



MINISTERIO
DE SALUD

GOBIERNO
DE COSTA RICA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD



ÁREA RECTORA DE SALUD DE TILARÁN

Este documento es una recopilación de los principales determinantes en salud que están presentes en el cantón de Tilarán. Y líneas de acción con la comunidad para incidir sobre las causas raíz priorizadas por el grupo de expertos.

Elaborado por: Dra. Heissy Porras González
Enfermera
Vigilancia de la Salud

Noviembre 2023

Contenido

Contenido	2
3.JUSTIFICACIÓN	8
4.RESEÑA HISTORICA	9
5.CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO	11
I. DESCRIPCIÓN DE LA SCARACTERISTICAS GEOGRÁFICAS	11
Extensión territorial.....	11
Densidad Poblacional.....	12
Organización Político Social.....	12
Cordillera de Tilarán	14
Zonas de vida	14
Índice de desastres	14
Áreas silvestres protegidas.....	15
II: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	16
Estructura poblacional.....	16
La razón de envejecimiento	19
Proporción de población urbana	20
Tasa de fecundidad.....	20
Tasa de crecimiento natural	21
II. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS.	22
Actividades económicas productivas y comerciales predominantes del cantón de Tilarán.....	22
Organización política local (actores)	24
Autoridades locales	24
Organizaciones públicas	24
Representantes de la sociedad civil locales.....	24
ONG, empresa privada y fundaciones	24
Partidos políticos cantonales	24

Organización social.....	24
Organización Política Local.....	24
La organización política del cantón de Tilarán se describe en el Cuadro 1.....	24
Organización Política Local.....	24
Aspectos Socioculturales	27
Grandes acontecimientos	28
Creencias religiosas.....	34
Productos turísticos.....	35
Turismo rural:.....	35
Ecoturismo:	35
Turismo Náutico:.....	35
Wind surf.....	36
Oferta y demanda.....	36
Elementos culturales.....	37
Valor Intangible de Tilarán por su Escritor Santiago Porras	37
Culturas Autóctonas.....	37
Tradiciones y Cultura Reciente Post-colonial.....	38
Ecuestre.....	38
Recuperación de espacios:.....	39
Otros logros.....	40
INDICADORES SOCIALES	41
Nivel de empleo y desempleo.....	42
Población económicamente activa	42
Hogares Pobres	43
Alfabetismo	44
Índice de desarrollo humano y cantonal	44
Viviendas por tenencia.....	45
Tasa de Deserción interanual.....	45
Incidencia de feminicidios.....	46

Consumo de sustancias.....	46
INDICADORES DE SERVICIO Y DE SALUD	50
Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable.	50
Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento.....	51
Presentación de la Unidad Área de Salud Tilarán	51
Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas	63
Cobertura de atención prenatal.....	63
Cobertura de atención post parto	63
Tasa de profesionales en Medicina.....	64
Tasa de profesionales en enfermería.....	64
Tasa de profesionales en odontología	64
Tasa de atenciones ambulatorias	65
Vigilancia Epidemiológica.....	65
PERFIL DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD	70
Perfil de Mortalidad	70
Mortalidad Infantil	71
MORBILIDAD	74
Principales causas de consulta.....	74
Gráfico 14.....	75
VIH/SIDA	75
IV. DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS	77
Características climatológicas del Áreas.....	77
Régimen de temperaturas	78
Régimen de Vientos	78
Aspectos Físicos.....	79
Geología	79
Sísmicidad:	79
Geomorfología	79
FORMAS DE RELIEVE	79

Principales formas de relieve	80
Áreas de Riesgo Naturales	80
Amenazas hidrometeorológicas:	80
AMENAZAS DE ORIGEN NATURAL CANTON DE TILARAN	81
Amenazas hidrometeorológicas del Cantón de Tilarán	81
Amenazas Geológicas.....	81
Actividad Volcánica:.....	82
Deslizamientos (Inestabilidad de suelos):.....	82
Deslizamientos por inestabilidad de laderas	83
PROBLEMÁTICA AMBIENTAL	84
Amenazas por contaminantes:	84
6.METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN DEL EQUIPO ASIS BASADO EN MORTALIDAD	85
7.PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD.....	87
Actores sociales para el ASIS	88
8.Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de Salud	89
Problemas de Mortalidad	92
Problemas sentidos de la comunidad	93
Derivados de la Salud Mental dentro de los problemas de Mortalidad y la comunidad.....	93
9.ANÁLISIS DE PROBLEMAS PRIORIZADOS	93
10.IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS RAÍZ, SUS CAUSAS SECUNDARIAS Y TERCARIAS DEL PROBLEMA DE SALUD	94
11.ANÁLISIS CAUSA RAIZ CON LOS EXPERTOS	96
Manejo de la Plantilla Pareto para priorización de causas raíz	97
12. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SALUD A TRAVES DE SUS CAUSAS PRIORITARIAS.....	98
1.Alta mortalidad en usuarios de 65 años y más años de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. .	98
Descripción general del evento de salud.....	98
Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.	101
2.Alta mortalidad de Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer adolescentes madres	102

Descripción general del evento de salud.....	102
Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto	104
3. Alta mortalidad por lesión autoinfligidas en población de 10 a 19 años	105
Descripción general del evento de salud.....	105
Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto	106
4. Alta mortalidad por Infartos Agudo al Miocardio en población de 20 a 64 años.	107
Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.	108
5. Aumento de enfermedades crónicas (desde el enfoque de la falta de sensibilización a estilos de vida saludable.....)	108
Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.	110
6. Estigmatización de los trastornos mentales.....	110
Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.	111
7. Falta de fuentes de empleo Asociado al consumo de drogas y sustancia ilícitas.....	113
Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto	114
13. IDENTIFICACIÓN DE LAS LINEAS DE ACCIÓN PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ PRIORIZADAS	115
14. VALIDACION DE LINEAS DE ACCION CON LA COMUNIDAD.....	126
15. CONCLUSIONES	127

1.INTRODUCCIÓN

El presente documento técnico es una herramienta de apoyo al desarrollo y gestión del proceso de Análisis de Situación de Salud local.

Es el conjunto de conceptos, métodos y actividades para la medición y el monitoreo del proceso salud enfermedad-servicios, utilizando diferentes metodologías que permiten el análisis estratégico y la síntesis de información, con el fin de facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, en colaboración con diversos actores y sectores sociales.

La metodología propuesta para el Análisis de Situación de Salud local busca articular los procesos de generación de evidencias con la toma de decisiones sanitarias por parte de los gobernantes, sociedad organizada, políticos y proveedores de salud.

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, aspectos demográficos, sociales, económicos, ambientales y de servicios de salud y consulta.

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.

3.JUSTIFICACIÓN

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad, que tiene como propósito identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución

El ASIS constituye uno de los instrumentos imprescindibles para los sistemas y servicios de salud en todos sus niveles.

La elaboración del ASIS por parte del Equipo de Salud junto a representantes de la Comunidad y actores sociales constituye el elemento base para la planificación estratégica y establece las prioridades, pues dispone de los recursos locales en función de ellos.

En algunos determinantes el documento carece de datos de la realidad local, existiendo indicadores incompletos o de los cuales no se obtuvo respuesta de la institución.

4. RESEÑA HISTÓRICA

En la época precolombina el territorio que actualmente corresponde al Cantón de Tilarán estuvo habitado por indígenas del grupo de los huetáres. La llegada de estos pudo haber sucedido 200 ó 250 años atrás. Se considera que esta zona fue una de las últimas regiones que habitaron, en su huida de los colonos españoles, cuando alrededor del año 1700 empezaron a llegar a Bagaces y posteriormente a Cañas para formar haciendas agrícolas y ganaderas.

“En Tilarán, estos aborígenes ocuparon sobre todo el margen izquierdo del río Santa Rosa: ello le atestigua la cantidad de entierros que allí se encuentran y se extendieron más o menos desde la finca La Paz, hasta el inicio de la Hacienda Lombardía.”

Además, de la observación de entierros, se presume que no fue poblada por una sola clase de aborígenes, sino que fue puente de unión de culturas de norte y Sudamérica. Esta suposición parte del hecho de estar Tilarán ubicado sobre la línea divisoria de la vertiente atlántica y pacífica de nuestro país, donde no hay ríos caudalosos que salvar y el camino de la cordillera no presenta mayores obstáculos en esta región existió una calzada de piedra o camino que atraviesa la sierra minera de Tilarán, pasando por los alrededores del volcán Arenal, que utilizaban los aborígenes para comunicarse entre los litorales.

A finales del XIX o principios del XX se originó una migración de habitantes provenientes del valle Central, principalmente de San Ramón, Alajuela, Poás, Atenas y otros lugares. Entre los años del 1880 y 1900 hubo dos factores importantes que trajeron las corrientes migratorias hacia la zona; uno de ellos fue las minas de Abangares y otros los bosques primitivos de cedro amargo, que requirieron de gran cantidad de mano de obra para explotarlos. En 1888 algunas familias penetraron hasta Santa Rosa (hoy Villa Los Ángeles) donde se establecieron.

Poco a poco los trabajadores se convirtieron en colonos, fundando 1905, el caserío de la Cabra, localizado a un kilómetro al suroeste de donde en este momento se asienta la ciudad de Tilarán, La primera veta de oro en la zona minera de El Líbano fue descubierta en 1906, diez años después comenzó a explotarse.

La primera escuela se estableció principios del siglo XX, en el Caserío La cabra. En 1908, el gobierno se hizo cargo de cubrir el salario de la maestra; al año siguiente se construyó un aula, ubicada al este de la actual catedral. En 1936, en la Administración de Don León Cortés Castro se inauguró el edificio que se bautizó con el nombre de Escuela Central de Tilarán; en 1981 se rebautizó con el nombre de José María Calderón Mayorga. El Liceo Maurilio Alvarado Vargas inició sus actividades docentes en 1952, en la administración de Don Otilio Ulate Blanco, como una escuela complementaria hasta tercer año de educación secundaria, en 1984 se bautizó con el nombre actual. En 1966 por iniciativa de Monseñor Román Arrieta Villalobos, en ese momento, Obispo de la Diócesis de Tilarán, se creó el Instituto de Educación Familiar, Colegio Vocacional Femenino, que en un principio fue financiado por el episcopado alemán; actualmente se denomina Instituto Tilaranense de Educación Familiar.

Por acuerdo No 457 de 26 de setiembre de 1910 de la Cartera de Gobernación, en atención a solicitud de los vecinos de la población de la Cabra se le cambió el nombre por Tilarán. En relación con la denominación original de la ciudad, existe la versión que se debió a la quebrada cerca de la cual nació el caserío, y el nombre de ésta, a las cabras que la utilizaban como abrevadero; otra explicación se refiere a unos cazadores que encontraron a una hermosa cabra saciando su sed en las aguas de esa quebrada y desde entonces siguieron denominándose Quebrada La Cabra, nombre que posteriormente dieron al caserío que formaron próximo a sus márgenes.

La primera ermita se construyó en 1910, ubicada en el mismo lugar se encuentra hoy la Catedral. Durante el Arzobispado de Monseñor Don Rafael Otón Castro Jiménez, primer arzobispo de Costa Rica, en el año 1931, erigió la Parroquia dedicada a San Antonio. El 22 de julio de 1961, por Constitución Apostólica Qui Aequae. Se estableció la diócesis de Tilarán, de la Provincia Eclesiástica de Costa Rica; su primer Obispo fue don Monseñor Román Arrieta Villalobos y a la iglesia se le otorgó la categoría de Catedral. El 22 de setiembre de 1913, por acuerdo ejecutivo, el Barrio Tilarán ascendió a la categoría de distrito, como tercero del Cantón de Cañas.

En la administración de Don Julio Acosta García, el 21 agosto de 1913, en ley No170, se le otorgó el título de Villa a la población de Tilarán, cabeceras del cantón creado en esa oportunidad. Tiempo después, el 09 de agosto de 1945, el gobierno de Don Teodoro Picado Michalski, se decretó la ley No 151 que le confirió a la villa, la categoría de Ciudad.

La primera cañería se construyó en 1913 con agua del río San Rosa, en el cual se hizo una represa y por medio de una zanja se conducía el agua a un tanque. El alumbrado eléctrico se instaló en 1924; obras realizadas durante la primera y segunda administración de don Ricardo Jiménez Oreamuno.

El 7 de enero de 1924 se llevó a cabo la primera sesión del Consejo Tilarán, integrada por los regidores propietarios, señores Alberto Vargas Madrigal, presidente; José Calderón Herrera, Vicepresidente; y Marciano Campos Elizondo. El secretario Municipal fue Don Benjamín Arias y el jefe Político Don Chalía Vega. El Nombre del Cantón, según Don Carlos Gagini, es una palabra indígena Tilauatlan; llover mucho; tlan:Lugar ;que significa lugar de muchas lluvias.

5. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

I. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Estas forman parte del conjunto de regiones naturales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza; hidrografía, uso de suelos y relieve. Entre los elementos que se incluyen en esta descripción están:

Extensión territorial

límites geográficos del territorio de interés

Organización territorial

Uso de suelos (plan regulador)

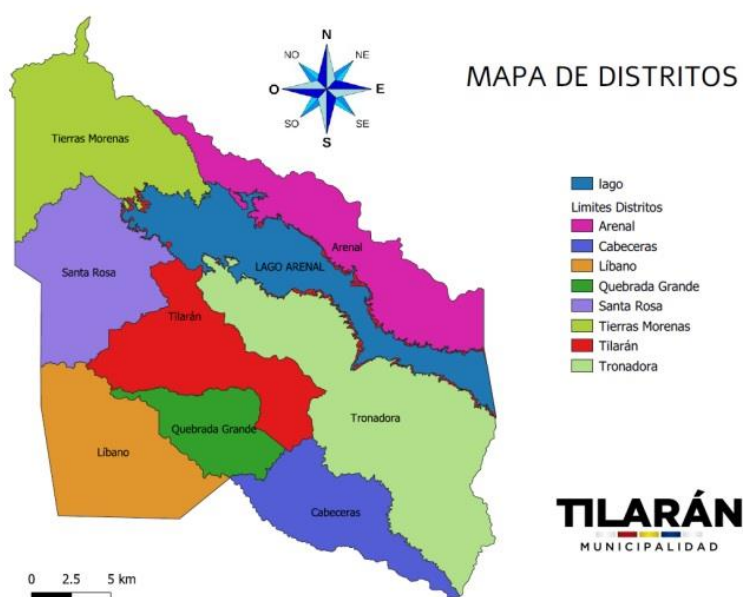
Descripción de la zona geográfica

Extensión territorial

El cantón de Tilarán se ubica en la provincia de Guanacaste, es el octavo cantón conformado por los distritos: Líbano, Tierras Morenas, Tronadora, Quebrada Grande, Arenal, Santa Rosa y Tilarán. Dispone una extensión de 639.39 km² presente en las coordenadas 10°29'58" latitud norte y 84°54'26" longitud oeste (Ávila M, Obando N, Sánchez D, 2018). El octavo distrito se creó mediante la Ley 9868 publicada el 27 de octubre del año 2020 en el diario oficial La Gaceta No 259 (Municipalidad de Tilarán, 2021).

Mapa 1.

Cantón Tilarán, Guanacaste



Fuente: Municipalidad de Tilarán -Guanacaste (2021).

Densidad Poblacional

Es la razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. El siguiente cuadro muestra la densidad poblacional por km² para el cantón de Tilarán.

Cuadro 1

Cuadro de densidad poblacional Tilarán

Cantón	Población (Proyección 2022)	Territorio en km ² (SNIT CR)	Densidad de población
Tilarán	21984	669,23	32,8

Fuente: INEC: Elaboración propia con datos del INEC densidades del 2011 al 2018.

Como lo detallan Ávila, Obando y Sánchez (2018) Tilarán proviene del vocablo aborigen “Tilawa” que significa tierra de viento y lluvia. En la época precolombina la región estuvo habitada por aborígenes Huetares, al final del siglo XIX se dio la inmigración de habitantes provenientes de Alajuela, San Ramón, Poas, Atenas, entre otros, debido a la búsqueda de mano de obra en la zona para la explotación minera y bosques de cedro amargo. Lo que generó que se asentaran en la zona, el escudo de Tilarán fue aprobado en Julio 2008, la bandera consta de cinco franjas horizontales con los colores blanco, rojo, amarillo, azul y blanco. El himno nacional fue realizado la letra y música por Gilbert Alvarado Herrera, actualmente las actividades económicas se desarrollan en torno a la ganadería, provisión de servicios básicos alimentación, comercio de bienes y turismo de paso (p.23).

Organización Político Social

El cantón de Tilarán fue creado por la ley 170 del 21 agosto de 1923 donde se contemplan la creación, límites y división territorial del mismo. Según decreto ejecutivo 12093-G de noviembre de 1980 se modifican los límites del distrito.

Cantonato

El cantón fue creado por la ley n.º 170 del 21 de agosto de 1923 donde se contempla la creación, límites y división territorial con solo cuatro distritos. Luego mediante decreto ejecutivo 12093G se da una modificación de los límites contando hoy con siete distritos, a saber: Tilarán, Quebrada Grande, Tronadora, Santa Rosa, Líbano, Tierras Morenas y Arenal; constituyendo cada uno un porcentaje del territorio.

Tilarán procede del cantón [Cañas](#), establecido este último en decreto ejecutivo No 9 del 12 de julio de 1878.

Los límites del cantón son:

Norte: [Guatuso](#)

Oeste: [Cañas](#)

Este: [San Carlos](#)

Sureste: [San Ramón](#)

Sur: [Abangares](#) y [Monteverde](#)

Cantón de Tilarán cuenta con un área de 638,39 km² y una altitud media de 1504 [m s. n. m.](#)³

La anchura máxima es de cuarenta y cuatro kilómetros, en dirección noroeste a sureste, desde la unión del río Corobicí, y Quebrada Peñasco, hasta la confluencia del caño Negro y el río San Gerardo.

División administrativa

Tilarán consta de los siguientes ocho distritos, con sus cabeceras y poblaciones totales (2020):

[Tilarán](#) - [Quebrada Grande](#) - [Tronadora](#) - [Santa Rosa](#) - [Líbano](#) - [Tierras Morenas](#) - [Arenal](#) - [Cabeceras](#)

Sus principales vías de acceso son las siguientes:

Ruta 1: Guanacaste: Carretera Cañas – Tilarán.

Ruta 2: San Carlos de Alajuela: Carretera La Fortuna – Nuevo Arenal – Tilarán.

Ruta 3: Monteverde de Puntarenas: Carretera Monteverde – Tilarán.

Mapa 2. Mapa de Carreteras



Fuente: Mapa Carreteras, Atlas Costa Rica 2000, Elaborado por: F. Morera V., SISINFO ACAT, SINAC.

Recurso hídrico

Méndez (2020) analiza sobre la presencia del recurso hídrico en la zona que Arias y González (2014) indican referente a las nacientes: Bonilla et al. (2008) reportan 135 en el área de campaña geológica. De estos, las nacientes al norte y sur de la Laguna Arenal se sitúan sobre la cobertura piroclástica y las restantes se asocian con las lavas de la Formación Monteverde. En el área de campaña geológica del 2009 (Corrales et al., 2009) los autores identificaron 47 manantiales, de los cuales indicaron 11 permanentes y 7 intermitentes.

De las cuarenta y siete nacientes, 50 % se sitúan en las tobas rojas con pómez, 40% se localizan en depósitos piroclásticos y el restante 10% se encuentran en flujos de bloques y lodos. Siles (2009) reporta 11 nacientes en el área adendum de la campaña geológica del 2009 asociado a los depósitos piroclásticos. Chaves & Chacón (2010), mencionan 61 nacientes, de las cuales 21 corresponden con flujos superficiales y las restantes son

consideradas por ellos como manantiales (permanentes o estacionales). Estas nacientes se sitúan principalmente sobre lavas andesíticas, pero también se encuentran en las tobas y brechas policíclicas. El pH del agua de estas nacientes, en su mayoría es menor a 7 y la conductividad varía entre 87 y 495 $\mu\text{S} / \text{cm}$, lo que se interpreta como aguas ricas en minerales.

Cordillera de Tilarán

Méndez (2020) citó de Zamora (2008) que la cordillera posee tierras de laderas con topografía ondulada a quebrada, a partir de los 800 m (por el Pacífico) y 500 m (por el Caribe). Por su condición de cordillera relativamente baja, de topografía general relativamente uniforme en toda su extensión, carece de pasos abruptos que le den una cierta “fragmentación”, lo cual incide en una vegetación, en la banda indicada, más o menos homogénea, con una fisonomía determinada por la nubosidad y fuertes vientos. En general esta cordillera es más húmeda y con menos estacionalidad que la cordillera de Guanacaste.

Zonas de vida

Las zonas de vida más representativas son el Bosque muy Húmedo Premontano y el Boque Pluvial Montano Bajo. Según cita Quesada (2007), el bosque muy húmedo premontano tiene un rango de precipitación entre 2000 y 4000 mm anuales y se extiende a lo largo de cordilleras en ambas vertientes. Posee variedad de condiciones edáficas y las especies que predominan los bosques son, por ejemplo: Scheffera morototoni (fosforilo), Vochysia allenii (botarrama), Ruopala montaña (asada), Cedrela odorata (cedro amargo), Turpinia occidentalis (falso ristöbal), Ulmus mexicana (tirá). Las condiciones climáticas se ven influenciadas por el mar océano Atlántico, por esto y sus características edáficas es importante la protección de cuencas hidrográficas que en esta zona de vida se encuentran, el Bosque Pluvial montano bajo posee una precipitación anual superior a los 8000 mm anuales, posee una alta humedad relativa con presencia de neblina con un periodo de 3 meses de moderada sequía. Se localiza en grandes extensiones de la Cordillera de Talamanca y algunas zonas de la Cordillera Volcánica Central (Quesada, 2007) citado por Méndez (2020).

Índice de desastres

El cantón de Tilarán presentó los siguientes eventos de emergencias y desastres, valorados por la Comisión Nacional de Emergencias (Cuadro 1).

Cuadro 2

Eventos emergencias en el cantón de Tilarán

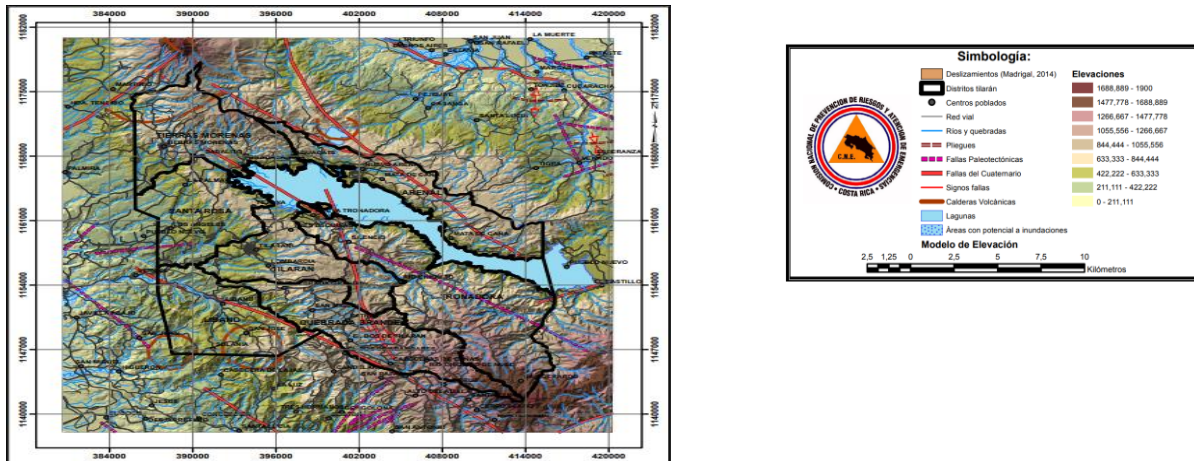
AÑO	EVENTO	INFORME CNE	PERSONAS FALLECIDAS	PERSONAS AFECTADAS	PÉRDIDAS ECONÓMICAS
2017	Viejo Arenal	IAR-INF-0202-2018	0	20	€650 000 000
2017	Tormenta Nate	IAR-INF-1313-2017	0	81	€1 215 000 000
2019	Lamas mineras	UIAR-INF-0083-2019	0	1	€15 000 000
TOTAL	0		101	€ 1 880 000 000	

Fuente de datos: Madrigal, 2019 y Municipalidad de Tilarán, 2019.

La Imagen de mapa 3 indica las áreas de deslizamientos, pliegues, fallas pleo tectónicas, fallas del cuaternario, signos de fallas y calderas volcánicas. Así como, lagunas y áreas potenciales de inundación del cantón de Tilarán.

Mapa 3.

Amenazas y peligros naturales del cantón Tilarán, Guanacaste



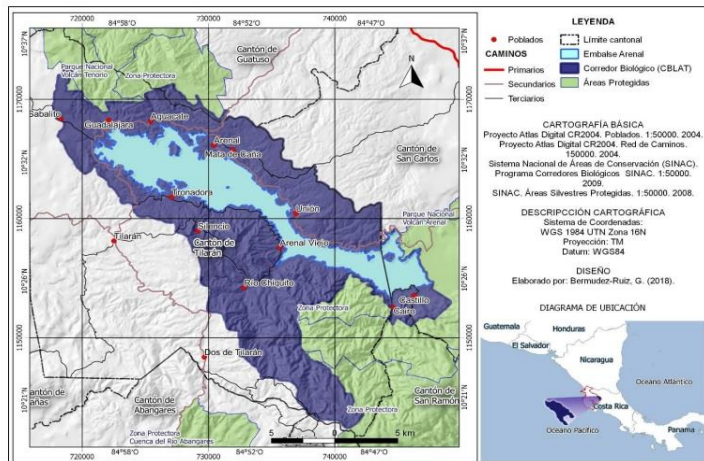
Fuente de datos: Comisión Nacional de Emergencias (2006).

Áreas silvestres protegidas

El cantón de Tilarán dispone las Áreas Silvestres Protegidas Parque Nacional Volcán Tenorio y Zona Protectora del Parque Nacional Volcán Tenorio, Zona protectora Monteverde y Área Embalse Arenal límite con el Parque Nacional Volcán Arenal, como lo detalla la Imagen mapa 4.

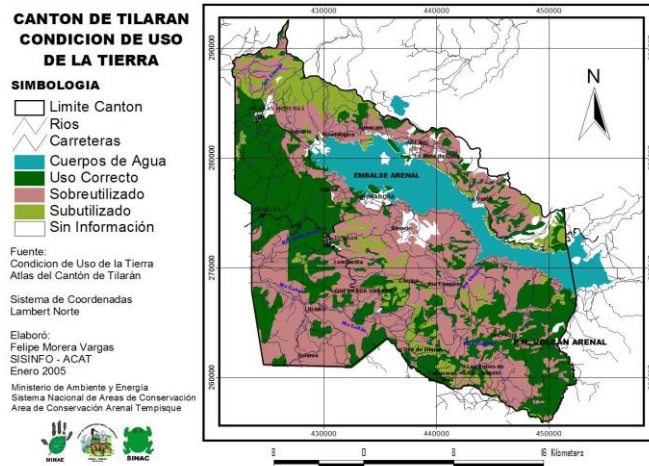
Mapa 4.

Áreas silvestres protegidas del cantón de Tilarán



Fuente de datos: Bermúdez, 2018.

Mapa 5. Condición de uso de la tierra



Fuente de datos: Bermúdez, 2018

II: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Estas corresponden al perfil de la población que habita un contexto particular; comprende elementos como la estructura, aspectos culturales y sociales, ritmo de crecimiento y movilidad. Estas se encuentran asociadas a otros rasgos relativos a la educación, salud, actividad económica y equidad, que permite comprender y valorar el grado de desarrollo de un determinado ámbito geográfico.

Estructura poblacional

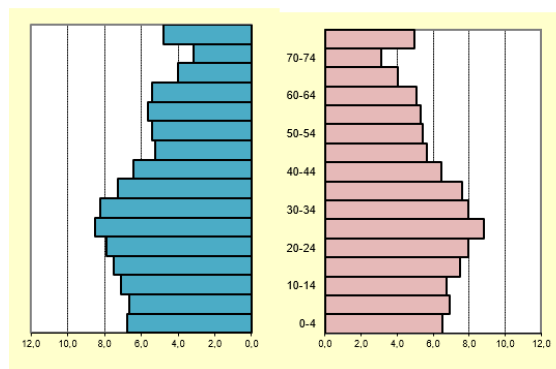
La proporción de personas jóvenes, adultas y adultas mayores definen la estructura de una población. Como resultado del descenso en la fecundidad y la mejora en la esperanza de vida que ha venido ocurriendo desde hace décadas,

A diferencia de el año 2013, teníamos una pirámide inversa, donde se podía observar gran cantidad de adultos mayores en nuestro cantón, con escasos de población adulta y niños.

La estructura por edad del cantón se ha modificado. En la actualidad tenemos una población madura en proceso de envejecimiento. Este cambio en la estructura se puede apreciar en la pirámide poblacional del gráfico N° 1.

Gráfico N°1.

Tilarán. Pirámide poblacional.



Fuente: Datos INEC. Estimaciones proyección de poblaciones Censo 2011 para el 2022.

Hoy día nuestra población tiene una estructura diferente. Como se observa en las barras celestes del mismo gráfico, en la actualidad tenemos una menor proporción de niños y de adolescentes (de los 0 a los 19 años), pero ha incrementado la importancia relativa de adultos y de adultos mayores. Nos enfrentamos a un proceso gradual de envejecimiento de la población. Se proyecta que en unos 25 años los adultos mayores tendrán una importancia aún mayor en la población total. Además habrá cada vez menos niños y jóvenes.

Desde la perspectiva de los servicios de atención directa a las personas la estructura poblacional define un primer nivel de necesidades. Las necesidades de cada grupo etario son diferentes. Los niños, los adolescentes, los hombres y mujeres en edad fértil y los adultos mayores son algunos ejemplos de poblaciones con diferentes necesidades. La importancia relativa de cada grupo debería definir la asignación de recursos. Es de esperar que el cambio paulatino de nuestra estructura poblacional imponga una menor presión sobre los servicios de atención a niños y jóvenes a expensas de una mayor demanda de servicios para adultos mayores.

El proceso de envejecimiento poblacional influye sobre el perfil epidemiológico y tiene repercusiones económicas para el país. El envejecimiento va acompañado por lo general de la coexistencia de enfermedades crónicas y una disminución en la funcionalidad física de las personas. Esto tiene como consecuencia una mayor demanda de hospitalizaciones, de consulta externa con especialistas y de medicamentos. Nos enfrentaremos cada vez con mayor intensidad al crecimiento acelerado de la demanda de servicios para adultos mayores. Al igual como hemos asumido en el pasado otros retos en materia de salud, ahora es cuando debemos tomar provisiones para hacerlo de la mejor manera. Este análisis de situación es una herramienta que nos permitirá definir prioridades para alcanzar una población longeva y cada vez más saludable.

Cuadro N°3.

Tilarán. Plantilla para la descripción de características demográficas de la zona a estudiar

Indicador	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
			Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Población Total	21984		10899	49.5	11085	50.4	9955	50.7	9685	49.3
	N	%	-	-	-	-	-	-	-	-
Migrantes	396	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indígenas	NA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Discapacitados	11.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indigentes	SIN DATOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Datos INEC. Estimaciones proyección Censo 2011 para el 2022.

Algunos datos de la población de relevancia son los siguientes:

El 11, 7% presenta alguna discapacidad.

En un 78,2% de los habitantes del cantón de Tilarán, las condiciones de vida se mantienen sin carencias reportadas.

El 13,7% de la población no tiene seguro social.

Según datos con base en la regionalización del Ministerio de Educación Pública el promedio de años de educación para la Región de Cañas (en donde se ubica el cantón de Tilarán) es de 7,6 años de escolaridad promedio. “Tomado del Plan de Desarrollo turístico de Tilarán Año 2022”

Cuadro 4.

Razón por ciclo de vida

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-4	734	724	6,7	6,5
5-9	722	768	6,6	6,9
10-14	775	747	7,1	6,7
15-19	819	831	7,5	7,5
20-24	858	881	7,9	7,9
25-29	927	976	8,5	8,8
30-34	899	879	8,2	7,9
35-39	794	842	7,3	7,6
40-44	699	717	6,4	6,5
45-49	570	628	5,2	5,7
50-54	591	599	5,4	5,4
55-59	617	588	5,7	5,3
60-64	590	561	5,4	5,1
65-69	439	448	4,0	4,0
70-74	344	347	3,2	3,1
75+	521	549	4,8	5,0
21 984	10 899	11 085	100,0	100,0

Fuente: Datos INEC. Estimaciones proyección Censo 2011 para el 2022.

La razón de dependencia por edad es la razón de personas en edades en las que "dependen" de otros (generalmente personas menores de 15 y mayores de 64 años de edad) a personas en edades "económicamente productivas" (entre 15 y 64 años de edad) en una población. Para el cantón de **Tilarán la razón de dependencia promedio es de 47.9; esto significa que 48 personas dependen de cada 100 habitantes económicamente productivos.** Muy parecida a la razón de dependencia nivel país que es de 47.

Cuando la población en las edades más productivas (entre 18 y 45 años) crece más rápidamente que la población en edades dependientes, se conoce como “bono demográfico”, esto se refleja como un abultamiento en la pirámide poblacional entre los 18 y 45 años. El bono demográfico es producto del mayor crecimiento de los productores potenciales, personas en edad de trabajar, respecto a los consumidores potenciales¹. En Costa Rica, el bono demográfico inició en 1970 y se espera que finalice en el 2025. Durante la etapa del bono, se puede generar un mayor crecimiento económico y bienestar de los hogares; sin embargo, estas oportunidades son potenciales, dado que dependen de que las políticas públicas que se implementen, sepan aprovechar esta oportunidad demográfica.

¹ Rosero-Bixby, L. y Jiménez-Fontana, P, 2012

A partir del 2025 inicia una etapa de “antibono”, cuando los consumidores crecerán más rápido respecto a los productores potenciales, lo cual significa un reto para el financiamiento de las personas económicamente dependientes.

Cuadro 4.
Tilarán. Razón de dependencia

Edad quinquenal		Población 0-14	Población 65+	Población 15-64	Razón (proyección 2022)
ID Cantón	Cantón				
508	Tilarán	4470	2648	14866	47,9

Fuente: Censo INEC 2011

La razón de dependencia es importante para el desarrollo del presupuesto público, ya que diversos gastos sociales (como las jubilaciones) están ligados a dicha tasa. A mayor tasa, mayor carga para la población activa.

Este concepto pertenece a ese grupo peculiar que, dependiendo del punto de vista desde el cual se analice, tiene significados y pesos muy diferentes. Cuando el gobierno de una ciudad estudia la razón de dependencia, ve números, potenciales focos de saturación en el mercado laboral, falta de postulantes para un puesto en particular; cuando el pueblo piensa en el trabajo y su relación con la edad, toma la decisión de conseguir su primer empleo, de jubilarse y comenzar a descansar o de continuar trabajando hasta que el cuerpo le diga «basta».

En cada país la situación laboral es diferente, pero también se advierten importantes diferencias entre sus regiones, y la razón de dependencia puede arrojar valores de lo más diversos a lo largo y ancho del planeta. Por ejemplo, hay ciudades en las cuales se dice que «no queda gente joven», porque se han ido a estudiar a otros sitios, y esto presenta una problemática muy particular, ya que si el gobierno local sólo cuenta con personas de edad avanzada, consideradas «dependientes», no tiene a la mano potenciales trabajadores para cubrir los puestos básicos.

La razón de envejecimiento

El envejecimiento de la población constituye un cambio en la estructura por edades de la población dentro de la cual las personas mayores forman una proporción cada vez mayor del total. Pero mientras la sociedad entiende el concepto de envejecimiento de la población, otra cosa es cómo debemos medirlo.

La razón de envejecimiento mide la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. Se calcula haciendo la razón entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, por cien.

Cuadro 5
Tilarán. Razón de envejecimiento

Edad quinquenal		Población de 0-14	Población de 65+	Razón (proyección 2022)
ID_Cantón	Cantón			
508	Tilarán	4470	2648	59,2

Fuente: Censo INEC 2011

El envejecimiento de la población es el proceso donde la baja fecundidad y el descenso en la mortalidad dan lugar a cambios en la estructura por edades de la población dentro de la cual las personas mayores constituyen una proporción cada vez mayor del total. Este proceso se considera de importancia económica debido a una característica fundamental del ciclo de la vida económica, a saber, que los adultos en edad de trabajar producen más –a través de su fuerza de trabajo– de lo que consumen al contrario a los ancianos y los niños que ellos sostienen en una forma directa o indirecta.

Proporción de población urbana

El porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas. La demarcación de zonas urbanas es definida por los países como parte de sus procedimientos censales y se basa usualmente en el tamaño de las localidades y/o la clasificación de áreas como centros administrativos o en función a criterios especiales como densidad poblacional o tipo de actividad económica de sus residentes. No existe una definición de área urbana internacionalmente consensuada y las definiciones operacionales nacionales pueden variar de país a país.

Para el cantón de Tilarán la proporción de población urbana vrs rural es muy similar. Siendo la concentración de mayor número de mujeres en área Urbana que en la rural a la inversa de los hombres que la mayor concentración se encuentra en área rural.

Cuadro 6

Tilarán. Distritos. Proporción de población urbana.

Cantón	Distrito	Hombres/Urbano	Mujeres/Urbano	Porcentaje de Población Urbana	Total	Hombres/Rural	Mujeres/Rural	Porcentaje de Población Rural
Tilarán		4 760	5 195	50,7	9 685	4 976	4 709	49,3
	Tilarán	3 290	3 731	80,9	1 656	831	825	19,1
	Quebrada Grande	175	158	12,3	2 367	1 205	1 162	87,7
	Tronadora	138	158	16,5	1 499	789	710	83,5
	Santa Rosa	479	471	48,8	995	529	466	51,2
	Líbano	0	0	0,0	865	451	414	100,0
	Tierras Morenas	214	209	31,1	935	479	456	68,9
	Arenal	464	468	40,5	1 368	692	676	59,5

Fuente: Censo INEC 2011

Tasa de fecundidad

El promedio de hijos e hijas por mujer se redujo de 1,82 a 1,41 hijos o hijas, con lo cual está por debajo del reemplazo generacional a nivel país. No se cuenta con los datos a nivel de cantón de Tilarán.

Las estadísticas vitales confirman que la fecundidad mantiene su tendencia al descenso en el período 2010 - 2020.

Al inicio del período las mujeres, en promedio, tenían 1,82 hijos o hijas, sin embargo, este dato se redujo a 1,41, cifra que está por debajo del reemplazo generacional.

Los datos se obtuvieron mediante las estadísticas vitales (nacimientos, defunciones y matrimonios) ocurridos y registrados en el país y con información de la población nacional proyectada al 30 de junio de cada año.

La mortalidad general presentó un aumento alrededor de una defunción más por mil habitantes, situación que se explica principalmente por el proceso de envejecimiento de la población y la disminución de la fecundidad.

A este efecto de envejecimiento poblacional se suma el impacto de las defunciones asociadas a COVID-19 que ocasionaron un incremento en la tasa bruta de mortalidad de 8,0 % entre el período 2018 – 2020, este aumento fue mayor en los hombres, 8,7 %, mientras que en las mujeres fue 6,5 %.

Con respecto a la mortalidad infantil, por el contrario, se presenta una tendencia al descenso, excepto en 2018 cuando se observó un leve aumento. Desde 2014 se mantienen aproximadamente 8 muertes de menores de un año por mil nacimientos.

Para 2020 se mantiene el predominio de la mortalidad neonatal, es decir, la que ocurre en los primeros 28 días de vida, con un valor de 5,83 por mil nacimientos, mientras que la posneonatal, que ocurre posterior a los 28 días del nacimiento y previo al año de edad, presenta un valor de 2,3 muertes por mil nacimientos.

Tanto la mortalidad neonatal como la posneonatal presentan una tendencia al descenso durante todo el periodo, con excepción de 2018, año en el que subió levemente.

En 2020 fallecieron veinte mujeres durante el embarazo, parto o postparto, lo que da como resultado una razón de mortalidad materna de 3,44, es decir, aproximadamente tres defunciones maternas por cada diez mil nacimientos a nivel país.

La tasa de nupcialidad desde 2018 presenta una tendencia al descenso, y pasó de 4,7 a 3,7 matrimonios por mil habitantes, es decir, un matrimonio menos por mil habitantes entre 2018 y 2020.

Se mantiene el predominio de matrimonios por la vía civil, la cual aumentó en 2020, dado que la relación es de cinco matrimonios civiles por cada matrimonio católico, mientras que para 2018 esta relación era de 3 matrimonios civiles por cada católico.

“Datos tomados de la pagina del INEC 2021. Declaraciones de Olga Araya, Coordinadora Unidad de Estadísticas Demográficas. 24 de noviembre 2021 | Demográficas”

Para el año 2022 se registra un total de 211 nacimientos para un total de un 1% de aumento en nacimientos para el cantón de Tilarán.

Cuadro 7

Nacimientos del cantón de Tilarán.

CANTÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE	NACIMIENTOS (2021)	POBLACIÓN PROYECTADA POR CANTÓN 2021	TASA DE NATALIDAD
----------------------------------	--------------------	--------------------------------------	-------------------

TILARÁN	209	21863	9,6
---------	-----	-------	-----

Fuente: INEC

Tasa de crecimiento natural

Podemos observar una tasa del 9.6, esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil.

Cuadro 8
Tasa de natalidad del cantón

Cantón de residencia de la madre	Casos (2021)
Tilarán	209

Fuente: INEC

Cuadro 9.
Tasa de crecimiento natural del cantón

Cantón de residencia de la madre	Nacimientos (2021)	Defunciones (2021)	Población proyectada (2021)	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Tasa de crecimiento natural de la población
Tilarán	209	115	21863	9,6	5,3	0,4

Fuente: INEC 2021

La tabla anterior se refiere a la tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC 2021)

Tasa cruda de mortalidad del cantón

La razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.

Siendo para el cantón de Tilarán de un 5.3%. se puede interpretar que hay 5.3 muertes por año.

Cuadro 10.
Tasa cruda de mortalidad del cantón. (Año 2021)

Cantón de residencia de la madre	Nacimientos (2021)	Defunciones	Población proyectada	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad
Tilarán	209	115	21863	9,6	5,3

Fuente: INEC 2021

II. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS.

Actividades económicas productivas y comerciales predominantes del cantón de Tilarán.

El cantón de Tilarán se ha caracterizado por estar distribuido en poblados y caseríos de densidad moderada, todas estas poblaciones tuvieron una formación que inició a finales del siglo XIX cuyas inmigraciones más fuertes se produjeron alrededor de 1927 y 1950 (Campos, 2012). La gente provenía principalmente de Alajuela

quienes se vieron obligados a emigrar a causa de la presión demográfica existente y del acaparamiento de tierras por grandes productores de café en la meseta central, en esa época el cantón de Tilarán les ofrecía el atractivo clima semejante al de la meseta y tierras fértiles, en consecuencia, los pobladores comenzaron a desarrollar la agricultura y ganadería de engorde y de leche (Fernández, 1998) citado por Vindas (2020).

Vindas (2020) indica que, de acuerdo con la entrevista realizada a Eliecer Molina, funcionario del Ministerio de Agricultura y Ganadería, cuando se construyó el Embalse Arenal la movilización de las comunidades se llevó a cabo de manera interdisciplinaria donde participaron arquitectos, ingenieros, paisajistas, antropólogos, agrónomos, trabajadores sociales, entre otros profesionales; esta variedad permitió que fuera una transición pacífica, donde los pobladores participaron en la escogencia del terreno para habitar. Antes de la reubicación, la principal actividad socio productiva era la ganadería y posterior a eso entidades como el MAG y el ICE les ofreció a las comunidades un sistema productivo enmarcado en el cultivo de café, hortalizas, ganadería de carne y de leche.

Vindas (2020) resalta que el Plan de Manejo y Desarrollo de la Cuenca Laguna Arenal del año 1997 refiere que posterior a crearse la reubicación de las comunidades, durante el proceso de adaptación socio productiva, los principales medios de producción en la zona, la actividad agropecuaria ocupó la mayor extensión. Así mismo, Fernández (1998), menciona que se realizaron gestiones de diferentes instituciones que impulsaron el desarrollo agropecuario, de acuerdo con la vocación de los pobladores, para lo que se contó con un con un ingeniero agrónomo y dos técnicos en ese campo, quienes estimularon a la gente y les dieron asistencia técnica para obtener una mejor producción, incluso en las escuelas de Nuevo Tronadora y Nuevo Arenal comenzaron a impartir cursos de agricultura con el fin de que los alumnos adquirieran una formación en ese campo.

Molina (2020) referenciado por Vindas (2020) indica en la entrevista que, en esos años de adaptación socioeconómica a la nueva realidad, las comunidades vendían sus bienes mediante una cooperativa formada por los mismos productores adyacentes al embalse; a partir de los años 90's se incentivó la comercialización de otros productos y comenzó el auge del turismo en la zona; por lo que el mercadeo del cultivo del café y hortalizas, de tomate y chile especialmente, pasaron a segundo plano. De igual manera, la compra de tierras por parte de extranjeros, donde anteriormente se utilizaba para la agricultura, influyó negativamente en el espacio disponible y adecuado para el préstamo o alquiler de terrenos para la producción; bajo estas condiciones la producción de ganadería de carne y de leche predominó en la región, es relevante mencionar que estas actividades productivas de menor escala van de la mano han influido en la disminución de cobertura vegetal.

En cuanto al desarrollo turístico, Vindas (2020) menciona que el turismo constituye una fuente importante de ingresos para la economía Tilaranense que llega atraído por las bellezas escénicas del Volcán Arenal y el embalse de Arenal, que crece día con día en la zona y proporciona nuevas y variadas fuentes de ingreso. Existe diferencia en cuanto al grado de “progreso “o desarrollo en varios sectores del lago; por ejemplo, el sector sur, entre los poblados de Silencio y Arenal Viejo, presenta un menor desarrollo que el sector norte del embalse, en las inmediaciones de la población de Nuevo Arenal.

De acuerdo con el Plan de Manejo de Desarrollo de la Cuenca Arenal Tempisque (1997) los principales ejes están en función a desarrollar programas de protección, infraestructura y servicios, ambiental y turismo, dirigidos a la producción y la conservación de la cuenca, dado que se requiere el desarrollo nacional que involucre a la comunidad de los alrededores del embalse en actividades ambientales con aprovechamiento económico, que a su vez garantice la vida útil del Embalse Arenal y la cuenca. En conclusión, las principales actividades económicas productivas y comerciales predominantes del cantón de Tilarán son producción de ganadería de engorde, producción de ganadería de leche, servicios (comercio), agricultura y gestión del turismo (Vindas, 2020).

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

Organización política local (actores)

Autoridades locales

Organizaciones públicas

Representantes de la sociedad civil locales

ONG, empresa privada y fundaciones

Partidos políticos cantonales

Organización social

Organización Política Local

La organización política del cantón de Tilarán se describe en el Cuadro 1.

Organización Política Local

Cuadro 3.1. Organización Política Local

Organización Local	Política	Actores presentes en el cantón
Autoridades e Instituciones Públicas		Municipalidad de Tilarán Área Rectora de Salud Tilarán Ministerio de Salud Área de Salud Tilarán CCSS Ministerio de Seguridad Pública Delegación Fuerza Pública Tilarán Benemérito Cuerpo de Bomberos de Tilarán Benemérita Cruz Roja Costarricense Sistema Nacional de Área de Conservación Arenal Tempisque SINAC Ministerio de Agricultura y Ganadería Agencia Tilarán Servicio Nacional de Salud Animal SENASA Tilarán Instituto Costarricense de Electricidad ICE Compañía Nacional de Fuerza y Luz CNFL Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados AyA Sucursal Caja Costarricense de Seguro Social CCSS Juzgado Contravencional y Menor Cuantía Ministerio Público Ministerio de Educación Pública Supervisión Escolar Universidad Estatal a Distancia Banco Nacional de Costa Rica

	Banco de Costa Rica Banco Popular y Desarrollo Comunal
Representantes de la sociedad civil	Asociación de Desarrollo Integral de Solania Asociación de Desarrollo Integral de Maravilla Asociación de Desarrollo Integral del Líbano Asociación de Desarrollo Integral de Quebrada Grande Asociación de Desarrollo Integral de San Miguel Asociación de Desarrollo Integral de San Ramón de Tilarán Asociación de Desarrollo Integral de Cabeceras Asociación de Desarrollo Integral de La Florida Asociación de Desarrollo Integral de Parcelas de Monseñor Moreira Asociación de Desarrollo Integral de Parcelas de Quebrada Azul Asociación de Desarrollo Integral de Los Ángeles de Tilarán Asociación de Desarrollo Integral de Nuevo Arenal Asociación de Desarrollo Integral de Aguacate Asociación de Desarrollo Integral de Río Piedras Asociación de Desarrollo Integral de Tierras Morenas Asociación de Desarrollo Integral de Tronadora Asociación de Desarrollo Integral de Viejo Arenal Asociación de Desarrollo Integral de San Luis de Tilarán Asociación Tilaranense de Recreaciones Agropecuarias Asociación Cámara de Ganaderos de Tilarán Asociación Vuelta al Lago Arenal Cámara de Comercio, Industria y Turismo de Tilarán Comité Cantonal de Deportes y Recreación de Tilarán Comité de los derechos de las personas con discapacidad en Tilarán Comité Cantonal de la Persona Joven Tilarán Corredor Biológico Lago Arenal Tenorio Comisión para el Desarrollo de la Cuenca Arenal Tempisque

Fundaciones	<p>Fundación para el Desarrollo del Área de Conservación Arenal Tempisque FUNDACA</p> <p>Fundación Clínica del Dolor y Cuidados Tilarán FUNDADOLOR</p> <p>Fundación de Damas Voluntarias de Tilarán</p>
<p>Empresa Privada</p> <p>Riesgo A</p>	<p>Estación de Servicio JSM</p> <p>Estación de Servicio Gasolinera Tilarán</p> <p>Estación de Servicio Gasolinera Arenal</p> <p>Almacén Colono Agropecuario</p> <p>Almacén Agro veterinario Dos Pinos</p> <p>Almacén Agro veterinario Cabeceras APLM</p> <p>Consorcio Eólico Chiripa</p> <p>Planta Eólica Movasa</p> <p>Plata Eólica Aeroenergía</p> <p>Planta Eólica SRL</p> <p>Grupo Ecoenergía</p> <p>Grupo CMI</p> <p>Tilawind Corporation</p> <p>Terminales del Pacífico</p> <p>Correos de Costa Rica</p> <p>CoopelDos Cooperativa de Café</p> <p>Tajo Girasoles</p> <p>Tajo Líbano</p> <p>Tajo Castillo</p>
<p>Partidos Cantones</p> <p>Políticos</p>	<p>Liberación Nacional actualmente en el poder</p> <p>Progreso Social Democrático</p> <p>Accesibilidad sin Exclusión</p> <p>Acción Ciudadana</p> <p>Alianza Demócrata Cristiana</p> <p>Costa Rica Justa</p> <p>Partido de los Trabajadores</p>

[Encuentro Nacional](#)
[Frente Amplio](#)
[Fuerza Nacional](#)
[Integración Nacional](#)
[Justicia Social Costarricense](#)
[Liberal Progresista](#)
[Movimiento Libertario](#)
[Movimiento Social Demócrata Costarricense](#)
[Nuestro Pueblo](#)
[Nueva Generación](#)
[Nueva República](#)
[Pueblo Unido](#)
[Republicano Social Cristiano](#)
[Restauración Nacional](#)
[Unidad Social Cristiana](#)
[Unidos Podemos](#)
[Unión Costarricense Democrática](#)
[Unión Liberal](#)

Fuente de datos: Tribunal Supremo de Elecciones (2022) y Municipalidad de Tilarán (2017).

Aspectos Socioculturales

Cantón de Tilarán lanza periódico

Con la idea de hacer llegar a todos los habitantes del cantón de Tilarán un medio alternativo que aborde temas prioritarios, y de interés para sus habitantes, y visitantes, a partir de febrero del 2012 empezará a circular en este cantón guanacasteco el periódico "El Tilaranense en Acción".



Con un tiraje mensual "El Tilaranense en Acción" pretende cubrir, y dar voz a los acontecimientos cantonales de la población de Tilarán y sus diez distritos, pensando también en el visitante que utiliza como ruta de descanso, y diversión esta zona, además de proyectar al cantón a Costa Rica y el mundo mediante una bitácora electrónica periodística (blog) que cada mes publicará sus notas, opiniones y reportajes con un resumen en diferentes idiomas, principalmente el inglés.

Conformado por un equipo editorial de periodistas, ecologistas, escritores, poetas y artistas de la zona, desde el presente mes se empieza a dar forma a este proyecto en el ámbito de opinión ciudadana, ecología, municipal, cultura, deporte, semblanzas, sociales, reportajes, noticias, entretenimiento... y más.

Cuenta con la Radio Cultural Tilarán la cual se puede sintonizar en FM 83.3.

Tilarán es también la sede del [Obispado de Tilarán](#) que cubre toda la provincia de Guanacaste. Su primer obispo fue Monseñor Román Arrieta Villalobos , quien posteriormente se convertiría en Arzobispo de San Jose. Le sucedió Monseñor Héctor Morera Vega, actualmente retirado. El obispo actual es Monseñor Girardi, originario de Italia.

La población de Tilarán es oriunda mayoritariamente del Valle Central, en particular de pueblos de la provincia de Alajuela como Atenas, Grecia, Sabanilla, Fraijanes y Poás, entre otros.



Grandes acontecimientos

Cuadro 3.2. Acontecimientos

1890	Se instala en la vecindad del pueblo (márgenes del Río Santa Rosa) el primer vecino con familia, Don Antonio Cerdas, cañero que sienta su casa de habitación cerca del río a unos dos kilómetros al este del lugar que hoy ocupa la ciudad.
1894	Inician trabajos en la finca de Lombardia, propiedad de Alberto Fait y en Quebrada Azul, don Roberto Crespi.
1895	En misión evangélica a los Guatuzos, pernocta en Tilarán el Obispo Thiel y oficia misa al aire libre (13 de junio), la primera misa que se celebra en la región, le ayudan los compañeros de expedición los presbíteros Lombardo y Carmona.
1897	En el perímetro de la villa, se establece la primera familia ramonense de apellido Artavia, seguidamente llegan los hermanos, Miguel Alberto y Rafael López.
1898	Llegan otros colonos alajuelenses, de apellido Elizondo, Calderón, Herrera y otros: figurando en éste grupo el dinámico ciudadano don José María Calderón Mayorga, que ayudó tanto al progreso de Tilarán.
1899	Aumenta la inmigración de colonos del interior. Población 210 habitantes. El caserío toma importancia y los vecinos piden a la Municipalidad de Cañas, la demostración del cuadrante, para establecer la ciudad en forma. Esa corporación accede a la petición y nombra a don Benjamín Elizondo con ayuda de los vecinos don José María Calderón y el Juez de Paz, don José María Rojas, hizo el trazado de

	30 hectáreas (intervino en la medida el ingeniero don Leoncio Martínez).
1902	Se inaugura la primer ermita en la comunidad, celebración que estuviera cargo del padre Leipold, cura de Cañas.
1904	A instancias del padre Leipold, se inician los trabajos de un templo en forma y de una casa cural.
1905	Fue hecho el desmonte, en el circuito de las treinta manzanas del cuadrante de la aldea.
1905	Vecinos de Santa Rosa y La Cabra (Tilarán), tienen una reunión y contemplando l problema de la educación de sus hijos, disponen empeñarse ante el Gobierno de la República, para que fuera establecida una escuela de primeras letras. Se nombró un comité residido por don José María Calderón. Se reúnen por contribución pública de ¢ 169.00
1905	Creación de la Agencia de Policía, puesto que ocupó don Baltasar Rojas.
1907	El vecindario se preocupó por establecer una escuela privada, por cuanto el Gobierno no atendía sus peticiones.
1908	Queda establecido el distrito escolar de la Cabra y Santa Rosa. Se organiza la primera Junta de Educación de nombramiento de la Municipalidad de Cañas
1908	El vecindario eleva un memorial al inspector provincial, señor Salvador Villar, pidiendo un maestro.
1908	Como el Gobierno demora en hacer el nombramiento de un maestro, la Junta de Educación, establece una escuela particular, con una matrícula de 20 alumnos y nombra a don Gonzalo Echeverría como maestro.
1909	Don José María Castro Calderón influye personalmente con el Presidente de la República, don Ricardo Jiménez para la construcción de una escuela y logra su objetivo.
1910	La aldea es elevada a la categoría de distrito (28 de setiembre). Se nombra agente principal de policía a don Abelino Bustos. El caserío contaba ahora con 1700 habitantes.
1910	Manuel de Jesús Jiménez, sugiere el nombre de Tilarán para el distrito y es aceptado.
1910	Se nombra la primera maestra oficial, la señorita Mercedes Salazar. La Junta de Educación alquiló por ¢ 3.00 una casa para escuela y se gastaron ¢ 100.00 en muebles.
1910	Aumentó considerablemente la inmigración de colonos. Ese año ingresaron 410 que se establecieron en la zona. Se inician las primeras siembras de café en solares del pueblo.
1910	Acuerdo del presidente Jiménez Oreamuno organizando la distribución de tierras

	en lotes de 50 y 25 hectáreas para fomentar las colonias. Esto fue un gran estímulo para el aumento inmediato de la población agrícola.
1910	El presidente Jiménez Oreamuno se toma especial interés por el avance de esa colonia y establece el servicio telefónico y el de correos.
1910	Se establece en Tilarán con su familia el conocido cafetalero domingueño don Abraham Campos y hace la primera plantación de café en forma. Este señor fue en este pueblo, elemento esforzado de progreso.
1910	Es terminada la casa para la escuela, cómoda para la época. La matrícula escolar era de 60 alumnos, el costo de la obra fue de ¢ 4.000.00
1910	La aldea es elevada a distrito.
1911	Se verifican los primeros exámenes oficiales en la escuela.
1913	Alegándose haber sido establecida la población de Tilarán, en tierras de “La Legua Municipal”, la Municipalidad de Cañas anuncia a los vecinos que les cobrará las parcelas que ocupan, a fin de financiar los gastos de demarcación del cuadrante de Tilarán. Esa disposición produjo malestar en el vecindario y vinieron las protestas, logrando los tilaranenses interesar en el conflicto al Gobierno de la República.
1913	Como delegados del ejecutivo, se trasladan a Tilarán los Licenciados Buenaventura Casorla y Fabio Boudrit, para rematar los lotes ocupados por los residentes en el cuadrante. Fueron colocados a cinco colones.
1913	Don José María Calderón se trasladó a la capital de la República e influye personalmente en el jefe de Estado, para que el Gobierno de la República soluciones el conflicto que sostienen los tilaranenses con la Municipalidad de Cañas. Consiguió su objetivo de forma tal que del tesoro Público se pagó a la Municipalidad de Cañas, la suma que se alegaba, se le debía.
1922	Los Tilaranenses contaban con algunas finas de café y para fomentar en la región ese cultivo, el Congreso, emitió una ley que exoneraba por veinte años el café que se producía en Guanacaste, del impuesto nacional de exportación.
1923	Administración Acosta (21 de agosto). Tilarán es erigido octavo cantón de la Provincia de Guanacaste.
1923	Don Juvenal Valerio se hace cargo de la dirección de la Escuela de Tilarán. Dio gran impulso a la enseñanza. Se enseñaba hasta tercer grado, aumentado después a quinto. Se empeñó en agrandar el plantel y lo logró, aprovechando una visita que hiciera a la villa el secretario de educación, señor Dobles Segreda. El Gobierno contrató la obra con los empresarios Carmiol y Esquivel.
1924	(06 de julio) Verificado es plesbicitó Líbano y Tierras Morenas, quedaron agregados al cantón de Tilarán.
1924	Integran la Municipalidad don Alberto Vargas (presidente), Marciano Campos y don José María Calderón. Primer paso de la municipalidad, establecer cañería, para esta obra el pueblo aporta ¢ 2.800.00. Se disponen ¢ 1.000.00 para un

	matadero y ¢ 2.000.00 para una Casa Municipal.
1926	Se principia la obra de la cañería con dinero del Pueblo. El Gobierno no contribuye. Queda construido el matadero. La Junta de Educación hubo de alquilar local para alojar a escolares que no cabían en la escuela pública.
1927	El censo oficial del cantón arroja 6.131 habitantes
1928	Es creada la Alcaldía, desempeñándola don Malaquíás Alfaro. Construido el puente sobre el Río Chiquito, camino a Cañas. El presidente González Víquez recomienda al congreso la construcción del puente sobre el Río Arenal; mismo que es autorizado.
1929	(12 de febrero) El obispado de Alajuela, crea la parroquia de Tilarán, con las zonas de Abangares, Guatuzo y Upala. Fuen nombrado cura Fray Leonardo de Capellades, que llegó el 13 de marzo de 1929.
1930	Inauguración del puente sobre el Río Santa Rosa en el paso a Quebrada Azul. Don Manuel Boniche establece una pequeña planta eléctrica. Es construido el Mercado Municipal.
1931	Con fondos de la iglesia y para fomentar una renta, Fray Leonardo establece y explota un servicio de alumbrado eléctrico, con dínamo Onan, cobrando por bombillo ¢ 3.00
1932	El pueblo exige al Gobierno, el cumplimiento de una ley para la construcción de la cañería. No es oído. El progreso de éste pueblo, se debe al esfuerzo y sacrificio de sus habitantes.
1933	La Municipalidad se propone establecer una planta eléctrica en forma, y saca la obra a licitación.
1933	Se hace cargo de la dirección de la escuela, el profesor don Mauricio Alvarado Vargas.
1933	Llegó el primer médico oficial, Dr. Francisco Rucavado.
1934	Visita del presidente electo don León Cortés Castro (primer presidente que visita Tilarán).
1934	La villa de Tilarán es ascendida a rango de ciudad.
1934	Es inaugurada la cañería, con un costo de ¢ 15.000.00
1934	Se inaugura el puente sobre el Río Arenal, costó ¢ 150.000.00
1935	Los señores: Antonio Ferrer y Enrique Jenkins, organizan una empresa con capital local de ¢ 20.000.00 para establecer una planta hidroeléctrica en una caída de agua del Río Santa Rosa.
1939	Visita del excelentísimo señor Obispo Monseñor Sanabria.
1940	Se establece en Tilarán el primer cuerpo de Boys Scouts de la provincia de

	Guanacaste.
1940	Construcción Iglesia Bíblica Enmanuel
1946	El presidente don Teodoro Picado, inaugura nueva cañería.
1947	Se inician trabajos de una carretera entre Cañas y Tilarán, por el camino viejo (esta obra nunca se terminó)
1952	Don Otilio Ulate presidente de república, inaugura la carretera lastreada entre Cañas y Tilarán.
1952	Apertura Banco Nacional de Costa Rica
1953	Se abre una escuela complementaria, bajo la dirección del profesor don Mauricio Alvarado Vargas.
1953	La Municipalidad y la Junta de Caminos, compran el primer tractor para arreglo y apertura de caminos.
1953	Creación Cámara de Ganaderos, filial Tilarán.
1954	Se inaugura la actual Clínica de Salud de Tilarán.
1956	La escuela complementaria asciende al rango de Liceo.
1957	Graduación del primer grupo de bachilleres en el Liceo de Tilarán.
1959	Construcción Mercado Municipal
1961	Tilarán es escogido por su Santidad, el Papa Pablo VI, como sede de la nueva Diócesis de Costa Rica y nombra Obispo al excelentísimo Monseñor Román Arrieta Villalobos.
1961	(12 de octubre) Monseñor Román Arrieta Villalobos, hace su entrada a la Ciudad de Tilarán, y toma posesión como Obispo de la Diócesis de Tilarán.
1962	El presidente Mario Echando inaugura el actual edificio del Liceo Maurilio Alvarado Vargas y una nueva cañería.
1963	Se inaugura el Palacio Episcopal.
1968	El presidente de la República don José Joaquín Trejos Fernández, inaugura la carretera asfaltada Cañas-Tilarán.
1968	(29 de julio) El Volcán Arenal inicia un período de 3 días de erupciones, las más activas que se recuerdan en la historia de Costa Rica.
1968	Se abre un colegio nocturno.
1971	Se inaugura la actual Catedral de Tilarán.
1978	Entra en operación la Planta Hidroeléctrica Arenal (9 de diciembre). Tiene tres unidades idénticas con una potencia conjunta de 157 398kW y almacena las aguas de los ríos Arenal, Aguas Gatas, Caño negro, Chiquito y otros de menor

	importancia.
1984	Apertura base Cruz Roja Costarricense
1987	Primera fecha Campeonato Nacional Ecuestre de Resistencia. En esa oportunidad la bestia "Gasolina" jineteada por el señor Sixto Mendoza, ganó la actividad.
1987	Inauguración Edificio Municipal actual
1987	Apertura oficina Banco de Costa Rica
1991	Creación bandera de Tilarán, Sesión Ordinaria nº 59 del 24 de julio.
1992	I edición de La Vuelta al Lago Arenal. Es el evento recreativo de Mountain Bike más grande y de mayor atracción en Costa Rica. Por ser un evento cien por ciento recreativo y no competitivo, se ha caracterizado por la participación de hombre, mujeres y niños de todas las edades; los cuales, junto a sus familias, tienen la oportunidad de compartir y convivir con la exuberante naturaleza, apreciar los hermosos paisajes y la tranquilidad encontrada en estos lugares. Para el participante de la Vuelta al Lago representa un verdadero reto recorrer 137 km, por diferentes tipos de terrenos, atravesando ríos, quebradas, riachuelos, etc.
1996	Apertura Banco Popular y Desarrollo Comunal
1997	Conformación Cuerpo de Bomberos de Costa Rica
2001	Bautizo Gimnasio Municipal, Carlos Luis Palacios Herrera
2002	Entra en operación Planta Eólica Tejona, propiedad del Grupo ICE.
2002	Constitución Asociación para el Desarrollo Sostenible de Guanacaste (Centro Reciclaje)
2003	Inauguración Escuela José María Calderón Mayorga (edificio actual)
2004	Bautizo al Parque central, con el nombre Domingo Flaqué Montull



Creencias religiosas

Iglesia Católica de Tilarán

Tilarán es también la sede de la [Diócesis de Tilarán-Liberia](#) que cubre toda la provincia de Guanacaste. Su primer obispo fue Monseñor Román Arrieta Villalobos, quien posteriormente se convertiría en Arzobispo de San José. Le sucedió Monseñor Héctor Morera Vega, actualmente retirado. El obispo actual es Monseñor Girardi, originario de Italia.

La población de Tilarán es oriunda mayoritariamente del Valle Central, en particular de pueblos de la provincia de Alajuela y Heredia como Atenas, Grecia, Sabanilla, Fraijanes y Poás, entre otros

Tilarán era conocido antiguamente por sus minas de oro en el distrito de Líbano, y posteriormente, por el desarrollo del embalse del Lago Arenal y plantas generadoras de energía hidroeléctrica, así como eólica en la zona de Tejona. Hoy día es también una zona de vocación turística, especialmente en los alrededores del Lago Arenal y en los distritos de Arenal y Tronadora.

3.4 Atractivos turísticos.

En general, una identificación preliminar permite identificar una amplia gama de atractivos distribuidos especialmente en la parte céntrica del espacio cantonal (figura 6)

Mapa 6.
Distribución preliminar de atractivos turísticos



Fuente: Plan de desarrollo turístico Tilarán. Año (2021).

De todo este grupo de atractivos destacados en el mapa de la figura 6, la cual se ha reproducido con base en el levantamiento que ha realizado la Comisión Turística de la Municipalidad de Tilarán, se debe indicar que se trata de una imagen preliminar que contiene un conjunto de 109 atractivos en total, aun sin ser sometidos a un criterio experto que brinde la clasificación por tipo de atractivo y por su potencial para el diseño de productos turísticos.

Conceptualmente los atractivos pueden agruparse, en función del espacio turístico donde se localizan, de la siguiente manera:

Un primer grupo de atractores son los de tipología náuticos, que permiten estar en contacto con el embalse Lago Arenal. Sus condiciones facilitan el disfrute de actividades náuticas con fines recreativos y deportivos como el Kitesurf, Windsurf o Tabla a vela, Jet ski, Surf de remo o Paddle boarding, uso de Kayaks, moto

acuática, pesca deportiva, catamarán entre otros. Estas actividades son operadas por empresarios turísticos del cantón con capacitación oportuna de las organizaciones competentes

El segundo grupo de atractivos son de tipología cultural urbano-rural como el Parque del viento: para ser visitado con propósito de actividades recreativas y comerciales, se encuentra en una primera etapa. Parques eólicos: con posibilidades de la creación de un circuito turístico de recorrido a los 9 parques eólicos administrados por 4 empresas que apunten a un proceso interactivo e interpretativo basado en todo el proceso a través del cual se hace la producción energética

Adicionalmente se cuenta con atractivos que enfatizan la vivencia de los elementos patrimoniales identitarios de la comunidad tilaranense en medio de miradores, cocina tradicional, fincas con diversidad de flora y fauna para la apreciación y disfrute, así como fincas que facilitan el contacto con la gastronomía y costumbres locales.

Un tercer grupo está relacionado con áreas silvestres protegidas del Área de Conservación Arenal Tempisque, así como Zona Protectora Arenal–Monteverde, Parque Nacional Volcán Tenorio-

Productos turísticos.

Turismo rural: Son todas aquellas actividades que se realizan principalmente en la ciudad y pueblos rurales que ofrecen experiencias vivenciales sobre las expresiones culturales con conocimiento, tradición y costumbres propias de grupos de afiliaciones culturales y lingüísticas diversas.

La esencia de este producto en Tilarán está asociada con varios componentes, entre ellos la experiencia del café que se comparte desde Cabeceras de Tilarán, brindando caminata guiada a través de la plantación de café, con aprendizaje sobre la cosecha, procesos antiguos y tradicionales, las propiedades de su café y la forma de preparación que incluye el café hecho en bandola, único método tico para la preparación de café. Incluye además diversas actividades ecuestres, espacios de pesca de tilapia y otros espacios temáticos que pone al turista en contacto al turista con actividades propias de la ruralidad, incluidas fincas, lecherías, gastronomía local, entre otras, como ocurre Finca los Cedros, en la carretera Tilarán-Líbano 2km, un ambiente 100% de campo rodeados de animales de granja, ganado, gallinas, caballos, , entre otros.

Ecoturismo: Se realiza principalmente dentro de las áreas silvestres protegidas y fincas privadas en la región. Se identifica que los productos de este tipo tienen un enfoque hacia la interpretación que se realiza de los distintos paisajes naturales o zonas de vida en donde sobresale diferentes tipos de bosque y fauna asociada. Es frecuente observar una rica cantidad de aves y huellas de algunos mamíferos como la danta o tapir, misma que funge como el dispersador natural de las semillas del árbol jícara danto (*Parmentiera valerii*), especie de árbol endémico de la cordillera de Guanacaste.

Este producto se asocia con **caminatas en espacios naturales**, observación de flora y fauna, disfrute de cataratas y caídas de agua. Destaca Cerro Pelado que es un área privada compuesta de una extensión total de más de 200 hectáreas en el límite de los cantones de Tilarán y Cañas, donde se pueden realizar vistas de 360 grados a la Cordillera Volcánica Central, las llanuras de Guanacaste, Tilarán, el volcán Arenal, los volcanes Tenorio, Miravalles y Rincón de la Vieja los húmedales del Parque Nacional Palo Verde, el golfo de Nicoya y al este zona montañosa de la Sierra Minera de Tilarán.

Turismo Náutico: Existen varias opciones de actividades náuticas en el Lago Arenal, desde pesca deportiva, hasta variedad de tours de navegación en yates y catamaranes que se complementa con el disfrute del atardecer, también se cuenta con la posibilidad de hacer kayak, Wind surf ampliando con esto la experiencia de los

turistas Lago Arenal es famoso por muchas cosas, pero sobre todo por su pesca deportiva del “guapote” y el “rainbow bass”.

Wind surf. La otra atracción principal del Lago Arenal es la presencia de fuertes vientos casi durante todo el año lo que hace que el windsurf de esta zona sea de clase mundial y un destino kitesurf. Entre noviembre y abril, los vientos fuertes son casi una garantía y windsurfistas acuden a la zona para disfrutar de este hermoso lugar. Las temperaturas oscilan entre 64 grados a 78 grados haciendo trajes de neopreno completamente innecesarios la mayor parte del tiempo. Existen algunos lugares de alquiler de equipos en las principales áreas.

Oferta y demanda.

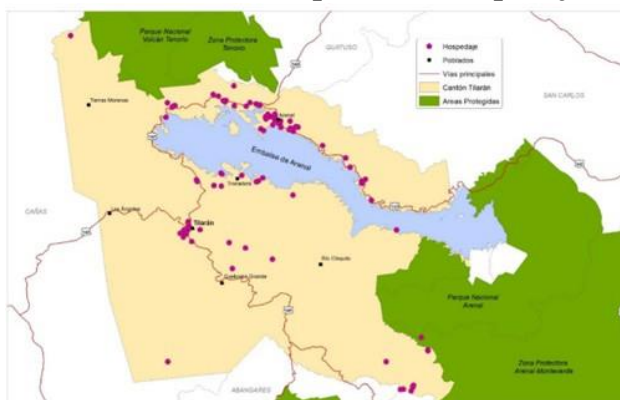
En toda la zona se identifican un total de 28 unidades de servicios turístico (empresas o personas) inscritas en ICT1 funcionando a setiembre de 2022 se muestra en el cuadro 2

Cuadro 3.4. Empresas turísticas en la zona.

Actividad	Cantidad
Actividad turística	4
Gastronomía	2
Guías de turismo	3
Hospedaje turístico.	4
Transporte terrestre turístico	13
TOTAL	28

En general, se estima que las empresas de hospedaje totales (inscritas o no en el ICT) suman cerca de 90 empresas de hospedaje, distribuidas en toda el área (figura 8) lo que representa unas 532 habitaciones para todos los distritos.

**Mapa 7.
Distribución de empresas de hospedaje**



Fuente: Plan de desarrollo turístico Tilarán. Año (2021).

Con declaratoria turística, con certificación para la sostenibilidad turística o inscritos como guías o transportistas turísticos.

Elementos culturales

Se presentan a continuación algunos de los elementos socio-culturales más significativos identificados en el cantón de Tilarán desglosados en:

Valor Intangible de Tilarán por su Escritor Santiago Porras

Donde sea que Santiago nos lleve con el uso del alfabeto. Santiago Porras es un escritor con más de cinco títulos ya publicados en la editorial UNED en cuento y novela. Originario de las Juntas de Abangares, que tiene un nexo fuerte con Líbano y vive desde hace años en Tilarán centro. Gestor cultural.

Ha publicado numerosos artículos sobre valuación, en diversos medios de prensa escrita. Su tesis de Maestría se intitula: “Determinación de la utilidad del empleo de modelos de regresión múltiple para estimar el porcentaje del monto original del crédito que no se recupera al vender un bien adjudicado en el Banco de Costa Rica”.

En el ámbito literario, ha publicado siete libros -cuatro cuentarios, dos novelas y un libro de historias-, a saber: Cuentos de ayer, de hoy y de nunca (1993 y 2003); Cuentos guanacastecos (1997, 2003 y 2012); El regreso es parte del viaje (2002 y 2008); Allá en el Zamorano (2006); Avancari (2012 y 2018); La sombra decapitada (2017) y Abrazos de matapalo (2018). Cuatro de sus libros alcanzan segundas ediciones, lo cual es muy valioso.

Sus artículos se han publicado en diversos medios de prensa: La Nación, La República, La Prensa Libre, Ojo y El Financiero. Colabora con la Revista Nacional de Cultura y la revista electrónica Literofilia, así como con “Compartiendo la palabra”, Radio UCR, Canal 36 y “La tribuna del pueblo”, en radio Cultural Tilarán. Cuentos suyos han aparecido en las revistas culturales: El Candil, Graffiti Internacional, Fronteras, Revista Nacional de Cultura y Turí-Guá. Hemos compartido en diferentes actividades de gestión y difusión cultural, desde hace varios lustros.

Fuente: <https://editorial.uned.ac.cr/autores/1147>

Potencial Artístico para Turismo y otras Necesidades

Distrito: Nuevo Arenal, Lugar: Río Piedras

Juan Carlos Ruiz es un artista plástico consolidado y gestor cultural, Junto al colectivo quijote y molinos y el consejo del corredor biológico Lago Arenal tenorio ha realizado desde el 2006 una serie de proyectos dentro del marco metodológico del DCC, Desarrollo cultural comunitario, proyectos tales como Peñas culturales comunitarias, Talleres comunitarios para sensibilización ambiental por medio del arte, Festivales culturales comunitarios, Programas de radio en la radio cultural Tilarán de corte cultura y ambiental, Talleres de murales y arte público, de aquí parte la idea de la creación del MAAP, Museo Ambiental de Arte Público, el cual inicio en colaboración con la Universidad de Costa Rica y la UNED en la comunidad de Rio Piedras pero que se extiende en todo el corredor bilógico Lago Arenal Tenorio.

Culturas Autóctonas

Potencial por su Historia Arqueológica Nacional en Tronadora de Tilarán Distrito: Nuevo Tronadora

Lugar: Viejo Tronadora

Resumen: El lugar que hoy ocupa Tilarán tiene una historia cultural milenaria. Las viviendas más antiguas en Costa Rica descubiertas hasta hoy provienen de la cordillera de Tilarán.

Se trata de una aldea de 1800 a.C. en Tronadora Viejo, cerca de Nuevo Tronadora. Adicionalmente, puntas de lanza y flecha de piedra del periodo de cazadores-re-colectores (8000 a 5000 a.C.) también fueron encontradas en Tilarán y se encuentran en exhibición en el Museo de Jade. **Fuente:** <https://www.museocostarica.go.cr/divulgacion/articulo-los-educativos/viviendas/>

Potencial Cultural Histórico Autóctono y Catarata

Distrito: Quebrada Grande

Lugar: La Piedra del Indio y Catarata

Existe riqueza antropológica y de culturas autóctonas en este distrito. Es un muy buen ejemplo de cómo la conservación del patrimonio histórico va de la mano con la economía turística en el largo plazo. Y la catarata es un atractivo turístico relevante para el cantón.

Potencial del Líbano por su Historia Minera Distrito: Líbano.

Resumen: Líbano ha sido el distrito de Tilarán más inmerso en la historia de minería de oro de Costa Rica. Sus fiestas aumentan la visitación, y nos recuerda que, igual que Tierras Morenas, el distrito del Líbano también conserva un ambiente muy genuino a pueblo rural.

Tradiciones y Cultura Reciente Post-colonial

Potencial por Atmósfera Genuina de Pueblo y Valores Agregados muy Únicos Distrito: Tierras Morenas

Lugar: Sacas de guaro del pueblo, arquitectura de la iglesia, festival de carretas, producción semi artesanal de café en una provincia que no es conocida por eso, el edificio de Cine, atmósfera de pueblo tradicional.

Resumen: Morenas, como se le dice de cariño, resguarda una atmósfera genuina de pueblo rural. Con sus sacas de guaro, además cuenta con una iglesia sencilla pero hermosa, con detalles muy particulares. Anualmente, la comunidad hospeda uno de los Festivales de Carretas más lindos de la provincia. Adicionalmente, existe producción de café de forma semi-artesanal y esta es una cara poco conocida de la Guanacaste de altura.

Ecuestre

Potencial Cultural Ecuestre Tradicional y Alternativo en un mismo Cantón Distrito: Tilarán, Quebrada Grande, Nuevo Arenal y Tierras Morenas

Lugar: Distritos de Tilarán, Quebrada Grande, Nuevo Arenal y Tierras Morenas

Resumen: Tilarán tiene una cultura ecuestre tradicional, y también ha venido desarrollando una cultura ecuestre alternativa. Es decir, existe una mezcla de criadores y entrenadores de caballos de la forma tradicional, así como también se han incorporado servicios terapéuticos con caballos y aprendizaje de monta de caballos con un acercamiento más empático con el animal.



Recuperación de espacios:

Para el alcalde, Juan Pablo Barquero Sánchez, este acontecimiento representa la suma de muchos logros en materia de infraestructura, empleo y distribución equitativa de la riqueza, lo que se ha traducido en un aceptable equilibrio social. Sin embargo, representa enfrentar nuevos retos que deben ser abordados con inteligencia, como es el caso de la seguridad ciudadana, que en el caso de Tilarán ostenta un índice muy inferior con respecto a otros territorios de Guanacaste.

En cuanto al tema de la empleabilidad, el alcalde reconoce que ha sido difícil alcanzar un nivel aceptable en materia de inversión, dado que al estar situado Tilarán en medio de dos polos turísticos importantes como son La Fortuna de San Carlos y Monteverde, esta situación a pesar de ser un obstáculo, también ha representado una gran oportunidad para potenciar algunos elementos turísticos, aprovechando las rutas de paso para ofrecer productos y servicios diferenciados.

El funcionario recordó que hace 40 años la creación del Lago Arenal, uno de los proyectos hidroeléctricos del ICE trascendentales en materia de electrificación de nivel nacional provocó que muchas propiedades fértiles para la agricultura y ganadería que contribuirían a la economía del cantón quedaran bajo el agua.

El hecho de que se inundaran los poblados Arenal y Tronadora hizo necesario llevar a cabo un proceso de reubicación de estos núcleos urbanos bajo los nombres Nuevo Arenal y Nuevo Tronadora, que, con el tiempo han logrado un buen nivel de desarrollo gracias al esfuerzo de sus pobladores y la labor del ICE que también se le conoce como la «fuerza amarilla» al ser un fuerte generador de empleo.

Barquero indicó que pesar de esta reubicación exitosa algunos ciudadanos consideran que existe una deuda como son las limitaciones que impiden llevar a cabo inversiones en la zona cercana a la franja de exclusión de 50 metros en torno al lago Arenal, ya que no existe certeza si se trata de terrenos de propiedad privada o de reserva natural.

Como respuesta a esta inquietud, la municipalidad ha respondido elaborando un proyecto presentado a la Asamblea Legislativa que involucra al ICE al MINAE, Casa Presidencial y otras instituciones a fin de otorgar seguridad jurídica a la municipalidad en el manejo del Lago Arenal y las posibilidades de inversión en sus márgenes lo que permitiría un mayor desarrollo económico fomentado por la actividad turística.

“Sería una lástima que las instituciones involucradas, en particular el ICE, no apoyen esta iniciativa que lo que pretende es conceder al lago el estatus de atractivo turístico con lineamientos claros para determinar a quien se le autoriza un permiso y bajo qué condiciones.

El lago Arenal está protegido por una ley que establece un llenado máximo a partir del cual se prohíben las construcciones temporales o fijas, a ello se suma que como zona protegida cuenta con terrenos que son del Estado y de particulares, lo que impide a muchos propietarios contar con certeza jurídica de los proyectos que se quieren desarrollar en torno al Lago Arenal.

Actualmente algunos propietarios enfrentan problemas por construcciones levantadas en la zona de 50 metros de protección hace muchos años que están en procesos legales para resolver su situación.

Aprendizaje

Para el alcalde de Tilarán fenómenos como el terremoto, la actividad del volcán Arenal, incluso el incendio del Hogar de Ancianos, han permitido tomar acciones correctivas en pro del desarrollo y la seguridad de los Tilaranenses.

Otros logros

El alcalde de Tilarán señala como logros importantes de los primeros cien años:

Declaratoria de Tilarán como cuna del caballo de paso costarricense.

Como ciudad contar con un diseño urbano de calles anchas y cuadrantes de 100 x 100 metros.

Desarrollar el primer parque eólico a nivel centroamericano.

Aportar agua para el consumo humano de Cañas y riego en la bajura guanacasteca

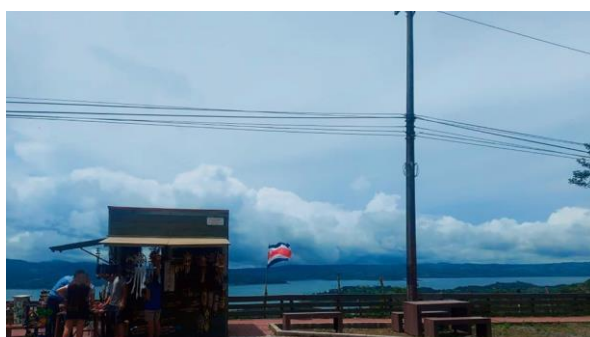
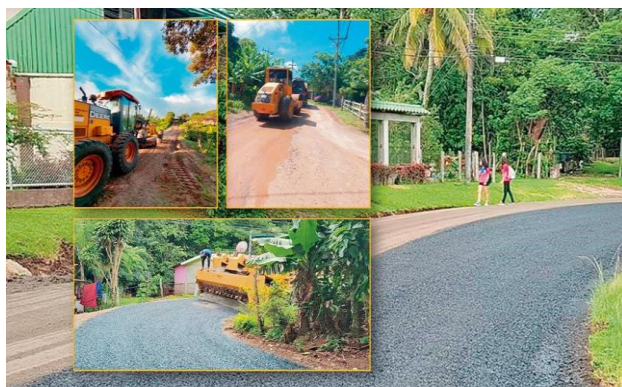
Importantes aportes en los campos artístico, profesional y deportivo.

Recuperación de espacios públicos, creación de un parque temático, y establecimiento de varios miradores.

Establecimiento de una planta productora de compostaje a partir del aprovechamiento de desechos orgánicos (en proceso).

Fábrica de postes plásticos para cercas (en proceso).

Tratamiento superficial triple con emulsión asfáltica, en 33 de 37 kilómetros, de ocho distritos a fin de reducir el polvo.



Tomado del 18 agosto, 2023 por [Periódico Guanacaste a la altura.](https://www.guanacastealaaltura.com/centenario-del-canton-tilaran-muchos-retos-para-el-futuro-y-muchos-logros-para-celebrar-en-el-presente/)
<https://www.guanacastealaaltura.com/centenario-del-canton-tilaran-muchos-retos-para-el-futuro-y-muchos-logros-para-celebrar-en-el-presente/>

INDICADORES SOCIALES

El INEC Costa Rica presenta los principales resultados de la Encuesta Continua de Empleo para el trimestre móvil de marzo, abril y mayo 2023:

Población desempleada: La población desempleada del trimestre se estimó en 233 mil personas, de estas 115 mil eran hombres y 119 mil mujeres. En forma interanual, la población desempleada disminuyó en 60 mil personas, en hombres en 17 mil personas, en el caso de las mujeres en 43 mil personas. El cambio interanual tanto a nivel nacional como en mujeres fue estadísticamente significativo.

Tasa de desempleo: La tasa de desempleo nacional fue de 10,1%, la tasa masculina se estimó en 8,1 % y la femenina en 13,4%. Al compararlas con el mismo trimestre del año anterior, la tasa de desempleo nacional se redujo en 1,9 p.p.; la tasa de desempleo tuvo una disminución de 1,0 p.p. en hombres y 2,8 p.p. en mujeres. La estimación presentó variación significativa tanto nacional como en mujeres.

Nivel de empleo y desempleo

Cuadro 10.

Tasa de desempleo abierto del cantón.

Cantón (Etiquetas)	Población desempleada de 15 años y más	Población en edad de trabajar de 15 años y más	Tasa de desempleo abierto (Censo 2011)
508 Tilarán	204	14705	1,4

Fuente: INEC CENSO 2011

Fuerza de trabajo: En términos absolutos, la población en la fuerza de trabajo nacional fue de 2,31 millones de personas, de las cuales, 1,42 millones eran hombres y 887 mil eran mujeres. La estimación presentó variación significativa tanto a nivel nacional como en mujeres.

Tasa neta de participación laboral: En términos relativos, la tasa neta de participación laboral nacional fue de 55,8 %. La tasa neta de participación de los hombres fue de 68,5 % y para las mujeres fue de 43,0 %. El cambio interanual en la tasa neta de participación fue significativo tanto a nivel nacional como por sexo con respecto al mismo período del año anterior.

Porcentaje de subempleo: El porcentaje de personas ocupadas con subempleo a nivel nacional se estimó en 6,0%. Por sexo, la tasa de subempleo masculina se estimó en 5,1 %, mientras que la femenina en 7,5 %. El subempleo nacional disminuyó en 3,4 p.p. en comparación con el mismo periodo del año anterior; en el caso de los hombres la reducción fue de 2,9 p.p., y en las mujeres la reducción fue de 4,2 p.p., todas las reducciones fueron estadísticamente significativas.

Cuadro 11.

Tasa de población ocupada del cantón.

Cantón (Etiquetas)	Población ocupada de 15 años y más	Población en edad de trabajar de 15 años y más	Tasa de ocupación (Censo 2011)
508 Tilarán	6945	14705	47,2

Fuente: INEC CENSO 2011

Población económicamente activa

Cuadro 12.

Tasa de población económicamente activa del cantón.

Código	Cantón (Etiquetas)	Población ocupada de 15 años y más	Población desempleada de 15 años y más		PEA (Censo 2011)
508	508 Tilarán	6945	204	7149	

Fuente: INEC CENSO 2011

Hogares Pobres

En el marco de la pobreza general, el porcentaje de hogares en pobreza extrema es de 6,3 %, prácticamente el mismo valor del año anterior (6,4 %). En términos absolutos estos hogares pasan de 110 631 en el 2022 a 112 916 en el 2023; dicha diferencia no es estadísticamente significativa.

La población en pobreza extrema creció de forma preocupante: pasó de un 6 % en abril a un 8 % en diciembre del 2022. A nivel país.

Caso Contrario al cantón de Tilarán donde hubo una reducción de la pobreza en 6.8% en comparación al año anterior.

Cuadro 13.

Tilarán, línea de Pobreza SINIRUBE de los años 2021 y 2022.

HOGARES RÓTULOS DE FILA	AÑO		Total general
	2021	2022	
TILARAN	552	445	997
BÁSICA	261	212	473
ARENAL	28	32	60
CABECERAS	32	10	42
LIBANO	14	9	23
QUEBRADA GRANDE	28	17	45
SANTA ROSA	35	22	57
TIERRAS MORENAS	25	11	36
TILARAN	76	96	172
TRONADORA	23	15	38
EXTREMA	157	147	304
ARENAL	12	25	37
CABECERAS	22	13	35
LIBANO	4	8	12
QUEBRADA GRANDE	11	6	17
SANTA ROSA	16	13	29
TIERRAS MORENAS	9	9	18
TILARAN	71	66	137
TRONADORA	12	7	19
NO POBRES	134	86	220
ARENAL	5	7	12
CABECERAS	17	7	24
LIBANO	10	5	15
QUEBRADA GRANDE	20	9	29
SANTA ROSA	16	14	30
TIERRAS MORENAS	7	5	12
TILARAN	48	32	80
TRONADORA	11	7	18
TOTAL GENERAL	552	445	997

Fuente: SINIRUBE, IMAS

Alfabetismo

El índice o tasa de alfabetización es el porcentaje de la población que sabe leer o escribir después de determinada edad.

Para El cantón de Tilarán se cuenta con una alta tasa de alfabetismo.

Cuadro 14.

Tasa de Alfabetización del cantón.

TILARAN		Tasa Alfabetización	Tasa Alfabetización (Censo 2011)
ID Cantón	Sabe leer y escribir/Cantón		
508	Tilarán	96,4	3,6

Fuente: INEC CENSO 2011

Cuadro 15.

Costa Rica. Población de 15 años o más por nivel de instrucción según zona, región de planificación y sexo, julio 2022

Costa Rica: Población de 5 años y más por condición de asistencia a la educación regular y sexo, según provincia y cantón									
Provincia y cantón	Total			Asiste			No asiste ^{1/}		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Tilarán	18 152	8 966	9 186	5 389	2 618	2 771	12 763	6 348	6 415

^{1/} Incluye a las personas que asisten a la educación abierta.

Fuente: INEC CENSO 2011

Índice de desarrollo humano y cantonal

El IDH de Costa Rica en 2019 fue de 0.810, lo que sitúa al país en la categoría de desarrollo humano muy alto y en el 62° lugar de 189 países y territorios

El Cantón de Tilarán se encuentra entre uno de los cantones con cambios positivos a nivel país, se sitúa en la posición 26 de los 81 cantones del país.

Cuadro 16.
Índice de desarrollo humano cantonal

Cantón	2016	2017	2018	2019
Tilarán	0,793	0,807	0,802	0,828

Fuente: CIOdC. Centro de Investigación Observatorio del Desarrollo. UCR

Viviendas por tenencia

La tenencia de la vivienda es la forma en que el hogar principal ejerce la posesión de la vivienda, investigar el régimen de tenencia de la vivienda, como variable de interés social, contribuye a un mejor conocimiento de la situación habitacional de los hogares y por ende el estatus de sus ocupantes.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) es un programa de recolección de datos cuyo enfoque está asociado al nivel de bienestar de la población, especialmente centrados en la conformación del ingreso de los hogares, su distribución y características de los hogares y la población en situación de pobreza.

Cuadro 17.
Índice de desarrollo humano cantonal

ID_Cantón	Cantón	es propia totalmente pagada	Porcentaje	es propia pagando a plazos	Porcentaje	es alquilada	Porcentaje	es prestada por motivo de trabajo	Porcentaje	es prestada por otro motivo (no paga)	Porcentaje	está en precario	Porcentaje	Otro	Porcentaje	Total (Censo 2011)
508	Tilarán	3461	57,5	799	13,3	1000	16,6	349	5,8	371	6,2	10	0,2	28	0,5	6018

Fuente: INEC CENSO 2011

En el Cantón de Tilarán un 57.5 % de la población habita en casa propia, un 16.6 alquila vivienda y solamente un 0.2% vive en precariedad.

Tasa de Deserción interanual

Cuadro 18.
Tilarán. Distribución de Deserción por institución

Institución	Total	H	M
Cindea Tilarán	72	35	37

CTP Nocturno-	40	23	17
Cindea – Nuevo Arenal	22	14	8
LNMAV	18	14	4
CTP Tronadora	1	-	1

Fuente: Supervisión educativa circuito 03. Tilarán MEP

Incidencia de feminicidios

No se cuenta con la información por parte del OIJ/ Poder judicial, sin embargo el 12 de julio del 2022, se registró en nuestro cantón un femicidio. Según la Fuerza Pública y la Cruz Roja. **Tomado de periódico la Nación. Año 2022.**

Consumo de sustancias

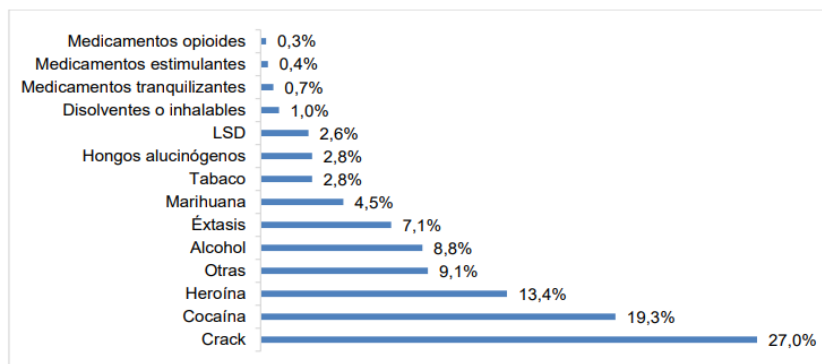
Consumo de tabaco en población de 12 a 70 años (Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes)

Para los estudios nacionales sobre consumo de drogas en población general, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia ha considerado históricamente a personas entre los 12 y 70 años de edad, residentes en hogares del territorio nacional. La Encuesta realizada durante el 2015, de la cual se desprende este informe, sigue esta tendencia para asegurar comparabilidad, considerando además que las edades límites propuestas aseguran una mayor representatividad de la población, insumo necesario para el desarrollo de estrategias de salud pública nacionales y locales. Unidad estadística La unidad estadística de este estudio se conformó por aquellas personas residentes en hogares del territorio costarricense que se encontraran entre los 12 a 70 años cumplidos al momento de la encuesta. Lo anterior deja entrever que se excluyeron a personas que se encontraban en centros hospitalarios, centros penales, instituciones de tratamiento, personas en situación de calle, o nacionales residentes en el exterior.

Desde esa perspectiva, se presentan los resultados partiendo del gráfico 2 a continuación: se aprecia que el crack y la cocaína son consideradas como las drogas más peligrosas (27,0% y 19,3%), seguidos por la heroína con 13,4%, otras drogas con 9,1% y en quinta posición el alcohol con 8,8%.

Grafico 2 Percepción de la población sobre la droga más peligrosa

Gráfico 1. Percepción de la población sobre la droga más peligrosa.
Encuesta en hogares, IAFA, Costa Rica, 2015



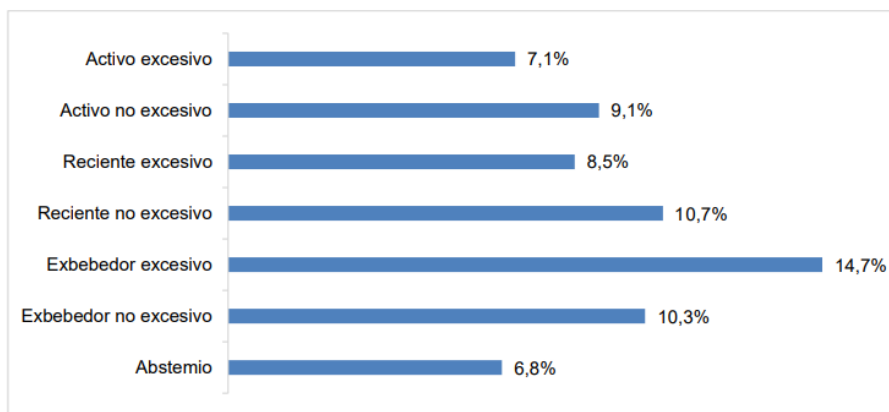
Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de la encuesta 2015.

Se desprende, además, que, históricamente el consumo de alcohol ha presentado mayores repercusiones para la sociedad y para el individuo, ya sea por las consecuencias directas o indirectas producto de su consumo. Importante indicar que socialmente se consideran drogas ilegales como la cocaína, el crack y heroína, las de mayor peligrosidad en nuestro país, aspecto que evidencia mayor necesidad de educación sobre los efectos negativos del consumo del alcohol. En rondas anteriores se ha puesto en evidencia el riesgo que ha expresado la población con respecto a las diferentes drogas estudiadas. En esta ocasión se varió la forma de análisis, y se incorporó la variable tipología de consumidor, con el objetivo de relacionar la peligrosidad asociada al consumo de las sustancias y el tipo de consumidor. Para tal efecto, se hace referencia a un patrón determinado de consumo (tal y como se aprecia en el gráfico 2) de sustancias psicoactivas que se asocian con situaciones de peligrosidad.

Percepción sobre la peligrosidad del consumo de alcohol En el caso del alcohol, según los resultados que se presentan en el gráfico 2, el 8,8% de la población encuestada manifestó que esa sustancia era la más peligrosa, de ese porcentaje, que incluye personas consumidoras y no consumidoras, el exbebedor excesivo fue la persona que más atribuyó peligrosidad al alcohol, a diferencia del consumidor activo excesivo, quien restó peligrosidad al consumo.

Gráfico 3. Personas que consideran a las bebidas alcohólicas el producto psicoactivo más peligroso.

**Gráfico 2. Personas que consideran a las BBAA* el producto psicoactivo más peligroso, según tipología de consumidor de BBAA.
Encuesta en hogares, IAFA, Costa Rica, 2015**



*Bebidas alcohólicas
Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de la encuesta 2015.

En el siguiente cuadro podemos observar al cantón de Tilarán dentro de Top 30 de las personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático del alcohol entre residentes de la zona en un rango de edad entre los 12 años a los 70 años en hogares.

Cuadro 19.

Tilarán. Personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático del alcohol

Costa Rica: Personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático de alcohol entre residentes de 12 a 70 años en hogares, según cantones en el 2015.

Cantón	Necesitados de Tratamiento	Cantón	Necesitados de Tratamiento	Cantón	Necesitados de Tratamiento
Puntarenas	20,7%	La Cruz	13,6%	Abangares	9,6%
Goicoechea	20,5%	Heredia	13,6%	Grecia	9,5%
Siquirres	20,0%	Palmares	13,5%	Moravia	9,5%
La Unión	18,3%	San Pablo	13,3%	Matina	9,5%
Tibás	17,9%	Puriscal	13,3%	Atenas	9,5%
Turrialba	17,5%	Escazú	13,2%	Sarapiquí	9,3%
Garabito	17,5%	Santo Domingo	13,1%	Pococí	9,2%
Vázquez de Coronado	17,2%	Coto Brus	13,1%	Tarrazú	9,2%
Alvarado	17,1%	San Rafael	12,9%	Santa Bárbara	9,0%
Aserri	16,9%	Limón	12,6%	Turrubares	8,8%
Flores	16,8%	Naranjo	12,5%	San Isidro	8,6%
Quepos	16,6%	Corredores	11,9%	Nicoya	8,4%
Dota	16,0%	Cartago	11,4%	Jiménez	8,3%
Valverde Vega	15,9%	Golfito	11,3%	Oreamuno	8,2%
Guácimo	15,3%	Pérez Zeledón	11,1%	Alajuela	8,0%
Liberia	15,1%	Montes de Oro	10,8%	Carrillo	7,8%
Talamanca	15,1%	Acosta	10,7%	Upala	7,6%
Desamparados	14,9%	Bagaces	10,4%	Los Chiles	7,5%
San Carlos	14,8%	Barva	10,3%	Belén	7,5%
Paraiso	14,3%	Zarcoero	10,3%	Poás	7,4%
Tilarán	14,3%	Santa Ana	10,2%	Cañas	7,2%
León Cortés Castro	14,2%	San José	10,0%	Parrita	7,0%
Esparza	13,9%	Curridabat	9,9%	San Mateo	6,1%
Alajuelita	13,9%	Orotina	9,9%	Hojancha	5,6%
El Guarco	13,8%	San Ramón	9,8%	Montes de Oca	5,5%
Santa Cruz	13,7%	Mora	9,8%	Nandayure	5,3%
Buenos Aires	13,6%	Osa	9,8%	Guatuso	3,6%

Fuente: Encuesta Hogares 2015 IAFA.

El siguiente cuadro muestra al cantón de Tilarán dentro del top 5 de personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático de drogas ilegales entre residentes de 12 a 70 años en hogares. Ver cuadro 20.

Cuadro 20.

Tilarán. Personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático de drogas ilegales

Costa Rica: Personas necesitadas de tratamiento por consumo problemático de drogas ilegales entre residentes de 12 a 70 años en hogares, según cantones en el 2015.

Cantón	Necesitados de Tratamiento	Cantón	Necesitados de Tratamiento	Cantón	Necesitados de Tratamiento
Turrialba	7,2%	El Guarco	3,4%	Parrita	2,1%
Escazú	6,7%	Naranjo	3,2%	Nandayure	2,0%
Siquirres	6,3%	Pococí	3,1%	Turrubares	1,9%
Tibás	6,3%	Jiménez	3,1%	Buenos Aires	1,9%
Tilarán	5,9%	Valverde Vega	3,1%	León Cortés Castro	1,9%
Moravia	5,7%	Paraiso	3,0%	Cañas	1,9%
Heredia	5,5%	Mora	3,0%	Atenas	1,9%
San José	5,3%	Guácimo	3,0%	Coto Brus	1,8%
Barva	5,3%	Santo Domingo	3,0%	Hojancha	1,7%
Palmares	5,3%	Oreamuno	2,8%	Abangares	1,7%
La Unión	5,1%	Liberia	2,8%	Acosta	1,7%
Quepos	5,1%	Montes de Oro	2,8%	Matina	1,6%
Sarapiquí	5,1%	Aserri	2,7%	Grecia	1,5%
Puntarenas	5,0%	San Ramón	2,7%	San Rafael	1,5%
San Pablo	4,9%	Limón	2,6%	Esparza	1,4%
Belén	4,8%	Vázquez de Coronado	2,6%	Montes de Oca	1,3%
Dota	4,8%	Tarrazú	2,6%	Upala	1,3%
Goicoechea	4,5%	San Isidro	2,6%	Alajuela	1,1%
Curridabat	4,3%	Santa Ana	2,6%	La Cruz	1,0%
Guatuso	4,3%	Alvarado	2,5%	Golfito	1,0%
Cartago	4,2%	Zarcoero	2,4%	Osa	0,9%
Garabito	3,9%	Santa Bárbara	2,4%	San Mateo	0,8%
Flores	3,7%	Corredores	2,3%	Poás	0,7%
Talamanca	3,7%	Puriscal	2,3%	Los Chiles	0,6%
Desamparados	3,5%	Bagaces	2,2%	Nicoya	0,6%
Orotina	3,5%	San Carlos	2,2%	Pérez Zeledón	0,6%
Alajuelita	3,5%	Santa Cruz	2,2%	Carrillo	0,4%

Fuente: IAFA, Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, 2015.

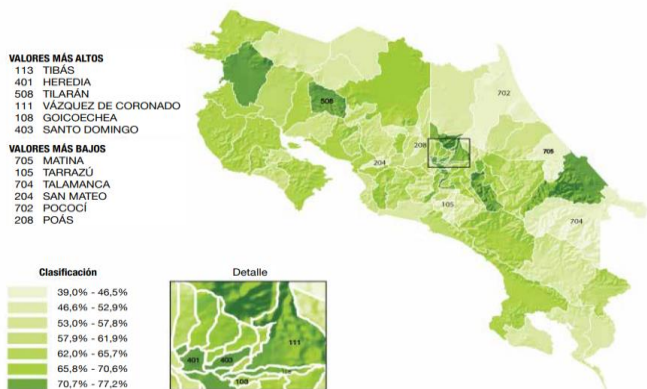
Fuente: Encuesta Hogares 2015 IAFA.

El cantón de Tilarán tiene uno de los valores más altos en cuanto al porcentaje de consumo de licor al menos una vez en la vida. Tal como se puede observar en el siguiente mapa n° 8 y en el mapa N° 9 podemos observar como el cantón de Tilarán se encuentra dentro de los valores más altos de consumo de marihuana.

Mapa 8 y 9 Porcentaje de consumo de licor y marihuana al menos una vez en la vida

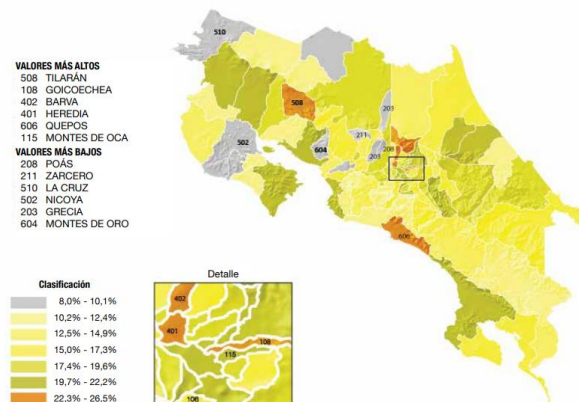
Consumo de alcohol según cantones de Costa Rica

Mapa 37.
Costa Rica: Porcentaje del consumo de alcohol alguna vez en la vida, según cantones en el 2015.



El consumo de alcohol alguna vez en la vida muestra una distribución más heterogénea de la distribución por cantones, pero igualmente predominan en mayor consumo los ubicados en la GAM.

Mapa 43.
Costa Rica: Porcentaje del consumo de marihuana alguna vez en la vida según cantones en el 2015.



De acuerdo al mapa, el contacto con la marihuana por parte de la población general se evidencia en una distribución muy homogénea en los cantones del país, sobresaliendo algunos del centro con mayor porcentaje de consumo. Se aprecia que Tilarán, Goicoechea, Barva y Heredia poseen porcentajes superiores al 20%.

Fuente: Encuesta Hogares 2015 IAFA.

Cuadro 21. Tilarán. Porcentajes de consumo de cocaína

Tabla 17. Porcentaje de consumo de cocaína, 2015

Cantón	Mes	Año	Vida
Liberia	0,8%	1,7%	6,6%
Nicoya	1,2%	1,7%	2,8%
Santa Cruz	0,5%	0,5%	2,9%
Bagaces	1,3%	1,0%	5,6%
Carrillo	0,0%	0,8%	2,2%
Cañas	0,8%	1,9%	7,0%
Abangares	0,0%	0,0%	4,0%
Tilarán	0,0%	1,8%	5,0%
Nandayure	0,5%	0,5%	5,0%
La Cruz	0,5%	1,0%	4,6%
Hojancha	0,0%	0,0%	0,6%
Total	0,6%	1,1%	4,4%

Fuente: Encuesta Hogares 2015 IAFA.

Se debe recordar que entre más temprana sea la edad en que las personas inician el consumo de sustancias, hay más probabilidad de que generen adicción a sustancias. Lo anterior es especialmente importante cuando cuando se visualizan las estimaciones de edad de inicio de consumo de marihuana hoy en día es de 18.1 años, tabaco 16.8 años, alcohol entre 17.1 a 18 años. En cuanto al uso de cocaína y crack el consumo se da en mayor porcentaje en edades entre los 30 a 39 años y siendo un porcentaje bajo de un 1.7% en edades tempranas, esto no indica que no se de sino que en la encuesta estos consumidores posiblemente están fuera de ellos hogares objeto de estudio.

Cuadro 22.
Tilarán. Porcentajes de consumo de Crack

Tabla 18. Porcentaje de consumo de crack, 2015

Cantón	Mes	Año	Vida
Liberia	0,0%	0,6%	4,4%
Nicoya	0,0%	0,0%	0,0%
Santa Cruz	0,0%	0,0%	0,0%
Bagaces	0,0%	0,0%	2,3%
Carrillo	0,0%	0,0%	1,9%
Cañas	0,0%	0,0%	1,8%
Abangares	0,5%	0,5%	0,5%
Tilarán	0,0%	0,0%	2,4%
Nandayure	0,0%	0,0%	3,4%
La Cruz	0,0%	0,0%	1,0%
Hojancha	0,0%	0,0%	0,0%
Total	0,0%	0,1%	1,7%

Fuente: Encuesta Hogares 2015 IAFA.

INDICADORES DE SERVICIO Y DE SALUD

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

Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliaria

La Organización Panamericana de la Salud, organismo regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), conscientes de la importancia de los servicios de agua potable y saneamiento en los países del continente americano, para proveer salud e incentivar el desarrollo, promovió la realización de estudios del sector de agua potable y saneamiento en los países de la región latinoamericana.

Costa Rica se ha distinguido dentro los países de la Región por gozar de altas coberturas de abastecimiento de agua y servicios de saneamiento. ANÁLISIS SECTORIAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO EN COSTA RICA Año 2002.

La calidad del agua es un valor ecológico esencial para la salud y para el crecimiento económico, el servicio de agua potable y saneamiento intradomiciliario asegura la salud y promueve la productividad y competitividad.

Para el cantón de Tilarán la cobertura de viviendas con agua intradomiciliaria es de un 96.8%. Lo que es buen indicador de una población sana.

Cuadro 23.
Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliaria cantón Tilarán

Código	Cantón (Censo 2011)	Si	No	Total	%
508	Tilarán	5 825	193	6 018	96,8

Fuente: INEC CENSO 2011

Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento.

El 99.6% de la población del Cantón de Tilarán utiliza un servicio de saneamiento gestionado de forma segura, definido como como una instalación de saneamiento mejorada que no se comparte con otros hogares y donde las excretas se eliminan de forma segura in situ o se transportan y tratan fuera del sitio.

Cuadro 24.

Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento

Código	Cantón	alcantarillado sanitario	tanque séptico	es de hueco, de pozo negro o letrina	Total viviendas (Censo 2011)	Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento
508	Tilarán	0	5889	104	6018	99,6

Fuente: INEC CENSO 2011

Presentación de la Unidad Área de Salud Tilarán

A nivel del sector salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, es la entidad proveedora de servicios de salud públicos, que cubre aproximadamente un 95 % de la población dentro del territorio nacional. Las instituciones de salud privadas igualmente deben notificar los eventos sujetos a vigilancia, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Por tanto, a nivel público, la CCSS por medio de su red de servicios define las unidades notificadoras como el establecimiento de salud que reporta todos los eventos sujetos a la vigilancia, incorpora un total de 1 unidades notificadoras, conformada por 6 EBAIS y ----- puestos de visita periódica. Cada Área de Salud, la integra un grupo de sectores constituidos por Equipos Básicos de Atención Integral. Dentro de esta red, encontramos a los entes notificadores privados a nivel del cantón contamos con al menos 2 centros de atención de pacientes clínica San Gabriel ubicada en el Distrito de Arenal y clínica Juan Pablo II, además de alrededor de 4 consultorios médicos privados.

El Área de Salud Tilarán es una Unidad Médica tipo 1, tiene adjudicado el código presupuestario 2558; ubicada en el Cantón de Tilarán, octavo cantón de la provincia de Guanacaste en Costa Rica. Está adscrita a la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega, con dependencia de la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

El Área atracción de esta Unidad Médica son dos de los cuatro distritos del Cantón de Tilarán; siendo el distrito primero Tilarán, seguido de los distritos Santa Rosa, Arenal, Quebrada Grande, Tierras Morenas, Líbano, y para el 2020 se crea un nuevo distrito Cabeceras; tiene una extensión territorial de kilómetros 66869.0 cuadrados, por el tamaño del Área de Salud tiene población dispersa.

El Área de Salud de Tilarán cuenta con la Sede de Área de Salud, siendo esta la unidad central y principal de la CCSS en el cantón de Tilarán, donde están ubicados los Servicios de Apoyo, Servicio de Emergencias y dos EBAIS concentrados.

El Área de Salud de la CCSS ofrece los servicios de urgencias, Cuidados Paliativos, Medicina Familiar, Farmacia, Laboratorio y Odontología. La sede se ubica en un edificio el cual le pertenece al Ministerio de Salud, y fue dado a la CCSS en calidad préstamo, situado a 200 metros oeste del Banco Nacional de Costa Rica.

Se brinda atención integral básica en salud en los 6 EBAIS del Área de Salud, y, además se brinda atención médica domiciliar por los médicos de los EBAIS para los usuarios no pueden asistir a los servicios de salud debido a su condición física. Se brinda una atención especializada en Medicina Familiar y Comunitaria para atender pacientes que requieren un abordaje de mayor complejidad, que se puede resolver en el I nivel de atención. Este servicio especializado se brinda en Tilarán desde el 09 de febrero del 2015, y atiende a los usuarios en la sede del Área. Además, brinda atención domiciliar a casos prioritarios de usuarios que por su estado de salud o condición física no pueden desplazarse a la sede del Área.

La sede del Área de Salud de Tilarán cuenta con un servicio de urgencias en jornada ordinaria de lunes a jueves de 7 am a 4 pm y viernes de 7 am a 3 pm., un segundo turno de 14 horas a 22 horas, y en tiempo extraordinario de lunes a viernes desde las 4:00 pm a las 7 am del siguiente día. Los sábados y domingos se brinda atención las 24 horas diarias, mediante tiempo extraordinario.

El servicio de odontología presta servicio en la sede del Área y también en el EBAIS de Nuevo Arenal, según las normas de atención en operatoria, endodoncia, exodoncia, periodoncia, prevención, promoción, y referencias al segundo nivel.

El servicio de enfermería cuenta con servicios en enfermería profesional para la administración del servicio, plazas de auxiliares de enfermería para la atención de los EBAIS, educación, inmunizaciones, atención del centro de equipo y esterilización, como también atención primera. El servicio de enfermería tiene a su cargo seis técnicos de atención primaria (ATAP) que realizan la visita domiciliar y se implementó el manejo de la ficha familiar en el Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIIF-EDUS)

El Área de Salud, además, cuenta con los siguientes servicios de apoyo:

Farmacia (en la sede y otro en el EBAIS de Nuevo Arenal)

Laboratorio Químico-Clínico

Trabajo Social

Fisio Terapia (se ubica en el edificio de Fundador brindando atención a los usuarios de Cuidado Paliativo y dolor crónico, como también a pacientes de la consulta externa)

Psicología (se ubica en el edificio de Fundador brindando atención a los usuarios de Cuidado Paliativo y dolor crónico, como también a pacientes de la consulta externa)

Servicios Generales

Aseo

Gestión de Desechos Infectocontagiosos

Vigilancia (Seguridad)

Transportes

Flujograma de Área de Salud Tilarán



TABLA 25.
EBAIS CON SU RESPECTIVA POBLACION

Sector	Comunidades	Población
Sector Norte	Distrito Norte Central	4400
Sector Sur	Distrito Sur Central	4680
Sector Tierras Morenas	Los Ángeles. Parcelas Quebrada. Azul. Tierras Morenas. Líbano, Solania	3841
Sector Tronadora	Río Chiquito. Viejo Arenal, El Silencio	2730
Sector Arenal	Distrito Arenal. Río Piedras	2901
Sector Unión	Qda. Grande. La Florida. San Miguel. El Dos. Cabeceras. Las Nubes	3256

Fuente: Estimación Dirección y Planificación CCSS 2022

Tabla 26.

Distribución de EBAIS y puestos de Salud con su respectiva distancia al HEBB:

Nombre del EBAIS	Nombre de los Puestos de Visita Periódica adscritos al EBAIS	Distancia al Hospital Enrique Baltodano	Distancia a la Sede AST
AREA DE SALUD DE TILARAN			
EBAIS Norte	Sede: Área de Salud	75 KM	0
EBAIS Sur	Sede: Área de Salud	75 KM	0
EBAIS Nuevo Arenal	Sede: Nuevo Arenal	109 KM	34
	Puesto Río Piedras	97 KM	22
EBAIS La Unión	Sede: Cabeceras	104 KM	29
	Puesto Las Nubes	109 KM	34
	Puesto Los Olivos	108 KM	33
	Puesto La Florida	93 KM	18
	Puesto Quebrada Grande	82 KM	7
	Puesto El Dos	97 KM	22
	Puesto San Miguel	88 KM	13
EBAIS Tierras Morenas	Sede: Tierras Morenas	97 KM	22
	Puesto Los Ángeles	71 KM	10
	Puesto La Palma	88 KM	13
	Puesto Solania	91 KM	16
	Puesto Parcelas Quebrada Azul	85 KM	10
	Puesto Líbano	85 KM	10
EBAIS Silencio-Tronadora	Sede: El Silencio	95 KM	20
	Puesto Tronadora	84 KM	9
	Puesto Río Chiquito	105 KM	30
	Puesto Viejo Arenal	99 KM	24

Servicio de Urgencias	Sede Área de Salud	75 KM	0
Cuidados Paliativos	Sede Área de Salud	75 KM	0
Medicina Familiar	Sede Área de Salud	75 KM	0

Actualmente este Centro atiende de tres mil cien (3.100) a tres mil doscientos (3.200) consultas externas por mes y de mil ochocientos (1.800), a dos mil cien (2.100) en emergencias.

En la sede del Área de Salud se localiza el EBAIS Norte, donde se brinda atención de lunes a jueves de 7:00am a 4:00pm y los viernes de 7:00am a 3:00 pm. El EBAIS Norte se desplaza para atender a los adultos mayores albergados en el Hogar de Ancianos de Tilarán y cuenta con una población de 4400 habitantes.

En la sede del Área de Salud también se localiza el EBAIS Sur y cuenta con una población de 4680 habitantes.



El EBAIS de Nuevo Arenal cuenta con una población de 2901 habitantes. En la sede del EBAIS de Nuevo Arenal se atiende de lunes a viernes cada semana, excepto los martes, los cuales se alterna con el PVP de Río Piedras.



La sede del EBAIS La Unión (Cabeceras) se visita todos los martes y cuenta con una población de 3256 habitantes. Se desplaza a los puestos de visita periódica de la siguiente manera: PVP Las Nubes - Se visita un lunes al mes; el PVP Quebrada Grande - Se visita todos los miércoles; PVP San Miguel - Se visita dos jueves al mes; PVP El Dos - Se visita dos jueves al mes; PVP La Florida - Se visita dos veces al mes ya sea un lunes o un viernes.



El EBAIS de Tierras Morenas atiende una zona geográfica muy dispersa. La atención en la sede del EBAIS atiende brinda servicio semanalmente, los miércoles. El EBAIS Tierras Morenas cuenta con una población de 3841 habitantes. Se desplaza a los puestos de visita periódica de la siguiente manera: PVP Los Ángeles - se atiende consulta cada lunes; PVP Líbano – se atiende 2 martes al mes; PVP Solania – se atiende 2 martes al mes; PVP Parcelas Quebrada Azul – se atiende cada jueves; PVP La Palma – se atiende cada viernes.



Por razones políticas se nombró al Silencio como la sede del EBAIS Silencio-Tronadora, sin embargo, por cantidad de población, la sede debería ser Tronadora. Se atiende en el Silencio una vez por semana, los jueves.

Se atiende en Tronadora los lunes, miércoles y viernes de cada semana. El EBAIS Silencio-Tronadora cuenta con una población de 2730 habitantes.



Cuadro 27.
Información de personal técnico y administrativo del Área de Salud Tilarán.

Tipo de plaza	TOTAL	Propiedad	Interinos	Inactivos
Médicos (medicina general y especializada).	13	0	13	
Administrativos	24	19	5	
CGI	1	0	1	
Técnicos*	20	13	7	
Otros**	59	26	33	

* Ningún médico del Área de Salud de Tilarán cuenta con una plaza en propiedad.

* incluye técnicos en administración y en ciencias de la salud.

**no médico (psicología, trabajo social, nutrición, odontología, enfermería, laboratorio, farmacia).

Fuente: Informe de gestión CCSS. Área de Salud Tilarán 2021-2022.

Cuadro 28.
INFORMACIÓN SOBRE LAS EDIFICACIONES Y PROPIEDADES DE LOS EBAIS Y PVP:

Nombre del EBAIS	Nombre de los Puestos de Visita Periódica adscritos al EBAIS	Dueño de la Edificación	Dueño de la Propiedad
AREA DE SALUD DE TILARAN			

EBAIS Norte	Sede: Área de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
EBAIS Sur	Sede: Área de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
EBAIS Nuevo Arenal	Sede: Nuevo Arenal	CCSS	CCSS
	Puesto Río Piedras	MEP (Ministerio de Educación Pública)	MEP (Ministerio de Educación Pública)
EBAIS La Unión	Sede: Cabeceras	CCSS	CCSS
	Puesto Las Nubes	MEP (Ministerio de Educación Pública)	MEP (Ministerio de Educación Pública)
	Puesto Los Olivos	MEP (Ministerio de Educación Pública) AREA DE SALUD MONTE VERDE	MEP (Ministerio de Educación Pública) AREA DE SALUD MONTE VERDE
	Puesto La Florida	MEP (Ministerio de Educación Pública)	MEP (Ministerio de Educación Pública)
	Puesto Quebrada Grande	IGLESIA CATOLICA (PRESTAMO)	IGLESIA CATOLICA (PRESTAMO)
	Puesto El Dos	Asociación de Desarrollo del Dos	Asociación de Desarrollo del Dos
	Puesto San Miguel	Asociación de Desarrollo del Dos	Asociación de Desarrollo del Dos
EBAIS Tierras Morenas	Sede: Tierras Morenas	Asociación de Desarrollo de Tierras Morenas	Asociación de Desarrollo de Tierras Morenas
	Puesto Los Ángeles	CCSS	CCSS
	Puesto La Palma	Asociación de Desarrollo La Palma	Asociación de Desarrollo La Palma
	Puesto Solania	ELIECER ROJAS ALFARO (Intento de donación)	ELIECER ROJAS ALFARO (Intento donación)
	Puesto Parcelas Quebrada Azul	CCSS	CCSS
	Puesto Líbano	POSESORIO- CCSS	POSESORIO- CCSS
EBAIS Silencio-Tronadora	Sede: El Silencio	CCSS	CCSS
	Puesto Tronadora	CCSS	CCS
	Puesto Río Chiquito	MEP (Ministerio de Educación Pública)	MEP (Ministerio de Educación Pública)
	Puesto Viejo Arenal	POSERIO - CCSS	POSESORIO- CCSS
Servicio de Urgencias	Sede Área de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Cuidados Paliativos	Sede Área de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud

Fuente: Informe de gestión CCSS. Área de Salud Tilarán 2021-2022

Cuadro 29.

INFORMACIÓN SOBRE LAS HABILITACIONES Y ORDENES SANITARIAS DE LOS EBAIS Y PVP:

Nombre del EBAIS	Nombre de los Puestos de Visita Periódica adscritos al EBAIS	Cuenta PSF	con Cuenta con O.S.
AREA DE SALUD DE TILARAN			
EBAIS Norte	Sede: Área de Salud	Venció 28/02/2022	No
EBAIS Sur	Sede: Área de Salud	Venció 10/12/2021	No
EBAIS Nuevo Arenal	Sede: Nuevo Arenal	Venció 28/02/2022	Si
	PVP Río Piedras	No	No
	Farmacia EBAIS Nuevo Arenal	Venció 10/01/2023	Cumplida
	Odontología	Habilitado	No
EBAIS La Unión	Sede: Cabeceras	Venció 11/06/2022	Si
	Puesto Las Nubes	No	
	Puesto La Florida	No	
	Puesto Quebrada Grande	Venció 10/12/2022	Si
	Puesto El Dos	No	
	Puesto San Miguel	No	
EBAIS Tierras Morenas	Sede: Tierras Morenas	Venció en el 2008	Si
	Puesto Los Ángeles	No	
	Puesto La Palma	No	
	Puesto Solania	No	
	Puesto Parcelas Quebrada	No	

	Azul		
	Puesto Líbano	No	
EBAIS Silencio-Tronadora	Sede: El Silencio	Venció 20/08/2017	No
	Puesto Tronadora	Venció 12/02/2023	Cumplida
	Puesto Rio Chiquito	No	
	Puesto Viejo Arenal	No	
Servicio de Urgencias	Sede Área de Salud	Venció 28/02/2022	
Cuidados Paliativos	Sede Fundador	Habilitado	No
Medicina Familiar	Sede Área de Salud	No	
Odontología AST	Sede Área de Salud	Venció 28/02/2022	No
Farmacia AST	Sede Área de Salud	Venció 28/1/2023	Si
Farmacia EBAIS Nuevo Arenal	Sede EBAIS Nuevo Arenal	Venció 10/01/2023	Cumplida
Móvil Odontológica	Sede Área de Salud	Habilitado	No
Laboratorio Químico-Clínico	Sede Área de Salud	Habilitado	No

Fuente: Informe de gestión CCSS. Área de Salud Tilarán 2021-2022

Cuadro30.

ORDENES SANITARIAS A ESTABLECIMIENTOS DEL ÁREA DE SALUD CCSS

Nombre del Servicio Notificado	Número de Orden Sanitaria	Fecha de Notificación	Fecha de Vencimiento	Seguimiento
No cuenta con O.S. EBAIS Norte				Sin orden sanitaria, post inspección se le solicitó al Dr. Oviedo un plan remedial el 06/12/2013, el cual fue entregado.
No cuenta con O.S. EBAIS Sur				Sin orden sanitaria, post inspección se le

						solicitó al Dr. Oviedo un plan remedial el 06/12/2013, el cual fue entregado.
CCSS – Dr. Luis Fernando Oviedo	EBAIS Unión – Sede Cabeceras	La ARST-URS-006-2011		21/03/2011	30/09/2011	El Dr. Oviedo entregó el plan remedial indicando que se corrige lo necesario indicado en el orden sanitario con el presupuesto del 2012. En inspección de seguimiento en mayo del 2013, aun se incumplen ítems de la O.S.
CCSS – Dr. Luis Diego Leitón	PVP Quebrada Grande	MS-DRRSRCH-DARST-OS-152-2021		10/12/2021	27/04/2022	Ubicados temporalmente en el Salón Parroquial de Quebrada Grande
CCSS – Dr. Dagoberto Guzmán Sánchez, director médico a.i.	EBAIS Nuevo Arenal	RCH-DARST-OS-021-2018		28/02/2018	30/05/2018	El 30/05/2018 el médico director, Dr. Luis Fernando Oviedo entregó un plan remedial para solucionar las inconformidades con el presupuesto 2019-2020. En seguimiento a la orden sanitaria, se realizó una nueva inspección el 30/11/2022 encontrando con aun incumple con ítems de la O.S.

CCSS – Dr. Luis Fernando Oviedo.	EBAIS Tierras Morenas	N° 2303B N° 014 y N° 015	15/04/2004 2008	15/04/2004 2008	<p>Las inspecciones de seguimiento desde el 2009 han demostrado que aún persisten inconsistencias.</p> <p>Se le solicitó a la dirección la clausura de esta sede el 03/07/2019.</p> <p>Sin embargo, si hay que reconocer que la Asociación de Desarrollo de TM si ha realizado varias mejoras en la infraestructura, pero aún persisten inconsistencias que debe corregir el personal de la CCSS.</p>
No cuenta con O. S.	EBAIS Silencio (sede)				<p>Sin orden sanitaria, post inspección se le solicitó al Dr. Oviedo un plan remedial el 06/12/2013, el cual fue entregado.</p>
CCSS – Dr. Luis Fernando Oviedo	PVP Tronadora	DARS-T-17-2016	13/05/2016	20/05/2016	Se cumplió con la O.S. emitida.
No cuenta con O. S	PVP Chiquito	Río			<p>Sin orden sanitaria, post inspección se le solicitó al Dr. Oviedo un plan remedial el 06/12/2013.</p>
CCSS - Dr. Guillermo Guillen Campos	Farmacia Área de Salud	N° 2360- B	15/12/2005	09/06/2006	Se le solicitó plan remedial y el mismo fue entregado por el

(farmacéutico)						Dr. Elías Rodríguez Ulloa el 01/12/2005. En inspección realizada en el 2007, aun persistían inconsistencias.
CCSS – Dr. Dagoberto Guzmán Sánchez, director médico a.i.	Farmacia EBAIS Nuevo Arenal	RCH-DARST-OS-021-2018	28/02/2018	30/05/2018		Se le solicitó plan remedial y el mismo fue entregado por el Dr. Oviedo el 29/05/2018
No cuenta con O.S.	Odontología AST					
No cuenta con O.S.	Odontología EBAIS Nuevo Arenal					
No cuenta con O.S.	Móvil Odontológica					
No cuenta con O.S.	Laboratorio Químico-Clinico					

Fuente: Informe de gestión CCSS. Área de Salud Tilarán 2021-2022

Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas

Se refiere al porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en un periodo determinado y que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.

Cobertura de atención prenatal

Se programó 100 consulta en la atención prenatal con una cobertura 110.0% y un cumplimiento anual de 44.0%, supero meta según lo esperado esta meta fue modifica.

Cobertura de atención post parto

En la Atención Integral a la Mujer Adulta Atención Prenatal Control Post Parto para una cobertura al primer semestre 2020 85.0% se registra una baja cobertura ya que esta es una atención de la madre y el neonato. Ante la pandemia de COVID-19, como estrategia del Area de Salud es brindar la atención al neonato, se registra que un grupo de embarazadas se trasladaron de lugar de residencia temporal mientras se presenta el nacimiento del neonato por lo que se hace difícil la captación de madre e hijo.

5.9 Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado

Se registran año 2022, 15 nacimientos. Según captación del recién nacido en consulta externa 210 nacidos año 2022.

Tasa de profesionales en Medicina

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

Tasa = Es la frecuencia de los eventos demográficos acaecidos en una población durante un determinado período de tiempo (normalmente un año) dividida entre la población “a riesgo” de sufrir el evento durante ese período de tiempo. Las tasas indican cuán común es que suceda algún evento.

Fórmula de cálculo:

$$T = \frac{(NT)}{(PT)} * 100.000$$
$$12 * 100.000 = 54.2$$
$$22156$$

Donde:T: es la tasa por 100 mil habitantes.

NT: es el número total de eventos de interés.

PT: es la población total a mitad de periodo.

Tasa de profesionales en enfermería

Los profesionales en enfermería activos se refieren a aquellos que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Esto incluye: Enfermeros generales y Enfermeros especialistas que cumplan con los requisitos establecidos por el Colegio de Enfermeras para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras.

No incluye: Auxiliares de Enfermería, Asistentes de Pacientes y cualquier otra ocupación a fin que no cuente con un título de Licenciatura en Enfermería.

Enfermeras Profesionales Activas: 4

Enfermeras Profesionales que sustituyen: 4.

Enfermeras profesionales que cumplen con el criterio del Colegio Profesional de Enfermería y laboran como auxiliar: 32

$$4 * 100.000 / 22156 = 18.05$$

Tasa de profesionales en odontología

Número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

$$3 * 10000 = 1.35$$

Población: 22156

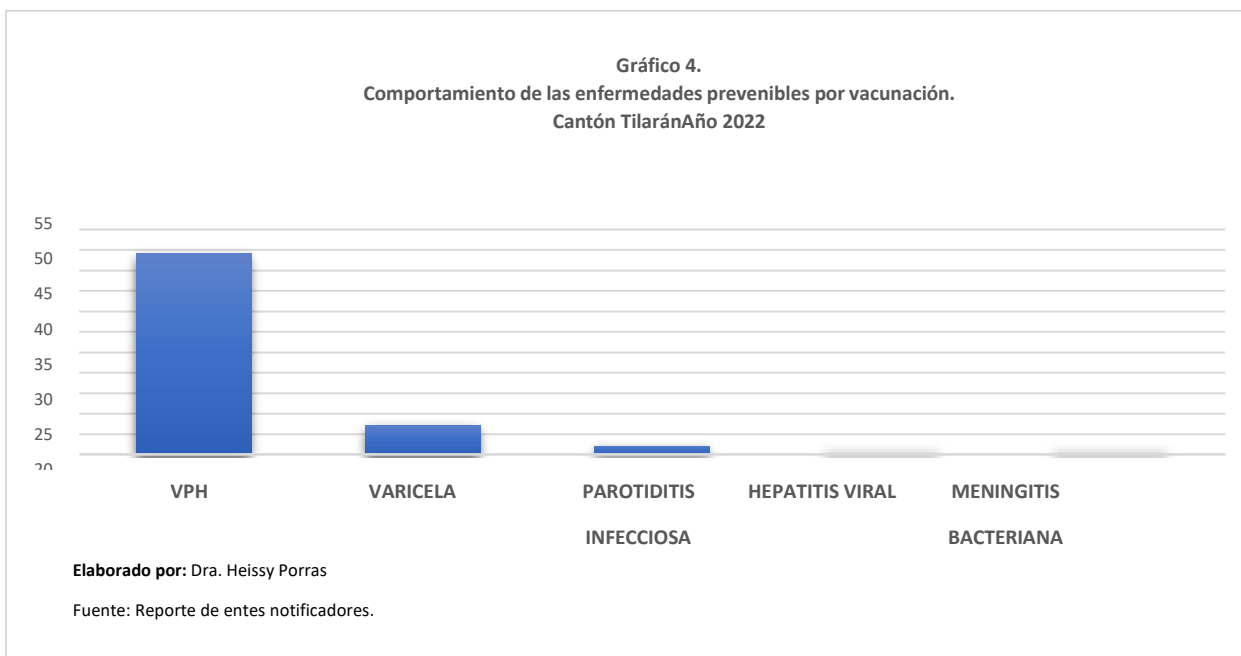
Tasa de atenciones ambulatorias

Número promedio de consultas médicas por persona por año. Se incluyen todas las visitas hechas ya sea por médicos generales o especialistas, ya sea en consultorios individuales, clínicas o áreas de consulta externa de hospitales.

No se incluyen las tele-consultas ni las interconsultas o visitas durante periodos de internamiento.

consulta por hora, corresponde al 1.7 por habitante

Vigilancia Epidemiológica.



Entendida como el proceso a través del cual se realiza la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión de información sobre un problema de salud determinado, siendo una herramienta esencial para la toma de decisiones en Salud Pública.

En este documento encontrará el perfil epidemiológico comprendido del 01 enero 2022 al 31 de diciembre 2022 (I y II semestre) de enfermedades prevenibles por vacunación y eventos de notificación obligatoria, mediante reporte obligatorio de VE01, pertenecientes al cantón de Tilarán. Ver Gráfico N° 4.

Se puede observar en el gráfico 1, que el evento de mayor reporte son los virus de papiloma humano. Mismas prevenibles por vacuna.

Considerando la importancia de las adecuadas coberturas de vacunación contra el VPH en la población meta para la reducción del cáncer cervicouterino como parte de la prevención primaria se realizan estrategias de vacunación para lograr las coberturas ofertando la vacuna, promocionando su aplicación y realizando acciones para captar con la vacunación a las niñas según edad correspondiente.

Para las primeras dosis de vacuna VPH se toma en cuenta la población de niñas con 10 años a 10 años 11 meses y 29 días con una cantidad de 146 (I dosis) aplicadas durante el año 2022.

Actualmente se cuenta con una cobertura de vacunación del 97%. Como lo podemos observar en el siguiente cuadro.

Cuadro 31.
Tilarán. Cobertura de vacuna del Virus de papiloma humano.

Cobertura aplicación de Vacuna VPH I y II dosis Esquemas 2022 Área de Salud Tilarán					
Área de Salud	Población meta*	I dosis	Cobertura	II dosis	Cobertura
TILARAN	149	146	98.0%	144	97.0%
*Fuente: Cubos Estadísticos 2022 C.C.S.S Área de Salud Tilarán					
Oficio DRIPPSCH- AST-ENF- 015- 2023.					

Cabe destacar que las coberturas de segundas dosis se calcularon tomando en cuenta las niñas nacidas en el 2011 y 2012,(de 10 y 11 años) como podemos observar en el siguiente cuadro extraído de cubos estadísticos actualizados al día de hoy para un total de 144 dosis.

A continuación, se detallan las coberturas de vacunación. Reportado en SIVA según cubo hasta el 31 de diciembre 2022.

Así mismo encontrará el análisis de cobertura de vacunas de esquema básico, influenza y Vacunación COVID-19.

Cuadro 32.
Tilarán. Vacunas aplicadas durante el I y II semestre del 2022.

Nacimientos	Edades	Vacuna	Total, Aplicadas	Coberturas
Al Nacer				
211	Al nacer	BCG		Solicitadas a Nivel regional DRRSCH.
		HB Primera Dosis		Solicitadas a Nivel regional DRRSCH.
Menos de 1 año				
211	2 meses	HB II	194	92
		Pentaxin I	196	93
		Neumo I	203	96
211	6 meses	HB III	194	92

		Pentaxin III	195	92
1 año y 3 meses				
209 (Nacimientos menos defunciones 2021)	1 año y 3 meses	SRP I dosis	198	95
		Pentavalente	195	93
		Neumococo	204	98
		varicela	203	97
Escolar 4 años a 10 años				
276 (Nacimientos 2018)	4 años	Tetraxim	263	95
		SRP II Dosis (4 y 7 años)	596	107
283 (Nacimientos 2012)	10 años	TD Primer Refuerzo	341	120

Fuente: SIVA. CCSS.

Total de vacunas Pfizer adulto aplicadas 2020 al 2023

Población meta: Infante: 1349- Pediátrica: 2097 -Adulto: 18488

Cuadro 33.

Cobertura de vacunación COVID 19. Tilarán. Año 2020-2023.

Cobertura en adultos a nivel local				
	I Dosis	II Dosis	III Dosis	IV Dosis
Cobertura local	92.9 %	88.4%	58%	19%
Cobertura Regional	85.3	79.3	48.3	14.4

Fuente: SIVA, Cubos estadísticos C.C.S.S AS Tilarán.

Dra. Sandra Mena. Área de Salud Tilarán

Investigación de casos:

Cuando se diagnostican casos de Varicela, COVID u otros relacionados con vacunas. Se realizan investigaciones de campo en búsqueda de sintomáticos, también barrido epidemiológico, elaboración de informes posteriormente, educación al usuario, aislamientos de casos y contactos, seguimientos telefónicos tanto del Área de Salud como del Ministerio de Salud según evento y así se requiera.

Se notifico del mes de diciembre un caso de Meningitis bacteriana el cual se descartó, se elaboró informe por parte del Área de salud N° DRIPPSCH-AST-AST-ENF-030-2023 y del ministerio de Salud N° MS-DRRS-DARS TILARAN- VIG-005-2023.

El trabajo escolar se realizó en todas las escuelas del cantón; en cuanto al indicador de lavacunación con algunos niños pendientes de vacunar por renuencia. El cual por directriz MS-DGS-4172-2022/Resolución de Medida Cautelar , solicitando suspensión de la aplicación del Decreto Ejecutivo N°43364 (Obligatoriedad de Vacuna contra el Covid-19 para personas menores en edad pediátrica.

Con respecto a la renuencia de vacunación COVID 19, se reportan un total de 237 niños, abordados por trabajo social del a CCSS, y remitidos al ministerio de Salud mediante referencia y hoja Excel. Los cuales en acatamiento a medida cautelar no se les giró orden sanitaria por renuencia de aplicación de vacuna COVID infante y pediátrica. Se esta a la espera de nuevos lineamientos para el abordaje de los mismos.

Así mismo el PANI mediante el oficio n° OCP-114-2022 refiere que el PANI no atenderá denuncias contra padres que no deseen vacunar a sus hijos.

Se llevo a cabo una campaña de vacunación de influenza la cual inicio el 23 de junio 2022, con una cuota total a aplicar de 9430 dosis obteniendo una cobertura del 99%.

La vigilancia de la salud es la observación sistemática, el análisis y la interpretación de datos cuyos resultados se utilizarán en la planeación, implementación y evaluación de la práctica en salud pública. Ayuda a tomar decisiones oportunas; a establecer prioridades de salud pública; generar hipótesis de investigación, a identificar intervenciones, evaluar programas y a hacer uso racional de los recursos disponibles en los diferentes niveles de atención. Existe una estrecha articulación entre el análisis de situación de salud y la vigilancia de la salud.

La definición de eventos de vigilancia incluida en el sistema de notificación obligatoria se establece a partir del perfil de salud del país, tomando también en consideración los acuerdos de los países para vigilar enfermedades de interés internacional. Por ello, no solo incorpora las enfermedades infectocontagiosas, sino también problemas de salud y eventos que cada país y cada localidad determinan como importantes

Dentro de los principales eventos de notificación obligatorio mediante reporte VE01 durante el año 2022 tenemos a los accidentes laborales en primer lugar, seguido de los accidentes de tránsito, Presión alta, enfermedades de transmisión sexual y la diabetes. Y un segundo subgrupo de eventos en menor reporte pero dentro de los 10 principales como lo son los eventos relacionados con la Salud mental y Violencia intrafamiliar.

Gráfico 5.

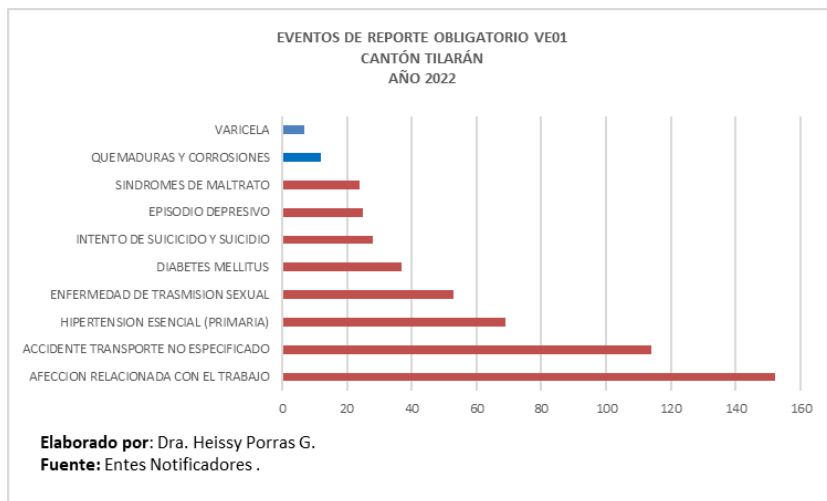


Gráfico 6.

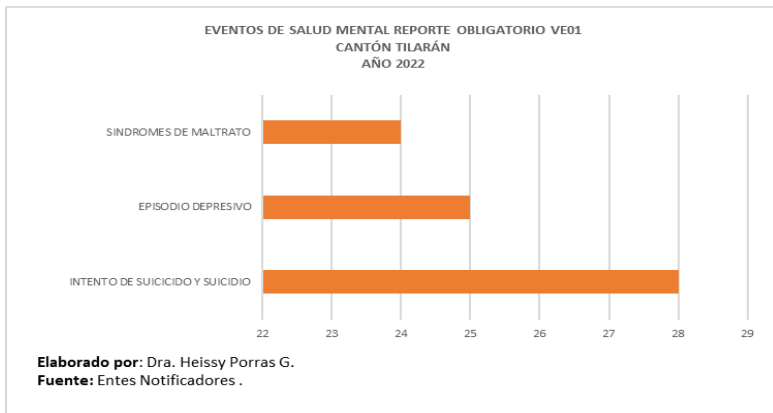


Gráfico 7.

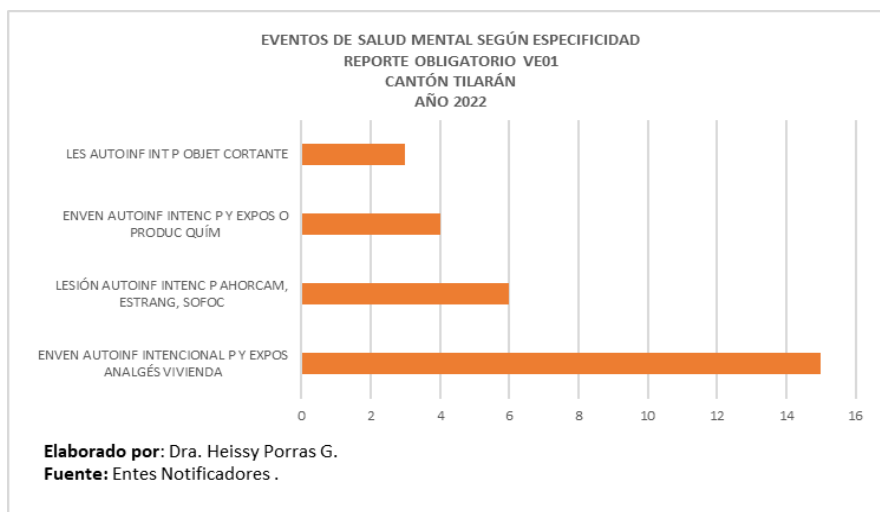
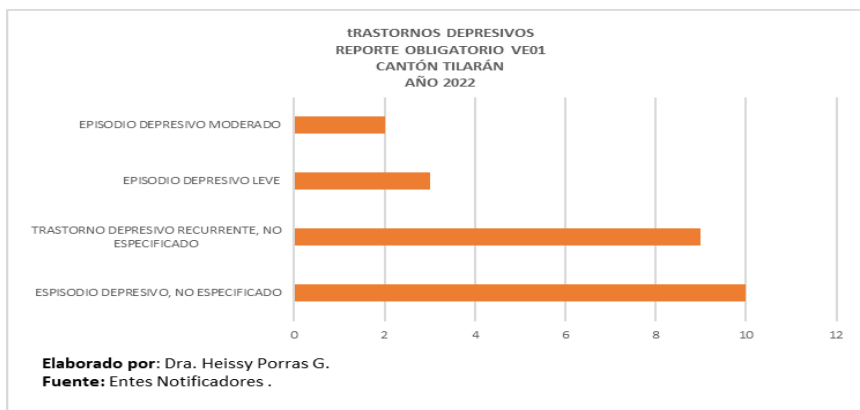


Gráfico 8.



PERFIL DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

Perfil de Mortalidad

Cuadro 34.
Tilarán. Principales causas de Mortalidad

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD TILARÁN	TOTAL	PORCENTAJE
J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	29	5,40%
I21 - Infarto agudo de miocardio	28	5,21%
E11 - Diabetes mellitus no insulino dependiente	21	3,91%
I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	20	3,72%
J18 - Neumonía, organismo no especificado	19	3,54%

Fuente: I.N.E.C. 2021

Según tabla anterior refleja según datos del la base de Mortalidad del INEC. Que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la que causa el mayor número de muertes a nivel del cantón. Misma que se refleja al segregarlos por rango de edad, siendo la edad de 65 años y más la afectada, esto puede deberse a exposición al tabaco por fumar o por exposición pasiva al humo ajeno; sin embargo datos del IAFA no reflejan al cantón con alto consumo de tabaco. Exposición ocupacional a polvos, humos o sustancias químicas; contaminación del aire en interiores: niveles elevados de exposición al humo, a menudo se utilizan biocombustibles (madera, estiércol, residuos de cultivos) o carbón vegetal para la cocina y la calefacción. Esto se podría dar en zona rural principalmente.

Si observamos la siguiente tabla podemos observar el comportamiento de la Mortalidad de cantón separadas por grupo de edades.

Menores de un año: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte, se relaciona al embarazo en adolescentes madres).

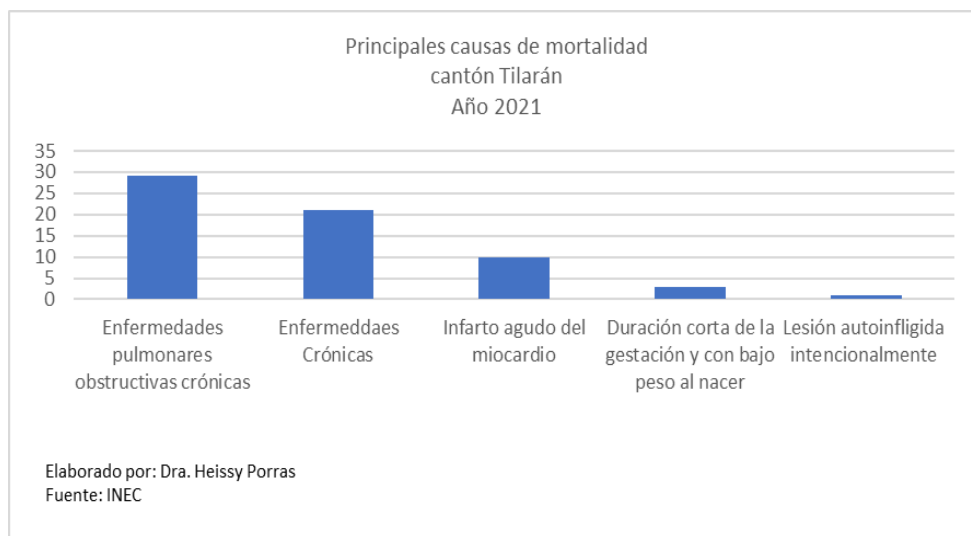
De 1 año a 9 años no se registra mortalidad para este rango de edad.

10 a 19 años: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, relacionada a un evento u sucesos de un adolescente fallecido en el año 2021.

20 a 64 años de edad: Infarto agudo del miocardio, siendo este la segunda causa de muerte a nivel general del cantón.

65 años y más: Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en población adulta mayor. Siendo esta tal y como se menciona anteriormente la principal causa de mortalidad del cantón para el año 2021.

Gráfico 9.

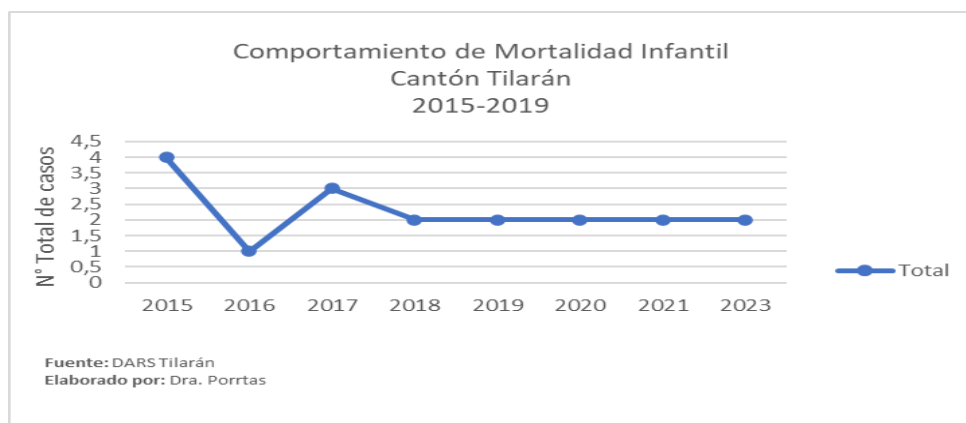


Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es un término usado para describir la muerte de un bebé que ocurre entre el nacimiento y el primer año de edad. Si el bebé muere antes de los 28 días, la muerte también se puede clasificar como mortalidad neonatal. La tasa de mortalidad infantil—es decir, la cantidad de muertes por cada 1.000 nacimientos vivos—es un factor importante para entender la salud general de una población, ya que muchos factores que contribuyen a las muertes de los bebés también afectan la salud de la población en general. Por ejemplo, el acceso a medicamentos, proveedores de cuidado de la salud calificados, agua limpia y alimentos afecta la salud de todos, pero también pueden tener un efecto dramático en las tasas de mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil disminuyó en la región de las Américas es del 67%, de 53,8 a 17,9 por 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2015. Tomado de la <https://www.paho.org/es/temas/salud-nino>.

En el cantón de Tilarán desde el año 2018 se ha sostenido el mismo número de decaos a excepción del año 2022 que no se registraron casos de mortalidad infantil. Se da más en el sexo masculino (61%) que el femenino (39%). Muertes maternas no se registran en los últimos años.

Gráfico 9.

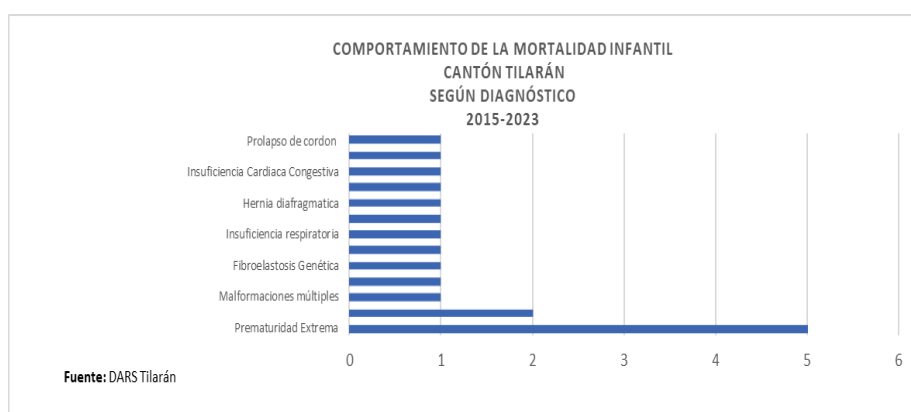


Entre los objetivos de la comisión están:

- Consolidar el proceso de mejora de la calidad de la atención en los EBAIS
- Propiciar una atención integral a través de capacitaciones y talleres de refrescamiento
- Participar en la identificación oportuna de riesgos y brindarle seguimiento a los planes de cada EBAIS
- Impulsar a los EBAIS a darle seguimiento al sistema de referencia y contrarreferencia.

El siguiente gráfico se observa el diagnóstico o principal causa de muerte del lactante, siendo la prematuridad extrema uno de los causantes del mayor número de muertes infantiles a nivel mundial.

Gráfico 10.



Acciones desarrolladas

La Comisión Local de Análisis de Mortalidad Infantil (COLAMI), durante el año 2001, realizó esfuerzos por consolidar acciones en respuesta al Plan Local de Reducción de Mortalidad Infantil 2012-2014.

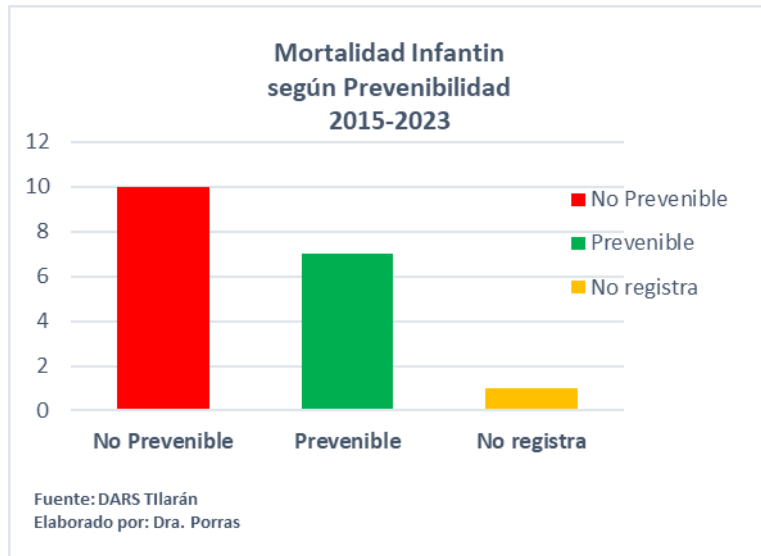
Las principales acciones desarrolladas se orientaron a capacitar a los EBAIS sobre las normas de atención del niño, la niña menores de 1 año y las de la mujer embarazada, lo cual se constituyó en una estrategia de intervención a uno de los principales problemas identificados en el análisis de mortalidad infantil: el incumplimiento de las normas de atención.

Lo anterior fue un esfuerzo coordinado entre la Comisión Regional de Análisis de Mortalidad Infantil y la COLAMI, contando con la colaboración de la sección de la mujer y el niño del Departamento de Salud Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Como desencadenante de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad se logró el diseño de planes de trabajo por parte de los EBAIS para la reducción de la mortalidad infantil y la Capacitación a los funcionarios en diferentes temas relacionados con la gestación.

Los casos reportados en un porcentaje alto son casos no prevenibles por el sistema de Salud.

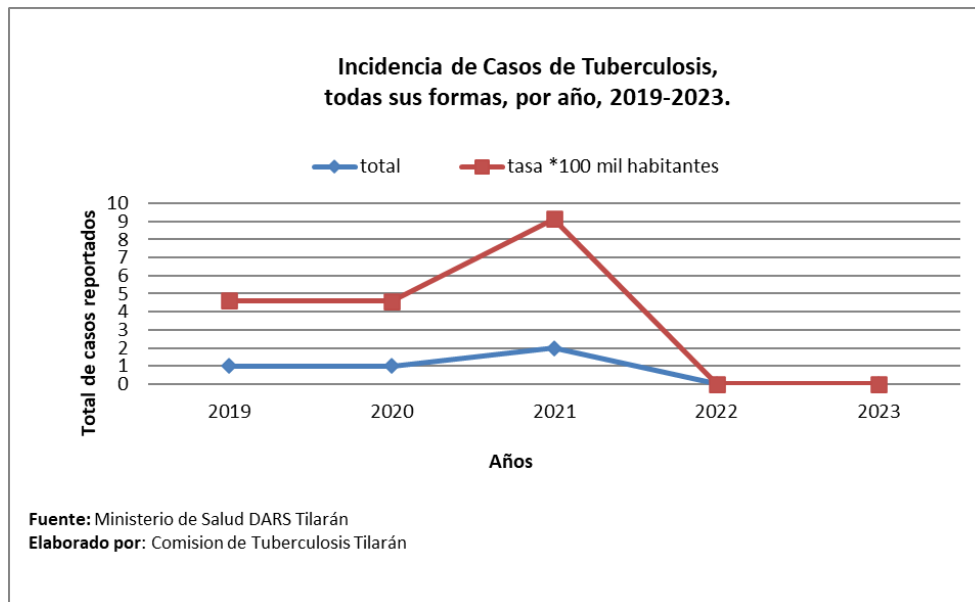
Gráfico 11.



La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se transmite de persona a persona a través del aire.

A continuación, se presenta el comportamiento de la tuberculosis en los últimos años. La tasa de incidencia para el 2021 era de 9.1 personas por 100 mil habitantes, a la fecha no se registran casos durante el año 2022 y 2023.

Gráfico 12.



MORBILIDAD

Gráfico 13.
Principales causas de consulta

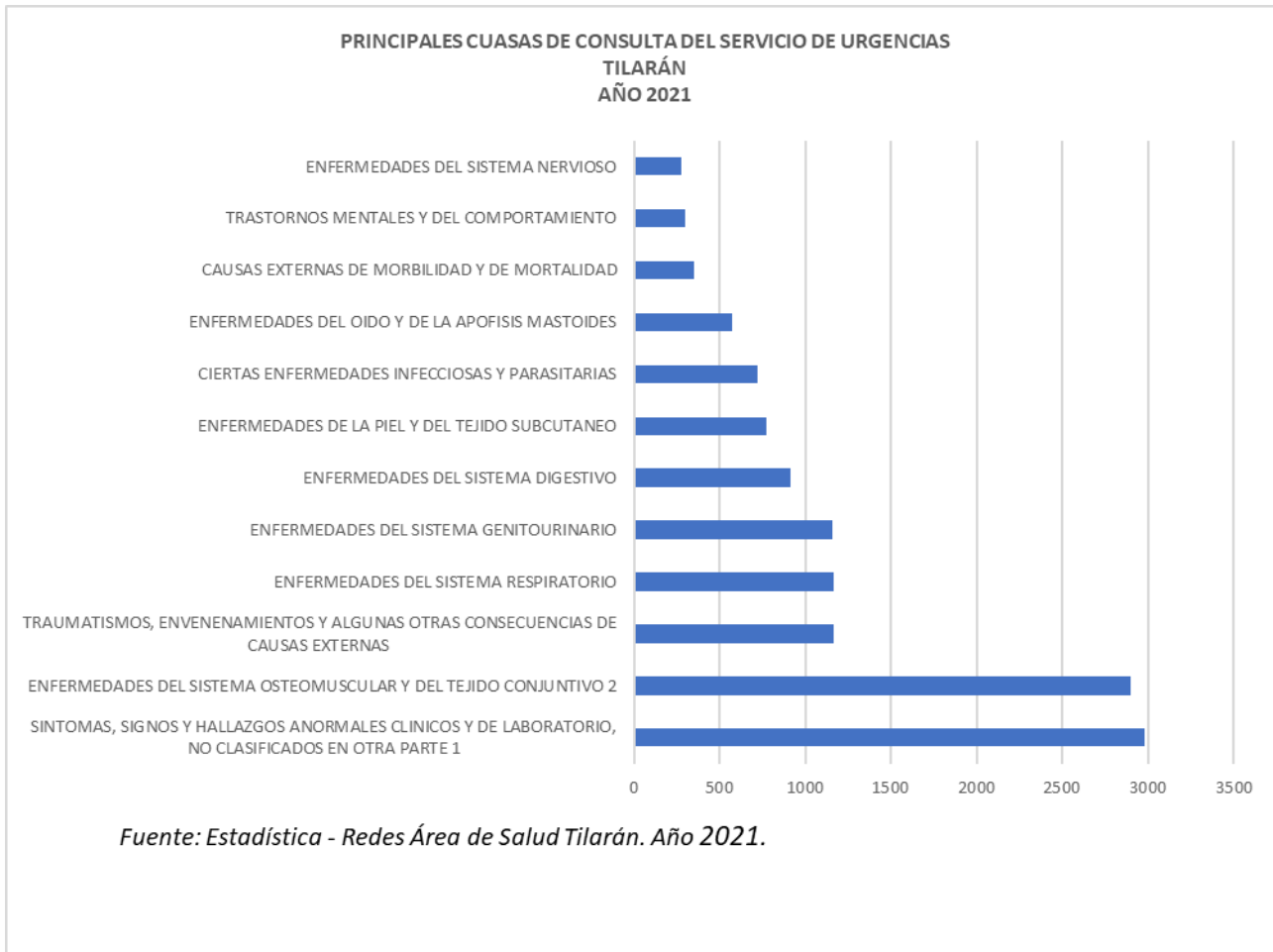


Gráfico 14.

Tilarán. Principales causas de consulta externa. Año 2021



VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, cánceres y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. Las personas que padecen sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad. Tomado de www.paho.org/vih.

Cuadro 35.
Tilarán. Año 2015-2022. Acumulado de casos VIH- Sida.

Distritos	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022	Total
50801: Tilarán		1	2	2		1	1	7
50803: Tronadora				1	1	1		3
50807: Arenal	1	1	1					3
Total general	1	2	3	3	1	2	1	13

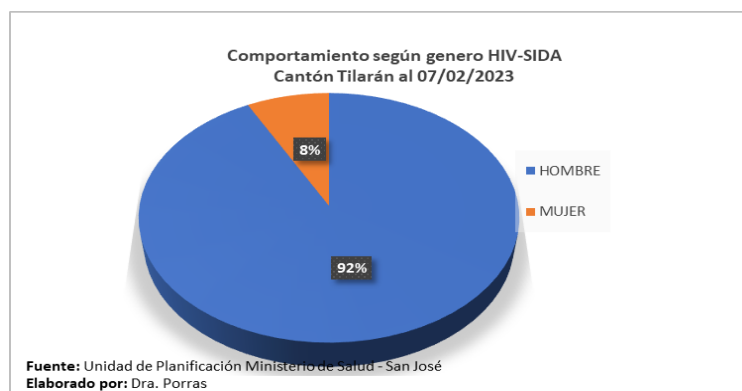
Fuente. Vigilancia de la Salud. Nivel central.

Cuadro 36.
Tilarán. Año 2015-2022. Distribución de casos VIH- Sida. Por año calendario.

Año	0 a 4 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	Total
2015						1		1
2016			1		1			2
2017		1			1		1	3
2018	1	1	1					3
2019		1						1
2021			1		1			2
2022				1				1
Total	1	3	3	1	3	1	1	13

Fuente. Vigilancia de la Salud. Nivel central.

Gráfico 15.



La malaria (o paludismo) es una enfermedad causada por un parásito Plasmodium, el cual es transmitido por la picadura de un mosquito infectado. Sólo el género anófeles del mosquito transmite la malaria.

En el cantón de Tilarán por más de 10 años no se presentan casos de malaria, sin embargo actualmente se trabaja en la estrategia DTIR de malaria,

Como parte de la Estrategia Nacional de Eliminación de Malaria para el año 2025, funcionarios del Ministerio de Salud (del Área Rectora de Salud de Tilarán), realizaron una capacitación sobre el tema, dirigida a funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que laboran en el Área Rectora de Salud de dicho cantón y Entes notificadores como lo son clínica Juan Pablo II y Consultorio Médico Dra. Gioconda Murillo.

Dicha capacitación, se realizó en el mes de noviembre del presente año. Estuvo dirigida a personal de los 6 EBAIS y clínicas privadas, con representantes de medicina, REDES, Enfermería, Farmacia, laboratorio y ATAP, informó la Dra. Heissy Porras González, quien estuvo a cargo de dicha capacitación, con el apoyo de los funcionarios Oscar Mario Fuentes Cascante funcionario del Manejo Integrado del Vector y Heidi Vargas Durán funcionaria encargada de atención al cliente. Dr. Ronald Mora. Microbiólogo del Área de Salud, Dra. Karla López, Médico Jefe de Urgencias, Dra. Luisa Chavarría, Farmacéutica CCSS.

Entre los temas abordados en dicha capacitación destacan los siguientes: Protocolo de Vigilancia para Malaria. Capacitación- Implementación de procesos DTIR. Formato presentación facilitadores col vol. Casos de Malaria Región Chorotega . Presentación Estratificación _ chorotega. Presentación Biología del Plasmodium.

Durante dicha capacitación se realizó práctica de la toma de muestras de pruebas diagnóstico rápido (PDR), así como de gotas gruesas, agregó la Dra. Porras.

La Malaria o paludismo es una enfermedad causada por un parásito del género Plasmodium sp y transmitida a las personas principalmente por la picadura de mosquito hembra infectado del género Anopheles sp. Algunos de los signos de alarma que debemos vigilar en una persona con malaria son: debilidad extrema, dificultad al respirar, palidez extrema, presión baja y color amarillo en la piel y en los ojos, entre otros.

IV. DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS

Este término debe entenderse como la posibilidad de un daño y está vinculado a la vulnerabilidad, en este caso se asocia a las actividades productivas, uso de suelos y expansión territorial. Entre las que se pueden mencionar en esta descripción están:

Riesgos de origen natural (inundaciones, zonas de alta sismicidad, sequías, plagas, erupciones, aludes)

Características climatológicas del Áreas

El Cantón de Tilarán se encuentra en una zona de transición entre el régimen climático de la vertiente del Caribe en montañas y el régimen de la vertiente Pacífica por lo que no presenta características muy definidas. El mapa de isoyetas elaborado en plan de Manejo de la Cuenca del Embalse Arenal, muestra que la mayor precipitación se ubica en la vertiente caribe del cantón, principalmente en la zona más montañosa ya que el aire

cargado de humedad choca contra ella y provoca la precipitación orográfica principalmente. En toda esta zona se registran precipitaciones promedio de 3000 a 4000 mm por año lo cual es bastante significativo.

Conforme se pasa de una vertiente a otra se nota como la disminución de la precipitación se hace paulatinamente presente pues el existir un área de paso de la humedad proveniente del Caribe (depresión del Arenal) hacia el pacífico existen derrames de humedad que afectan la vertiente Pacífica. Conforme se comienza a bajar hacia las áreas bajas de la vertiente pacífica, se hace evidente una mayor sequedad pues la isoyetas lanzan resultados de 2500 y 2000 mm en promedio ubicados principalmente en la zona de Líbano y los Ángeles de Tilarán. Esta características de la precipitación en el cantón de Tilarán va muy ligada al aspecto de la topografía lo que deja claro que esta juega un papel preponderante en la distribución espacial de la precipitación.

Régimen de temperaturas

La temperatura promedio en el Cantón es de 23.1oC, con una variación máxima de 5.6oC entre la mayor y la menor temperatura. Es lógico pensar que las menores temperatura se presentarán los lugares más elevados del cantón como por ejemplo en las localidades de Nubes de Río Chiquito, Monte de los Olivos, Silencio, que dicho sea de paso se encuentran ubicadas en la línea de crestas de los cerros del cantón.

Las temperaturas de un mismo piso altitudinal, del lado Pacífico y caribe mantiene una cierta homogeneidad, aunque la vertiente Caribe presenta una cierta disminución con respecto a la vertiente del Pacífico.

Esto es debido a que la vertiente Caribe está expuesta a los vientos alisios del noreste que refrescan un poco más la temperatura. En zona de depresión, como es el caso de Arenal, estos comportamientos pueden varias ya que los vientos penetran constantemente y pueden modificar las temperaturas más fácilmente.

Régimen de Vientos

Los efectos que producen la topografía sobre la velocidad y dirección del viento, son de mucha importancia en la caracterización climática del cantón de Tilarán. Su mayor influencia se observa cuando las montañas se interponen al viento, provocando una alteración en su distribución. En el caso del cantón de Tilarán por poseer una área de paso entre dos formaciones importantes de montañas (cordillera de Tilarán y Cordillera Volcánica de Guanacaste), esto favorece a que el viento se acelere al cruzar dichos pasos desde la vertiente Caribe hacia la zona de sotavento.

Existen zonas bien marcadas dentro del cantón donde los vientos son bastantes fuertes. Zonas como las Nubes de Río Chiquito, Silencio, Cuatro Esquinas, Tierras Morenas, Piedras y Tilarán registran promedios que van de 15 a 30 Km. por hora; otras como chiripa, Tejona, Naranjos Agrios, registran promedios de mas de 30 Km. por hora. Se debe tomar en cuenta que esos datos son promedio, es decir, que se pueden registrar ráfagas aisladas de mucha más velocidad. Los meses en que se registran los datos de mayor importancia en cuanto a vientos (según datos de estación La Tejona), son de mediados de mayo a mediados de octubre (promedios de 15-30 km.), mientras que los meses de noviembre a mediados de marzo se presentan los promedios más fuertes (más de 30 km./hora).

Aspectos Físicos

Geología

El espacio geográfico que hoy ocupa el cantón de Tilarán, forma parte del arco interno de Costa Rica y está estrechamente ligado a fenómeno ígneos productos de la evolución de los volcanes del norte del país desde la época terciaria hasta el presente. Las litologías que se encuentran mayoritariamente de origen volcánico, el basamento es del Terciario sobreyacido por rocas volcánicas más jóvenes y por depositos sedimentarios fluviales principalmente.

Sísmicidad:

El área de Tilarán se localiza en la denominada (región de Valles y Serranías al interior del país). Los temblores generados en esta región, corresponden a fallamientos locales, de magnitud moderada a baja, pero sus focos son generalmente superficiales. Sus efectos son más destructivos, debido no solo a la intensidad de la sacudida, sino a que se desencadenan otros peligros geológicos tales como deslizamientos y avenidas de agua al represarse los ríos.

Entre las fallas activas y de importancia por lo descrito anteriormente deben mencionarse las fallas de Cote-Arenal y la falla de Chiripa. El terremoto del 14 de abril de 1973 en Tilarán, fue originado por la falla de Chiripa, catalogado como catastrófico, ya que 23 personas perdieron la vida causa de los deslizamientos. Para el área del proyecto ACA se da una concentración de terremotos en los bordes de la depresión de Arenal.

Geomorfología

En el Cantón de Tilarán se pueden apreciar formas de relieve relacionados o influenciados por eventos del volcán Tenorio en lo que respecta al flanco sureste en donde se observa posibles conos volcánicos entre Tierras Morenas y Palmira. Este sector del aparato volcánico mencionado marca el límite sur de la cordillera Volcánica de Guanacaste. A partir de este punto se extiende hacia el suroeste como una serranía baja de suelos volcánicos terciarios muy evolucionados, en donde están situadas las depresiones volcano-tectónicas de Cote y Arenal.

Un rasgo importante es que la mayor parte del área del Cantón de Tilarán se ubica en la cordillera del mismo nombre. Esta cordillera constituye parte de un conjunto montañoso compacto cuya altitud promedio es de 1000 m.s.n.m.. Es producto exclusivo de la actividad volcánica del Terciario Superior, conocido como formación Aguacate constituidas por rocas de tipo basáltico, andesítico, coexistiendo ignimbritas, aglomerados y brechas.

La mayoría de los cráteres volcánicos por donde extruyó dicho material ígneos han desaparecido, producto de erosión, encontrando relictos como el Cerro Tilarán y Cerro pelado-Delicias. Otro sector característico del área es el que se conoce como área de vulcanismo terciario del Lago Arenal.

FORMAS DE RELIEVE

Las diferentes formas de relieve en el espacio del Cantón se agrupan según las formas o los procesos que la moldearon, así se tienen: Formas de Dominio Volcánico, de Dominio Fluvial, por Procesos Erosivos y por Procesos de Acumulación.

Las formas de Dominio Volcánico son grandes extensiones de terrenos con espesores de depósitos de ceniza asociados a una o varias erupciones volcánicas. Por ejemplo la cuenca del Río Chiquito por las erupciones del Volcán Arenal.

Las formas de Dominio Fluvial son de varios tipos:

Cañones o lechos profundos y paredes verticales como el río Caño Negro.

Lagos o Lagunas ya sea naturales o artificiales, como el Lago Arenal.

El Modelado de Vertientes se refiere a pendientes generadas por taludes de erosión o por deslizamientos de masa arcillosa.

Principales formas de relieve

La Cuenca Hidrográfica más importante que se encuentra en el Cantón de Tilarán, es la cuenca del Embalse de Arenal. Esta Cuenca cuenta en su totalidad con un área de 500.5 Km², de los cuales 389.1 pertenecen al Cantón de Tilarán, ocupando el 58.2% de su territorio.

Para el año 1980 esta Cuenca poseía una producción total de agua de 1567.4 millones de metros cúbicos por año.

Otras cuencas hidrográficas que tienen presencia en Tilarán son: la Cuenca de Río Cañas, Río Santa Rosa, Río Magdalena, Río Corobicí y Río Cabuyo; estas cuencas tienen sus nacientes en Tilarán.

Áreas de Riesgo Naturales

Amenazas hidrometeorológicas:

El Cantón de Tilarán posee una red fluvial bien definida, la misma cuenta con un grupo de ríos y quebradas que se pueden considerar como amenaza hidrometeorológicas del cantón dicha red de drenaje esta compuesta principalmente por:

Río Santa Rosa

Río Cañas

Río Chiquito

Río Cabuyo

Río Mulas

Estos ríos y quebradas, según observaciones detalladas han disminuido el período de recurrencia de inundaciones, lo anterior por causa de ocupación de las planicies de inundación, el desarrollo urbano, el deterioro de las cuencas hidrográficas y el desarrollo agropecuario en forma desordenada y sin ninguna planificación, y al margen de las leyes que regulan el desarrollo urbano y forestal. Lo anterior se suma al lanzamiento de desechos sólidos a los cauces, redundando en la disminución de la capacidad de la sección hidráulica, provocando el desbordamiento de los ríos y quebradas.

Cuadro 35.

TILARÁN. RIOS QUE AFECTAN A ALGUNOS POBLADOS DEL CANTON DE TILARAN

RIOS PROBLEMATICOS	POBLADOS QUE AFECTAN
Río Cañas	Líbano, Turín, El Dos
Río Chiquito	Río Chiquito
Río Cabuyo	Tierras Morenas
Río Mulas	Tierras Morenas

Fuente: Municipalidad de Tilarán y otros. Atlas del Cantón de Tilarán (Primera aproximación). Año 1997, página 40.

AMENAZAS DE ORIGEN NATURAL CANTON DE TILARAN

Amenazas hidrometeorológicas del Cantón de Tilarán

El Cantón de Tilarán posee una red fluvial muy dispersa y muy baja, la misma cuenta con un grupo de ríos y quebradas que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón, dicha red de drenaje está compuesta principalmente por los ríos: Santa Rosa, Cañas, Chiquito, Cabuyo, Mulas y la Quebrada Grande.

De estos ríos y quebradas algunos, han disminuido el periodo de recurrencia de inundaciones, lo anterior por causa de la ocupación de las planicies de inundación, y el desarrollo urbano en forma desordenada y sin ninguna planificación, y al margen de las leyes que regulan el desarrollo urbano y forestal. Esta situación ha sido generada por los serios problemas de construcción de viviendas cercanas a los ríos en el cantón de Tilarán.

Las zonas o barrios que pueden ser afectados y alto riesgo por las inundaciones y flujos de lodo de los ríos y quebradas antes mencionadas son: Librero, Turín, El Dos, R. Chiquito y Tierras Morenas.

Amenazas Geológicas

Actividad sísmica:

El cantón de Tilarán se localiza dentro de una región sísmica caracterizada por presentar eventos sísmicos generados por el choque de las placas Coco-Caribe, localizados frente a la Costa Pacífica.

Existen registros históricos que indican, la presencia de sismos de importancia frente a las costas de la Península de Nicoya causando daños de importancia en el cantón. (1827, 1853, 1863, 1900, 1905, 1916, 1950, 1990) y el más reciente el pasado 5 de setiembre del 2012, cuando se dio un sismo de magnitud 7.6 Mw en la península de Nicoya que fue sentido en todo el país.

Los efectos geológicos más importantes de un sismo cerca del cantón de Tilarán son:

- **Amplificaciones de la onda sísmica** en aquellos lugares donde el tipo de suelo favorece este proceso (terrenos conformados por arenas, aluviones, etc.).

- **Licuefacción del suelo** (comportamiento del suelo como un líquido debido a las vibraciones del terreno), sobre todo en aquellas áreas cercanas a la costa donde los terrenos están conformados por acumulación de arenas.
- **Delizamientos** de diversa magnitud sobre todo en los sectores donde la pendiente del terreno tiende a ser mayor. Las áreas más vulnerables son aquellas localizadas hacia el S y SE, donde se encuentran los poblados de Turín, Cabeceras de Cañas, Dos de Tilarán, Quebrada Grande, Chiripa, Río Chiquito, Lombardía.
- **Asentamientos de terrenos**, en aquellos sectores donde se han practicado rellenos mal compactos o existen suelos que por su origen son poco compactos (aluviones, arenas, etc.).
- **Fracturas en el terreno**, con daños diversos a la infraestructura.

Actividad Volcánica:

El límite NE del cantón de Tilarán. Se encuentra muy cerca del Volcán Arenal, uno de los aparatos volcánicos con mayor actividad del país, entrando en un ciclo de actividad importante en 1968, y manteniendo una actividad regular hasta la actualidad.

Este volcán se ha caracterizado por la emanación de flujos piroclásticos y lanzamiento de bloques y cenizas.

Los efectos más importantes de una erupción volcánica cerca del cantón de Tilarán, serían:

- Caída de cenizas sobre todo hacia el NE del cantón, afectando a los pobladores y a la actividad ganadera de esos sectores. Los poblados más vulnerables son: Arenal, Mata de Caña, Unión, Río Chiquito, Silencio, Aguacate.
- Contaminación provocada por emisión de gases, afectando sobre todo aquellos sectores hacia el NE del cantón.

Deslizamientos (Inestabilidad de suelos):

Las características topográficas y geológicas propias del cantón de Tilarán, lo hacen vulnerable a la inestabilidad de laderas, sobre todo hacia el SE del cantón, donde la pendiente del terreno es más abrupta. Además son susceptibles a inestabilidad de suelos aquellos lugares donde se han practicado cortes de caminos y rellenos poco compactos.

Los poblados más vulnerables son: Lombardía, Quebrada Grande, El Dos de Tilarán, Río Chiquito.

Los efectos más importantes de los deslizamientos serían:

- Sepultamiento de viviendas
- Daños a diversos caminos
- Avalanchas de lodo, generadas por represamientos de ríos, afectando sobre todo aquella infraestructura localizada cerca del cauce del río o dentro de la llanura de inundación de los mismos.
- Daños a ganadería y cultivos.

LO ANTERIOR SON DATOS TOMADOS DE LA PÁGINA DE LA CNE EL DÍA 14/03/2018

Entre las fallas activas y de importancia por lo descrito anteriormente deben mencionarse las fallas de Cote-Arenal y la falla de la Chiripa que fue la que provocó el terremoto catastrófico de 1973.

En el cantón de Tilarán existen fallas geológicas conocidas tales como La Chiripa, Tilarán, El Silencio y La Florida. El antecedente histórico de actividad sísmica en Tilarán se menciona a continuación:

14 de abril de 1973: En horas de la madrugada se produce el famoso Terremoto en la zona de La Chiripa por falla geológica de El Silencio. Mueren enterradas muchas personas entre ellas la familia de Lindor Chaves. (Memorias de José Vargas Murillo, conocido como Nenem).

En el terremoto de 1973 fue afectado todo el sector este del Cantón de Tilarán con pérdidas de vidas humanas, pérdida de la estructura agroindustrial (lechería, ganadería y agricultura). También fueron afectadas las comunidades de Tilarán, Río Chiquito y Líbano. Se totalizaron 23 muertos.

Sitios vulnerables por inundaciones:

Río Chiquito de Tilarán, Turín de Quebrada Grande, Líbano, Bajo de Charías de San Ramón de Quebrada Grande Tilarán, Las Brisas de Cabeceras, La Esperanza de Cabeceras, Barrio El Carmen, Ciudadela Juan XXIII, B° San Antonio, Los Ángeles de Tilarán.

Deslizamientos por inestabilidad de laderas

Las características topográficas, geológicas y vulcanológicas, propias del cantón de Tilarán, lo hacen vulnerable a la inestabilidad de laderas, sobre todo hacia el sureste del cantón, donde la pendiente es abrupta. Los poblados más vulnerables son: Cuenca Santa Rosa (Parcelas de Monseñor Morera, Pie Monte y La Chiripa), Cuenca Caño Negro (La Leona), Cuenca Río Chiquito (Viejo Arenal, Río Chiquito y El Silencio), Cuenca Río Cañas (La Esperanza, San Ramón de Tilarán, Las Nubes, Monte Los Olivos, Mirador San Gerardo, Cabeceras, Líbano y Campos de Oro), Maravilla, Tilarán (B° San Antonio), Nuevo Arenal y ruta 142 (a la altura del hogar de ancianos y tramo Tilarán-Nuevo Arenal).

Los efectos más importantes de los deslizamientos son:

Destrucción de viviendas.

Daños a caminos y puentes.

Afectación de servicios públicos.

Daños a ganadería y cultivos.

Avalanchas de lodo generadas por represamiento de ríos afectando infraestructuras localizadas cerca del cauce del Río o dentro de la llanura de inundación.

Las zonas de mayor riesgo por deslizamientos son:

Alrededores del río Cañas en Líbano

Alrededores de la quebrada Grande en Quebrada Grande

Alrededores de Lombardia

Alrededores de río Chiquito, el poblado de San Pedro y el de Río Chiquito.

Alrededores de la quebrada Bolaños

Alrededores del río Dos Bocas

Alrededores de Mata de Caña

(Atlas del Cantón de Tilarán, pág. 10 y 11)

En la zona de Cabeceras, en el camino coordenadas 260,6 – 438,7 se distingue un área conformada por un talud NE del Río Cañas con morfología característica de deslizamiento, en donde aproximadamente en 1930, refiere Adrián Vega, producto de fuertes precipitaciones hubo un deslizamiento de ladera que arrasó una vivienda y un trapiche en la zona conocida como Bajo Charías. El flujo de lodo llegó a la ribera del Río Cañas y lo represó siguiendo el flujo hacia la otra ladera. (Giovanni Peraldo Huertas, proyecto 113-96-221. Informe Reconocimiento de deslizamiento en la región de Tilarán).

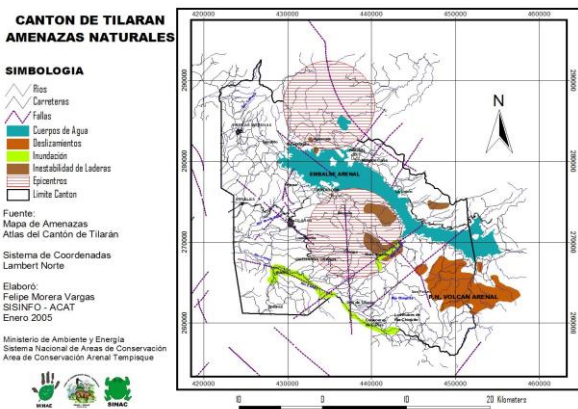
En este sitio, la cooperativa El Dos otorgó parcelas para siembra de café. Esto es peligroso en el tanto la parcelación induzca la formación de un núcleo poblacional campesino. (Giovanni Peraldo Huertas, proyecto 113-96-221. Informe Reconocimiento de deslizamiento en la Región de Tilarán).

En las coordenadas 258,2 – 442,0 se observa deslizamiento activado durante el huracán Mitch que se caracteriza por una corona incipiente en cafetal. Con desplazamiento vertical de más o menos 30 cm y de 35 cm a 1.5 mts de desplazamiento horizontal. (Giovanni Peraldo Huertas, proyecto 113-96-221. Informe Reconocimiento de deslizamientos en la Región de Tilarán).

LO ANTERIOR SON DATOS TOMADOS DE LA PÁGINA DE LA CNE EL DÍA 14/03/2018

Mapa 10.

Amenazas naturales



Fuente: Plan de desarrollo turístico Tilarán. Año (2021).

PROBLEMÁTICA AMBIENTAL

Amenazas por contaminantes:

Dentro del cantón de Tilarán se ha identificado diferentes focos de contaminación, los cuales por su ubicación y por el empleo de sustancias químicas viene a ocasionar un problema creciente, al cual no se ha brindado la atención que requiere. A la fecha, prácticamente los controles y monitoreos por parte de las entidades gubernamentales y municipales es malo con respecto al que hacer diario de particulares con actividades que

provocan un deterioro marcado del ambiente y en general del recurso suelo, agua y aire. Las quebradas y ríos que se ven directamente afectados por la falta de conciencia de los pobladores y empresas, que indiscriminadamente lanzan los desechos sin importar su peligrosidad lo que genera descomposición de aguas, malos olores, aumento de transmisores de enfermedades e inutilización de agua para consumo humano y animal.

Entidades como el Ministerio de Salud y Municipalidad de Tilarán, debido a la escasez de recurso humano y material se ven inhibidas en los momentos en que el problema se presenta. Así mismo no existe la debida información y reglamentación a la hora de otorgar los permisos de construcción y funcionamiento a los interesados en actividades que puedan acarrear efectos de contaminación al medio ambiente. Cabe mencionar que la educación a la prevención de desastres por derrame de sustancias o por uso inadecuado de materiales contaminantes es mínima.

Dado el avance del problema de contaminación por desechos del cantón, se creó la Comisión para el Manejo de Desechos, integrando a instituciones gubernamentales que buscan como objetivo la capacitación y el manejo adecuado de sustancias en la zona involucrando con ello a la población en general en la toma de decisiones tendientes a mejorar la calidad de vida de los habitantes del cantón.

Las actividades que se realizan en el cantón y que ocasionan algún grado de contaminación son:

Beneficios de café: Existen los Beneficios de Café de COPETILA R.L y COPELDOS R.L

Terminales del pacifico.

Lecherías

Porquerizas

Uso inadecuado de agroquímicos.

El cantón no cuenta con Zonas de producción industrial.

6.METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN DEL EQUIPO ASIS BASADO EN MORTALIDAD

La priorización de problemas es un paso en el Análisis importante ya que permite seleccionar las distintas alternativas de soluciones, en base a la ponderación de opciones y aplicación de criterios para dar mayor peso a los problemas que nos encontremos. Se trata de un momento clave para tomar decisiones y clasificar problemas. Nos enseña a cómo ser más productivos en el trabajo, cómo tomar decisiones importantes y definir las causas y efectos de situaciones problemáticas para aplicar estrategias más acertadas.

Para realizar esta priorización de problemas se van a realizar dos priorizaciones: la basada en los datos de mortalidad por parte del equipo técnico y la priorización con la comunidad y los actores sociales.

Se utilizará la mortalidad como parámetro general para la priorización en una primera etapa de ASIS, ya que se establece como prioridad analizar las causas de la mortalidad en la población y cuáles son las estrategias más adecuadas para abordar dichos diferenciales en la salud. Se debe definir como periodo de preferencia un quinquenio, esto por cuanto los datos oficiales y dada la variabilidad de algunos eventos en dependencia del año que se consulten, el orden de los eventos puede variar significativamente.

Se debe realizar 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.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es la que causa el mayor número de muertes a nivel del cantón de Tilarán. Misma que se refleja al segregarlos por rango de edad, siendo la edad de 65 años y más la afectada, esto puede deberse a exposición al tabaco por fumar o por exposición pasiva al humo ajeno; sin embargo datos del IAFA no reflejan al cantón con alto consumo de tabaco. Exposición ocupacional a polvos, humos o sustancias químicas; contaminación del aire en interiores: niveles elevados de exposición al humo, a menudo se utilizan biocombustibles (madera, estiércol, residuos de cultivos) o carbón vegetal para la cocina y la calefacción. Esto se podría dar en zona rural principalmente.

En el siguiente párrafo observaremos el comportamiento de la Mortalidad de cantón separadas por grupo de edades.

Menores de un año: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte, se relaciona al embarazo en adolescentes madres).

1 año a 9 años no se registra mortalidad para este rango de edad.

10 a 19 años: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, relacionada a un evento u sucesos de un adolescente fallecido en el año 2021.

20 a 64 años de edad: Infarto agudo del miocardio, siendo este la segunda causa de muerte a nivel general del cantón.

65 años y más: Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en población adulta mayor. Siendo esta tal y como se menciona anteriormente la principal causa de mortalidad del cantón para el año 2021.

Cuadro 36.

Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad

Mortalidad	Total	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	629	83,80
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	55	7,30
Causas externas de morbilidad y mortalidad	47	6,27
Mal definidas	19	2,53
Total general	750	100

Fuente: INEC- Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud.

Cuadro 37.

Mortalidad proporcional según Evento de Carga Global de Enfermedad

Mortalidad proporcional según Evento de Carga Global de Enfermedad	Total general	%
1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	55	7,33

Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	12	1,60
Deficiencias de la nutrición	1	0,13
Enfermedades infecciosas y parasitarias	13	1,73
Infecciones respiratorias	29	3,87
2.Enfermedades no transmisibles	629	83,87
Anomalías congénitas	8	1,07
Diabetes mellitus	52	6,93
Enfermedades cardiovasculares	228	30,40
Enfermedades de la piel	3	0,40
Enfermedades del sistema genito-urinario	19	2,53
Enfermedades del sistema músculo esquelético	7	0,93
Enfermedades digestivas	55	7,33
Enfermedades respiratorias	56	7,47
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	1	0,13
Otros tumores	5	0,67
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	28	3,73
Tumores malignos	167	22,27
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	47	6,27
Accidentes	36	4,80
Eventos (lesiones) de intención no determinada	1	0,13
Lesiones intencionales	10	1,33
4.Mal definidas	19	2,53
Causas mal definidas	19	2,53
Total general	750	100,00

Fuente: INEC- Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud.

7.PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD

Actores sociales para el ASIS

Cuadro 38.

Ejemplo de matriz de actores sociales para el ASIS

	Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
			1. No vinculado 2. cooperante 3. Comprometido	1. en contra 2. Indiferente 3. a favor	1. ningún interés 2. poco interés 3. interés moderado 4. mucho interés	1. Bajo 2. medio 3. alto	
1	Cruz Roja	Mónica Rodríguez Herrera	3	3	4	3	13
2	Municipalidad	Dra. Ofelia Barrantes Vargas	3	3	4	3	13
3	PANI	Lilliam Leitón Soto	3	3	4	3	13
4	CCSS	Jackeline Prendas Villalobos	3	3	4	3	13
5	CCSS	Dr. Jean Carlos Canales Mejicano	3	3	4	3	13
6	Junta de Protección	Ingrid Jenkins Guevara	3	3	3	3	12
7	MEP	Dra. Lilliana Marín Badilla	3	2	4	3	12
8	Poder Judicial	Ana Patricia Barrantes	2	3	3	3	11
9	Fuerza Pública	Luis Fernando Villeda Quirós	2	3	3	3	11
10	UNED	Juana Yesca Torrentes	2	2	4	3	11
11	DINADECO	Celso Leban Lobo	2	3	3	3	11

12	MEP	Kattia Chaves Zúñiga	3	2	3	3	11
13	INA	Dra. Katty Cerdas Manzanares	3	2	3	3	11
14	IMAS	Maricriss Villegas Cerdas	2	1	2	3	8
15	Comité de la Persona Joven	Jurvin Prendas Rodríguez	2	1	1	3	7

Fuente: Taller 1 ASIS. Sala de sesiones del Consejo municipal. Mayo 2023.

8. Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de Salud

Una vez definido los actores sociales con los cuales se va a trabajar se procede a realizar la priorización de los problemas de salud que se identifican en la comunidad, el cual está constituido en dos momentos:

Sondeo general de problemas de salud en la comunidad

En este paso se utilizará 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 que considera afectan a la comunidad.

Seguidamente cada participante expondrá los problemas identificados al grupo.

El facilitador expondrá a todo el grupo en una pizarra o superficie adecuada, toda la generalización de problemas de salud que el grupo construye. De esta forma se tendrá una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a la comunidad.

Posteriormente cada participante de manera individual deberá elegir de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud que considere son los más importantes en la comunidad y jerarquizarlos con puntuación de 1 a 5. Donde

5 es de gran importancia y 1 menor importancia. Para lo cual cada participante llenará una ficha que se le entregará de forma impresa como la siguiente:

Cuadro 37. Ejemplo de ficha

Puntaje	Problema de salud
5 pts	
4 pts	
3 pts	
2 pts	
1 pts	

Fuente: Ministerio de Salud

Seguidamente cada participante expondrá su clasificación y el facilitador deberá ir puntuando los problemas de salud según la votación individual hasta obtener los primeros 10 problemas de salud según actores sociales. Si ocurre un empate deberá volver a votar de manera individual hasta que el grupo decida. De esta forma al finalizar la esta etapa el grupo obtendrá los 10 problemas de salud sondeados.

De este ejercicio salieron diez problemas:

Cuadro 38.

Puntaje total de la valorización de los problemas en la comunidad

Puntaje total de la valorización de los problemas en la comunidad											
#	Puntaje del participante										
	Problema de Salud	P1 CCSS	P2 JUDICIA	P3 PANI	P4 MS	P5 COMITE	P6 DEPART. MUNICIPAL	P7 UNED ALIDAD	P8 MEP	P9 DE	P10 PROTEC
1	Falta de sensibilización en el tema de Salud Mental	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4
2	Falta de fuentes de empleo		3	4	5	5	3	5	5	5	3
3	Abuso parental (Negligencia y maltrato físico)	5	5	5	5		4	4		5	3
4	Falta de denuncia de Violencia intrafamiliar	4	5	5	5	5	3		4		3
5	Sensibilización a la población en estilos de vida saludables	5	4	5		5		4	4	4	1
6	Necesidades de recurso humano para la atención social	5	3		5	5	4		4	4	3
7	Consumo de drogas	4	5	5	5	5			5		2
8	Abuso sexual		4	4	5			5	5	5	2
9	Inseguridad ciudadana por venta de drogas			5	4	3	3	3	4	5	7
10	Aumento de los índices de suicidio y lesiones autoinfligidas	3			4		4	4	5	5	2

Fuente: Actores sociales de la comunidad

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

Una vez que el grupo ha definido los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual deberá calificar cada uno de los problemas de salud, según los siguientes criterios expresados en el Cuadro 9. Por lo que cada participante llenará el siguiente cuadro el cual se le entregará de la misma forma de manera impresa:

Ejemplo de valoración individual de cada participante de los problemas de salud priorizados.

Cuadro 39.

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

Problema de salud	Magnitud ¿Qué cantidad de población (de ese grupo social) es afectada por el problema?	Gravedad ¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) importantes?	Nivel de oportunidad de solución ¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema?	Valoración del interés de la comunidad ¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema?	Demanda de los servicios de Salud ¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud?	Puntaje total
1. Embarazo adolescente	2	2	3	2	2	11
2. Mala calidad del agua	3	3	2	3	3	14

Valoración acumulada por problemas de salud por participante

Cuadro 40.

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

Puntaje total de la valorización de los problemas en la comunidad											
#	Problema de Salud	Puntaje del participante									Total
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	
1	Falta de fuentes de empleo (Asociada al consumo de drogas y de sustancias ilícitas)	10	10	10	13	12	12	14	15	12	108
2	Aumento de enfermedades crónicas (desde el enfoque de la falta de sensibilización en estilos de vida saludables)	15	10	10	12	13	11	13	13	9	106
3	Comportamiento suicida (sensibilización en el tema de Salud mental)	11	12	11	13	12	12	12	11	9	103
4	Inseguridad ciudadana por venta de drogas	9	10	10	13	10	11	12	14	13	102
5	Abuso parental (Negligencia y maltrato físico)	11	13	10	11	10	12	12	11	10	100
6	Falta de fuentes de empleo	13	10	10	12	8	12	14	10	12	101

Fuente. Taller ASIS con la comunidad. Año 2023.

Según la suma de los puntajes de los 10 problemas de salud, los 3 primeros que tengan la valoración numérica más alta serán los priorizados para trabajarlos con el método de "los 5 por qué"

Finalmente se tendrá un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de todos los participantes. Se procede a extraer los 3 problemas de salud que obtuvieron el mayor puntaje y se suman a la lista de problemas priorizados por el Equipo Local.

El análisis de los 3 problemas con la comunidad se realiza 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.

Una vez identificadas las causas se procede a la redacción del problema quedando de la siguiente manera:

Problemas de Mortalidad:

Gran Problema: Alta mortalidad en usuarios de 65 años y más años de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Menores de un año: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte. (Alta mortalidad de Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer adolescentes madres)

De 1 año a 9 años no se registra mortalidad para este rango de edad.

10 a 19 años: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, relacionada a un evento u sucesos de un adolescente fallecido en el año 2021. (Alta mortalidad por lesión autoinfligidas en población de 10 a 19 años)

20 a 64 años de edad: Infarto agudo del miocardio, siendo este la segunda causa de muerte a nivel general del cantón. (Alta mortalidad por Infartos Agudo al Miocardio en población de 20 a 64 años)

65 años y más: Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en población adulta mayor. Siendo esta tal y como se menciona anteriormente la principal causa de mortalidad del cantón para el año 2021. (Alta mortalidad en usuarios de 65 años y más años de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

Problemas sentidos de la comunidad

Aumento de enfermedades crónicas (desde el enfoque de la falta de sensibilización a estilos de vida saludable)

Estigmatización de los trastornos mentales

Falta de fuentes de empleo Asociado al consumo de drogas y sustancia ilícitas

Derivados de la Salud Mental dentro de los problemas de Mortalidad y la comunidad

Alta mortalidad por lesión autoinfligidas en población de 10 a 19 años.

Estigmatización de los trastornos mentales

Falta de fuentes de empleo Asociado al consumo de drogas y sustancia ilícitas

9. ANÁLISIS DE PROBLEMAS PRIORIZADOS

En este paso se tomaron los 5 problemas priorizados por el Equipo Local, el problema general y los 3 problemas identificados en la comunidad y proceder a su análisis. Para realizar dicho análisis se usará el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado). El diagrama Causa-Efecto es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud. Este diagrama contiene cuatro niveles:

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. (Ver anexo 1 y Plantilla ASIS en formato electrónico) 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.

Dicho taller fue realizado el 17 de mayo 2023.



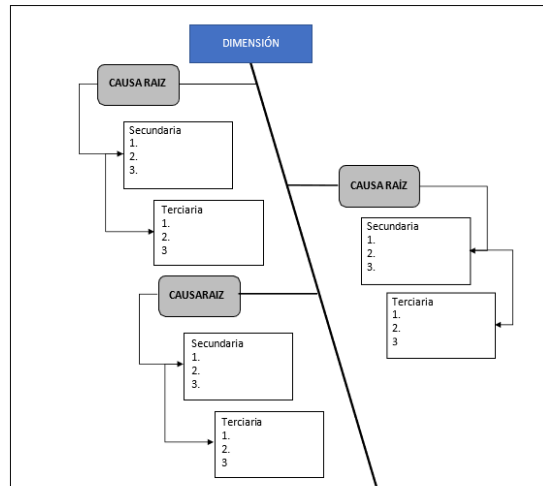
10. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS RAÍZ, SUS CAUSAS SECUNDARIAS Y Terciarias DEL PROBLEMA DE SALUD

Para llevar a cabo este paso el Equipo Local deberá realizar 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. Este paso debe realizarse para cada uno de los problemas identificados.

Para la selección del grupo de expertos el Equipo Local deberá de analizar el tipo de problemas de salud priorizados y seleccionarlos según el conocimiento en el tema. La distribución de los expertos en equipos de trabajo debe realizarse según la vinculación con el problema de salud, sin embargo, si fuera el caso que la cantidad de expertos es reducida lo ideal es que entre todos analicen cada problema de salud.

El Equipo Local junto con los expertos deberá analizar para cada dimensión las causas raíces principales que afectan el problema de salud identificado. Posteriormente a cada causa raíz se le debe determinar como máximo tres causas secundarias y una causa terciaria por cada causa secundaria. Para realizar este ejercicio deberán llenar la Plantilla 02 Diagrama Causa-Efecto.

El diagrama propuesto establece una casilla para las causas secundarias y otra para las terciarias, de esta forma todas las causas secundarias a cada causa raíz, se incluirán en la misma casilla numeradas de 1 a 3, de forma que la casilla para las causas terciarias se llene de la misma manera, así la causa secundaria número 1 corresponde a la causa terciaria número 1 y así sucesivamente. Siguiendo el ejemplo:



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?

Dicho Taller se llevo a cabo el día 20 de junio del presente año.



11. ANÁLISIS CAUSA RAÍZ CON LOS EXPERTOS

Una vez que se tienen los problemas de salud analizados con el Diagrama Causa- Efecto es necesario que junto con los expertos se realice la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se hace mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

En la Plantilla-ASIS pestaña de Pareto para priorización de causas raíz, se deberán colocar por dimensión las 3 causas raíz identificadas y proceder a la calificación de cada una según los criterios establecidos en el Cuadro 40 Criterios de priorización para las causas raíz.

Cuadro N°40.

Criterios de priorización para las causas raíz

Criterios de priorización	Peso
1. Nivel de influencia	
Según su conocimiento en el tema, la influencia de esta causa raíz en el problema de salud:	
No está definida puesto que no se conoce evidencia que indique su influencia directa	3
No se tiene evidencia que la influencia sea directa, pero se identifica un nivel de influencia medio.	7
Se ha establecido en la evidencia una influencia directa	10

2. Nivel de importancia	
El nivel de importancia del abordaje de esta causa en la comunidad es	
El nivel de importancia del abordaje de esta causa en su comunidad de influencia es:	
Baja	1
Media	3
Alta	5
3. Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz: ¿Qué nivel de incidencia tiene las instituciones que existen en la comunidad para el abordaje de la causa raíz	
Incidencia baja	3
Incidencia media	7
Incidencia alta	10

Fuente: Guía metodológica elaboración ASIS. 2019.

Manejo de la Plantilla Pareto para priorización de causas raíz

La “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz” es una herramienta automatizada para el cálculo de los pesos de cada causa raíz. Para su correcta utilización proceda a abrir el archivo y darle “Habilitar el contenido” de esta forma se habilita los macros que son necesarios para el adecuado funcionamiento de la herramienta.

	A	B	C	
1	Dimensión	Causa ID	Causas raiz	Nivel d
2	Factores Sociopolíticos	1.1		
3	Factores Sociopolíticos	1.2		
4	Factores Sociopolíticos	1.3		
5	Factores Sociopolíticos	1.4		
6	Factores Sociopolíticos	1.5		
7	Factores Socioeconomicos	2.1		
8	Factores Socioeconomicos	2.2		

Una vez obtenido el puntaje del Pareto se deberá interpretar el resultado, las causas que se ubican en los porcentajes de 80% tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud. Las primeras 5 causas con asignación de 80% son las que serán seleccionadas.

Algunas no dieron el resultado de 80 sin embargo se tomaron en cuenta debido a que se consideraron de importancia para nuestro cantón.

Retomando la información generada en el Pareto se procede a realizar un análisis del evento de salud. Este análisis supone un acercamiento a la determinación social del evento de salud. Para lo cual el grupo ASIS deberá realizar por evento una descripción general del evento en salud y descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

12. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE SALUD A TRAVÉS DE SUS CAUSAS PRIORITARIAS

1. Alta mortalidad en usuarios de 65 años y más años de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Descripción general del evento de salud.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la tercera causa de muerte en el mundo, y en 2019 ocasionó 3,23 millones de defunciones.

Casi el 90% de las muertes por EPOC en menores de 70 años se producen en países de ingreso mediano y bajo.

La EPOC es la séptima causa de mala salud en todo el mundo (medida por años de vida ajustados en función de la discapacidad).

El tabaquismo representa más del 70% de los casos de EPOC en los países de ingreso alto. En los países de ingreso mediano y bajo, el tabaquismo representa el 30-40% de los casos, y la contaminación del aire en lugares cerrados es un importante factor de riesgo. “OMS 16 de marzo de 2023”

Es una enfermedad pulmonar común que reduce el flujo de aire y causa problemas respiratorios. A veces se denomina «enfisema» o «bronquitis crónica».

En las personas con EPOC, la mucosidad puede dañar u obstruir los pulmones. Los síntomas pueden ser tos (a veces con esputo), problemas para respirar, sibilancias y fatiga.

Las personas con EPOC corren más riesgo de sufrir otros problemas de salud.

La EPOC no se cura, pero puede mejorar si no se fuma ni se está expuesto a aire contaminado, vacunándose para evitar infecciones y con fármacos, oxígeno y rehabilitación pulmonar.

Síntomas.

Los síntomas más comunes de la EPOC son dificultad para respirar, tos crónica (a veces con esputo) y sensación de cansancio.

Los síntomas de la EPOC pueden empeorar rápidamente. Estos agravamientos, que se conocen como exacerbaciones, suelen durar unos pocos días y a menudo requieren tomar medicamentos adicionales.

Las personas con EPOC también tienen un mayor riesgo de padecer otros problemas de salud, entre los que cabe destacar los siguientes: infecciones pulmonares, como gripe o neumonía, cáncer de pulmón, enfermedades del corazón, debilidad en los músculos y osteoporosis, depresión y ansiedad.

Los síntomas habituales de la EPOC aparecen a partir de la mediana edad. A medida que se agrava la enfermedad, resulta más difícil realizar las actividades cotidianas habituales, a menudo a causa de la falta de aire. La enfermedad puede tener consecuencias económicas considerables debido a la limitación de la productividad en el trabajo y en el hogar y al costo del tratamiento médico.

El enfisema suele referirse a la destrucción de los alvéolos pulmonares, mientras que la bronquitis crónica consiste en una tos crónica con esputo debida a la inflamación de las vías respiratorias. La EPOC y el asma comparten determinados síntomas (tos, sibilancias y dificultad para respirar), y algunas personas pueden padecer ambas enfermedades.

Causas

Son varios los procesos que pueden provocar que las vías respiratorias se estrechen y desembocar en una EPOC. Puede producirse una destrucción de partes de los pulmones, una obstrucción de las vías respiratorias a causa de las secreciones o la inflamación del epitelio de las vías respiratorias.

La EPOC evoluciona gradualmente, a menudo debido a varios factores de riesgo asociados, como los siguientes:

Exposición al tabaco por fumar o por exposición pasiva al humo ajeno; exposición ocupacional a polvos, humos o sustancias químicas;

Contaminación del aire en interiores: en los países de ingreso mediano y bajo con unos niveles elevados de exposición al humo, a menudo se utilizan biocombustibles (madera, estiércol, residuos de cultivos) o carbón vegetal para la cocina y la calefacción;

Eventos en la vida fetal y los primeros años de vida, como el retraso del crecimiento intrauterino, la prematuridad y las infecciones respiratorias frecuentes o graves en la infancia, que impiden que los pulmones se desarrollen por completo; Asma en la infancia, y déficit de alfa-1 anti tripsina, una enfermedad congénita rara que puede provocar EPOC a una edad temprana.

Las exacerbaciones suelen deberse a una infección respiratoria. En estos casos se pueden prescribir, si es necesario, comprimidos con antibióticos y/o corticoesteroides además del tratamiento inhalado o nebulizado.

Vivir con la EPOC

Introducir cambios en el estilo de vida puede ayudar a que los síntomas de la EPOC mejoren.

Dejar de fumar o de vapear es lo principal. Incluso si lleva años fumando, dejar de hacerlo puede ayudar.

Evite el humo ajeno o el que se produce en espacios cerrados al cocinar.

Realice actividad física.

Protéjase de las infecciones pulmonares:

Vacúnese contra la gripe todos los años.

Vacúnese contra la neumonía.

Reciba todas las vacunas contra la COVID-19 disponibles y asegúrese de que se le ponen las dosis de refuerzo más recientes.

Es preciso ofrecer a las personas que viven con EPOC información sobre la enfermedad, su tratamiento y los cuidados personales que deben seguir para mantenerse lo más activas y en forma posible.

EPOC es una de las enfermedades abarcadas por el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las ENT y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

La OMS está adoptando medidas por varias vías para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Así, por ejemplo, ha elaborado el conjunto de intervenciones esenciales contra las enfermedades no transmisibles (PEN, por sus siglas en inglés) para contribuir a mejorar el tratamiento de las ENT en la atención primaria de salud en contextos de escasos recursos. Este conjunto de intervenciones incluye protocolos para evaluar, diagnosticar y tratar las enfermedades respiratorias crónicas (como el asma y la EPOC) y módulos de asesoramiento sobre hábitos saludables, como el abandono del hábito tabáquico y los cuidados personales.

Otra herramienta es el nuevo enfoque estratégico «Rehabilitación 2030», cuyo objetivo es reforzar y priorizar los servicios de rehabilitación en los sistemas de salud. La rehabilitación pulmonar para la EPOC forma parte del conjunto de intervenciones de rehabilitación que se está desarrollando en el marco de esta iniciativa de la OMS.

Una de las medidas importantes de la prevención primaria y el tratamiento de la EPOC es reducir la exposición al humo de tabaco. El Convenio Marco para el Control del Tabaco y otras iniciativas de la OMS, como el plan de medidas MPOWER o el programa mTobacco Cessation, permiten avanzar en este ámbito.

Otra intervención de la OMS en esta esfera es el conjunto de soluciones energéticas domésticas no contaminantes (CHEST, por sus siglas en inglés), que fomenta las fuentes de energía seguras y no contaminantes en los hogares y facilita la formulación de políticas que promuevan el uso de fuentes de energía no contaminante en los hogares a nivel local, programático y nacional.

La Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas, que contribuye a la labor de la OMS en materia de prevención y control de estas patologías, es una colaboración voluntaria de organizaciones nacionales e internacionales y organismos de numerosos países que tiene como objetivo lograr que todas las personas puedan respirar libremente.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

A nivel cantonal es la principal causa de muerte en personas de 65 años y más, en el año 2022 se registra un total de 3394 IRAS y a la semana 45 (05 al 10 noviembre) se registran un total de 4836, donde se puede reflejar un aumento del 70.1% en el reporte de los casos.

Entre los determinantes intermedios reflejados en el análisis comportamiento, circunstancias materiales y servicios de salud.

El comportamiento humano es influenciado por una variedad de factores, incluyendo factores biológicos y genéticos, factores ambientales y culturales y experiencias de vida. Es importante tener en cuenta que estos factores interactúan entre sí para dar forma a nuestro comportamiento.

Donde el consumo de sustancias psicoactivas, la poca regulación y el fácil acceso vienen a ser un factor determinante el proceso de esta enfermedad, enfocado desde el punto de vista del tabaquismo y el uso de vaporizadores, tal como lo muestra el IAFA, Tilarán es uno de los cantones con altos porcentajes en consumo de tabaco y marihuana entre un 40.6 y 44.5.

La falta de políticas institucionales, el abordaje desde salud ocupación, hacinamiento, el clima y la ubicación geográfica hacen un cantón rico en condiciones de circunstancias materiales que afectan la salud de la población en cuanto a la EPOC.

En los determinantes estructurales tenemos el contexto sociopolítico y socio económico.

El cantón cuenta con un porcentaje alto de zona rural, con hábitos culturales como el cocinar con leña, lo que genera un patrón de conducta familiar y social.

Tenemos lugares de difícil acceso a pesar de tener una cobertura de seguro social del 96%, hay personas que no logran ese acceso a la seguridad social.

Existe un problema real de falta de presupuesto en instituciones para programas preventivos y educativos dirigidos a la población meta. Existe una falta de compromiso ciudadano y de instituciones donde se generen y se prioricen políticas.

2. Alta mortalidad de Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer adolescentes madres

Descripción general del evento de salud.

Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que Nunca.

A pesar de los avances conseguidos, cada 11 segundos muere una mujer embarazada o un recién nacido en el mundo. “19 de septiembre de 2019 Comunicado de prensa OMS”.

Según las nuevas estimaciones de mortalidad infantil y materna publicadas hoy por los grupos de las Naciones Unidas* liderados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la supervivencia materno infantil es hoy mayor que nunca.

Desde el año 2000, las muertes infantiles se han reducido prácticamente a la mitad y las muertes maternas han disminuido en más de un tercio, principalmente gracias a un mejor acceso a servicios de salud asequibles y de calidad.

«En los países que ofrecen servicios de salud seguros, asequibles y de calidad para todos, las mujeres y los niños sobreviven y salen adelante», afirmó el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. «Ese es el poder de la cobertura sanitaria universal».

Sin embargo, las nuevas estimaciones ponen de manifiesto que en 2018 murieron 6,2 millones de niños menores de 15 años, y que más de 290 000 mujeres murieron debido a complicaciones durante el embarazo y el parto en 2017. Del total de muertes infantiles, 5,3 millones ocurrieron en los primeros 5 años de vida, y casi la mitad de ellas en el primer mes de vida.

El parto y el posparto son los momentos en que las mujeres y los recién nacidos son más vulnerables. Se estima que cada año mueren 2,8 millones de embarazadas y recién nacidos, esto es, 1 cada 11 segundos, la mayoría por causas prevenibles, según muestran las nuevas estimaciones.

El primer mes de vida es el momento de mayor riesgo de muerte, especialmente si se trata de niños prematuros o con bajo peso al nacer, si ha habido complicaciones durante el parto, si el recién nacido presenta defectos congénitos o si contrae alguna infección. Aproximadamente un tercio de esas muertes se producen durante el primer día y casi el 75 % solo durante la primera semana.

«En todas las partes del mundo los nacimientos marcan momentos felices. Sin embargo, cada 11 segundos un nacimiento supone una tragedia familiar», afirmó Henrietta Fore, Directora Ejecutiva del UNICEF. «Contar con asistencia cualificada para ayudar a las madres y recién nacidos durante el parto, además de agua salubre, una nutrición adecuada y los medicamentos y vacunas básicos puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte. Hemos de hacer todo lo que esté en nuestras manos para invertir en la cobertura sanitaria universal y salvar estas valiosas vidas».

Embarazo en la adolescencia

En 2019, se calcula que las adolescentes de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo tenían 21 millones de embarazos al año, de los cuales aproximadamente el 50% eran no deseados (1).

Se calcula que en 2016 se produjeron 21 millones de embarazos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años en las regiones en desarrollo, de los que se estima que 12 millones dieron lugar a nacimientos (2).

Los datos sobre partos entre niñas de 10 a 14 años no están ampliamente disponibles; los escasos datos disponibles de Angola, Bangladesh, Mozambique y Nigeria apuntan a que las tasas de natalidad en este grupo de edad superaron los 10 nacimientos por cada 1000 niñas en 2020 (3).

Según los datos de 2019, el 55% de los embarazos no deseados entre las adolescentes de 15 a 19 años terminan en abortos, que a menudo no son seguros en los países de ingreso mediano bajo (1).

Las madres adolescentes (de 10 a 19 años) tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años, y los bebés de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave.

La prevención del embarazo entre las adolescentes y la mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo son fundamentales para lograr resultados positivos en la salud a lo largo de la vida, y son imprescindibles para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud materna y neonatal. “15 de septiembre de 2022 OMS”

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno mundial con causas claramente conocidas y graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas. A nivel mundial, la tasa de natalidad en adolescentes ha disminuido, pero las tasas de cambio han sido desiguales entre las regiones. También hay enormes variaciones en los niveles entre los países y dentro de ellos. El embarazo en la adolescencia tiende a ser mayor en personas con menos educación o de bajo estatus económico. Además, el progreso en la reducción de los primeros nacimientos de madres adolescentes es más lento en estos y otros grupos vulnerables, lo que conduce a una creciente desigualdad. El matrimonio infantil y el abuso sexual de niñas ponen a estas últimas en mayor riesgo de embarazo, a menudo no deseado. En muchos lugares, los obstáculos para obtener y usar anticonceptivos impiden que las adolescentes eviten embarazos no deseados. Cada vez se presta más atención a mejorar el acceso de las adolescentes embarazadas y con hijos a una atención materna de calidad. La OMS colabora con asociados para promover la atención prestada al embarazo en la adolescencia, crear una base empírica para la acción, elaborar instrumentos de apoyo a las políticas y los programas, crear capacidad y apoyar a los países para que aborden eficazmente el embarazo en la adolescencia.

A nivel mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2021. Sin embargo, las tasas de cambio han sido desiguales en diferentes regiones del mundo.

También hay enormes diferencias en la tasa de nacimientos en la adolescencia dentro de las regiones. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, Nicaragua registró la tasa de nacimientos en la adolescencia estimada más alta, con 85,6 por cada 1000 adolescentes en 2021, mientras que en Chile esta cifra fue de 24,1 por cada 1000 adolescentes. Hay enormes variaciones, incluso dentro del mismo país. Por ejemplo, en Zambia, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han comenzado a procrear (mujeres que han dado a luz o que están embarazadas en el momento de la entrevista) osciló entre el 14,9% en Lusaka y el 42,5% en la Provincia Meridional en 2018 (5). En Indonesia, este porcentaje osciló entre el 3,5% en la región administrativa de la Cordillera y el 17,9% en la región de la península de Davao en 2017.

Si bien la tasa de nacimientos en la adolescencia mundial estimada ha disminuido, el número real de partos de adolescentes sigue siendo alto. El mayor número estimado de nacimientos de jóvenes de 15 a 19 años en 2021 tuvo lugar en el África subsahariana (6 114 000), mientras que en Asia Central los

nacimientos fueron muchos menos (68 000). El número correspondiente fue de 332 000 entre los adolescentes de 10 a 14 años en el África subsahariana, en comparación con 22 000 en Asia sudoriental en el mismo año.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

A nivel cantonal los Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer es la principal causa de muerte en menores de 1 año.

En el cantón de Tilarán se ha sostenido en el último quinquenio a excepción del año 2022 al menos 2 casos al año de muertes infantiles a causa de prematuridad extrema, siendo este la principal causa de muerte en estos menores.

Para el año 2023 el porcentaje de embarazo en adolescentes a nivel cantonal se redujo en un 45.4% en comparación al año anterior. Esto posiblemente al acceso a un implante anticonceptivo en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) que permitió reducir el número de embarazos en adolescentes en los últimos cuatro años.

Más de 40.000 adolescentes se han colocado el dispositivo subdérmico que ofrece la institución desde 2017. Este método se incluyó en la lista oficial de medicamentos para mujeres menores de 20 años.

Se estima que el anticonceptivo tiene una efectividad superior al 99.9% y permite prevenir un embarazo por un periodo cercano a los tres años.

Según datos de la CCSS, 10.924 menores de edad se convirtieron en madres en 2016. De ellas, 349 no llegaban a los 14 años. En el 2020, luego de tres años de ofrecer este anticonceptivo, los nacimientos bajaron a 7.900, y el número de niñas menores de 14 años que dieron a luz pasó a 222. “Por GLORIANA CASASOLA CALDERÓN | 11 de febrero de 2022, 22:13 PM”

Tal y como se mencionó anteriormente determinantes del comportamiento como lo son las relaciones impropias, normalización de las conductas violentas, falta de información y supervisión de los padres dentro de la dinámica familiar, necesidad de aceptación y el fácil acceso a sustancias hacen que los menores no estén aptos a esa presión social e inicien temprano de relaciones sexuales. La Falta de información y educación sexual.

Las estadísticas muestran a nivel cantonal un aumento en los abusos sexuales en menores de edad del 100% a razón que para el 2021 no se registraron casos en menores de edad a nivel del sector Salud y entes privados. No se cuenta con el registro del poder judicial.

En los determinantes estructurales tenemos el contexto sociopolítico y socio económico.

La deserción escolar es un factor primordial en esta población.

Existe un problema real de falta de presupuesto en instituciones para programas preventivos y educativos dirigidos a la población meta en actividades de promoción y prevención del embarazo en las adolescentes madres.

Existe una falta de compromiso ciudadano y de instituciones donde se generen y se prioricen políticas.

3. Alta mortalidad por lesión autoinfligidas en población de 10 a 19 años

Descripción general del evento de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” . La salud mental se reconoce como un elemento integral de salud general y como un derecho básico y fundamental. La mejora de la salud y el bienestar mental también se reconoce como “un componente esencial de la cobertura sanitaria universal”. (OMS, Política para mejorar la salud mental, pág.7)

La salud mental es vital no solo para la salud, sino también para el bienestar social y económico. Los problemas de salud mental son tanto causa como consecuencia de la pobreza, la educación deficiente, la desigualdad en materia de género, los problemas de salud y otros retos a escala mundial. También están relacionados con la mortalidad prematura a causa del cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la infección por el VIH/sida, así como con una mayor probabilidad o riesgo de suicidio. (OMS, Política para mejorar la salud mental, pág.7).

El suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. Cada año, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. (OMS,2022) En la Región de las Américas se notificó un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, siendo la tasa de suicidio en América del Norte y el Caribe no hispano superior a la tasa regional. Alrededor del 79% de los suicidios en la Región ocurren en hombres. La tasa de suicidio ajustada por edad entre los varones es más de tres veces superior a la de las mujeres. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más.

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales y las condiciones económicas desfavorables que intervienen en la determinación de los comportamientos suicidas. La epidemiología ha ayudado a identificar los factores de riesgo y protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables. Los factores de riesgo actúan acumulativamente incrementando la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida y los factores protectores son las condiciones que mejoran la resistencia a estos trastornos y reducen el riesgo.

Los factores de riesgo y de protección, se relacionan con las estrategias de prevención del suicidio. Las estrategias para contrarrestar los factores de riesgo son de tres clases.

1. Las de prevención "universal", diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo

de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.

2. Las estrategias de prevención "selectivas" se dirigen a grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante "guardianes" adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.

3. Las estrategias "a personas vulnerables específicas" mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de las instituciones de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

A nivel nacional se celebra El Día Mundial para la Prevención del Suicidio fue establecido en 2003 por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La jornada, que se celebra el 10 de septiembre de cada año, tiene como objetivo centrar la atención en el problema, reducir el estigma asociado a él y crear conciencia entre las organizaciones, gobiernos y el público, dando el mensaje singular de que el suicidio puede prevenirse.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

Intentos de suicidio del Cantón de Tilarán.

En el año 2021 ocurrieron 17 intentos de autoeliminación de ellos cuales 8 pertenecían a los rangos de edad de 10 a 19 años y para el año 2022 la misma cantidad. Siendo el sexo femenino el mayormente afectado, Sin embargo, a nivel general el aumento fue de un 68% en comparación al año anterior (28 casos en total).

En el año 2021 se suscitó un evento de suicidio en un menor de edad por ahorcamiento, sin embargo no se obtuvo acceso a la información por parte del poder judicial.

El suicidio es una de las tres primeras causas mundiales de muerte en jóvenes, según la OMS.

La tasa de suicidio por 10 mil habitantes, Costa Rica año 2022 es de 8.2.

Entre los determinantes intermedios reflejados en el análisis los determinantes del comportamiento, circunstancias materiales, servicios de salud y determinantes biológicos.

El comportamiento humano es influenciado por una variedad de factores, incluyendo factores biológicos y genéticos, factores ambientales y culturales y experiencias de vida. Es importante tener en cuenta que estos factores interactúan entre sí para dar forma a nuestro comportamiento.

Donde el consumo de sustancias psicoactivas, consumo lícito o ilícito de sustancias, la violencia y el estrés son factores detonantes de esta enfermedad.

El acceso a sustancias consideradas entre adolescentes como inofensivas, la poca regulación y el fácil acceso y la falta de límites; vienen a ser un factor determinante el proceso de esta enfermedad, mal manejo de límites y estilos de crianza también son factores determinantes.

Existe a nivel cantonal recurso económico restringido para atención del problema, falta de presupuesto y plazas para nombramientos, carencia de personal en Psicología y Trabajo Social.

En los determinantes estructurales tenemos el contexto sociopolítico y socio económico.

El cantón cuenta con un porcentaje alto de zona rural, con intentos de autoeliminación a nivel general.

Existe evidencia estadística que mayormente afecta a las mujeres.

Se deben de plantear políticas para establecer el grupo prioritario de abordaje y ejecutar presupuesto para la contratación de personal experto en el tema.

4. Alta mortalidad por Infartos Agudo al Miocardio en población de 20 a 64 años.

En el caso de la enfermedad isquémica cardiaca y el infarto agudo de miocardio, son problemas de salud cuya causalidad es muy compleja puesto que abarca determinantes tanto estructurales como intermedios. Un informe de un panel nacional de la Asociación Americana del Corazón (AHA, 2015), realizado para abordar los determinantes sociales de riesgo y resultados para la enfermedad cardiovascular, concluyó tras una amplia revisión de literatura científica, que existe una importante influencia de los factores sociales en la incidencia, tratamiento y los resultados de las enfermedades cardiovasculares, y que, aunque tradicionalmente se ha considerado las mismas como la consecuencia de ciertos hábitos modificables y no modificables relacionados con el estilo de vida y la genética, se debe ampliar el enfoque para incorporar los determinantes sociales de la salud. Incluso, existe evidencia de que las pobres condiciones socioeconómicas en los primeros años de la vida contribuyen de manera importante al riesgo de enfermedad en la edad adulta, especialmente cuando los factores de la vida temprana influyen en las trayectorias de desarrollo de otros factores de riesgos para adultos. Independientemente de los patrones de comportamiento posterior, niños que experimentan altos niveles de adversidad durante la infancia pueden estar en camino de desarrollar enfermedades cardiovasculares (Barr, 2017).

Retomando el Diagrama de Causa-Efecto para la enfermedad isquémica cardiaca y el infarto agudo de miocardio ubicado en el Anexo 5 se observa la relación multicausal entre los determinantes que inciden sobre el evento en salud analizado. El estado de salud de la población es resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, esta situación plantea importantes retos para la economía, el sistema de salud y otros sectores de la sociedad que deben adoptar medidas conjuntas a fin de disminuir los factores de riesgo asociados al evento. Se observa en el diagrama que los factores de riesgo, en gran medida responden al entorno social físico y económico. Por esa razón, estas enfermedades requieren que sectores como Educación, Agricultura y Ganadería, Comercio, Planificación urbana y Transporte, desempeñen acciones que ayuden a establecer entornos y alternativas saludables.

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 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 control o mitigación de la enfermedad isquémica cardiaca y el infarto agudo de miocardio.

Los cambios actuales en los patrones alimentarios y de actividad física de la población, están facilitando las altas prevalencia de estas enfermedades, que además están condicionadas por factores de escala mundial como: la urbanización, la globalización, el progreso tecnológico y el desarrollo socioeconómico. La globalización de los alimentos ha promovido un cambio en las preferencias dietéticas por alimentos procesados hipercalóricos accesibles económicamente y cargados de grasas, azúcares y sodio; reduciendo el consumo de alimentos naturales como frutas, vegetales y fibra dietética que minimizan la preparación de platillos tradicionales y autóctonos de gran valor nutritivo en los hogares.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

A nivel cantonal es la principal causa de muerte en personas de 20 a 64 años.

El infarto agudo de miocardio se ubican como una de las principal causas de mortalidad para el grupo de edad de 20 a 64 años, por lo que la Población Económicamente Activa (PEA) del país se está viendo altamente afectada, lo cual tiene consecuencias importantes para el sistema de salud dado el aumento en los gastos médicos, el sistema de protección social por la fuerte reducción de los ingresos a causa de la enfermedad, y las pérdidas económicas generales del país, puesto que la productividad de los trabajadores es reducida por el ausentismo laboral y el aumento en las incapacidades.

Entre los determinantes intermedios reflejados en el análisis; comportamiento, circunstancias materiales, servicios de salud y determinantes biológicos.

La Falta de importancia del riesgo heredofamiliar. Falta de motivación para prevención de las enfermedades crónicas como la HTA, DM, obesidad, Diabetes y altos niveles de triglicéridos y colesterol (determinantes biológicos) .

Malos hábitos de alimentación, alto consumo de sal, azúcar, poca educación nutricional y manejo inadecuado de emociones. (determinantes de comportamiento) .

Circunstancias materiales, como el sedentarismo, tiempo de alimentación no óptimo, incremento del uso de dispositivos de tecnología, la recarga laboral, no realizar pausas activas.

Oferta de servicios en el primer nivel limitada a la atención médica, Falta de promotores de salud, poco interés de la población en participar en actividades de promoción, la falta de planificación y presupuesto y poca educación cultural (determinantes de servicios de salud), Falta de gestión administrativa en cuanto a la falta de recurso humano y falta de asignación de recurso económico y presupuesto en actividades de promoción y prevención.

En los determinantes estructurales a nivel sociopolítico y económico: Desconocimiento de buenas prácticas alimenticias, alto costo de productos saludables y de calidad. migración de personas de zonas marginales al cantón, diversidad de estratos sociales.

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.

5. Aumento de enfermedades crónicas (desde el enfoque de la falta de sensibilización a estilos de vida saludable.

Las enfermedades crónicas son las patologías con largo periodo de duración y pueden asociarse a una progresión relativamente lenta. En datos de la OMS, enfermedades como los padecimientos cardiacos, los infartos, el cáncer, enfermedades respiratorias y a la diabetes, se identificaron como las principales causas de mortalidad en el mundo, son las responsables del 63% de las muertes.

A pesar de que la magnitud de la enfermedad es relativamente disminuida, la gravedad y la transcendencia al aumento si es importante. La OMS, ha catalogado a las enfermedades crónicas como

un problema en salud pública, el manejo de las complicaciones por un inadecuado control de las enfermedades, representan altos costo de atención, con aumento de incapacidades a corto o largo plazo.

Por los cambios que se muestran en la pirámide poblacional, que muestra un comportamiento regresivo, disminución de nacimientos y ensanchamiento en el vértice de la pirámide, la dinámica de la población ha ido cambiando, aumentando también la esperanza de vida. Para garantizar una vida larga y con calidad, se debe promover mejorar los estilos de vida, concientizar en la importancia de la realizar actividad física, tener una dieta balanceada, evitar el consumo del alcohol y cigarrillos, para prevenir la aparición de estas y otras enfermedades.

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año.

Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial

Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

La detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la respuesta a las ENT.

Factores de riesgo metabólicos.

Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ENT: el aumento de la tensión arterial; el sobrepeso y la obesidad; la hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre); y la hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es la presión arterial elevada (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial),¹ seguido por el sobrepeso y la obesidad y glucosa sanguínea elevada.

La OPS promueve la sensibilización y la comprensión política y pública sobre la carga de las ENT más comunes, sus factores de riesgo relacionados, los trastornos mentales y neurológicos, y dirige esfuerzos estratégicos de colaboración multisectoriales y de múltiples partes interesadas para fortalecer la capacidad de los estados miembros para promover y proteger la salud a través de políticas públicas, programas y servicios. Esto reducirá los riesgos y carga de la enfermedad y contribuirá a mejorar el bienestar físico, mental y social de la población.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

A nivel cantonal es la principal causa de muerte en personas de 20 a 64 años de edad, el año 2022 se registra un total de 69 HTA y 37 DM. Se refleja un aumento del 28% en comparación al año anterior en Hipertensión arterial y un aumento del 27% en personas diabéticas.

Entre los determinantes intermedios reflejados en el análisis; comportamiento, circunstancias materiales, servicios de salud y determinantes biológicos.

La Falta de importancia del riesgo heredofamiliar. Falta de motivación para prevención de las enfermedades crónicas como la HTA, DM, obesidad, otros. (determinantes biológico)

Malos hábitos de alimentación, alto consumo de sal, azúcar, poca educación nutricional y manejo inadecuado de emociones. (determinantes de comportamiento)

Circunstancias materiales, como el sedentarismo, tiempo de alimentación no óptimo, incremento del uso de dispositivos de tecnología, la recarga laboral, no realizar pausas activas.

Oferta de servicios en el primer nivel limitada a la atención médica, Falta de promotores de salud, poco interés de la población en participar en actividades de promoción, la falta de planificación y presupuesto y poca educación cultural (determinantes de servicios de salud).

En los determinantes estructurales a nivel sociopolítico y económico: Desigualdad de oportunidades, desigualdad e influencia cultural, la baja escolaridad.

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.

6. Estigmatización de los trastornos mentales

Hoy en día, a pesar de que las enfermedades mentales y el comportamiento humano ha dado un salto del oscuro mundo de la ignorancia, gracias a la aplicación de novedosos métodos de estudio, los problemas de salud mental; desde el punto de vista del paciente, todavía viven y se viven en silencio, generalmente provocado por el miedo, la vergüenza o la incomprensión.

Esto es el estigma social que los rodea y que ha estado latente desde siempre. Este silencio, es lo que en la mayoría de los casos, ha impedido que aquellas personas afectadas busquen ayuda médica y superen

este proceso. La mayoría de las enfermedades mentales se pueden tratar, consiguiéndose la curación o el desarrollo de una vida plena para el paciente.

El error más común es pensar que aquellas personas que padecen una enfermedad mental están sometidas a una vida de encierro, de aislamiento, en cuyo caso son personas que ya no “calzan” en la sociedad. Se identifica a la persona con la patología y recaen sobre ella todos los prejuicios y mitos que esta enfermedad ha adquirido.

Es esta misma sociedad la que sigue manteniendo estereotipos heredados, que producen discriminación hacia las personas que padecen problemas de salud mental. Además de alentar actitudes de marginación y desprecio.

Que una persona con depresión es débil de carácter, que no puede casarse ni tener hijos e hijas.

Que la enfermedad mental no tiene esperanza de curación. Que es imposible ayudarlo.”

El origen de la estigmatización proviene de múltiples fuentes, desde las personas que les rodean, como los familiares que sienten vergüenza de la persona y de la enfermedad que padece, que creen que estas personas ya no pueden adaptarse a las reglas del hogar y la sociedad. Los empleadores, que creen que su condición no le permitirá cumplir con sus responsabilidades, o que constantemente se ausentarán de sus trabajos. Los periodistas, que crean una imagen de personas agresivas y peligrosas de las personas que padecen de enfermedades mentales y las reflejan en sus presentaciones de noticias.

Desgraciadamente el estigma de la enfermedad mental fue heredado desde hace siglos, cuando degeneró en burla y menosprecio por todo aquello que se apartara de lo normal, en cuyo caso, la finalidad era encerrar e incluso amarrar al “loco,” en lugar de ayudarlo desde una perspectiva de salud e integración a la sociedad.

Ha existido un avance, los psiquiátricos han sufrido un cambio, se han incorporado métodos de terapia y el “loco” pasó a ser un ciudadano. Pero cambiar la conciencia colectiva, es una tarea lenta y difícil. Aún persisten cadenas invisibles de desprecio y abandono que impiden la total recuperación de los pacientes. Hará falta años de trabajo y educación para que estas cadenas se rompan.

El problema de la discapacidad, en las enfermedades mentales no está limitado únicamente a la persona, involucra también a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a la cultura en general.

Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.

A nivel cantonal se cuenta con diferentes se cuenta con un total de 36 centros educativos, un total de 443 grupos de estudiantes desde preescolar hasta III nivel de educación diversificada. Se cuenta con 4 orientadores y 7 bibliotecarios, no se cuenta con personal en psicología, con una deserción de 94 estudiantes por año. Con una población extranjera de 77 estudiantes entre las nacionalidades de Cuba, estados unidos, Chile, Europa, Venezuela, Asia, México, Nicaragua, Perú y Brasil.

No se tuvo acceso a mucha información por parte del MEP. “Información suministrada por Licda. Lilliana Marín. Supervisión Educativa Circuito 03. Tilarán”.

La estigmatización es uno de los principales problemas sentidos en la comunidad, donde se refleja la poca sensibilización de la comunidad, la falta de empatía. La persona ya no sólo debe luchar con su enfermedad, sino con el estigma social, en ocasiones gran parte del sufrimiento es por el rechazo y la marginación que tienen que soportar y no tanto por su enfermedad.

“La estigmatización es casi siempre inconsciente, basada en erróneas concepciones sociales, arraigadas en la percepción colectiva. Por ejemplo, que una persona con esquizofrenia es violenta e impredecible y no podrá nunca trabajar o vivir fuera de una institución, ni tener una vida social.

“Pamela Villarreal Valverde¹. Pamela Villarreal Valverde, Estudiante de Medicina, Universidad de Costa Rica. Trabajo Comunal 505 de la Universidad de Costa Rica, 2012. San José, Costa Rica. Correo electrónico: pamela.villarreal@ucr.ac.cr “

Intentos de suicidio del Cantón de Tilarán.

En el año 2021 ocurrieron 17 intentos de autoeliminación de los cuales 8 pertenecían a los rangos de edad de 10 a 19 años y para el año 2022 la misma cantidad. Siendo el sexo femenino el mayormente afectado, Sin embargo, a nivel general el aumento fue de un 68% en comparación al año anterior (28 casos en total).

En el año 2021 se suscitó un evento de suicidio en un menor de edad por ahorcamiento, sin embargo, no se obtuvo acceso a la información por parte del poder judicial.

El suicidio es una de las tres primeras causas mundiales de muerte en jóvenes, según la OMS.

La tasa de suicidio por 10 mil habitantes, Costa Rica año 2022 es de 8.2.

Entre los determinantes intermedios reflejados en el análisis; comportamiento, circunstancias materiales, servicios de salud.

Desde la percepción de la salud: Violencia y estrés, miedo al señalamiento, atención de salud se ve irrelevante, presión social y familiar, paradigmas. Patrones familiares y culturales. Carencia de Fortalecimiento de las relaciones afectivas. Falta de la promoción de las masculinidades sanas. Exigencias del medio. Recursos físicos y psicológicos insuficientes. (determinantes de comportamiento)

Falta de priorización institucional y familiar, carencias de espacios de formación en salud mental Enfoque biológico y curativo por parte de los servicios de salud limitando el análisis y logística de la solicitud de plazas, por la falta de estudios de necesidades de plaza. (determinantes de servicios de salud).

Condiciones de trabajo: Falta de capacidad para resolver diferentes situaciones, insuficiente presupuesto para contratación de personal en salud mental, falta de importancia que se le da al manejo del estrés. Falta de involucramiento de las jefaturas, recarga laboral (Circunstancias materiales)

En los determinantes estructurales a nivel sociopolítico: Ejecución de programas para trabajar las condiciones de salud mental. No se sensibiliza a la comunidad en el tema de salud mental. Rechazo a la aceptación de la condición de salud mental. Falta de educación en temas de salud mental.

Nivel económico: El nivel educacional influye, en la capacidad para poder entender las diferentes afectaciones en salud mental, estadísticamente generalmente afecta mayormente a las mujeres.

Como se observa algunos de 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.

7. Falta de fuentes de empleo Asociado al consumo de drogas y sustancia ilícitas

La principal causa de la falta de fuentes de empleo en el cantón es por la poca inversión para la creación de nuevas fuentes de empleo, esto se debe a gran parte a que la actividad económica del cantón se concentra en el sector primario, agricultura y ganadería.

Además de la poca inversión, se suma la dificultad en el acceso a la educación superior, ya que las personas que quieran acudir a la universidad deben desplazarse a lugares fuera del cantón.

La población adscrita al cantón es relativamente reducida, esto impide que, por parte del sector público, se invierta en la creación de más fuentes de trabajo ya que no se justifica por el tamaño de la población.

La falta de fuentes de empleo puede causar también problemas en el consumo de drogas, disminución en la calidad de vida de las personas, favorecer al establecimiento de estados de pobreza en el cantón y migración de la población en busca de mejores ofertas de trabajo y acceso a la educación superior.

La violencia intrafamiliar es un problema social complejo que viven muchas familias provocando en ellas secuelas asociadas a la falta de empleo y la situación económica.

Diferentes tipos de violencia:

Física: Es aquella acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona, y se manifiesta de diferentes maneras entre ellas: golpes, pellizcos, heridas en diferentes partes de cuerpo.

Psicológica: Destinada a controlar acciones, comportamientos, creencias, y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza o cualquier otra conducta que implica un perjuicio a la salud psicológica, autodeterminación o el desarrollo personal.

Patrimonial: Acción u omisión que implica daño, pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción de objeto, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas.

Negligencia: se manifiesta con el abandono a satisfacer las necesidades básicas de una persona.

Sexual: se manifiesta con forzar la actividad sexual en una persona.

Factores Condicionantes:

Los factores condicionantes tradicionalmente son los mismos, en el caso de la violencia contra las mujeres se relaciona con:

1. Patrones generacionales de género.
2. Celotipia
3. Conflictos asociados a adicciones.
4. Vulnerabilidad económica de la mujer.

En este caso las personas más afectadas y que más denuncian o rompen el silencio son las mujeres, en muchos casos la violencia se traslada a los hijos, quienes asumen una posición como Testigos de esa violencia.

En el caso de los niños y las niñas y adolescentes la violencia se asocia a elementos como:

1. Mecanismo de control por parte de los padres, definición de autoridad.
2. Forma de educar o corregir.
3. Situaciones irresueltas a nivel de pareja (infidelidad, separaciones, maltrato).

Para este año no se atendieron situaciones de violencia relacionadas con personas con discapacidad o adultos mayores, sin embargo si se conocen los condicionantes:

Dependencia de terceras personas del grupo familiar.

Recargo de atención en cuidadores(agotamiento).

Bajo o insuficiente aporte económico de la persona víctima.

Las condiciones de empleo, la ocupación y la posición en la jerarquía del lugar de trabajo también afectan a la salud. Las personas que trabajan bajo presión o en condiciones de empleo precarias son propensas a fumar más, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable.

¿Cómo afecta la falta de empleo a los jóvenes?

La falta de trabajo decente a temprana edad afecta las perspectivas laborales futuras y disminuye la capacidad de ahorro a lo largo del ciclo vital. El vínculo entre el desempleo juvenil y la exclusión social podría generar sentimientos de marginalización y aumentar los grados de violencia y las adicciones.

¿Por qué el desempleo es un problema social?

Es obvio que el desempleo produce pobreza, miseria y hambre, así como precarios o imposibles accesos a la educación, la salud, la recreación, el techo y los servicios públicos domiciliarios, todo lo cual, a su vez, retroalimenta y empeora esas mismas y dolorosas carencias, hasta el punto de mantener a sus víctimas.

¿Cómo afecta la falta de trabajo en la familia?

El desempleo suele aumentar los conflictos familiares, por lo que representa también una amenaza a la principal fuente de apoyo social y de relaciones estables de que dispone. Por otro lado, también influye mucho la forma en que el desempleo es visto y tratado por los otros.

[Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto.](#)

Entre los determinantes intermedios reflejados en el análisis; comportamiento, circunstancias materiales.

Determinantes de comportamiento: Falta interés y priorización por parte de los interesados, falta de participación ciudadana, falta de organización cantonal para generar empleo.

Circunstancias materiales: falta de acceso a bienes y servicios, por falta de recurso económico de la pequeña y mediana empresa debido a difícil acceso al crédito. Falta de apertura de la empresa privada. Falta de servicio de transporte público.

En los determinantes estructurales:

Nivel sociopolítico: Falta de interés social, Aplicación de estudio de mercadeo, poca formación académica, Falta de Desarrollar estrategias de emprendimiento para personas de 40 y más, la no priorización de las políticas de Gobernanza.

Protección social y gastos de inversión pública: Altos gastos administrativos para operativizar, Por exceso de requisitos y políticas de gobernanza a empresas.

Nivel económico: Lugares de difícil acceso, falta de planificación y promoción cantonal. Falta de transporte público, falta de organización gubernamental.

13.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.

Problema de salud 1: Alta mortalidad en usuarios de 65 años y más años de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el	¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
			factor protector?		
Factores Sociopolíticos	protección social: Falta de responsabilidad familiar.	Programas promoción y prevención del no fumado	Aplicar entrevistas motivacionales a usuarios que deseen entrar al programa cesación de fumado.	CCSS	MS IAFA
			Realizar coordinaciones para referir a los pacientes que desean dejar de fumar.	CCSS	MS IAFA
Factores Sociopolíticos	demografía: Población rural	Educación a la población	Educar a la población sobre la exposición al humo de leña al cocinar que tiene un gran potencial como agente causal de EPOC	CCSS- MS	MS
Comportamiento	consumo: Consumo de sustancias psicoactivas	Implementación de una estrategia de promoción de estilos de vida saludables	Campañas de sensibilización de estilos de vida saludables	CCDRT-RECAFIS-MUNICIPALIDAD	CCSS - MS

Problema de salud 2: Alta mortalidad de Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer adolescentes madres

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Factores Socioeconomicos	Marginalidad y pobreza	Sistemas de información desactualizados	Actualización de los sistemas de información	IMAS- CCSS-PANI	MUNICIPALIDAD-MEP
	Desercion escolar	Ampliar y promocionar los programas sociales	Brindar seguimiento a estudiantes que desertan	MEP	CCSS-PANI
			Ejecutar acciones de divulgación	MEP-SUBSISTEMA DE PROTECCION A LA	CCSS
Falta de información en Salud sexual y reproductiva	Cumplimiento del programa de adolescentes madres	Seguimiento del programa educativo	PANI	CCSS-MEP-CENCINAL-CECUDI	
Factores Biologicos	Inmadurez Fisologica(Falta de desarrollo natural del cuerpo, no esta preparado para la gestación a corta edad)	Programas de Salud sexual y reproductiva	Educación a la población adolescente y facilitar metodos anticonceptivos	CCSS	MEP-MS
Comportamiento	Violencia	Ley de realaciones impropias 9406	Promocion y aplicación de la ley 9406	Red de VIF	MS
	Relaciones impropias		Interponer las denuncias		
	Normalización de las conductas violentas		Seguimiento de denuncias		
Conducta sexual: Inicio temprano de relaciones sexuales	Programas educativos	Orientación sexual y reproductiva y proyecto de vida en el sistema educativo	MEP	CCSS	
Circunstancias materiales de vida	Acceso a bienes y servicios: Prejuicios personales y sociales	Acceso a la información general de salud sexual y reproductiva	Talleres de educación sexual y reproductiva (Metodos anticonceptivos)	CCSS-CIAMA	MEP-MS

Problema de salud 3. Alta mortalidad por lesión autoinfligidas en población de 10 a 19 años

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector	¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
FACTOR SOCIOPOLITICO:	Estilo de vida sedentario	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física	MUNICIPALIDAD	ICODER MSP
			Incorporar a promotores de la actividad física en el primer nivel de atención de la salud.	CCSS	MS MTSS
	falta de actividades de atención y prevención	Programas de Salud Mental	amplitud de Consulta del servicio de consulta externa y tiempo extraordinario para la atención de pacientes con riesgo suicida	CCSS	MS
Factores Socioeconomicos	Nivel educacional	Implementación de talleres grupales, planificación y promoción cantonal	Implementar grupos de apoyo	CCSS	RED DE VIF
			Talleres de prevención del suicidio	ILAIS	RED DE VIF

Comportamiento	Estrés	Estilo de vida saludables	Campañas de comunicación sobre la adecuada expresión y gestión de emociones	ILAIS	RED DE VIF- MUNICIPALIDAD- RADIO CULTURAL TILARAN- CCDRT
			Crear espacios recreativos de actividades gratificantes	CCDRT	MUNICIPALIDAD- MINISTERIO DE CULTURA Y JUVENTUD
			Espacios formativos sobre la adecuada gestión del estrés	ILAIS - MEP	RED DE VIF- PANI- UNED
	Violencia	Aplicación de las diferentes leyes de protección a la niñez y adolescencia- ley de penalización de la Violencia contra la mujer.	Charlas de prevención de la violencia	MSP-PODER JUDICIAL	RED DE VIF
			Actividades recreativas	CCDRT	ILAIS - RED VIF
			Talleres grupales para la reducción de la violencia	CCSS	RED VIF
			Valoración psicológica a las personas involucradas en una VIF.	CCSS	PODER JUDICIAL- MSP

Problema de Salud 4: Alta mortalidad por Infartos Agudo al Miocardio en poblacion de 20 a 64 años

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector	¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
FACTOR SOCIOPOLITICO	Estilo de vida sedentario	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física.	Municipalidad	ICODER MSP
			Incorporar a promotores de la actividad física en el primer nivel de atención de la salud.	CCSS	MS MTSS
Factores Sociopolíticos	Demografía: Proyectos de bien social en la zona - Falta de aseguramiento	Aseguramiento y beneficio del seguro social	Divulgación y sensibilización acerca de aseguramiento médico y actualización de datos	CCSS	MUNICIPALIDAD
		Involucramiento comunal	Crear espacios de divulgación	CCSS	MUNICIPALIDAD-MS

Factores biológicos	Factores Genéticos: Hipertensión-Diabetes Altos niveles de Triglicéridos y colesterol, Desconocimiento del riesgo hereditario familiar.	Atención de los diferentes servicios de la CCSS y medicina mixta	Promoción de estilos de vida saludable y nutrición	CCSS	MS
Factores Socioeconómicos	Nivel educacional: Desconocimiento de buenas practicas alimenticias	Creación de hábitos saludables .	Gestionar capacitaciones para profesionales en salud y población en general acerca de las buenas practicas alimenticias	CCSS	INA- CCDRT- MUNICIPALIDAD
	Alto costo de productos saludables y de calidad	Feria del agricultor y huertas	Buscar mecanismos (Capacitaciones)que refuercen la participación y consumo por parte de la comunidad.	MAG	MUNICIPALIDAD- INA -INDER-INAMU (FOMUJER) -UNED
Comportamiento	Actividad física y sedentarismo	Actividad física regular	Solicitud de apoyo al ICODER	MUNICIPALIDAD- CCDRT	ICODER

Problema de Salud 5: Estigmatización de los trastornos mentales

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
FACTOR SOCIOPOLITICO:	Estilo de vida sedentario	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física	Municipalidad	ICODER MSP
			Incorporar a promotores de la actividad física en el primer nivel de atención de la salud.	CCSS	MS MTSS
Comportamiento	Violencia	Fortalecimiento de las relaciones afectivas	Trabajar con la comunidad, familias, instituciones y empresa privada en temas de salud mental	ILAIS	RED DE VIF
		Valores familiares			
		Masculinidades sanas			
		Patrones familiares y culturales.			

	Estrés	Estilo de vida saludables	Campanías de comunicación para la comprensión y aceptación de condiciones de salud mental y comportamiento	ILAIS	RED DE VIF- MUNICIPALIDAD- RADIO CULTURAL TILARAN- CCDRT
			Crear espacios de convivencias de compañeros, allegados y familias de personas con diagnósticos en salud mental y de comportamiento	CCDRT	MUNICIPALIDAD- MUNISTERIO DE CULTURA Y JUVENTUD
			Espacios formativos sobre la adecuada gestión del estrés	ILAIS - MEP	RED DE VIF- PANI-UNED

Problema de Salud 6: Aumento de enfermedades crónicas (desde el enfoque de la falta de sensibilización a estilos de vida saludable)

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Factores Sociopolíticos	Identidad Cultural	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física	Municipalidad	ICODER MSP
			Incorporar a acciones de promoción de la actividad física en el primer nivel de atención de la salud.	CCSS	MS-UNED-ICODER
Factores biológicos	Factores genéticos: Hipertensión- Diabetes Altos niveles de triglicéridos y colesterol, Desconocimiento del riesgo hereditario familiar.	Atención de los diferentes servicios de la CCSS y medicina mixta	Promoción de estilos de vida saludable y nutrición	CCSS	MS
Comportamiento	Enfermedades crónicas DM-HAT-Cáncer	Creación de hábitos saludables .	Gestionar capacitaciones para profesionales en salud y población en general acerca de las buenas prácticas alimenticias	CCSS	INA- CCDRT-MUNICIPALIDAD-PANI-MEP

Problema de Salud 7 : Falta de fuentes de empleo Asociado al consumo de drogas y sustancia ilícitas

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
		¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Participación social	Responsabilidad social	Articulación interinstitucional y atracción de inversión para propiciar la economía	MUNICIPALIDAD	CCCI (COMITÉ CANTONAL COORDINACION INTERINSTITUCIONAL)
Factores Sociopolíticos	Grupos prioritarios por ciclo de vida: Falta de Desarrollar estrategias de emprendimiento para personas de 40 años o más	Aplicación de las políticas de gobernanza	Sensibilización a la población mediante talleres de emprendedurismo	UNED	MEIC- INA- MUNICIPALIDAD- INAMU
Factores Sociopolíticos	Protección social y gastos de inversión pública	Gestión y ejecución de presupuestos	Programa de emprendimiento productivo y seguridad alimentaria	MAG-INDER	IMAS-FIDEIMAS

14.VALIDACION DE LINEAS DE ACCION CON LA COMUNIDAD

La validación se realizó mediante un taller en el cual se presentaron las líneas de acción planteadas desde la identificación de las causas raíz, retomando el Cuadro 12 de la Guía metodológica para la elaboración de ASIS 2019, donde previamente estaban identificados los factores de protección y líneas de acción para cada problema de salud y se realizaron ajustes según lo indica la comunidad y actores sociales involucrados.

El último taller se llevó a cabo el día 20 de setiembre del presente año.

15. CONCLUSIONES

Los determinantes sociales de la salud tienen una caracterización muy particular, dependiendo del sistema social que se vive, de la ideología que impera y de la cultura dominante.

Dentro de los determinantes más comunes se alistan: los que provocan daño a la Salud (Mortalidad, discapacidad y morbilidad) que pertenecen al grupo de la prestación de servicios de salud. También los determinantes intermedios que serían todos aquellos de la participación social como lo son circunstancias materiales, comportamiento, servicios de salud y la biología humana que influyen en el proceso salud-enfermedad.

Las políticas sociales y económicas que existen en y entre los países influyen en el estado de salud de la población y determinan la desigualdad de las condiciones de vida, no siendo éstas resultado de la libre elección de los individuos. La voluntad política y la cooperación entre sectores a diferentes niveles son imprescindibles en la producción social de salud.

Por lo que dentro del seguimiento del presente documento se espera trabajar estas líneas de acción desde los planes operativos de cada institución y lograr brindar mejores condiciones a la población afectada.

Sistema Nacional de Áreas de Conservación. 137 pp.

Ávila M, Obando N, Sánchez D. (2018). Atracción de inversión extranjera directa por los gobiernos locales, caso de las Municipalidades de Bagaces, Cañas y Tilarán (Trabajo final de graduación bajo la modalidad de seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en administración aduanera y comercio exterior). Repositorio Institucional UCR. Tomado el 14/02/2020 de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/simple-search?query=TILARAN&submit=Ir+>

Bermúdez, G. (2018). Evaluación del Cambio de Uso de la tierra y Fragmentación de la Cobertura Forestal en el Corredor Biológico Lago Arenal Tenorio, Mediante Técnicas de Teledetección, Costa Rica [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional – Universidad de Costa Rica, Heredia – San José, Costa Rica.

Comisión Nacional de Emergencias (2006). Mapa de amenazas del cantón de Tilarán. Tomado el 24/03/2020 de https://www.cne.go.cr/reduccion_riesgo/mapas_amenzas/mapas_de_amaneza/guanacaste/Tilaran.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011). Censo de Hogares. Costa Rica.

Madrigal, J. (2019). Informe de valoración. Comisión Nacional de emergencias, Costa Rica.

Méndez, A. (2020). Caracterización del Corredor Biológico Lago Arenal Tenorio. Sistema Nacional de Áreas de Conservación, Costa Rica.

Municipalidad de Tilarán. (2019). Emergencias del cantón de Tilarán. [Documento Excel].

Municipalidad de Tilarán. (2021). Octavo distrito del cantón de Tilarán denominado Cabeceras [Oficio DAM-031-2021].

Quesada, R. (2007). Los Bosques de Costa Rica. Centro de Investigación Integración Bosque Industrial. Instituto Tecnológico de Costa Rica. Cartago, Costa Rica. <http://www.cientec.or.cr/exploraciones/ponencias2007/RupertoQuesada.pdf>

Zamora, N. (2008). Unidades fitogeográficas para la clasificación de ecosistemas terrestres en Costa Rica. Recursos Naturales y Ambiente no. 54:14-20.

Campos, M. (2012). Corredor Biológico Lago Arenal Tenorio Perfil Técnico. Universidad Técnica Nacional.

Fernández, G. (1998). Complejo Hidroeléctrico Arenal. (Arenal-Corobicí- Sandillal y Zona de Riego). Subgerencia de Gestión Institucional de Energía, Oficina Patrimonio Histórico y Tecnológico, Museo del Grupo ICE.

Molina, E. (2020). Comunicación personal [Entrevista estructurada] Ministerio de Agricultura y Ganadería.

Municipalidad de Tilarán. (2017). Plan cantonal de Desarrollo Humano Local de Tilarán 2017-2026. Tilarán, Guanacaste.

Vindas, M. (2020). Caracterización del Embalse Arenal de Costa Rica. Comisión para la implementación y desarrollo de la Cuenca Arenal Tempisque, Guanacaste.

Tribunal Supremo de Elecciones. (2022). Partidos políticos inscritos. https://www.tse.go.cr/partidos_inscritos.htm

Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute; 2020.

Daroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. *Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute; 2016.

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Fecundidad en adolescentes jóvenes de 10 a 14 años*. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, PD, 2020.

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Prospects, 2019 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates. Edición en línea [citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>.

Organismo de Estadística de Zambia, Ministerio de Salud de Zambia y el ICF. *Zambia Demographic and Health Survey 2018*. Lusaka, Zambia, y Rockville, Maryland, Estados Unidos: Organismo de Estadística de Zambia, Ministerio; 2018.

Junta Nacional de Población y Planificación de la Familia (BKKBN), Statistics Indonesia (BPS), Ministerio de Salud (Kemenkes) e ICF. *Indonesia Demographic and Health Survey 2017*. Yakarta, Indonesia: BKKBN, BPS, Kemenkes e ICF; 2018.

Chung, W.H, Kim, ME., Lee, J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence*. 2018; 69: 180-188.