa Ana.



## Depresión.

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

### CUADRO 53. Depresión.

Año	Total	Tasa
2020	38	62.9
2021	80	129.3

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

Como se puede apreciar en el cuadro anterior la incidencia de casos notificados con diagnóstico de Depresión aumento a más del doble del año 2020 al 2021 lo cual nos lleva a considerar que se requieren más acciones del sector salud para intervenir la vigilancia y atención de dicho trastorno.

### Trastornos mentales y del comportamiento según especificidad.

**(Alzheimer, Demencia, Trastorno disociativo, Trastorno de ansiedad, Delirio, no inducido por alcohol o por otras -sustancias psicoactivas).**

#### Demencia Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral que destruye lentamente la memoria y la capacidad de pensar y, con el tiempo, la habilidad de llevar a cabo hasta las tareas más sencillas. Las personas con Alzheimer también experimentan cambios en la conducta y la personalidad.

### CUADRO 54. Demencia Alzheimer:



Año	Total	Tasa
2020	0	0.0
2021	0	0.0

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

## Demencia Vascular

La demencia vascular es un término general que describe problemas con el razonamiento, la planificación, el juicio, la memoria y otros procesos mentales provocados por el daño cerebral a causa de la disminución del flujo sanguíneo al cerebro.

### CUADRO 55. Demencia Vascular:

Año	Total	Tasa
2020	0	0.0
2021	2	3.3

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

## Demencia por otras enfermedades

Es una pérdida de la función cerebral que ocurre a causa de ciertas enfermedades. Esto afecta a una o más funciones cerebrales como la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio o el comportamiento. A la demencia también se le puede denominar trastorno neurocognitivo mayor.

### CUADRO 56. Demencia por otras enfermedades:

Año	Total	Tasa
2020	0	0.0
2021	3	5.0

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



Como se puede observar en el cuadro de los casos notificados por demencia de Alzheimer no se registraron casos en el año 2020, para la demencia vascular y por otras enfermedades hay un aumento en la incidencia de cero casos en el 2020 a 2 y 3 casos respectivamente, por lo cual es importante revisar las fuentes de datos para descartar un subregistro y para vigilar esos aumentos de incidencia.

### **Intento suicida**

Acto de lesión deliberada contra uno mismo con resultado de lesiones graves, pero no de muerte, registrado y clasificado como tal por la autoridad nacional competente.

#### **CUADRO 57. Intento suicida**

<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Tasa</b>
<b>2020</b>	<b>10</b>	<b>16.5</b>
<b>2021</b>	<b>15</b>	<b>24.8</b>

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

En el año 2020 se notificaron 10 casos de intentos de suicidio (tasa de 16,5) en el cantón de Santa Ana y para el año 2021 se registraron 15 casos que correspondieron a una tasa de 24,8. A nivel nacional se registraron 2159 casos para una tasa de 42.2, aunque no superan la tasa nacional del año 2021 si es un aumento considerable que requiere una mayor vigilancia de dicha incidencia.

### **Suicidio consumado**

Intento de suicidio con resultado de muerte. Es decir, el suicida ha conseguido quitarse la vida como deseaba hacer.

#### **CUADRO 58. Suicidio consumado.**

<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Tasa (por 100.000 habitantes)</b>



<b>2020</b>	2	3.3
<b>2021</b>	6	9.8

**Fuente: Elaboración propia.**

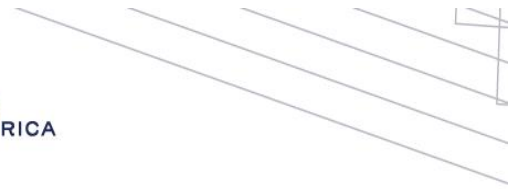
Según lo que indica el cuadro anterior en el año 2020 se notificaron 2 casos (tasa de 3,3) de suicidio consumado en el cantón de Santa Ana y para el año 2021 se registró 3 veces más correspondiente a 6 suicidios que correspondieron a una tasa de 9,8. A nivel nacional del año 2021 se registraron 44 casos para una tasa de 13,8, aunque no superan la tasa nacional del año 2021 si es un aumento considerable que requiere una mayor vigilancia de dicha incidencia.

## **PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS**

### **I. METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN DEL EQUIPO ASIS BASADO EN MORTALIDAD**

Se utilizó la mortalidad como parámetro general para la priorización, 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 el quinquenio del 2015 al 2019, esto debido a que los años 2020, 2021 y 2022 la recolección de datos fue afectada por la pandemia por Covid 19.

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.



## **Fuentes de Información para mortalidad**

Bases de mortalidad anuales de Instituto nacional de Estadística y Censos (INEC) y de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

## **Metodología**

- Los grupos de edad se clasificaron según curso de vida acorde con lo que contempla la legislación nacional y según la información disponible:
  - Niñez 1-09 años
  - Adolescencia 10 - 19 años
  - Persona adulta 20-64 años
  - Persona adulta mayor mayores de 65 años
  
- Se clasificaron los eventos según los grupos y subgrupos de carga global de enfermedad (GBD):
  - Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales
  - Enfermedades no transmisibles
  - Causas externas de morbilidad y mortalidad
  - Causas Mal definidas



■ Se utilizó la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) versión 2015, oficial para país.

- Se reclasificaron los eventos según CIE 10 a cuarto y tercer carácter de desagregación.
- Se calcularon las tasas de mortalidad simple por 1000 habitantes (ya que la población cantonal no sobrepasa los 100000 habitantes y la población de algunos distritos no sobrepasa los 10000 habitantes), para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.
- Posteriormente se calcularon las tasas promedio por quinquenio por 1000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos, utilizando una población promedio quinquenal que correspondió a 58 236 habitantes para el quinquenio del 2015 al 2019.
- Una vez agrupados los eventos por tercer carácter de CIE-10 se realizó la revisión de los eventos que tienen origen y factores determinantes en común, por ejemplo, accidentes de tránsito, las enfermedades isquémicas del corazón entre otras. Dado que las poblaciones son las mismas para los eventos se realizó la mortalidad proporcional agrupando según causalidad.

**CUADRO 59. SANTA ANA: MORTALIDAD PROPORCIONAL SEGÚN EVENTOS DE CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD 2015-2019** (Cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

Eventos	Total quinquenio	Tasa quinquenio	Porcentaje
---------	------------------	-----------------	------------



Enfermedades no transmisibles	949	16,3	80,08%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	132	227	11,14%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	94	161	7,93%
Mal definidas	10	17	0,84%
<b>Total general</b>	<b>1185</b>	<b>203500</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de I.N.E.C.-  
Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

## CUADRO 60. SANTA ANA: MORTALIDAD PROPORCIONAL SEGÚN EVENTOS DE CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD 2015-2019

(Cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

EVENTO	TOTAL QUINQ UENIO	TASA QUINQ UENIO	PORCE NTAJE
<b>Enfermedades no transmisibles</b>	949	1630	0,80
I219 - Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	94	161	0,08
I259 - Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	34	58	0,03
I251 - Enfermedad aterosclerótica del corazón	26	45	0,02
C169 - Tumor maligno del estómago, parte no especificada	26	45	0,02
C189 - Tumor maligno del colon, parte no especificada	22	38	0,02
C349 - Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	22	38	0,02
I640 - Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	20	34	0,02



C509 - Tumor maligno de la mama, parte no especificada	19	33	0,02
K769 - Enfermedad del hígado, no especificada	17	29	0,01
I679 - Enfermedad cerebrovascular, no especificada	17	29	0,01
C259 - Tumor maligno del páncreas, parte no especificada	16	27	0,01
C610 - Tumor maligno de la próstata	16	27	0,01
I200 - Angina inestable	14	24	0,01
N189 - Enfermedad renal crónica, no especificada	13	22	0,01
J440 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	13	22	<u>0,01</u>
<b>Causas externas de morbilidad y mortalidad</b>	<b>132</b>	<b>227</b>	<b><u>0,11</u></b>
X590 - Exposición a factores no especificados, que causan fractura	15	26	0,01
V299 - Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de tránsito no especificado	12	21	0,01
V892 - Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	11	19	0,01
V093 - Peatón lesionado en accidente de tránsito no especificado	8	14	0,01
X700 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación vivienda	7	12	<u>0,01</u>
<b>Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales</b>	<b>94</b>	<b>161</b>	<b><u>0,08</u></b>
J180 - Bronconeumonía, no especificada	23	39	0,02
J189 - Neumonía, no especificada	9	15	0,01
A419 - Sepsis, no especificada	5	9	0,00
P072 - Inmadurez extrema	5	9	0,00
A090 - Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	4	7	<u>0,00</u>
<b>Mal definidas</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b><u>0,01</u></b>
R990 - Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	8	14	0,01
R540 - Senilidad	1	2	0,00
R980 - Muerte sin asistencia	1	2	<u>0,00</u>

Fuente: Elaboración propia con datos de I.N.E.C.-Ministerio de Salud.

iden



De los cuadros anteriores 4 y 5 podemos observar que el evento con mayor tasa de mortalidad proporcional para el cantón de Santa Ana en el quinquenio del 2015 al 2019 correspondió a la enfermedades no transmisibles como por ejemplo el infarto agudo al miocardio y la enfermedad isquémica crónica del corazón, la enfermedad aterosclerótica del corazón con una tasa del 16,30 y el evento con menor tasa de mortalidad de un 0,17 le correspondió a la enfermedades mal definidas como por ejemplo la senilidad y la muerte sin asistencia. De lo cual podemos inferir que las enfermedades del corazón representan la mayor causa de mortalidad en el cantón de Santa Ana en los años del 2015 y 2019 y que por lo tanto, si se realizaron acciones para priorizar la prevención de dichas enfermedades se podría esperar que la mortalidad se reduzca para los siguientes cinco años, sin embargo si no se implementaron acciones para reducir la incidencia de la mortalidad por causas cardíacas entonces se podría esperar un aumento de la mortalidad por dichas enfermedades o que continúen siendo las enfermedades con las mayores tasas de mortalidad para le cantón de Santa Ana.

**CUADRO 61. Santa Ana: Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. 2015-2019 (números absolutos y porcentaje)**

Orden N°	Evento Código CIE 10	Grupo de Edad	
		Menos de 1 año	Porcentaje
1	P220 - Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	1	0,08%



2	Q348 - Otras malformaciones congénitas especificadas del sistema respiratorio	1	0,08%
3	P832 - Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	1	0,08%
Orden N°	Evento Código CIE 10	1 a 9 años	Porcentaje
1	P072 - Inmaduridad extrema	5	0,42%
2	P271 - Displasia broncopulmonar originada en el período perinatal	2	0,17%
3	Q249 - Malformación congénita del corazón, no especificada	2	0,17%
Orden N°	Evento Código CIE 10	10 a 19 años	Porcentaje
1	V892 - Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	2	0,17%
2	C119 - Tumor maligno de la nasofaringe, parte no especificada	2	0,17%
3	M623 - Síndrome de inmovilidad (parapléjico)	1	0,08%
Orden N°	Evento Código CIE 10	20 a 64 años	Porcentaje
1	I219 - Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	30	2,53%
2	V299 - Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de tránsito no especificado	12	1,01%
3	C189 - Tumor maligno del colon, parte no especificada	12	1,01%
Orden N°	Evento Código CIE 10	65 años o más	Porcentaje
1	I219 - Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	63	5,32%
2	I259 - Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	28	2,36%
3	I640 - Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	18	1,52%
Orden N°	Evento Código CIE 10	Total edades	Porcentaje
1	I219 - Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	94	7,93%



2	I259 - Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada	34	2,87%
3	C169 - Tumor maligno del estómago, parte no especificada	26	2,19%

**Fuente: Elaboración propia con datos de I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.**

Del cuadro anterior se puede observar que para el grupo de edad de 0 a 1 año las tres principales causas de mortalidad para el cantón de Santa Ana fueron el Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, otras malformaciones congénitas especificadas del sistema respiratorio y Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica con igual frecuencia, aunque es evidente que es un registro muy pequeño para representar cinco años, es importante considerar que se requiere realizar un revisión de la fuente de los datos por la posibilidad de existir un subregistro. Para el grupo de edad de 1 a 9 años de edad el evento con mayor frecuencia absoluta y relativa correspondió a la Inmaturidad extrema duplicando la frecuencia que tuvieron la displasia broncopulmonar originada en el período perinatal y la malformación congénita del corazón no especificada. La causa de mortalidad más frecuente para el grupo de edad de 10 a 19 años correspondió a persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado, es importante resaltar que no corresponde a una enfermedad la causa más frecuente de mortalidad registrada en ese grupo etario. Para la población del cantón de Santa Ana que correspondían a una edad entre 20 y más de 65 años en los años del 2015 al 2019 la causa más frecuente de mortalidad fue por Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación, que correspondió a la causa con mayor mortalidad en ese período de tiempo para todo el cantón de Santa Ana.

## **II. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD**



Es importante la participación de la comunidad en la priorización de los problemas de salud del cantón de Santa Ana y se le identifica como el actor social que tiene el suficiente conocimiento de las necesidades y problemática para establecer la priorización. Se realizó un mapeo de actores sociales de la comunidad.

## Identificación de actores sociales participantes

Metodología:

El Equipo Local procedió a realizar un análisis de los principales actores sociales de la comunidad respetando la paridad de género en la elección de los mismos y se incluyeron representantes reconocidos formalmente como gobiernos locales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, pero también se registraron aquellas que pesar de no gozar de reconocimiento formal tienen legitimidad social como: líderes comunales entre otros. 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 este paso el Equipo Local realizó un análisis de los principales actores sociales de la comunidad. Se eligieron personas según su compromiso, participación activa, interés, cooperación y rol asumido en la comunidad. Dichos actores sociales han colaborado previamente en proyectos de salud liderados por el ARS Santa Ana, por lo tanto, se tenía un conocimiento del grado de involucramiento de los mismos.



Se contó con representantes reconocidos formalmente de asociaciones de desarrollo, equipos deportivos, grupos organizados de adultos mayores, instituciones educativas, líderes comunales, líderes religiosos, grupos de liderazgo de mujeres y líderes tradicionales de grupos indígenas. En lo referente a la paridad, se trabajó con 50% de cada género.

### **CUADRO 62. Matriz de actores sociales para el ASIS Santa Ana.**

<b>Categoría del Actor</b>	<b>Actor social (institución/individuo)</b>	<b>Rol o función</b> 1. No vinculado 2. cooperante 3. comprometido	<b>Posición</b> 1. en contra 2. indiferente 3. a favor	<b>Interés</b> 1. ningún interés 2. poco interés 3. interés moderado 4. mucho interés	<b>Influencia</b> 1. Bajo 2. medio 3. alto	<b>Puntaje Final</b>
Actor del sector salud	COOPESANA Santa Ana	3	3	4	3	13
Actor del sector salud	Hospital Metropolitano Lindora	2	3	4	3	12
Actor del sector salud	Hospital Clínica Bíblica Pozos	2	3	4	3	12
Actor Municipal	Municipalidad de Santa Ana	3	3	3	3	12
Actor social	Fuerza Pública	2	3	3	3	11
Actor del sector salud	Médico privado	2	3	4	2	11
Actor social	Ministerio de Educación Pública	2	3	3	3	11
Actor social	Iglesia Católica Parroquia de Pozos	2	3	3	3	11



Actor del sector salud	Cruz Roja	2	3	3	2	10
Actor del sector salud	PANI (Patronato Nacional de la Infancia)	2	3	3	2	10
Actor social	Policía Municipal	2	3	3	2	10
Actor de la Comunidad	Representante comunal de Pozos	2	3	3	1	9
Actor de la Comunidad	Representante comunal Barrio Corazón de Jesús	2	3	3	1	9
Actor de la Comunidad	Representante comunal de Salitral	2	3	3	1	9
Actor de la Comunidad	Representante comunal de Santa Ana	2	3	3	1	9
Actor de la Comunidad	Representante comunal de Uruca	2	3	3	1	9

**Fuente: Elaboración propia.**

Para el taller con la comunidad se convocaron 20 personas representantes de múltiples sectores, el día previo confirmaron 12 de ellas, sin embargo, el día de la actividad llegaron únicamente asistieron 10. Por respeto a los participantes se realizó la actividad con los presentes. El trabajo con esta cantidad de individuos permitió llegar a resultados de forma eficiente en el proceso de priorización de los problemas de salud y salud mental de la comunidad.



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

Una vez definido los actores sociales con los que se trabajó se procedió a realizar la priorización de los problemas de salud que se identifican en la comunidad, el cual estuvo constituido en dos momentos:

### **Sondeo general de problemas de salud en la comunidad**

En este paso se utilizó la Técnica de Grupo Nominal la cual consiste en:

Cada participante partiendo de una reflexión individual escribiera en tarjetas los 3 principales problemas de salud y 3 problemas de salud mental, que considera afectan a la comunidad.

Seguidamente cada participante expone los problemas identificados al grupo.

El facilitador explica a todo el grupo en una pizarra, 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.

Posteriormente cada participante de manera individual eligió de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud y salud mental que consideró son los más importantes en la comunidad y los jerarquizó con puntuación de 1 a 5. Donde 5 es de gran importancia y 1 menor importancia. Para lo cual cada participante llenó una ficha que se le entregó de forma impresa como la siguiente:

<b>Puntaje</b>	<b>Problema de salud</b>
5 pts	xxx
4 pts	
3 pts	
2 pts	
1 pts	

Fuente: Ministerio de Salud



Seguidamente cada participante expuso su clasificación y el facilitador calculó los puntos de cada problema de salud y salud mental, según la votación individual hasta obtener los primeros 10 problemas de salud según actores sociales.

### Valorización y selección de los problemas de salud detectados en la comunidad.

Una vez que el grupo definió los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual calificó cada uno de los problemas de salud, según los siguientes criterios expresados en el Cuadro 25, para realizar dicha valoración, cada participante llenó el siguiente instrumento:

### Criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad.

Problema de salud	Magnitud	Gravedad	Nivel de oportunidad de solución	Valoración del interés de la comunidad	Demanda de los servicios de Salud
XXXX	¿Qué cantidad de población (de ese grupo social) es afectada por el problema? <b>Respuestas</b> :	¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales )	¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema? <b>Respuestas</b> :	¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema? <b>Respuestas</b> : 1. Poco interés	¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud? <b>Respuestas</b> :



	<p>1. Afecta a pocos 2. Afectada de manera moderada 3. Afecta a muchos</p>	<p>importantes ? <b>Respuestas:</b> 1. Baja 2. Media 3. Alta</p>	<p>1. pocas oportunidades 2. Oportunidades moderadas 3. Altas oportunidades</p>	<p>2. Interés medio 3. Alto interés</p>	<p>1. Poca demanda 2. Moderada demanda 3. Alta demanda</p>
--	--	--	---	---	--

Fuente: Ministerio de Salud



### CUADRO 63. Valoración individual de cada participante de los problemas de salud mental priorizados

#	Problema de Salud Mental	Puntaje del participante												Total
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	
1	VIOLENCIA	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5			<b>57</b>
2	INSEGURIDAD	5	4	2	5	4	5	4	5	4	3			<b>51</b>
3	ENOJO	3	2	3	3	2	4	4	5	5	4			<b>45</b>
4	DEPRESION	4	3	3	3	5	3	2	4	5	5			<b>47</b>
5	ANSIEDAD	2	3	5	5	1	2	2	4	5	2			<b>40</b>

Fuente: Ministerio de Salud

### CUADRO 64. Valoración individual de cada participante de los problemas de salud priorizados.

#	Problema de Salud	Puntaje del participante												Total
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	
1	Inseguridad ciudadana	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	<b>53</b>
2	Venta y consumo de drogas	3	3	4	3	4	3	4	5	4	4	5	5	<b>42</b>
3	Desempleo	5	2	3	3	3	2	4	4	5	4	4	5	<b>39</b>
4	Congestionamiento vial	2	4	1	4	2	3	3	5	4	1	5	3	<b>34</b>
5	Insuficientes servicios de salud	1	1	2	2	1	3	2	2	1	3	4	3	<b>22</b>



Fuente: Elaboración propia.

Obtenida esta valoración individual, el facilitador procedió a colocar y sumar los puntajes que cada participante asignó a los problemas. De esta forma se obtuvo un consolidado de valoración de los 3 principales problemas de salud mental y 3 de salud general, según la opinión del grupo.

### CUADRO 65. Valoración de problemas de salud y salud mental (Puntaje grupal).

PROBLEMA DE SALUD		TOTAL
1	INSEGURIDAD CIUDADANA	154
2	CONGESTIONAMIENTO VIAL	152
3	INSUFICIENTE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	150
PROBLEMA DE SALUD MENTAL		TOTAL
1	INSEGURIDAD EMOCIONAL	156
2	VIOLENCIA	154
3	ESTRÉS	150

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los 3 problemas con la comunidad se realizó mediante la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”. La cual consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular.

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 hacen preguntas para analizar las posibles causas del problema, caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que originó el problema. Considere que no tienen por qué ser exactamente 5 preguntas, sino que esto va a depender de la longitud y complejidad del proceso causal del problema.



### **CUADRO 66. Problema 1: INSEGURIDAD CIUDADANA Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud**

1. ¿Por qué ocurre el problema de inseguridad ciudadana?

Respuesta: Respuesta inadecuada de las organizaciones encargadas y aumento de la delincuencia.

2. ¿Por qué motivos, actividades o acciones produce esa respuesta inadecuada de las organizaciones y ocurre el aumento de la delincuencia?

Respuesta: Desinterés comunitario, asesinatos, asaltos, robos a viviendas a comercio.

3. ¿Porque que se ocurre ese desinterés comunitario, los asesinatos, asaltos y robos y por quien o quienes ocurren?

Respuesta: Por falta de estudios, mala formación de los padres.

4. ¿Por qué hay falta de estudios y mala formación de los padres?

Respuesta: Discriminación por falta de valores e interés de las familias, no hay suficiente recurso y falta de educación.

5. ¿Por qué le falta a las familias el interés, los valores, los recursos y la educación?

Respuesta: Visión, oportunidades, experiencia, falta de interés, falta de recursos y aumento de la población delincuente.

Respecto al cuadro anterior el problema de inseguridad ciudadana es producido por desinterés comunitario, falta de estudios y mala formación de los padres y falta de suficientes recursos. Para la atención del problema es crear oportunidades y aumento de recursos.



### **CUADRO 67. Problema 2: CONGESTIONAMIENTO VIAL Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud**

1. ¿Por qué ocurre el problema del congestionamiento vial?

Respuesta: Aumento de tránsito, crecimiento vial, muchas construcciones, empresas, condominios.

2. ¿Porque ocurre el aumento de tránsito, el crecimiento vial, las construcciones de empresas y condominios?

Respuesta: Por el exceso de población, vehículos y calles angostas y carros mal parqueados en las orillas de las calles (presas).

3. ¿Porque hay ese exceso de población y vehículos y porque hay calles angostas y carros mal parqueados en las orillas de las calles ?

Respuesta: Porque las personas que trabajan se les facilitan los vehículos, pero no se construyen suficientes áreas de parqueo y no hay como aumentar los carriles de las calles.

4. ¿Por qué no hay suficientes áreas de parque ni recursos para aumentar los carriles de las calles?

Respuesta: Las empresas deberían tener recursos para poner colectivos a sus empleados y acuerdos entre familias como una solución alternativa.

5. ¿Por qué no se cuenta con los recursos necesarios para implementar las soluciones alternativas?

Respuesta: Por falta de coordinación, consideración y educación, por falta de uso del transporte público.

Respecto al cuadro anterior el problema del congestionamiento vial se debe al exceso de la población, de vehículos y a calles agostas, que una medida correctiva es que las empresas pongan transportes colectivos a sus empleados y lograr que las familias acuerden un transporte más eficiente y usar el transporte público.

### **CUADRO 68. Problema 3: INSUFICIENTE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud**

1. ¿Por qué ocurre el problema de insuficiente oferta de servicios de salud?

Respuesta: Servicios privados de alto costo, ausencia de especialidades en los servicios de la CCSS, aumento de migrantes.



2. ¿Porque se debe consultar a los servicios privados y no ha los servicios de la CCSS?

Respuesta: Por falta de personal en diferentes especialidades de las clínicas, disminución de coberturas de la población que va en aumento.

3. ¿Porque hay falta de personal y disminución de coberturas de la población?

Respuesta: Poca visión de los directivos de los centros de salud para las especialidades y necesidades de las personas.

4. ¿Por qué los directivos de los centros de salud tiene poca visión respecto a la falta de personal y las necesidades de las personas?

Respuesta: No hay suficientes recursos humanos y materiales para la cobertura de la población, porque las personas y comunidades no se manifiestan.

5. ¿Por qué las comunidades no se manifiestan y que necesidades son prioritarias?

Respuesta: Informar y acercarse a las comunidades con censos. Más presupuesto y construcción de una entidad con nivel hospitalario.

Según los actores sociales participante el problema de insuficientes servicios de salud se debe servicios privados de alto costo, ausencia de especialidades en los servicios de la CCSS, aumento de migrantes y dentro de las soluciones están informar a la comunidad y más presupuesto.

## PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

### CUADRO 69. Problema 1: INSEGURIDAD EMOCIONAL Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud.

1. ¿Por qué ocurre la inseguridad emocional?

Respuesta: Perdida de valores, inestabilidad familiar (violencia doméstica) e inestabilidad económica.

2. ¿Porque ocurre la perdida de valores, inestabilidad familiar (violencia doméstica) e inestabilidad económica?

Respuesta: Falta de atención de los centros de salud. Carencias económicas, de empleo, vivienda y alimentaria.



3. ¿Porque hay falta de atención de los centros de salud, carencias económicas, de empleo, vivienda y alimentaria?

Respuesta: Falta de mejora de los servicios de atención por parte del Estado. Producto de la pandemia.

4. ¿Por qué el Estado no mejora los servicios de salud?

Respuesta: Por falta de comunicación con la comunidad, no hay suficientes recursos institucionales y humanos para cubrir a la población afectada.

5. ¿Por qué hay falta de comunicación con la comunidad, no hay suficientes recursos institucionales y humanos para cubrir a la población afectada?

Respuesta: Falta de comunicación, falta de apoyo, no se aumentan los recursos y educación a la población.

Para el problema de inseguridad emocional los participantes identificaron que algunas causas corresponden a pérdida de valores, inestabilidad familiar (violencia doméstica) e inestabilidad económica y propusieron soluciones como mejorar la comunicación, aumentar recursos y educación a la población.

### **CUADRO 70. Problema 2: VIOLENCIA Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud**

1. ¿Por qué ocurre el problema de la violencia?

Respuesta: Inestabilidad emocional, crisis económica, poca tolerancia.

2. ¿Porque hay Inestabilidad emocional, crisis económica, poca tolerancia ?

Respuesta: Falta de empatía, poca comprensión, por falta de trabajo en conjunto con las drogas.

3. ¿Porque hay falta de empatía, poca comprensión, falta de trabajo y exposición a las drogas?

Respuesta: La acción debe ser vigilada por el departamento de salud mental. Por falta de comunicación en la familia, por vicios.

4. ¿Por qué hay falta de comunicación en la familia y ocurrencia de vicios?

Respuesta: Falta de cobertura de la población afectada, por falta de valores.



5. ¿Por qué hay falta de cobertura de la población y falta de valores?

Respuesta: No hay aumento de recursos materiales y humanos, falta de educación a la población.

Respecto al cuadro anterior para el problema de salud mental de violencia los participantes indicaron que dentro de las causas están la inestabilidad emocional, la crisis económica y poca tolerancia. Algunas de las acciones para intervenir en el problema son el aumento de recursos materiales y humanos y la educación de la población.

### **CUADRO 71. Problema 3: ESTRÉS Esquema de “los 5 porqués en la comunidad Salud**

1. ¿Por qué ocurre el problema del estrés?

Respuesta: Aumento de la problemática de salud, trabajo y relaciones interpersonales.

2. ¿Porque hay aumento de la problemática de salud, de trabajo y de relaciones interpersonales ?

Respuesta: Por falta de trabajo, en conjunto con drogas. Pérdida de capacidad resolutive a los problemas que le aquejan.

3. ¿Porque hay falta de trabajo, afectación por drogas, pérdida de capacidad resolutive a los problemas?

Respuesta:

Por falta de comunicación entre la familiar por vicios. Falta de servicios de salud, iglesias, IMAS, INVU y Red de Cuido.

4. ¿Por qué hay falta de comunicación entre la familiar, de servicios de salud, iglesias, IMAS, INVU y Red de Cuido?

Respuesta: Por falta de valores y por las personas alrededor. Incapacidad resolutive de la sociedad.

5. ¿Por qué hay falta de valores e incapacidad resolutive de la sociedad?

Respuesta: Hay discriminación, falta de oportunidades para las personas. Falta de concientización para aumentar recursos y valores.



Otro de los problemas de salud mental identificados fue el estrés, algunas de las causas identificadas por los participantes fueron el aumento de la problemática de salud, de trabajo y relaciones interpersonales. Algunas de las acciones para la atención del problema propuestas fueron no discriminar y dar oportunidad a todas las personas y la concientización para aumentar recursos y valores.

## 8. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

En este paso se tomaron los problemas priorizados por el Equipo Local, y los problemas identificados en la comunidad y se procedió a su análisis. Para realizar dicho análisis se utilizó el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado). El diagrama Causa-Efecto es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud. Este diagrama contiene cuatro niveles:

Nivel 1: Dimensiones retomando una parte del Modelo teórico-metodológico para el análisis de situación de salud según Determinantes Sociales INHEM. 2019, adaptación más didáctica del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

Nivel 2: Causas raíz del problema de salud por dimensión

Nivel 3. Causas secundarias Nivel 4: las causas terciarias

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 deberá ubicar las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias.

### ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍZ CON LOS EXPERTOS

#### IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS RAÍZ, SUS CAUSAS SECUNDARIAS Y TERCIARIAS DEL PROBLEMA DE SALUD



Para llevar a cabo este paso el Equipo Local realizó el pasado 05 de julio de 2023 un taller con los expertos según los problemas de salud para determinar todas las causas raíz del problema de salud identificado y cada una de sus causas secundarias y terciarias. Se invitaron a 15 expertos, se presentaron 10 expertos de las diferentes instituciones del cantón de Santa Ana con los cuales se realizó el taller. Este paso se realizó para cada uno de los problemas identificados.

Para la selección del grupo de expertos el Equipo Local analizó el tipo de problemas de salud priorizados y se seleccionaron según el conocimiento en el tema. La distribución de los expertos en equipos de trabajo se realizó según la vinculación con el problema de salud, sin embargo, la cantidad de expertos fue reducida por lo que todos analizaron cada problema de salud.

El Equipo Local junto con los expertos deberá analizar para cada dimensión las causas raíz principales que afectan el problema de salud identificado. Se realizó debido llenado de la Plantilla 02 Diagrama Causa-Efecto para cada problema identificado.

La definición de causa raíz, secundaria y terciaria son las siguientes:

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



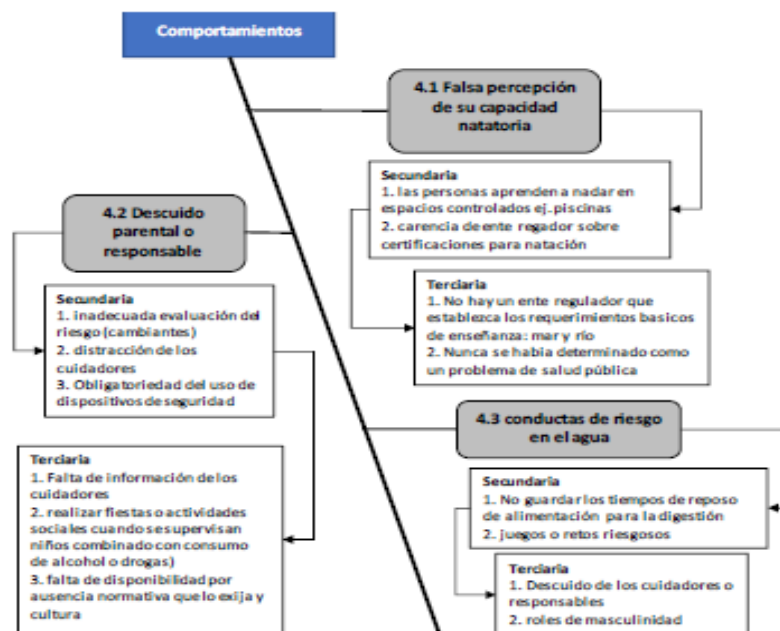
Para la identificación de las causas se puede utilizar las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Qué hábitos individuales inciden en que se presente el problema de salud?
- ¿Qué condiciones sociales favorecen la producción y el mantenimiento del problema de salud?
- ¿Qué condiciones económicas favorecen la producción y el mantenimiento del problema de salud?
- ¿Cuáles factores ambientales se convierten en un elemento de riesgo para que se presente el problema de salud?
- ¿Cuáles servicios básicos se relacionan con el problema de salud?
- ¿Cuáles servicios de salud inciden en el problema de salud?
- ¿Qué elementos de la biología humana condicionan la presencia del problema de salud en la población?
- ¿Cuáles procesos productivos pueden ayudar a que se agrave el problema de salud planteado?
- ¿Cuáles perfiles laborales tienen relación con el problema de salud planteado?



Para una mejor comprensión se presenta un ejemplo del llenado del Diagrama Causa-Efecto contemplando únicamente dos dimensiones.

### W74- Ahogamiento y sumersión no especificado





## II. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS A TRAVÉS DE SUS CAUSAS PRIORIZADAS

### CARDIOPATÍAS:

- 1. Infarto Agudo de Miocardio, sin otra especificación,**
- 2. Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, no especificada y**
- 3. Enfermedad Aterosclerótica del Corazón.**

Estas tres causas de mortalidad se analizarán en conjunto ya que según el criterio del equipo técnico están relacionadas en su causalidad, por sus factores predisponentes de riesgo como por su clínica y manejo médico, además ocupan los tres primeros lugares en cuanto a tasa de mortalidad en el cantón de Santa Ana en el período de tiempo estudiado del año 2015 al año 2019.

El Infarto Agudo de Miocardio, sin otra especificación, la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, no especificada y la Enfermedad Aterosclerótica del Corazón forman parte del grupo de enfermedades y eventos conocido como Enfermedades Cardio Vasculares (ECV).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad isquémica del corazón en general se refiere a las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis. Una acumulación de placa grasosa que se espesa y endurece en las paredes arteriales.

La OMS estableció los siguientes datos clave acerca de la estadística y la causalidad de las ECV:



- Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares (ECV) que por cualquier otra causa. Más de tres cuartas partes de las muertes relacionadas con cardiopatías y accidentes cerebrovasculares ocurren en países de ingresos medianos y bajos.
- El riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV) aumenta por una alimentación poco saludable, la cual se caracteriza por un bajo consumo de frutas y verduras y un consumo elevado de sal, azúcares y grasas. Una alimentación poco saludable contribuye a la obesidad y el sobrepeso, los cuales a su vez son factores de riesgo para las ECV.
- Las personas que no hacen actividad física suficiente tienen entre un 20% y un 30% más de probabilidades de morir prematuramente que aquellas que hacen actividad física suficiente. Por tanto, la inactividad física es un factor de riesgo clave para la aparición de las ECV, cáncer y diabetes.
- Se estima que la exposición a productos derivados del tabaco es responsable del 10% de todas las muertes ocasionadas por ECV.

La cardiopatía isquémica causa más muertes y discapacidad que cualquier otra enfermedad en el mundo, y es la enfermedad con mayor costo monetario en los países desarrollados.

Es la enfermedad más grave, crónica y peligrosa en la actualidad. La edad promedio del primer ataque al corazón es de 65,3 años para hombres, y 71,8 años para mujeres.

En Costa Rica la tasa de prevalencia en el 2016 fue de 5,998.48 casos cada 100.000 habitantes según datos del Instituto de Métricas en Salud.

En Estados Unidos la enfermedad cardíaca es la principal causa de muerte ya que provoca una de cada 7 muertes y mata más de 360.000 personas al año. Según estadísticas de la



American Heart Association, la enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, y en el 2013 causó más de 17.3 millones de muertes, cifra que se proyecta aumentará a más de 23.6 millones para el 2030.

Esta enfermedad es un trastorno en que parte del miocardio recibe una cantidad insuficiente de sangre y oxígeno. Surge por un desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la necesidad de él. La causa más frecuente de su aparición es la placa ateromatosa en una arteria epicárdica coronaria, que produce menor flujo sanguíneo, al reducir el diámetro arterial y en los momentos de demanda el miocardio sufriría, produciendo síntomas como el dolor o la sensación de malestar torácico, o bien produciría una obstrucción completa, conllevando a un infarto agudo de miocardio.

La cardiopatía isquémica agrupa un conjunto de enfermedades relacionadas con isquemia. Incluye la isquemia silente, angina de pecho estable, angina inestable, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca y muerte súbita, que se desarrollarán más adelante. Estas enfermedades tienen en común la progresión o ruptura de una placa ateromatosa como base fisiopatológica.

El evento con mayor tasa de mortalidad proporcional para el cantón de Santa Ana en el quinquenio del 2015 al 2019 correspondió a la enfermedades no transmisibles como por ejemplo el infarto agudo al miocardio y la enfermedad isquémica crónica del corazón, la enfermedad aterosclerótica del corazón con una tasa del 16,30.

### **Factores de riesgo cardiovascular:**

Los factores de riesgo cardiovasculares son aquellos signos biológicos y hábitos adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una ECV en relación con la



población general. Las ECV tiene un origen multifactorial, incluso, personas asintomáticas corren peligro si presentan 2 o más factores de riesgo. Los factores de riesgo cardiovascular se dividen en no modificables y modificables. Los no modificables son aquellos imposibles de cambiar, como edad, sexo y antecedentes familiares. Los modificables son los susceptibles al cambio, bien sea mejorando el estilo de vida o con terapia farmacológica, ejemplo: hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo.

Entre los factores de riesgo principales, el tabaquismo está implicado en el proceso crónico de la arteriosclerosis, debido a compuestos como la nicotina que actúa a niveles del organismo produciendo alteraciones fisiológicas y a su vez aumenta la presión arterial, generando hipertensión arterial (Giugno, et al., 2012). Otro factor principal es el hipercolesterolemia, en la cual hay demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o “colesterol malo”) en la sangre, estas comienzan a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de una ECV denominada aterosclerosis (THI, 2019).

**Causas raíz de cardiopatías** (Infarto Agudo de Miocardio, sin otra especificación, la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, no especificada y la Enfermedad Aterosclerótica del Corazón):

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:



## CUADRO 72. Causas raíz de cardiopatías

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	El de influen	de importa	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz.	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1.1	se debe a la dificultad para el acceso a alimentos saludables.	10	5	10	500	9,48%	9,48%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	se debe a Problemas de acceso a la medicación.	10	5	10	500	9,48%	18,95%	1000	80%
Factores Sociopolíticos	1.3	se debe a la Pobreza (falta de acceso a los medios para una vida sana).	10	5	10	500	9,48%	28,43%	1500	80%
Factores Socioeconomicos	2.1	Es una de las causas posibles	10	5	10	500	9,48%	37,91%	2000	80%
Factores Socioeconomicos	2.2	se debe a una predisposición genética.	10	5	10	500	9,48%	47,38%	2500	80%
Factores Socioeconomicos	2.3	se debe a un síndrome metabólico (es un desorden clínico que se caracteriza por presentar obesidad abdominal, hipertensión, dislipidemia y resistencia a la insulina.)	10	5	10	500	9,48%	56,86%	3000	80%
Factores Biologicos	3.1	se debe a sedentarismo y malos hábitos alimenticios.	10	5	10	500	9,48%	66,34%	3500	80%
Factores Biologicos	3.2	se debe a no realizar chequeos preventivos.	10	5	10	500	9,48%	75,82%	4000	80%
Factores Biologicos	3.3	se debe a el estrés.	10	5	10	500	9,48%	85,29%	4500	20%
Comportamiento	4.1	se debe a viviendas con inadecuadas condiciones de ventilación, hacinamiento y ubicadas lejos de servicios de salud.	7	5	10	350	6,63%	91,93%	4850	20%
Comportamiento	4.2	se debe a la falta de políticas de centros de trabajo saludable.	3	5	10	150	2,84%	94,77%	5000	20%
Comportamiento	4.3	se debe a la falta de sistema de información estandarizado.	3	5	10	150	2,84%	97,61%	5150	20%
Circunstancias materiales de v	5.1	se debe a no ser parte de la cobertura de seguridad social.	7	3	3	63	1,19%	98,81%	5213	20%
Circunstancias materiales de v	5.2	No existen políticas establecidas para reubicación laboral.	3	3	3	27	0,51%	99,32%	5240	20%
Circunstancias materiales de v	5.3	Referente a un segundo o tercer nivel de atención, un primer nivel no tiene servicios especializados.	3	1	3	9	0,17%	99,49%	5249	20%
Servicios de Salud	6.1	se debe a falta de vivienda propia to que conlleva a disponer de menos dinero para alimentos más saludables y nutritivos para un cardiopata.	3	1	3	9	0,17%	99,66%	5258	20%
Servicios de Salud	6.2	se debe a escaso personal de salud.	3	1	3	9	0,17%	99,83%	5267	20%
Servicios de Salud	6.3	se debe a oferta ilimitada de los servicios de salud en primer nivel de atención.	3	1	3	9	0,17%	100,00%	5276	20%

Fuente: Elaboración propia.

El grupo expertos consultado identificó y priorizo las siguientes 5 causas raíz de Infarto Agudo de Miocardio, sin otra especificación, la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, no especificada y la Enfermedad Aterosclerótica del Corazón: 1) Dificultad para el acceso a alimentos saludables (determinante socioeconómico), 2) Problemas de acceso a la medicación (determinante socioeconómico), 3) Pobreza (falta de acceso a los medios para una vida sana) (determinante socioeconómico), 4) Sedentarismo y malos hábitos alimenticios (determinante de comportamiento) y 5) Predisposición genética (determinante biológico).



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, excepto la predisposición genética.

#### **4. Tumor maligno del estómago, parte no especificada y 5. Tumor maligno del colon, parte no especificada**

Según datos de la OMS el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones. Los cánceres más comunes en 2020, por lo que se refiere a los nuevos casos, fueron los siguientes:

1. De mama (2,26 millones de casos);
2. De pulmón (2,21 millones de casos);
3. Colorrectal (1,93 millones de casos);
4. De próstata (1,41 millones de casos);
5. De piel (distinto del melanoma) (1,20 millones de casos) y
6. Gástrico (1,09 millones de casos).

Los tipos de cáncer que causaron un mayor número de fallecimientos en 2020 fueron los siguientes:

1. De pulmón (1,8 millones de defunciones);
2. Colorrectal (916 000 defunciones);
3. Hepático (830 000 defunciones);



4. Gástrico (769 000 defunciones); y
5. De mama (685 000 defunciones).

En Costa Rica, según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial sobre el estado de la salud en América Latina reveló el éxito de Costa Rica en el índice de sobrevivencia entre los cánceres con más mortalidad en la región en un estudio llamado “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020”. Entre los resultados más destacados están los siguientes:

- ... Cáncer de colon: segundo en Latinoamérica. El promedio latinoamericano en sobrevivencia de cáncer de colon es 51.7%. Costa Rica está entre las más altas en la región (60,1%), y un poco menor al promedio de la OCDE de (62,1%) ....

Respecto al cáncer de estómago, según una publicación en la revista de Medicina Legal de Costa Rica que consistió en una revisión bibliográfica realizada con datos de Costa Rica del año 2018 existen múltiples factores de riesgo, siendo el primero y más importante la infección por *Helicobacter pylori*, que desencadena una cascada de diferentes lesiones, iniciando en atrofia gástrica, que puede llegar a finalizar en cáncer invasivo. Existen otros factores que pueden influir en un ambiente pro-carcinogénico tales como fumado, obesidad, la dieta, entre otros. También se hizo referencia en dicha publicación que en Costa Rica, el Ministerio de Salud ha reportado una incidencia en el sexo masculino de 17.3 por cada 100.000 hombres, colocando esta malignidad como la tercera más frecuente a nivel nacional pero con una tendencia a la disminución de casos desde el 2000<sup>1</sup>. Geográficamente las dos provincias que tienen incidencias mayores al promedio de la presentada a nivel nacional son San José (20.3 casos por cada 100.000 hombres) y luego Cartago (18 casos por cada 100.000 hombres).

### **Etiología y patogénesis**



El adenocarcinoma abarca aproximadamente un 90% de todas las neoplasias de estómago, el resto está conformado predominantemente por Linfoma no Hodgkin y leiomiomas4. El adenocarcinoma se puede dividir en dos con la clasificación de Lauren: el tipo intestinal, que se caracteriza por la formación de estructuras tubulares que asimilan una glándula intestinal y son los que están más relacionados con factores ambientales y dietéticos, además predominan en las regiones de alta incidencia. El segundo tipo, el difuso, consiste únicamente en células laxas que infiltran la pared gástrica sin formar una clara masa y sin el aspecto glandular. Este último tipo se caracteriza por aparecer a menores edades y tener un peor pronóstico; cuando involucra una amplia extensión del tejido gástrico se le llama linitis plástica5.

Otra clasificación utilizada consiste en su localización anatómica: proximal (unión gastroesofágica y cardia) y distal (fondo, cuerpo y antro), los cuales interesadamente han disminuido en paralelo a la reducción de la tasa de infección por H. Pylori5.

Existe una teoría en relación con el cáncer de tipo intestinal que postula un desarrollo de cambios preneoplásicos que eventualmente convergen en la formación de la neoplasia6; iniciando por la inflamación crónica, en donde la infección por H. pylori es la causa número uno. Conforme avanza la inflamación, evoluciona la lesión presente a nivel gástrico iniciando con gastritis superficial, posteriormente gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, displasia y finalmente cáncer.

## **Helicobacter pylori**



A pesar de que la etiología de cáncer gástrico es multifactorial, el *H. pylori* se considera su principal causa. Este microorganismo ya ha sido catalogado como un carcinógeno definitivo del adenocarcinoma de tipo intestinal para los humanos<sup>7</sup>.

Se trata de una bacteria Gramnegativa, la cual se adquiere principalmente en etapas de la infancia. Para crear un ambiente pro-oncogénico se necesita de un huésped genéticamente susceptible, un ambiente gástrico favorable y una cepa bacteriana virulenta, de las cuales se ha descubierto que en las regiones de mayor endemicidad como el este de Asia y los Andes colombianos, la mayoría de la población porta el gen asociado a citotoxicidad *cagA8*. Otra cepa altamente virulenta es la *vacA9*. A pesar de estos descubrimientos, el factor más relevante es la respuesta inmune producida y su respectiva inflamación crónica; hay producción de reactive oxygen species (ROS), radicales libres, entre otros, que conllevan al daño del ADN, esto eleva la formación de citoquinas proinflamatorias y por tanto se aumenta la velocidad del recambio celular y se disminuye la apoptosis, incrementando así la posibilidad de reparación incompleta del ADN<sup>5</sup>. Algo curioso de recalcar es que a pesar de que la relación *H. pylori* con el cáncer gástrico es irrefutable, usualmente cuando existe displasia o una neoplasia invasiva, la colonización bacteriana ha disminuido francamente o en ocasiones, desaparecido por completo<sup>5</sup>.

## **Dieta**

Existen múltiples aspectos dentro de la alimentación diaria de una persona que pueden favorecer la formación del cáncer gástrico. Estudios han demostrado que lugares en donde dietas con alto contenido de sal es lo más prevalente, la probabilidad de aparición de una neoplasia gástrica es mayor, con una tasa de hasta el doble en comparación con dietas bajas en sal<sup>10,11</sup>. Asociado a esto también se le ha atribuido a las comidas ahumadas cierto grado de probabilidad de carcinogénesis por los diferentes contenidos químicos presentes en



estos alimentos. A las frutas y vegetales se les ha atribuido en varias ocasiones una probable protección contra la aparición de cáncer gástrico; sin embargo, existen diferentes estudios con evidencia contradictoria por lo que no se le ha dado la etiqueta de factor protector definitivo<sup>5,10</sup>.

## **Fumado**

Gran cantidad de estudios han demostrado una suficiente causalidad entre el cigarro y la neoplasia gástrica, atribuyéndole hasta un riesgo aumentado del doble y que puede seguir incrementando, dependiendo de la cantidad de cigarrillos fumados<sup>12</sup>. Otros tipos de fumado de tabaco como las narguiles o “hookah”, en algunos estudios han estado relacionados con un riesgo mayor; sin embargo, por falta de evidencia suficiente en otros estudios se necesita mayor confirmación<sup>10</sup>.

## **Alcohol**

La mayor parte de la evidencia no cataloga el consumo de alcohol como factor de riesgo para el cáncer gástrico<sup>13,14</sup>. Sin embargo, en algunos estudios se sugiere una probable asociación de consumo elevado de cerveza con un aumento de riesgo<sup>14</sup>, así como en otros se comenta que el consumo de vino puede ejercer un factor protector<sup>15</sup>. Debido a lo anterior este sigue siendo un tema en discusión.

## **Obesidad**

Se ha observado un claro aumento de riesgo para cáncer gástrico en poblaciones obesas, principalmente en neoplasias de la región cardinal y de la unión gastroesofágica. En estudios se evidenció un aumento del doble en individuos con índice de masa corporal (IMC) de 30



a 35, y en aquellos que presentan IMC mayores a 40 un aumento del riesgo de hasta 3 veces<sup>10</sup>. Aun no se ha esclarecido la fisiopatología exacta; sin embargo, dentro de las teorías que se proponen está el aumento del reflujo gastroesofágico por el aumento de grasa abdominal. Adicionalmente a esto, la acumulación de tejido adiposo aumenta la producción endógena de hormonas como insulina y el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1), lo cual puede alterar la proliferación celular y la apoptosis, y por tanto favorecer estados preneoplásicos. Además ya es bien conocido que la obesidad es un estado proinflamatorio, por lo que citoquinas como el TNF o la IL-6 que se encuentran elevadas, favorecen la carcinogénesis<sup>16</sup>.

## **Medicamentos**

Existen estudios que revelan una relación inversa del cáncer gástrico con el consumo regular de AINES y aspirina. En otras palabras, se han catalogado estos medicamentos como probables factores protectores<sup>5,10</sup>.

Otro medicamento también estudiado son las estatinas. Las mismas ya han sido relacionadas con menor riesgo de neoplasia en esófago. En cuanto a la relación con cáncer gástrico, aún queda por ser claramente determinada y debe ser aun profundamente estudiada, pero en algunos estudios se han identificado como factor protector.

## **Lesiones premalignas**

### **Gastritis crónica atrófica**

Definida como la pérdida de tejido glandular especializado en una región definida<sup>5</sup>, es un cambio morfológico que sucede previo a la formación del tejido neoplásico. Cuanto más



extensa sea la región afectada por la gastritis, mayor el riesgo de contraer cáncer<sup>17</sup>. La razón por la cual esta patología es un factor de riesgo es probablemente debido a que por la atrofia existente se produce menos ácido (hipo- o aclorhidria) y esto conlleva al sobrecrecimiento bacteriano y que desata una cadena de reacciones bioquímicas. Asociado a esto, en respuesta a la baja producción de ácido, los niveles de gastrina aumentan, ejerciendo su función como factor de crecimiento sobre la mucosa gástrica y aumentando el riesgo para un crecimiento anormal con potencial neoplásico.

### **Metaplasia intestinal y displasia**

Catalogadas como parte de la cascada preneoplásica por Correa<sup>8</sup>, la metaplasia intestinal consiste en el cambio de la mucosa gástrica a un epitelio que asemeja la mucosa del intestino delgado como respuesta adaptativa a la presencia de una noxa persistente; tales como H. Pylori, fumado o consumo elevado de sal. Con respecto a la displasia, esta se caracteriza por presentar atipia celular.

Existen 3 tipos de metaplasia, de la I a la III, y entre más alta la clasificación, mayor riesgo de estar asociado a cáncer<sup>18</sup>. En un estudio holandés realizado con datos de pacientes de 1991 hasta el 2004 se describió que la incidencia de cáncer gástrico a los 5 años en pacientes con gastritis crónica atrófica era de 0.1%, 0.25% para metaplasia intestinal, 0.6% para displasia leve a moderada y hasta en 6% para displasia grave<sup>19</sup>.

### **Pólipos gástricos**

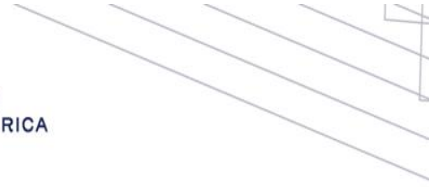
La prevalencia de pólipos gástricos en la población puede llegar hasta un 2%, la mayoría de los cuales son los pólipos glandulares fúndicos (PGF). Estos abarcan aproximadamente el



50%, seguidos por los hiperplásicos (40%) y los adenomatosos (10%)<sup>20</sup>. Con respecto a los primeros, usualmente tienen un curso benigno y se encuentran en hasta un 1.9% de la población general. Su principal causa es el uso crónico de IBP, sin embargo siempre hay que descartar que sean secundarios a una poliposis adenomatosa familiar<sup>21</sup>. Los pólipos hiperplásicos se cree que están formados por proliferación excesiva de las células epiteliales productoras de moco, sin involucrar tejidos glandulares; usualmente producen en estados de inflamación se producen crónica como gastritis crónica atrófica, anemia perniciosa, regiones adyacentes a úlceras o erosiones como en gastroenterotomías. Raramente estos pólipos evolucionan a malignidad; sin embargo, es recomendado realizar polipectomía a aquellos mayores a 5mm y controlar posteriores endoscopías<sup>22</sup>. Por otro lado los pólipos adenomatosos son los que mayor riesgo de conversión a neoplasia tienen con una probabilidad de hasta un 11% <sup>23</sup>. Especialmente si se trata de un pólipo solitario se debe realizar resección, ya que es cuando más se asocia a adenomas<sup>24</sup>.

### **Gastrectomía previa**

Hay estudios que catalogan la cirugía gástrica por condiciones benignas como un factor predisponente para neoplasia gástrica. Usualmente el riesgo no es inmediato; sin embargo, en pacientes con 15 años de la cirugía se recomienda iniciar un control endoscópico para detectar un probable cáncer en estados iniciales, aumentando el riesgo después de los 20 años y cada vez más conforme avanza el tiempo. Las razones no se tienen aún muy claras; sin embargo, las teorías van desde hipoclorhidria que conlleva a sobrecrecimiento bacteriano, reflujo crónico de sales biliares y líquido pancreático o atrofia del tejido remanente postquirúrgico. La cirugía tipo Billroth II con gastroyeyunostomía, por ejemplo, se asocia hasta con 4 veces más de probabilidades que la Billroth I, sugiriendo que el reflujo biliar es de importante consideración<sup>25,26</sup>.



## Úlcera péptica

Múltiples estudios han catalogado esta patología con un aumento de hasta casi el doble de la prevalencia del cáncer gástrico con respecto a la esperada. Cabe recalcar que el aumento de riesgo se da en pacientes con úlcera gástrica, ya que en úlceras duodenales el efecto es el contrario y más bien se ha evidenciado una disminución del riesgo. Existe la teoría que el aumento del riesgo está dado principalmente por el ambiente proinflamatorio y carcinogénico que conlleva a la gastritis atrófica, más que por la lesión per se<sup>27</sup>.

### **Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto de Tumores malignos de Estómago y Colon:**

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:



### CUADRO 73. Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto de Tumores malignos de Estómago y Colon:

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	bl de influen	de importa	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1,1	se debe a la dificultad para el acceso a alimentos saludables.	10	5	10	500	9,48%	9,48%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1,2	se debe a Problemas de acceso a la medicación.	10	5	10	500	9,48%	18,95%	1000	80%
Factores Sociopolíticos	1,3	se debe a la Pobreza (falta de acceso a los medios para una vida sana).	10	5	10	500	9,48%	28,43%	1500	80%
Factores Socioeconomicos	2,1	Es una de las causas posibles	10	5	10	500	9,48%	37,91%	2000	80%
Factores Socioeconomicos	2,2	se debe a una predisposición genética.	10	5	10	500	9,48%	47,38%	2500	80%
Factores Socioeconomicos	2,3	se debe a un síndrome metabólico (es un desorden clínico que se caracteriza por presentar obesidad abdominal, hipertensión, dislipidemia y resistencia a la insulina.)	10	5	10	500	9,48%	56,86%	3000	80%
Factores Biológicos	3,1	se debe a sedentarismo y malos hábitos alimenticios.	10	5	10	500	9,48%	66,34%	3500	80%
Factores Biológicos	3,2	se debe a no realizar chequeos preventivos.	10	5	10	500	9,48%	75,82%	4000	80%
Factores Biológicos	3,3	se debe a el estrés.	10	5	10	500	9,48%	85,29%	4500	20%
Comportamiento	4,1	se debe a viviendas con inadecuadas condiciones de ventilación, hacinamiento y ubicadas lejos de servicios de salud.	7	5	10	350	6,63%	91,93%	4850	20%
Comportamiento	4,2	se debe a la falta de políticas de centros de trabajo saludable.	3	5	10	150	2,84%	94,77%	5000	20%
Comportamiento	4,3	se debe a la falta de sistema de información estandarizado.	3	5	10	150	2,84%	97,61%	5150	20%
Circunstancias materiales de v	5,1	se debe a no ser parte de la cobertura de seguridad social.	7	3	3	63	1,19%	98,81%	5213	20%
Circunstancias materiales de v	5,2	No existen políticas establecidas para reubicación laboral.	3	3	3	27	0,51%	99,32%	5240	20%
Circunstancias materiales de v	5,3	Referente a un segundo o tercer nivel de atención, un primer nivel no tiene servicios especializados.	3	1	3	9	0,17%	99,49%	5249	20%
Servicios de Salud	6,1	se debe a falta de vivienda propia lo que conlleva a disponer de menos dinero para alimentos más saludables y nutritivos para un cardiopata.	3	1	3	9	0,17%	99,66%	5258	20%
Servicios de Salud	6,2	se debe a escaso personal de salud.	3	1	3	9	0,17%	99,83%	5267	20%
Servicios de Salud	6,3	se debe a oferta ilimitada de los servicios de salud en primer nivel de atención.	3	1	3	9	0,17%	100,00%	5276	20%

Fuente: Elaboración propia.



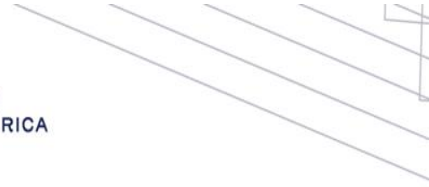
El grupo expertos consultado identificó y priorizo las siguientes 5 causas raíz de Tumores malignos de Estómago y Colon: 1) Dificultad para el acceso a alimentos saludables (determinante socioeconómico), 2) Problemas de acceso a la medicación (determinante socioeconómico), 3) Enfermedades crónicas (determinante biológico), 4) Predisposición genética (determinante biológico). 5) Malos hábitos alimenticios a temprana edad (determinante de comportamiento).

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, excepto las enfermedades crónicas.

## **6. PROBLEMAS AMBIENTALES (residuos sólidos, inadecuada disposición de aguas negras y servidas, ruido, etc.)**

Históricamente la civilización ha sido influenciada por el auge del crecimiento industrial. Esto se ve reflejado en el cambio de aquella sociedad comercialmente artesanal y de servicios que utilizaba una tecnología simple, a una sociedad moderna con comercialización compleja y tecnologías muy avanzadas. Ese cambio ha traído consigo una gran serie de beneficios a la humanidad, sin embargo, también ha originado problemas que se perciben día con día en las ciudades contemporáneas, ejemplo de ello es la contaminación en todas sus representaciones.

Para el caso particular, el cantón de Santa Ana tiene una alta conflictividad ambiental asociada al alto peso de edificaciones de tipo residencial y comercial desarrolladas en condiciones poco favorables de construcción sostenible que conllevan a la pérdida de formaciones forestales, disminuyendo los hábitats naturales y con ello la disminución de biodiversidad. Según señala el Estado de la Nación 2021 "(...) Del total del área construida



entre 2014 y 2020 (68 millones de metros cuadrados). El 38% correspondió a proyectos residenciales y la mitad se concentró en doce cantones (...)” entre los citados figura el cantón de Santa Ana.

Dicho desarrollo acelerado del Cantón se encuentra coligado a factores de contaminación de cuerpos de agua como lo son ríos, quebradas y/o acequias generado por la descarga de aguas residuales sin tratar, lo que a la postre afecta la vida acuática, el ecosistema circundante y la calidad de agua para consumo humano. Por otra parte, el manejo inadecuado de los residuos sólidos es otro problema ambiental asociado al crecimiento urbano que ocasiona acumulación de residuos sólidos ordinarios, especiales y peligrosos en áreas no designadas para tal fin, esto perturba la estética del paisaje, la calidad del aire, ocasionando además focos de contaminación ambiental o criaderos de fauna nociva.

El crecimiento poblacional en Costa Rica se concentra en la provincia de San José, de lo cual un total de 62538 habitantes corresponden al cantón de Santa Ana, según los datos de proyección de población y vivienda efectuada por el INEC-Costa Rica 2023, dicha situación conlleva al aumento en la contaminación acústica debido a fuentes que incluyen tráfico vehicular, la construcción y el ruido generado por actividades comerciales. Esta contaminación puede tener impactos negativos en la salud, bienestar de las personas, así como en la fauna local.

### **Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto de PROBLEMAS AMBIENTALES (residuos sólidos, inadecuada disposición de aguas negras y servidas, ruido, etc.)**

**En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:**



**CUADRO 74. Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto de PROBLEMAS AMBIENTALES (residuos sólidos, inadecuada disposición de aguas negras y servidas, ruido, etc.)**

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1,1	se debe a plan regulador desactualizado.	10	5	10	500	7,57%	7,57%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1,3	se debe a la urbanización acelerada sin proyección sustentable.	10	5	10	500	7,57%	15,14%	1000	80%
Factores Socioeconomicos	2,1	De parte del gobierno local, si se esta enfocado en la concientización ambiental, mas las otras instituciones como el MEP, Ministerio de salud, MAG, no se encuentran involucrados de la misma forma.	10	5	10	500	7,57%	22,71%	1500	80%
Factores Socioeconomicos	2,2	se debe a presión de los hábitat naturales debido al crecimiento poblacional.	10	5	10	500	7,57%	30,28%	2000	80%
Factores Biologicos	3,1	se debe a la contaminación de fuentes de agua por condiciones físico químicas y microbiológicas.	10	5	10	500	7,57%	37,84%	2500	80%
Comportamiento	4,1	se debe a tendencias a bares y restaurantes clandestinos.	10	5	10	500	7,57%	45,41%	3000	80%
Comportamiento	4,2	se debe a decisiones de vivir en zonas de alto riesgo a deslizamientos.	10	5	10	500	7,57%	52,98%	3500	80%
Comportamiento	4,3	se debe a construcciones en zonas de alto riesgo de deslizamientos e inundaciones.	10	5	10	500	7,57%	60,55%	4000	80%
Circunstancias materiales	5,1	se debe a falta de infraestructura sanitaria.	10	5	10	500	7,57%	68,12%	4500	80%
Circunstancias materiales	5,2	se debe a mayor presión sobre los recursos naturales por sobre población y densidad poblacional.	10	5	10	500	7,57%	75,69%	5000	80%
Circunstancias materiales	5,3	se debe a Tipo de suelo en el cantón.	10	5	10	500	7,57%	83,26%	5500	20%
Servicios de Salud	6,1	se debe a deficiencia en infraestructura sanitaria.	10	5	10	500	7,57%	90,83%	6000	20%
Factores Socioeconomicos	2,3	Deforestación es baja es en el cantón de Santa Ana, la contaminación del agua es algo integral ya que integra otros factores no solo el agropecuario y la erosión de suelos obedece a varios factores, como la ganadería, agricultura intensiva, cambio climático y la misma geomorfología.	7	3	7	147	2,23%	93,05%	6147	20%
Factores Biologicos	3,2	se debe a contaminación de las fuentes de agua que son utilizadas en las zonas agrícola.	7	3	7	147	2,23%	95,28%	6294	20%
Factores Biologicos	3,3	se debe a botaderos clandestinos o recepción de material para relleno sin fiscalización, contaminado los suelos y cuerpos de agua.	7	3	7	147	2,23%	97,50%	6441	20%
Servicios de Salud	6,2	se debe a carencia de profesionales en conocimiento en temas ambientales.	7	3	7	147	2,23%	99,73%	6588	20%
Factores Sociopolíticos	1,2	se debe a políticas no pro activas.	3	1	3	9	0,14%	99,86%	6597	20%
Servicios de Salud	6,3	se debe a Inadecuado manejo de residuos líquidos y sólidos.	3	1	3	9	0,14%	100,00%	6606	20%

Fuente: Elaboración propia.



Aunado a lo anterior y según el análisis de las causas priorizadas en el diagrama de Pareto, se enuncian las siguientes causas:

1. “Plan regulador desactualizado.
2. Urbanización acelerada sin proyección sustentable.
3. De parte del gobierno local, si se está enfocado en la concientización ambiental, más las otras instituciones como el MEP, Ministerio de salud, MAG, no se encuentran involucrados de la misma forma.
4. Disminución los hábitats naturales debido al crecimiento poblacional.
5. Contaminación de fuentes de agua por condiciones fisicoquímicas y microbiológicas.”

Los problemas citados evidencian los principales factores ambientales que podrían presentar un posible detrimento para la salud de la población del cantón de Santa Ana, y que requieren esfuerzos participativos entre las instituciones competentes y la comunidad. Dicho lo anterior, queda claro como la función rectora del Ministerio de Salud debe de colaborar y promover un modelo de desarrollo menos destructivo y más sostenible con el ambiente, asegurando así un mejor porvenir para las actuales y futuras generaciones, mediante la intervención y colaboración, en la identificación y el control de deficiencias y necesidades ambientales que afectan la salud de las personas.

Lo anterior mediante la ejecución de las normas legales que establecen la competencia del Ministerio de Salud en materia de salud y consagran la potestad de imperio en materia sanitaria, que le faculta para dictar todas las medidas técnicas que sean necesarias para enfrentar y resolver las diferentes situaciones que puedan afectar la salud pública, entre estas se encuentran las atribuciones que otorga la Ley General de Salud N°5395 en su artículo 355, de “(...) decretar por propia autoridad medidas cuya finalidad tiendan a evitar la aparición de peligros y la agravación o difusión del daño, o la continuación o reincidencia



en la perpetración de infracciones legales o reglamentarias que atenten contra la salud de las personas”.

La participación social e interinstitucional en la identificación y atención de conflictos ambientales mediante la conformación de mesas redondas, es una herramienta muy eficaz que permite conocer de primera mano las diferentes situaciones que ocurren en el Cantón y de esa manera se pueden plantear abordajes interinstitucionales, a efecto de velar por la salud de la población, lo cual según señala el artículo 2 de la Ley General de Salud N°5395 es la función esencial del Estado.

## **7. CONGESTIONAMIENTO VIAL**

En el caso del congestionamiento vial, es un problema complejo que afecta a muchas ciudades y áreas urbanas como por ejemplo Santa Ana en este caso particular.

El MOPT desempeña un papel fundamental en la regulación y desarrollo de la infraestructura vial y transporte, y sus políticas pueden influir en la eficiencia y fluidez del tráfico.

Las concesionarias de transporte también pueden afectar el congestionamiento al gestionar las rutas y servicios de transporte público, por lo que es importante una colaboración adecuada para mejorar la movilidad.

La planificación urbana deficiente puede conducir a una mala distribución de infraestructuras y carreteras, lo que puede agravar el tráfico. La alta afluencia vehicular proveniente de cantones vecinos puede contribuir al congestionamiento en zonas compartidas y con conexiones insuficientes.



Un sistema de transporte público deficiente e insuficiente puede llevar a una mayor dependencia de los vehículos particulares y, a su vez, aumentar el tráfico en las vías. La falta de educación vial y conciencia entre los conductores puede resultar en comportamientos peligrosos y poco eficientes, lo que afecta negativamente el flujo del tráfico.

Para abordar el problema del congestionamiento vial, es necesario un enfoque integral que incluya una mejor planificación urbana, mejoras en el transporte público, campañas de educación vial y un diálogo continuo con las autoridades para implementar políticas efectivas y soluciones sostenibles.

**Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto:**

**Causas raíz del congestionamiento vial:**

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:



## CUADRO 75. Causas raíz del congestionamiento vial:

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1,1	Se debe también a las políticas del MOPT, tema de concesionarias, y también se debe a una falta de planificación urbana adecuada.	10	5	10	500	12,00%	12,00%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1,2	se debe a alto flujo vehicular por tránsito de cantones vecinos.	10	5	10	500	12,00%	24,01%	1000	80%
Factores Socioeconomicos	2,1	se debe a sistema de transporte publico deficiente e insuficiente.	10	5	10	500	12,00%	36,01%	1500	80%
Comportamiento	4,1	se debe a Falta de educación vial.	10	5	10	500	12,00%	48,02%	2000	80%
Comportamiento	4,2	se debe a falta de concientización.	10	5	10	500	12,00%	60,02%	2500	80%
Circunstancias materiales de vida	5,1	se debe a crecimiento poblacional y densidad comercial.	10	5	10	500	12,00%	72,03%	3000	80%
Circunstancias materiales de vida	5,2	se debe a vecindarios con malas condiciones estructurales de aceras, acumulación de desechos en vía pública.	10	5	10	500	12,00%	84,03%	3500	20%
Circunstancias materiales de vida	5,3	se debe a falta de control en el aumento de ubicación de negocios y centros comerciales y de oficinas a ambos lados de las principales vías de tránsito vehicular.	10	5	10	500	12,00%	96,04%	4000	20%
Factores Socioeconomicos	2,3	se debe a falta de estacionamientos.	7	3	7	147	3,53%	99,57%	4147	20%
Factores Sociopolíticos	1,3	se debe a falta de constancia de controles policiales.	3	1	3	9	0,22%	99,78%	4156	20%
Factores Socioeconomicos	2,2	se debe a reducción de precios de los combustibles.	3	1	3	9	0,22%	100,00%	4165	20%
Factores Biologicos	3,1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	4165	20%
Factores Biologicos	3,2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	4165	20%
Factores Biologicos	3,3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	4165	20%
Comportamiento	4,3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	4165	20%
Servicios de Salud	6,1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	4165	20%
Servicios de Salud	6,2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	4165	20%
Servicios de Salud	6,3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	4165	20%

Fuente: Elaboración propia.

El grupo expertos consultado identificó y priorizo las siguientes 5 causas raíz del congestionamiento vial: 1) Las políticas del Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) (determinante sociopolítico), 2) Alto flujo vehicular por tránsito de cantones vecinos (determinante sociopolítico), 3) Sistema de transporte publico deficiente e insuficiente (determinante socioeconómico), 4) Falta de educación vial (determinante de comportamiento). 5) Falta de concientización (determinante de comportamiento).



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.

## 8. INSEGURIDAD CIUDADANA CANTÓN DE SANTA ANA

El término de **inseguridad ciudadana** hace referencia al temor que sufre la población a sufrir posibles violaciones, asaltos, agresiones o secuestros como consecuencia del alto grado de delincuencia. Responsabilizarse de que este miedo sea mitigado le corresponderá al Estado y las instituciones como garante del estado de derecho.

Desgraciadamente existen muchas zonas de las ciudades o muchos países donde los ciudadanos sufren a diario un terror y una ansiedad constante como consecuencia de la delincuencia. En este contexto, los **peligros** que acechan tras las esquinas o detrás de los rincones de una ciudad pueden ser de muy diverso tipo, requiriendo de una actuación por parte de los poderes públicos para paliar o mitigar sus efectos. Este tipo de situaciones ha dado lugar a múltiples bulos que no hacen otra cosa que alimentar este miedo en la ciudadanía.

Costa Rica enfrenta una crisis de seguridad ciudadana. En 2022 aumentaron los registros de denuncias por asaltos, robos, hurtos, fraudes y homicidios. También crecieron los indicadores de tachas de vehículos, de sustracción de contenedores y hasta de robo de ganado

Hoy en día, es una de las principales características de todas las sociedades modernas, y es que vivimos en un mundo en el que la extensión de la violencia se ha desbordado en un clima generalizado de criminalidad.



Las causas de la inseguridad estarían dadas por: El modelo de desarrollo socioeconómico imperante en la mayoría de países latinoamericanos, facilita la mayor concentración de riqueza en pocas manos y el conjunto de las actuales políticas macroeconómicas han traído graves consecuencias para las condiciones de vida de la población, la cual debido a sus múltiples carencias, en su lucha por la subsistencia, reacciona de diversas maneras, entre ellas con atentados contra la propiedad privada y con otros delitos que conllevan violencias sociales y políticas.

La violencia y la inseguridad ciudadana es un problema incontrolable que enfrenta la población y los gobernantes de todos los países del mundo, en sus diferentes grados de riesgo de victimización de robos, extorsiones y secuestros y que es percibido por la sociedad con un sufrimiento directo e indirecto de estos hechos con una desconfianza de las acciones de sus instituciones, en ese sentido los sentimientos de inseguridad de miedo al crimen es una preocupación de la población y del gobierno por el aumento de los delitos que impactan en el deterioro de la salud mental de los ciudadanos complementado con la desconfianza muy alta de sus instituciones municipales.

La inseguridad tiene sus dimensiones bien determinadas que son la objetiva y subjetiva, la primera se entiende como el sufrimiento directo del crimen y la segunda se entiende como la percepción de inseguridad, miedo, temor y desconfianza de las instituciones. En ese sentido la percepción de inseguridad ciudadana se define como el temor que sufren las personas de ser víctima del crimen directo e indirecto: y el resultado de ello produce el daño físico y psicológico de las personas afectando su bienestar individual, Salud mental, su felicidad y su calidad de vida, entendiéndole la calidad de vida de las personas no depende solamente de los factores económicos sino también complementa el sentimiento de bienestar individual que genera la felicidad. En ese sentido el objetivo de esta revisión de literatura es determinar los efectos de la inseguridad en el bienestar de la sociedad.



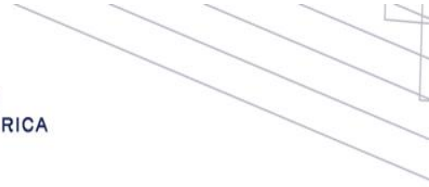
Así mismo la percepción es el que modela el comportamiento de las personas por consiguiente ella depende de las condiciones de la realidad que vive especialmente de las necesidades y la supervivencia en situaciones conflictivas. En tal sentido el sujeto y el medio ambiente son variables recíprocas que cumplen como mediador de las enfermedades en la salud psicológica de las personas generando específicamente como la pérdida de relaciones interpersonales por la desconfianza y la incertidumbre.

La seguridad es una necesidad básica para el desarrollo normal de las personas en tal sentido cuando las instituciones encargadas no satisfacen con la necesidad de este servicio originan en la población una victimización directa e indirecta de delitos con efectos de daños físicos, económicos por la sustracción de sus bienes, pérdida de tiempo laboral, gastos médicos y en paralelo esta origina una percepción de inseguridad, miedo al crimen complementado por otros factores como la información de los medios de comunicación y la desconfianza de las instituciones afectando la salud mental, disminución de la calidad de vida, la satisfacción y la felicidad de las personas.

El incremento de la criminalidad, la aparición de nuevas formas de delincuencia más violenta, la inseguridad en las calles, la impunidad del delito y la deficiente participación de las corporaciones policiales han acrecentado la inconformidad de la sociedad hasta el punto de que el tema de la inseguridad pública delictiva es uno de los temas principales de debate social.

Muchos países en el mundo sufren altos índices de criminalidad y violencia, siendo la primera causa de muerte en Brasil, Colombia, Venezuela, El Salvador y México.

El fenómeno de la violencia y de la criminalidad es extremadamente complejo y dinámico, exigiendo un abordaje integrado, multisectorial, que involucre a toda la sociedad en la



búsqueda de soluciones efectivas y sustentables. Intervenciones que accionan apenas las instituciones policiales o de justicia criminal, de forma desarticulada, las cuales no ofrecen resultados durables, principalmente porque el campo de acción de estas instancias sobre las posibles causas del fenómeno es limitado.

La victimización que sufre la población, la percepción de la inseguridad pública y el miedo al delito son de los problemas principales que se han abordado en estudios desde la sociología, la antropología, la criminología y la psicología en diferentes partes del mundo.

Los efectos cotidianos de la violencia y de la criminalidad tienen dos sentidos: en primer lugar, por la comunidad y sus miembros, sea bajo la forma de eventos concretos, o sea a través de la "sensación de inseguridad". Esta sensación de inseguridad desarrolla expresiones concretas emocionales, siendo algunas de las más importantes el miedo, la angustia, la ansiedad y otras más que desencadenan trastornos de personalidad específicos.

El miedo, emoción básica, se define como una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Por consiguiente, el miedo al crimen puede definirse como la perturbación angustiosa del ánimo que se deriva de la diferencia entre el riesgo percibido de ser víctima de un crimen y la victimización de hecho.

El miedo al delito y los sentimientos de inseguridad han sido dos nociones empleadas para profundizar en el problema de la criminalidad, por lo que es importante su abordaje para diferenciar las concepciones. Se hace una distinción entre ambos conceptos, al entender que el miedo al delito hace referencia al temor de la población a ser personalmente víctima de la delincuencia, mientras que la inseguridad ciudadana puede entenderse como miedo al crimen en general, como un problema social. Es decir, la inseguridad ciudadana es el compendio de inquietudes que vienen impregnando al discurso de "la sociedad en riesgo", que incluye no sólo a la delincuencia tradicional, sino también otras preocupaciones como



el terrorismo, el narcotráfico, la seguridad alimentaria y, más actualmente, el miedo al cambio climático.

La importancia que tiene el hablar de miedo al delito como un elemento de estudio para medir la inseguridad ciudadana en relación con las emociones reside en las consecuencias reales, tangibles y potencialmente severas que presenta el miedo en los niveles tanto individual como social del ser humano.

El miedo al delito, a diferencia de la delincuencia real, afecta a un mayor número de ciudadanos y sus consecuencias son prevalentes y severas. Incluso hay quienes han subrayado que el miedo al delito puede ser un problema más severo que la propia delincuencia. El miedo al delito obliga a los individuos a cambiar sus estilos de vida. Aquellas personas especialmente temerosas del delito deciden refugiarse en sus hogares, protegiéndose con candados, cadenas, barras de seguridad y alarmas. Pero el miedo al delito también tiene importantes repercusiones sociales y económicas. Así, por ejemplo, se ha señalado que genera alienación, promueve el desarrollo de estereotipos nocivos y acelera la ruptura de las redes informales de control social. Esta ruptura de los controles sociales puede tener repercusiones de largo alcance en el deterioro comunitario, siendo el miedo al delito un agente catalizador que genera conductas que pueden ser muy destructivas para la vida comunitaria y social, fracturando el sentimiento de comunidad y transformando algunos espacios públicos en áreas que nadie desea visitar.

Tanto la percepción de inseguridad como el miedo al delito son percepciones y emociones subjetivas de la ciudadanía, que no necesariamente se corresponden con los índices objetivos de seguridad y delito. Se ha observado que la inseguridad ciudadana objetiva y la percibida son divergentes.



Algunos factores en relación con esta divergencia son: rompimiento del sentido de comunidad, abandono de los espacios públicos como áreas seguras y de recreación, actitudes desfavorables sobre la impartición de justicia penal y la punibilidad del delito, los efectos psicológicos negativos a nivel individual y cambio de hábitos frente a la criminalidad (adoptar medidas de seguridad, evitar transitar por ciertas zonas, etcétera) y, en general, un deterioro de la calidad de la vida urbana.

### **Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.**

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:



## CUADRO 76. CAUSAS RAÍZ DE INSEGURIDAD CIUDADANA DEL CANTÓN DE SANTA ANA

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	% Relativa	% Acumulado	80-20				
Factores Sociopolíticos	1,1	se debe a fallos en las normas y procedimientos jurídicos.	10	5	10	500	8,72%	8,72%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1,2	se debe a deficiencias en el sistema de administración de justicia.	10	5	10	500	8,72%	17,44%	1000	80%
Factores Sociopolíticos	1,3	se debe a deficiencia en el sistema policial y de control social.	10	5	10	500	8,72%	26,16%	1500	80%
Factores Socioeconomicos	2,1	se debe al desempleo.	10	5	10	500	8,72%	34,87%	2000	80%
Comportamiento	4,1	se debe consumo de sustancias psicoactivas.	10	5	10	500	8,72%	43,59%	2500	80%
Comportamiento	4,2	se debe a patrones de violencia.	10	5	10	500	8,72%	52,31%	3000	80%
Comportamiento	4,3	se debe a la corrupción.	10	5	10	500	8,72%	61,03%	3500	80%
Circunstancias materiales de vida	5,2	se debe a vecindarios con malas condiciones estructurales de viviendas.	10	5	10	500	8,72%	69,75%	4000	80%
Circunstancias materiales de vida	5,3	se debe a migración de personas involucradas en bandas y narcotráfico.	10	5	10	500	8,72%	78,47%	4500	80%
Servicios de Salud	6,2	se debe a insuficientes servicios de salud para atender un aumento en la demanda de consulta especializada en salud mental por los efectos de la inseguridad	10	5	10	500	8,72%	87,18%	5000	20%
Factores Socioeconomicos	2,2	se debe a costos y pérdidas económicas.	7	3	7	147	2,56%	89,75%	5147	20%
Factores Socioeconomicos	2,3	se debe a modelo de desarrollo excluyentes.	7	3	7	147	2,56%	92,31%	5294	20%
Circunstancias materiales de vida	5,1	se debe a Desigualdad de oportunidades para la educación y empleo.	7	3	7	147	2,56%	94,87%	5441	20%
Servicios de Salud	6,1	se debe a aumento de la demanda de servicios de salud por los efectos de la inseguridad en la salud mental de la comunidad.	7	3	7	147	2,56%	97,44%	5588	20%
Servicios de Salud	6,3	se debe a desigualdad en el acceso a servicios de salud puede crear violencia.	7	3	7	147	2,56%	100,00%	5735	20%
Factores Biologicos	3,1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5735	20%
Factores Biologicos	3,2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5735	20%
Factores Biologicos	3,3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5735	20%

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de las causas y factores que conlleva la criminalidad en nuestro país se ha convertido en un campo de estudio dentro del quehacer académico universitario proveniente de las distintas disciplinas sociales. Si bien es cierto que la delincuencia ha formado parte de las estructuras sociales desde el origen de las civilizaciones, la conducta delictiva actual ha adquirido diferentes matices y formas para expresarse, las cuales rebasan



los límites de contención psicológica que pueden alterar la vida social de las personas. Esto se da aunado a la falta de protección por parte de las instituciones del Estado que deben brindar la seguridad pública a la ciudadanía. Asimismo, el ser humano aparece en un ambiente de pérdida de la credibilidad y confianza de estas instituciones, dificultando la tarea de protección personal. Se construyen entonces los imaginarios sociales de espacios de tensión que suelen ser expresados por las y los ciudadanos como espacios de miedo y terror, producto de la inseguridad que se vive y que permiten que se realicen prácticas sociales de miedos expresados en un temor al otro.

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, excepto la predisposición genética.

La política criminal se convierte en esta coyuntura en una cuestión de moral más que de seguridad ciudadana, donde los sujetos son vistos como “objetos” del sistema penal al ser la finalidad de los programas de acción, la seguridad de sus potenciales víctimas y no la seguridad de sus derechos. De este modo, se elabora una política criminal caracterizada por la creación de nuevos delitos o por agravar los ya existentes; es decir, se concentra en los tipos penales y en las conminaciones sin interesarle las consecuencias que ello pueda generar. Al mismo tiempo, extiende su ámbito de actuación a aquellos sectores que en la opinión pública se consideran más amenazantes contribuyendo con ello, a estigmatizar ciertos grupos sociales. Es así como, se establece una “política” de apaciguamiento o política de “reflejos condicionados” destinada a calmar los ánimos perturbados por el delito reciente para pretender dar la impresión de que éstos se combaten por normas expeditas de gran rigor; las cuales se aplican sin ningún respaldo en su viabilidad y utilidad. Se da entonces, solo un interés de enfrentar o contener la oleada de protestas y de inconformidad social real o infundada, provocada por el crecimiento delictivo y la frustración acumulada por la inoperancia estatal demandada en el campo de la seguridad y la justicia. Esto



convierte a la Política Criminal en una herramienta electoral y no en un estudio serio de las medidas, criterios y argumentos para prevenir y reaccionar frente al delito. Es decir, se crea una politización de la justicia penal, en la medida que es utilizada por los gobernantes políticos para responder a las demandas sociales, antes que aplicarse a la solución de los problemas sociales que subyacen en el fondo de la criminalidad. El Estado entonces, plantea soluciones que en nada favorecen la prevención y tratamiento de la criminalidad por cuanto proponen la represión penal como el único medio para responder a los efectos de ésta sin conocimiento de las causas que inciden en dicho fenómeno, como lo son los factores sociales y económicos que se generan en la actual coyuntura. La anterior afirmación encuentra fundamento en las soluciones propuestas: la ampliación de las acciones de control punitivo; el endurecimiento de las penas; la creación de nuevos tipos penales principalmente en materia de terrorismo y narcotráfico, la militarización de la policía; la disminución de los beneficios de encarcelamiento y de penas alternativas y la conversión de las contravenciones en delitos.

Medidas éstas que podrían eventualmente, provocar un rompimiento de los esquemas democráticos establecidos en el marco de un Estado de Derecho, al ir en contrasentido de los lineamientos jurídicos que proclaman la vigencia de un derecho penal mínimo o de última ratio, que solo legitime la intervención estatal en los casos en que no exista otra alternativa y la pena sea solo una necesidad. De esta manera, el problema que ocasiona el aumento de la criminalidad –que en muchos casos es relativo– se incrementa con los instrumentos estatales utilizados para enfrentarla. Así, desde esta perspectiva, los instrumentos coactivos del Derecho Penal y el Derecho Procesal Penal se transforman en los únicos y últimos medios para la solución de los conflictos sociales abarcando áreas, en donde la justicia penal se encuentra imposibilitada por su propia naturaleza para actuar. Las autoridades políticas han intentado insistentemente en buscar los mecanismos e instrumentos idóneos para responder y satisfacer los requerimientos de



una opinión pública viciada por las malas interpretaciones que rodean a la realidad criminal. De este modo, la “política criminal” del país son conducidas por las encuestas de opinión, con el objetivo de mejorar la credibilidad ya deteriorada que tiene la población con respecto a la justicia, ante la creciente desconfianza que ha generado el funcionamiento policial y el sistema jurídico en general para la solución de los conflictos sociales. Ello ha justificado y estimulado una serie de políticas estatales tendientes al fortalecimiento de los sistemas represivos, sin la debida consideración por los derechos y garantías consagrados constitucionalmente para todos los integrantes del orden social al que pertenecemos. “Políticas” que se encuentran identificadas y apoyadas en las representaciones sociales que se manejan y actúan sobre la clientela clásica del sistema penal. Es así como, se propugna por la creación de nuevos tipos penales, el reforzamiento de las fuerzas policiales, la conversión de las penas en delitos y el aumento de la pena de prisión. A ello se le suma la burocratización, el desequilibrio de recursos (ya que la mayoría de éstas son destinados particularmente al fortalecimiento de la policía), la sobresaturación y la carencia de instrumentos materiales, logísticos, técnicos y humanos en las agencias de control penal para actuar en el amplio campo de competencias asignadas por el proyecto político.

Asimismo, la ausencia de políticas criminológicas integradas para los componentes del sistema de justicia penal constituidos históricamente en distintos poderes del Estado (policía, judicial, penitenciario, de menores y legislación penal) hacen que éstos actúen en forma independiente y en ocasiones con base en criterios muy distintos entre sí; con lo que, se contribuye a acentuar la deficiencia tan marcada que define al sistema de justicia penal en el país. Con ello se tiende a confundir los rangos de prioridades que debe asumir el Estado de Derecho conforme a los principios que lo sustentan, recurriéndose a medidas desproporcionadas y carentes de científicidad para atender los problemas



sociales que aquejan a nuestra sociedad; dándose como resultado graves consecuencias para el ejercicio y el respeto de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz Inseguridad Ciudadana: 1) Fallos en las normas y procedimientos jurídicos (determinante sociopolítico), 2) Deficiencias en el sistema de administración de justicia (determinante sociopolítico), 3) Deficiencia en el sistema policial y de control social (determinante sociopolítico), 4) desempleo (determinante socioeconómico) y 5) Consumo de sustancias psicoactivas (determinante comportamiento).

## **1. Insuficiente Oferta de Servicios de Salud**

Servicios de salud es un acto y efecto de servir. El concepto hace referencia a la actividad que consiste en realizar una cierta acción para satisfacer una necesidad en cuestión de salud tanto física como psicológica de una persona. Cuando un individuo goza de buena salud su organismo puede ejecutar sus funciones con normalidad y su psiquis no presenta alteraciones. Por lo tanto, los servicios de salud son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientada al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

Es importante tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan solo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos. También abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida “saludable”.



La salud es un elemento fundamental del capital humano de un país, sin una buena salud, los niños no pueden ir a la escuela y aprender, y los adultos no pueden trabajar y contribuir a sus hogares y economías. Una población sana, educada y con capacidad de adaptación es absolutamente imprescindible.

“La única manera de brindar atención de salud a todas las personas en todo el mundo es si cambiamos fundamentalmente el sistema para que los gobiernos y las personas demanden, más inversiones en salud” Dijo Jim Yong Kim, presidente del Grupo Banco Mundial.

Cuando las inversiones en salud comienzan en la primera infancia y se mantiene a lo largo de la vida -para los bebés, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores-, contribuyen a una base sólida para el crecimiento y competitividad de los países.

Las condiciones y modos de vida de los individuos están determinados por los contextos sociales y culturales que los moldean y restringen el estilo de vida; por ejemplo el acceso a estos servicios básicos, la educación, el empleo, la vivienda son determinantes que inciden directamente en el modo de vida, las políticas públicas y su implementación son parte de una perspectiva social, que pueden describir estrategias para el mejoramiento de la insuficiencia de los servicios de salud.

En Costa Rica actualmente se cuenta con servicios de salud públicos y privados. Los servicios públicos son gestionados y financiados por el Gobierno (Estado), mientras que los servicios privados de salud se brindan a través de empresas que tienen fines de lucro.

El sistema de Salud de Costa Rica es ampliamente visto como una historia de éxito, su servicio nacional único de salud que ha demostrado una considerable estabilidad institucional desde entonces, en donde el costarricense tiene un acceso casi universal a un rango completo de servicios de atención de la salud y que gozan de una protección efectiva contra gastos catastróficos en salud, sin embargo, el disfrute de estos beneficios y el gasto se encuentra en una fuerte trayectoria ascendente, aumentando en torno al 7% o más



anualmente en términos nominales, casi el doble de la inflación general, actualmente el gasto nacional en salud ha sido un porcentaje elevado por lo que a sus vez el mecanismo de contención costos son pobres, con escasa evidencia de que el aumento del gasto traiga beneficio a los pacientes. Frustrados por los tiempos de espera de un año o más para procedimientos, las personas aumentan su gasto de bolsillo para recibir servicios de atención de salud en el sector privado, originando riesgo de un sistema de dos niveles.

Esta falta de atención médica o insuficiente aperturas de servicios no solo es injusta, sino que también es un despreció del potencial y capital humano de un país. El capital humano es los conocimientos, las habilidades y la salud que las personas acumulan a lo largo de su vida y que les permiten desplegar su potencial como miembros productivos de la sociedad.

Se cree que calidad de servicios de salud, es algo que está fuera del alcance del común de los oferentes de los servicios, o en su lugar que es un asunto del que puedan apropiarse algunas personas o grupos, desestimando que ello es un proceso social, donde están involucrados aspectos ideológicos, de cultura, de poder, de estructura, de infraestructura, pero especialmente de actitud de las personas, de compromiso con la sociedad y consigo mismo, de sinceridad y honestidad y de superar el desorden y engaño, que funcionalmente administrado favorece intereses específicos en perjuicio de las grandes mayorías.

Conceptualmente, la calidad pasa por la atención de las personas a nivel estrictamente humano y todo lo que ello implica en la mutua relación, que se da entre personas demandantes de servicios y el servicio propiamente tal, lo que debe reunir requisitos de conocimientos y recursos organizados para cumplir con las expectativas de la población. La calidad presume que se deben satisfacer las aspiraciones de la población, en el sentido de obtener el máximo de los beneficios, con el mínimo de riesgos para la salud y el bienestar de las personas.



¿Cuán equitativo es el acceso a los servicios de salud en Costa Rica? ¿Hasta qué punto el actual proceso de reforma del sector salud ha alterado el entorno de oferta de servicios y su accesibilidad? El relaciona la población (la demanda) con los servicios de salud (la oferta), con el fin de valorar la accesibilidad de los servicios y su equidad. Se utilizan medidas tradicionales de acceso, como densidad de servicios o distancia al establecimiento más cercano.

La accesibilidad a los servicios de salud es un concepto con al menos dos dimensiones: la geográfica y la social. El presente análisis se ocupa de la accesibilidad física o geográfica. La medición de la accesibilidad física presenta varios problemas. Algunos de estos problemas pueden corregirse entre ellos, el problema de la validez interna de evaluaciones subjetivas acerca de la distancia (o tiempo de viaje) hasta los establecimientos de salud. Un estudio comparativo de la DHS sobre la disponibilidad de servicios de planificación familiar y de salud anota varias limitaciones derivadas de la naturaleza subjetiva de esta información. Las medidas tradicionales de acceso suelen basarse en la distancia al establecimiento más cercano o en la presencia de establecimientos en la comunidad. La utilización de servicios en otras comunidades, el no uso del establecimiento más cercano, la superposición de áreas de cobertura, los servicios redundantes en una comunidad, la competencia entre usuarios potenciales y la variabilidad en la calidad del servicio, son aspectos del acceso que las medidas tradicionales de accesibilidad no manejan adecuadamente. En la caracterización de la oferta, un problema frecuente es la discrepancia entre los datos administrativos y la realidad. Por ejemplo, los informes administrativos a veces incluyen establecimientos que no están en funcionamiento o dan un panorama demasiado optimista sobre la calidad y cantidad del servicio. Este enfoque presenta el problema de que una inmensa masa de datos debe reducirse a dimensiones manejables y, lo que es más grave, que las medidas de acceso no pueden incluir, por definición ya que se tiene solamente una muestra, todos los servicios disponibles a la población. El enfoque adoptado en el presente estudio consiste en



el uso de unos pocos indicadores de la oferta, pero para la totalidad de los servicios disponibles. En Costa Rica se han efectuado periódicamente encuestas de consulta externa y estudios de demanda y uso de servicios de salud como parte de la encuesta nacional de hogares, empleo y desempleo.

Estos estudios han dado cierto grado de conocimiento sobre la demanda de servicios. El conocimiento sobre la oferta es, en cambio, limitado. Los planes, programas e informes de salud suelen incluir un capítulo sobre la oferta de servicios. Esta información, sin embargo, es a un alto grado de agregación y poco útil para la toma de decisiones a nivel local. Es posible con ella saber, por ejemplo, la disponibilidad de camas o de médicos por habitante en todo el país o grandes regiones, pero no es posible conocer qué comunidades tienen acceso a servicios hospitalarios o de consulta externa apropiados.

### **Causas raíz identificadas y priorizadas según Pareto:**

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:



## CUADRO 77. Causas Raíz del problema Insuficiente Oferta de Servicios de Salud

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Socioeconomicos	2,3	se debe a insuficientes EBAIS hace que se disminuya la cantidad de citas diarias disponibles.	10	5	10	500	16,05%	16,05%	500	80%
Circunstancias materiales de vida	5,2	se debe a desigualdad en el acceso a servicios de salud privados.	10	5	10	500	16,05%	32,10%	1000	80%
Servicios de Salud	6,2	se debe a insuficientes especialidades médicas en el nivel local.	10	5	10	500	16,05%	48,15%	1500	80%
Comportamiento	4,2	se debe a falta de estudios e investigaciones acerca de las conductas sexuales de la comunidad de Santa Ana.	7	5	10	350	11,24%	59,39%	1850	80%
Servicios de Salud	6,1	se debe a falta de medición de grado de satisfacción de la población.	7	5	10	350	11,24%	70,63%	2200	80%
Factores Sociopolíticos	1,1	se debe a fuga de fondos monetarios/dívisas.	3	5	10	150	4,82%	75,44%	2350	80%
Comportamiento	4,1	se debe falta de conocimientos acerca de la percepción de salud de la población de Santa Ana.	3	5	10	150	4,82%	80,26%	2500	20%
Comportamiento	4,3	se debe a falta de conocimientos acerca de la percepción de calidad de vida de la población de Santa Ana.	3	5	10	150	4,82%	85,07%	2650	20%
Circunstancias materiales de vida	5,1	se debe a insuficientes servicios de salud para la atención de una población adulta mayor en aumento.	3	5	10	150	4,82%	89,89%	2800	20%
Factores Sociopolíticos	1,2	se debe a procesos incompletos de descentralización en sistema de salud.	3	3	7	63	2,02%	91,91%	2863	20%
Factores Sociopolíticos	1,3	se debe a insuficiente recurso humano.	3	3	7	63	2,02%	93,93%	2926	20%
Factores Socioeconomicos	2,1	se debe a aumento de enfermedades por una no detección temprana.	3	3	7	63	2,02%	95,96%	2989	20%
Factores Socioeconomicos	2,2	se debe a no contar con un seguro de salud.	3	3	7	63	2,02%	97,98%	3052	20%
Servicios de Salud	6,3	se debe a no tener recursos económicos por ende sin acceso a servicios de salud.	3	3	7	63	2,02%	100,00%	3115	20%
Factores Biológicos	3,1	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	3115	20%
Factores Biológicos	3,2	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	3115	20%
Factores Biológicos	3,3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	3115	20%
Circunstancias materiales de vida	5,3	NA	0	0	0	0	0,00%	100,00%	3115	20%

Fuente: Elaboración propia.



El grupo expertos consultado identifico y priorizo las siguientes causas raíz como problema la Insuficiencia oferta de Servicios de Salud: 1) Insuficientes Equipos Básicos de Atención Integral Salud (EBAIS)(Factores socioeconómicos), 2) Desigualdad en el acceso a servicios de salud privados (Circunstancias materiales de vida), 3) Insuficientes especialidades médicas al nivel local (Servicios de salud), 4)Falta de medición de grado de satisfacción de la población (Servicios de salud) y 5) Fuga de fondos monetarios /divisas (Factores sociopolíticos).

Como se observa los factores de riesgo para eventos son ampliamente modificables si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la intersectorialidad.

## **2. INSEGURIDAD EMOCIONAL:**

La inseguridad emocional es una sensación de nerviosismo, malestar o temor asociado con diversas situaciones, tanto sociales como de toma de decisiones. La inseguridad puede ser desencadenada por la percepción de uno mismo como vulnerable, o una sensación de inestabilidad emocional que amenaza la propia autoimagen.

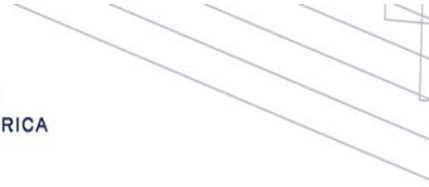
Las personas inseguras no tienen confianza en sí misma, ni en su valía, ni en sus capacidades, y carecen de confianza en los demás. Pueden pensar que los demás les defraudarán, y, asimismo, temerán defraudar ellos mismos a los demás.

La inseguridad puede promover estados de timidez, paranoia o aislamiento social. Puede estimular conductas compensatorias, como la agresividad, la arrogancia o el narcisismo. Asimismo, es un síntoma asociado a diversas patologías, como la fobia social, las



obsesiones, problemas de autoestima, etc. Casi siempre causa cierto grado de aislamiento: cuanto mayor es la inseguridad, mayor es el grado de aislamiento.

En el año 2022 como efecto de la pandemia por el COVID SARS Cov 2 según un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre seguridad humana, 6 de cada 7 personas en el mundo sufren sentimientos de inseguridad. En dicho informe el Administrador del PNUD dice que *“A pesar de que el mundo disfruta de una riqueza sin precedentes, la mayoría de las personas sienten preocupación por el futuro, sentimientos que probablemente se han visto exacerbados por la pandemia”*. *“En nuestro afán desenfrenado por el crecimiento económico seguimos destruyendo nuestro entorno natural mientras aumentan las desigualdades, tanto dentro de los países como entre ellos”*.



La Política de Salud Mental de Costa Rica expone en relación a la inseguridad lo siguiente:

“... en el Informe Compendiado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Promoción de la Salud Mental” de 2004, están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológicos y biológicos, de la misma forma en que lo están la salud y la enfermedad en general. La evidencia más clara de esto se relaciona con el riesgo de las enfermedades mentales, las cuales, en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo está asociado con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación y, en algunos estudios, con malas condiciones habitacionales y bajo ingreso. La mayor vulnerabilidad que tiene las personas en desventaja a las enfermedades mentales en cada comunidad, se puede explicar mediante factores como la experiencia de vivir en **inseguridad** y desesperanza, el rápido cambio social, los riesgos de violencia y los problemas de salud física.

Respecto a las causas definidas de la inseguridad emocional se hace referencia a las siguientes:

- La autoexigencia y el perfeccionismo generan una visión de las cosas como perfectas o catastróficas, por lo que en la toma de decisiones solo existen dos posibilidades, tomar buenas decisiones para tener buenos resultados o tomar malas decisiones y obtener resultados catastróficos.
- Las personas que muestran inseguridad presentan al mismo tiempo una baja autoestima, no confían en sus capacidades y virtudes, tendiendo a exagerar los aspectos que consideran negativos de ellos mismos.
- Familias excesivamente exigentes generan sentimientos de incapacidad e inseguridad.
- En algunas ocasiones la inseguridad viene a consecuencia de la toma de una decisión que ha generado consecuencias negativas, de esta experiencia la persona extrae la conclusión de que no puede confiar en sus criterios para la toma de decisiones.



## Causas raíz de la Inseguridad emocional según Pareto:

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:

**CUADRO 78. Causas raíz de la Inseguridad emocional**

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1,1	Efectivamente existe muy poca inversión en programas de salud mental.	10	5	10	500	8,26%	8,26%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1,2	si escasa publicidad sumándole una alta centralización de las actividades y falta de horarios accesibles.	10	5	10	500	8,26%	16,53%	1000	80%
Factores Sociopolíticos	1,3	Se debe a escasas estrategias practicas.	10	5	10	500	8,26%	24,79%	1500	80%
Factores Biologicos	3,3	Cambio climático	10	5	10	500	8,26%	33,06%	2000	80%
Comportamiento	4,3	No, Falta de educación e inteligencia emocional	10	5	10	500	8,26%	41,32%	2500	80%
Servicios de Salud	6,1	SI	10	5	10	500	8,26%	49,59%	3000	80%
Servicios de Salud	6,2	SI	10	5	10	500	8,26%	57,85%	3500	80%
Factores Biologicos	3,1	no, la dimensión biológica se debe a condiciones genéticas desarrollándose enfermedades mentales	10	5	7	350	5,79%	63,64%	3850	80%
Factores Biologicos	3,2	condición de salud	10	5	7	350	5,79%	69,42%	4200	80%
Comportamiento	4,1	SI	10	5	7	350	5,79%	75,21%	4550	80%
Comportamiento	4,2	SI	10	5	7	350	5,79%	80,99%	4900	20%
Circunstancias materiales de vida	5,1	SI	10	5	7	350	5,79%	86,78%	5250	20%
Factores Socioeconomicos	2,2	SI	7	5	7	245	4,05%	90,83%	5495	20%
Servicios de Salud	6,3	SI	7	3	10	210	3,47%	94,30%	5705	20%
Factores Socioeconomicos	2,3	si (la incidencia recae sobre el estado no las instituciones)	10	5	3	150	2,48%	96,78%	5855	20%
Factores Socioeconomicos	2,1	si es una causa	7	5	3	105	1,74%	98,51%	5960	20%
Circunstancias materiales de vida	5,2	SI	7	3	3	63	1,04%	99,55%	6023	20%
Circunstancias materiales de vida	5,3	SI	3	3	3	27	0,45%	100,00%	6050	20%

Fuente: Elaboración propia.

El grupo expertos consultado identificó y priorizo las siguientes causas raíz de la Inseguridad emocional: 1) Poca inversión programa de salud mental (determinante sociopolítico), 2)



Escasa publicidad de actividades de ocio para distracción en la comunidad (determinante sociopolítico), 3) Pocas estrategias prácticas (determinante sociopolítico), 4) Cambio climático (determinante de Circunstancias materiales de vida). 5) Patrones emocionales aprendidos (determinante de comportamiento).

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.

### **3. VIOLENCIA:**

Según la OMS el daño que causa la violencia va mucho más allá del daño físico. La violencia provoca depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental. También contribuye a la aparición de cánceres, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares y VIH/sida, pues las víctimas de la violencia a menudo tratan de hacer frente a sus experiencias traumáticas adoptando comportamientos de riesgo, como consumir tabaco, alcohol y drogas, así como con prácticas sexuales de riesgo. En ese sentido también, la violencia puede provocar una muerte temprana o mala salud durante toda la vida.

Cuando se ponen en perspectiva esas consecuencias sanitarias considerando el gran número de personas afectadas, se empieza a descubrir la enormidad del problema. Por ejemplo, una quinta parte de las niñas han sido víctimas de abusos sexuales; una cuarta parte de los niños han sido maltratados físicamente, y una tercera parte de las mujeres han sufrido, en algún momento de su vida, violencia física o sexual por parte de su pareja.



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO  
DE COSTA RICA

La Política Nacional de Salud Mental de Costa Rica hace referencia al tema de violencia como violencia social ... “La violencia es un fenómeno construido socialmente que se expresa a través de múltiples manifestaciones, cuyos significados varían históricamente dependiendo del momento y el contexto en que se producen, implica acciones u omisiones donde personas, grupos, instituciones, o Estados, utilizan un nivel excesivo de fuerza o poder” .... “La violencia es una expresión social determinada por las condiciones de vida. Hoy en día no hay sociedad que escape a su presencia en sus diversas manifestaciones y para analizar este fenómeno, debe de situarse el reconocimiento de su complejidad dado que existen múltiples formas de violencia, con diversos niveles de significación y efectos históricos” ... .

### **Causas raíz de la Violencia según Pareto:**

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:



## CUADRO 79. Causas raíz de la Violencia

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1,2	se debe al acceso a armas de fuego.	10	5	10	500	9,35%	9,35%	500	80%
Factores Socioeconomicos	2,2	se debe a falta de seguridad en la sociedad.	10	5	10	500	9,35%	18,70%	1000	80%
Comportamiento	4,2	se debe a entornos comunitarios estresantes.	10	5	10	500	9,35%	28,05%	1500	80%
Servicios de Salud	6,1	se debe a exclusión social (Percepción de desigualdad).	10	5	10	500	9,35%	37,40%	2000	80%
Servicios de Salud	6,2	se debe a trafico de drogas.	10	5	10	500	9,35%	46,75%	2500	80%
Factores Sociopolíticos	1,1	se debe a corrupción.	10	5	7	350	6,54%	53,29%	2850	80%
Factores Sociopolíticos	1,3	NA	10	5	7	350	6,54%	59,84%	3200	80%
Factores Socioeconomicos	2,1	NA	10	5	7	350	6,54%	66,38%	3550	80%
Comportamiento	4,1	NA	10	5	7	350	6,54%	72,92%	3900	80%
Comportamiento	4,3	se debe ausencia de practica auto cuidado en la salud mental.	10	5	7	350	6,54%	79,47%	4250	80%
Circunstancias materiales de vida	5,1	se debe a consumo licito e ilícito.	10	5	7	350	6,54%	86,01%	4600	20%
Circunstancias materiales de vida	5,2	se debe a mal manejo y canalización de emociones.	10	5	7	350	6,54%	92,56%	4950	20%
Circunstancias materiales de vida	5,3	se debe a uso excesivo y consumo digital en niños y adolescentes en sus hogares.	7	5	7	245	4,58%	97,14%	5195	20%
Factores Socioeconomicos	2,3	se debe a altos indices de pobreza en zonas especificas del cantón.	3	3	10	90	1,68%	98,82%	5285	20%
Servicios de Salud	6,3	se debe a exposición a ofrecimiento de actos ilegales e ilícitos.	3	3	7	63	1,18%	100,00%	5348	20%
Factores Biologicos	3,1	se debe a insuficientes acceso a servicios de salud mental.	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5348	20%
Factores Biologicos	3,2	se debe a desigualdad en el acceso a servicios de salud puede crear violencia.	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5348	20%
Factores Biologicos	3,3	se debe a insuficientes grupos comunales de trabajo.	0	0	0	0	0,00%	100,00%	5348	20%

Fuente: Elaboración propia.

El grupo expertos consultado identificó y priorizo las siguientes causas raíz de la violencia:

- 1) Falta de seguridad en la sociedad (determinante sociopolítico),
- 2) Tráfico de drogas (determinante de comportamiento),
- 3) Consumo licito e ilícito de sustancias psicoactivas (determinante de comportamiento),
- 4) Insuficientes acceso a servicios de salud mental



(determinante de Servicios de Salud). 5) Desigualdad en el acceso a servicios de salud (determinante de circunstancias materiales de la vida).

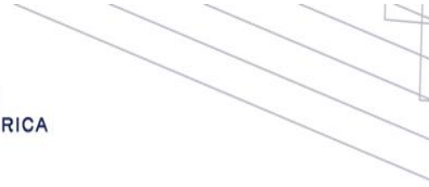
Como se observa los factores de riesgo para estos eventos son ampliamente modificables si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la intersectorialidad.

#### **4. ESTRES**

La OMS define el estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Todas las personas tenemos un cierto grado de estrés, ya que se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos. Es la forma en que reaccionamos el estrés lo que marca el modo en que afecta a nuestro bienestar.

El estrés afecta tanto a la mente como al cuerpo. Es positivo tener un poco, pues nos ayuda a realizar las actividades diarias, pero cuando el estrés pasa a ser excesivo tiene consecuencias físicas y psíquicas. Sin embargo, podemos aprender a lidiar con él para sentirnos menos abrumados y mejorar nuestro bienestar físico y mental.

Cuando tenemos estrés nos resulta difícil relajarnos y concentrarnos, y podemos sentirnos ansiosos o irritables. Además, el estrés puede causar dolor de cabeza o de otras partes del cuerpo, malestar gástrico, dificultades para dormir o alteraciones del apetito (comer más o menos de la cuenta). Cuando el estrés se cronifica, puede agravar problemas de salud y dar lugar a un aumento del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias.



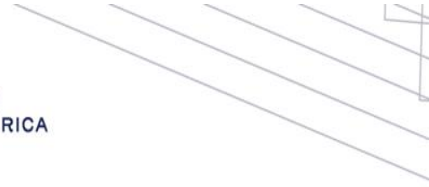
Las situaciones estresantes pueden causar o exacerbar problemas de salud mental, frecuentemente ansiedad o depresión, que requieren atención médica. Hay problemas de salud mental que pueden deberse a la persistencia del estrés si este ha empezado a afectar a nuestra vida y nuestro desempeño educativo o laboral.

El año 2020 de la pandemia que pasará a la historia batió récords de estrés, preocupación, ira y tristeza entre hombres y mujeres de todo el mundo, según una nueva encuesta mundial sobre las emociones en 2020.

Los niveles de estrés fueron los que más aumentaron, con un "récord del 40% de los adultos de todo el mundo" que dijeron haber experimentado estrés "mucho el día anterior", según el Índice Global de Emociones 2021 de Gallup. Se trata del nivel más alto de los últimos 15 años, según el informe.

A nivel mundial, las mujeres con niños pequeños en casa se llevaron la peor parte del estrés, la preocupación, la ira y la tristeza que experimentaron las personas durante la pandemia de 2020 se debe a escasa publicidad de actividades de ocio para distracción en la comunidad.

El estrés aumentó en la mitad de los 116 países estudiados, con "aumentos de dos dígitos en el estrés en 21 países", según el informe. Esto significa que casi 190 millones de personas más en todo el mundo experimentaron un estrés significativo el año pasado que en años anteriores.



La enfermedad y la muerte a causa de covid-19 fueron obviamente una parte importante del estrés y las emociones negativas, al igual que el impacto económico de la pandemia, según la encuesta.

"La mitad de las personas que trabajaban en el momento de la pandemia dijeron que ganaban menos dinero a causa del covid-19, y el 32% de las personas dijeron que habían perdido su trabajo", escribió Jon Clifton, socio director mundial de Gallup, en su declaración inicial sobre la encuesta.

"En total, el 80% de las personas dijeron que el covid-19 les afectó de alguna manera".

Según el Banco Mundial salir a la calle y mirar a todos lados por miedo a un asalto. Trabajar hasta altas horas de la noche debido a la fuerte carga laboral y por temor a perder el trabajo. Endeudarse con la tarjeta de crédito por los bajos ingresos y los crecientes costos de mantener a la familia.

Estas situaciones, parte del día a día de miles de latinoamericanos, tienen una característica común: producen un estrés constante que al acumularse puede convertirse en una bomba de tiempo.

El estrés es la enfermedad de salud mental del siglo XXI y puede ser el detonante de la depresión o incluso del suicidio, según los expertos.

En América Latina, la situación es un poco más complicada, sobre todo en las zonas de menos ingresos. De acuerdo a la Asociación Mundial de Psiquiatría, la mayoría de países latinoamericanos dedican menos del 2% de su presupuesto total de salud a las enfermedades de mentales.



Si a esto se le suma un panorama constante de inequidad social, de inseguridad y de violencia tanto en las calles como en el hogar o en el trabajo y, además, el riesgo constante de enfrentarse a desastres naturales, entonces tenemos como resultado una población altamente estresada y proclive a enfermedades mentales más severas.

El problema no acaba ahí. Para el tratamiento de enfermedades mentales, los recursos humanos de la región son escasos: menos de 2 psiquiatras y de 3 psicólogos por cada 100 mil personas. La mayoría de estos especialistas están concentrados en la zona urbana.

El trabajo sobre la salud mental en Costa Rica realizado por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR, entre setiembre y noviembre del 2022, identificó a los grupos vulnerables de sufrir estrés agudo y documento los siguientes hallazgos:

- Al igual que a inicios de la pandemia, las mujeres presentaron mayores niveles de estrés que los hombres. Además, no se encontraron diferencias en ese indicador de la salud mental entre las provincias costeras y las no costeras. Esta última información contrasta con lo que ocurría en el 2020, cuando las zonas periféricas del país mostraban mayores niveles de estrés.
- En la muestra representativa del estudio, un 11 % presentó síntomas de estrés agudo de forma ocasional, mientras que solo un 1 % los tuvo muy frecuentemente.
- Por otro lado, un 43,9 % de la muestra refirió tener altos niveles de resiliencia ante las dificultades, es decir, la capacidad de enfrentar emocionalmente esas situaciones.
- El estrés es un proceso que se da a través del tiempo y consiste en una respuesta del organismo frente a un cambio. Sin embargo, cuando el estrés se vuelve agudo,



quiere decir que las personas se ven envueltas en una serie de eventos que superan sus recursos.

- En estos casos, se experimenta una sobrecarga que puede afectar el bienestar, tanto físico como psicológico.
- En la encuesta, la población dijo tener síntomas físicos, como dolor de cabeza, de espalda, problemas de sueño, mareos, náuseas, fatiga y palpitaciones, así como síntomas psicológicos, como ansiedad, miedo, ganas de llorar o de salir corriendo. Estos factores pueden estar asociados al estrés agudo, pero muchas veces quienes los padecen no los perciben así. “Las personas tienen estas reacciones y no las identifican como problemas de estrés, buscan otro tipo de explicaciones, más físicas que psicológicas. Por lo tanto, tienden a acudir a medicamentos como ibuprofeno, relajantes musculares, analgésicos y desinflamatorios, muchos de venta libre”, señaló Ana María Jurado Solórzano, otra de las investigadoras.
- En general, según el estudio, pareciera que las personas con ingresos menores sufren más estrés, aunque todos los grupos socioeconómicos reportaron niveles semejantes de afrontamiento de los problemas o resiliencia.

### **Causas raíz del Estrés según Pareto:**

En el siguiente cuadro se observan las causas raíz identificadas por los actores sociales:



## CUADRO 80. Causas raíz del Estrés

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)= D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1,2	se debe a deficiencia en la reorganización y participación en la comunidad.	10	5	10	500	7,51%	7,51%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1,3	se debe a escasa publicidad de actividades de ocio para distracción en la comunidad.	10	5	10	500	7,51%	15,01%	1000	80%
Factores Socioeconomicos	2,1	se debe a pocas técnicas de solución de problemas.	10	5	10	500	7,51%	22,52%	1500	80%
Factores Socioeconomicos	2,2	se debe a factores o situaciones económicas poco favorables, subempleo y desempleo.	10	5	10	500	7,51%	30,03%	2000	80%
Factores Socioeconomicos	2,3	se debe a sobre carga de trabajo.	10	5	10	500	7,51%	37,53%	2500	80%
Factores Biologicos	3,3	se debe a factores químicos (medicamentos).	10	5	10	500	7,51%	45,04%	3000	80%
Circunstancias materiales de vida	5,1	se debe a enfermedades Físicas (sistema inmunológico).	10	5	10	500	7,51%	52,54%	3500	80%
Circunstancias materiales de vida	5,3	Enfermedades hereditarias	10	5	10	500	7,51%	60,05%	4000	80%
Servicios de Salud	6,1	Cambio Climático	10	5	10	500	7,51%	67,56%	4500	80%
Factores Biologicos	3,1	se debe a la ausencia de practica auto cuidado en la salud mental.	10	5	7	350	5,25%	72,81%	4850	80%
Factores Biologicos	3,2	se debe a malos hábitos de vida.	10	5	7	350	5,25%	78,07%	5200	80%
Comportamiento	4,1	se debe a pensamiento rígido.	10	5	7	350	5,25%	83,32%	5550	20%
Comportamiento	4,2	se debe a entornos comunitarios y laborales estresantes.	10	5	7	350	5,25%	88,58%	5900	20%
Servicios de Salud	6,3	se debe a mala calidad de viviendas y vecindarios.	10	5	7	350	5,25%	93,83%	6250	20%
Comportamiento	4,3	Costo de la Vida (Responsabilidad estatal no institucional)	10	5	3	150	2,25%	96,08%	6400	20%
Circunstancias materiales de vida	5,2	se debe a insuficiente acceso a servicios de salud mental.	10	5	3	150	2,25%	98,33%	6550	20%
Servicios de Salud	6,2	se debe a insuficientes grupos comunales de trabajo.	3	3	10	90	1,35%	99,68%	6640	20%
Factores Sociopolíticos	1,1	se debe a no tener recursos económicos por ende sin acceso a servicios de salud.	3	1	7	21	0,32%	100,00%	6661	20%

Fuente: Elaboración propia.

El grupo expertos consultado identificó y priorizo las siguientes causas raíz del estrés: 1) Escasa publicidad de actividades de ocio para distracción en la comunidad (determinante sociopolítico), 2) Pocas técnicas de solución de problemas (determinante sociopolítico), 3) factores o situaciones económicas poco favorables, subempleo y desempleo (determinante



socioeconómico), 4) Sobre carga de trabajo (determinante socioeconómico). 5) Factores químicos (medicamentos) (determinante de comportamiento).

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.

#### **IV. IDENTIFICACIÓN DE LAS LINEAS DE ACCIÓN PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ PRIORIZADAS**

Este paso será realizado por el Equipo Local, quien retomará 5 las causas raíz priorizadas por problema de salud y procederá a la identificación de los factores protectores y líneas de acción.

Para cada problema de salud se toman las causas raíz priorizadas y se identificará los factores protectores del problema. La traducción de causa raíz a factor protector se realiza preguntándose: ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz? Ejemplo: ¿Cuál es la acción contraria a un estilo de vida sedentario? Respuesta: Actividad física regular.

Una vez reconocido el factor protector se procede a la identificación de las líneas de acción necesarias para mantener, fortalecer o reproducir este factor. Para lo cual es necesario tomar como referencia las causas secundarias y terciarias de la causa raíz, puesto que éstas darán la información sobre las acciones específicas que pueden incidir sobre el problema de salud. Es importante aclarar que las líneas acción pueden responder al ámbito de la prevención o promoción de la salud.

#### **9. VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON LA COMUNIDAD**

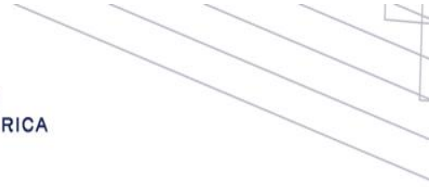
El Equipo Local del ARS Santa Ana realizó el tercer en el cual se validó con la comunidad las líneas de acciones identificadas y las ajuste correspondiente. Para la validación se utilizó una presentación en Power point en la cual se retomó el Cuadro de Identificación de factor protección y líneas de acción para cada problema de salud.

El día 16 de agosto de 2023 se realizó el taller con los actores sociales, se les presentaron los cuadros con los factores de riesgo, factores protectores, líneas de acción, actores



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**GOBIERNO  
DE COSTA RICA**



responsables y colaboradores y se realizó un análisis de cada problema con observaciones planteadas las cuales se incluyen en los cuadros, se contó con la participación de 8 actores sociales.



## CUADRO 81. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE CARDIOPATIAS.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción

Problema de Salud: CARDIOPATÍAS: Infarto Agudo de Miocardio, sin otra especificación, la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón, no especificada y la Enfermedad Aterosclerótica del Corazón.

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?
Socioeconómico	2.1 Dificultad para el acceso a alimentos saludables	Acceso a alimentos saludables.	Fortalecimiento de la gestión interinstitucional en la ejecución de los programas de ayuda alimentaria, dirigida a la población vulnerable, con énfasis en la niñez y los adultos mayores.	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Consejo Cantonal Alimentaria y Nutricional (COSAN) Sector privado de comercio.
			Ampliación de la cobertura de los programas de ayuda alimentaria y los programas de alimentación complementaria, dirigidas a los segmentos de la población de mayor vulnerabilidad, con énfasis en la niñez y adultos mayores.	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Sector privado de comercio. Consejo Cantonal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN)
Socioeconómico	2.2 Problemas de acceso a la medicación	Acceso a los medicamentos	Usar redes sociales, mensajes de texto, internet, radio, televisión y otros medios para aumentar la conciencia sobre el acceso a medicamentos y la importancia de su uso adecuado	COOPESANA.	Farmacias privadas. Ministerio de Salud.
Socioeconómico	2.3 Pobreza (falta de acceso a los medios para una vida sana).	Acceso a los medios para una vida sana	Promover la valoración de las necesidades básicas (vivienda, empleo, acceso a servicios de salud, acceso a alimentación adecuada y suficiente, acceso a la educación, promoción de la actividad física) para la atención prioritaria de los sectores sociales más necesitados, en especial aquellos localizados en asentamientos en precario, condición de tugurio, áreas peligrosas o nocivas, dando énfasis en la atención de mujeres jefas de hogar, discapacitados y adultos mayores, en particular en la zona rural cantón de Santa Ana.	Municipalidad de Santa Ana, MAG, MEP, IMAS, MIVAH, COOPESANA, IMAS, RECAFIS	MIDEPLAN (asesor), Ministerio de Salud
Comportamiento	3.1 Sedentarismo	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física	Comité Cantonal de Deportes y Recreación. Oficina de Promoción Social del gobierno local.	ICODER
			Incorporar a promotores de la actividad física en el primer nivel de atención de la salud.	Comité Cantonal de Deportes y Recreación. Oficina de Promoción Social del gobierno local.	ICODER
	3.1 Malos hábitos alimenticios	Fortalecimiento de la atención integral del sobrepeso y obesidad a nivel interinstitucional e intersectorial.	Regulación en el consumo de comida no saludable en centros educativos y otros servicios de alimentación públicos y privados.	Comité Cantonal de Deportes y Recreación. Oficina de Promoción Social del gobierno local.	Sector privado de comercio.
Biológico	3.2 Predisposición genética.	Promoción para mantener en control la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.	Generar campañas de comunicación para la reducción del consumo de sal sodio, azúcar y grasas saturadas y aumentar la ingesta de frutas, vegetales y granos.	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Sector privado de comercio.
			Campañas de promoción de la actividad física	Comité Cantonal de Deportes y Recreación	ICODER
			Habilitar espacios para la realización de la actividad física y salud mental en diferentes escenarios: laboral, comunitarios, centros educativos	Comité Cantonal de Deportes y Recreación	ICODER, centros privados de trabajo.

Fuente: Elaboración propia.



## CUADRO 82. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO Y DE COLON.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción

Problema de Salud: Tumor maligno del estómago, parte no especificada y Tumor maligno del colon, parte no especificada.

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?
Socioeconómico	2.1 Dificultad para el acceso a alimentos saludables	Acceso a alimentos saludables.	Fortalecimiento de la gestión interinstitucional en la ejecución de los programas de ayuda alimentaria, dirigida a la población vulnerable, con énfasis en la niñez y los adultos mayores.	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Consejo Cantonal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN) Sector privado de comercio.
			Ampliación de la cobertura de los programas de ayuda alimentaria y los programas de alimentación complementaria, dirigidas a los segmentos de la población de mayor vulnerabilidad, con énfasis en la niñez y adultos mayores.	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Consejo Cantonal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN) Sector privado de comercio.
Socioeconómico	2.2 Problemas de acceso a la medicación	Acceso a los medicamentos	Usar redes sociales, mensajes de texto, internet, radio, televisión y otros medios para aumentar la conciencia sobre el acceso a medicamentos y la importancia de su uso adecuado	COOPESANA.	Farmacías privadas. Ministerio de Salud.
Biológico	3.1 Enfermedades crónicas	Promoción para mantener en control la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.	Generar campañas de comunicación para la reducción del consumo de sal sodio, azúcar y grasas saturadas y aumentar la ingesta de frutas, vegetales y granos.	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Consejo Cantonal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN) Sector privado de comercio.
			Campañas de promoción de la actividad física	Comité Cantonal de Deportes y Recreación. Oficina de Promoción Social del gobierno local.	ICODER
			Habilitar espacios para la realización de la actividad física y salud mental en diferentes escenarios: laboral, comunitarios, centros educativos	Comité Cantonal de Deportes y Recreación. Oficina de Promoción Social del gobierno local.	ICODER, centros privados de trabajo.
Biológico	3.2 Predisposición genética	Prevención, detección temprana y diagnóstico especializado	1. Atención de poblaciones que tienen el riesgo de padecer tumores malignos de estómago y de colon. 2. Proponer alianzas con instituciones con capacidad tecnológica para el diagnóstico temprano de tumores	Centro de Investigación en Cirugía y Cáncer de Centroamérica (Cicca-UCR) Universidad de Costa Rica	COOPESANA
Comportamiento	3.3 Malos hábitos alimenticios a temprana edad	Alimentación saludable	Acceso a una oferta del mercado más saludable y accesible	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Consejo Cantonal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN) Sector privado de comercio.
			Regulación en el consumo de comida no saludable en centros educativos y otros servicios de alimentación públicos y privados. Sensibilización sobre los beneficios de una alimentación saludable. Generar campañas de comunicación para la reducción del consumo de sal sodio, azúcar y grasas saturadas y aumentar la ingesta de frutas, vegetales y granos.	Oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional (gobierno local Municipalidad)	Consejo Cantonal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN) Sector privado de comercio.

Fuente: Elaboración propia.



## CUADRO 83. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE PROBLEMAS AMBIENTALES.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción					
Problema de Salud: PROBLEMAS AMBIENTALES					
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?
<b>Circunstancias materiales de la vida</b>	1.3 Urbanización acelerada sin proyección sustentable.	Urbanización con proyección sustentable y en apego a Plan Regulador actualizado	Actualizar el Plan Regulador del Cantón de Santa Ana, mejorar las supervisiones de proyectos aprobados y sin permiso de construcción	Municipalidad Santa Ana	Ministerio de Salud
<b>Sociopolítico</b>	2.1 Falta de concientización ambiental de parte de instituciones como el MEP, Ministerio de salud, MAG.	Conformación de mesas redondas que permitan sensibilizar a los actores sociales sobre aspectos ambientales	Generar grupos de trabajo por distrito que permitan abordar a las personas interesadas	Ministerio de Salud MEP MAG	Municipalidad de Santa Ana
<b>Sociopolítico</b>	2.2 Afectación de los hábitat naturales debido al crecimiento poblacional.	Urbanización con proyección sustentable y en apego a Plan Regulador actualizado	Actualizar el Plan Regulador del Cantón de Santa Ana, mejorar las supervisiones de proyectos aprobados y sin permiso de construcción	Municipalidad Santa Ana Ministerio de Salud	Municipalidad de Santa Ana
<b>Circunstancias materiales de la vida</b>	3.1 Contaminación de fuentes de agua por condiciones físico químicas y microbiológicas.	Supervisión de construcciones nuevas aprobadas y definición de sistema de tratamiento y de alcantarillado sanitario para disposición de aguas residuales del Cantón de Santa Ana	Inspección de las Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales del Cantón de Santa Ana	Municipalidad Santa Ana Ministerio de Salud	Municipalidad de Santa Ana
<b>Comportamiento</b>	4.1 Bares y restaurantes clandestinos.	Operativos interinstitucionales	Procesos de desobediencia a la autoridad cuando se evidencie incumplimiento	Municipalidad Santa Ana Ministerio de Salud	Municipalidad de Santa Ana

Fuente: Elaboración propia.



## CUADRO 84. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE CONGESTIONAMIENTO VIAL.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción

Problema de Salud: CONGESTIONAMIENTO VIAL

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?
<b>Sociopolítico</b>	1.1 Las políticas del Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT)	Cambiar y mejorar políticas públicas.	1. Crear nuevas políticas públicas y eliminar políticas obsoletas o que no generen los resultados esperados.	Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Consejo Nacional de Vialidad (CONAVI), Consejo de Seguridad Vial (COSEVI), Municipalidad de Santa Ana.	Municipalidad de Santa Ana
<b>Sociopolítico</b>	1.2 Alto flujo vehicular por tránsito de cantones vecinos	Redistribuir el flujo vehicular hacia los cantones vecinos para eliminar la congestión a las horas de alto tránsito vehicular.	1. Crear planes para el manejo del tránsito hacia los cantones vecinos.	Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Consejo Nacional de Vialidad (CONAVI), Consejo de Seguridad Vial (COSEVI), Municipalidad de Santa Ana.	Municipalidad de Santa Ana
<b>Socioeconómico</b>	2.1 Sistema de transporte público deficiente e insuficiente	Nuevos mejores servicios de transporte público.	1. Crear opciones de transporte público y mejorar las opciones existentes.	Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Consejo Nacional de Vialidad (CONAVI), Consejo de Seguridad Vial (COSEVI), Municipalidad de Santa Ana.	Municipalidad de Santa Ana
<b>Comportamiento</b>	4.1 Falta de educación vial	Educación vial en la comunidad.	1. Crear programas de educación vial para la población.	Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Consejo Nacional de Vialidad (CONAVI), Consejo de Seguridad Vial (COSEVI), Municipalidad de Santa Ana.	Municipalidad de Santa Ana
<b>Comportamiento</b>	4.2 Falta de concientización hacia el congestionamiento vial.	Concientizar sobre el congestionamiento vial a la población.	1. Crear programas de concientización a las personas y a las empresas para reducir la cantidad de vehículos en la hora de alta demanda vehicular.	Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Consejo Nacional de Vialidad (CONAVI), Consejo de Seguridad Vial (COSEVI), Municipalidad de Santa Ana.	Municipalidad de Santa Ana

Fuente: Elaboración propia.



## CUADRO 85. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE INSEGURIDAD CIUDADANA.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción

Problema de Salud: INSEGURIDAD CIUDADANA

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?
Sociopolítico	1.1 Fallos en las normas y procedimientos jurídicos	Control interno y externo del desempeño policial	1. Incremento del personal en la delegaciones de fuerza pública y policía de tránsito de Santa Ana .	Delegación policial.	Municipalidad de Santa Ana.
Sociopolítico	1.2 Deficiencias en el sistema de administración de justicia	Contar con sistema judicial más eficiente.	Profesionalización y capacitación de la policía	Delegación policial.	Municipalidad de Santa Ana.
Sociopolítico	1.3 Deficiencia en el sistema policial y de control social	Contar con sistema policial más eficiente.	1. Eliminación o reducción significativa en los tiempos de resolución de proceso y gestiones judiciales. 2. Contar con un eficiente sistema de denuncias de delitos.	Delegación policial.	Municipalidad de Santa Ana.
Socioeconómico	2.1 Desempleo	Generación de empleo.	Crear proyectos factibles y ágiles de emprendedurismo; tales como facilitar el crédito con intereses justos para promover pequeñas y medianas empresas que generan trabajo familiar y contrato de mano de obra.  Además, se debe considerar acelerar los procesos de tramitología institucionales dado que es un obstáculo para los ciudadanos. De esta forma, se reactiva la economía porque se mejora la producción y se disminuye el desempleo.	Municipalidad de Santa Ana. Empresas y comercio privados.	Ministerio de Trabajo. MIDEPLAN.
Comportamiento	4.2 Consumo de sustancias psicoactivas.	Combatir en forma enérgica la micro comercialización de drogas	Promover programas y estrategias de prevención para crear opciones accesibles de educación, capacitación y empleo cerca de las comunidades con subsidio del gobierno local.	Municipalidad de Santa Ana Asociaciones de Desarrollo Cruz Roja. Instituto Mixto de Ayuda Social. Patronato Nacional de la Infancia. Organizaciones Comunales y civiles. Poder Judicial y Fuerza Pública . Seguridad Privada. Redes de Cuido.	Comités Comunitarios y vecinales. Centros Educativos. Comité Cantonal de Deportes. Iglesias. Policía Municipal. Empresas. Instituto Nacional de las Mujeres. Instituto Costarricense sobre Drogas Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación.

Fuente: Elaboración propia.



## CUADRO 86. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE INSUFICIENTE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción

Problema de Salud: Insuficiente Oferta de Servicios 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?
<b>Socioeconómico</b>	2.3 Insuficientes Equipos Básicos de Atención Integral Salud (EBAIS)	Inversión en infraestructura médica, aumento de personal médico.	1. Ampliación de instalaciones: construir o expandir hospitales y clínicas para aumentar la capacidad de atención y garantizar espacios adecuados para pacientes y personal médico. 2. Contratación y formación de personal. 3. Programas de retención: Implementar incentivos como salarios competitivos, oportunidades de desarrollo profesional y beneficios adicionales para retener el personal médico calificado.	COOPESANA	Sector privado, Municipalidad
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.2 Desigualdad en el acceso a servicios de salud privados	Equidad en el Acceso a Servicios de Salud.	1. Garantizar que los servicios sean asequibles y de calidad para todos los segmentos de la población. 2. Implementar subsidios o programas de ayuda financiera dirigidos a grupos de bajos ingresos, para que puedan acceder a servicios de salud privados a precios más asequibles.	COOPESANA	Sector privado, Municipalidad
<b>Servicios de salud</b>	6.2 Insuficientes especialidades médicas al nivel local (Servicios de salud)	Desarrollo de programas de formación y capacitación	1. Realizar estudios y análisis para identificar las especialidades más requeridas en la región y orientar los esfuerzos hacia la formación y atracción de profesionales a esa área. 2. Implementar soluciones de telemedicina para médicos especialistas puedan brindar consultas y diagnósticos a distancia. 3. Optimizar la asignación de recursos disponibles en el sistema de salud local para garantizar que las áreas con mayor necesidad reciban atención especializada.	COOPESANA	Sector privado, Municipalidad
<b>Servicios de salud</b>	4.2 Falta de medición de grado de satisfacción de la población (Servicios de salud)	Implementar encuestas de satisfacción del paciente	1. Establecer un programa sistemático de encuestas de satisfacción del paciente, que se realicen de manera periódica. 2. Desarrollar cuestionarios de encuesta efectivos y bien estructurados, que aborden aspectos clave de la experiencia del paciente, incluyendo la atención médica, la comunicación con el personal, el tiempo de espera y comodidad de las instalaciones. 3. Diversificar métodos de recopilación como encuestas en línea, cuestionarios impresos en las instalaciones de salud y entrevistas telefónicas. 4. Proporcionar capacitación al personal de salud en habilidades de comunicación. 5. Monitoreo continuo.	COOPESANA	Sector privado, Municipalidad
<b>Sociopolítico</b>	6.1 Fuga de fondos monetarios /divisas	Establecer un sistema de auditoría y control financiero Estricto	1. Implementar un sistema riguroso de auditoría y control financiero en los servicios de salud para monitorear y supervisar de cerca los flujos de fondos. 2. Establecer un sistema transparente donde se rinda cuentas por el uso de fondos asignados a los servicios de salud. 3. Implementar un mecanismo de denuncias anónimas para que los empleados puedan informar sobre posibles irregularidades sin temor a represalias.	COOPESANA	Sector privado, Municipalidad

Fuente: Elaboración propia.



## CUADRO 87. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE INSEGURIDAD EMOCIONAL.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción

Problema de Salud: INSEGURIDAD EMOCIONAL

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?
Sociopolítico	1.1 Poca inversión programa de salud mental	Asignación de recursos financieros, humanos y tecnológicos significativos para desarrollar y ejecutar programas de salud mental	1. Recursos financieros adecuados. 2. Contratación de personal especializado. 3. Ampliar la cobertura de los programas existentes.	Coopesana, Gobierno Local	CCCI
Sociopolítico	1.2 Escasa publicidad de actividades de ocio para distracción en la comunidad	Amplia promoción de las actividades de ocio para la distracción	1. Divulgar la información por diferentes medios tales como: redes sociales, afiches, pizarra, boletines. 2. Coordinar con figuras públicas (Influencer). 3. Alianza pública y privada para promover actividades que sean entretenidas, educativas y variadas de acuerdo a las diferentes grupos de poblaciones.	Municipalidad, PANI, COOPESANA, CDRSA, EMAI, Biblioteca Pública	RECAFIS, Sector privado.
Sociopolítico	1.3 Pocas estrategias prácticas	Herramientas personales en la gestión de las emociones	1. Programas de entrenamiento emocional: Ofrecer programas estructurados que enseñen a las personas a identificar, comprender y gestionar sus emociones de manera saludable. 2. Ampliar cobertura de talleres en salud mental. 3. Ampliar la oferta de talleres en técnicas de relajación y habilidades sociales.	Coopesana, Gobierno Local.	RECAFIS, REDVIF
Circunstancias materiales de vida	3.3 Cambio climático	Cuidado del ambiente	1. Implementar programas para la conservación de la biodiversidad. 2. Programas de educación y sensibilización para concienciar sobre las acciones de mitigación. 3. Educación en los estilos de vida sostenible.	Gobierno Local.	Sector privado
Comportamiento	4.3 Patrones emocionales aprendidos	Reeducación en la gestión de las emociones	1. Programas de entrenamiento emocional: Ofrecer programas estructurados que enseñen a las personas a identificar, comprender y gestionar sus emociones de manera saludable. 2. Ampliar cobertura de talleres en salud mental. 3. Ampliar la oferta de talleres en técnicas de relajación y habilidades sociales.	Coopesana, Gobierno Local	RECAFIS, REDVIF



Fuente: Elaboración propia.

## CUADRO 88. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE VIOLENCIA.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción					
Problema de Salud: VIOLENCIA					
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?
<b>Sociopolítico</b>	1.2 Falta de seguridad en la sociedad	Seguridad pública	1. Iluminación en espacios públicos. 2. Prevención del delito. 3. Fomentar la colaboración entre agencias de seguridad y compartir información para identificar y prevenir amenazas.	Fuerza pública, Gobierno Local	Empresa privada
<b>Comportamiento</b>	2.2 Tráfico de drogas	La prevención de tráfico de drogas	1. Programas de educación sobre riesgos y consecuencias. 2. Alianza y colaboración con organismo competentes en detección de tráfico. 3. Programas de prevención de consumo de sustancias ilícitas.	Fuerza pública, policía municipal	Empresa privada
<b>Comportamiento</b>	4.2 Consumo lícito e ilícito de sustancias psicoactivas	Abstención de consumo de sustancias psicoactivas	1. Programas de educación y concientización sobre los riesgos del consumo. 2. Tratamiento y rehabilitación. 3. Promoción de estilos saludables.	IAFA, COOPESANA, CCDRSA, Gobierno local	RECAFIS.
<b>Servicios de Salud</b>	6.1 Insuficientes acceso a servicios de salud mental	Expansión de servicios de salud mental	1. Inversión en programas de salud mental. 2. Promoción de ambiente de trabajos saludables. 3. Ampliar cobertura y oferta de grupo de apoyo existentes.	COOPESANA, Gobierno local	Red de atención de prevención de la Violencia, sector privado e instituciones públicas.
<b>Desigualdad en el acceso a servicios de salud</b>	6.2 Patrones emocionales aprendidos.	Reeducación en la gestión de las emociones	1. Programas de entrenamiento emocional: Ofrecer programas estructurados que enseñen a las personas a identificar, comprender y gestionar sus emociones de manera saludable. 2. Ampliar cobertura de talleres en salud mental. 3. Ampliar la oferta de talleres en técnicas de relajación y habilidades sociales.	Coopesana, Gobierno Local	RECAFIS, REDVIF

Fuente: Elaboración propia.



## CUADRO 89. LINEAS DE ACCION PARA EL PROBLEMA DE ESTRES.

Cuadro N°12. Identificación de factor protección y líneas de acción

Problema de Salud: **ESTRÉS**

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?
Sociopolítico	1.1 Escasa publicidad de actividades de ocio para distracción en la comunidad	Amplia promoción de las actividades de ocio para la distracción	1. Divulgar la información por diferentes medios tales como: redes sociales, afiches, pizarra, boletines. 2. Coordinar con figuras públicas (Influencer). 3. Alianza pública y privada para promover actividades que sean entretenidas, educativas y variadas de acuerdo a las diferentes grupos de poblaciones.	Municipalidad, PANI, COOPESANA, Ccdrsa, EMAI, Biblioteca Pública	RECAFIS, Sector privado.
Sociopolítico	1.2 Pocas técnicas de solución de problemas	Habilidades en solución de conflictos.	1. Programas educativos en comunicación efectiva, resolución de problemas, gestión del estrés. 2. Ampliar programas para el fortalecimiento de la salud mental. 3. Ampliar oferta en programas de autocuidado.	COOPESANA, Gobierno Local.	RECAFIS, Sector privado.
Socioeconómico	1.3 Factores o situaciones económicos poco favorables, subempleo y desempleo	Oportunidades laborales.	1. Alianzas con instituciones gubernamentales para la promoción del empleo. 2. Gestionar programas de capacitación y formación para mejorar habilidades en la población. 3. Fortalecer los programas de apoyo para emprendimiento.	Gobierno local.	Sector privado.
Socioeconómico	2.1 Sobre carga de trabajo	Distribución adecuada de responsabilidades.	1. Evaluar las distribuciones de trabajo, realizar la delegación adecuada, y planificación eficiente de recursos. 2. Promoción en los centros de trabajo de ambientes saludables, capacitar en la gestión del tiempo planificación. 3. Promover en los centros laborales el tiempo para descanso y las pausas activas.	Sector público y privado.	
Comportamiento	4.2 Factores químicos (medicamentos).	Atención oportuna de los efectos secundarios y adversos de los medicamentos indicados para otras enfermedades crónicas.	1. Programas educativos en técnicas de relajación. 2. Ampliar oferta en programas para actividad física, deporte y recreación. 3.	COOPESANA, Ccdrsa, A,	RECAFIS, Sector privado.

Fuente: Elaboración propia.



## Bibliografía:

Solís Moreira, J. (2015). Seguridad ciudadana y prevención de violencia en Costa Rica Estrategia operativa de coproducción y corresponsabilidad. Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/12054.pdf>.

Bujan Murillo, S. 2020. Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. Medicina legal de Costa Rica vol.37 n.1 Heredia Jan. /Mar. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152020000100062](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100062)

Política Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021. 1ª ed. - San José, Costa Rica: El Ministerio, 2011.

Montero Brenes, F. (2020). Estudio de la carga de la enfermedad isquémica del corazón en Costa Rica en el periodo comprendido entre 1990 al 2017. Vol. 5 Núm. 5. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/480>

Ministerio de Salud de Costa Rica. 2015. Boletín Estadístico de Trastornos Mentales Costa Rica, <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/boletines/boletin-de-morbilidad-indicadores-de-salud-vigilancia-de-la-salud/1779-boletin-trastornos-mentales-de-notificacion-obligatoria-2015/file>.

Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas Instituto Costarricense sobre Drogas 2019. Un recorrido por la realidad social de LOS 28 CANTONES con más eventos de incautación de drogas en el período 2010 – 2018 San José, Costa Rica Agosto 2019. <https://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/investigaciones/Los28Cantones.pdf>

Estado de la Nación 2021. <https://estadonacion.or.cr/wp-content/uploads/2021/11/RESUMEN-EN-27-2021.pdf>

INEC-Costa Rica. Estimación de Población y Vivienda 2022. <https://inec.cr/poblacion-total> Ley N°5395 de 1973.

Ley General de Salud. 24 de noviembre de 1973. La Gaceta N°222. [https://www.google.com/search?q=Ley+General+de+Salud.+24+de+noviembre+de+1973.+La+Gaceta+N%C2%B0222&sca\\_esv=585123476&ei=AxZhZaWmDJynqtsPy7mbgAE&ved=0ahUKEwjls4nRyt2CAxWck2oFHcvcBhAQ4dUDCBA&oq=Ley+General+de+Salud.+24+de+noviembre+de+1973.+La+Gaceta+N%C2%B0222&gs\\_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiP0xleSBHZW5lcmFsIGRIIFNhbHVkLiAyNCBkZSBub3ZpZW1icmUgZGUgMTk3My4gTGEgR2FjZXRhIE7CsDlyMkgAUABYAHAAeACQAQCqAQCqAQC4AQzIAQD4AQL4AQHiAwQYACBB&sclient=gws-wiz-serp](https://www.google.com/search?q=Ley+General+de+Salud.+24+de+noviembre+de+1973.+La+Gaceta+N%C2%B0222&sca_esv=585123476&ei=AxZhZaWmDJynqtsPy7mbgAE&ved=0ahUKEwjls4nRyt2CAxWck2oFHcvcBhAQ4dUDCBA&oq=Ley+General+de+Salud.+24+de+noviembre+de+1973.+La+Gaceta+N%C2%B0222&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiP0xleSBHZW5lcmFsIGRIIFNhbHVkLiAyNCBkZSBub3ZpZW1icmUgZGUgMTk3My4gTGEgR2FjZXRhIE7CsDlyMkgAUABYAHAAeACQAQCqAQCqAQC4AQzIAQD4AQL4AQHiAwQYACBB&sclient=gws-wiz-serp)



ANEXOS.

GRAFICO 4. DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL PROBLEMA DE CARDIOPATIAS.

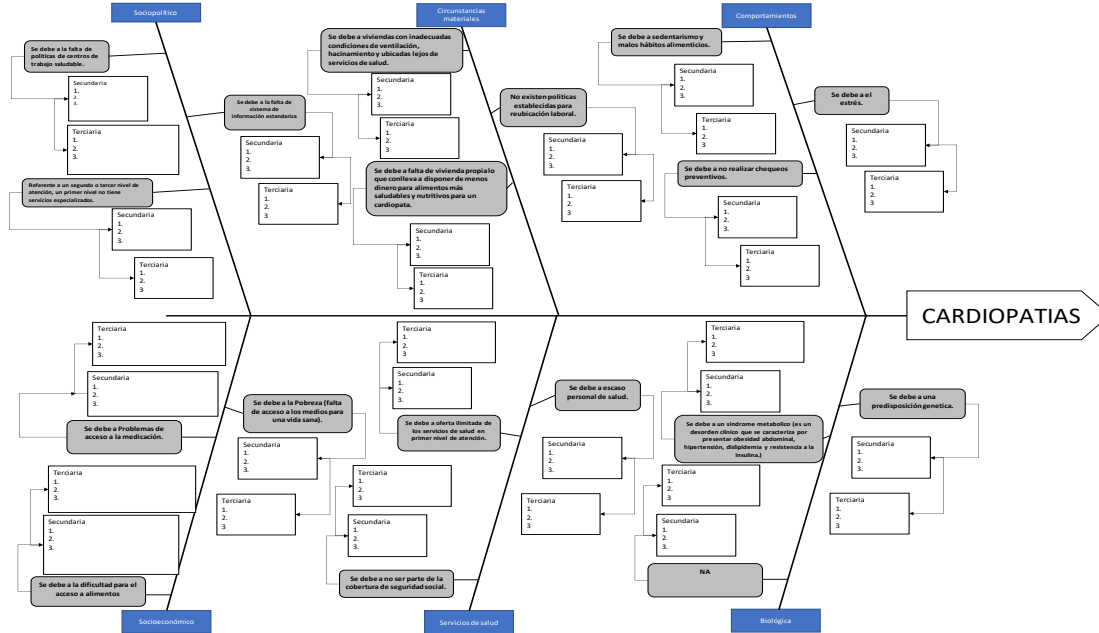


GRAFICO 5. DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL PROBLEMA DE TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO Y COLON.

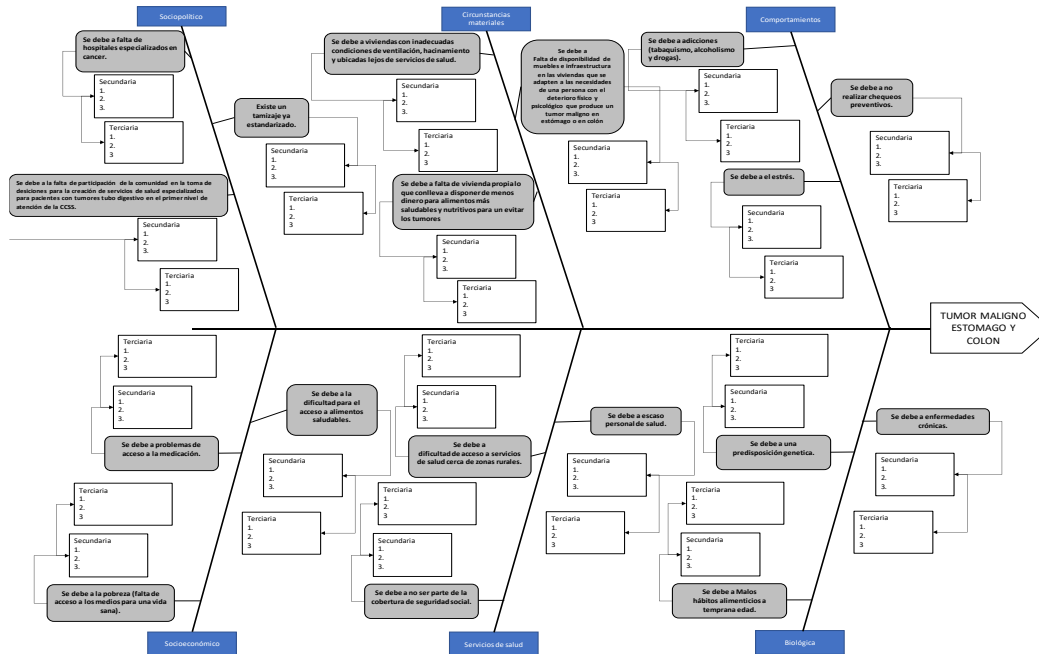






GRAFICO 8. DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL PROBLEMA DE INSEGURIDAD CIUDADANA.

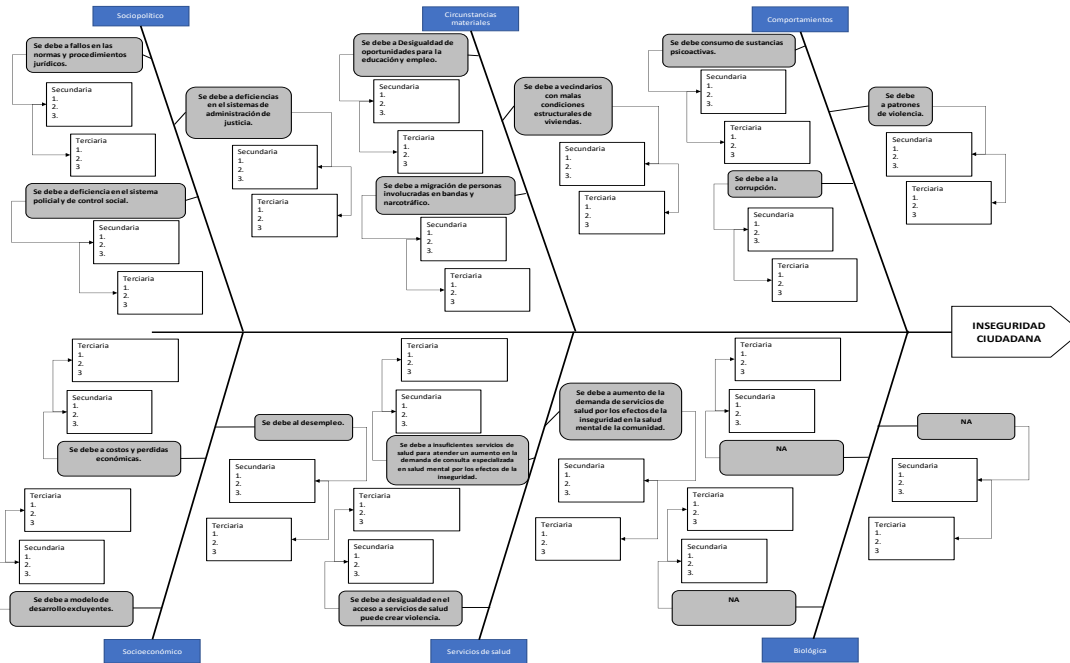


GRAFICO 9. DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL PROBLEMA DE INSUFICIENTE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.

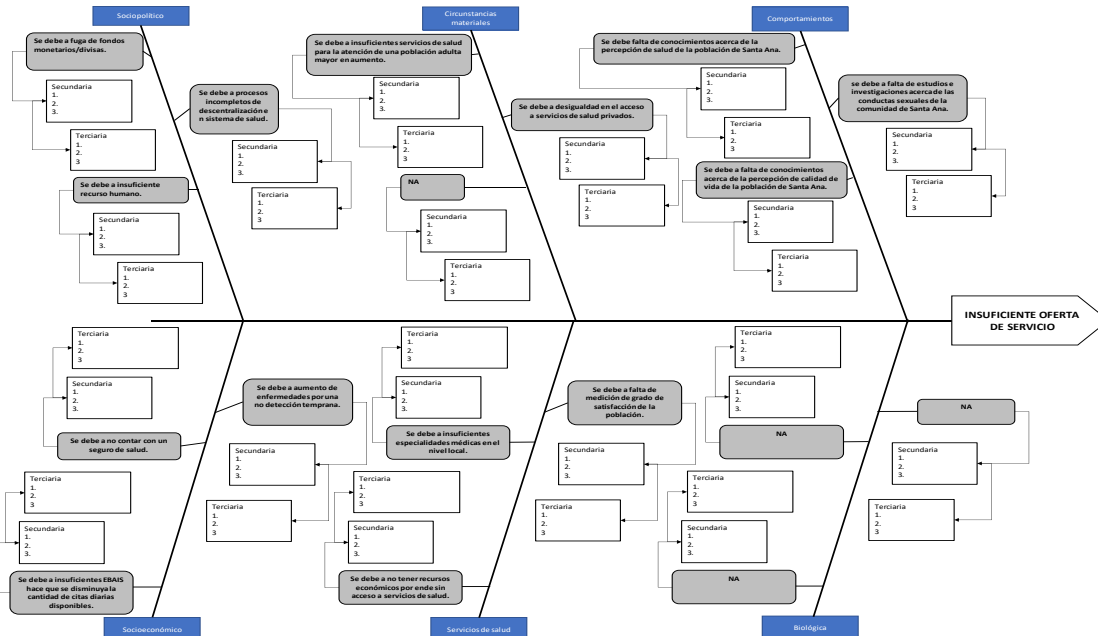




GRAFICO 10. DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL PROBLEMA DE INSEGURIDAD EMOCIONAL.

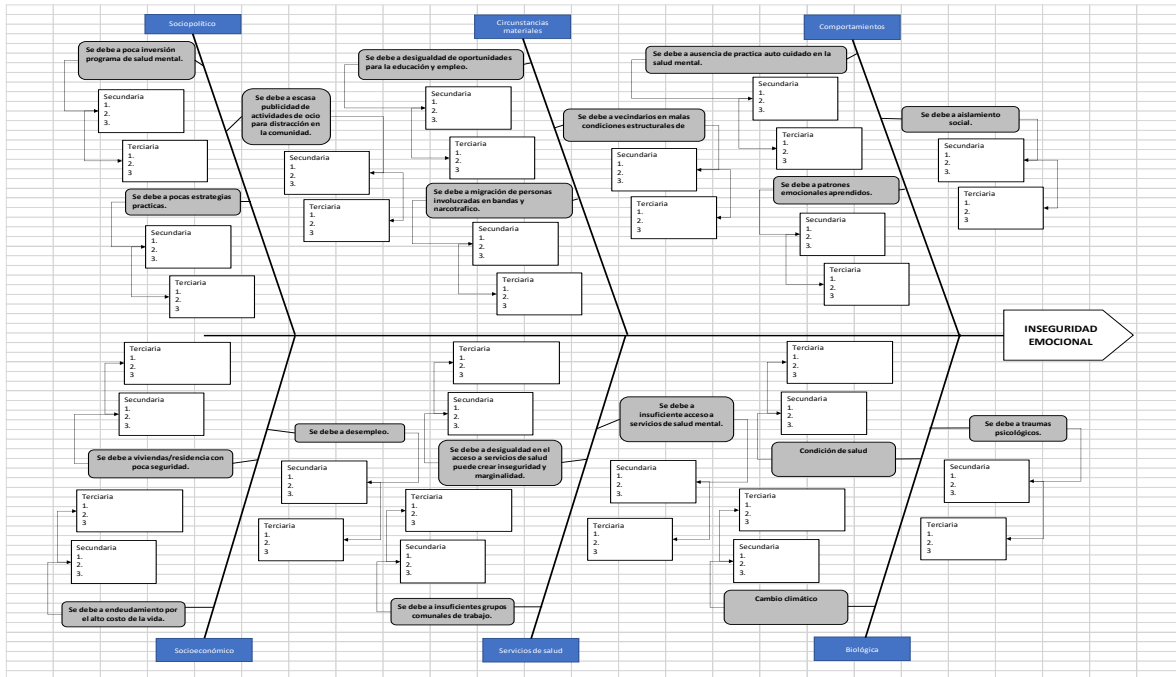


GRAFICO 11. DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL PROBLEMA DE VIOLENCIA.

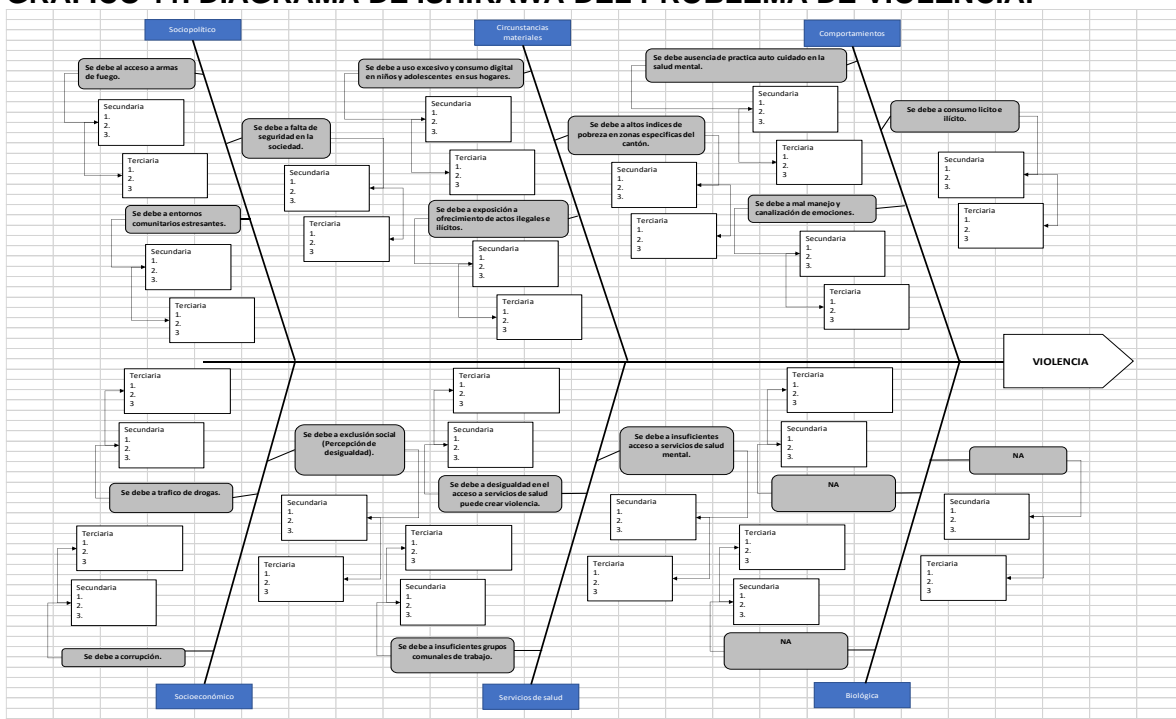




GRAFICO 12. DIAGRAMA DE ISHIKAWA DEL PROBLEMA DE ESTRES.

