

2023

# Análisis de Situación de Salud

Ministerio de Salud de Costa Rica  
Área Rectora de Salud Aguas Zarcas



MINISTERIO  
DE SALUD

Área Rectora de  
Salud Aguas Zarcas  
2023



# **ANALISIS DE SITUACION DE SALUD**



## **AREA RECTORA DE SALUD AGUAS ZARCAS**

### **VIGILANCIA DE LA SALUD**

**2023**

## Área Rectora de Salud Aguas Zarcas

### Región Huétar Norte

### Ministerio de Salud

#### *Documento elaborado por:*

Dr. Dionisio Sibaja Anchía

Dr. Oldemar Arias Rojas

Dr. Jesús Martínez Pizarro

Licda. Amelia Morera Meneses

Licda. Shirley Quirós Rodríguez

Licda. Viviana Valverde Segura

Licda. Silvia Salas Rodríguez

Licda. Diana Carolina Rodríguez Arias

Lic. Marlon Delgado Morera

Bach. Kenneth González Valverde

Bach. Diego Adam Arce Torres

Ing. Henry Monroy Miranda

Lic. Alejandro Vargas Paniagua

Lic. Eduardo Chávez Herra

Mario Miranda Cáliz

Kenneth Andrés González Araya

Andrés Hernández Argüello



MINISTERIO  
DE SALUD

## Tabla de contenido

<b>Tabla de Ilustraciones.....</b>	<b>ix</b>
<b>Lista de abreviaturas .....</b>	<b>xii</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>13</b>
<b>Definiciones operacionales .....</b>	<b>15</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>36</b>
<b>Selección de los indicadores.....</b>	<b>37</b>
<b>Caracterización del entorno .....</b>	<b>46</b>
<b>Descripción de las características geográficas .....</b>	<b>46</b>
Límites.....	47
Antecedentes del Área Rectora de Salud Aguas Zarcas.....	47
Reseña histórica del distrito Aguas Zarcas.....	49
Algunos otros datos Interesantes .....	51
Aspectos Culturales.....	52
Costumbres y Tradiciones .....	52
Proceso histórico de los sistemas de producción .....	52
Clima del distrito Aguas Zarcas, 2023 .....	54
Reseña histórica del distrito Venecia .....	54
Agrocadena de Piña .....	56
Agrocadena de Raíces Tropicales.....	57
Agrocadena de Ganadería.....	58
Agrocadena de Acuicultura .....	59
Reseña histórica del distrito Pital.....	60
<b>Descripción de las características demográficas .....</b>	<b>65</b>
Agua para consumo humano y saneamiento .....	71
Servicios de atención en salud.....	72
Indicadores de Salud .....	73
<b>Descripción de las características socioeconómicas.....</b>	<b>76</b>
Alfabetización y desarrollo humano .....	76
Sustancias psicoactivas .....	80
Desempleo y pobreza .....	82

<b>Descripción de características de presencia de riesgos .....</b>	<b>83</b>
<b><i>Priorización de problemas .....</i></b>	<b><i>84</i></b>
<b>I. Metodología de priorización del equipo ASIS basado en mortalidad.....</b>	<b>84</b>
Fuentes de Información para mortalidad .....	84
Metodología.....	85
<b>II. Priorización de los problemas de salud con la comunidad .....</b>	<b>90</b>
1. Identificación de actores sociales participantes .....	90
2. Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud.....	91
2.1 Sondeo general de problemas de salud en la comunidad .....	91
2.2 Valorización y selección de los problemas de salud detectados en la comunidad. ....	95
<b><i>Análisis de los problemas priorizados.....</i></b>	<b><i>103</i></b>
<b>I. Identificación de las causas raíz, sus causas secundarias y terciarias del problema de salud .....</b>	<b>104</b>
<b>II. Análisis de las causas raíz con los expertos .....</b>	<b>107</b>
<b>III. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas .....</b>	<b>108</b>
1. Enfermedades cardiovasculares.....	109
2. Contaminación ambiental .....	111
3. Inaccessibilidad a los servicios de salud.....	114
4. Consumo de sustancias psicoactivas.....	115
5. Violencia intrafamiliar .....	121
Causas que pueden originar la violencia.....	123
Consecuencias derivadas de la violencia .....	125
Prevalencia.....	130
Factores protectores .....	132
6. Tumores malignos .....	136
7. Trastornos mentales.....	138
Determinantes de la salud mental .....	139
El problema de la atención en salud mental.....	139
El estigma .....	143
La familia y sociedad .....	144
Prevalencia.....	146
Suicidio .....	149
Trastornos mentales y factores de riesgo .....	151

Conclusiones .....	152
8. Trastornos perinatales y neonatales .....	156
9. Malformaciones congénitas .....	158
10. Accidentes de tránsito .....	159
<b>IV. Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas.....</b>	<b>162</b>
Enfermedades cardiovasculares .....	162
Contaminación ambiental.....	164
Inaccessibilidad a los servicios de salud .....	166
Consumo de sustancias psicoactivas .....	168
Violencia intrafamiliar .....	170
Tumores malignos.....	173
Trastornos mentales .....	175
Trastornos perinatales y neonatales.....	177
Malformaciones congénitas.....	179
Accidentes de tránsito .....	181
<b><i>Análisis de situación de la Salud Mental del Área Rectora Aguas Zarcas.....</i></b>	<b><i>183</i></b>
<b>Guía para el desarrollo del estado de salud mental de la población.....</b>	<b>183</b>
Justificación.....	183
<b>Concepto de salud mental dentro de la Política Nacional de Salud Mental .....</b>	<b>184</b>
<b>Marco conceptual (Concepto de salud mental de acuerdo a la política Nacional de Salud Mental 2012-2021). .....</b>	<b>185</b>
<b>Determinantes de la Salud Mental: .....</b>	<b>186</b>
Factores biológicos .....	187
Factores sociales y económicos .....	189
Factores psicológicos .....	193
<b>Oferta de servicios de salud .....</b>	<b>194</b>
<b>Atención y tratamiento de la salud mental .....</b>	<b>197</b>
<b>Principales problemas de salud mental identificados (de acuerdo con el análisis de los indicadores proporcionados e identificados.) .....</b>	<b>199</b>
Suicidio.....	199
Violencia intrafamiliar .....	203
Farmacodependencia (enlazado con indicador de Tratamiento por consumo de sustancias) .....	204

<b>Organización de servicios de salud mental.....</b>	<b>206</b>
Recursos humanos en salud mental. (psicólogos, trabajadores sociales, Enfermera en Salud mental, médicos psiquiatras, médicos y sus especialidades.) .....	207
Oferta de Servicios de salud mental a nivel privado (incluir ONGS). .....	208
Redes comunitarias.....	208
<b>Proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción y prevención en salud mental o actividades exitosas dirigidos a la comunidad sobre salud mental (Breve descripción, objetivos y logros). .....</b>	<b>209</b>
Investigaciones en salud mental del último quinquenio (identificadas en su comunidad). ....	210
Identificación de sistemas de Información en salud mental. ....	210
<b>Análisis de los 3 principales problemas identificados en la comunidad desde la perspectiva de los actores sociales estratégicos. ....</b>	<b>211</b>
Consumo de sustancias (drogadicción).....	211
Violencia intrafamiliar .....	212
Trastornos mentales .....	212
<b>Selección de los indicadores.....</b>	<b>213</b>
<b><i>Referencias bibliográficas.....</i></b>	<b>219</b>
<b><i>Anexos .....</i></b>	<b>228</b>
<b>Anexo 1. Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS.....</b>	<b>228</b>
<b>Anexo 2. Valoración de problemas de salud por participante.....</b>	<b>231</b>
<b>Anexo 3. Modelo teórico-metodológico para el análisis de situación de salud según Determinantes Sociales. INHEM, 2017.....</b>	<b>232</b>
<b>Anexo 4. Determinantes Sociales de la Salud.....</b>	<b>233</b>
<b>Anexo 5. Diagramas Causa-Efecto .....</b>	<b>235</b>
<b>Anexo 6. Pareto para priorización de causas raíz .....</b>	<b>245</b>
Contaminación ambiental.....	245
Inaccesibilidad a los servicios de salud .....	245
Consumo de sustancias psicoactivas .....	246
Violencia Intrafamiliar.....	246
Tumores malignos.....	247
Trastornos mentales .....	247

Trastornos perinatales y neonatales.....	248
Malformaciones congénitas.....	248
Accidentes de tránsito .....	249
Enfermedades cardiovasculares .....	249

## Tabla de Ilustraciones

<i>Cuadro N°1.</i> Extensión territorial de los distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital .....	46
<i>Figura N°1.</i> Distribución y Límites geográficos de los distritos correspondientes al Área Rectora de Salud Aguas Zarcas .....	47
<i>Cuadro N°2.</i> Densidad poblacional (hab/km <sup>2</sup> ) en los distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital en el año 2022 .....	66
<i>Cuadro N°3.</i> Población total en los distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital para el año 2022 .....	66
<i>Gráfico N°1.</i> Pirámide poblacional Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2011.....	67
<i>Gráfico N°2.</i> Pirámide poblacional Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022.....	68
<i>Figura N°2.</i> Crecimiento poblacional del Área de Salud Aguas Zarcas del 2011 al 2022 .....	68
<i>Figura N°3.</i> Crecimiento poblacional del Área de Salud Pital del 2011 al 2022 .....	69
<i>Cuadro N°4.</i> Razón de envejecimiento en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas (distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital) años 2011 y 2022 .....	69
<i>Cuadro N°5.</i> Razón de dependencia demográfica en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas (distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital) años 2011 y 2022.....	70
<i>Gráfico N°3.</i> Tasa de natalidad según año de estudio. Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2011 y 2017-2021.....	70
<i>Cuadro N°6.</i> Tasa Específica de Fecundidad según distrito y año de estudio.....	71
Área Rectora de Salud Aguas Zarcas años 2011-2021* .....	71
<i>Cuadro N°7.</i> Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo, 2021.....	72
<i>Cuadro N°8.</i> Total de partos atendidos por personal capacitado, 2021 .....	72
<i>Cuadro N°9.</i> Número de profesionales en salud disponibles en las Áreas de Salud Aguas Zarcas y Pital, 2021.....	73
<i>Cuadro N°10.</i> Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud, 2021 .....	73
<i>Cuadro N°11.</i> Principales eventos notificados mediante VE-01 en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022 .....	74
<i>Cuadro N°12.</i> Principales eventos notificados mediante VE-01 en el.....	75

Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022 .....	75
<i>Gráfico N°4.</i> Tasa de deserción interanual en I y II ciclos, 2010-2019 .....	77
<i>Gráfico N°5.</i> Tasa de deserción interanual en III ciclo y educación diurna, 2010-2019.....	78
<i>Cuadro N°13.</i> Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad 2015-2019	86
<i>Cuadro N°14.</i> Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad 2015-2019	87
<i>Cuadro N°15.</i> Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. 2015-2019 .....	88
<i>Cuadro N°16.</i> Agrupación de códigos según enfermedades utilizado para ASIS, 2015-2019.....	89
<i>Cuadro N°17.</i> Lluvia de ideas en taller de trabajo con la comunidad, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023 .....	92
<i>Cuadro N°18.</i> Jerarquización de los problemas obtenidos de la lluvia de ideas en taller de trabajo con la comunidad, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023.....	93
<i>Cuadro N°19.</i> 10 principales problemas seleccionados y clasificados por los actores sociales durante la lluvia de ideas en el taller de trabajo con la comunidad, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023 .....	94
<i>Cuadro N°20.</i> Principales problemas priorizados para trabajo en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas .....	103
<i>Cuadro N°21.</i> Diagrama de Causa-Efecto o Ishikawa.....	104
<i>Cuadro N°22.</i> Dimensión y causas raíz del diagrama de Ishikawa .....	107
<i>Cuadro N°23.</i> Criterios de priorización para las causas raíz.....	108
<i>Cuadro N°24.</i> Determinantes socioeconómicos del consumo de sustancias .....	119
<i>Cuadro N°25.</i> Formas de abuso reportadas mediante VE 01 .....	131
Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023 .....	131
<i>Cuadro N°26.</i> San Carlos Actividades principales por distrito.....	191
<i>Cuadro N°27.</i> Índice de Desarrollo Social del territorio San Carlos .....	193
<i>Cuadro N°28.</i> Casos de intento de suicidio Región Huetar Norte según año y sexo, enero a marzo 2023.....	200
<i>Cuadro N°28.</i> Incidencia de casos de intento de suicidio notificados según grupo de edad, 2014-2018.....	201
<i>Cuadro N°29.</i> Población masculina proyectada por distrito, edad y sexo .....	214
Área Rectora Aguas Zarcas, 2022.....	214
<i>Cuadro N°30.</i> Población femenina proyectada por distrito, edad y sexo .....	215
Área Rectora Aguas Zarcas, 2022.....	215

<i>Gráfico N°6.</i> Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.....	216
<i>Gráfico N°7.</i> Tasa de Depresión .....	217
<i>Gráfico N°8.</i> Tasa de Violencia .....	217

## Lista de abreviaturas

**ARS:** Área Rectora de Salud

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

**AYA:** Acueductos y Alcantarillados

**CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social

**EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda

**IAFA:** Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

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

**IRA:** Insuficiencia Renal Aguda

**IMN:** Instituto Meteorológico Nacional

**INS:** Instituto Nacional de Seguros

**MEIC:** Ministerio de Economía Industria y Comercio

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

**MS:** Ministerio de Salud

**MSP:** Ministerio de Seguridad Pública

**OIJ:** Organismo de Investigación Judicial

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PIB:** Producto Interno Bruto

**RNT:** Registro Nacional de Tumores

**SIRNAT:** Sistema de Registro Nacional de Tumores

**TSE:** Tribunal Supremo de Elecciones

**UCR:** Universidad de Costa Rica

## Introducción

El Análisis de la Situación de Salud cumple un rol primordial, porque permite definir nuestras prioridades sanitarias y trazar objetivos claros y realistas, así como diseñar estrategias y actividades que contribuyan a una distribución más equitativa de los recursos. En la gestión de salud, constituye uno de los principales instrumentos guías que debe orientar la formulación de políticas de salud y por lo tanto la utilización eficiente de los escasos recursos del Sector Salud.

En el año 1999 la OPS acuñó la siguiente definición del término:

“El ASIS es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto.”

Asimismo, según Pineault y Daveluy, el ASIS o Diagnóstico de Situación de Salud

“...es un procedimiento que permite conocer y analizar la salud de grupos, comunidad o población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas o necesidades de salud, determinar sus factores causales, como parte de un proceso que no debe concluir hasta la solución o control de los problemas detectados.”

La realidad sanitaria nacional presenta grandes problemas estructurales de larga data que constituyen enormes desafíos para nuestra salud. Entre los principales problemas tenemos la inequidad y la ineficiencia, reflejadas en las zonas urbanas con mejores niveles socioeconómicos y concentración de recursos (establecimientos de salud, profesionales, equipos, insumos y materiales) y en las zonas rurales con altos niveles de pobreza, y donde es difícil tener acceso a este tipo de recursos.

Las Unidades Ejecutoras de cada Dirección de Salud deben tener presente que la base para la toma de decisiones adecuada es el conocimiento de las condiciones

de Salud de la población y por lo tanto el Análisis de la Situación de Salud resulta de vital importancia para planear y evaluar los programas y acciones a ejecutar. La información del diagnóstico de salud en el que se presentan las necesidades y prioridades de cada población constituye el punto de partida inicial de todo programa de acción.

Está demostrado fehacientemente que las instituciones pueden lograr mayor eficiencia y efectividad cuando se dispone de información adecuada, oportuna y de calidad para la toma de decisiones. En este contexto es en el que se desarrolla el ASIS nacional, regional y local, enmarcado dentro de la planificación estratégica institucional, para lo cual, en base a información proporcionada por diferentes entes o instituciones, genera información útil y actualizada. Asimismo, permite identificar los actores sociales con los que se debe concertar para la construcción de una respuesta social organizada que enfrente, eficaz y eficientemente los factores que debilitan la salud individual y colectiva de nuestra población y generar planes de contingencia ante posibles daños o amenazas a la Salud Pública.

## Definiciones operacionales

**Análisis de situación de salud:** el Análisis de Situación de Salud es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto

**Asistencia a la educación regular:** la asistencia permite obtener una estimación de la matrícula en los diferentes sistemas de enseñanza regular, por lo que se distinguen los siguientes niveles de asistencia (INEC):

- **Preparatoria:** se refiere a la educación preescolar. Para la población de interés, abarca dos grados (Kínder o preparatoria), pero es común que las personas indistintamente le llamen “Kínder”. Como la educación preescolar conlleva programas de estimulación, los grados se asocian a la edad. En este sentido la preparatoria, cubre a niños de cinco y medio (5 1/2) a seis y medio años (6 1/2).
- **Escuela:** contempla la asistencia a la enseñanza primaria (I y II ciclo de educación básica) y cubre a personas con edades de 6 o más.
- **Colegio:** abarca la educación secundaria, tanto el III ciclo de educación básica, como el IV ciclo de educación (enseñanza diversificada o enseñanza de colegios vocacionales, técnicos y agropecuarios).
- **Parauniversitaria o universidad:** en esta categoría se ubican las personas que asisten a educación superior, sea parauniversitario o universitario. Para ser considerado como tales, estos centros deben estar reconocidos por el Consejo de Educación Superior (CONESUP).
- **Enseñanza especial:** personas que asisten a las escuelas de educación especial o las aulas integradas que funcionan en las escuelas y colegios normales.

- **Educación abierta (primaria o secundaria):** se incluye para determinar la asistencia a un centro de enseñanza escolarizada pero no formal. Esta categoría permite captar a aquellas personas que, aunque no asisten a la educación regular, acceden a la escolarización a través de la enseñanza no formal.

**Bienes y servicios económicos:** para efectos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) del INEC, son bienes y servicios los que se obtienen de (tomado del INEC):

- a. La producción y tratamiento de productos primarios (agricultura, caza, silvicultura, pesca, minas y canteras), siempre y cuando el destino de la producción sea para la venta o el trueque. Puede ser que parte de esa producción sea destinada al consumo del hogar, por el contrario, si toda la producción primaria se destina al autoconsumo del hogar, no se considera como bienes “económicos”.
- b. La producción de todos los otros bienes y servicios, siempre y cuando el destino de la producción sea sólo para la venta, o se destine conjuntamente para la venta y el consumo del hogar. Si toda la producción de otros bienes y servicios se destina al autoconsumo del hogar, no se consideran bienes o servicios “económicos”.

**Captación prenatal temprana en madres de niños menores de un año fallecidos:** Número de madres de menores de un año fallecidos, que fueron captadas por los servicios de salud durante el primer trimestre del embarazo, por cada 100 madres entrevistadas.

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

**Cobertura de la atención prenatal:** Proporción de las madres de los nacidos vivos declarados ante el Registro Civil en un año dado, que recibieron al menos cinco consultas médicas durante el embarazo.

**Cobertura del seguro de salud de la CCSS:** Proporción de las personas encuestadas, residentes en hogares particulares, que declaran estar cubiertas por alguna de las modalidades del seguro de salud de la CCSS.

**Cobertura del servicio municipal de recolección de residuos sólidos domiciliarios:** Proporción de las viviendas individuales ocupadas, que están cubiertas por el servicio municipal de recolección de residuos sólidos ordinarios (RSO).

**Cobertura del tamizaje neonatal:** Proporción de recién nacidos a la cuales se le realizó la prueba del talón (tamizaje neonatal), para la detección de enfermedades metabólicas hereditarias y defectos hormonales.

**Cobertura estimada de citología cérvico vaginal alcanzada por la CCSS:** Número de mujeres de 20 años o más, atendidas en el primer nivel de atención de la CCSS, que se han realizado la citología cérvico vaginal (PAP) al menos una vez en los dos años previos a la fecha de la evaluación, por cada 100 mujeres de la misma edad en la población total estimada por la CCSS (país y áreas de salud).

**Cobertura estimada de vacunación con BCG en menores de 1 año:** Número de niños menores de un año que se estima han recibido la vacuna BCG (antituberculosis), por cada 100 nacidos vivos, en un año específico, en un espacio geográfico determinado.

**Cobertura estimada de vacunación contra la varicela en niños de 1 año:** Número de niños de 1 año (12 a 23 meses) que se estima han recibido la vacuna contra la varicela en un año dado, por cada 100 nacidos vivos durante el año anterior, en un determinado espacio geográfico.

**Cobertura estimada de vacunación contra SRP en niños de 1 año:** Número de niños de 1 año (12 a 23 meses) que se estima han recibido la vacuna contra el

sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) en un año dado, por cada 100 nacidos vivos durante el año anterior, en un determinado espacio geográfico.

**Cobertura estimada de vacunación en menores de 1 año por tipo de vacuna:**

Número de niños menores de un año que se estima han recibido la tercera dosis de la vacuna “x”, en un año dado, por cada 100 nacidos vivos.

**Cobertura poblacional con agua sometida a control de calidad:** Proporción de la población que recibe agua de sistemas sometidos a controles de calidad por parte del Laboratorio Nacional de Aguas.

**Composición poblacional por grupos de edad y sexo:** Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.

**Condición de actividad:** a partir de la definición anterior de bienes y servicios económicos, se determina la condición de actividad de las personas de 12 años y más, clasificándolas en Fuerza de Trabajo (Población Económicamente Activa) y en Población Económicamente Inactiva.

**Condición de aseguramiento o tipo de Seguro Social:** forma en que las personas adquieren el derecho a recibir los beneficios que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social; a saber (INEC, modificado):

- **Asegurado directo:** incluye los siguientes tipos de afiliación:
  - **Asalariado:** persona que trabaja para un patrono en una empresa o institución pública o privada y que, por lo tanto, devenga un salario monetario, del cual el patrono le deduce la cuota de seguro social.
  - **Convenio:** todos los trabajadores asegurados mediante convenio suscrito por la Caja Costarricense de Seguro Social con entidades públicas o privada, tales como asociaciones, sindicatos, cooperativas, etc.
  - **Cuenta propia:** es aquella persona que se asegura por cuenta propia en forma voluntaria, pagando directamente a la Caja Costarricense de Seguro Social una suma mensual. Hay dos tipos de asegurado por cuenta propia: a) voluntario: cotiza tanto para el seguro de enfermedad como para el régimen

de IVM. No goza de incapacidades; y b) trabajador independiente: cotiza tanto para el seguro de enfermedad como para el régimen de IVM. Sí goza de incapacidades.

**Densidad de Población:** Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados (MIDEPLAN).

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

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

**Determinantes intermedios:** actúan directamente sobre las situaciones de salud, son las circunstancias materiales de vida y trabajo, las circunstancias psicosociales, las conductas y estilos de vida, los factores biológicos y naturales, el sistema de salud, la cohesión social y el capital social.

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

**Distribución relativa de la población de 10 años y más según nivel de instrucción:** Proporción de personas de 10 años y más que, al momento del censo

o encuesta, han alcanzado el nivel de instrucción “x”; de acuerdo con el último grado o año aprobado en el sistema de educación regular.

**Drogas ilegales:** drogas cuyo consumo se penaliza: marihuana, cocaína, heroína y “crack”, entre las más conocidas.

**Educación regular no formal:** abarca a las instituciones de enseñanza primaria y secundaria, pero bajo programas adaptados a grupos especiales de la población, con duración diferente a la establecida por el MEP, es decir, es aquella enseñanza que a pesar de impartirse por grados o niveles no se organiza con los contenidos y la duración establecida. A este tipo de educación se le ha denominado dentro del MEP como “educación abierta” y contempla los programas de educación básica a distancia (denominado maestro en casa) y la nueva modalidad de educación secundaria en la que jóvenes menores de edad y con rezago escolar, pueden aprobar materias de un nivel determinado con sólo presentar satisfactoriamente un examen comprensivo en el MEP. Tanto el programa de bachillerato por madurez como la modalidad de enseñanza secundaria “adaptada”, se imparten en instituciones públicas y privadas (INEC).

**Educación regular o formal:** aquella cuya finalidad es lograr que el educando desarrolle destrezas mentales y motoras indispensables y elementales para su vida personal; o adquiera conocimientos básicos en diferentes campos del saber humano que le permitan comprender su entorno; o adquiera habilidades o conocimientos especializados para incorporarse al ámbito productivo, pero impartidas en instituciones educativas autorizadas por la entidad competente (Ministerio de Educación Pública, MEP). Lo importante es que la enseñanza sea por grados o niveles, en los cuales es necesario aprobar un grado para poder cursar el siguiente.

**Escenario de salud:** el lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud. Los escenarios normalmente pueden

identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa.

**Escenario de riesgo:** identificación y cuantificación del riesgo resultante de la exposición en un lugar o contexto social a un agente, teniendo en cuenta los posibles daños sobre los individuos o la sociedad derivados de esta exposición en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar

**Estado conyugal:** según el INEC, “esta variable tiene como fin obtener la situación conyugal de todas las personas de 12 años o más de edad al momento del censo, en relación con las leyes y costumbres del país.

Los censos de nuestro país investigan el estado conyugal o marital (no el estado legal o civil). De manera que para efectos censales y para estudios demográficos, una persona puede estar, por ejemplo, divorciada, viuda o en cualquier otro estado legal; pero si al momento del censo convive con otra persona, se considera que su estado conyugal es “unida”. Las definiciones de estado conyugal utilizadas son:

- **Unido(a) o juntado(a):** persona que vive en estado marital sin haber contraído matrimonio legal o civil con aquella persona con la cual convive (unión de hecho).
- **Casado(a):** persona que ha contraído matrimonio legal y vive con su cónyuge o pareja, o temporalmente separada por motivos especiales como trabajo, enfermedad, encarcelamiento, etc.
- **Separado(a):** persona que vive separada de su cónyuge (de matrimonio o unión) y que no vive en unión de hecho.
- **Divorciado(a):** persona que habiendo disuelto en forma legal su matrimonio, no se ha vuelto a casar, ni vive en unión de hecho.
- **Viudo(a):** persona que después del fallecimiento de su último cónyuge, no ha vuelto a contraer matrimonio ni vive en unión de hecho.

- **Soltero(a):** persona que no se ha casado y que nunca ha vivido en unión de hecho” (INEC).

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

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

**Femicidio:** es la forma más extrema de violencia de género, entendida ésta como la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres en su deseo de obtener poder, dominación o control. Incluye los asesinatos producidos por la violencia intrafamiliar y la violencia sexual. El femicidio puede tomar dos formas: femicidio íntimo o femicidio no íntimo.

**Frecuencia relativa de las consultas externas en la CCSS:** Distribución relativa de las atenciones impartidas por personal calificado, en los servicios de consulta externa de la CCSS, según edad, sexo y otras categorías de interés.

**Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar:** Relación entre hogares pobres o no pobres que tienen jefatura femenina, respecto al total de hogares en la misma condición de pobreza (pobres y no pobres).

**Fuerza de trabajo o población económicamente activa (PEA):** es el conjunto de personas de 12 años o más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada y la desocupada (INEC).

**Hogar:** es la persona sola (hogar unipersonal) o grupo de personas, con o sin vínculos familiares, que son residentes habituales de la vivienda, que comparten y

participan entre sí de la formación y/o utilización de un mismo presupuesto, que llevan una vida en común, que elaboran y consumen en común sus alimentos (INEC).

**Incidencia anual de malformaciones congénitas:** Número de casos de malformaciones congénitas (MC) registrados en los nacidos vivos o muertos de un año dado, por cada 10.000 nacimientos totales.

**Índice de desarrollo humano (IDH):** Medida resumen del progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación, y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano (basada en PNUD).

**Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc):** Medida resumen del progreso medio conseguido por cada cantón en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano de un cantón (Basado en PNUD Costa Rica y UCR).

**Índice de desarrollo social cantonal (IDS):** Medida resumen de las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, en cuatro dimensiones: económica, participación social, salud y educación. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 100, donde 100 indica el máximo nivel de desarrollo social (basado en MIDEPLAN).

**Ingresos:** se incluyen los siguientes conceptos, notas técnicas y definiciones sobre el tema de los ingresos, que forman parte del marco metodológico de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (INEC):

- **Fuente de ingresos:** ingresos provenientes de la renta primaria (trabajo), de las transferencias regulares en dinero, y de las rentas de la propiedad. La captación se efectúa de acuerdo con la periodicidad de percepción de los

ingresos, y en el procesamiento de los datos se convierte en ingreso mensual.

- **Ingreso en la ocupación principal:** es el ingreso que perciben los ocupados mensualmente en su ocupación principal, ya sea por concepto de trabajo dependiente en el caso de los asalariados, o por concepto de trabajo independiente en el caso de los patronos y de los trabajadores por cuenta propia.

En el caso de los asalariados, los resultados se refieren al salario monetario. Si bien la Encuesta indaga sobre algunos rubros que el asalariado puede recibir como pago por su trabajo (vivienda, alimentación, vestido y transporte), estos no se contabilizan ni se valoran monetariamente.

En cuanto a los trabajadores independientes (patronos y cuenta propia), se solicita el ingreso percibido como utilidad o ganancia, producto de su actividad; y el ingreso por auto suministro de los bienes que produce y comercializa. El auto suministro se valora de acuerdo con los precios de mercado vigentes en el mes de la Encuesta.

- **Ingreso primario:** es el ingreso mensual de los ocupados, que se obtiene al sumar el ingreso percibido en su ocupación principal y los ingresos percibidos en su ocupación secundaria, en caso de tenerla.
- **Otros ingresos:** son los ingresos monetarios provenientes de transferencias regulares tales como jubilaciones, pensiones, subsidios, becas, e ingresos provenientes de rentas de la propiedad.
- **Ingreso mensual total:** es la suma del ingreso primario más los otros ingresos.
- **Ingreso total del hogar:** es la suma del ingreso mensual total de todas las personas del hogar, siempre que su relación de parentesco con el jefe del hogar no sea servidor doméstico ni pensionista (persona que aporta una contraprestación monetaria por alojamiento).

**Ingreso per cápita de los hogares por quintiles:** Ingreso per cápita de los hogares, que resulta de su agrupación en quintiles de ingreso mensual promedio.

**Jefe o jefa:** es la persona considerada como tal por los demás miembros del hogar; es quien tiene la mayor responsabilidad en la toma de decisiones del hogar y generalmente aporta la mayor parte de los recursos económicos del hogar, aunque no necesariamente. En los grupos no familiares jefe es la persona que tiene la autoridad máxima, la que lleva la administración, la que tiene más tiempo de residir ahí o, por último, la de más edad. Si una persona vive sola, ella misma es jefe del hogar (INEC).

**Nacimiento vivo:** expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta (CIE-10).

**Nivel de instrucción:** el nivel de instrucción de una persona corresponde al año más avanzado de estudios aprobados dentro del ciclo de educación regular (INEC). Incluye las siguientes categorías:

- **Ninguno:** 0 años aprobados.
- **Primaria:** comprende desde primero a sexto grado del nivel primario.
- **Secundaria académica:** comprende desde primero al quinto año de los colegios secundarios cuya enseñanza es exclusivamente académica.
- **Secundaria técnica:** comprende los colegios secundarios que imparten, además de la enseñanza académica, alguna especialidad.
- **Parauniversitaria:** se refiere a las instituciones de educación superior reconocidas por el Consejo Superior de Educación y cuyo objetivo principal es ofrecer carreras cortas completas, de dos a tres años de duración, a personas egresadas del nivel secundario.

- **Universitaria:** se refiere a las instituciones de educación superior universitaria tanto públicas como privadas, pero reconocidas como tales por el Consejo Superior de Educación.

**Número anual de casos registrados de malformaciones congénitas:** Total nacional de casos de malformaciones congénitas registrado en los nacidos vivos o muertos de un año dado.

**Número de casos registrados de eventos de notificación obligatoria:** Total de casos registrados de eventos notificación obligatoria (ENO), en un determinado período, país, territorio o área geográfica.

**Número de consultas externas en la CCSS:** Total anual de atenciones impartidas por personal calificado, en los servicios de consulta externa de la CCSS.

**Número de defunciones:** Número total de personas fallecidas de un país, territorio o área geográfica, en un determinado periodo.

**Número de demandas por violencia doméstica:** Total de casos entrados por demandas por violencia doméstica, ocurridos en un espacio geográfico y periodo determinados.

**Número de EBAIS:** Número de equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS) existentes en la red de servicios de la CCSS, al 30 de junio de cada año.

**Número de profesionales de salud en el sector público:** Número de profesionales en enfermería, farmacia, medicina, microbiología, nutrición, odontología, psicología y trabajo social que laboran en las principales instituciones públicas del sector salud, al 30 de junio de cada año (presentados como plazas de tiempo completo).

**Número de víctimas de delitos sexuales:** Total de víctimas de delitos sexuales denunciados, ocurridos en un espacio geográfico y periodo determinados.

**Número de víctimas de homicidio:** Total de víctimas de los casos de homicidio ocurridos en un espacio geográfico y periodo determinados.

**Población censal:** se obtiene mediante la enumeración del total de la población realizando un conjunto de operaciones para reunir, elaborar y publicar datos demográficos, económicos y sociales, correspondientes a todas y todos los habitantes residentes de un país, tanto nacionales como extranjeros, y referido a un momento determinado (INEC).

**Población económicamente activa (Fuerza de trabajo):** es el conjunto de personas de 12 años o más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada y la desocupada (tomado del INEC):

- **Población ocupada:** son las personas en la fuerza de trabajo que participaron en la producción de bienes y servicios económicos (trabajaron) por lo menos una hora en la semana de referencia o que, aunque no hubieran participado, tenían un trabajo del cual estuvieron ausentes por razones tales como enfermedad, licencia, vacaciones, paro, estudio o por falta de materiales o clientes, mal tiempo u otras razones circunstanciales.
- **Población desocupada:** son las personas en la fuerza de trabajo que estaban sin trabajo en la semana de referencia, estaban dispuestas a participar en la producción de bienes y servicios económicos y no encontraron trabajo asalariado o independiente, aunque habían tomado medidas concretas de búsqueda durante las últimas cinco semanas. Esta población se subdivide en dos categorías: cesante y aquella que buscó trabajo por primera vez.
- **Cesantes:** son las personas desocupadas que tienen experiencia laboral; esto es, que habían trabajado antes del período de búsqueda de trabajo.
- **Buscan trabajo por primera vez:** son las personas desocupadas que no tienen experiencia laboral.
- **Subempleo:** el subempleo existe cuando la situación de empleo de una persona es inadecuada con respecto a determinadas normas, como la

insuficiencia del volumen de empleo (subempleo visible) o los bajos niveles de ingreso (subempleo invisible).

- **Subempleo visible:** se refiere a las personas ocupadas que trabajan habitualmente menos de un total de 47 horas por semana en su ocupación principal y en su ocupación secundaria (si la tienen), que desean trabajar más horas por semana y están disponibles para hacerlo, pero no lo hacen porque no consiguen más trabajo asalariado o independiente.
- **Subempleo invisible:** se refiere a las personas ocupadas que trabajan habitualmente un total de 47 horas o más por semana en su ocupación principal y en su ocupación secundaria (si la tienen), y su ingreso primario mensual es inferior a un mínimo establecido que es el salario mínimo vigente en el momento de la encuesta.

**Población económicamente inactiva:** es el conjunto de personas de 12 años o más de edad que no forma parte de la fuerza de trabajo, esto es, no participó en la producción de bienes y servicios económicos, no estaba disponible para hacerlo, ni buscaron trabajo durante las últimas cinco semanas. Incluye: personas pensionadas o jubiladas, rentistas, estudiantes, personas en oficios del hogar, discapacitadas para trabajar y otros tipos de inactividad económica.

**Población estimada o proyectada:** las proyecciones de población corresponden a una simulación sobre el comportamiento futuro de la población que se obtiene al establecer supuestos o hipótesis sobre la evolución de los tres componentes básicos de la población: los nacimientos, la mortalidad y la migración. Por basarse en hipótesis, la población proyectada puede diferir de los cambios de población reales que se pueden producir en el país en los próximos años (basada en INEC).

**Población ocupada asalariada:** personas ocupadas que trabajan para un patrono en una empresa o institución pública o privada y que, por lo tanto, devengan un salario monetario (INEC).

**Población ocupada:** son las personas en la fuerza de trabajo que participaron en la producción de bienes y servicios económicos (trabajaron) por lo menos una hora

en la semana de referencia o que, aunque no hubieran participado, tenían un trabajo del cual estuvieron ausentes por razones tales como enfermedad, licencia, vacaciones, paro, estudio o por falta de materiales o clientes, mal tiempo u otras razones circunstanciales (INEC).

**Población urbana:** porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas. La demarcación de zonas urbanas es generalmente 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 (OPS).

**Pobreza:** se incluyen los siguientes conceptos, notas técnicas y definiciones sobre el tema de la pobreza, que forman parte del marco metodológico de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (INEC):

Los aspectos conceptuales y metodológicos involucrados en la identificación de las personas y de los hogares en situación de pobreza son complejos y difíciles de llevar a la práctica.

No obstante, en términos generales se puede definir a pobreza como la presencia de niveles de vida o bienestar socialmente inaceptables.

Para la estimación de la pobreza se ha adoptado el Método de Línea de Pobreza o Método del Ingreso. Consiste en calcular una Línea de Pobreza, que representa el monto mínimo per cápita necesario para que un hogar pueda atender las necesidades básicas de sus miembros (alimentarias y no alimentarias), y compararla con el ingreso per cápita de cada hogar. La aplicación del método requiere los siguientes insumos:

- a. El costo de una Canasta Básica de Alimentos per cápita (CBA).

- b. Una estimación del costo de las necesidades básicas no alimentarias, que se estima como el inverso de la proporción del gasto en alimentos, de acuerdo con la información de la Encuesta de Ingresos y Gastos de 1987-1988.
- c. El ingreso per cápita del hogar, que es estimado por la Encuesta de Hogares con base en los hogares que declararon su ingreso. En esta ocasión para el 91,0% de los hogares se conoce el ingreso.

El valor de la Línea de Pobreza corresponde al valor de la CBA multiplicada por el inverso de la proporción del gasto alimentario de los hogares. El procedimiento se aplica de manera independiente para la zona urbana y para la zona rural.

De acuerdo con lo anterior, la aplicación del método de la Línea de Pobreza permite clasificar a los hogares de la siguiente forma:

- **Hogares no pobres:** son aquellos hogares que tienen un ingreso per cápita que les permite cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias, o sea, su ingreso per cápita es superior al valor de la Línea de Pobreza.
- **Hogares en pobreza no extrema:** son aquellos hogares con un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la CBA.
- **Hogares en pobreza extrema:** son aquellos hogares con un ingreso per cápita que no les permite cubrir sus necesidades básicas “alimentarias” o sea que su ingreso per cápita es igual o inferior al costo per cápita de la CBA.

**Porcentaje anual de entes generadores de agua residuales que obtienen el certificado de calidad:** Número de entes generadores de agua residuales que reciben la certificación anual de cumplimiento de la calidad del agua, por cada cien entes generadores con permiso sanitario de funcionamiento (PSF), en un determinado espacio geográfico.

**Porcentaje anual de fuentes fijas que cumplen las normas de emisión:** Número de fuentes fijas que anualmente cumplen las normas de emisión establecidas por el

Ministerio de Salud, por cada cien fuentes fijas con permiso sanitario de funcionamiento, en un determinado espacio geográfico.

**Porcentaje de analfabetismo:** Proporción de la población de 10 años y más que no pueden leer y escribir, en la lengua materna, al menos un texto sencillo que le permita enfrentar situaciones de la vida cotidiana (basada en INEC).

**Porcentaje de asistencia a la educación regular de la población de 5 años y más:** Proporción de personas de 5 años y más que, al momento del censo o encuesta, asisten a algún centro de enseñanza regular, ya sea de tipo formal o informal.

**Porcentaje de cobertura de los centros de atención maternal y CEN-CINAI:** Proporción de niños y niñas de 2 a 5 años edad debidamente inscritos y matriculados en centros de atención maternal y en los CEN-CINAI. Centros que, en general, brindan el servicio de guardería, educación temprana, alimentación y nutrición (basada en INEC).

**Porcentaje de desertores en la educación primaria y secundaria:** Proporción de estudiantes de primaria y secundaria que abandonaron, de forma temporal o definitiva, el sistema educativo regular antes de concluir el período lectivo anual (deserción intra anual).

**Porcentaje de hogares pobres:** Proporción de hogares que no tienen un ingreso per cápita que les permita cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias; o sea, su ingreso per cápita es inferior al valor de la Línea de Pobreza (basada en INEC).

**Porcentaje de la población de 10 años y más sin instrucción:** Proporción de personas de 10 años y más que, al momento del censo o encuesta, no han aprobado ningún año en el sistema de educación regular.

**Porcentaje de la población de 20 años y más con al menos la educación secundaria completa:** Proporción de personas de 20 años y más que, al momento del censo o encuesta, han aprobado como mínimo el último año de la enseñanza secundaria, ya sea académica o técnica.

**Porcentaje de la población de 20 años y más con educación universitaria:**

Proporción de personas de 20 años y más que, al momento del censo o encuesta, han aprobado al menos un año de educación universitaria.

**Porcentaje de muertes infantiles prevenibles con intervenciones de los servicios de salud:** Número de muertes infantiles (M.I.) analizadas que se considera pudieron ser prevenidas, total o parcialmente, con intervenciones de los servicios de salud.

**Porcentaje de niños de 1 a 4 años con esquema completo de vacunación:**

Número de niños de 1 a 4 años que al momento de la encuesta tienen completo el esquema oficial de vacunas, para la edad cumplida, por cada 100 niños de la misma edad.

**Porcentaje de niños de 3 a 11 meses de edad con consulta temprana de crecimiento y desarrollo:**

Proporción niños de 3 a 11 meses de edad, atendidos en los servicios de la CCSS, que recibieron su primera consulta de crecimiento y desarrollo en los primeros 90 días de vida.

**Prevalencia del consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años:** Proporción de personas que han consumido tabaco durante un período determinado (alguna vez en la vida, durante el último año o durante el último mes).

**Proporción de población de 60 y más años de edad:** Número de personas de 60 y más años de edad por cada 100 habitantes, existentes en la población total.

**Proporción de población menor de 15 años de edad:** Número de menores de 15 años de edad por cada 100 habitantes, existentes en la población total.

**Razón de dependencia demográfica:** Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años más la población de 65 y más años de edad; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años de edad. Todo para un determinado país, territorio o

área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS).

**Razón de envejecimiento:** Porcentaje de la población que reside en zonas clasificadas como urbanas por Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Sinonimia: porcentaje de población urbana.

**Razón de masculinidad:** Número de hombres por cada 100 mujeres, existentes en la población total.

**Salario mínimo:** salario de protección legal que el Estado garantiza a los trabajadores que no se enmarcan en alguna ocupación específica dentro del Decreto de Salarios Mínimos (INEC).

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

**Tasa de crecimiento natural de la población:** Tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC).

**Tasa de mortalidad infantil:** Número de muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos, en un espacio geográfico y período determinados.

**Tasa de mortalidad materna (anual, trienal o quinquenal):** Cociente entre el número de muertes maternas registradas en un determinado período (año, trienio, quinquenio, etc.) y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 10.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica (OPS, modificada).

**Tasa de mortalidad por edad:** Número de defunciones ocurridas en un grupo etario dado, por cada mil personas del mismo grupo de edad, en un año determinado.

**Tasa de mortalidad por sexo:** Número de defunciones masculinas o femeninas, por cada mil personas del mismo sexo, en un año determinado

**Tasa de natalidad:** Número de nacimientos por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil (INEC, modificada).

**Tasa general de mortalidad:** Número anual de defunciones ocurridas en un país, territorio o área geográfica, por cada mil habitantes.

**Técnicos de atención primaria por mil habitantes (ATAP):** Número de ATAP que laboran en el primer nivel de atención de la red de servicios de la CCSS, al 30 de junio de cada año, por cada 1.000 habitantes.

**Total de nacimientos:** Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y períodos determinados.

**Trabajador:** persona que reporta tener un trabajo remunerado (incluye las siguientes categorías de la encuesta: sector primario, sector secundario y sector terciario).

**Zona urbana y rural (tomado del INEC):** esta es una variable que permite determinar la distribución de la población y las viviendas según zonas geográficas y de acuerdo al grado de urbanización de la división político-administrativa del país. Se asigna previamente la cualidad de urbano y rural a los segmentos censales, según los siguientes criterios y definiciones, utilizados también en el Censo Nacional de 1984 (DGECMEIC, 1987):

- **Urbano:** las áreas urbanas se delimitan a priori con criterio físico y funcional, tomando en cuenta elementos tangibles tales como cuadrantes claramente definidos, calles, aceras, servicios urbanos, (recolección de basura, alumbrado público), actividades económicas. La delimitación geográfica se realiza a partir de los centros administrativos de cada cantón o distrito y se

amplía de manera compacta en función de la presencia de las características antes señaladas.

- **Periferia urbana:** son aquellas zonas que pertenecen a las áreas localizadas entre el límite del cuadrante urbano y la poligonal envolvente del área urbana que, aunque no se encuentran dentro de dicho cuadrante presenta características muy similares a las de estas zonas. A estas áreas se les considera en transición de lo rural a lo urbano. La poligonal envolvente consiste en una línea imaginaria que encierra, tanto el cuadrante o casco urbano, como las áreas adyacentes al mismo.
- **Rural concentrado:** son aquellos centros poblados no ubicados en el área urbana, que reúnen ciertas características, tales como: un predominio de actividades no agropecuarias; 50 o más viviendas agrupadas o contiguas con distancias entre sí generalmente no mayor de 20 metros; disposición de algunos servicios de infraestructura como electricidad, agua potable y teléfono; cuentan con servicios como escuela, iglesia, parque o plaza de esparcimiento, centro de salud, guardia rural, etc.; pequeños o medianos comercios relacionados algunos con el suministro de bienes para la producción agrícola; y un nombre determinado que los distingue de otros poblados.
- **Rural disperso:** son aquellas áreas no contempladas en las categorías anteriores. Estas áreas suelen tener mayor dispersión de viviendas y población en el territorio y un uso del suelo predominantemente agropecuario.

## Metodología

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 sustentadas en los indicadores epidemiológicos.

Ante estas premisas primero se procede a seleccionar los indicadores de interés, realizar la descripción del entorno, luego realizar la priorización de las principales causas de mortalidad del país y los problemas sentidos por la comunidad. Para la priorización de esos problemas mediante el uso de herramientas como el diagrama de causa y efecto, análisis PARETO y otras se procede a analizar la información obtenida y definir las líneas de acción.

## Selección de los indicadores

Un indicador hace referencia a un dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura. Es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos. Debe ser definido en términos precisos, no ambiguos, que describan clara y exactamente lo que se está midiendo. En la siguiente tabla se muestran algunos indicadores para el desarrollo del ASIS.

<b>Indicadores Sociales</b>		
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>
1	Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 15 y más años que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.
2	Índice de desarrollo humano (IDH)	Medida resumen del progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación, y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano (basada en PNUD).
3	Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	Medida resumen del progreso medio conseguido por cada cantón en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano de un cantón (Basado en PNUD-Costa Rica y UCR).
4	Índice de desarrollo social cantonal (IDS)	Medida resumen de las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, en cuatro dimensiones: económica, participación social, salud y educación. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 100, donde 100 indica el máximo nivel de desarrollo social (basado en MIDEPLAN).

6	Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Relación entre hogares pobres o no pobres que tienen jefatura femenina, respecto al total de hogares en la misma condición de pobreza (pobres y no pobres). Nota: en cada caso se debe especificar el nombre del indicador resultante: porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina y porcentaje de hogares no pobres con jefatura femenina.
<b>Indicadores Demográficos</b>		
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
7	Población	Número de habitantes de un país, territorio o área geográfica (total general o para un sexo o grupo etario dados), en un punto de tiempo específico. En términos demográficos es el número total de habitantes que efectivamente viven dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS).
8	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.
9	Razón Mujer-Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total.
10	Razón de dependencia demográfica	Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años más la población de 65 y más años; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años de edad. Todo para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS)
11	Razón de envejecimiento	Número de personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total.

12	Proporción de la población urbana	Porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. 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.
13	Proporción de personas por curso de vida	Porcentaje de población según los siguientes grupos de edad (menores de un año, 1-9 años, 10-19 años, 20-64 años, 65 y más años)
14	Tasa de fecundidad total	Número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica.
15	Total de nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados
16	Tasa de natalidad	Número de nacimientos por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil (INEC, modificada). Sinonimia: tasa bruta de natalidad y tasa cruda de natalidad
17	Tasa de crecimiento natural de la población	Tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC).
18	Tasa global de fecundidad	Número promedio de hijos e hijas que tendría cada mujer durante sus años reproductivos, si las tasas de fecundidad específicas observadas en el país y año de interés se mantuvieran sin cambios.
19	Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Prevalentes al

		momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (OPS).
21	Tasa cruda de mortalidad	La razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.
22	Densidad de población	Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. (MIDEPLAN).
Indicadores Económicos		
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
23	Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes	El PIB per cápita (actualmente conocido como Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos mediante el método Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año. El PIB es la suma del valor agregado por todos los productores residentes más todos los impuestos a los productos (menos los subsidios) no incluidos en la valuación del producto más las entradas netas de ingreso primario del exterior.
24	Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema	Porcentaje de hogares que tienen un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.
25	Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema	Porcentaje de hogares con un ingreso per cápita igual o inferior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.
26	Población económicamente activa (PEA)	Conjunto de personas de 15 años a más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada y la desocupada (INEC).
27	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).
28	Tasa de desempleo abierto	Porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo (INEC).
30	Razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos	Relación entre el ingreso per cápita promedio de los hogares clasificados en el quintil más rico,

		con el ingreso per cápita promedio del quintil de los hogares más pobres.
31	Coeficiente de Gini	Medida resumen que mide el nivel de concentración de los ingresos en una sociedad. Se expresa como un número entre cero y uno. El 0 indica que no existe desigualdad (todas las personas u hogares reciben exactamente el mismo ingreso) y el 1 significa que la desigualdad es total (un solo individuo u hogar acapara todo el ingreso).
<b>Indicadores Servicios</b>		
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>
32	Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable:	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Acceso a fuentes mejoradas de agua se define por la disponibilidad de 20 litros de agua por persona al día en una distancia no mayor a 1 kilómetro. Fuentes mejoradas de agua potable mejoradas son: conexión de los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo excavado cubierto, fuente protegida, recolección de agua de lluvia. Fuentes mejoradas de agua potable no mejoradas son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, ríos o estanques, agua suministrada por vendedores, agua embotellada, agua de camión cisterna. Agua embotellada no se considera mejorada debido a las limitaciones en el suministro del agua, no en su calidad.
33	Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento:	La población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. El sistema de eliminación de excretas es adecuado cuando es privado y si separan excretas del contacto humano. Instalaciones de saneamiento mejoradas son: conexión al alcantarillado, inodoro para elaboración de compost, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo simple, letrina de pozo mejorada con ventilación. Instalaciones de saneamiento no mejoradas son: sifón con descarga a otro lugar, letrina colgante, letrina pública o compartida, letrina de pozo abierta, letrina de cubo, no hay instalaciones; defecación en el campo.

34	Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo:	Número de mujeres gestantes que han recibido al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo proveída por un profesional trabajador de salud entrenado, expresado como porcentaje de la población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Se define como atención de salud durante el embarazo a los servicios de control y monitoreo del embarazo y/o la atención ambulatoria por morbilidad asociada; no incluye ni las actividades directas de vacunación ni la atención inmediatamente previa al parto. Personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.
35	Proporción de partos atendidos por personal capacitado:	Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.
36	Razón de médicos	Número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
37	Razón de enfermeras profesionales	Número de enfermeras diplomados disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Enfermeras diplomadas no incluye personal auxiliar de enfermería.
38	Razón de odontólogos	Número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
39	Razón de camas hospitalarias	Número de camas hospitalarias disponibles por cada 1.000 habitantes en una población, para un

		año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
40	Razón de atenciones ambulatorias	Número de atenciones ambulatorias de salud por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
42	Número de establecimientos de atención ambulatoria	Número de establecimientos de salud por tipo y nivel
<b>Indicadores Sociales</b>		
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>
44	Porcentaje de hogares pobres	Porcentaje de hogares cuyo ingreso per cápita está por debajo de la línea de pobreza o de pobreza extrema, según el método de línea de pobreza o pobreza por ingresos.
48	Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliar	Corresponde al cociente que representa el dividir las viviendas con abastecimiento de agua por tubería dentro de la vivienda entre el total de viviendas, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje
49	Distribución relativa de la población de 15 años y más según nivel de instrucción	Agrupación de la población de 15 años y más según el nivel de instrucción
50	Porcentaje de la población de 15 años y más sin instrucción	Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más sin instrucción entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje
51	Porcentaje de la población con 15 años y más con educación secundaria completa	Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más con educación secundaria completa entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje
52	Porcentaje de la población con 15 años y más con educación universitaria	Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más con educación universitaria entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje
53	Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más	Cociente que representa el dividir la población de 5 años y más que asiste a la educación regular entre el total de la población de 5 años y más, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje

54	Tasa de Deserción interanual	Porcentaje de alumnos o estudiantes que abandonan un grado (año cursado) dado durante un año escolar dado. Es la diferencia entre 100% y la suma de las tasas de promoción y repetición.
56	Consumo de tabaco en población de 12 a 70 años (Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes)	Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de tabaco en el último mes: Proporción de personas en una población que consumieron tabaco durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también <b>consumo activo</b> .
57	Consumo de drogas en población de 12 a 70 años (cuál, se debe especificar no hay un dato general que las agrupe). Tenemos los datos para cada una de las legales e ilegales (tabaco, alcohol, tranquilizantes, m. opioides, m. estimulantes) (marihuana, cocaína, crack, disolventes volátiles, heroína, hongos alu., LSD, éxtasis).	Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de drogas en el último mes: proporción de personas en una población que consumieron drogas durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también consumo activo.
58	Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años	Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de alcohol en el último mes: Proporción de personas en una población que consumieron alcohol durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también <b>consumo activo</b> .
59	Edad promedio de <b>inicio</b> del consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años	Valor de la media para el Indicador de la edad de inicio de uso de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años.

**Indicadores Ambientales**

N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
60	Índice de desastres locales	Constituye la suma de tres subindicadores calculados con base en las cifras de personas fallecidas (K), personas afectadas (A) y pérdidas económicas (L) en cada municipio del país obtenidas de la base de datos Desinventar, causadas por cuatro tipos de eventos genéricamente denominados: deslizamientos y flujos, fenómenos sismos tectónicos, inundaciones y tormentas, y otros.
61	Características geográficas	Descripción de zona geográfica a analizar

62	Zonas protegidas ( <b>Áreas Silvestres Protegidas (ASP)</b> )	Espacio geográfico definido, declarado oficialmente y designado con una categoría de manejo en virtud de su importancia natural, cultural y/o socioeconómica, para cumplir con determinados objetivos de conservación y de gestión
63	Manejo de residuos ( <b>N° Total de viviendas por sistema de eliminación de residuos</b> )	Frecuencias absolutas de las viviendas según sistemas de eliminación de residuos
<b>Indicadores de Salud</b>		
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>
64	Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna	Porcentaje de personas vacunadas según los datos del Programa ampliado de inmunizaciones
65	Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud	Expresa la proporción de nacimientos que se producen en instituciones de salud
69	Distribución relativa de los eventos de notificación obligatoria	Porcentaje de cada evento respecto a la totalidad para el año 2021
<b>Incidencia de:</b>		
70	Tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria	El cociente de dividir el número absoluto de los eventos de notificación obligatoria entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000
76	Tasa de incidencia de las principales Neoplasias malignas	El cociente de dividir el número absoluto de las principales neoplasias malignas entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000

## Caracterización del entorno

### *Descripción de las características geográficas*

El Área Rectora de Salud de Aguas Zarcas, está ubicada en la zona noreste de la provincia de Alajuela, con una extensión territorial de 679.2 km<sup>2</sup>, lo que refleja que esta área rectora cuenta con una amplia extensión territorial que cubrir, además cuenta con zonas muy alejadas que son fronterizas las cuales dan paso a población migrante proveniente de Nicaragua sin ningún tipo de control por no tener puestos fronterizos oficializados.

*Cuadro N°1. Extensión territorial de los distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital*

<i>Superficie en Km<sup>2</sup> según Distrito.</i>	
<i>Area Rectora de Salud Aguas Zarcas*</i>	
Aguas Zarcas	158,6
Venecia	145,2
Pital	375,4
<b>Total</b>	<b>679,2</b>

Fuente: \*Estimaciones y Proyecciones de población, CCP UCR.

Figura N°1. Distribución y Límites geográficos de los distritos correspondientes al Área Rectora de Salud Aguas Zarcas



### Límites

El Área Rectora de Salud cuenta con los siguientes límites:

**Norte:** Cutris y Río San Juan.

**Sur:** Cerro del Congo y el Parque Nacional del agua Juan Castro Blanco

**Este:** Distrito de Grecia.

**Oeste:** Distrito de La Palmera

### Antecedentes del Área Rectora de Salud Aguas Zarcas

En 1992 se formula el Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud que comprende entre otras acciones, la capacitación y modificación de su estructura orgánica.

En el marco del proceso de reforma del sector salud, la rectoría se define como:

“El ejercicio político, técnico, administrativo y legal del Ministerio de Salud, para dirigir, conducir, regular y controlar los diferentes procesos relacionados con la producción social de la salud”

Como parte de esta reforma, el Ministerio de salud asume la función rectora que le corresponde por ley, fue así como en 1997 se crea el Área Rectora de Salud de Aguas Zarcas.

Como tal inicia sus funciones a finales del año 1997 ubicándose inicialmente en la infraestructura del Puesto de Salud de Aguas Zarcas, al costado sur del Centro de Educación y Nutrición, bajo la autoridad de un coordinador de Área. Aunque las funciones en rectoría aún no estaban muy claramente definidas, se inicia con algunas acciones de rectoría entre las cuales está la Evaluación del I Nivel de Atención y la Protección al Ambiente Humano.

La jurisdicción territorial asignada al Área Rectora de Aguas Zarcas comprendía los distritos de Pital, Aguas Zarcas, Venecia de San Carlos y Río Cuarto de Grecia.

En 1998 la institución no puede seguir ocupando el edificio pues no es terreno ni infraestructura propia, por lo que se traslada la sede del Área Rectora al distrito de Venecia, situándose en el antiguo Puesto de Salud de Venecia, compartiendo el inmueble con el Centro de Educación y Nutrición.

La ubicación de la sede en Venecia generó problemas de accesibilidad para los usuarios y dificultades para consolidar el Área Rectora como tal, pues el espacio y las condiciones no eran las adecuadas.

En el año 2000 se adquiere dirección médica en el Área Rectora. En el año 2002, después de varias gestiones y negociaciones se logra reubicar la sede del Área Rectora de nuevo en Aguas Zarcas, 250 al este del Banco de Costa Rica, punto que se considera estratégico para el acceso de los usuarios de los distritos.

En el año 2006 se define que el distrito de Río Cuarto de Grecia debe ser asumido por el Área Rectora de Grecia, dado que le corresponde geográficamente, pertenece a otra Región y cada Área tiene recursos muy limitados.

El Área Rectora de Salud de Aguas Zarcas, con el paso de los años ha ido consolidando sus funciones de rectoría, mejorando los niveles de coordinación interinstitucional e implementando nuevas estrategias en función de la producción social de la salud.

Las actividades que se vienen desarrollando en el nivel local por parte del Área Rectora corresponden a los procesos de:

- ❖ Regulación de la Salud
- ❖ Vigilancia de la Salud
- ❖ Planificación y Promoción de la Salud
- ❖ Apoyo Logístico y administrativo
- ❖ Equipo de Vectores
- ❖ Dirección

### **Reseña histórica del distrito Aguas Zarcas**

El distrito de Aguas Zarcas es el número 04 del Cantón de San Carlos, su nombre le hace honor, a las aguas cristalinas y limpias que nacen en las partes altas del distrito. Anteriormente se llamaba La Colonia. Se cita como la única colonia que ha llenado las expectativas del gobierno a finales del siglo XIX, puesto que en el criterio oficial se había desarrollado mucho y el número de familias con este rumbo iba en aumento. Esta colonia se institucionalizó el 13 de setiembre de 1893 cuando se apersonó el encargado gubernamental para la medida y distribución de lotes. Durante los primeros meses la colonia estuvo compuesta por siete personas, en febrero de 1894 llegaron otros colonos quienes desmontaron parte de los lotes cultivándolos de yuca, plátanos, tiquizque, frijoles, arroz: la mayoría retornó a sus lugares de residencia hasta la cosecha, por la falta de recursos para vivir en aquella zona. Desde octubre de 1894 recibió un nuevo impulso y se inició la distribución de lotes en un terreno más favorable por lo que a finales de mayo de 1895 el siguiente era el estado de la colonia. Había 81 colonos, 17 mujeres y 7 familias; de estos 6 eran alemanes, 4 italianos y los demás costarricenses, Pantaleón Camacho, el General Arístides Romain, Martha Descoski, Ernesto Cortés, Gertrudis Descoski,

Ezequiel Ugalde, Blas Campos, Santiago Mena, Fidelia González, Nicolás Mena, Miguel Murillo, Francisco Arce, Juan Bautista Rodríguez, Félix Barrantes, Ramón Rodríguez y otros que se escapan de la memoria, quienes, pese a las adversidades climáticas no abandonaron a la región.

Los primeros colonos fueron dos familias alemanas y una italiana. En las familias había 13 niños menores de 14 años, de estos seis eran niñas, 4 niños menores de 3 años y 1 niña de 2 meses. Por otra parte 18 eran las habitaciones construidas (ranchos), había 68 manzanas “limpias” y cultivadas con café, bananos, plátanos, yuca, tiquizque, camote, ñame, frijoles, arroz, maíz, granos y legumbres, así como 3.45 hectáreas (5 manzanas) de repasto. También existía un aserradero en proceso de montaje ubicado al lado del río Los Negritos y un trapiche para moler caña.

El puente sobre el río Aguas Zarcas había sido arrasado por una creciente, se hizo un puente provisional para las personas y por el río debían pasar las bestias; las carretas llegaban a 10 minutos de la colonia, por no poder atravesar el puente.

En 1896 los colonos habían aumentado en número a 200 y se estableció un comisariato, así como el trazado del cuadrante de la población; se planteó la necesidad de establecer una escuela, la tierra desmontada ascendió a 200 hectáreas, los lotes adjudicados eran 200 y los cultivos de café, caña de azúcar, y otros artículos de primera necesidad aumentaron, aunque no se citan las cifras. El puente sobre el río Aguas Zarcas se reconstruyó y se mejoró el camino pensando en comunicarlo con la carretera a San Carlos que estaba en construcción; estas mejoras representaron una inversión de 2.784.66 pesos.

Las posibilidades de censar esta población se vieron limitadas por la dispersión de los colonos en sus lotes de labranza. Por eso se desmontaron carriles para que sirvieran de calles. La escuela fue visualizada como vital para consolidar esta colonia, puesto que según autoridades gubernamentales Aguas Zarcas se debía convertir en un centro para la colonización del norte del país.

Según describe el Atlas Cantonal de Costa Rica, Aguas Zarcas recibe la categoría de distrito en 1911, por formar parte de los 4 primeros distritos que constituían el cantón de San Carlos (Quesada, Buena Vista, Florencia y Aguas Zarcas) y es la misma fecha del cantonato de San Carlos. Los actuales distritos de Pital Venecia y la Palmera formaban parte del distrito de Aguas Zarcas, en 1935 segregan al distrito de Venecia, en 1948 segregan al distrito de Pital y en 1952 segregan a la Palmera.

### ***Algunos otros datos Interesantes***

Don Ezequiel Ugalde construyó la primera casa de madera y fue el primer telegrafista de este pueblo. El terreno del templo católico lo donó el señor Ezequiel Ugalde y su primer sacerdote fue Fernando Ramírez.

El terreno de la escuela, donde está en la actualidad, lo donó don Melo Morera. El señor Francisco Araya instala la primera farmacia, luego don Virgilio Alfaro, procedente de Cartago, éste se convierte en el primer doctor de Aguas Zarcas. Hoy tenemos en nuestra comunidad 8 farmacias que cubren las necesidades del distrito (Farmacia SIMED, Farmacia Arroyo, Farmacia Maxi Palí, Farmacia La Botica, Farmacia Don Carlos, Farmacia El Cruce, Farmacia Aguas Zarcas y Farmacova).

Don Alberto Guzmán fue un destacado personaje, realizó funciones de jefe político de San Carlos, lo que hoy en día es la figura del alcalde, era el que resolvía problemas de agrimensura y otros que actualmente se requiere ser profesional, fue sastre y agricultor.

Las comunidades cristianas evangélicas han ido ganando terreno y se han organizado eficientemente.

Don Casto Luna e hijos llegaron en la década de los 1980, una familia con gran visión empresarial, lo que ha repercutido en el gran desarrollo que ha tenido esta comunidad, en las últimas décadas ya que la misma, parecía una fotografía, no había cambios, una leyenda local hablaba de que el pueblo fue maldecido por un religioso y por lo mismo no desarrollaba.

Seguidamente se instalaron empresas como TICOFRUT, BANNACOL, EL COLONO Y OTROS.

### ***Aspectos Culturales***

Diversidad de la población, costarricense y un amplio grupo de nicaragüenses. Además, se destacan familias de origen italiano, salvadoreñas, colombianos, canadienses y chinas.

### ***Costumbres y Tradiciones***

Entre las principales costumbres tenemos la realización de algunas actividades como Fiestas Patronales, el 19 de marzo, La Feria del Egresado del Colegio Nataniel Arias Murillo. También algunas comidas como los tamales, picadillos y olla de carne.

Otras costumbres son: Las posadas en diciembre, poner el portal, cabalgatas, bingos y la famosa caminata que se realiza todos los 2 de agosto a Las Delicias de Aguas Zarcas celebrando el día de la Virgen de Los Ángeles.

### ***Proceso histórico de los sistemas de producción***

En las décadas de los 60, 70, 80 y 90 los cultivos de la zona han sido: café, pastos, plátano, yuca, ornamentales (caña india), maracuyá, macadamia, caña de azúcar. También algunos cultivos de consumo familiar como: verduras, frijoles maíz. Cultivaban los productos a través de los procedimientos normales de esa época como: eliminar la montaña o el charral, quemar para eliminar el material vegetativo, y así propagar algunas especies de gramíneas como por ejemplo zacate amargo que sirve de alimento al ganado. A estas áreas se les llama socola; estos desmontes también se aplican para siembra de café, plátano, frijol tapado y otros cultivos. Las variedades de café usadas fueron criollas, mundonovo, borbón, híbrido típico, las cuales se caracterizan por ser de porte alto, y de bajo rendimiento,

posteriormente fueron reemplazadas por caturra, catuai y catimores. Las distancias de siembra usadas en café eran amplias (de 2.5 X 2.5 m.) lo que permitía, el asocio con otros cultivos, como por ejemplo banano, yuca, frijol, maíz y frutales, dentro del cafetal, el control de malezas, lo realizaban con pala y machete, no fertilizaban y el control de enfermedades era mínimo (con podas). En cuanto a la caña de azúcar, la procesaban en trapiche manejado por bueyes y esta era utilizada para la fabricación de tapas de dulce. Las áreas de cultivo eran pequeñas, lo que disminuye la contratación de mano de obra, muchas veces les quedaba tiempo, para trabajar fuera de la finca y obtener algunos ingresos extra, el valor de un jornal era de 6 colones, la recolección de una cajuela de café tenía un valor de 1.25 colones.

El transporte de los productos en esa época era muy difícil, al principio se utilizó el caballo para transportar el café, a este animal le colocaban un apero que se llama aparejo, sobre él le cargaban tres o cuatro sacos de café (según la fortaleza del animal) cuando los caminos se ampliaron un poco, se utilizó los bueyes con su carreta, estos animales tenían la capacidad de transportar mayor cantidad. La comercialización de los animales especialmente el ganado, era a través de caminos embarrialados (enlodados); la principal vía era por Río Cuarto de Grecia, cruzando por la colonia Toro, los bajos del Toro, Sarchí, hasta llegar a Alajuela. Los arreadores de animales pasaban por las diferentes fincas, donde recogían los animales que iban a la plaza y por tal labor, cobraban una comisión. En las últimas tres décadas, se continúa con la actividad cafetalera, por medio de la utilización de variedades mejoradas, la aparición de enfermedades como la roya del café (*Hemileia vastatrix*) obligó a los productores a mejorar el manejo de sus cafetos. Las pasturas mejoraron, con la incursión de nuevas especies forrajeras como es el caso del san Juan, imperial, brachiaria, diamantes, estrella africana y otros. A principio de los 90 se dio una situación interesante producto de la crisis de los precios del café, los productores, eliminaron los cafetales, para sembrar pasto y cultivos como ñampí, piña y frutales, en esa época existían 4 empresas comercializadoras del café (Beneficiadora San Carlos, Peter SA, y Coopesancarlos) en la actualidad queda solamente Coopesarapiquí.

En la década de los 90, con la caída de los precios del café, aparición de enfermedades y plagas como roya y más tarde la broca del café, los productores cambiaron a actividades pecuarias y estas como no necesitan de tiempo completo, por sus tamaños de explotación, venden su fuerza de trabajo a empresas que se instalan en la zona y la actividad piñera que creció enormemente.

### ***Clima del distrito Aguas Zarcas, 2023***

Temperatura máxima:	28 ° C
Mínima:	12, 9° C
Promedio:	20.5 ° C
Precipitación promedio:	3000 mm.
Meses secos:	Marzo y Abril
Meses lluviosos:	Setiembre, octubre y noviembre.

**Fuente:**

### **Reseña histórica del distrito Venecia**

Durante el año de 1900 llegaron los primeros pobladores a los Caños, hoy Venecia, estos fueron Vicente Villegas, Cornelio Mena, Pedro Solís y José María Vargas, los siguieron Rafael Vargas, Abel Quesada, Manuel Quesada y Fermina Miranda, al año siguiente llegó Eloy González. Vivían en Aguas Zarcas. De allí salieron rumbo al este, en el año 1905. Así llegaron al lugar que hoy se conoce con el nombre de Bajos de Toro Amarillo. Tuvieron que lidiar con una flora y fauna inexplorada: montañas, ríos y mal tiempo. Todas estas personas llegaron a lo que es hoy Venecia

durante los años 1 906 – 1 909. La primera vivienda, consistía en un rancho de madera redonda, con techo de zuita; en dicho rancho residían las tres familias: Mena, Villegas y Solís.

Estos primeros pobladores tenían que viajar hasta Villa Quesada (Ciudad Quesada), para hacer las compras necesarias.

El agua se sacaba del río “en pajas” y se pasaban canoas de Palmitera hacia las casas y fue en la administración de José Figueres Ferrer que se dio el Alcantarillado.

En el año 1 912 se celebró la primera misa dada por el Presbítero Don Moisés Salas, donde se tomó como iglesia un rancho de paja propiedad de Don Manuel Hidalgo. Aprovechando esta oportunidad se llevaron a cabo algunos matrimonios y el primer bautizo.

En el año 1972 se creó la Agencia de Extensión Agrícola, la cual estuvo a cargo del Ingeniero Agrícola Carlos Avilés Arredondo y la señorita Ana Isabel Guzmán Sánchez como oficinista, la cual estaba en el antiguo Salón Comunal. En el año 1974, se inauguró el actual edificio con el Ing. Uriel Obando Alfaro como Agente de Extensión, la señora Azucena Rodríguez, Mejoradora del Hogar, Xinia Álvarez Navarro, como oficinista. El Ing. Obando se mantuvo en el cargo por el un período de 2 años, luego el Ingeniero Salvador Quirós Conejo, (actual Diputado por San Carlos), llega a ocupar el cargo de Agente de Extensión, durante 2 años, en este lapso fue nombrado el señor Miguel Ángel Alvarado Rodríguez en el puesto de Misceláneo. Aproximadamente en el año 1978 llegó el Técnico Agrícola Julio Santamaría Rodríguez a ocupar el puesto de Agente de Extensión Agrícola, también llegaron a trabajar en el programa de Clubes 4-S Enrique Quirós Gutiérrez, Patricia Sevaralli, Técnico Agrícola José Ángel Pérez, actual Agente de Extensión de la oficina de Aguas Zarcas, Técnicos Luis González y Ricardo Esquivel del departamento de Sanidad Vegetal. En este período dependieron de esta oficina las promotorías de San Miguel de Sarapiquí y la de Aguas Zarcas, cuyos encargados eran el señor José Joaquín Castro Chinchilla y el señor José Luis Hernández, respectivamente. Luego fue cerrada la Promotoría de San Miguel de Sarapiquí y el

señor Castro fue trasladado a la Promotoría de Aguas Zarcas, hasta que se acogió a la pensión.

En 1998 hubo una reestructuración donde el señor Santamaría pasó a ser encargado del programa de Acuicultura y el Ingeniero Agrícola Norman Mora Segura llega como Agente de Extensión Agrícola hasta la fecha. En el 2005 llega el Ingeniero Roger Zúñiga Gutiérrez, como extensionista.

### ***Agrocadena de Piña***

En el área de influencia, de la Agencia encontramos un área de 1,995.7 hectáreas, principalmente en los distritos de Aguas Zarcas y la Palmera, desde los 80 a 520 metros sobre nivel del mar. Con 80 pequeños y mediamos productores y 7 empresas productoras (Industria Cartonera, Piñales las Delicias,



Tropiña, Coopesanjuan, Agroexpo y la Lydia SA, Flora y Fauna. más del 40% del territorio de esta zona reúne condiciones agroecológicas, para el desarrollo de la actividad piñera, las limitantes que detienen la expansión de esta es el alto costo de producción por hectárea, y las exigencias del mercado internacional. la variedad que predomina es la MD2 con rendimientos desde 100,000 a 110,000 kilos por hectárea.

Patológicamente, es susceptible a Pudrición suave (erwinia) causados por exceso de humedad. Los insectos Tecla y cochinilla. El manejo de la plantación se vuelve un poco difícil por el alto costo del paquete tecnológico, en fertilización y control de malezas, este último cuenta con una medida fitosanitaria que



recomienda o exige cero malezas 24 semanas antes de la cosecha, la restricción de algunos agroquímicos por la Unión Europea hace que el productor y los instituciones busquen alternativas de producción orgánica. La mayoría de los productores se han capacitado en buenas prácticas agrícolas, requieren de reforzar más en este campo y capacitarse en Manejo post cosecha y la ley de suelos.

### ***Agrocadena de Raíces Tropicales***

En el área de influencia, principalmente en los distritos de la Palmera y Aguas Zarcas, en un nivel altitudinal desde los 80 a 520 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra un área de 662,4 hectáreas en raíces y tropicales, de las cuales el 97.8% es yuca y el 9.6% con tiquizque, ñame, ñampí o chamol,



camote. Es por ese motivo que la agrocadena de Raíces y Tropicales se enfoca especialmente al cultivo de yuca. Se cuenta con 4 empresas comercializadoras que producen su propia materia prima. Más del 40% del territorio de esta zona tiene condiciones agroecológicas, para el desarrollo de la actividad yuquera, las limitantes que detienen la expansión de esta es la inestabilidad de los precios. La variedad de yuca que predomina es “valencia” con rendimientos desde los 9.200 a los 11.500

kilos por hectárea, otra variedad que gana importancia es “señorita”, la que está en la mesa.

Patológicamente, las enfermedades y plagas de mayor cuidado son: la sarna o roña, que es transmitida a través de la palomilla blanca, el cuero de sapo a través de un virus, el gusano cachón, jobotos, taltuza y la cochinilla.



La mayoría de los productores se han capacitado en la implementación de BPA (buenas prácticas agrícolas).



### ***Agrocadena de Ganadería***

Esta actividad productiva es la de mayor importancia, por su extensión y el movimiento, de capital diariamente, a diferencia de las otras actividades, que pueden transcurrir meses o más de un año, para generar ingresos, en la zona existen 897 productores, con un área aproximada de 20,330.1 hectáreas, la principal modalidad es leche. Se comercializa a través de DOS PINOS (182,108.05 Kilos diarios aproximadamente), Coopeleche, Istalec, Italcona y Sigma. (30,958.4 kilos diarios aproximadamente) para un



total en la zona de influencia de 213,066.45 kilos diarios y otras modalidades como engorde y doble propósito.

Las razas de los animales que predominan son Holstein, Jersey pardo suiza, cebuinas y razas europeas (semental Charoláis). Los pastos utilizados son estrella africana y braquiarias. Los productores cuentan equipo de ordeño, tanque de enfriamiento, cercas eléctricas y suplementación, etc.

### ***Agrocadena de Acuicultura***

En el área de influencia de la agencia se encuentran 58 productores de tilapia, con una capacidad productiva de 235 toneladas anuales de tilapia viva. El material genético utilizado en la región, lo proporciona seis granjas productoras de semilla ubicadas en: Cuestillas de Florencia, Los Criques de San Ramón, San Isidro de Peñas Blancas, El Jauri en Fortuna, Bijagua de Upala y el Saíno de Pital y corresponde en su mayoría a *Oreochromis aureus*, nilóticos y varios híbridos.



Las condiciones agroecológicas y los parámetros bioquímicas del agua, hacen de esta región una de las más promisorias para aumentar la productividad acuícola.

Predomina el sistema semi-intensivo con estanques de tierra, pero hay acuicultores con sistemas intensivos en pilas de concreto y jaulas flotantes.

Varios productores han integrado la cadena incorporando la venta de tilapia servida, también un productor de la zona es quien participa en las ferias del agricultor de San Carlos.



Además, se cultiva carpa herbívora sola o asociada con tilapia y en la zona alta se produce trucha, especialmente en el área de amortiguamiento del Parque Nacional del Agua, Juan Castro Blanco.



Algunos puntos críticos que afectan la agrocadena son: la cantidad y calidad de la semilla, problemas sanitarios que provocan altas mortalidades, inadecuado uso del agua, en cuanto a legalidad, aguas servidas y relación agua-biomasa. Resaltan también la inocuidad del producto por no contar con

plantas de destaque apropiadas, debilidad de las organizaciones y aspectos relacionados con la gestión empresarial.

Se pretende integrar un equipo multidisciplinario entre las instituciones ligadas a la actividad para formular planes conjuntos y atacar los puntos críticos.

### **Reseña histórica del distrito Pital**

En noviembre 1948 nace como distrito número 6 de San Carlos por decreto, anterior a esta fecha era un caserío del distrito Aguas Zarcas, menciona la historia que su acceso se facilitaba por una “picada” desde Aguas Zarcas. Menciona la historia que los pobladores de Pital intercambiaban con pobladores de Aguas Zarcas, sus productos por otros que venían de afuera como candelas y fósforos. Después se abre una nueva picada por Venecia. Para 1912 llegaban los primeros pobladores donde aún se encontraba montaña virgen.



Su nombre obedece a la proliferación de plantas de Pita que crecían a la orilla de las Quebradas o en los “suampos”.

Su dimensión geográfica es de 375.43 Km cuadrados y el terreno en su mayoría es plano, predominan las temperaturas altas, su clima es tropical húmedo. Pital se encuentra a 30 Km del centro de Ciudad Quesada.

Los límites del distrito Pital señalan que limita al norte con el Río San Juan, al sur con el distrito de Venecia, al este con la provincia de Heredia y el cantón de Grecia y al oeste con el distrito Aguas Zarcas y distrito de Cutris.



Entre los ríos que recorren sus tierras están: Río Tres Amigos, Río Toro, Río San Carlos, Río Saíno, Quebrada Pital, Quebrada Tigre, Quebrada San Pedro, Quebrada El Ojoche, Quebrada Gavilán, Quebrada Sopera, Quebrada Pitalito, Quebrada Diablo y Quebrada El Huevo.

Está compuesto por comunidades como: Pital centro, Puerto escondido, Cuatro Esquinas, Los Ángeles, El Encanto, Piedra Alegre, Santa Elena, El Saíno, Castelmare, Boca Tapada, Santa Rita, Boca Río San Carlos, La Legua, Veracruz, El Palmar, Quebrada Grande, Urbanización La



Comarca, Urbanización Disneylandia, Barrio Chino, Urbanización San Cristóbal, La Trinchera y Urbanización El Bosque.

Un paisaje verde de plantaciones puntiagudas se extiende por decenas de kilómetros a la redonda,

hombres y máquinas se divisan a lo lejos, metidos en los grandes sembradíos de piña.

El paisaje de Veracruz no escapa a los otros caseríos de Pital, por donde salta a la vista las inmensas plantaciones de piña, tractores con carretas cargadas de frutos amarillos con destino a las empacadoras, hombres y mujeres se debaten en los campos cosechando los frutos bajo el ardiente sol o la copiosa lluvia sancarleña.



A Pital, la actividad piñera llegó para quedarse, aquí todo huele a piña, la economía de este distrito se mueve en su mayoría gracias a este fruto, que ha traído progreso y empleo a nacionales y migrantes nicaragüenses, pero también, delincuencia, droga, deforestación y contaminación de aguas con plaguicidas.

En la zona de Pital, en los últimos 15 años, el comercio ha crecido enormemente, han surgido variedad de empresas proveedores de insumos, así como sucursales de bancos públicos, cadenas de supermercados, consultorios médicos y un montón de comercios más.



Los sábados y los días de pago, el centro de Pital se puebla de decenas de trabajadores y personas que transitan por las calles y llenan los establecimientos comerciales del lugar, incluidas algunas cantinas. La vida en Pital ha cambiado mucho, en menos de 10 años.

“Aquí, el aire, tanto de día como de noche huele a piña por el paso constante de furgones cargados con este fruto. Ya en la tarde, y bien entrada la noche, algunos

borrachitos te tambalean de un lado para otro hasta caer y quedar dormidos en la acera”, es lo que algunos pobladores refieren.

Pital es el distrito del cantón donde más piña se produce, se calcula que hay más de 1000 hectárea sembradas, de las 25 mil que hay en toda la zona.

Doña Laura Fernández, migrante nicaragüense, vive en una casita de piso de tierra, muy cerca del panteón de Veracruz, asegura que llegó a Costa Rica hace 20 años y lleva seis de vivir en Pital. Vive aquí con dos de sus hijos. La economía de su hogar es posible gracias a la actividad piñera, ella también trabajó algunos años en el campo, asegura que es un trabajo difícil, pero le permite comprar lo necesario en el hogar.

Eliécer Gutiérrez Fernández, hijo de doña Laura, trabaja en la empresa piñera Tierra Fértil desde hace dos años, explica que, aunque es un trabajo duro gana para sobrevivir, al igual que esta familia, decenas de personas se emplean en esta actividad, sobre todo, en trabajos de campo o en empaque del fruto para la exportación. Los trabajos administrativos y de mando en las fincas, lo ocupan, en su mayoría, trabajadores costarricenses.

Oldemar Quesada, productor de piña y vecino de Pital, asegura que la actividad ha traído progreso a la zona porque muchos pequeños productores han salido adelante gracias a la piña, en momentos en que el precio ha estado bueno, pero no todo es color de rosa, porque ha habido épocas difíciles debido a caídas del precio o por las deudas que adquiere, la mayoría con los bancos.

La población foránea (principalmente migrante nicaragüense), han aumentado en los últimos años, llegan en busca de empleo en la actividad piñera o en la de raíces y tubérculos, que también acapara una parte importante de la tierra, pero en menor tamaño que la piña.

Hoy, Pital posee tres supermercados grandes, dos bancos públicos, una agencia de Coocique R.L otra de Coopelesca, sucursales de venta de electrodomésticos, empresas vendedoras de insumos agropecuarios y de servicios médicos. Un colegio diurno y otro nocturno y hasta una escuela privada.

El área comercial ha crecido en los últimos años y la economía del lugar se mueve de acuerdo con los picos de producción piñera. Los comerciantes reportan mayores ventas en las épocas de mayor pico de producción. Sonia Castro y Manuel Segura, dueños de Librería El Estudiante de Pital, aseguran que los meses de cosecha de piña, las ventas se incrementan, pero hay temporadas que baja la producción, entonces las ventas disminuyen.

Quesada y Castro, coinciden en que la actividad piñera ha traído progreso a la zona, pero también algunos problemas sociales, como drogadicción, delincuencia, alcoholismo, contaminación ambiental por parte de las piñeras, deforestación y el ingreso de indocumentados nicaragüenses que llegan a la zona atraídos por el “boom” piñero.

Javier Valverde, locutor y vecino de Pital, explica que sin duda la actividad ha cambiado la vida de los lugareños, algunas personas han prosperado, pero otros han vendido la tierra y hoy tienen muy poco. Según Valverde, la mayor concentración de la tierra dedicada a la piña está en mano de unas 20 ó 30 empresas grandes, la mayoría de capital extranjero.

El fruto espinoso dulce llegó a Pital para quedarse y cambiar la vida cotidiana de las personas, que antes, vivían de una economía agrícola de poca extensión, sobre todo raíces y tubérculos, y menor cantidad de piña que vendían en el mercado nacional.

Hoy el despertar piñero, que precisamente nació en este distrito sancarleño, se ha extendido por toda la zona norte en un área que supera ya las 25 mil hectáreas y continúa creciendo.

La Delegación Distrital de Pital cubre el distrito de Pital (Los Ángeles, Santa Elena, Coopelsabel, El Encanto, el Carmen, Veracruz) y los 3 puestos de Frontera: El Saíno, Boca Tapada y Boca del Río San Carlos, el cual se localiza a cincuenta Kilómetros del centro de Pital, aproximadamente a 4 kilómetros de la línea fronteriza.

La Delegación tiene un total de nueve oficiales, distribuidos, tres en la Delegación de Pital, uno en El Saíno (prestado de Guatuso), dos en Boca Tapada (uno prestado de Puerto Viejo y 1 de San Carlos); y tres en Boca del Río San Carlos (1 de Pital y 2 prestados de Puerto Viejo).

Entre los principales problemas en este tramo se señalan, el trasiego de droga y drogadicción, el coyotaje de inmigrantes nicaragüenses, la explotación de los recursos naturales (tala ilegal de madera) y trasiego de armas ilegales, entre otros.

Se tiene también la afectación al control fronterizo por las personas que se encuentran en la zona, a lo que se indica que son muy pocos los vecinos que brindan información a la Fuerza Pública sobre los problemas que se están dando, así como por la falta de agentes de policía, equipo, móvil, terrestre y acuático y equipo de comunicación.

### ***Descripción de las características demográficas***

El Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, ente adscrito al Ministerio de Salud, tiene a su cargo 2 Áreas de Salud correspondientes a la Caja Costarricense del Seguro Social, las cuales son Área de Salud Aguas Zarcas, que comprende los distritos de Aguas Zarcas y Venecia (exceptuando San Miguel y Río Cuarto) y Área de Salud Pital que comprende el distrito de Pital (exceptuando Santa Rita).

Tiene una población total, según datos de proyección para el año 2022, de 63836 habitantes correspondientes a los distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital, para una densidad poblacional del 93,99, detallada en el cuadro 3, la cual creció en casi 14 habitantes por kilómetro cuadrado desde el 2011 hasta el 2022.

El distrito de Aguas Zarcas, con casi la misma extensión territorial que el distrito de Venecia (cuadro 2), presenta una densidad poblacional mucho mayor, superando esta en más del doble su población, según datos registrados en los datos de proyección del INEC del 2022.

*Cuadro N°2. Densidad poblacional (hab/km<sup>2</sup>) en los distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital en el año 2022*  
(Hab/km<sup>2</sup>)

<i>Distrito</i>	<i>Según censo 2011</i>	<i>Según proyección 2022</i>
Aguas Zarcas	127,61	165,86
Venecia	66,38	83,83
Pital	46,13	67,55
<b>Total</b>	<b>80,04</b>	<b>93,99</b>

**Fuente:** \*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011.

\*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Proyección 2022.

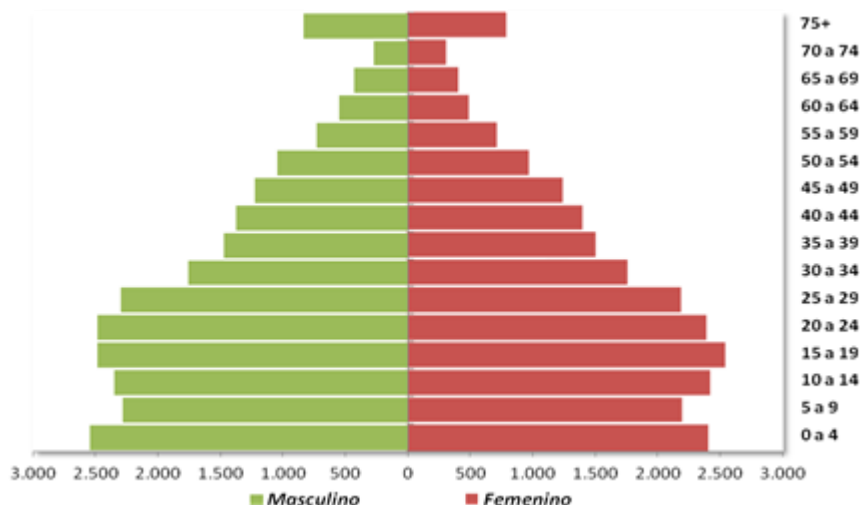
*Cuadro N°3. Población total en los distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital para el año 2022*  
(Cifras absolutas)

<b>Distrito</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
Aguas Zarcas	13398	12907	26305
Venecia	6199	5973	12172
Pital	12941	12418	25359
<b>TOTAL</b>	<b>32538</b>	<b>30637</b>	<b>63836</b>

**Fuente:** \*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Proyección 2022.

En cuanto a sexo, la relación hombre mujer es prácticamente 1:1 (1.06 para ser más exactos), según datos de proyección 2022 del INEC.

Gráfico N°1. Pirámide poblacional Área Rectora de Salud  
Aguas Zarcas, 2011  
(Cifras absolutas)

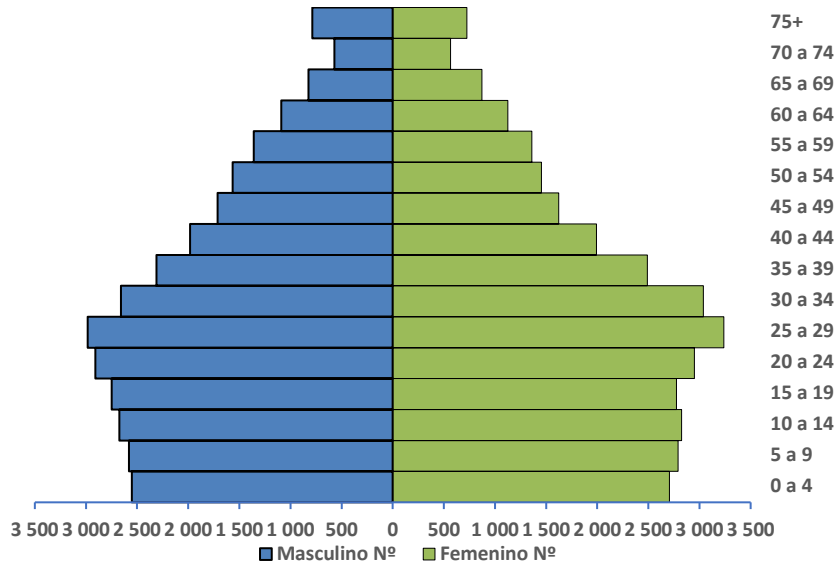


**Fuente:** \*Censo 2011 Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

Para el año 2011 (gráfico 1) muestra un predominio poblacional en niños, jóvenes y adultos jóvenes, que va asociado a un aumento en la población adulta mayor adscrita al Área Rectora de Salud Aguas Zarcas debido a la alta tasa de natalidad y baja tasa de mortalidad infantil.

Si observamos las pirámides poblacionales, las cuales nos muestran el movimiento de la estructura poblacional a través de los años, según edad y sexo, vemos como en estos 11 años (del 2011 al 2022), la pirámide poblacional 2022 refleja un comportamiento con igual disminución en la natalidad y población menor de 20 a 24 años, ligero aumento de poblaciones de 25 a 39 años y con el predominio aumento en la población adulta mayor del Área Rectora.

Gráfico N°2. Pirámide poblacional Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022  
(Cifras absolutas)



Fuente: \*Proyección 2022 Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

Figura N°2. Crecimiento poblacional del Área de Salud Aguas Zarcas del 2011 al 2022



Fuente: \*Proyección 2022 Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

\*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011.

Si medimos el crecimiento poblacional que ha presentado el Área Rectora de Aguas Zarcas desde el 2011 (datos del censo) hasta el 2022 (datos de proyección), se puede observar claramente que en un período de 11 años la población ha

aumentado en más de 16 mil habitantes, lo que equivale a un crecimiento poblacional porcentual del 27,03% (en promedio entre ambas Áreas de Salud), tal como se muestra en las figuras 2 y 3.

*Figura N°3. Crecimiento poblacional del Área de Salud Pital del 2011 al 2022*



**Fuente:** \*Proyección 2022 Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

\*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011.

*Cuadro N°4. Razón de envejecimiento en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas (distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital) años 2011 y 2022*

*(por cada 100 personas mayores 15 años)*

2011	2022
21.49	27.37

**Fuente:** \*Proyección 2022 Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

\*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011.

Esa misma fase de envejecimiento que se muestra en las pirámides poblacionales se puede corroborar mediante la razón de envejecimiento (cuadro 4), en donde pasó de 21 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años en el 2005 (según Censo poblacional en el 2011) a 27 personas mayores de 65 años por cada

100 menores de 15 años (según datos de proyecciones del INEC), lo que se significa que en 11 años la población adulta mayor creció en un 21.5%.

**Cuadro N°5.** Razón de dependencia demográfica en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas (distritos de Aguas Zarcas, Venecia y Pital) años 2011 y 2022

*(por cada 100 personas entre 15-64 años)*

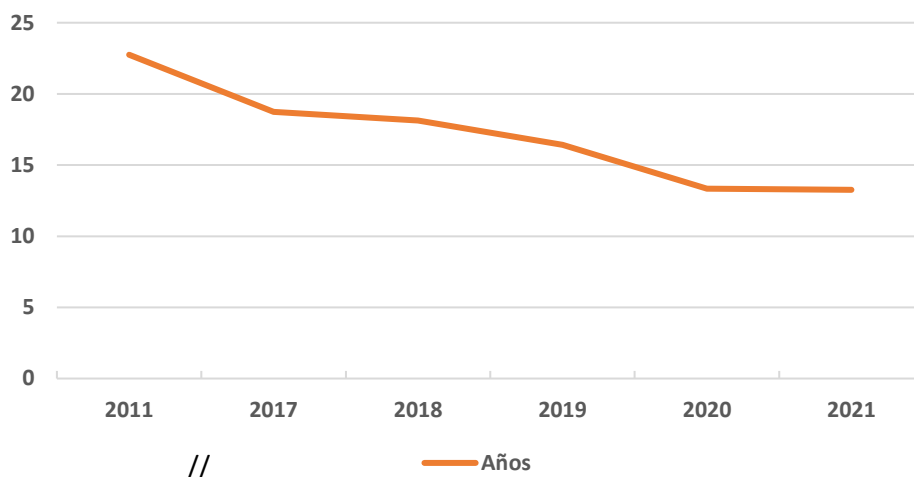
2011	2022
51.40	47.24

**Fuente:** \*Proyección 2022 Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

\*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011.

**Gráfico N°3.** Tasa de natalidad según año de estudio. Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2011 y 2017-2021.

*(tasa x 1000 hab)*



**Fuente:** \*Proyecciones distritales, Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

\*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011.

*Cuadro N°6. Tasa Específica de Fecundidad según distrito y año de estudio  
Área Rectora de Salud Aguas Zarcas años 2011-2021\*.  
(tasa x 1000 mujeres en edad fértil)*

2011	2022
8.22	5.43

**Fuente:** \*Proyección 2021 Instituto Nacional de Estadística y Censo, INEC.

\*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2011.

### **Agua para consumo humano y saneamiento**

Para el distrito de Aguas Zarcas se cuenta con 11 Asociaciones Administradoras de Sistemas de Acueductos y Alcantarillados Comunales (ASADAS), lo que representa el 88,5% de la procedencia de agua en los hogares. Para el distrito de Pital se cuenta con 2 ASADAS y 1 acueducto municipal, lo que representa el 70,5% de la procedencia de agua en los hogares, adicionalmente el acueducto municipal denominado El mega acueducto se desarrolló en un sector de Pital en el que normalmente no existía agua potable y en otros casos los vecinos se abastecían con pozos. Para el distrito de Venecia se cuenta con 8 ASADAS, lo que representa el 96% de la procedencia de agua en los hogares.

El 89,1% de instalaciones sanitarias mejoradas usadas por hogares ubicadas en la provincia de Alajuela son descargadas a tanque séptico. Para el caso del ARSAZ, el programa de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR), fue un proyecto que ayudó a mejorar la salud de las familias costarricenses y extranjeros residentes legales que se clasificaban en condición de pobreza o pobreza extrema, y que carecen de sistemas sanitarios para el tratamiento de aguas residuales de origen doméstico. De esta manera se logró incrementar el porcentaje de población que utiliza una instalación de saneamiento mejorada.

## Servicios de atención en salud

*Cuadro N°7.* Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo, 2021

Aguas Zarcas	Pital	Venecia
86,19 %	79,69 %	89,55 %

**Fuente:** Área de Salud Aguas Zarcas, 2021.  
Área de Salud Pital, 2021.

*Cuadro N°8.* Total de partos atendidos por personal capacitado, 2021

Persona que atendió el parto	Aguas zarcas	Pital	Venecia
Profesional en medicina	57	47	23
Profesional en enfermería obstétrica	246	289	101
Profesional en enfermería	3	4	1
Comadróna	0	2	0
Otra persona	3	8	1
Profesional en medicina gineco-obstetra	24	39	8
<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>389</b>	<b>134</b>

**Fuente:** Área de Salud Aguas Zarcas, 2021.  
Área de Salud Pital, 2021.

Los datos de profesionales han permanecido prácticamente iguales a través de los años, a pesar de crecer la población a la cual se debe atender, así como las cargas administrativas y papelería a confeccionar, se sigue manteniendo la misma cantidad de personal Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP).

Cuadro N°9. Número de profesionales en salud disponibles en las Áreas de Salud Aguas Zarcas y Pital, 2021

	Aguas Zarcas		Pital	
	2021	2022	2021	2022
<b>N° médicos</b>	12	12	9	10
<b>N° personal enfermería licenciado</b>	4	4	5	5
<b>N° auxiliares enfermería</b>	10	10	8	8
<b>N° ATAP</b>	12	12	12	12
<b>N° odontólogos</b>	2	2	2	2
<b>N° asistentes odontología</b>	2	2	2	2
<b>N° enfermeras obstetras</b>	1	1	1	1

Fuente: Área de Salud Aguas Zarcas, 2021.

Área de Salud Pital, 2021.

El número de profesionales para la totalidad de establecimientos de salud es insuficiente, lo que ocasiona sobrecarga laboral en otros profesionales, el no cumplimiento de algunas metas en las Áreas de Salud, bajas coberturas de atención y de vacunas.

## Indicadores de Salud

Cuadro N°10. Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud, 2021

Institución donde ocurrió el nacimiento	Aguas Zarcas		Pital		Venecia	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<b>Hospital de San Carlos</b>	309	92,79%	362	93,06%	131	97,76%
<b>Ambulancia</b>	2	0,60%	5	1,29%	0	0,00%
<b>Su Hogar</b>	0	0,00%	5	1,29%	1	0,75%
<b>Otras Instituciones Hospitalarias</b>	2	0,60%	4	1,03%	0	0,00%
<b>Hospital México</b>	6	1,80%	3	0,77%	0	0,00%

Hospital Borromeo	6	1,80%	3	0,77%	1	0,75%
Hospital San Rafael de Alajuela	2	0,60%	3	0,77%	0	0,00%
Clínica Bíblica	1	0,30%	1	0,26%	0	0,00%
Clínica de Los Chiles	1	0,30%	1	0,26%	0	0,00%
Hospital San Juan de Dios	0	0,00%	1	0,26%	0	0,00%
Hospital Calderón Guardia	0	0,00%	1	0,26%	0	0,00%
Clínica de Aguas Zarcas	3	0,90%	0	0,00%	0	0,00%
Otro Lugar	1	0,30%	0	0,00%	0	0,00%
Hospital Cima	0	0,00%	0	0,00%	1	0,75%
<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>100,00%</b>	<b>389</b>	<b>100,00%</b>	<b>134</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** \*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo 2021.

*Cuadro N°11. Principales eventos notificados mediante VE-01 en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022 (tasa x 10000 hab)*

Evento	N° absolutos	Tasa
1. Acc. Laborales	833	133,14
2. Acc. Tránsito	612	97,82
3. Hipertensión Arterial	452	72,24
4. Violencia Intrafamiliar	446	71,29
5. Depresión	198	31,65
6. Diabetes Mellitus	168	26,85
7. Dengue	81	12,95
8. Trastornos mentales	68	10,87
9. Intento Suicidio	52	8,31
10. Quemaduras	44	7,03
11. Obesidad	42	6,71
12. Inf. Transmisión sexual	38	6,07

**Fuente:** Reporte colectivo boleta VE-01, Área de Salud Aguas Zarcas, 2022.  
Reporte colectivo boleta VE-01, Área de Salud Pital, 2022.  
Vigilancia de la Salud, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022.

**Cuadro N°12.** Principales eventos notificados mediante VE-01 en el  
 Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022  
 (cifras absolutas)

Aguas zarcas				Pital			
Infección respiratoria aguda superior (IRAS)			9979	Infección respiratoria aguda superior (IRAS)			2942
Enfermedad diarreica aguda (EDA)			2274	Enfermedad diarreica aguda (EDA)			564
Conjuntivitis Infecciosa No Hemorrágica			217	Conjuntivitis Infecciosa No Hemorrágica			58
Parasitosis intestinal sin especificar			155	Parasitosis intestinal sin especificar			58
Enfermedad tipo Influenza (ETI)			92	Accidentes ofídicos			14
Accidentes ofídicos			30	Enfermedad tipo Influenza (ETI)			8
Amebiasis			6	Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte			5
Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte			5				

**Fuente:** Reporte colectivo boleta VE-01, Área de Salud Aguas Zarcas, 2022.  
 Reporte colectivo boleta VE-01, Área de Salud Pital, 2022.  
 Vigilancia de la Salud, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2022.

## ***Descripción de las características socioeconómicas***

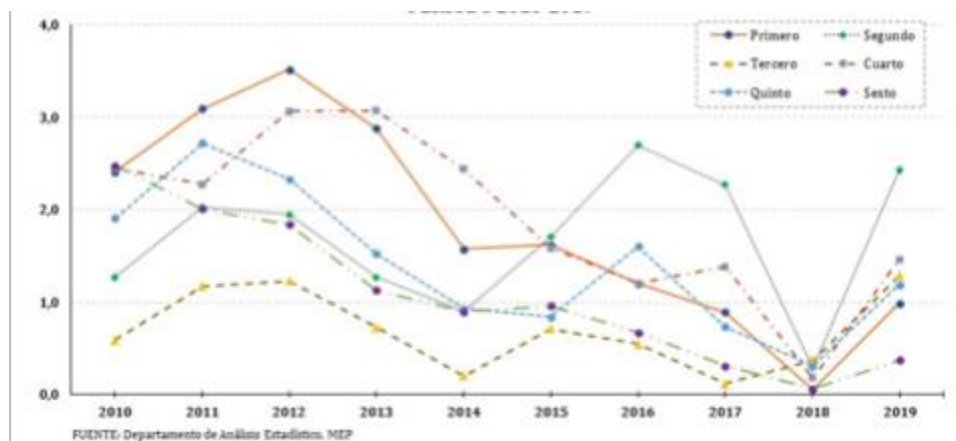
### **Alfabetización y desarrollo humano**

Según datos arrojados en Censo de población 2011, la tasa de alfabetización desprende que el cantón de San Carlos presenta un porcentaje del 95.7% de población que sabe leer y escribir, siendo la población femenina la que encabeza la estadística por un leve margen de ventaja en comparación con la población masculina arroja un 95,4% de alfabetismo mientras que las mujeres un 95.8 siendo este un margen muy pequeño entre ambos sexos y muy cerca de la media nacional.

No obstante, la cantidad de personas en condición de analfabetismo a nivel cantonal es un número nada despreciable de más de 5500 personas, teniendo en cuenta que el acceso a la educación es un factor protector de la salud y a mayor grado educativo es más probable que las personas puedan acceder a servicios de salud acorde a sus necesidades.

Anteriormente se manejaba el termino deserción escolar creyéndose que era un asunto únicamente del estudiante, pero ahora se utiliza la palabra exclusión, reconociendo que el abandono o interrupción de los estudios en el sistema educativo, es un fenómeno provocado por diversas razones. que si bien es cierto hay individuales como dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento académico, maternidad y paternidad prematura, también están los familiares falta de apoyo y estímulo, condición económica e institucionales. Como se refleja en los gráficos N°4 a nivel nacional la tasa de exclusión educativa en el período 2010 al 2019 en primaria las más altas corresponden a primer y cuarto grado hasta el 2014, ya que a partir de 2015 segundo grado empezó a repuntar siendo actualmente la más alta del primer y segundo ciclo de la educación diurna en el país, seguida por cuarto y tercer grado respectivamente. Sexto grado se ha mantenido los dos últimos años analizados con la tasa más baja. Si se visualiza todo el periodo, en general los índices han descendido del 2010 al 2018.

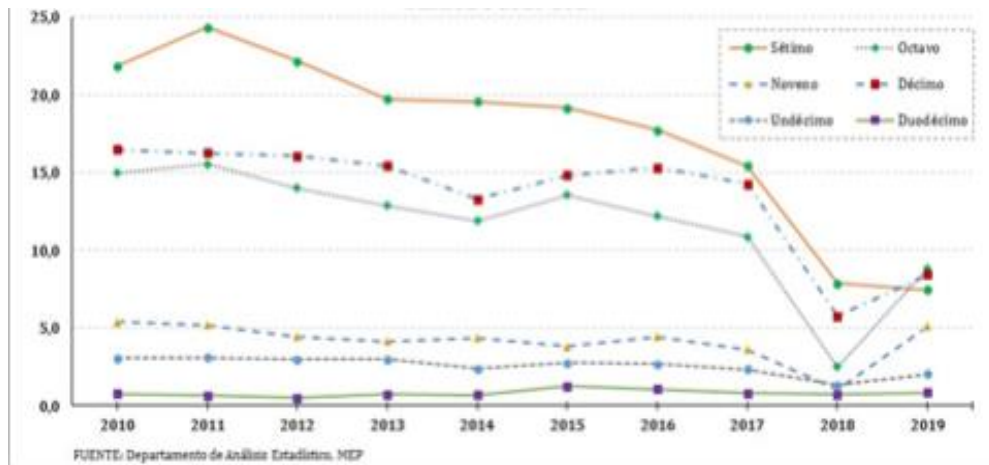
Gráfico N°4. Tasa de deserción interanual en I y II ciclos, 2010-2019



**Fuente:** Departamento de Análisis Estadístico, MEP, 2019.

Con respecto a secundaria el gráfico N°5 muestra que séptimo y decimo son los niveles que durante el período 2010-2019 presentan los niveles más elevados, seguido de octavo. Por otra parte, el más estable a través de los años ha sido duodécimo, que corresponde a los colegios técnicos y agroindustriales, seguido de cerca por undécimo y noveno año de tercer ciclo y educación diversificada diurna. Se recalca que séptimo es un año de grandes adaptaciones físicas y psicosociales para los adolescentes, que todos los estudiantes indistintamente del nivel que cursan requieren de un gran esfuerzo por parte del grupo familiar poder garantizar el bienestar que requieren las personas menores de edad para obtener éxito académico, haciendo referencia al bienestar que deviene de una alimentación adecuada, relaciones funcionales, estímulo, motivación descanso para que dediquen el mayor tiempo a estudiar sin que tengan que asumir responsabilidades que no les corresponde como por ejemplo trabajar para contribuir a la economía familiar, como ocurre en algunos grupos con recursos económicos limitados.

Gráfico N°5. Tasa de deserción interanual en III ciclo y educación diurna, 2010-2019



**Fuente:** Departamento de Análisis Estadístico, MEP, 2019.

En relación con el Índice de desarrollo humano (IDH) es un indicador que involucra el avance y desarrollo en áreas de rango económico, educativo, salud e ingresos a nivel país, siendo que cuenta con tres variables: expectativa de vida que en el caso de Costa Rica es 81 años, la tasa de mortalidad que al 2021 se encontraba en 5,23% y la renta per cápita reportado en 12,472.44 USD en 2021.

De la tabla señalada reporta que respecto al 2020 se evidencia un descenso importante tanto porcentualmente como en el ranking a nivel mundial. traduciéndose en condiciones desfavorables para mantener y mejorar la salud de los habitantes del país, condiciones que repercuten en la vulnerabilidad de grupos específicos de población. El índice como tal no incluye el índice per cápita de riqueza neta ni la calidad de los productos exportados por el país repercutiendo en su calificación final.

En resumen, el desarrollo es un medio por el cual una sociedad, país o región mejora las condiciones de vida de las personas que la conforman a través de un incremento de los bienes con los que cubren sus necesidades básicas y complementarias, aunado al fortalecimiento de factores protectores que promuevan y procuren el cumplimiento de los derechos humanos a todos/as las personas.

En consecución del índice de desarrollo humano (IDH) se presenta el Índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDHc) el cual ofrece una comparativa de diferentes indicadores que miden el impulso y concreción de políticas cantonales que permiten el acceso a un mejor de vida en los habitantes de una región determinada, atendiendo las características particulares de grupos poblacionales específicos. Este rubro puede ir en detrimento por factores como pobreza, generación de empleo, condición migratoria, escolaridad, acceso a servicios de salud, entre otros.

El seguimiento de los diferentes ítems que componen este indicador permite enumerar las posibilidades que se consideren esenciales o importantes para concretar acciones o proyectos de impacto en la población.

Datos arrojados por las tablas presentes presentan que el distrito de Aguas Zarcas presenta un mayor desarrollo en indicadores de desarrollo como los son: económica y salud. Lo anterior es muy probablemente debido a que dicho distrito es un centro económico y social de la Región Huetar Norte, no así en el rubro de participación social, educación y seguridad que lo encabeza el distrito de Venecia, ubicándolo en el mismo quintil que el distrito mencionado. Pital por su muestra estadísticas más bajas, sin embargo, que en comparación con otros distritos del mismo cantón muestra factores favorables para la asignación o reorientación de recursos y toma de decisiones que favorezcan las condiciones de vida y condicionantes de la salud de la población. Los tres distritos muestran condiciones favorables desde el aspecto social, pero un rezago en elementos como educación, economía y participación social.

El ingreso per cápita de los hogares, identifica las privaciones que tienen los hogares y las personas en dimensiones como, educación, vivienda y uso de internet, salud, trabajo y protección social. La región Huetar Norte se posiciona como la segunda región con mayor afectación en cuanto a las carencias experimentadas por los hogares. Lo que evidencia que, en la región aparte de la pobreza por carencia de ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas del hogar, éstos también cuentan con una serie de privaciones en las dimensiones mencionadas anteriormente, que les limita el disfrute de una vida digna.

## Sustancias psicoactivas

En materia de uso de sustancias psicoactivas, se hace necesario aclarar que se consultó a la oficina local del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y al nivel central de esta misma institución para obtener información actualizada sobre el tema, y específicamente de los distritos que comprenden el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas o bien del cantón, pero indicaron que el último estudio que contempla población a nivel país y es la VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General 2015.

Del mismo se obtuvo la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes para población de 12 a 70 años, siendo de 8.9% a nivel de la Región Huetar Norte, en cuanto a la población femenina encuestada es de 4.3% y para masculina de 13.2%.

Cabe destacar que el tabaco es una sustancia catalogada como licita en el país y regulada por la Ley 9028, Ley General Control de tabaco y efectos nocivos a la salud, la cual rige a partir del 2012 en Costa Rica.

El estudio anterior también hace referencia a la edad de inicio en el consumo de tabaco ubicándose en 16,2 años en promedio considerando población general a nivel nacional. En la Región Huetar Norte es inferior ya que empiezan a fumar a los 15.9, si se visualiza por sexo los hombres inician a más temprana edad (15.4) y las mujeres a los 17.8 años; podría inferirse que esto está ligado a la facilidad para obtenerla en establecimientos comerciales y la calle a pesar de las regulaciones que existen para venta a persona menores de edad.

Las sustancias psicoactivas ilegales son aquellas donde las actividades relacionadas con la producción, distribución, comercialización y consumo están total o parcialmente prohibidas en el territorio nacional. El cuadro N°000 muestra como en la población entrevistadas en los hogares visitados para la encuesta anteriormente mencionada en 2015, la sustancia psicoactiva ilegal con mayor consumo es la marihuana con una prevalencia en el último mes de 3.2% a nivel nacional y en la Región Huetar Norte con 2.3%. Tanto a nivel nacional como regional siguen el mismo orden descendente el LSD (Dietilamida de ácido lisérgico) y disolventes volátiles (Vapores de gasolina, thinner y pegamento), estas dos en la

Región Huetar Norte con porcentajes de 0.4% y 0.3% respectivamente. A nivel nacional la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida, pero en la región se ubica en un cuarto lugar con un 0.2% de las personas encuestadas y se reporta únicamente en población femenina.

En referencia a la edad de inicio de consumo de estas drogas en la región en estudio, la mayoría ronda los 18 años, a excepción de los disolventes volátiles y el éxtasis que es a muy temprana edad (12 años aproximadamente) y para uso de hongos alucinógenos a los 16.6 años. De ahí la importancia de intensificar los programas de fortalecimiento de habilidades para la vida que se desarrollan en centros educativos, sin embargo, es necesario considerar que hay población infantojuvenil excluida del sistema educativo a la cual se debe llegar también con los programas preventivos que se desarrollan en país por instituciones y organizaciones no gubernamentales.

En la VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General 2015, la prevalencia en el último mes con respecto al consumo de alcohol en población de 12 a 70 años es a nivel nacional de 27.9%, superando al porcentaje de la Región Huetar Norte ya que este es de 23.20%. En referencia al nivel regional la población masculina se reporta con una prevalencia mayor (27.7%) que las mujeres con 18.2%.

Cabe destacar que las bebidas alcohólicas es una de las sustancias psicoactivas consideradas licitas en el país, la cual es de fácil acceso para la población e inclusive por personas menores de edad aun cuando para ellos es prohibida su venta. Ya que buscan estrategias para obtenerla en establecimientos comerciales con otras personas adultas o bien de lo disponible en sus propias viviendas.

La edad promedio en el inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas en Costa Rica, según la última encuesta disponible es de 17.8, similar a la reportada a nivel regional 17.3. Según sexo en la Región Huetar Norte los hombres inician el consumo a edad más temprana (16.4) que las mujeres ya que en éstas el promedio es de 18.8 años.

Si se compara el consumo de estas dos sustancias licitas en el país, tabaco y el alcohol, esta última se reporta con mayor consumo entre la población encuestada.

## **Desempleo y pobreza**

La escasa capacidad del mercado laboral de la región para absorber a su fuerza laboral, unida a la afectación en el mercado laboral producto de las medidas adoptadas para contener la propagación del virus, repercute en que la tasa de desempleo aumente. En su mayoría las personas desempleadas de los distritos Pital, Venecia y Aguas Zarcas poseen niveles educativos bajos (primaria completa o menos) y medios (secundaria incompleta o completa). Estas características en los niveles educativos de la población desempleada se convierten en un factor desventajoso para la inserción exitosa en el mercado laboral.

El ingreso promedio mensual de los hogares, en realidad no compensa la pérdida de poder adquisitivo que se ha dado durante el año, el cual ha impactado directamente la economía de los hogares, especialmente la de los quintiles de ingreso más bajos

Los ingresos per cápita de los hogares del país no alcanzan siquiera para satisfacer correctamente sus necesidades básicas. Lo anterior, es influenciado directamente por la inflación interanual, siendo esta la más alta desde la crisis financiera del 2008.

La pobreza es abordada desde diferentes enfoques teóricos, que contemplan la insatisfacción de las necesidades básicas, la privación en el acceso a bienes y servicios y la afectación de los derechos humanos de los grupos familiares en condición de pobreza. La forma de medir la pobreza también ha tendido a variar a través de la historia, incluyendo los métodos unidimensionales, centrados en medir el acceso a recursos económicos, que clasifica a la población en hogares no pobres, hogares en pobreza no extrema y hogares en pobreza extrema.

En la Línea de Pobreza reflejada en la Encuesta Nacional de Hogares, que contempla a la Región Huetar Norte, se estima que esta zona posee 17 043 hogares en condición de pobreza extrema, mientras que 25 266 hogares se encuentran en pobreza no extrema y 90 196 hogares son ubicados en una posición de no pobres.

Por otro lado, los métodos de medición multidimensionales, desde una perspectiva más amplia, se enfocan en las necesidades básicas insatisfechas, desde los que se

permite definir cuáles dimensiones y necesidades se analizarán según el objetivo definido en cada investigación, ya sean las necesidades absolutas o relativas, o si, se cuenta con la posibilidad de analizarles en conjunto. Las necesidades absolutas "se refieren a las necesidades indispensables para la existencia humana, como por ejemplo la nutrición. Las segundas, las relativas, que se refieren a aquellas necesidades que, aunque no son estrictamente indispensables para la supervivencia, sí lo son para tener una calidad de vida adecuada, como por ejemplo la educación". (INEC; 2015).

### ***Descripción de características de presencia de riesgos***

Para el caso específico del ARSAZ, el Sistema Nacional de Áreas de Conservación (SINAC) establece dentro del Área de Conservación Arenal Huetar Norte El Parque Nacional Juan Castro Blanco (Ley 7297) con una extensión de 14288 Ha, así mismo, se cuenta con el Refugio Nacional de Vida Silvestre Maquenque (Decreto N°32405-MINAE) con una extensión de 51854 Ha.

La mayor cantidad de viviendas de la Región Huetar Norte realiza la eliminación de los residuos mediante camión recolector, sin embargo, otras prácticas realizadas por la población para la eliminación de residuos es la quema, disposición en hueco, lote baldío o quebrada. Para el caso específico de los distritos de Aguas Zarcas, Pital y Venecia, se cuenta con recolector municipal de residuos ordinarios y valorizables únicamente para los cascos centrales, sin embargo, las zonas rurales no cuentan con este servicio, por cuanto, las otras prácticas de eliminación son más frecuentes.

## Priorización de problemas

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.

### ***I. Metodología de priorización del equipo ASIS basado en mortalidad***

Se utilizará la mortalidad como parámetro general para la priorización en una primera etapa de ASIS, ya que se establece como prioridad analizar las causas de la mortalidad en la población y cuáles son las estrategias más adecuadas para abordar dichos diferenciales en la salud. Se debe definir como periodo de preferencia un quinquenio, 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.

### **Fuentes de Información para mortalidad**

Bases de mortalidad anuales de Instituto nacional de Estadística y Censos (INEC).

## Metodología

1. Los grupos de edad se clasifican según curso de vida acorde con lo que contempla la legislación nacional y según la información disponible:
  - ✓ Menores de 1 año
  - ✓ Niñez 1-09 años
  - ✓ Adolescencia 10 - 19 años
  - ✓ Persona adulta 20-64 años
  - ✓ Persona adulta mayor mayores de 65 años
  
2. Se clasifican los eventos según los grupos y subgrupos de carga global de enfermedad (GBD):
  - ✓ Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales
  - ✓ Enfermedades no transmisibles 24
  - ✓ Causas externas de morbilidad y mortalidad
  - ✓ Causas Mal definidas
  
3. Se utiliza la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) versión 2015, oficial para país.
4. Se reclasifican los eventos según CIE 10 a cuarto y tercer carácter de desagregación.
5. Se calculan las tasas de mortalidad simple por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.
6. Posteriormente se calculan las tasas promedio por quinquenio por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.

Una vez agrupados los eventos por tercer carácter de CIE-10 se realiza la revisión de los eventos que tienen origen y factores determinantes en común, por ejemplo, accidentes de tránsito, las enfermedades isquémicas del corazón entre otras. Dado

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

*Cuadro N°13. Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad  
2015-2019  
(Cifras quinquenales, tasa promedio por 1.000 habitantes)*

<b>Eventos</b>	<b>Total quinquenio</b>	<b>Tasa quinquenio</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1.Enfermedades no transmisibles</b>	<b>713</b>	<b>12,39</b>	<b>75,21</b>
<b>2.Causas externas de morbilidad y mortalidad</b>	<b>146</b>	<b>2,54</b>	<b>15,40</b>
<b>3.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales</b>	<b>78</b>	<b>1,36</b>	<b>8,23</b>
<b>4.Mal definidas</b>	<b>11</b>	<b>0,19</b>	<b>1,16</b>
<b>Total general</b>	<b>948</b>	<b>16,48</b>	<b>100,00</b>

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

Las enfermedades no transmisibles siguen siendo, a través de los años, uno de los principales grupos de eventos o patologías causantes de muerte en la población de nuestra Área Rectora, con más del 75% de las muertes reportadas en el quinquenio del 2015 al 2019, de los cuales los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares son los que repuntan como carga global de mortalidad, y los accidentes de tránsito dentro de las causas externas principales de provocar mortalidad en la población de los distritos de Aguas Zarcas, Pital y Venecia durante el período en cuestión.

**Cuadro N°14. Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad  
2015-2019**

*(Cifras quinquenales, tasa promedio por 1.000 habitantes)*

<b>Eventos</b>	<b>Total quinquenio</b>	<b>Tasa quinquenio</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Enfermedades no transmisibles</b>	<b>713</b>	<b>12,39</b>	<b>75,21</b>
Enfermedades cardiovasculares	243	4,22	25,63
Tumores malignos	211	3,67	22,26
Enfermedades digestivas	65	1,13	6,86
Diabetes mellitus	56	0,97	5,91
Enfermedades respiratorias	44	0,76	4,64
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	42	0,73	4,43
Enfermedades del sistema genito-urinario	19	0,33	2,00
Anomalías congénitas	16	0,28	1,69
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	5	0,09	0,53
Otros tumores	5	0,09	0,53
Enfermedades de la piel	4	0,07	0,42
Enfermedades del sistema músculo esquelético	3	0,05	0,32
<b>Causas externas de morbilidad y mortalidad</b>	<b>146</b>	<b>2,54</b>	<b>15,40</b>
Accidentes	113	1,96	11,92
Lesiones intencionales	29	0,50	3,06
Eventos (lesiones) de intención no determinada	4	0,07	0,42
<b>Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales</b>	<b>78</b>	<b>1,36</b>	<b>8,23</b>
Infecciones respiratorias	36	0,63	3,80
Enfermedades infecciosas y parasitarias	20	0,35	2,11
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	20	0,35	2,11
Deficiencias de la nutrición	2	0,03	0,21
<b>Mal definidas</b>	<b>11</b>	<b>0,19</b>	<b>1,16</b>
Causas de muerte no especificadas	11	0,19	1,16
<b>Total general</b>	<b>948</b>	<b>16,48</b>	<b>100,00</b>

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

Cuadro N°15. Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. 2015-2019

(números absolutos y porcentaje)

Orden N°	Eventos (código CIE-10)	Grupos de edad	
		Menos de 1 año	Porcentaje
1	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (P20, P21, P22, P24, P25, P28, P29, P36, P52, P61)	20	2,11
2	Q24 - Malformaciones congénitas (Q04, Q21, Q24, Q33, Q43, Q60, Q77, Q79, Q87, Q90, Q91)	15	1,58
		<b>1 a 9 años</b>	<b>Porcentaje</b>
1	Y07 - Otros síndromes de maltrato	1	0,11
2	Q24 - Otras malformaciones congénitas del corazón	1	0,11
3	C71 - Tumor maligno del encéfalo	1	0,11
		<b>10 a 19 años</b>	<b>Porcentaje</b>
1	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado (V09, V19, V29, V80)	13	1,37
2	I33 - Enfermedades cardiovasculares (I62, I78)	3	0,32
3	B01 - Varicela	1	0,11
4	X80 - Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado	1	0,11
		<b>20 a 64 años</b>	<b>Porcentaje</b>
1	C16 - Tumores malignos (C07, C15, C17, C18, C19, C20, C22, C24, C25, C26, C34, C43, C48, C49, C50, C53, C54, C55, C56, C60, C67, C71, C73, C81, C90, C91, C92)	82	8,65
2	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado (V02, V09, V29, V49, V59)	65	6,86
3	I21 - Infarto agudo del miocardio (I11, I12, I26, I27, I30, I33, I35, I38, I42, I51, I60, I61, I62, I64, I67, I69, I71, I80)	53	5,60
4	K70 - Enfermedades Sistema digestivo (K43, K55, K56, K65, K72, K74, K76, K80, K85, K92)	31	3,27
5	X70 - Lesiones autoinfligidas y suicidio (X33, X45, X59, X68, X69, X91, X95, X99)	30	3,16
		<b>65 años y más</b>	<b>Porcentaje</b>
1	I21 - Infarto agudo del miocardio (I10, I11, I12, I13, I20, I25, I26, I31, I33, I35, I38, I42, I44, I46, I48, I50, I51, I61, I62, I63, I64, I67, I69, I71, I74, I77, I80)	187	19,73
2	C61 - Tumores malignos (C15, C16, C18, C19, C20, C22, C23, C24, C25, C30, C32, C34, C43, C44, C49, C50, C53, C54, C56, C64, C67, C69, C71, C76, C80, C85, C90, C91, C97)	127	13,40
3	J44 - Enfermedades sistema respiratorio (J09, J10, J12, J15, J18, J45, J46, J69, J84, J98)	62	6,54
4	E10 - Diabetes mellitus (E11, E14)	38	4,01
5	K74 - Enfermedades Sistema digestivo (K26, K40, K55, K57, K59, K63, K65, K66, K72, K76, K81, K85, K92)	33	3,48

Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

En la priorización de eventos de mortalidad según grupos de edad por curso de vida, las neoplasias malignas y las enfermedades cardiovasculares continúan ocupando las primeras posiciones con predominio en personas mayores de 20 años, sin dejar de lado los accidentes de tránsito que son más frecuentes en la población adulta joven.

*Cuadro N°16. Agrupación de códigos según enfermedades utilizado para ASIS, 2015-2019*

<b>Códigos Grupos y subgrupos CIE10</b>	<b>Enfermedad que representa</b>
I10-I80	Enfermedad isquémica
V02-V89	Accidentes de tránsito
J09-J98	Enfermedades del aparato respiratorio
K26-K92	Enfermedades del aparato digestivo
E10-E14	Diabetes mellitus
X45-X99	Lesión autoinfligida intencionalmente
G00-G96	Enfermedades del sistema nervioso
P07-P61	Trastornos durante la gestación y bajo peso al nacer
N03-N39	Enfermedades del sistema renal
Q04-Q91	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
A04-A49	Infecciones bacterianas
W17-W87	Agresiones, ahogamiento y sumersión
F01-F10	Trastornos mentales y del comportamiento
<b>Códigos Grupos y subgrupos CIE10</b>	<b>Tumor maligno que representa</b>
C00-C97	Tumores malignos (se desglosan)
C07	Tumor maligno de la glándula parótida
C15	Tumor maligno del esófago
C16	Tumor maligno del estómago
C17	Tumor maligno del intestino delgado
C18	Tumor maligno del colon
C19-C20	Tumor maligno del recto y unión rectosigmoidea
C22-C24	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares

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

## ***II. Priorización de los problemas de salud con la comunidad***

La priorización de los problemas de salud de la comunidad es un paso importante para conocer e identificar desde la comunidad lo que afecta su salud. El primer paso por realizar es la identificación de los actores sociales que participaran, para cual es necesario realizar un mapeo de actores sociales de la comunidad.

### **1. Identificación de actores sociales participantes**

En este paso el Equipo Local procedió a realizar un análisis de los principales actores sociales de la comunidad, respetando la paridad de género en la elección de estos e incluyendo representantes reconocidos formalmente como gobiernos locales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, pero también registrando aquellas personas que a pesar de no gozar de reconocimiento formal tienen legitimidad social como: líderes comunales, líderes religiosos o líderes tradicionales. Para el desarrollo de la matriz de actores sociales se utilizaron las siguientes definiciones:

- Actor social (institución/individuo): son usualmente considerados como aquellos que pueden influenciar significativamente (positiva o negativamente una intervención) y son muy importantes para que una situación se manifieste de determinada forma.
- Rol o función: Funciones que desempeña cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones
- Posición o relación predominante: Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto)
- Interés: Se define como el nivel de atracción o afecto hacia una acción
- Influencia o jerarquización de poder: Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones

<b>Categoría del Actor</b>	<b>Actor social (institución/individuo)</b>	<b>Rol o función</b> 1. No vinculado 2. cooperante 3. comprometido	<b>Posición</b> 1. en contra 2. indiferente 3. a favor	<b>Interés</b> 1. ningún interés 2. poco interés 3. interés moderado 4. mucho interés	<b>Influencia</b> 1. Bajo 2. medio 3. alto	<b>Puntaje Final</b>
<b>Actor del sector salud</b>	Caja Costarricense del Seguro Social	3	3	3	3	<b>12</b>
<b>Actor Municipal</b>	Comité Cantonal de Deportes y Recreación	3	2	2	3	<b>10</b>
<b>Actor de la Comunidad</b>	ASADA	2	3	3	2	<b>9</b>

Una vez completada la matriz anterior, el equipo local ponderó la participación de los actores sociales, los cuales son determinantes en el proceso de priorización de los problemas de salud de la comunidad.

Para facilitar este proceso se estableció la matriz de análisis de actores sociales que participaran en el ASIS, la cual se anexa en formato digital en la Plantilla- ASIS las pestañas de Actores sociales y Comunidad.

## **2. 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:

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

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

- a) Cada participante partiendo de una reflexión individual escribió en tarjetas los 3 principales problemas de salud que considera afectan a la comunidad.
- b) Seguidamente cada participante expuso los problemas identificados al grupo.
- c) Como funcionarios facilitadores expusimos a todo el grupo la generalización de los problemas de salud que el grupo construyó. De esta forma se obtuvo una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a las comunidades de nuestros 3 distritos.

*Cuadro N°17. Lluvia de ideas en taller de trabajo con la comunidad, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023*

1	Consumo de sustancias (drogadicción)	13	Inadecuada disposición de aguas negras y desechos
2	Accidentes de tránsito	14	Embarazo adolescencia
3	Violencia intrafamiliar	15	Contaminación ambiental (agroquímicos)
4	Quemas en piñeras	16	Pérdida de valores y desintegración familiar (uso de tecnología)
5	Obesidad	17	Consumo agua no potable
6	Trastornos mentales	18	Desempleo
7	Enfermedades crónicas (DM, HTA)	19	Población migrante vulnerable
8	Inseguridad ciudadana	20	Adultos mayores sin pensión o en abandono
9	Inaccesibilidad servicios de salud	21	Cáncer
10	Malos hábitos alimenticios	22	Problemas respiratorias
11	Animales en calles (perros)	23	Alergias
12	Contaminación sónica o por ruido	24	Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes

d) Posteriormente cada participante de manera individual eligió de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud que consideró son los más importantes en la comunidad y los jerarquizó con puntuación de 1 a 5, donde 5 es de gran importancia y 1 menor importancia.

Para lo cual cada participante llenó una ficha que se le entregó de forma impresa como la siguiente:

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

e) Seguidamente cada participante expuso su clasificación y los facilitadores fuimos puntuando los problemas de salud según la votación individual hasta obtener los primeros 10 problemas de salud según actores sociales. Si hubiese ocurrido un empate, se debería volver a votar de manera individual hasta que el grupo hubiese decidido. De esta forma al finalizar esta etapa el grupo obtendría los 10 problemas de salud sondeados.

*Cuadro N°18.* Jerarquización de los problemas obtenidos de la lluvia de ideas en taller de trabajo con la comunidad, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023

88	Consumo de sustancias (drogadicción)	7	Inadecuada disposición de aguas negras y desechos
2	Accidentes de tránsito	8	Embarazo adolescencia
32	Violencia intrafamiliar	46	Contaminación ambiental (agroquímicos)

5	Quemas en piñeras	54	Pérdida de valores y desintegración familiar (uso de tecnología)
0	Obesidad	0	Consumo agua no potable
23	Trastornos mentales	15	Desempleo
8	Enfermedades crónicas (DM, HTA)	3	Población migrante vulnerable
27	Inseguridad ciudadana	27	Adultos mayores sin pensión o en abandono
34	Inaccesibilidad servicios de salud	19	Cáncer
11	Malos hábitos alimenticios	4	Problemas respiratorias
0	Animales en calles (perros)	3	Alergias
5	Contaminación sónica o por ruido	1	Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes

Una vez realizada la votación individual por parte de los actores sociales participantes y obteniendo el puntaje anotado en el cuadro anterior mediante la utilización de la ficha correspondiente, se procedió a enumerar los 10 problemas seleccionados de mayor a menor según el puntaje total obtenido por cada uno, el cual se visualiza en el cuadro N°18.

*Cuadro N°19.* 10 principales problemas seleccionados y clasificados por los actores sociales durante la lluvia de ideas en el taller de trabajo con la comunidad, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023

Problemas de Salud	
1	Consumo de sustancias (drogadicción)
2	Pérdida de valores y desintegración familiar (uso de tecnología)
3	Contaminación ambiental (agroquímicos)
4	Inaccesibilidad servicios de salud
5	Violencia intrafamiliar
6	Inseguridad ciudadana

7	Adultos mayores sin pensión o en abandono
8	Trastornos mentales
9	Cáncer
10	Desempleo

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

Una vez que el grupo de actores sociales participantes definieron los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual calificó cada uno de los problemas de salud, según los criterios expresados en el cuadro siguiente, el cual cada participante llenó dicho cuadro que se le entregó de la misma forma de manera impresa:

Problema de salud	Magnitud	Gravedad	Nivel de oportunidad de solución	Valoración del interés de la comunidad	Demanda de los servicios de Salud
XXXX	<p>¿Qué cantidad de población (de ese grupo social) es afectada por el problema?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afecta a pocos</li> <li>2. Afectada de manera moderada</li> <li>3. Afecta a muchos</li> </ol>	<p>¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) importantes?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baja</li> <li>2. Media</li> <li>3. Alta</li> </ol>	<p>¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pocas oportunidades</li> <li>2. Oportunidades moderadas</li> <li>3. Altas oportunidades</li> </ol>	<p>¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poco interés</li> <li>2. Interés medio</li> <li>3. Alto interés</li> </ol>	<p>¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud?</p> <p><b>Respuestas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poca demanda</li> <li>2. Moderada demanda</li> <li>3. Alta demanda</li> </ol>

Obtenida esta valoración individual, los facilitadores procedimos a colocar y sumar los puntajes que cada participante asignó a cada problema. De esta forma se obtuvo un consolidado de valoración de los problemas de salud según participante, los

cuales fueron anotados en el formato digital de la Plantilla-ASIS pestaña Actores sociales y Comunidad (ver anexo 1).

Finalmente se tuvo un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de todos los participantes y se procedió a extraer los 6 problemas de salud que obtuvieron el mayor puntaje y se suman a la lista de problemas priorizados por el Equipo Local.

Problemas priorizados		Puntos totales
1	Contaminación ambiental (agroquímicos)	186
2	Inaccesibilidad servicios de salud	186
3	Consumo de sustancias (drogadicción)	174
4	Violencia intrafamiliar	171
5	Cáncer	168
6	Trastornos mentales	165

El análisis de los 6 problemas con la comunidad se realiza mediante la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”, los cuales consisten 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.

# Contaminación ambiental

Ausencia de plan regulador municipal

Por falta de voluntad política

Por intereses económicos y compromisos

Por necesidades poblacionales y familiares

Por que hay que cumplir las necesidades básicas (supervivencia)

# Inaccessibilidad servicios de salud

Falta de inversión en infraestructura y personal

```
graph TD; A[Falta de inversión en infraestructura y personal] --> B[Por escasos recursos necesarios en el estado]; B --> C[Pésima administración, recaudación y distribución de los recursos]; C --> D[Falta de participación ciudadana]; D --> E[Desconocimiento de derechos y deberes ciudadanos];
```

Por escasos recursos necesarios en el estado

Pésima administración, recaudación y distribución de los recursos

Falta de participación ciudadana

Desconocimiento de derechos y deberes ciudadanos

# Consumo de sustancias (drogadicción)

Por factores emocionales, familiares y personales (físicos)

```
graph TD; A[Por factores emocionales, familiares y personales (físicos)] --> B[Por búsqueda de identidad, carencia de valores y amor propio (autoestima)]; B --> C[Por presión social, ausencia de límites y vínculos familiares y espirituales]; C --> D[Escaso acceso de redes de apoyo y servicios de salud]; D --> E[Poco interés de la resolución de la problemática];
```

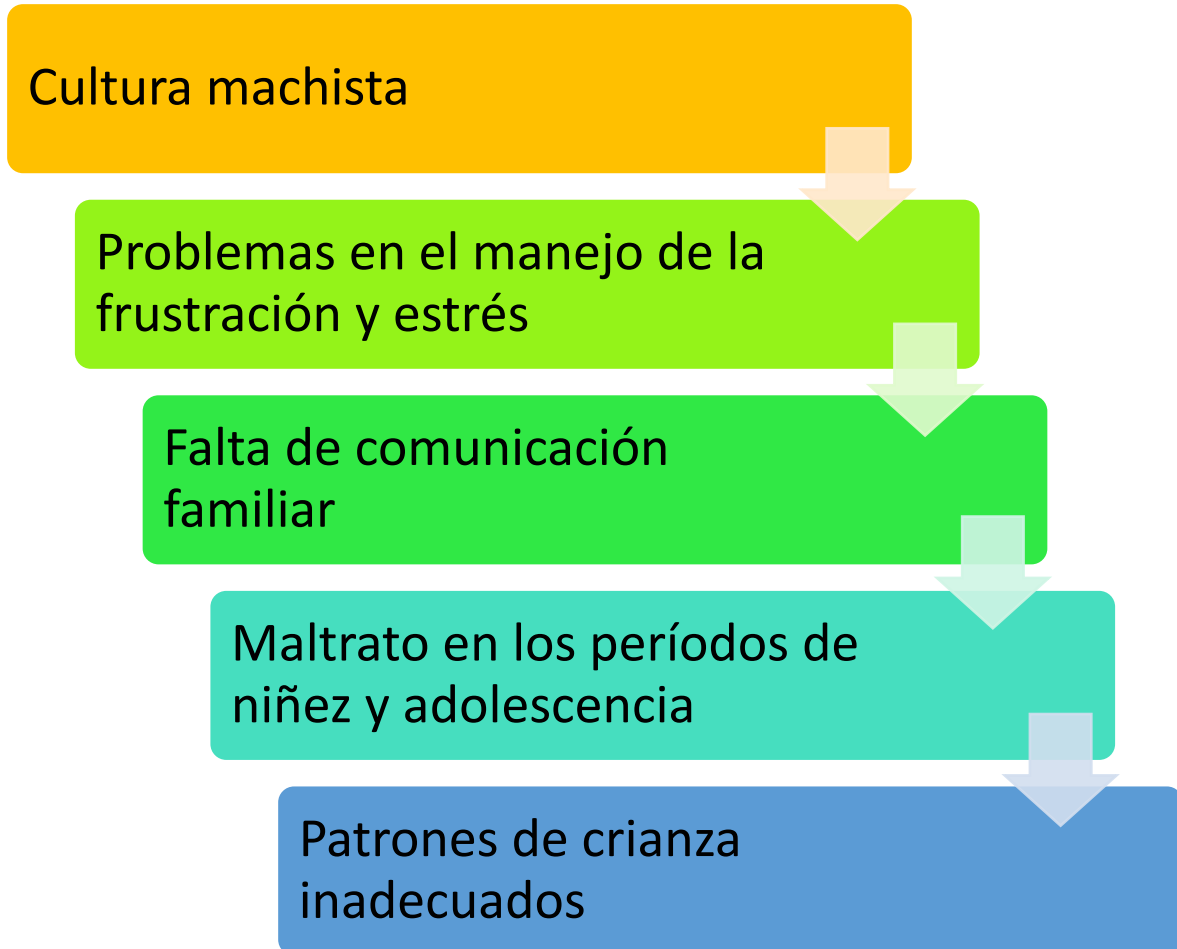
Por búsqueda de identidad, carencia de valores y amor propio (autoestima)

Por presión social, ausencia de límites y vínculos familiares y espirituales

Escaso acceso de redes de apoyo y servicios de salud

Poco interés de la resolución de la problemática

## Violencia intrafamiliar



# Tumores malignos (Cáncer)

Antecedentes heredofamiliares  
(padres, abuelos, tíos)

```
graph TD; A[Antecedentes heredofamiliares (padres, abuelos, tíos)] --> B[Inadecuados hábitos en el estilo de vida (alimentación, exposición a radiaciones)]; B --> C[Exposición en el entorno a sustancias contaminantes (químicos)]; C --> D[Falta de personal capacitado e infraestructura en salud]; D --> E[Por escasos recursos necesarios en el estado];
```

Inadecuados hábitos en el estilo de vida  
(alimentación, exposición a radiaciones)

Exposición en el entorno a sustancias  
contaminantes (químicos)

Falta de personal capacitado e  
infraestructura en salud

Por escasos recursos necesarios en el  
estado

# Trastornos mentales

Antecedentes familiares (abuso, VIF, consumo de sustancias)

```
graph TD; A[Antecedentes familiares (abuso, VIF, consumo de sustancias)] --> B[Poco apoyo de parte de las instituciones competentes]; B --> C[No se fortalece suficiente el desarrollo de acciones con comunidad]; C --> D[Presupuestos centralizados y se restó importancia a la promoción de la salud]; D --> E[Poco interés político en la temática];
```

Poco apoyo de parte de las instituciones competentes

No se fortalece suficiente el desarrollo de acciones con comunidad

Presupuestos centralizados y se restó importancia a la promoción de la salud

Poco interés político en la temática

## Análisis de los problemas priorizados

Una vez realizada toda la revisión literaria, y de morbilidad de los años en estudio del 2015 al 2019, así como el trabajo de priorización de los problemas con la comunidad, se lograron establecer los principales problemas para nuestro Área Rectora, mismos que se enuncian en el cuadro siguiente:

*Cuadro N°20.* Principales problemas priorizados para trabajo en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas

---

### 1. Problema general

#### 1.1. Enfermedades no transmisibles

1.1.1. *Enfermedades cardiovasculares*

1.1.2. *Tumores malignos*

1.1.3. *Accidentes de tránsito*

1.1.4. *Enfermedades respiratorias*

---

### 2. Problemas según mortalidad

2.1. *Trastornos perinatales*

2.2. *Malformaciones congénitas*

2.3. *Accidentes de tránsito*

2.4. *Tumores malignos*

2.5. *Enfermedades cardiovasculares*

---

### 3. Problemas con comunidad

3.1. *Contaminación ambiental*

3.2. *Inaccessibilidad a los servicios de salud*

3.3. *Consumo de sustancias psicoactivas*

3.4. *Violencia intrafamiliar*

3.5. *Tumores malignos*

3.6. *Trastornos mentales*

---

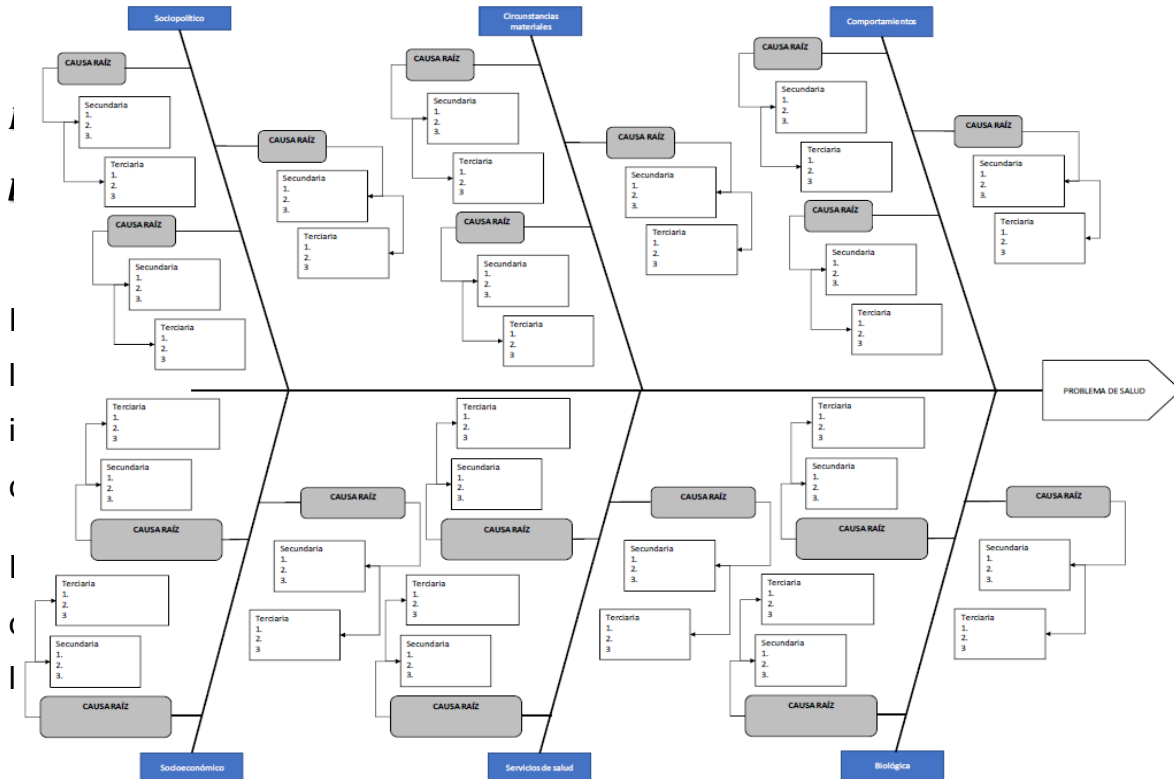
Para realizar dicho análisis se utilizó el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado, ver cuadro N°21), la cual es una herramienta que

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
- 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, las cuales 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 ubicaron las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias.

Cuadro N°21. Diagrama de Causa-Efecto o Ishikawa



- Caja Costarricense del Seguro Social: médicos, enfermeras, registros médicos y trabajo social de las Áreas de Salud Aguas Zarcas y Pital; psicología, oncología y salud mental de Hospital San Carlos.
- Fundación contra El Cáncer Lluvia de Esperanza
- Desarrollo Social de la Municipalidad de San Carlos
- Gestión sociocultural del Ministerio de Cultura y Juventud, Sede Centro Cívico por La Paz
- Equipos Interdisciplinarios del Ministerio de Educación Pública
- Supervisores del Ministerio de Educación Públicas de los distritos de Aguas Zarcas, Pital y Venecia
- Patronato Nacional de la Infancia
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
- CEN-CINAI
- Organización Panamericana de la Salud, Región Huetar Norte
- Instituto Nacional de las Mujeres
- Acueductos y Alcantarillados
- Consejo de la Persona Joven, Sede Centro Cívico por La Paz
- Ministerio de Agricultura y Ganadería de los distritos de Aguas Zarcas, Pital y Venecia
- Servicio Fitosanitario del Estado
- Sistema Nacional de Áreas de Conservación
- Instituto Nacional de Aprendizaje
- Universidad Técnica Nacional
- Programas policiales preventivos, Fuerza Pública
- Ministerio de Obras Públicas y Transportes
- Consejo Nacional de Vialidad
- Policía de tránsito
- Centro Cívico por La Paz

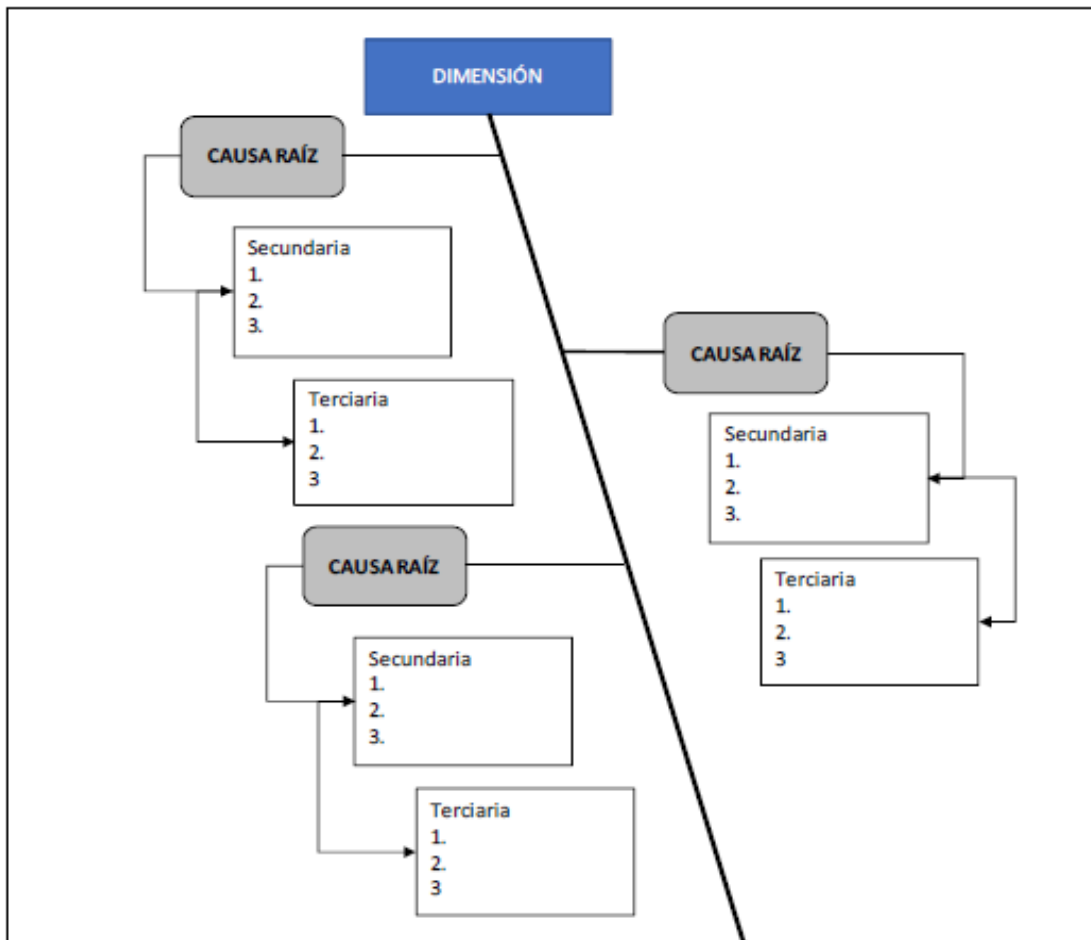
La distribución de los expertos en equipos de trabajo se realizó según la vinculación con el problema de salud, sin embargo, debido a la cantidad de expertos participantes reducida, los grupos analizaron 2 problemas por grupo y se rotaron a los expertos según el problema de salud a analizar.

El Equipo Local junto con los expertos analizamos para cada dimensión las causas raíces principales que afectan el problema de salud identificado en mención, y a cada causa raíz se le determinó como máximo tres causas secundarias y una causa terciaria por cada causa secundaria, esto con la ayuda de la Plantilla Diagrama Causa-Efecto.

Para facilitar el trabajo de grupo durante el taller, se les facilitó información sobre definición de causa raíz, secundaria y terciaria, las cuales 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.

Cuadro N°22. Dimensión y causas raíz del diagrama de Ishikawa



## II. Análisis de las causas 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 12 Criterios de priorización para las causas raíz.

Cuadro N°23. Criterios de priorización para las causas raíz

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

### ***III. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas***

Una vez recaba la información generada en el Pareto se procede a realizar un análisis de los eventos de salud. Este análisis supone un acercamiento a la

determinación social del evento de salud, para lo cual el grupo de ASIS realizó por evento lo siguiente:

a. Descripción general del evento de salud: En el cual se describe de manera cualitativa el evento de manera general y se apuntan estadísticas básicas tanto a nivel internacional como nivel nacional. Estos datos pueden ser retomados de la información antes revisada y de la revisión de informes técnicos nacionales e internacionales.

b. Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto: en este paso se enuncian las causas que fueron priorizadas según los expertos y se detallan la relación que existen entre éstas y el evento de salud. Este análisis busca comprender de una manera general la determinación que ejercen esas causas en la aparición del evento. En este paso es importante recordar, que la causa priorizada parte de un Determinante Social de la Salud por lo que el análisis de no se puede obviar dicho Determinante. El contexto de la comunidad es básico para comprender: cada determinante, cada causa y por tanto el evento de salud. Por lo que el análisis es un ir y venir de la realidad social en el cual está inserto el evento de salud, solo de esta forma se podrá comprender la multicausalidad de este.

### **1. Enfermedades cardiovasculares**

En el caso de la enfermedad isquémica cardíaca y el infarto agudo de miocardio, que forman parte de las enfermedades cardiovasculares, son patologías cuya causalidad es muy compleja, ya que sus determinantes son multicausales. 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).

Diferentes causas como el hábito tabáquico (Fernández & Figueroa, 2018), la dieta inadecuada, la disminución de la actividad física (laboral y extralaboral), el incremento de la edad poblacional, el estrés (Alonso, C. F., 2009), la hipertensión arterial, la dislipidemia, el aumento de la incidencia de la insulino-resistencia y la diabetes mellitus y fundamentalmente los altos índices de sobrepeso y obesidad, son los principales factores de riesgo que permiten el auge y la perpetuación de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV).

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.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005, el primer lugar en la distribución global de causas de muerte le corresponde a las ECV, con un tercio del total, razón por la cual se ha sostenido que la humanidad está en presencia de una epidemia cardiovascular.

El infarto agudo de miocardio se ubican como la principal causa de mortalidad para el grupo de edad de más de 65 años, y además ocupa un puesto dentro de las primeras 3 causas de muerte en población de 10 a 64 años, por lo que la Población Económicamente Activa (PEA) del país se está viendo altamente afectada debido a estos índices, 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.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la enfermedad isquémica cardiaca y el infarto agudo de miocardio: 1) Bajo nivel de ingreso de la población (determinante socioeconómico), 2) Antecedentes genéticos o heredofamiliares (determinante biológico), 3) Inadecuados estilos de vida (determinantes de comportamiento), 4) Carencia de intervención pública para la práctica de actividad física (determinante sociopolítico) y 5) Servicios de salud insuficientes en el primer nivel de salud (determinantes de servicios de salud).

## **2. Contaminación ambiental**

Durante muchos siglos la contaminación ambiental no fue problema. En el caso de las aguas, éstas eran suficientes para proveer del líquido a las actividades diarias y también permitían una dilución amplia de los desechos. Sin embargo, hoy día se ha

sentido el impacto del agotamiento de la capacidad de autodepuración de los ríos y mares. (Jiménez, 1982).

A pesar de que la Organización de las Naciones Unidas declaró en la década de 1970 como la del desabastecimiento de agua para tanta población en el mundo subdesarrollado sin agua, después de los diez años se reconoce que las necesidades son cada vez mayores.

La contaminación ambiental representa uno de los problemas más críticos y graves en todo el mundo. Se denomina contaminación atmosférica o contaminación ambiental a la presencia de cualquier agente (físico, químico o biológico) o una combinación de varios agentes en lugares, formas y concentraciones tales que sean nocivos para la salud, para la seguridad y el bienestar de la población, o puedan ser perjudiciales para los seres vivos en general. (Anzules & Castro, 2022). Se puede afirmar que la contaminación del aire y del agua, el ruido, las emisiones químicas, la contaminación alimentaria, el agotamiento del ozono y las consecuencias del cambio climático seguirán siendo los principales problemas relacionados con la salud humana en el mundo y que sus efectos serán cada vez más notorios.

Se estima que más del 70% de los contaminantes del suelo son cancerígenos por naturaleza, lo que aumenta la probabilidad de que los humanos expuestos al suelo contaminado desarrollen cáncer. Los contaminantes también pueden causar enfermedades de la piel, desórdenes del sistema nervioso central y bloqueo muscular.

La contaminación de los suelos es por lo común, una consecuencia de hábitos antihigiénicos de diversas prácticas agrícolas y de métodos inapropiados de eliminación de residuales líquidos y desechos sólidos, por consiguiente, el suelo se contamina cada vez más con sustancias químicas que pueden llegar a la cadena alimentaria, aguas superficiales y subterráneas, y por último, ser ingeridas por el hombre. (Rodríguez, Bustamante, & Magdalena, 2011).

De acuerdo con Anzules & Castro (2022), el agua contaminada por productos químicos ocasiona problemas hormonales y reproductivos, daños en el sistema

nervioso, daño hepático, renal y cáncer. Estar expuesto a agua contaminada con sustancias como el mercurio puede conducir a la enfermedad de Parkinson, el Alzheimer, enfermedades cardíacas e incluso la muerte en concentraciones muy elevadas. Otras enfermedades registradas son: inmunotoxicidad, enfermedad Saku, defectos de nacimiento, problemas respiratorios, dermatológicos, salud reproductiva, genotoxicidad, abortos, espontáneos, enfermedades de Parkinson y Alzheimer, esclerosis lateral amiotrófica. Otro tipo de pesticidas, incluyendo los piretroides, insecticidas, herbicidas, fungicidas y fumigantes, han sido asociados con la neurotoxicidad.

El denominador común de estas enfermedades es que en la mayoría de los casos el efecto sobre la salud no es inmediato, sino a medio o largo plazo, dando como resultado enfermedades de tipo degenerativo en las que resulta muy difícil establecer relaciones de causalidad. Los químicos más frecuentes en el agua capaces de originar problemas de salud o enfermedades son los nitratos, trihalometanos, plaguicidas, plomo y otros metales, arsénico, acrilamida, cloruro de vinilo y epiclohidrina, fluoruro y boro. (Vargas Marcos, 2005).

En consecuencia, es necesario tomar conciencia, así como la búsqueda de alternativas para su pronta solución.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la contaminación ambiental y sus efectos en la salud: 1) Contaminación de fuentes de agua (determinantes de servicios de salud) 2) Actividades agropecuarias sin adecuado control estatal (determinante socioeconómico) 3) Carencia de un plan regulador (determinantes sociopolíticos) 4) Inadecuada gestión de residuos (determinantes sociopolíticos) y 5) Escaso acceso a los servicios de recolección de residuos (determinantes de circunstancias materiales de vida).

### **3. Inaccessibilidad a los servicios de salud**

La salud y los elementos que confluyen para hacerla efectiva y manifiesta en la población son diversos y diferenciados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo enuncia como “el completo estado significa únicamente la expresión de un ideal al que se aspira; es, en esencia, un enunciado subjetivo y estático, por ello, resulta más adecuado considerar la salud como un proceso permanentemente dinámico, que no se refleja en el ser humano como ente aislado, sino también como sujeto social y, por lo tanto, relativo al funcionamiento de una sociedad, en el cual influye, en mayor o menor medida, el estado de salud de cada uno de sus integrantes.

El bienestar, por tanto, es producto de la adecuada combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, los cuales dan como resultado el estado de satisfacción de las necesidades de un individuo o de una sociedad. En este sentido, el papel del factor salud, adquiere mayor relevancia en el proceso social actual, así como en la interacción de los diversos elementos integrados en este proceso, como lo establece Sánchez (2017), expresando las palabras de Julio Frenk: “la salud es más que noción médica: es un concepto predominantemente social, porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, porque involucra a todos los agentes de la comunidad”. Por lo anterior, la salud se hace evidente en un entorno integral, cuando se cuenta con los recursos humanos y técnicos, la infraestructura física y los insumos necesarios.

La importancia que tiene la salud en las personas y en su estado de bienestar no puede ser cuestionable. El modelo de atención abre la posibilidad para la atención y las condiciones para otorgar los servicios de salud a la población en general, dejando de lado la exclusión y/o inequidad. En ese sentido, se habla de que exista la condición para que las personas, sin distinción, puedan satisfacer su necesidad de atención médica, lo que hace pensar, en que la preocupación por sí misma es la de cumplir con la disponibilidad, es decir, contar con centros de atención médica, servicios de salud y personal que atiendan las necesidades de la población.

Si bien es cierto que la disponibilidad es importante, hay otros elementos que se deben considerar para que sea efectiva. Aunado a ello, se debe clarificar que el ofrecer un servicio no es sinónimo de que la persona realmente pueda hacer uso de él. En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios.

Por ejemplo, son diferentes las necesidades de atención una persona que vive en la costa a la que vive en el campo. La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. La geografía ha limitado la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la contaminación ambiental y sus efectos en la salud: 1) Aumento en enfermedades crónicas (determinantes de comportamiento), 2) Falta de aseguramiento (determinante servicios de salud), 3) Pobreza (determinantes socioeconómicos), 4) Crecimiento demográfico (determinantes sociopolíticos) y 5) Deficiente infraestructura (determinantes de circunstancias materiales de vida).

#### **4. Consumo de sustancias psicoactivas**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informó que entre el 3% y el 4,8% de la población (entre 185 y 300 millones de personas) de todas las regiones, condiciones y características, consumía SPA tanto legales como ilegales, lo que lo convierte en un fenómeno desafiante. (OMS, 2007).

En diversos estudios y escenarios se ha mostrado de modo reiterativo que algunos factores como la globalización, la tecnificación y la comunicación, han desplazado el uso tradicional de algunas plantas sagradas con propiedades psicoactivas usadas desde tiempos inmemorables con significación cultural, hacia un abuso carente de contexto y de difícil control, incluyendo nuevos patrones de consumo,

caracterizados por sustancias y métodos cada vez más accesibles y potentes. No es exclusivo de ciertos grupos de edad o de condiciones socioeconómicas particulares y en el mundo ha crecido a pasos agigantados.

En Costa Rica el consumo de sustancias psicoactivas ha ido en aumento sostenido a través del tiempo predominando su presencia en población joven, parte del actuar institucional es identificar aquellos factores o condiciones que puedan estar causando o empujando a las personas al inicio del consumo, que sustancias son las más comunes y cuales son aquellas sustancias a las que la población tiene acceso. Además, desde el actuar público se deberían fortalecer y fomentar las condiciones que protejan la salud de la población frente a este tipo de situaciones.

En la construcción del análisis de problemas (ASIS) del ARS Aguas Zarcas uno de los problemas identificados por la población ha sido el consumo de sustancias, la identificación del problema de salud se encauza a población joven, pero no descarta el consumo de parte de personas que se encuentran en etapas superiores del curso de vida.

En este texto se identificarán como los factores patogénicos y protectores de la salud se entrelazan con aspectos físicos y emocionales que determinan la salud en general y la salud mental.

La edad media a la que los adolescentes realizan su primera compra es de 17,5 años, todavía en la escuela o recién comenzando la universidad

El alcohol es por mucho la sustancia psicoactiva de entrada o iniciación a este mundo, lo siguen de cerca el tabaco y la marihuana, el uso relativamente elevado de inhalantes, cocaína, LSD y otros.

Para poder cambiar factores que podrían estar influyendo en el consumo de sustancias se debe actuar en la identificación de factores de riesgo o detonantes, en este sentido socioeconómicos y psicológicos: la autopercepción y sus constructos, cambios en el estado de ánimo, estrés, ansiedad, depresión, rechazo de las normas imperantes y condiciones familiares son parte de la multiplicidad de

elementos que pueden estar en la palestra e influir para que exista el consumo de alguna sustancia psicoactiva.

Se podrían enumerar distintos factores que predisponen al consumo:

- Facilidad de acceso a las sustancias
- Asociado a estados de ánimo: depresión, ansiedad, estrés.
- Disfuncionalidad familiar
- Ausencia de efectos secundarios
- Carencia de estrategias de afrontamiento
- Curiosidad
- Uso inadecuado del tiempo de ocio
- Pobreza y marginalidad
- Intención de mejorar el rendimiento en estudios o deportes

En cuanto a factores protectores o acciones encauzadas a la prevención destacan:

- Contar con redes de apoyo
- Apoyo a personas o familias con carencias socioeconómicas
- Fortalecer la espiritualidad como parte de la integralidad de los seres humanos
- Espacios seguros y con pautas preventivas
- Adopción de hábitos saludables
- Pensamiento crítico

- Buenas relaciones familiares
- Autoestima o autopercepción
- Fortalecimiento de la espiritualidad
- Mantenerse en el sistema educativo
- Ser laboralmente activo
- Satisfacción con el oficio o carrera que desarrolla. (López et al; 2003)

El consumo de sustancias afecta en todos los ámbitos del bienestar humano: social, biológico, psicológico, cognitivo, emocional, cultural.

La adicción como tal es una consecuencia posible y común del abuso, preocupa el hecho de que generaciones más recientes han normalizado el consumo como parte de la vida cotidiana, tendencia en expansión y que no muestra una diferencia significativa en cuanto a sexo de las personas, sin embargo, los datos arrojan que el comienzo de dicho consumo es a edades tempranas, lo anterior preocupa debido a que el desarrollo cognitivo puede interrumpirse o alterarse por el consumo y abusos de ciertas sustancias, unido a toda la problemática social que puede envolver el consumo y es motivo de preocupación.

Los elementos involucrados en el consumo podrían dividirse en varias categorías que cambian diariamente: la sustancia misma, la situación del consumidor y condiciones ambientales. Las sustancias actúan aumentando o disminuyendo el flujo de determinados neurotransmisores, modificando y alterando sus funciones fisiológicas, las mismas pueden ser depresores, estimulantes, alucinógenos o tener efectos mixtos.

Se diferencian dos componentes en la situación de consumo: la herencia o predisposición genética y comportamental del individuo y los factores directos que determinan su proceso de socialización, crianza, convivencia, identidad, patrones parentales, estilo de vida y paradigmas de consumo de personas significativas. Las dinámicas familiares tienen un rol trascendental, la mayoría de las personas

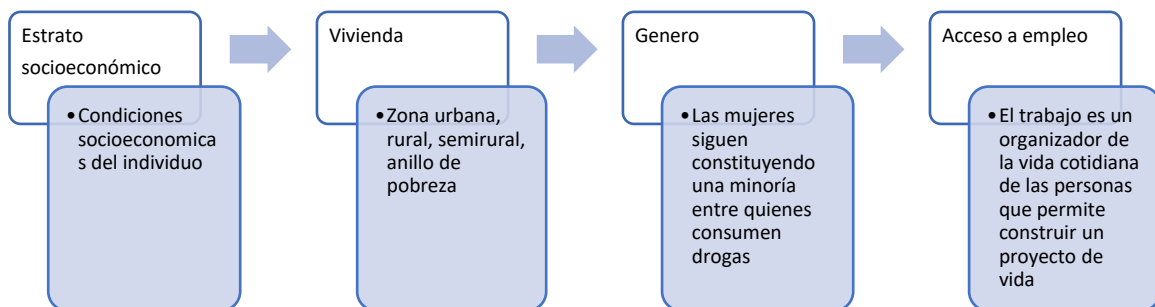
consumidoras reportan provenir de familias disfuncionales, poco protectoras, con figuras parentales ausentes, con presencia de violencia en todas sus tonalidades o tipos, una cultura arraigada de celebración con licor, abuso,

entre otros factores que generan predisposición son propicios para el inicio y permanencia en el consumo.

Se han generado teorías que establecen una estrecha asociación entre el consumo de sustancias en población adolescente y trastornos de ansiedad y afectivos, entrelazado con el desconocimiento de los padres sobre las sustancias, acción y manejo, dejan al descubierto la impotencia y temor ante la realidad. Resultando en disfuncionalidad en los sistemas familiares, ambivalencia dificultades en las pautas de comunicación debido a las barreras a causa de las tensiones que provoca las mismas carencias y alejamiento de los miembros de la familia. (Muñoz et al; 2012).

Al ser un fenómeno multicausal, dentro del consumo de sustancias podemos subclasificar determinantes sociales que pueden favorecer o vulnerabilizar a las personas.

*Cuadro N°24. Determinantes socioeconómicos del consumo de sustancias*



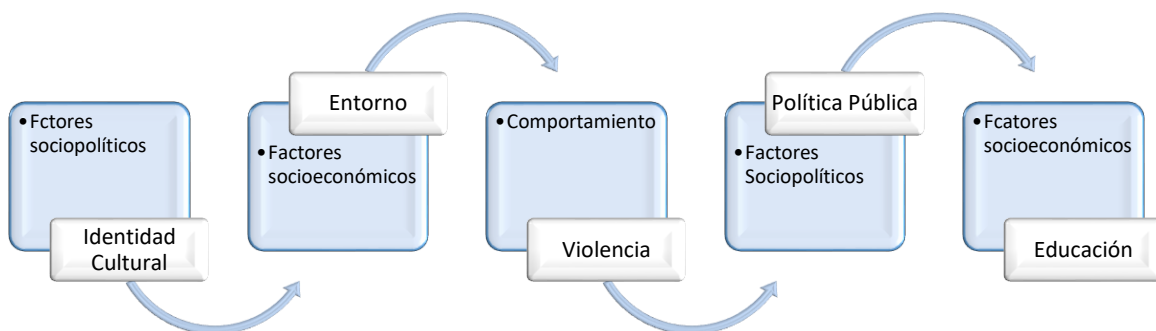
Unidos a los determinantes socioeconómicos se encuentran aquellos factores psicosociales que pueden coadyuvar al consumo de sustancias tales como uso del tiempo libre, realizar actividades extracurriculares (estudiar, leer, uso de redes

sociales, práctica de algún deporte, redes de apoyo de coetáneos), relación con los padres.

No se pueden dejar de lado aquellos factores biológicos y conductuales como el consumo de tabaco y alcohol. En los eventos conductuales encontramos la curiosidad y la presión de grupo, en este punto según señala la teoría en casi todos los eventos de iniciación tienen lugar con sustancias lícitas de fácil acceso.

Como se mencionaba en líneas anteriores el consumo puede estar ligado a la desintegración familiar, situaciones económicamente vulnerables, desempleo, causando una movilidad social descendente, acentuando la desigualdad y el acceso salud, educación, vivienda digna, trabajo, entre otro. Dando como resultado la intensificación de las condiciones que propiciaron el consumo (Berrocal et al; 2018).

Dentro de la consulta realizada en la construcción del ASIS a las/os expertos consideran que parte de los factores de riesgo o causas raíz del consumo de sustancias vistas de forma encadenada y entrelazada con los factores descritos.



Los expertos determinan que el deterioro de la identidad cultural un factor de riesgo lo anterior debido al cambio de valores que se ha venido experimentando en años recientes, la “cultura del guaro” siempre ha estado presente en mayor o menor grado en las actividades de ocio. De hecho, los adolescentes han ideado periódicamente nuevos modos de asociar alcohol y diversión adoptando costumbres y hábitos socializados a través de redes sociales e internet. La migración y población flotante

son elementos a tomar en cuenta debido a que la mayoría de las personas emigran en busca de trabajo, con la finalidad de mejorar su situación económica, en tanto que otros/as lo hacen por motivos personales y familiares, en muchos casos el consumo de sustancias responde a la necesidad de tener mayor rendimiento físico para el desempeño de su trabajo, en tanto que el de sustancias como el alcohol tiene una finalidad evasiva, frente a la soledad y el aislamiento en el que se encuentran. Unido al entorno y factores económicos que se presentan en los tres distritos, existen áreas económicamente afectadas por la falta de acceso a empleo digno enlazado con factores comportamentales de riesgo, hacinamiento, distancia de centros de atención en salud o una oferta limitada de estos que obedecen a decisiones políticas que trascienden los niveles locales, afectando directamente a la población.

## **5. Violencia intrafamiliar**

La violencia es un grave problema que afecta a la sociedad y a la salud de las personas. Causando numerosas muertes cada día, especialmente entre los hombres y los niños jóvenes. Pero no solo eso, sino que también provoca heridas, discapacidades o trastornos de salud en muchos hombres, mujeres, niños y niñas que la sufren o la presencian. La violencia puede incrementar el riesgo de adoptar hábitos patogénicos como fumar, beber alcohol o consumir drogas; de padecer enfermedades mentales o intentar suicidarse; así como enfermedades crónicas como cardiopatías, diabetes o cáncer; enfermedades infecciosas y problemas sociales como el delito o más violencia. (OPS – sf)

Es un acto deliberado de intervención con la intención de causar daño, lesión o influencia en el comportamiento de otra persona o personas, y puede afectar a sus posibles acciones. Este acto de intervención puede ejercerse sobre la condición material de los demás o sobre su psique. Es importante prevenir y abordar la violencia en todas sus formas, fomentando la comprensión y el respeto hacia los

demás, y desarrollando estrategias y sistemas de apoyo para ayudar a quienes han sufrido violencia. (Cuervo 2016).

La violencia humana tiene sus raíces en la psicología, según nos enseñó Sigmund Freud en su famosa carta a Albert Einstein sobre la guerra en 1932. Freud afirmaba que el ser humano está movido por dos tipos de impulsos: uno que busca la preservación y la unión, llamado impulso erótico, y otro que lo empuja a matar, destruir y atacar. A este último lo llamó impulso de agresión o de destrucción. Freud también reconocía que el ser humano alberga ciertos deseos destructivos, elementos impulsivos que lo hacen propenso a destruir y autodestruirse. (Cuervo 2016).

Así pues, los seres humanos están motivados por dos tipos de impulsos: uno que busca la conservación y la unión, llamado impulso erótico, y otro que les impulsa a matar, destruir y atacar, al que llamó impulso de agresión o destrucción. Freud también reconoció que los seres humanos albergan ciertos deseos destructivos, elementos impulsivos que les hacen propensos a destruir y autodestruirse.

Comprender la base psicológica de la violencia puede ayudarnos a desarrollar estrategias para prevenirla, abordando cuestiones como la salud mental, el trauma y el aislamiento social. Promoviendo una salud mental positiva, fomentando la empatía y el respeto hacia los demás y abordando las causas profundas de la violencia, podemos trabajar para crear una sociedad más pacífica, comprensiva y compasiva con los demás.

Es importante recalcar la violencia es un grave problema de salud pública y de derechos humanos en las Américas, que afecta a millones de personas cada año. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la región tiene la tasa más alta de homicidios en el mundo, con un promedio de 17,2 por cada 100.000 habitantes, lo que equivale a unas 500 muertes diarias por esta causa. Además, la violencia tiene un impacto diferenciado según el género, la edad y otros factores sociales. Por ejemplo, el 58% de los niños y niñas de la región sufren algún tipo de abuso cada año, lo que representa a 99 millones de menores. Por otro lado, el abuso

de las personas mayores se estima que afecta al 12% de esta población en las Américas, aunque se cree que hay una alta subnotificación. Asimismo, una de cada tres mujeres ha vivido violencia física o sexual por parte de su pareja. Estas formas de violencia tienen consecuencias negativas para la salud física y mental de las víctimas, así como para el desarrollo social y económico de los países. (OMS- sf) 1

### ***Causas que pueden originar la violencia***

La violencia puede estudiarse desde diversas perspectivas, como la biológica, la psicológica, la psiquiátrica, la contextual específica y la social. (Moanack et al 2016).

Desde una perspectiva biológica, los estudios han descubierto que determinadas lesiones cerebrales, anomalías en el metabolismo de la serotonina o daños en el sistema límbico, los lóbulos frontales y los lóbulos temporales pueden predisponer a los individuos a la agresividad.

Desde una perspectiva psicológica, los padres más propensos a maltratar a sus hijos suelen tener baja autoestima, antecedentes de malos tratos, depresión, baja tolerancia a la frustración y dependencia del alcohol.

Desde una perspectiva psiquiátrica, los testigos y las víctimas de la violencia tienen tasas elevadas de depresión y trastorno de estrés postraumático. El abuso de sustancias y alcohol, así como los trastornos límite o antisociales de la personalidad, aumentan significativamente el riesgo de violencia. También se ha descubierto que la violencia y el suicidio están relacionados.

Desde una perspectiva contextual específica, existen diferencias en la expresión de la violencia en contextos rurales y urbanos debido a los distintos factores de estrés de estos entornos.

Por último, desde una perspectiva social, hay pruebas de que los factores sociales desempeñan papeles importantes en la expresión de los comportamientos violentos, incluida la transmisión intergeneracional de la violencia.

Comprender estas diferentes perspectivas puede ayudar a desarrollar estrategias de prevención y programas de reducción de la violencia. Es importante seguir estudiando y abordando la cuestión de la violencia desde múltiples ángulos para garantizar que los esfuerzos sean eficaces y proporcionen el apoyo y la intervención necesarios a quienes pueden correr el riesgo de sufrir violencia o experimentarla.

La violencia intrafamiliar es un problema social que afecta a muchas personas y familias en el mundo. Se trata de una forma de agresión que se produce entre los miembros de una unidad familiar, ya sea por motivos económicos, afectivos, culturales o de otra índole. La violencia intrafamiliar puede tener consecuencias graves para la salud física y mental de las víctimas, así como para el desarrollo de los niños y niñas que la presencian o la sufren. Además, la violencia intrafamiliar no se limita al ámbito doméstico, sino que puede extenderse a otros espacios como la escuela, el trabajo o la comunidad. (Moanack et al 2016).

Existen diversos factores que pueden influir en la aparición y el mantenimiento de la violencia intrafamiliar, tales como:

- El estrés provocado por situaciones difíciles como la pobreza, desempleo, enfermedad o el aislamiento social.
- La falta de comunicación, respeto y confianza entre los miembros de la familia.
- La reproducción de patrones violentos aprendidos en la infancia o en otras relaciones.
- El consumo de alcohol u otras drogas que alteran el juicio y el autocontrol.
- La presión social o cultural que legitima o tolera la violencia como forma de resolver los conflictos o de ejercer el poder.

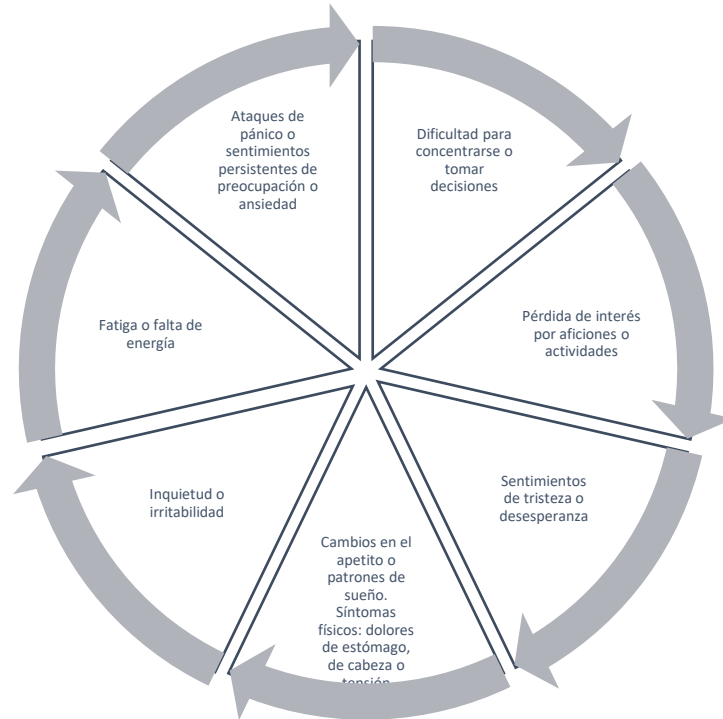
Para el adecuado abordaje de los factores psicosociales de la violencia se deben tomar en cuenta elementos cruciales en la prevención de la violencia:

- Promover la cohesión social y el compromiso comunitario: Unas conexiones sociales fuertes pueden ayudar a prevenir la violencia al fomentar un sentido de responsabilidad social y de apoyo a los demás.
- Reducir la desigualdad y promover la justicia social: Abordar la desigualdad social, la discriminación y la exclusión puede ayudar a reducir los factores que contribuyen a la violencia, como la pobreza y la marginación.
- Mejorar el acceso a la educación y a las oportunidades económicas: Promoviendo el acceso a la educación, la formación y las oportunidades económicas, las personas pueden desarrollar habilidades y recursos esenciales para ayudar a prevenir la violencia.
- Abordar las normas culturales y de género: Abordar las normas culturales y de género que perpetúan la violencia puede ayudar a prevenirla. Esto incluye promover una masculinidad positiva y cuestionar los rígidos estereotipos de género que contribuyen a la violencia.
- Reforzar los factores de protección en las personas: Los factores de protección, como las estrategias sanas de afrontamiento, las conexiones sociales positivas y los entornos de apoyo, pueden ayudar a evitar que las personas adopten comportamientos violentos.

Al abordar los factores sociales, podemos trabajar para crear una sociedad más pacífica y equitativa que promueva interacciones y relaciones positivas y ayude a prevenir la violencia.

### ***Consecuencias derivadas de la violencia***

Las personas víctimas de violencia por lo general muestran síntomas relacionados o asociados a condiciones más complejas tales como: síntomas ansioso-depresivos pueden incluir una amplia gama de síntomas físicos, emocionales y cognitivos. Algunos síntomas frecuentes de ansiedad y depresión son:



Si alguien experimenta estos síntomas durante un periodo prolongado puede ir perdiendo el sentido de vida e ir percibiendo la vida en general como algo negativo e iniciar una espiral descendente que no permite vislumbrar herramientas las necesarias para sobrellevar o superar la situación de violencia generando una visión negativa del mundo.

El suicidio puede ser una trágica consecuencia de la violencia doméstica, sobre todo si la víctima se siente abrumada, desesperanzada y no ve forma de escapar de su situación. La violencia doméstica puede causar traumas emocionales y psicológicos, haciendo que las víctimas se sientan aisladas, sin apoyo y vulnerables. Este trauma puede tener efectos a largo plazo, como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT), que pueden aumentar el riesgo de ideación o intento de suicidio.

Se ha informado de casos de violencia doméstica, especialmente entre los padres, causados por problemas económicos, alcoholismo, desempleo y desorganización familiar. (Armijos et al 2017).

Estos factores pueden aumentar el estrés y la tensión dentro de la familia y dar lugar a incidentes de violencia. Es importante buscar ayuda y apoyo si se sufre o se es testigo de violencia doméstica. La búsqueda de profesionales a nivel local o en el seguro social puede llegar a ser dificultoso para las personas. No obstante, se debe hacer saber a la población que existe la ayuda de profesionales de la salud mental, de fuerzas de seguridad, de centros de acogida para víctimas de violencia doméstica y grupos de apoyo. Esta puede tener causas profundas y tan variadas como la inseguridad económica y la adicción, y trabajar para crear un entorno más propicio para las personas y familias que se enfrentan a estos problemas es parte de las tareas que se encomiendan en las diferentes planes, programas y proyectos a nivel nacional. (Armijos et al, 2017).

El consumo de sustancias, la más comúnmente asociada a la violencia es el alcohol, sin embargo, existen otras drogas que pueden exacerbar los estados de violencia, tal es el caso de la cocaína. Se ha descubierto que la inmensa mayoría de los agresores han agredido a sus familias bajo los efectos de alguna sustancia, ya sea legal o ilegal. En muchos casos, sin embargo, también pueden ser factores el pensamiento distorsionado, los hábitos de violencia de género y las creencias sexistas.

La relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia doméstica puede atribuirse al hecho de que ambos son importantes problemas de salud pública que se producen con frecuencia y tienen consecuencias negativas para la salud física y mental de las personas, así como para su calidad de vida. (IAFA, 2020).

Sin embargo, distintos estudios han señalado que los sucesos de violencia doméstica siguen produciéndose incluso en ausencia de consumo de sustancias, lo que indica que las causas deben abordarse en una dirección diferente. Es importante abordar todos los factores que contribuyen a la violencia doméstica, que pueden incluir cuestiones relacionadas con la salud mental, la inseguridad económica, las normas sociales y las habilidades de resolución de conflictos

interpersonales. Al abordar todos estos factores, podemos trabajar para prevenir la violencia doméstica y mejorar el bienestar general de las personas y las familias.

Es importante abordar todos estos factores para prevenir la violencia doméstica y reducir la incidencia del comportamiento violento. Esto incluye promover la educación y la concienciación sobre los efectos del abuso de sustancias en el comportamiento, así como abordar las normas de género perjudiciales y promover actitudes positivas y respetuosas hacia todas las personas. Al abordar estos factores subyacentes, podemos trabajar para crear una sociedad más segura y compasiva para todos.

Abordar las causas profundas de la violencia doméstica es crucial para prevenir su aparición. He aquí algunas formas de abordar estas causas:

- **Capacitación económica:** Proporcionar acceso a formación laboral, educación y recursos económicos puede ayudar a reducir las tensiones económicas, fomentar la independencia y reducir el potencial de violencia doméstica.
- **Tratamiento y apoyo a la adicción:** Abordar la adicción mediante tratamiento y apoyo puede ayudar a reducir el riesgo de violencia doméstica, tanto reduciendo el potencial de violencia relacionada con sustancias como abordando las causas profundas de la adicción.
- **Abordar los problemas de salud mental y los traumas:** El tratamiento de las enfermedades mentales subyacentes, como la depresión y la ansiedad, y el tratamiento de los traumas mediante terapia y apoyo pueden ayudar a reducir el riesgo de violencia doméstica y promover mecanismos positivos de afrontamiento.
- **Educación y sensibilización:** Promover la educación y la concienciación sobre los efectos de la violencia doméstica y los servicios disponibles para quienes los necesitan puede ayudar a las víctimas y a los familiares a identificar y abordar los problemas antes de que se agraven.

- Apoyo y asesoramiento familiar: Proporcionar apoyo y asesoramiento a las familias que se enfrentan a la violencia doméstica puede ayudar a mejorar las habilidades de comunicación y resolución de conflictos, promover relaciones familiares positivas y reducir el riesgo de violencia.

En resumen, los factores de riesgo para que se den eventos de violencia son aquellos elementos que hacen que la persona tenga mayor vulnerabilidad que otras a que se presente una situación, en este caso un episodio de violencia. (IAFA, 2020).

La violencia tiene múltiples causas y factores que la favorecen. La Organización Mundial de la Salud ha identificado algunos de ellos, entre los que se encuentran. (OMS, 2021):

- La exposición a la violencia en el ámbito familiar ya sea como agresor o como víctima;
- El trastorno de personalidad antisocial, que se caracteriza por una falta de empatía y de respeto por los derechos de los demás;
- El consumo abusivo de alcohol, que puede alterar el juicio y la inhibición;
- la inestabilidad o el conflicto en las relaciones de pareja, que pueden generar celos o desconfianza;
- Las actitudes que justifican o minimizan la violencia, que pueden ser aprendidas desde la infancia o reforzadas por el entorno social;
- La desigualdad de género, que otorga un mayor poder y privilegio a los hombres y subordina a las mujeres; y
- La falta de oportunidades laborales para las mujeres, que limita su autonomía económica y social.

Las desigualdades entre hombres y mujeres y la aceptación de la violencia contra las mujeres son las principales causas de la violencia contra las mujeres. Esta

violencia suele estar alimentada por estereotipos de género perjudiciales, así como por normas culturales y sociales que condonan o excusan la violencia contra las mujeres. Esto puede incluir creencias sobre la dominación masculina y la subordinación femenina, la creencia de que las mujeres son responsables de su propia victimización y la normalización de la violencia como forma de resolver conflictos o afirmar el poder. Es importante abordar estas normas y actitudes subyacentes para prevenir la violencia contra las mujeres y crear una sociedad más equitativa y justa para todos. Esto puede incluir el fomento de la educación y la concienciación sobre la igualdad de género, la capacitación de las mujeres y las niñas y la responsabilización de los autores de la violencia por sus actos.

### ***Prevalencia***

La violencia contra las mujeres y niñas es un problema grave que requiere una mejor comprensión de sus causas, consecuencias y soluciones. Para ello, es necesario contar con datos fiables y actualizados que reflejen la realidad de las víctimas y las respuestas de los servicios de apoyo. Los datos también nos permiten identificar los factores de riesgo, los costos sociales y económicos y las buenas prácticas para prevenir y combatir la violencia de género. Por eso, la investigación y las estadísticas son fundamentales para diseñar e implementar políticas e intervenciones basadas en evidencias que contribuyan a poner fin a este flagelo. La calidad y la comparabilidad de los datos dependen de que se sigan las normas internacionales acordadas por los países y las organizaciones especializadas. (Ministerio de Salud, 2022).

Entre 2014 y 2017, se registraron las tasas más altas de violencia en el período analizado. Sin embargo, a partir de 2018 se observa una caída significativa que coincide con el inicio de la pandemia y sus consecuencias en el país. La restricción de la movilidad y el acceso a los servicios de salud dificultaron la denuncia de los casos de violencia, que probablemente aumentaron con el confinamiento obligatorio que dejó a las víctimas atrapadas con sus agresores. Como se mencionó anteriormente, estos dos factores influyeron negativamente en la notificación de la

violencia, que no disminuyó, sino que se agravó con la crisis sanitaria. (Ministerio de Salud, 2022).

La violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas o exparejas tiene graves consecuencias para su salud física y mental. Entre los efectos más comunes se encuentran las lesiones de diversa gravedad, que afectan al 42% de las mujeres que han sufrido este tipo de violencia. Además, la violencia de pareja puede provocar embarazos no planificados, abortos inducidos, complicaciones obstétricas y ginecológicas, e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Según un estudio reciente realizado por la OMS, las mujeres que han padecido violencia de pareja tienen un 16% más de riesgo de perder el embarazo y un 41% más de riesgo de dar a luz antes de tiempo. (OMS, 2021).

Durante el 2023 a través de la Boleta VE-01, dentro del registro que se maneja en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas se contabilizan 409 notificaciones que refieren alguna situación relacionada con violencia intrafamiliar, a la semana a la semana epidemiológica 46. Presentándose la mayor cantidad de casos es el distrito de Pital con 187 casos siguiendo el Aguas Zarcas con 175 y finalizando con Venecia que ha reportado 48 casos de violencia.

Cuadro N°25. Formas de abuso reportadas mediante VE 01  
Área Rectora de Salud Aguas Zarcas 2023

(casos por distrito)

<b>Tipo de violencia reportada</b>	<b>Abuso físico</b>	<b>Abuso psicológico</b>	<b>Abuso sexual</b>	<b>Negligencia</b>	<b>Formas mixtas de violencia</b>	<b>Otras formas</b>	<b>Total</b>
Aguas Zarcas	25	52	53	12	33	0	<b>175</b>
Pital	24	25	74	42	21	1	<b>186</b>
Venecia	6	14	10	6	12	0	<b>48</b>
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>91</b>	<b>137</b>	<b>60</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>409</b>

**Fuente:** Base VE-01, Ministerio de Salud, Área Rectora de Salud Aguas Zarcas, 2023.

El cuadro muestra que el abuso sexual es la forma de violencia con más reportes siendo Pital el distrito que más situaciones ha registrado de este tipo, siguiéndole de cerca Aguas Zarcas, seguidamente el abuso psicológico muestra el segundo repunte más alto. Se desconcentra además que las situaciones por negligencia es un rubro para tomar en cuenta en Pital; el abuso psicológico y sexual siguen una media similar en cuanto a cifras destacadas en Aguas Zarcas. Venecia es el distrito que reporta menos manifestaciones de violencia en todas las secciones. Lo anterior puede justificarse en el sentido de que Aguas Zarcas y Pital son centros poblacionales más densos, ambos distritos cuentan con un área de salud de CCSS, un mayor número de EBAIS y más servicios de salud presentes y disponibles para la población, paralelamente Venecia presenta un índice de desarrollo humano más elevado que las otras localidades contribuyendo a un mejor nivel de vida. No se puede obviar la posibilidad y existencia del subregistro en las estadísticas, debido a que no todas las instituciones cumplen a cabalidad con el reporte de eventos de notificación obligatoria por medio de la Bole VE-01, siendo lo anterior un factor de riesgo y un desfase en la información manejada para la adecuada toma de decisiones y encauce de recursos y atención de poblaciones.

### ***Factores protectores***

Los sistemas de salud deben dar soporte, apoyo y acompañamiento a las víctimas de violencia, en nuestro país existe toda una legislación en prevención y atención de violencia, pasando por el PLANOVI que es la Política Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres de Todas las Edades, su fin es promover una cultura no machista, la ruptura de la transmisión social e intergeneracional de patrones de violencia hacia las mujeres, disminuir y eliminar la impunidad y procurar la debida diligencia en la respuesta Estatal para el avance en la erradicación de la violencia contra las mujeres dentro de su marco de acción se encuentran seis ejes. (PLANOVI, 2017).

Eje 1: Promoción de una cultura no machista

Eje 2: Promoción de masculinidades para la igualdad y la no violencia

Eje 3: Ruptura de la transmisión intergeneracional del ciclo de violencia-pobreza en niñas y adolescentes en. Niñas y adolescentes madres, sus hijas e hijos

Eje 4: Protección efectiva, debida diligencia, sanción y no revictimización

Eje 5: Prevención, atención integral y no-revictimización frente a la violencia sexual

Eje 6: Prevención del Femicidio

La violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos que afecta a la salud física, mental y social de las víctimas. Para prevenir y responder a esta violencia, el sector de la salud tiene un papel clave que cumplir. El sector de la salud puede:

Sensibilizar a la sociedad sobre la gravedad de la violencia contra la mujer y abordarla como una cuestión de salud pública que requiere una intervención urgente.

Ofrecer servicios integrales de calidad que respondan a las necesidades específicas de las mujeres que sufren esta violencia y formar a los profesionales de la salud para que las atiendan con respeto y sin prejuicios.

Prevenir la repetición de la violencia mediante la identificación precoz de las mujeres y los niños que la padecen y la provisión de cuidados, servicios de referencia y apoyo adecuados.

Fomentar el respeto a la igualdad de género como parte de las habilidades para la vida y la incorporación de una educación integral sobre sexualidad en los programas educativos dirigidos a los jóvenes.

Generar evidencia sobre las estrategias que funcionan y sobre la magnitud del problema mediante la realización de encuestas poblacionales o la inclusión de la violencia contra la mujer en las encuestas poblacionales sobre demografía y salud, así como en los sistemas de vigilancia e información sanitaria.

Es importante buscar apoyo e intervención lo antes posible si alguien sufre violencia de cualquier tipo, para evitar daños mayores y abordar las causas subyacentes. Esto puede incluir buscar ayuda de profesionales de la salud mental, de las fuerzas de seguridad, de centros de acogida para víctimas de violencia doméstica y de grupos de apoyo. Mediante la terapia y el apoyo de los sistemas de salud, las víctimas de la violencia doméstica y sus familias pueden reconstruir sus vidas y encontrar esperanza para el futuro.

En nuestro país existe toda una normativa tanto para aplicar una serie de leyes y sanciones si se llegase a comprobar que las personas han incurrido en cometer violencia, así como para dar contención, abordaje y tratamiento a las personas que pudiesen ser víctimas de violencia. Es necesario la divulgación y sensibilización en todas las esferas de la aplicación de la normativa necesaria y concientizar acerca de cuanto afecta el fenómeno de la violencia a los seres humanos.

La Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres en Costa Rica 2018-2030 es un instrumento que orienta las acciones del Estado costarricense para garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos y la igualdad efectiva de las mujeres y los hombres en todos los ámbitos de la vida social, económica, política y cultural. Esta política se fundamenta en los principios y normas internacionales que Costa Rica ha suscrito y ratificado, como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1984) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención Belem Do Pará, OEA 1994), así como en las declaraciones, acuerdos y plataformas que promueven el avance de las mujeres y la igualdad de género, y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que buscan que nadie se quede atrás en el desarrollo. (PIEG - 2018).

Convirtiéndose la política en una punta de lanza necesaria para el cambio conductual, lucha y eliminación de todas las formas de violencia en el territorio nacional, promoviendo el cambio en los paradigmas de comportamentales impuestos tanto a hombres como mujeres y otras identidades de género, toma en cuenta poblaciones que no habían sido incluidas en estrategias anteriores: niñez,

propuesta de nuevas formas de vivir la masculinidad, personas adultas mayores, colectivos LGTBIQ+, entre otros. Pretendiendo ser una política integral e inclusiva para la promoción de nuevas formas de interactuar, más sanas y en más armonía con las necesidades de las poblaciones.

La igualdad de género y el empoderamiento de mujeres las niñas son condiciones indispensables para el desarrollo sostenible y el pleno ejercicio de los derechos humanos. Sin embargo, todavía existen numerosos obstáculos que impiden que la mitad de la población mundial pueda acceder a las mismas oportunidades que los hombres en ámbitos como la educación, la economía y la política. Por ello, se requiere un incremento sustancial de los recursos financieros y el fortalecimiento de las instituciones dedicadas a promover la igualdad y el empoderamiento de las mujeres a nivel global, regional y nacional. Asimismo, se debe poner fin a todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y las niñas, contando con la colaboración de hombres y los niños. Esta es la visión que orienta el trabajo por la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, las niñas generando mejores condiciones de vida y promover factores protectores de la salud. (PIEG - 2018).

Para el grupo de expertos consultados en la construcción del ASIS parte de los factores que dan génesis a la violencia intrafamiliar se encuentra en primer lugar la cultura machista, aquella que establece patrones de comportamiento y relaciones de poder entre hombres y mujeres, de hombres entre hombres, padres/madres a hijos y entre poblaciones minoritarias. Aunado al anterior se enfila la normalización de la cultura violenta, en este punto se analizó desde el tipo de programación ofrecida en los medios de comunicación, imagen con las que se posiciona la mujer y no menos importante la forma en la que se promueven las formas de resolver conflictos. En ocasiones estos problemas pueden ir acompañados del consumo de sustancias lícitas e ilícitas, todas las anteriores en el eje comportamental de los factores que pueden propiciar el perjuicio a la salud o protegerla. Se define el poco interés político en la problemática a pesar de toda la normativa existente y falta de posicionar el tema en las agendas políticas locales y nacionales, que nos lleva al

último rubro de importancia que es la negligencia en cuanto al cumplimiento de leyes y normas, en este punto referían más sobre asuntos como medidas que se toman para la protección de las víctimas de violencia. No obstante, reconocen la tarea importante que se cumple desde la institucionalidad en la prevención y promoción de factores protectores de la salud y prevención de violencia.

## **6. Tumores malignos**

El problema del cáncer es uno de los desafíos más relevantes de nuestra época. Como consecuencia de la transición demográfico-epidemiológica, el cáncer es actualmente una de las principales causas de muerte en el mundo y en nuestro país.

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, y si a esto aunamos la depresión, la cual es la enfermedad mental de este siglo y forma parte de nuestros problemas de salud, por lo que la ocurrencia de ambas enfermedades en una sola persona puede convertirse en una combinación letal, pues es posible que quien padece cáncer desarrolle síntomas depresivos en algún momento de la enfermedad, en tanto que la depresión aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas. Es de suma importancia detectar procesos depresivos de importancia clínica en pacientes oncológicos a fin de minimizar en ellos las consecuencias negativas de dicha combinación. El trabajo multidisciplinario se hace necesario en el proceso de diagnóstico de los procesos depresivos y en su tratamiento.

De acuerdo con la definición establecida por la American Cancer Society, el cáncer es un grupo de enfermedades caracterizado por el crecimiento descontrolado y propagación de células anormales. Si este proceso no es controlado, puede resultar en la muerte del paciente. El cáncer es habitualmente causado tanto por factores externos (tabaco, agentes químicos, radiaciones, e infecciones) como por factores internos (mutaciones heredadas, hormonas, condiciones inmunológicas, y mutaciones que pueden ocurrir como consecuencia del propio metabolismo).

Durante 2002 en el mundo se registraron más de diez millones de casos nuevos de cáncer y siete millones de fallecimientos a causa de esta enfermedad. En América Latina, en el mismo año, se diagnosticaron más de 830,000 nuevos casos, con casi medio millón de muertes por cáncer. (Meneses-García et al., 2012).

Las últimas estimaciones mundiales realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) han mostrado que en 2012 se diagnosticaron más de 14 millones de nuevos casos de cáncer (en estas cifras se excluye al cáncer de piel distinto al melanoma), más de 8 millones de personas han muerto por esta causa y existían en ese año unos 32 millones de pacientes con esta enfermedad (una estimación conservadora de la prevalencia ya que se consideran solamente aquellos pacientes que tienen como máximo 5 años de diagnosticada la enfermedad). (Barrios & Garau, 2017).

Desde hace algunas décadas, nuestro país atraviesa por una transición epidemiológica relacionada con la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas, dentro de estas el cáncer.

En esta transición contribuye la transformación de las zonas rurales en urbanas, cambios económicos, demográficos y ambientales; se asocian los cambios en la dieta y sedentarismo, mejor acceso a los servicios de salud y mayor esperanza de vida. Dentro de los cambios en el estilo de vida figuran el aumento del tabaquismo y alcoholismo, en el consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas y transmisión de enfermedades virales y bacterianas. (Meneses-García et al., 2012).

Es importante señalar que los datos epidemiológicos sobre la incidencia y la mortalidad por cáncer varían enormemente respecto de su cobertura y calidad a nivel internacional, desde países con registros de base poblacional que cubren toda una nación con alta calidad de datos, a zonas donde existen apenas datos limitados de base hospitalaria o incluso zonas donde no existen datos simplemente.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la contaminación ambiental y sus efectos en la salud: 1) Poca divulgación de los

derechos en salud (determinantes sociopolíticos), 2) No accesibilidad de atención oportuna (determinante servicios de salud), 3) Problemas demográficos (determinantes sociopolíticos), 4) Escaso acceso a bienes y servicios (determinantes de circunstancias materiales de vida) y 5) Factores o antecedentes genéticos (determinantes biológicos).

## **7. Trastornos mentales**

Dentro del compendio teórico que se cuenta para reseñar la promoción de la salud se encuentra la carta de Ottawa, documento de referencia que enumera una serie de acciones para garantizar la salud de las poblaciones y ejes desde los cuales poder incidir positivamente en la salud. Pasando por las condiciones individuales, sociales y del entorno, caracterizándose por su enfoque de reducción de factores de riesgo y la promoción de factores protectores de la salud, en este caso, aquellos relacionados con la salud mental, conductas y hábitos. Junto con la importancia de la interacción entre la prevención primaria y los otros niveles de intervención del sistema de producción de la salud, se debe tener en cuenta que las afecciones y condiciones en salud mental incluyen trastornos psiquiátricos y psicosociales, así como otras condiciones mentales asociadas con altos niveles de angustia, deterioro o riesgo de conducta autolesiva.

Las personas con estos trastornos tienen más probabilidades de sufrir una peor salud mental, aunque no siempre es así. Los factores de protección pueden ayudar a aumentar la resiliencia y mejorar la salud mental y emocional de una persona. Algunos de los factores de protección que se mencionan incluyen habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, interacciones sociales positivas, educación de calidad, trabajo decente, vecindarios seguros y cohesión social. Todos estos factores pueden ser importantes para ayudar a fomentar la resiliencia y mejorar la calidad de vida de las personas. (OMS, 2022).

### ***Determinantes de la salud mental***

A lo largo del curso de vida hay una variedad de factores personales, sociales y estructurales que pueden afectar nuestra salud mental. Estos factores pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestro estado de salud mental.

Entre los factores individuales que pueden afectar la salud mental, se pueden encontrar factores psicológicos y biológicos, como las habilidades emocionales, el consumo de sustancias y la genética. Por otro lado, la exposición a condiciones sociales, económicas, geopolíticas y ambientales adversas, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la contaminación ambiental, pueden aumentar significativamente el riesgo de padecer trastornos mentales.

Es importante destacar que los riesgos pueden ocurrir en todas las etapas de la vida, pero los riesgos que ocurren durante períodos sensibles del desarrollo, especialmente durante la primera infancia, pueden ser particularmente dañinos. Por lo tanto, es importante tener en cuenta estos factores y tomar medidas para prevenir o tratar los problemas de salud mental en todas las etapas de la vida. (OMS, 2022).

### ***El problema de la atención en salud mental***

Como lo expone Jané-Llopis, E. (2004). Los trastornos mentales y de conducta afectan a personas de todas las regiones, países y sociedades. Se estima que en todo el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren de enfermedades mentales cada año. Esto significa que al menos una vez en nuestra vida, uno de cada cuatro de nosotros desarrollará un problema mental o de conducta.

Este es un problema de salud significativo que puede afectar a la calidad de vida y la capacidad de las personas para llevar a cabo actividades diarias. Es importante comprender que los trastornos mentales y de conducta no son el resultado de una debilidad personal, sino más bien el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, es importante buscar ayuda si se

experimentan signos de un problema mental o de conducta, y trabajar con profesionales de la salud mental para desarrollar un plan de tratamiento efectivo.

Las enfermedades mentales tienen un impacto significativo en la sociedad. Para el año 2020, se espera que las enfermedades mentales expliquen el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión por sí sola la segunda causa en todo el mundo. (OMS, 2022).

Además de las consecuencias para la salud, los costes sociales y económicos derivados de los problemas mentales son enormes. Estos costos incluyen no solo los costos de los servicios de salud necesarios para tratar las enfermedades mentales, sino también costos relacionados con los niveles de desempleo y reducción de la productividad, el impacto en las familias y cuidadores, y costos asociados con el crimen y la inseguridad ciudadana. También hay costos asociados con el impacto negativo de la muerte prematura restando años de productividad a la sociedad en general.

Es importante tener en cuenta que también existen muchos otros costos incalculables, como las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familias. Por lo tanto, es importante seguir trabajando para mejorar la prevención, el tratamiento y la atención de la salud mental a nivel mundial para reducir el impacto de estas enfermedades en la sociedad. (Jane et al, 2004).

Hay muchas maneras en que se puede mejorar la atención y el tratamiento de la salud mental, incluyendo:

- Mejora de la educación y la conciencia pública sobre la salud mental y la prevención de enfermedades mentales.
- Proporcionar un acceso más fácil a los servicios de atención de salud mental a nivel comunitario y los distintos niveles de atención.
- Desarrollar y fortalecer los servicios de atención de salud mental integrales y de calidad.

- Proporcionar apoyo y capacitación relevante a los proveedores de atención en salud mental para mejorar la calidad de la atención y el tratamiento.
- Integrar la atención de salud mental en la atención primaria y brindar más acceso.
- Promover la prevención y reducción del estigma y la discriminación asociados con las enfermedades mentales.
- Fomentar la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos y terapias para las enfermedades mentales.
- Mejorar el acceso a recursos y apoyo para las personas con enfermedades mentales y sus familias.
- Fortalecer la atención de la salud mental en los sistemas de atención de salud y la política pública.

Estos son solo algunos ejemplos de cómo se puede mejorar la atención y el tratamiento de la salud mental a nivel mundial. Es importante que se siga trabajando en estas áreas para mejorar la salud mental.

Los trastornos mentales o del estado de ánimo pueden incluir una amplia variedad de trastornos, como la esquizofrenia, la depresión mayor, la distimia, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad generalizada, el abuso o la dependencia del alcohol y el abuso o la dependencia de las drogas. (Kohn et al, 2005).

Estos trastornos tienen diferentes síntomas y características, pero todos pueden afectar significativamente la calidad de vida y el bienestar de una persona. Es importante buscar ayuda profesional si se sospecha que se padece algún tipo de trastorno mental o del estado de ánimo, ya que el tratamiento y la atención adecuados pueden ayudar a mejorar la salud mental y mejorar la calidad de vida.

Hay varias formas de obtener ayuda para los problemas de salud mental, entre ellas:

- Ponerse en contacto con una línea telefónica directa de salud mental o de ayuda en crisis para obtener apoyo y orientación inmediatos.
- Busca referencias de fuentes de confianza, como familiares y amigos, sobre profesionales de la salud mental o clínicas de la comunidad.
- Asistir a los servicios de atención primaria para que proporcione una evaluación inicial y remitir a un especialista en salud mental si es necesario.
- Realizar búsquedas en Internet para encontrar profesionales de la salud mental en el área local, servicios comunitarios entre otros.
- Establecer contacto con clínicas de salud mental, hospital o un centro de salud que preste servicios de salud mental.

Es importante recordar que buscar ayuda para los problemas de salud mental es un paso normal y saludable hacia la recuperación, controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

Los trastornos de ansiedad generalizada han mostrado una elevada prevalencia en la población y son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Se trata de un trastorno de salud mental que puede causar preocupación y ansiedad excesivas y poco realistas ante acontecimientos, actividades y situaciones cotidianas. El tratamiento y el apoyo pueden mejorar significativamente la salud mental y la calidad de vida. (Kohn et al, 2005).

Como expone Tapia et al (2015). En América Latina, se ha determinado que los trastornos mentales son altamente prevalentes y representan una carga significativa para quienes los padecen.

Estas personas a menudo tienen que enfrentarse a barreras y obstáculos sociales en sus interacciones cotidianas con otras personas o instituciones. Un tipo de interacción social que puede tener consecuencias negativas para las personas con trastornos mentales cargadas de "estigmatización". Debido a los prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas que padecen alguna enfermedad, es habitual

que éstas tengan una baja autoestima y una menor calidad de vida, así como una menor adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes de apoyo.

### ***El estigma***

El estigma puede ser un obstáculo importante para las personas con trastornos mentales que buscan ayuda y apoyo. Abordarlo y aumentar la concienciación sobre la salud mental puede ayudar a reducir sus efectos negativos y animar a las personas a buscar tratamiento y apoyo. Es importante que la sociedad reconozca los retos a los que se enfrentan las personas con trastornos mentales y trabaje para crear un entorno más integrador y solidario para ellas.

El estigma hacia las enfermedades mentales ha sido evaluado por diversos estudios en todo el mundo. En nuestro país la investigación en este tema es incipiente, existen casos escasos pero particulares, algunos estudios realizados en Brasil, Argentina, México y Chile han determinado que las personas perciben a los pacientes como potencialmente peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de realizar actividades laborales. Se ha identificado que conceptualizaciones como "miedo al diagnóstico" y "lo que puedan pensar los demás", argumentos directamente relacionados con el estigma, fueron las justificaciones más utilizadas por las personas encuestadas para evitar solicitar ayuda al sistema de salud mental. (Tapia et al, 2015).

Es importante abordar el estigma negativo asociado a las enfermedades mentales y aumentar la concienciación pública sobre la salud mental. Las campañas de educación y sensibilización pueden ayudar a disipar mitos e ideas erróneas y a promover una visión más comprensiva e integradora de la enfermedad mental. Esto puede animar a las personas a buscar ayuda y apoyo, y a reducir las barreras sociales a las que suelen enfrentarse las personas con enfermedades mentales en su vida cotidiana.

### ***La familia y sociedad***

Se han documentado diversos tipos de repercusiones en las familias de personas con trastornos mentales, como trastornos del sueño, problemas en las relaciones interpersonales y una disminución del bienestar y la calidad de vida. Es frecuente que las familias experimenten un nivel de aislamiento social y exclusión similar al que experimentan los propios pacientes. Tapia et al (2015). Sin embargo, cabe señalar que en nuestro país se ha informado de que los familiares también pueden ser fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia los pacientes con enfermedad mental.

Esto pone de relieve la importancia de la educación y el apoyo a la familia para comprender la enfermedad mental y reducir el estigma. Hay que animar a los familiares a que busquen educación y apoyo para comprender mejor la enfermedad mental y desarrollar estrategias para ayudar y apoyar a sus seres queridos. Los profesionales de la salud mental también pueden desempeñar un papel en la educación y el trabajo con los familiares para promover la comprensión y el apoyo a la salud mental. Juntos, las familias y profesionales pueden trabajar para crear un entorno más propicio para las personas con enfermedades mentales y sus familias.

Para Tapia et al (2015). Podríamos dividir la estigmatización social y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales tiene dos puntos clave:

- El nivel de prejuicios sociales tiende a ser mayor hacia las enfermedades mentales consideradas controlables como los trastornos por abuso de sustancias frente a las que se consideran incontrolables como la depresión y la esquizofrenia. Esto parece sugerir que existe una percepción de responsabilidad personal ligada a ciertas enfermedades mentales, que puede conducir a una mayor estigmatización.
- El nivel de amenaza percibido por los individuos que padecen distintas enfermedades mentales varía, y el abuso de sustancias y la esquizofrenia suelen considerarse más peligrosos que afecciones como la depresión. Esta mayor percepción de peligro puede contribuir a aumentar la discriminación y

los prejuicios sociales. A ello se añade también un sesgo por el que la sociedad atribuye una mayor responsabilidad a quienes padecen adicciones, que no es tan frecuente en afecciones como la depresión o la esquizofrenia.

Estos puntos subrayan los arraigados prejuicios sociales hacia las enfermedades mentales y la comprensión a menudo errónea de la complejidad de la salud mental. La educación pública y las iniciativas de desestigmatización desempeñan un papel esencial para cambiar estas percepciones.

Hay varias formas de cambiar las percepciones sobre la salud mental y reducir la estigmatización:

- **Educación:** Aumentar la concienciación sobre la salud mental, el hecho de que afecta a un número significativo de personas y la realidad de que las enfermedades mentales son afecciones médicas al igual que las físicas. Disipar los mitos sobre la salud mental y corregir los estereotipos inexactos.
- **Representación en los medios de comunicación:** Fomentar representaciones precisas y empáticas de las personas con enfermedades mentales en los medios de comunicación. Esto implica alejarse de los estereotipos y avanzar hacia caracterizaciones multidimensionales que representen experiencias diversas.
- **Historias personales:** Compartir historias personales de personas con experiencias vividas de enfermedades mentales puede ser muy eficaz. Estas narraciones en primera persona pueden humanizar las enfermedades mentales, combatir el estigma e inspirar a otros.
- **Promover la búsqueda de ayuda:** Animar a las personas a buscar ayuda sin miedo a la estigmatización. Esto puede conseguirse creando espacios seguros para que las personas expresen sus sentimientos y pensamientos.
- **Políticas y legislación:** Los gobiernos pueden aplicar políticas de salud mental y aprobar leyes que protejan los derechos de las personas con trastornos mentales. Estas políticas públicas también pueden proporcionar financiación

para los servicios de salud mental y la investigación, ayudando a normalizar e integrar la salud mental en la atención sanitaria general.

- Programas comunitarios: Poner en marcha programas comunitarios de apoyo a los enfermos mentales también puede ser eficaz. Esto podría incluir servicios terapéuticos, formación profesional y apoyo entre iguales.

El cambio suele llevar tiempo, pero con esfuerzos persistentes es posible cambiar las actitudes sociales y reducir el estigma asociado a la salud mental.

### ***Prevalencia***

Existe una mayor tendencia de las personas a padecer de ciertos trastornos mentales, los trastornos depresivos, en particular el trastorno depresivo mayor, y la dependencia del alcohol. En el contexto de la Encuesta Mundial de Salud Mental (2003), alrededor del 17% de los encuestados declararon tener antecedentes de un episodio depresivo mayor en su vida, y el 10% lo experimentó en el último año. Casi el 14% de las personas declararon tener antecedentes de dependencia del alcohol, y más del 7% continuaron con esa dependencia en los 12 meses anteriores a la entrevista. Tras éstos, otros trastornos frecuentes son las fobias sociales y las fobias simples. (Campo et al, 2008).

Es importante recordar que buscar ayuda para estos trastornos es crucial y suele implicar una combinación de medicación, terapia y cambios en el estilo de vida. A pesar de su prevalencia, las enfermedades mentales a veces se malinterpretan o estigmatizan, lo que puede suponer un obstáculo para que las personas busquen tratamiento. Por lo tanto, es fundamental fomentar un entorno en el que las enfermedades mentales puedan debatirse y tratarse abiertamente, igual que ocurre con las enfermedades físicas.

Algunas conclusiones clave de estudios realizados en países latinoamericanos sobre la comorbilidad en salud mental. Se indica que una de cada dos personas con algún trastorno mental a lo largo de la vida tiene también dos o más trastornos comórbidos. Esto significa que la comorbilidad, o la presencia simultánea de dos o

más trastornos de salud en un paciente, es un fenómeno común en la epidemiología psiquiátrica. (Campo et al, 2008).

De hecho, comprender la comorbilidad es crucial porque influye significativamente en la gestión y el tratamiento de los trastornos mentales. Es importante que los profesionales en salud mental tengan en cuenta todos los trastornos concurrentes al trazar un plan de tratamiento. Del mismo modo, esto habla de la necesidad más amplia de servicios integrales de salud mental que puedan responder a los trastornos complejos concurrentes. Es necesario investigar más para comprender los factores subyacentes que impulsan las altas tasas de comorbilidad, incluidos los factores genéticos, ambientales y psicológicos.

Hay varios factores que impulsan la comorbilidad en los trastornos de salud mental. A menudo interactúan de forma compleja e incluyen

- Factores genéticos: Ciertas personas pueden tener una predisposición genética a ciertos trastornos mentales, lo que también puede aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos adicionales.
- Factores biológicos: Las anomalías cerebrales, las complicaciones prenatales o del parto y los trastornos del sistema inmunitario podrían contribuir a algunos trastornos mentales. Estar físicamente poco sano también puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos mentales.
- Factores psicológicos: Las experiencias traumáticas graves, el estrés continuo y la superación de una enfermedad grave pueden intensificar o desencadenar muchos trastornos mentales, contribuyendo a la comorbilidad.
- Factores ambientales: La exposición a la violencia, la pobreza, la discriminación o el acoso persistentes y otras formas de adversidad grave pueden provocar numerosos problemas de salud mental, aumentando las probabilidades de comorbilidad.

- Factores conductuales: Ciertos comportamientos pueden aumentar el riesgo de padecer más de un trastorno. Por ejemplo, el abuso de sustancias a menudo puede coocurrir con muchos trastornos de salud mental.

Comprender estos factores es crucial para las estrategias de prevención y la planificación eficaz del tratamiento. Los profesionales de la salud mental deben adoptar un enfoque integral al tratar a un paciente con trastornos comórbidos, teniendo en cuenta todas las dimensiones ambientales, biológicas y psicológicas en juego.

Diversos estudios epidemiológicos muestran diferencias de género en la prevalencia de determinados trastornos mentales. Las mujeres son más propensas a padecer trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos. Mientras tanto, los hombres tienen una mayor prevalencia de trastornos por abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad. (Campo et al, 2008).

Estas diferencias podrían deberse a una compleja interacción de factores biológicos (incluidos los genéticos), psicológicos y sociales. Las diferencias hormonales podrían explicar en parte la mayor prevalencia de ciertos trastornos entre las mujeres, como los trastornos del estado de ánimo. Los factores socioculturales podrían contribuir a las tasas más elevadas de abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad en los hombres.

Comprender estas diferencias de género es importante para crear intervenciones de salud mental sensibles y adecuadas. Sin embargo, lo más importante es recordar que cualquier persona, independientemente de su sexo, puede padecer trastornos mentales y que todos merecen tener acceso a tratamientos eficaces.

Dentro de los factores de riesgo se deben tomar en cuenta aquellas personas que padecen alguna patología dual o "comorbilidad", en el campo de la salud mental, se refiere a cuando una persona experimenta simultáneamente un trastorno por consumo de sustancias y otra enfermedad mental. Las adicciones a sustancias pueden referirse a sustancias culturalmente aceptadas, como el tabaco, el café, el

alcohol, los analgésicos, o a sustancias que generalmente se consideran negativas, como el cannabis, la cocaína, las anfetaminas y los opiáceos. Las adicciones conductuales, como la adicción al juego (ludopatía), también pueden formar parte de un diagnóstico dual. (Tapia et al, 2015).

Los trastornos mentales que se encuentran en el diagnóstico dual pueden incluir trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y diversos rasgos y trastornos de la personalidad.

El tratamiento del diagnóstico dual puede ser complejo porque cada trastorno puede intensificar los síntomas y las complicaciones del otro. Por lo tanto, el tratamiento integrado, en el que se tratan simultáneamente el problema de salud mental y la adicción, suele ser el enfoque más eficaz. Esto puede implicar una combinación de terapias, medicamentos, servicios de apoyo y modificaciones del estilo de vida.

### ***Suicidio***

El suicidio es un importante problema de salud pública mundial. Como has afirmado, más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año, y entre 10 y 20 millones de personas lo intentan anualmente. Se considera un acto prevenible, y un intento de suicidio previo es un factor clínicamente significativo que se encuentra en un tercio de los suicidios consumados. Padecer un trastorno mental es también un importante factor de riesgo de suicidio. (OMS, 2020).

Estas estadísticas subrayan la importancia de una atención sanitaria mental y unos servicios de intervención en crisis eficaces. Es crucial que los profesionales sanitarios, las familias y las comunidades reconozcan los signos de angustia y ayuden a las personas a recibir la atención adecuada. Además, deben aplicarse estrategias integrales para concienciar sobre el suicidio, promover la salud mental y la reducción del estigma, y mejorar el apoyo a quienes luchan con problemas de salud mental y pensamientos suicidas.

El suicidio es un continuo que comienza con la ideación y la intención suicida, hasta llegar al acto en sí. Los intentos de suicidio implican cualquier comportamiento autoiniciado con al menos cierta intención de causar la muerte, independientemente de que produzcan o no lesiones.

Existe un subregistro significativo del suicidio en todo el mundo, con estimaciones que sugieren que las tasas reales de suicidio podrían ser un 50% superiores a las notificadas. Esta infra notificación hace que la mayoría de los países no comprendan realmente la magnitud del problema. Se calcula que por cada suicidio declarado hay entre 10 y 25 intentos, de los cuales entre el 10 y el 15% acaban en suicidio consumado. La prevalencia de los intentos de suicidio es difícil de determinar, porque la vigilancia varía según los países y no siempre se dispone de información fiable. Sin embargo, se calcula que la prevalencia mundial es de entre el 3 y el 5% para las personas mayores de 15 años. (Basto et al, 2021).

Estas estadísticas ponen de relieve la importancia crítica de las medidas de prevención del suicidio, que incluyen la detección precoz y el tratamiento de los trastornos mentales, programas educativos para aumentar la concienciación pública sobre los signos de ideación suicida y mejorar el acceso a los servicios de salud mental. Además, la reducción del estigma relacionado con la salud mental y la creación de comunidades conectadas y solidarias también pueden desempeñar un papel crucial en la prevención del suicidio.

La ideación suicida y los intentos de suicidio son, en efecto, predictores del dolor que sufren las personas y su deseo de ponerle fin. Además, los intentos de suicidio pueden tener consecuencias negativas, como lesiones, hospitalización y/o pérdida de movilidad. Estos sucesos suelen requerir atención médica especializada para tratar el daño físico causado, así como una intervención psiquiátrica urgente para evaluar y tratar el trastorno mental subyacente. (Basto et al, 2021).

Estos casos subrayan la importancia de las estrategias de prevención del suicidio, que idealmente deberían consistir en la detección precoz y el tratamiento adecuado de los problemas de salud mental, la reducción del estigma asociado a la búsqueda

de ayuda, la mejora de las redes de apoyo social y la garantía de accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud mental. La atención integral tras los intentos de suicidio es crucial porque es un periodo de alto riesgo en el que es mucho más probable que se produzcan nuevos intentos de suicidio y suicidios consumados.

Señalan algunos hallazgos cruciales relacionados con los intentos de suicidio en pacientes que padecen trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor. En particular, el riesgo de comportamiento suicida aumenta significativamente si hay comorbilidad psiquiátrica concurrente, como abuso de sustancias (incluidos alcohol y tabaco) o trastorno límite de la personalidad, o antecedentes de intentos de suicidio previos. (Basto et al, 2021).

La realización de investigaciones a escala local y nacional con muestras representativas puede mejorar realmente nuestra comprensión de la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor. Investigaciones como ésta pueden servir de base para el desarrollo de estrategias de prevención y mecanismos de apoyo específicos.

Estas pruebas subrayan la necesidad crítica de que los profesionales en salud mental capacitados en detectar y dar apoyo para controlar la ideación suicida y los intentos de suicidio en pacientes con estos trastornos. Esto es especialmente importante si hay enfermedades concurrentes (comorbilidad) o si el paciente tiene antecedentes de intentos de suicidio. Con el apoyo y los cuidados adecuados, puede gestionarse el riesgo y evitarse muchos suicidios.

### ***Trastornos mentales y factores de riesgo***

Como señala Loinaz (2009), las personas con enfermedades mentales a menudo no sólo son estigmatizadas y temidas debido a los malentendidos sobre su enfermedad, sino que también pueden convertirse más fácilmente en víctimas de actos violentos, abusos o explotación por parte de otros. En esencia, estas personas pueden ser vulnerables tanto como objetivos de los prejuicios sociales como sujetos de daño directo.

Por lo tanto, es realmente necesario que los profesionales en diversos campos de la salud mental tengan en cuenta los factores de riesgo que hacen que esta población sea susceptible de victimización, sin centrarse sólo en los factores de riesgo asociados a la conducta violenta.

Es esencial crear entornos seguros, respetuosos y comprensivos para quienes luchan con problemas de salud mental. Esto implica la promoción de la alfabetización en salud mental, la defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales y el establecimiento de salvaguardias para proteger a esta población de diversos tipos de explotación.

Garantizar recursos adecuados para el apoyo a la salud mental, proporcionar educación pública sobre los trastornos mentales y trabajar por la reforma de las leyes y las políticas son estrategias que pueden utilizarse para abordar este problema. También podrían instituirse o reforzarse los servicios a las víctimas y las protecciones legales.

### ***Conclusiones***

Dentro de las causas encontradas por las personas expertas en la consulta local y análisis integral de la situación de salud (ASIS) del Área Rectora de Salud Aguas Zarcas los rubros o causas de los trastornos mentales destacan:

*Consumo de sustancias:* Sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas lícitas, ilícitas o medicamentos con receta por parte de un individuo se convierte en un problema generalizado que interviene en su funcionamiento diario. Estos individuos continúan con su consumo intenso de sustancias a pesar de las repercusiones perjudiciales.

Cuando concurren trastornos mentales coexistiendo con el consumo de sustancias pueden tener profundas repercusiones en la salud, las relaciones y el modo de vida general del individuo. El consumo de alcohol y drogas es una de las principales causas de enfermedades evitables y muerte prematura.

Es crucial comprender que el trastorno por consumo de sustancias no es una falta de fuerza de voluntad o de resistencia, sino un trastorno complejo que requiere un tratamiento integral, con apoyo médico, psicológico y social. El tratamiento suele consistir en una combinación de asesoramiento individual o de grupo, medicación y, a menudo, otros servicios de apoyo. El objetivo final es el control del trastorno, para que los afectados puedan llevar una vida más sana.

*La falta de empleo:* Se perfila como segunda causa de los trastornos mentales en el sentido y como lo plantea la OMS, Unas condiciones de trabajo decentes son realmente beneficiosas para la salud mental. Los entornos laborales deficientes que permiten la discriminación y la desigualdad, las cargas de trabajo excesivas, el control insuficiente del trabajo y la inseguridad laboral suponen riesgos para la salud mental.

Se calcula que, en 2019, el 15% de los adultos en edad de trabajar sufrían algún trastorno mental. Se calcula que en todo el mundo se pierden anualmente 12.000 millones de días de trabajo debido a la depresión y la ansiedad, con un coste de 1 billón de dólares al año en pérdida de productividad. (OMS, 2022).

Existen medidas eficaces que pueden aplicarse para prevenir los riesgos para la salud mental en el trabajo, proteger y promover la salud mental en el lugar de trabajo y apoyar a los trabajadores con trastornos mentales. Esto incluye la aplicación de políticas que promuevan el equilibrio entre la vida laboral y personal, el diseño de tareas que tengan sentido y sean manejables, la creación de un ambiente de apoyo que ofrezca retroalimentación periódica, la promoción de la igualdad y el fomento de la interacción social.

Crear lugares de trabajo más saludables no sólo es bueno para los empleados, sino también para las empresas, ya que aumenta la productividad, disminuye la rotación de personal y reduce las bajas por enfermedad. Es esencial que los empresarios lo reconozcan y tomen las medidas adecuadas para fomentar un entorno laboral sano y de apoyo.

*Pobreza:* Sin duda, la pobreza y la salud mental están interconectadas, y esta relación merece una atención urgente. De hecho, son necesarias medidas para mitigar los factores de riesgo y reducir la incidencia de los problemas de salud mental en las poblaciones desfavorecidas. Aunque no todas las personas que se enfrentan a dificultades socioeconómicas experimentarán problemas de salud mental, las estadísticas muestran que la probabilidad aumenta en tales circunstancias.

La aplicación de medidas de protección requiere un doble enfoque: se necesitan medidas políticas, técnicas y sociales para proporcionar a los individuos más recursos. Además, deben tomarse medidas para aumentar la cohesión social. Esta última, junto con los recursos comunitarios, relacionales, sociales y culturales, desempeña un papel fundamental a la hora de amortiguar, defender y resistir los factores de riesgo.

Las políticas para abordarlo deben implicar la mejora y acceso a una atención de salud mental de calidad para las poblaciones con bajos ingresos, proporcionar protección social a las personas vulnerables y facilitar la creación de comunidades y estructuras de apoyo social. Abordando esta cuestión de forma holística, se podrá empezar a romper el ciclo de la pobreza y los trastornos mentales.

*Manejo inadecuado de emociones:* Con el tiempo, tanto los adultos como los jóvenes desarrollan respuestas emocionales complejas. Nuestras experiencias emocionales son dinámicas y pueden moldear nuestras acciones. Por lo tanto, hay que gestionarlos para navegar sin problemas en la vida. Esta es una habilidad que ayuda a controlar las respuestas emocionales. Los primeros encuentros con emociones y entornos que las personas experimentan durante su infancia son cruciales para adaptarse al contexto, estas experiencias se reproducen a lo largo de la vida siendo la base para las nuevas vivencias. Son evidentes los sistemas neurobiológicos que se conectan con la parte fisiológica responsable de las habilidades de regulación de las emociones.

Finalmente, es en este punto cuando una persona puede identificar la causa de la reacción de su cuerpo. El cerebro registra conductas que deben suprimirse o que pueden no ser apropiadas para el contexto en el que funciona. El propósito de esto es determinar si la acción que se toma ayuda a la adaptación de la situación o la dificulta en lugar de prevenirla o evitarla.

*Exclusión social:* Las personas con enfermedades mentales enfrentan todos los días las constantes limitaciones impuestas por su enfermedad, además de la ignorancia de la sociedad actual sobre la realidad de vivir con una enfermedad mental y la sociedad. Enfrentar la exclusión social que viven otros no es fácil.

Las actitudes sociales practicadas de manera negativa a menudo resultan en la exclusión de aquellos que son capaces de crear una imagen social marginada, afectando así el bienestar, la adaptación y la participación social, aumentando las barreras que exacerban el aislamiento y la marginación de las personas que padecen un trastorno mental.

Los trastornos mentales pueden afectar la vida de una persona. Desde su capacidad para pensar claramente, interactuar con otros y completar tareas. El trabajo, los ingresos, adquirir una vivienda digna, tener acceso a los servicios sociales y formar parte de una red social pueden verse afectados negativamente por un problema de salud mental una vez que se manifieste. Las personas con enfermedad mental se enfrentan a una situación social y económica precaria, al verse apartadas de muchas necesidades básicas de la vida, lo que suele afectar de forma drástica la calidad de vida de cada uno de ellos.

La apatía, la falta de interés y la falta de motivación son algunas formas de enfermedad mental.

Cuando las personas supuestamente normales no brindan el apoyo y dan esa integración a aquellas personas que por una u otra razón sufren y tienen el derecho a recibir apoyo y acceso verdadero a la salud, contando con la integración de la

familia, comunidad, servicios de salud los cuales están para brindar un apoyo al mantenimiento de ellos controlando su salud y bienestar.

## **8. Trastornos perinatales y neonatales**

Pueden presentarse problemas durante el nacimiento y riesgos perinatales, que se presentan en mayor medida en las poblaciones con nivel socioeconómico bajo y en situaciones en las que hubo un inadecuado cuidado prenatal, pueden presentarse dificultades de vínculo madre-hijo, al igual que problemas respiratorios, metabólicos, hiperbilirrubinemia, posición inapropiada del feto, labor de parto prolongada, sedación excesiva, parto por cesárea y puntuación baja en el Apgar. (Alarcón et al., 2020).

Estas alteraciones pueden provocar diferentes enfermedades o disfunciones en el sistema nervioso, por lo tanto, es importante conocer estas señales, ya que esto permitirá prevenir y evitar dichas afecciones.

Los factores de riesgo neonatal son los que ocurren desde el primer día de nacimiento hasta los 28 días de vida, relacionados con el cuidado inadecuado en etapas anteriores (prenatal y perinatal). Puede presentarse encefalopatía, ictericia (patológica), sepsis neonatal, apnea, hemorragia, cianosis, talla anormal (por exceso o déficit) y bajo peso al nacer. (Robaina, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto pretérmino (PPT) como aquel que acontece antes de las 37 semanas completas o 259 días desde la fecha de última regla. A pesar de los notables avances en medicina perinatal, este constituye todavía la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatales. Por ello, uno de los objetivos prioritarios de la asistencia perinatal es la prevención de la prematuridad, tanto desde el punto de vista de la identificación de las gestantes de riesgo como en la mejoría en el control y tratamiento de las gestantes con amenaza de parto pretérmino. (Couto et al., 2014).

Los factores de riesgo neonatal se presentan en las primeras cuatro semanas de vida, donde los riesgos que se pueden dar son; daño cerebral, encefalopatía, convulsiones neonatales, sepsis, hemorragia y apnea.

El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial asociado a los trastornos perinatales y neonatales, que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año, particularmente en el período neonatal.

Cerca de 90% de los nacimientos de productos con bajo peso ocurren en países en vías de desarrollo para una prevalencia global de 19%. En los países del sur asiático, el BPN alcanza hasta 50%, en comparación con América Latina donde ocurre en aproximadamente 11%, mientras que para los países desarrollados se ha considerado por debajo de 6%. (Velásquez et al., 2004).

La sepsis neonatal se ha definido como un síndrome clínico caracterizado por signos sistémicos de infección, acompañado de bacteriemia en el primer mes de vida.<sup>3</sup> Acomete a recién nacidos a término (RNAT) y a prematuros (RNPT); en este último grupo puede afectarse hasta un 25%. (Méndez et al., 2019).

Barrios & Sánchez (2013) hablan sobre el postulamiento de un modelo multicausal, que no solo toma en cuenta factores biológicos y clínicos para mortalidad neonatal, sino que introduce las condiciones reales donde se produce el evento. Como ya se ha indicado, son reconocidos como factores de riesgo el BPN y la prematuridad. Estos factores están a su vez determinados por otros llamados intermedios, como la historia obstétrica de la madre (edad, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal) y los aspectos sociales (embarazo en la adolescencia, estado civil, nivel educacional, acceso a atención en salud), entre otros; este modelo es de utilidad en muchos países en desarrollo donde la muerte neonatal ocurre en los hogares y la atención del parto no es institucional.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la contaminación ambiental y sus efectos en la salud: 1) Pobreza (determinantes socioeconómicos), 2) Inaccesibilidad a los servicios de salud (determinantes de

servicios de salud), 3) Consumo de sustancias psicoactivas (determinantes del comportamiento), 4) Demografía (determinantes sociopolíticos) y 5) Genética (determinantes biológicos).

## **9. Malformaciones congénitas**

Las malformaciones congénitas constituyen un grupo de enfermedades de alta mortalidad, cuyo manejo y rehabilitación no siempre es exitoso. Muchas de ellas son de evolución crónica y pueden producir secuelas que representan una desventaja social, con un alto costo para la familia y el Estado.

La OMS define defecto congénito como toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular, presente al nacer (aunque se manifieste después del nacimiento). Los defectos congénitos abarcan una amplia variedad de patologías; su prevalencia puede llegar hasta un 7-10% durante el primer año de vida.

En Costa Rica las anomalías congénitas constituyen la segunda causa de mortalidad infantil, superadas únicamente por las afecciones perinatales. Para 2004, con la mortalidad infantil más baja de los últimos 55 años (9,25 por mil nacidos vivos), las malformaciones congénitas en Costa Rica ocuparon el segundo lugar, constituyendo el 30,1% de las muertes en menores de 1 año. En 2002, las malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas, constituyeron la novena causa de muerte infantil en Costa Rica. Las malformaciones congénitas constituyeron la primera causa de muerte en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” y la cuarta causa de egreso hospitalario, durante el año 2007, según se reporta en el informe estadístico de ese año, de dicho hospital. (Barboza & Umaña, 2008).

Según reportes actuales, los factores de riesgo evidenciados para MC incluyen: edad materna avanzada, bajo peso y talla para la edad gestacional, restricción del crecimiento fetal, antecedentes de malformaciones congénitas en la familia, factores

físicos, exposición materna a agroquímicos y enfermedades agudas de la madre en el primer trimestre del embarazo. (Peralta et al., 2019).

La edad materna avanzada es considerada un factor de riesgo para la presentación de alteraciones cromosómicas numéricas (aneuploidías), en especial trisomías como el síndrome Down, síndrome Patau o síndrome Edwards.

Además, las manifestaciones que se atribuyen a la exposición de los agroquímicos son inespecíficas. Se ha descrito asociación con un aumento de la frecuencia de abortos espontáneos, malformaciones congénitas, enfermedades degenerativas y neoplasias, en poblaciones expuestas en forma crónica a pesticidas.

En agricultura, estos productos se utilizan en mezclas y en un régimen secuencial, con calendarios que varían según el tipo de cultivo, esto hace que la exposición sea mixta y variable en el tiempo. Aunque se reconocen efectos nocivos para la salud humana secundarios a la exposición crónica a plaguicidas, el estudio de estos efectos se ve dificultada por varios factores como son: a) la heterogeneidad de los productos utilizados, b) las características variables de la exposición en tiempo e intensidad, c) el probable efecto sinérgico o antagónico de otros agentes y d) la susceptibilidad individual a los probables daños. (Rojas & Barraza, 2000).

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la contaminación ambiental y sus efectos en la salud: 1) Pobreza (determinantes socioeconómicos), 2) Inaccesibilidad a los servicios de salud (determinantes de servicios de salud), 3) Consumo de sustancias psicoactivas (determinantes del comportamiento), 4) Demografía (determinantes sociopolíticos) y 5) Genética (determinantes biológicos).

## **10. Accidentes de tránsito**

Los accidentes de tránsito en Costa Rica contribuyen significativamente con la tercera causa de muerte en el país en los últimos años.

La Ley de Tránsito vigente en Costa Rica define los accidentes de tránsito como la acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías terrestres de la nación, que estén al servicio y al uso del público en general, las gasolineras, todo lugar destinado al estacionamiento público o comercial regulado por el Estado, las vías privadas y en las playas del país.

La problemática relacionada con los accidentes de tránsito en Costa Rica alcanza niveles dramáticos, no solo para las familias que pierden un ser querido, sino para aquellos niños adolescentes y adultos, que sobreviven a un accidente de tránsito, pero quedan con secuelas graves y permanentes, que les impiden disfrutar de una vida plena en el futuro.

De acuerdo con los datos del Consejo de Seguridad Vial, el grupo etéreo más afectado, es precisamente el correspondiente a los años de la alta productividad de las personas de 15-45 años.

Los accidentes en su mayoría se pueden prevenir, ya que los factores condicionantes se asocian a malas condiciones del vehículo, a factores intrínsecos del conductor (habilidad, condición emocional y física, presencia de distractores), a la poca visibilidad en las carreteras, a la ingesta de alcohol, al exceso de velocidad y a las malas condiciones de las carreteras, en las que intervienen la mala iluminación, el ancho de los carriles, la ausencia de espaldones, la mala señalización, y las condiciones climáticas de la zona. (Villalobos & Hernández, 2008).

De acuerdo con las estadísticas nacionales dentro de los factores asociados a muertes en accidentes de tránsito, se identificó como causa principal al exceso de velocidad, y como los siguientes en importancia: alcohol (Vásquez, 2004), imprudencia de los peatones, adelantamiento indebido, imprudencia del conductor, imprudencia del ciclista, y falla mecánica.

Muchos accidentes de tránsito se pueden evitar o mitigar sus consecuencias, mediante la aplicación de técnicas de la ingeniería vial. En Costa Rica se ha

identificado por ejemplo la incorrecta colocación de barandas, para evitar que un vehículo se vaya al guindo. Tal y como están colocadas, en vez de minimizar los accidentes, son un obstáculo que incrementa la severidad del accidente. Además, hay muy poca señalización, elemento que, si se corrige, es una medida muy barata que puede prevenir muchos accidentes. Tal es el caso de rótulos que indiquen ir más despacio, peligro, curva adelante, altos, etc. (Ramírez, 2013).

El perfil predominante de las víctimas fue: ser de género masculino, en edad económicamente productiva, con accidentes fatales de predominio en la noche, los fines de semana, en las provincias costeras, con fallecimiento en el sitio del hecho por trauma cráneo cervical en ocupantes de automotores o peatones, de los cuales un porcentaje significativo estaba bajo los efectos del alcohol y muy pocos bajo los efectos de otras drogas de abuso. (Vargas & Solano, 2008).

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la contaminación ambiental y sus efectos en la salud: 1) Deficiente inversión en seguridad vial (determinantes socioeconómicos), 2) Deterioro en infraestructura vial (determinantes de circunstancias materiales de vida), 3) Mal estado vehicular (determinantes de circunstancias materiales de vida), 4) Poca trascendencia de la educación vial (determinantes sociopolíticos) y 5) Consumo de sustancias psicoactivas (determinantes de comportamiento).

Como se observa, la gran mayoría 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. A continuación, se presentan las principales líneas de acción, según determinante y causa raíz, priorizadas por el grupo de expertos.

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

**Enfermedades cardiovasculares**

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológica	Antecedentes genéticos/o heredo parentales	Monitoreo de factores de riesgo genéticos/heredo parentales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilización sobre la importancia del control médico periódico y preventivo.</li> <li>2. Ampliación de la capacidad de atención de los servicios de salud públicos dirigidos a la detección temprana de las ECV.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, Organizaciones no gubernamentales
Comportamiento	Inadecuados estilos de vida	Adopción de estilos de vida saludables (alimentación, descanso, actividad física, relaciones sociales)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ejecución de proyectos que promuevan estilos de vida saludables según curso de vida (alimentación, actividad física, cesación de fumado y salud mental).</li> <li>2. Promoción de inversiones en la construcción o mejoramiento de las condiciones de la infraestructura destinada a la práctica de la actividad física.</li> <li>3.Reducción de las limitaciones de uso de la infraestructura pública y comunitaria para la práctica de la actividad física y recreación.</li> </ol>	Ministerio de Salud	CCSS, ICODER, MEP, Asociaciones de Desarrollo, MAG, MIDEPOR, CCYDR, CEN-CINAI, Viceministerio de Paz, Ministerio de Cultura y Juventud, Municipalidad de San Carlos, Empresa privada, IAFA, Iglesias, PANI, MEP.
Socioeconómicas	Bajo nivel de ingreso de la población	Facilitar el acceso a los bienes y servicios básicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Articulación de programas institucionales dirigidos al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de la población.</li> <li>2. Promoción de las alternativas para el desarrollo y financiamiento de emprendimientos productivos.</li> <li>3. Divulgación de las ferias y bolsas de empleo a nivel local, cantonal y regional.</li> </ol>	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, IMAS	MEIC, Municipalidad de San Carlos, MAG e INDER, BANVHI, Cámaras de Comercio, Organizaciones comunales.

Sociopolíticas	Carencia de intervención pública para la práctica de la actividad física	Intervención pública en la promoción de la actividad física	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de un banco de programas públicos y proyectos comunitarios existentes para la práctica de la actividad física en los distritos.</li> <li>2. Implementación articulada de programas públicos y comunitarios para la práctica de la actividad física.</li> </ol>	CCCI	Municipalidad de San Carlos, ICODER, CCDYR, PANI, Ministerio de Salud, CEN CINAI, Ministerio de Cultura y Juventud, Asociaciones Deportivas, Subcomités de Deportes, Asociaciones de Desarrollo, Empresa Privada.
Servicios de salud	Servicios de salud en el primer nivel insuficientes	Disponibilidad y acceso a servicios públicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliación de la capacidad de atención de los servicios de salud.</li> <li>2. Diversificación de los servicios de salud para el abordaje integral (nutrición, promoción de la salud, cesación de fumado).</li> <li>3. Organización de campañas o ferias de la salud enfocadas en servicios que no se ofrecen en los niveles de atención primaria, y en comunidades de zonas alejadas.</li> </ol>	CCSS	CCSS, CEN CINAI, IAFA, Ministerio de Salud, Municipalidad de San Carlos, Empresa privada

**Contaminación ambiental**

<b>Dimensión</b>	<b>Causa Raíz</b>	<b>Factor protector</b>	<b>Líneas de acción</b>	<b>Actor responsable</b>	<b>Actor colaborador</b>
Socioeconómicas	Inadecuadas prácticas agropecuarias	Buenas prácticas agropecuarias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impulso a los programas de incentivos y certificación por buenas prácticas agrícolas.</li> <li>2. Desarrollo de Programas de sensibilización sobre el consumo consciente y sostenible de productos agrícolas.</li> <li>3. Fiscalización de empresas y/o productores que garantizan la aplicación de las buenas prácticas agrícolas.</li> </ol>	MAG - Servicio Fitosanitario del Estado	MAG, Servicio Fitosanitario del Estado, Cámaras Productivas, Empresa privada, Ministerio de Salud, Empresas certificadoras, Universidades, INA, Departamento de gestión ambiental.
Sociopolíticas	Ausencia de plan regulador	Plan regulador vigente	1. Abogacía para la aprobación e implementación del Plan Regulador Cantonal.	Municipalidad de San Carlos	Todos los actores sociales presentes en el cantón, desde los sectores productivos, comunitarios, ONG's y Empresa privada.

Sociopolíticas	Inadecuada gestión de residuos	Gestión integral de residuos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliación de la cobertura del servicio de recolección domiciliar (ordinario y segregada) y comercial de residuos.</li> <li>2. Posicionamiento de los centros y gestores autorizados para la adecuada separación de residuos.</li> <li>3. Programación de recolecciones de residuos de manejo especial (llantas, electrónicos)</li> <li>4. Divulgación de información alusiva a la adecuada gestión de residuos generados a nivel domiciliar y empresarial.</li> <li>5. Promoción de los programas de incentivos para la separación de residuos valorizables articulados entre el gobierno local-empresa privada.</li> </ol>	Municipalidad de San Carlos	Gestores autorizados, Asociaciones de Desarrollo.
Circunstancias materiales	Dificultades de acceso a servicios de recolección de residuos	Acceso a servicios de recolección de residuos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliación de la cobertura del servicio de recolección de residuos domiciliar y comercial.</li> <li>2. Inversión en el mejoramiento del estado de las vías públicas de acceso a las comunidades rurales.</li> </ol>	Municipalidad de San Carlos	MOPT, Asociaciones de Desarrollo, Gestores autorizados, Empresa privada
Servicios de salud	Contaminación de fuentes de agua	Protección de fuentes de agua	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización de eventos para la reforestación, limpieza y protección de fuentes de agua en alianza con las comunidades, entidades públicas y privadas.</li> <li>2. Monitoreo de las labores de mantenimiento de la calidad de las fuentes de agua aptas para consumo humano y seguimiento de actos administrativos.</li> <li>3. Reforzamiento de las actividades de formación y prácticas dirigidas hacia una cultura de protección y adecuado aprovechamiento de las fuentes de agua.</li> </ol>	AyA	ASADAS, Ministerio de Salud, SETENA, Dirección de aguas - MINAE, MAG, Empresa privada, Universidades, ONG'S Ambientales, Grupos de voluntariado ambiental comunitario

### Inaccessibilidad a los servicios de salud

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Aumento de enfermedades crónicas	Promoción de estilos saludables	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de programas institucionales orientados al incentivo de la actividad física, salud mental y adecuados hábitos alimenticios.</li> <li>2. Ampliación de la capacidad de respuesta y cobertura de los programas preventivos de atención de las ECNT.</li> </ol>	Ministerio de Salud - CCSS	CCSS, Red de Cuido de PME y PAM, Centros Diurnos para PAM, CEN CINAI, MEP, IAFA, Comité de Deportes, Asociaciones Deportivas
Socioeconómicas	Condición de pobreza	Satisfacción de necesidades básicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Articulación de programas institucionales dirigidos al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de la población.</li> <li>2. Promoción de alternativas para el desarrollo de emprendimientos productivos.</li> <li>3. Divulgación de ferias y bolsas de empleo distritales, cantonales y regionales.</li> </ol>	CCCI - CIR Social	Municipalidad de San Carlos, IMAS, MTSS, MIDEPLAN, DINADECO, MEIC, INA, Cámaras de Comercio y Turismo
Circunstancias materiales	Insatisfacción de la demanda de la población	Ampliar la capacidad de cobertura	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modernización y ampliación de la infraestructura de los establecimientos públicos de salud.</li> <li>2. Ampliación de las jornadas de atención de los servicios en el primer nivel de atención.</li> <li>3. Diversificación de los servicios de salud para un abordaje integral (psicología, nutrición, radiología, laboratorio, educación física).</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, Empresa privada en el área de salud.
Circunstancias materiales	Infraestructura vial en malas condiciones	Mejorar las vías acceso a las comunidades	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abogacía ante las autoridades locales y nacionales para la inversión en infraestructura vial.</li> <li>2. Dotación con recursos públicos al mejoramiento de vías públicas en localidades alejadas y zonas fronterizas.</li> </ol>	MOPT - CONAVI/ Municipalidad de San Carlos	Organizaciones comunales, Ministerio de Hacienda, Empresa privada, CCCI

Servicios de salud	Carencia de aseguramiento	Aumento en la cobertura de aseguramiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Divulgación de las modalidades de aseguramiento que ofrece la CCSS.</li> <li>2. Participación en eventos públicos que faciliten la captación de personas no aseguradas.</li> <li>3. Promoción de campañas informativas sobre la importancia de cotizar para los seguros que administra la CCSS.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, Asociaciones de agricultores pro-aseguramiento
--------------------	---------------------------	--	--	------	---

**Consumo de sustancias psicoactivas**

<b>Dimensión</b>	<b>Causa Raíz</b>	<b>Factor protector</b>	<b>Líneas de acción</b>	<b>Actor responsable</b>	<b>Actor colaborador</b>
Comportamiento	Comportamientos violentos	Incremento de la seguridad ciudadana	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de los Programas Preventivos Policiales.</li> <li>2. Ampliación de la cobertura de la vigilancia municipal en las cabeceras de distrito.</li> <li>3. Instauración de sistemas de monitoreo por medio de cámaras de seguridad.</li> </ol>	Ministerio de Seguridad, Municipalidad de San Carlos	Asociaciones de Desarrollo, Comités de Seguridad Comunitaria, Fuerza Pública (programas preventivos), Organizaciones comunales
Socioeconómicas	Condiciones del entorno	Espacios comunitarios seguros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programación de controles policiales en las zonas comunales de mayor riesgo.</li> <li>2. Apropiación de los espacios comunales destinados a la recreación y el deporte.</li> <li>3. Fortalecimiento de los Programas Preventivos Policiales.</li> </ol>	Ministerio de Seguridad, Municipalidad de San Carlos	Asociaciones de Desarrollo, Comités de Seguridad Comunitaria, Fuerza Pública (programas preventivos), Organizaciones comunales, ICODER, Viceministerio de Paz
Socioeconómicas	Insuficientes programas educativos	Promoción de programas educativos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotación de personal capacitado para la atención de programas educativos.</li> <li>2. Desarrollo de programas educativos para la población adolescente y adulta.</li> <li>3. Asignación presupuestaria para el fortalecimiento de los programas existentes y creación de nuevos.</li> </ol>	IAFA	Ministerio de Seguridad, Municipalidad de San Carlos, MEP, PANI, Ministerio de Justicia y Paz, Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)

Sociopolíticas	Mala gestión de políticas públicas	Adecuada ejecución de políticas públicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño de planes operativos institucionales que incorporen los lineamientos estratégicos de las Políticas Públicas.</li> <li>2. Evaluación y actualización de las políticas públicas implementadas.</li> <li>3. Asignación presupuestaria para el desarrollo de nuevos programas institucionales.</li> </ol>	MIDEPLAN, CCCI	IAFA, Ministerio de Seguridad, Municipalidad de San Carlos, MEP, PANI, Ministerio de Justicia y Paz, Ministerio de Salud, CCSS, ICODER, Asociaciones de Desarrollo, entre otros
Circunstancias materiales	Insatisfacción de necesidades familiares	Atención de necesidades familiares	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de los programas de atención para personas con adicciones y sus familias.</li> <li>2. Impulso de los programas orientados al emprendimiento productivo y empresarial.</li> </ol>	IAFA	CCSS, MEP, INA, IMAS, MEIC, Ministerio de Cultura y Juventud, Empresa privada, MICIT, ICT, Policía de Control de Drogas (PCD), Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)

### Violencia intrafamiliar

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológica	Alteraciones en la condición de salud (discapacidad y trastorno mental)	Atención de factores de riesgo para la salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento y control de la adherencia a los tratamientos.</li> <li>2. Promoción de programas dirigidos al soporte y acompañamiento de las personas cuidadoras.</li> <li>3. Ampliación de la cobertura de los servicios especializados en salud mental y personas con discapacidad.</li> </ol>	CCSS	INAMU, Oficina de Desarrollo Social, PANI, MEP, CONAPDIS, IMAS
Comportamiento	Cultura machista	Enfoque de equidad de género	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de programas formativos desde el enfoque de equidad de género transversales e intersectoriales.</li> <li>2. Creación de los servicios de atención especializados para personas ofensoras.</li> <li>3. Facilitación de espacios para el desarrollo de proyectos educativos en el ámbito de manejo de emociones y sentimientos.</li> </ol>	Red VIF	INAMU, Oficina de Desarrollo Social, PANI, MEP, CONAPDIS, IMAS, Ministerio de Salud, MEP, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Justicia, Defensoría de los Habitantes, Municipalidad de San Carlos, Universidades, CONAPDIS, CCSS, INA, MICIT, ONG's

Comportamiento	Abuso de sustancias adictivas	Reducción de consumo de sustancias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliación de la capacidad de cobertura de los programas preventivos en abuso de sustancias adictivas.</li> <li>2. Ejecución de las campañas preventivas de la violencia enfocadas en la moderación del consumo de sustancias psicoactivas vinculado a prácticas sociales (ej: partidos de fútbol).</li> <li>3. Divulgación los programas institucionales orientados hacia la atención y rehabilitación de personas con adicción o abuso de sustancias psicoactivas.</li> </ol>	IAFA	CCSS, MEP, INA, IMAS, Ministerio de Cultura y Juventud, Empresa privada, ICT, Policía de Control de Drogas (PCD), Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).
Sociopolíticas	Bajo nivel de interés político	Incidencia política	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilización a nivel comunitario sobre las diversas manifestaciones de la violencia.</li> <li>2. Posicionamiento de los programas orientados hacia el desarrollo de nuevas masculinidades.</li> </ol>	Red VIF	MIDEPLAN, INAMU, Oficina de Desarrollo Social, PANI, MEP, CONAPDIS, IMAS, Ministerio de Salud, MEP, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Justicia, Defensoría de los Habitantes, Municipalidad de San Carlos, Universidades, CONAPDIS, CCSS, INA, MICIT, ONG's

<p>Circunstancias materiales</p>	<p>Insatisfacción de necesidades familiares</p>	<p>Atención de necesidades familiares</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Articulación de los programas institucionales de soporte socioeconómico a las familias o personas en condición de VIF.</li> <li>2. Apertura de albergues temporales para la reubicación de personas o familias en situaciones de VIF.</li> <li>3. Facilitación de herramientas para la empleabilidad y promoción educativa para las personas en riesgo o condición de VIF.</li> <li>4. Información sobre las alternativas de apoyo socioeconómico y psicosocial para personas en condición de VIF.</li> </ol>	<p>Red VIF - Comisión de atención red VIF</p>	<p>INAMU, Oficina de Desarrollo Social, PANI, MEP, CONAPDIS, IMAS, MINSA, MEP, Ministerio de Seguridad Pública, Ministerio de Justicia, Defensoría de los Habitantes, Municipalidad de San Carlos, Universidades, CONAPDIS, CCSS, INA, MICIT, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, MAG, ONG's</p>
----------------------------------	---	---	---	---	--

**Tumores malignos**

<b>Dimensión</b>	<b>Causa Raíz</b>	<b>Factor protector</b>	<b>Líneas de acción</b>	<b>Actor responsable</b>	<b>Actor colaborador</b>
Biológica	Antecedentes genéticos y hereditarios	Diagnóstico temprano	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de talleres informativos y preventivos hacia distintos grupos poblacionales sobre los factores de riesgo y prácticas saludables.</li> <li>2. Actualización técnica y profesional del personal de salud para el diagnóstico clínico oportuno.</li> <li>3. Inversión en procedimientos y equipos para la detección temprana.</li> <li>4. Impulso a las campañas gratuitas o servicios de bajo costo dirigidas a la población en general.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG's, Empresa privada
Servicios de salud	Incapacidad de atención en el sistema de salud	Fortalecimiento del sistema de salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instauración de ferias anuales de servicios de salud para zonas alejadas.</li> <li>2. Ampliación de la cobertura y horarios de atención en el primer nivel.</li> <li>3. Divulgación de las modalidades de aseguramiento públicas.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG's, Empresa privada, UPRAZON, FUNDECOCA, UPA Nacional, entre otros
	Desconocimiento de los derechos en salud	Empoderamiento en los derechos en salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ejecución de campañas sobre derechos en salud dirigidos a distintos grupos poblacionales.</li> <li>2. Desarrollo de material informativo sobre la garantía de los derechos en salud de los habitantes y operación de las contralorías de servicios.</li> <li>3. Capacitación de las Juntas de Salud en el ámbito de la promoción y ejercicio de derechos en salud.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG's, Empresa privada, Migración, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Servicios de salud	Condiciones inadecuadas de los servicios de abastecimiento de agua potable	Servicios de agua potable accesibles y de calidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejoramiento de las condiciones estructurales y operativas de los acueductos.</li> <li>2. Seguimiento y monitoreo de los servicios de abastecimiento de agua potable.</li> </ol>	AyA	ASADAS, Ministerio de Salud, SETENA, Dirección de aguas - MINAE, MAG, Empresa privada, Universidades
Biológica	Antecedentes genéticos y hereditarios	Diagnóstico temprano	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de talleres informativos y preventivos hacia distintos grupos poblacionales sobre los factores de riesgo y prácticas saludables.</li> <li>2. Actualización técnica y profesional del personal de salud para el diagnóstico clínico oportuno.</li> <li>3. Inversión en procedimientos y equipos para la detección temprana.</li> <li>4. Impulso a las campañas gratuitas o servicios de bajo costo dirigidas a la población en general.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG's, Empresa privada

## Trastornos mentales

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Abuso de sustancias psicoactivas	Reducción de consumo de sustancias psicoactivas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliación de los servicios especializados de atención directa a la patología dual.</li> <li>2. Creación de alternativas para el acceso a servicios de atención en salud mental gratuitos o de bajo costo.</li> <li>3. Establecimiento de protocolos de intervención entre redes de atención.</li> <li>4. Revisión de los criterios de exclusión de los servicios de salud a las personas con adicciones.</li> <li>5. Reducción de la brecha de atención en acompañamiento familiar.</li> </ol>	IAFA	CCSS-EISAA, PANI, INAMU, CEN-CINAI
Comportamiento	Manejo inadecuado de emociones	Manejo de emociones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de procesos socioeducativos en promoción de la salud (salud mental, estilos de vida saludables, habilidades para la vida).</li> <li>2. Definición de los criterios para la detección temprana de factores de riesgo.</li> <li>3. Difusión de la oferta de alternativas o instancias de apoyo en promoción de la salud.</li> <li>4. Inversión en espacios seguros para el esparcimiento y disfrute del tiempo libre.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, Consejo de la Persona Joven, PANI, Dirección de Desarrollo Social, MEP, Comité Cantonal de Deportes y Recreación, Viceministerio de Paz, ICODER, Ministerio de Cultura y Juventud, Asociaciones de Desarrollo, Asociaciones deportivas y culturales locales, SINEM, CEN-CINAI

Socioeconómicas	Desempleo	Disponibilidad de fuentes de empleo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ejecución de estrategias informativas para las empresas y empleadores sobre estigmas relacionados con los trastornos mentales, con énfasis en depresión y estrés.</li> <li>2. Promoción de la seguridad y protección de la salud mental dirigido a empleadores públicos y privados.</li> <li>3. Apertura de espacios de diálogo sobre los criterios de exclusión laboral aplicados a personas con trastornos mentales.</li> <li>4. Creación de espacios que propicien el bienestar físico y mental en los ambientes laborales.</li> </ol>	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	CONAPDIS, Ministerio de Salud, INA, Universidades, Bolsas de empleo- Municipalidad de San Carlos, Empresa privada, CCSS, MEP
Socioeconómicas	Condición de pobreza	Satisfacción de necesidades básicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar y/o fortalecer servicios socioeconómicos para la atención de las personas con trastornos mentales y sus familias.</li> <li>2. Fortalecimiento de programas de educación técnica y secundaria en poblaciones vulnerabilizadas.</li> <li>3. Dotación de presupuesto para instancias Municipales que atienden a poblaciones específicas: Oficina de atención persona adulta mayor y de personas en situación de discapacidad, Decreto N°10046</li> </ol>	IMAS	CONAPDIS, IFAM, Municipalidad de San Carlos, INA, MEP, Institutos Parauniversitarios, Universidades, PANI, CCSS, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Sociopolíticas	Exclusión social	Integración social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción del tema de inclusión social en espacios y ambientes educativos, laborales, y de sociedad civil.</li> <li>2. Orientación y acompañamiento a las iniciativas de espacios de apoyo psicosocial comunitario.</li> </ol>	CONAPDIS	Ministerio de Salud, MEP, PANI, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, INA, Universidades, IMAS, Asociaciones de Desarrollo, ASADAS, CCSS, IAFA, INAMU

### Trastornos perinatales y neonatales

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológica	Antecedentes heredoparentales	Diagnóstico temprano	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de la importancia del control prenatal temprano y su seguimiento.</li> <li>2. Actualización continua del personal de salud sobre la importancia de la captación y seguimiento de mujeres embarazadas.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG'S, Migración, PANI, MEP, INAMU
Comportamiento	Abuso de sustancias psicoactivas	Reducción de consumo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de programas de control del daño y reducción de adicciones en poblaciones específicas.</li> <li>2. Divulgación de programas existentes para rehabilitación de consumo de sustancias.</li> <li>3. Realización de campañas informativas sobre los efectos negativos del consumo de sustancias durante el curso de vida (adolescencia, embarazo, lactancia, entre otros).</li> </ol>	IAFA	CCSS, Ministerio de Salud, ONG'S, Municipalidad de San Carlos, Empresa privada, PANI, INAMU
Socioeconómicas	Condición de pobreza	Satisfacción de necesidades básicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliación de programas de cobertura para captación de población vulnerable.</li> <li>2. Construcción de ruta interinstitucional de atención a personas menores de edad y mujeres en estado de embarazo.</li> </ol>	Ministerio de Salud	CCSS, CEN-CINAI, IMAS, PANI, INAMU, INA, Municipalidad de San Carlos, PANI, MEP, MIGRACIÓN, CONAPDIS, ONG's
Sociopolíticas	Protección social	Fortalecer cobertura de servicios de salud en comunidades de difícil acceso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restablecimiento de la atención directa en salud de la población en comunidades con difícil acceso.</li> <li>2. Creación de iniciativas para el acercamiento de servicios institucionales a las comunidades.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, Migración, CCCI.

Servicios de salud	Desconocimiento de los derechos en salud	Acceso a los servicios en salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Divulgación de los servicios gratuitos que brinda CCSS a mujeres en estado de gestación.</li> <li>2. Diseño de campañas alusivas al derecho de la planificación familiar y servicios ofertados por CCSS.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG's, Migración, PANI, MEP, INAMU
--------------------	--	---------------------------------	---	------	---

## Malformaciones congénitas

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológica	Antecedentes heredoparentales	Diagnóstico temprano	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de la importancia del control prenatal temprano y su seguimiento.</li> <li>2. Actualización continua del personal de salud sobre la importancia de la captación y seguimiento de mujeres embarazadas.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG'S, Migración, PANI, MEP, INAMU
Comportamiento	Abuso de sustancias psicoactivas	Reducción de consumo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de programas de control del daño y reducción de adicciones en poblaciones específicas.</li> <li>2. Divulgación de programas existentes para rehabilitación de consumo de sustancias.</li> <li>3. Realización de campañas informativas sobre los efectos negativos del consumo de sustancias durante el curso de vida (adolescencia, embarazo, lactancia, entre otros).</li> </ol>	IAFA	CCSS, Ministerio de Salud, ONG'S, Municipalidad de San Carlos, Empresa privada, PANI, INAMU
Socioeconómicas	Condición de pobreza	Satisfacción de necesidades básicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliación de programas de cobertura para captación de población vulnerable.</li> <li>2. Construcción de ruta interinstitucional de atención a personas menores de edad y mujeres en estado de embarazo.</li> </ol>	Ministerio de Salud	CCSS, CEN-CINAI, IMAS, PANI, INAMU, INA, Municipalidad de San Carlos, PANI, MEP, Migración, CONAPDIS, ONG's
Sociopolíticas	Protección social	Fortalecer cobertura de servicios de salud en comunidades de difícil acceso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restablecimiento de la atención directa en salud de la población en comunidades con difícil acceso.</li> <li>2. Creación de iniciativas para el acercamiento de servicios institucionales a las comunidades.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, Migración, CCCI

Servicios de salud	Desconocimiento de los derechos en salud	Acceso a los servicios en salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Divulgación de los servicios gratuitos que brinda CCSS a mujeres en estado de gestación.</li> <li>2. Diseño de campañas alusivas al derecho de la planificación familiar y servicios ofertados por CCSS.</li> </ol>	CCSS	Ministerio de Salud, ONG'S, Migración, PANI, MEP, INAMU
--------------------	--	---------------------------------	---	------	---

**Accidentes de tránsito**

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Abuso de sustancias psicoactivas	Reducción de consumo de sustancias psicoactivas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotación de personal especializado para la atención de programas educativos.</li> <li>2. Desarrollo de programas educativos para población adolescente y adulta.</li> <li>3. Asignación presupuestaria para el fortalecimiento de los programas existentes y creación de nuevos.</li> </ol>	COSEVI	IAFA, Municipalidad de San Carlos, MEP, MIDEPLAN, PANI, CEN-CINAI, MOPT
Socioeconómicas	Deficiente inversión en seguridad vial	Incremento de la inversión en seguridad vial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar el estudio de zonas específicas de alto tránsito o convergentes más proclives a accidentes.</li> <li>2. Mantenimiento y dotación de recursos para fortalecimiento e instalación infraestructura vial.</li> </ol>	CONAVI	MOPT, Fuerza Pública, Policía Municipal, Municipalidad de San Carlos, Bomberos, Cruz Roja
Sociopolíticas	Poca trascendencia de la educación vial	Eficacia de la seguridad vial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación de campañas que concienticen sobre la importancia de la adecuada conducción.</li> <li>2. Fortalecimiento del recurso humano para la atención de infraestructura y atención de eventos.</li> </ol>	MOPT	MOPT, Fuerza Pública, Policía Municipal, Municipalidad de San Carlos, Bomberos, Cruz Roja
Circunstancias materiales	Infraestructura vial en mal estado	Infraestructura vial en buen estado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisión de las labores y obras de mantenimiento: rondas, desagües, entre otros.</li> <li>2. Inversión en mantenimiento de la señalización e infraestructura vial.</li> </ol>	MOPT	MOPT, Municipalidad de San Carlos, Asociaciones de Desarrollo

Circunstancias materiales	Mal estado vehicular	Cultura de seguridad vial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generación de campañas educativas dirigidas a concientizar sobre la responsabilidad de las personas conductoras y peatones.</li> <li>2. Incentivo a los programas de educación y orientación financiera que una cultura de mantenimiento preventivo de los vehículos.</li> </ol>	MOPT	MOPT, Municipalidad de San Carlos, Policía Municipal, Bomberos, Cruz Roja, INA (mecánica básica para conductores)
---------------------------	----------------------	---------------------------	--	------	---

# **Análisis de situación de la Salud Mental del Área Rectora Aguas Zarcas**

## ***Guía para el desarrollo del estado de salud mental de la población***

### **Justificación**

La construcción del Análisis Situacional de Salud Mental desde los niveles locales define las líneas de acción, prioridades y establece objetivos apegados a la realidad de las áreas rectoras. Permitiendo diseñar estrategias articuladas interinstitucionalmente que contribuyan a una distribución equitativa de los recursos, traduciéndose en un insumo importante para crear estrategias locales que mejoren la salud mental de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS (Organización Mundial de la Salud) (Organización Mundial de la Salud)) 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” (Política de Nacional de Salud Mental, 2023).

Debemos recordar que la salud mental es un elemento transversal de la salud en general, comunidades que gocen de salud mental tendrán mayor bienestar social y económico. En contraposición, los problemas de salud mental generan falencias en la educación, equidad, permeando la salud de las personas en otras dimensiones de su diario vivir y acrecentando efectos negativos de enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y otros padecimientos, sin dejar de lado la mayor probabilidad de ocurrencia de suicidios.

La OPS define el proceso de construcción como:

“El ASIS (Análisis de Situación en Salud) es el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños o problemas de salud, así como sus determinantes, que facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto.”

El ASIS local en Salud Mental es un conjunto de conceptos, métodos y actividades para medir y supervisar el proceso salud-enfermedad-servicios, utilizando metodologías que permiten analizar estratégico y sintetizar información para facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, colaborando con actores y sectores sociales.

Por lo expuesto se hace necesario construir un ASIS del Área Rectora Aguas Zarcas que integre el componente de Salud Mental, el mismo teniendo en cuenta que la salud se construye todos los días desde todos sus componentes, que requiere la toma de decisiones que aseguren la ejecución de políticas, planes, programas y proyectos que impacten de forma positiva la salud de la población.

### ***Concepto de salud mental dentro de la Política Nacional de Salud Mental***

La Ley General de Salud N° 5395, en sus distintos artículos e incisos hace hincapié en el derecho a la salud que debe gozar la población, al igual del marco jurídico conexo. La Política Nacional de Salud Mental facilita un concepto que este concepto se construye desde un espacio multifactorial, “...se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente”. Desprendiéndose de dichos enunciados que es un proceso en constante construcción en la que participan distintos procesos personales y estructurales, que conlleva un

reconocimiento y fortalecimiento de las capacidades para el fomento del bienestar de todas las personas que se desenvuelven un contexto determinado.

***Marco conceptual (Concepto de salud mental de acuerdo a la política Nacional de Salud Mental 2012-2021).***

En el Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos, 2022, se mencionan de forma superficial varios elementos que deben tomarse en cuenta desde los niveles locales para tener injerencia e impacto en la salud mental de la población, como recomendaciones la OMS señala como necesidad primordial la actualización de la normativa relacionada con la protección y promoción e inversión en salud mental. Procurando la inclusión social, el accionar desde las bases comunitarias, fortalecer capacidades y acceso a servicios de salud con enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, acceso a información y basado en la evidencia científica. (UNA, 2022).

Evidenciando que los riesgos de salud mental en las poblaciones son muchos, afectando como es obvio a personas, familias y comunidades, retrasando el progreso hacia el bienestar, factores como la polarización social, economía, emergencias sanitarias y/o humanitarias afectan significativamente a todos los seres humanos.

Al igual que el resto del mundo, nuestro país no escapa a la prevalencia de los distintos trastornos mentales, la misma varía en función del sexo, edad y sistemas de apoyo familiar y comunitarios. En el caso del suicidio, este reporta al menos 20 intentos por cada evento consumado, representado al menos 1 de cada 100 fallecimientos, siendo una de las principales causas de mortalidad en la población joven. (OMS, 2022).

Se tiene evidencia de sobra que indica y resalta que las intervenciones de promoción y prevención son de gran efectividad, aportan en la identificación de los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental. Reduce

riesgos y fomenta la resiliencia, los entornos saludables y aptos para todas las personas, y pueden identificarse de forma individual, grupal en poblaciones específicas, sobre todo cuando se aplican de manera intersectorial de una forma articulada y dirigido al fortalecimiento de las habilidades para la vida.

Dentro de las acciones que se han realizado desde el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas se han concretado diferentes proyectos e iniciativas dirigidas al mejoramiento de la salud de la población.

### ***Determinantes de la Salud Mental:***

La Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, enuncia que la misma está compuesta por múltiples factores biológicos y psicosociales, es entonces, que la salud y la percepción de bienestar de una persona no serán posibles salvo que se procuren entornos sociales, económicos y ambientales adecuados, que proporcionen la cobertura de las necesidades básicas en salud, siguiendo la misma línea propuesta por la OMS. (UCR, 2018).

Los determinantes de la salud mental son todos los factores que favorecen la salud mental o, por el contrario, repercuten negativamente en ella. Se han identificado cuatro determinantes de la salud mental: Biológicos, Medioambientales, Socioeconómicos-Culturales y Servicios y Sistemas Sanitarios.

Los determinantes biológicos incluyen factores como la genética, la estructura y la química del cerebro y el funcionamiento del sistema nervioso. Los determinantes medioambientales incluyen factores como la exposición a toxinas, contaminación y ruido, así como el acceso a espacios verdes y entornos naturales.

Los determinantes socioeconómicos y culturales incluyen factores como la pobreza, el desempleo, la exclusión social, la discriminación y los conflictos, así como factores culturales como los valores, las normas y las creencias sobre la salud mental.

Los determinantes de los Servicios y Sistemas Sanitarios incluyen factores como el acceso a los servicios de salud mental, la calidad de la atención y la disponibilidad de recursos y apoyo.

Al abordar estos determinantes, podemos trabajar para mejorar los resultados de la salud mental de las personas y las comunidades. Esto puede incluir la aplicación de políticas y programas que aborden la pobreza y la desigualdad, la promoción del acceso a los servicios de salud mental, el apoyo a las normas y creencias culturales positivas y la mejora de los factores ambientales que promueven la salud mental.

### **Factores biológicos**

Los trastornos mentales son sensibles a factores genéticos y antecedentes psicosociales.

Debido a la naturaleza de la enfermedad y a las diferencias en los antecedentes de cada persona, los casos son muy diferentes y no es posible una clasificación general. Costa Rica lleva años estudiando los factores genéticos que influyen en las enfermedades mentales en el país.

Los trastornos mentales más frecuentes, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, se heredan en gran medida de familiares de primer grado.

En el país se realiza investigación desde la Neuropsiquiatría Genética (UCR), está se centra en el mapeo genético de trastornos neuropsiquiátricos complejos y como están ligados no solo a factores genéticos, también la interrelación con factores ambientales sociales, socioeconómicos, y como las diferentes combinaciones que ofrece el curso de vida de las personas puede o no, determinar la morbilidad o contención de los factores de riesgo.

La identificación de genes relacionados con el aumento del riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos y del estado de ánimo como lo es la depresión mayor.

Los trastornos psiquiátricos son susceptibles tanto a factores genéticos como a contextos psicosociales. Debido a la naturaleza de los trastornos y a la variabilidad

del contexto de cada persona, los casos son tan heterogéneos, que resulta imposible una clasificación universal.

Desde hace varios años en Costa Rica se estudian los factores genéticos que influyen en las enfermedades mentales en el país. Existen trastornos mentales mayores, como la esquizofrenia y la bipolaridad, las cuales tienen un alto porcentaje de heredabilidad de familiares en primer grado de la persona que las padece.

La investigación del Grupo de Neuropsiquiatría Genética (UCR) se ha centrado en el mapeo de genes para trastornos neuropsiquiátricos complejo. Los investigadores se han puesto como meta la identificación de genes que aumentan el riesgo de padecer trastornos afectivos y psicóticos, como los antes mencionados y la depresión mayor. (UCR, 2018).

Son todos aquellos elementos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, la estructura poblacional y otros.

Tomando en cuenta lo anteriormente descrito, dentro de los factores biológicos más importantes que pueden afectar la salud mental contabilizados en la base de boletas VE-01 dentro de los eventos notificados se encuentra la obesidad, la cual como señala la teoría: las causas de la obesidad rara vez son sólo genéticas, comer en exceso de forma crónica o un estilo de vida sedentario.

Lo que hacemos y no hacemos a menudo proviene de nuestros pensamientos y sentimientos.

Por ejemplo, la tristeza, la ansiedad o el estrés suelen hacer que las personas coman más de lo habitual. Pero a menos que se tomen medidas para abordar estos sentimientos, estas estrategias a corto plazo pueden generar problemas a largo plazo. (APA, 2010).

La depresión puede causar y ser resultado del estrés, el cual, a su vez, puede causar un cambio en sus hábitos alimenticios y actividades. Muchas personas con problemas para recuperarse de eventos repentinos o emocionalmente agotadores como lo es una pérdida de un amigo cercano o de un miembro de la familia, dificultades en sus relaciones, perder el trabajo o enfrentar un problema médico serio, comienzan, sin darse cuenta, a comer demasiado de las comidas equivocadas o a abandonar el ejercicio.

### **Factores sociales y económicos**

La pobreza, la exclusión social y violencia, así como problemas relacionados con el ambiente social, educativo y laboral son algunos de los factores de riesgo social determinados a nivel mundial, que influyen en la salud mental de la población.

Estos determinantes corresponden a los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano, que modifican el estado de salud de las personas. Los procesos ambientales son los que inician los factores epigenéticos. La epigenética se asemeja a un proceso de interruptores genéticos que encienden y apagan los genes. El ambiente (nutrición, estrés, etc.) que las personas experimentan puede controlar estos interruptores y causar efectos hereditarios en los seres humanos.

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

Para el Censo del 2011 San Carlos presentaba 11.697 hogares en condición de pobreza era un 4,37% del total de su población. (INDER, 2015) Ubicándose el distrito de Venecia en posiciones similares a la cabecera de cantón, mostrando actualmente índices muy favorables en cuanto a factores ambientales protectores de la salud mental, Actualmente la zona de atracción del ARS Aguas Zarcas presenta un panorama variable teniendo en cuenta los tres distritos, por un lado,

Venecia presenta altos niveles de desarrollo social y desarrollo humano, así como una población que se muestra totalmente identificada con las fortalezas del distrito y conscientes de aspectos a mejorar como más presencia institucional, acceso a servicios de salud entre otros. La zona presenta una posición geográfica que le brinda un clima confortable la mayor parte del tiempo, favoreciendo condiciones de vida, la mayoría de la población se identifica aún con el arquetipo imaginario posicionado de zona rural costarricense en la que la mayor parte de su población es afable, trabajadora, con valores muy arraigados en cuanto a honradez, espiritualidad y sentido de pertenencia comunitario. La mayor parte de las actividades son agropecuarias, la agricultura a gran escala es incipiente aún, pero cada vez toma más protagonismo, persiste aquella dedicada al comercio local o subsistencia, actividad desarrollada muchas veces de la mano con la ganadería. Una parte del distrito debido a la cercanía con fuentes constantes de agua se utiliza en la generación eléctrica, sobre todo las de más cercanía a la zona montañosa.

El distrito de Pital presenta un índice de desarrollo socioeconómico mayor que otros del cantón de San Carlos, siendo una zona de convergencia en lo que a empleabilidad se refiere, en coordinaciones entre el sector industrial y el Ministerio de Salud, estos agregan que un número importante de personas que laboran en empresas provienen de cantones y distritos aledaños y otros más distantes. Predomina la producción del cultivo de la piña, la producción de leche y carne bovina y hay un reciente y sostenido crecimiento de la venta de servicios. Pital presenta por un lado un rostro boyante en el casco central del distrito, en las periferias de este se viven realidades más tenues sobre todo en la zona fronteriza con Nicaragua, donde la población reciente el acceso limitado a los servicios de salud y de transporte, teniendo que desplazarse largas distancias para hacer uso de los mismos.

Aguas Zarcas presenta las cifras más elevadas en cuanto a oferta de servicios y acceso, lo anterior no garantiza que la mayoría de la población este, teniendo cifras importantes en la producción agropecuaria. La ciudad ha crecido rápidamente en los últimos años, principalmente en el centro de Aguas Zarcas, donde se pueden

encontrar bancos, hoteles, restaurantes, supermercados, clínicas y centros médicos diversos. Beneficiando al área al crear empleos y desarrollo de la comunidad.

En general la zona norte contiene centros poblacionales muy bogantes en cuanto a industria, empleo y servicios, no obstante, se encuentran zonas sumamente deprimidas y anillos de pobreza en los que se encuentra muy comúnmente población migrante tanto estacionaria como flotante que se establece en búsqueda de fuentes de empleo, sin embargo no todas las comunidades presentan las condiciones adecuadas en cuanto a la oferta de servicios de salud para lograr dar abasto a las necesidades de las poblaciones. En el siguiente cuadro se muestran las principales fuentes de producción, las cuales se pueden relacionar lo mencionado en líneas superiores en cuanto a empleo y producción agroindustrial:

*Cuadro N°26. San Carlos Actividades principales por distrito*

Ciudad Quesada	Industria de leche, generación eléctrica, comercio.
Florencia	Ganadería de leche y carne, generación eléctrica, industria de la caña de azúcar.
Buena Vista	Ganadería de leche y carne
Venecia	Ganadería de leche y carne, generación eléctrica, agricultura
La Palmera	Ganadería de leche y carne, agricultura, caña de azúcar
Aguas Zarcas	Ganadería de leche y carne, agricultura, venta de servicios
Pital	Industria de piña, ganadería de leche y carne, agricultura, venta de servicios

Fortuna	Turismo, ganadería, agricultura, exportadoras, procesadoras y empacadoras
Monterrey	Ganadería, agricultura
Venado	Ganadería, agricultura
La Tigra	Raíces y tubérculos, ornamentales, empacadoras y exportadoras, ganadería
Venecia	Generación eléctrica, piña, ornamentales, ganadería, agricultura
Cutris	Industria de piña, industria de caña, ganadería, reforestación, producción pecuaria, agricultura, agroturismo
Pocosol	Industria de piña, industria de caña, ganadería, reforestación, producción pecuaria, agricultura, agroturismo

*Fuente:* INDER, 2015.

En general, en lo que respecta al ARS Aguas Zarcas, el distrito más industrializado es Pital, donde se centra la mayor demanda de servicios en Aguas Zarcas, Venecia se ha venido transformando en una zona históricamente dedicada a la agricultura y ganadería a una zona de paso que da alojamiento a personas que trabajan en industrias en otros distritos, dicho distrito ofrece una vía relativamente rápida al valle central, la zona caribe, otro factor favorecedor es el clima que presenta la zona.

Cuadro N°27. Índice de Desarrollo Social del territorio San Carlos

Distrito	Calificación	Quintil
Nivel Medio		
Ciudad Quesada	66.6	Q4
Venecia	61.6	Q3
Florenia	59.8	Q3
Tigra	59.4	Q3
Nivel Bajo		
Buena Vista	57.3	Q3
Fortuna	56.4	Q2
Peñas Blancas	55.7	Q2
Aguas Zarcas	55.1	Q2
Monterrey	50.4	Q2
Pital	49.6	Q2
Venado	47.2	Q2
Nivel muy Bajo		
Pocosol	41.5	Q2

Fuente: (INEC, 2011)

### Factores psicológicos

Los factores psicológicos están relacionados con la forma en que una persona se siente, piensa y actúa en diferentes situaciones de la vida. Cuando alguien tiene una buena salud mental, puede afrontar los desafíos, las emociones y las relaciones de manera positiva y adaptativa. Sin embargo, algunas personas pueden sufrir alteraciones graves en su salud mental que afectan a su bienestar psicológico y social. Estas alteraciones se conocen como trastornos mentales y se caracterizan por cambios persistentes o recurrentes en el estado de ánimo, el pensamiento o el comportamiento que generan malestar o dificultan el funcionamiento normal de la persona. Un trastorno mental puede tener consecuencias negativas para la vida de una persona, como:

- Deterioro de las relaciones personales o familiares.
- Aislamiento o rechazo social.
- Bajo rendimiento o abandono escolar o laboral.

- Dificultades para aprender o desarrollar habilidades acordes a su edad e inteligencia.
- Limitaciones para participar en otras actividades significativas.

Los trastornos mentales no se definen de la misma manera en todas las culturas ni en todos los contextos sociales. Lo que se considera normal o anormal depende de los valores, las creencias y las expectativas de cada sociedad. Por eso, es importante tener en cuenta la diversidad cultural y el contexto social a la hora de evaluar e intervenir en los problemas de salud mental. (Mayo Clinic, 2021).

### ***Oferta de servicios de salud***

La provisión de servicios de salud se ha caracterizado históricamente por ser médico-centrista, biologista, especializado en el tercer nivel de atención y, que, además, consume el mayor número de recursos financieros y humanos. Las respuestas de los servicios son por demanda y hay una pobre capacidad instalada y escaso recurso humano capacitado ni especializado para atender a esta población.

En cuanto al abordaje de los Determinantes de la Salud, como lo ha reiterado la Comisión de Determinantes de la Salud de OMS: Los esfuerzos actuales para medir y evaluar los determinantes sociales y las desigualdades en salud deberían fortalecerse: facilitando el establecimiento de objetivos y monitoreando el progreso hacia el logro de la equidad en salud entre y dentro de los países; apoyar a identificar desigualdades en salud. Crear Sistemas de seguimiento aunado al apoyo de estas iniciativas para desarrollar y utilizar herramientas para evaluar el impacto en la equidad en salud. (OMS, 2022).

En la metodología de construcción general del documento general de ASIS se determinaron 6 grandes dimensiones que responden al Modelo de Determinantes Sociales de la Salud: factores sociopolíticos, factores socioeconómicos, factores biológicos, comportamiento, circunstancias materiales de vida y servicios de salud.

Cada una de las cuales ha sido analizada según las causas raíz, identificando sus respectivas causas secundarias y terciarias. Este análisis se encuentra inmerso dentro del documento principal.

Como seres humanos nuestra salud es determinada por diferentes factores, estos al ser parte de nuestro curso de vida pueden ser individuales, sociales, estructurales entrelazándose en las diferentes etapas, convirtiéndose en factores salutogénicos o patogénicos. Estos factores pueden cambiar nuestro estado de salud mental de acuerdo con las condiciones, el crecimiento de la población

Condiciones de consumo de sustancias, genéticas y habilidades emocionales pueden hacer que las personas sean más proclives a las afectaciones de la salud mental.

Condiciones como guerras, conflictos políticos, situación económica, exclusión social, violencia, pobreza o cualquier otra situación desfavorable aumenta considerablemente el riesgo de perjuicio a la salud mental. Estos pueden manifestarse en todas las etapas de vida, no obstante, si ocurren dentro de las etapas sensibles del desarrollo (infancia, adolescencia) marcan sensiblemente a las personas, situaciones como rigidez en los sistemas de crianza, violencia o castigo físico, bullying, abandono, falta de acceso a servicios de salud, entre otros perjudican la salud física-mental infantil.

Contrariamente, también pueden cultivarse factores protectores que posiblemente perdurarán toda la vida como las habilidades individuales, emocionales, interacción social positiva, trabajo, solidaridad, empatía, cohesión y otros atributos sociales necesarios para desarrollarse adecuadamente.

La zona de atracción del ARS Aguas Zarcas contiene riesgos y factores protectores en diferentes escalas. Algunas condiciones incrementan el riesgo para las comunidades, las familias y las personas. También encontramos amenazas que afectan países, continentes o son globales como lo fue la enfermedad por el virus Covid-19.

La mayoría de las personas tienen la capacidad de sobreponerse, aunque estén expuestos a uno o varios factores de riesgo y conservar su salud mental, mientras que muchas personas desarrollan afecciones relacionadas con la salud mental sin que haya una relación evidente entre su ambiente o condiciones socioeconómicas destacables. Teniendo lo anterior en cuenta, los determinantes de la salud mental se interrelacionan, contribuyen y determinan en gran parte nuestra salud como un todo.

Dentro del área de atracción se encuentran ambas situaciones de protección y perjuicio de la salud mental como se ha expuesto en otros párrafos, todas las comunidades presentan en mayor o menor medida factores protectores y factores de riesgo, proporcional a su situación socioeconómica, geográfica y poblacional.

Las intervenciones de promoción y prevención se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental. Pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras.

Actuar sobre los determinantes de la salud mental requiere a veces adoptar medidas en sectores distintos del de la salud, por lo que los programas de promoción y prevención deben involucrar a los sectores responsables de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. El sector de la salud puede contribuir de modo significativo integrando los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, y promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales.

La prevención del suicidio es una prioridad mundial y forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Algunas medidas permitirían avanzar considerablemente al respecto, como limitar el acceso a los medios de suicidio, fomentar una cobertura mediática responsable, promover el aprendizaje socioemocional en los adolescentes y favorecer la intervención temprana. Prohibir los plaguicidas muy

peligrosos es una intervención particularmente económica y rentable para reducir las tasas de suicidio.

La promoción de la salud mental de los niños y adolescentes es otra prioridad, que puede lograrse mediante políticas y leyes que promuevan y protejan la salud mental, apoyando a los cuidadores para que ofrezcan un cuidado cariñoso, poniendo en marcha programas escolares y mejorando la calidad de los entornos comunitarios y en línea. Los programas de aprendizaje socioemocional en las escuelas son de las estrategias de promoción más eficaces para cualquier país, independientemente de su nivel de ingresos.

La promoción y protección de la salud mental en el trabajo es una esfera de interés creciente, que puede favorecerse mediante la legislación y la reglamentación, estrategias organizacionales, capacitación de gerentes e intervenciones dirigidas a los trabajadores. Cuenta con cuatro EBAIS, una Junta de Salud y un Comité de Salud, además, es importante resaltar que es uno de los cuatros distritos que posee una clínica en su territorio, el cual brinda asistencia a los distritos vecinos (Pital y Venecia) Al presentarse alguna urgencia mayor la cual no pueda ser atendida en la clínica, serán atendidos en el Hospital San Carlos, esto debido a que es el único hospital público en el cantón.

### ***Atención y tratamiento de la salud mental***

Las iniciativas nacionales de fortalecimiento de la salud mental no deben limitarse a proteger y promover el bienestar mental de todos, sino también atender las necesidades de las personas que padecen afecciones de salud mental.

Esto debe hacerse mediante la atención de salud mental de base comunitaria, que es más accesible y aceptable que la asistencia institucional, ayuda a prevenir violaciones de derechos humanos y ofrece mejores resultados en la recuperación de quienes padecen este tipo de afecciones. La atención de salud mental de base

comunitaria debe proporcionarse mediante una red de servicios interrelacionados que comprendan:

- Servicios de salud mental integrados en los servicios de salud generales, ofrecidos comúnmente en hospitales generales y en colaboración con el personal de atención primaria no especializado, más recientemente durante el año 2023 se ha integrado a la oferta de servicios del área de salud de Aguas Zarcas CCSS la consulta en psicología, coadyuvando a la demanda de la población de este servicio y en muchos casos desahogando el servicio del Hospital San Carlos.
- Servicios comunitarios de salud mental a nivel comunitario, que puedan involucrar a centros y equipos comunitarios de salud mental, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo entre pares y servicios de asistencia para la vida cotidiana.

Dentro del registro de permisos sanitarios de funcionamiento vigentes en el ARS Aguas Zarcas encontramos servicios dirigidos a la atención de la salud mental, siendo el mayor número de ellos espacios para la actividad física, canchas de fútbol, senderismo y algunos servicios de spa. Entre ellos destaca a nivel público únicamente el Centro Cívico por la Paz y el Estadio de Pital, evidenciando la necesidad de habilitar más espacios destinados para estos fines, o bien, fortalecer los espacios existentes para garantizar la disponibilidad de los mismos. Como lo menciona la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 en su Eje ambiental: se hace necesario la recuperación de espacios y áreas verdes. (construcción de parques, áreas recreativas, corredores biológicos), creación de nuevas áreas verdes. Cabría la posibilidad posterior a la construcción del presente documento fundamentar ante el gobierno local la necesidad de implementación de planes orientados a garantizar la creación y recuperación de espacios físicos destinados a la recreación. Además, se contabilizan 21 establecimientos habilitados específicamente en actividades dirigidos a la atención de la salud.

- Servicios que brinden atención de salud mental en los servicios sociales y entornos no sanitarios, como la protección infantil, los servicios de salud escolar y las prisiones. Como referente local y regional se encuentra una ONG llamada Lluvia de Esperanza, dedicada a la atención de personas que padecen cáncer, sobrevivientes o familiares de personas que padecen dicha enfermedad. Entre sus actividades destaca el soporte emocional, apoyo y seguimiento a las personas que atraviesan por el trance que significa dicho diagnóstico.

Dado el enorme déficit de atención de diversas afecciones de salud mental, como la depresión y la ansiedad, los países deben encontrar formas innovadoras de diversificar y ampliar la atención para estas afecciones, por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento psicológico no especializado o de autoayuda digital.

***Principales problemas de salud mental identificados (de acuerdo con el análisis de los indicadores proporcionados e identificados.)***

De acuerdo con la incidencia identificada se analizarán los siguientes indicadores según metodología facilitada por STSM (Secretaría Técnica de Salud Mental): Depresión, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias.

**Suicidio**

Entendido como un problema de salud pública de gran trascendencia. Descuidado al envolver mitos, tabúes y estigmas, sigue siendo un evento que se alimenta del silencio, que deja estelas de tragedia que afecta no solo a quien lo intenta o lo ejecuta, también a las familias y comunidades en las que ocurre. Según datos de OMS La tasa de suicidio ajustada por edad entre los varones es más de tres veces superior a la de las mujeres, situación que se refleja en las cifras del nivel local. En la Región Huetar Norte se reforzó el reporte e información al respecto desde la publicación del Decreto 40881-S en el año 2017, creándose las Instancias Locales para el Abordaje Integral del Riesgo Suicida.

*Cuadro N°28. Casos de intento de suicidio Región Huetar Norte según año y sexo, enero a marzo 2023*

Año	Hombres	Mujeres	Total
<b>2015</b>	20	27	47
<b>2016</b>	15	22	37
<b>2017</b>	19	20	39
<b>2018</b>	18	16	34
<b>2019</b>	56	85	141
<b>2020</b>	42	71	113
<b>2021</b>	31	83	114
<b>2022</b>	37	88	125
<b>2023</b>	12	5	17

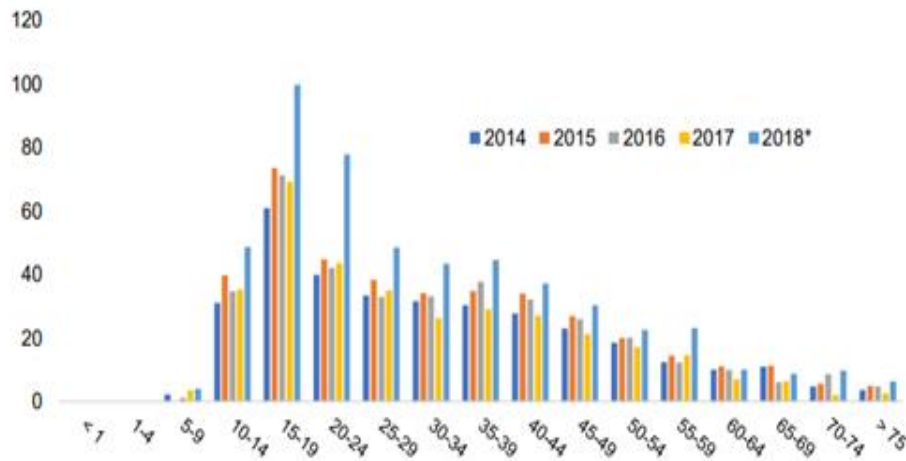
*Fuente:* Unidad Vigilancia de la Salud, Región Huetar Norte; 2015-2023.

Siendo un reflejo de la realidad nacional, la tabla refleja que las personas que más reportan intentos de autoeliminación son del sexo femenino, presentando los varones cifras menores, la estadística compilada desde el Proceso de Vigilancia de la Salud muestra un aumento exponencial a partir del año 2019, lo anterior coincide con el fortalecimiento de las Instancias Locales de Prevención de la Conducta Suicida (ILAIS) que dentro de sus funciones esta la sensibilización en la prevención del suicidio y reporte de eventos relacionados con la temática.

Aunque tradicionalmente las tasas de suicidio han sido más altas entre los hombres en etapa adulta, las tasas de suicidio entre los hombres más jóvenes han aumentado y ahora tienen tasas de suicidio más altas, significando un tercio en países desarrollados o en desarrollo. (ASIS, 2019).

*Cuadro N°28. Incidencia de casos de intento de suicidio notificados según grupo de edad, 2014-2018*

*Tasa por 100.000 hab*



*Fuente:* Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, 2018

El suicidio es un problema complejo que involucra aspectos psicológicos, sociales, biología, cultura y medio ambiente.

Los datos disponibles sugieren firmemente que la prevención y el tratamiento de las afecciones asociadas a los intentos de suicidio siguen siendo escasas por parte del sistema de salud, con respuestas en muchos casos tardías, y en otros muchos las personas abandonan el tratamiento o se alejan de procesos terapéuticos debido al entramado institucional que deben enfrentar. El tratamiento de la depresión, el

alcoholismo y el abuso de sustancias puede reducir el número de suicidios, así como la exposición posterior a intentos de suicidio.

En Costa Rica, la información sobre suicidios recibida del INEC se incluirá en los datos de mortalidad. A la fecha los datos manejados por el ARS Aguas Zarcas son de 50 personas reportadas por medio de boleta de notificación obligatoria VE-01 que han intentado quitarse la vida de alguna forma, teniendo en cuenta el subregistro por caso reportado. Entre el 2020 y el 2022, se registraron 1.750 intentos de suicidio en personas de 15 a 19 años, según datos del Ministerio de Salud. Esta cifra representa el mayor número de casos en este grupo etario, que se enfrenta a diversos factores de riesgo como el estrés, la depresión, el acoso y la violencia. De los 1.750 intentos de suicidio, el 70% (1.240) fueron realizados por mujeres, lo que evidencia una mayor vulnerabilidad de este género ante las situaciones adversas. (Semanario Universidad, 2023).

En este sentido, la información sobre muertes por suicidio durante este período muestra que 2018 fue el año con mayor mortalidad por suicidio, anteriormente lo fueron el 2016 y 2015 respectivamente. pero el comportamiento se mantuvo igual a lo largo de los cinco años.

Los factores que influyen en el comportamiento suicida de los jóvenes son diversos y complejos:

- Los jóvenes se enfrentan a una mayor presión social y a situaciones de acoso escolar que pueden afectar a su autoestima y a su salud mental,
- Tienen dificultades para manejar la frustración y para regular sus emociones,
- Los jóvenes carecen de un apoyo familiar adecuado que les brinde seguridad y confianza,
- Sobre todo, sufren de una falta de vínculos afectivos que les hagan sentir escuchados y comprendidos cuando expresan sus sentimientos a través de conductas suicidas. (Ministerio de Justicia, 2018).

Para lograr una prevención efectiva del suicidio, se requiere de una articulación intersectorial que involucre a las instancias regionales y locales en el diseño e

implementación de políticas públicas. En este sentido, se deben fortalecer los mecanismos de la Normativa anexa al decreto N°40881-S y del decreto N°41287-S, que establecen los lineamientos técnicos y presupuestarios para el desarrollo de iniciativas locales y regionales en materia de salud mental y prevención del suicidio. (Ministerio de Justicia, 2018).

Estas iniciativas deben abordar al menos las siguientes áreas:

- Nivel individual: se debe brindar atención integral y oportuna a las personas que presentan factores de riesgo para el suicidio, tales como: intentos previos, abuso de sustancias ilícitas, baja tolerancia a la frustración, enfermedades mentales, entre otros. Se debe promover el autocuidado, el desarrollo de habilidades para la vida y el acceso a redes de apoyo.

- Nivel familiar: se debe trabajar con las familias para fortalecer los vínculos afectivos, la comunicación, el respeto y la convivencia. Se debe sensibilizar sobre la importancia de detectar y atender las señales de alerta del suicidio, así como brindar acompañamiento a los sobrevivientes. Se debe prevenir y manejar los factores que pueden favorecer el suicidio, como: escaso apoyo familiar, conflictos entre padres e hijos, conflictos con la autoridad, desestructuración familiar, expectativas educativas contrarias entre padres e hijos, pautas de crianza inadecuadas, entre otras.

### **Violencia intrafamiliar**

A nivel nacional, el país cuenta con una política más reciente, La PIEG, PLANOVI, Tareas Rectoras en prevención de la violencia, todas cubren todos los componentes de la atención. Una de las limitaciones es que no hay fondos asignados para implementar y lograr los objetivos de esta política y programa.

El trabajo en red en el cantón de San Carlos generalmente se dirige en dos direcciones de operación, uno dentro de cada institución según su misión principal y, por otra parte, la mejora los servicios de cada instancia gubernamental para la presencia activa y articulada en red.

En la primera dimensión destacan las instituciones, cuya función formalmente material es capturar la violencia y centrarse en ella. El trabajo en red se basa en la cooperación y coordinación de servicios institucionales.

La cooperación es el proceso mediante el cual las organizaciones logran sus objetivos y, por lo tanto, mantienen su autonomía mientras dirigen sus acciones hacia un resultado común.

Este problema de salud fue revisado ampliamente en el documento principal de ASIS, debido a que resultado del análisis con actores sociales fue identificado como uno de los principales problemas de salud locales.

### **Farmacodependencia (enlazado con indicador de Tratamiento por consumo de sustancias)**

Se deriva del análisis de posibles variantes que el consumo de sustancias no es el resultado de una única causa, sino el resultado de un fenómeno multidimensional que debe ser abordado desde varios frentes, recordando siempre que el individuo es un ente activo y no pasivo, y puede cambiar tanto él como ella. Se debe tener en cuenta el entorno y como las sustancias psicoactivas crean problemas y afectan a la sociedad de diversas maneras, y estos problemas y efectos se manifiestan dependiendo de las propiedades de la sustancia psicoactiva.

Si la sustancia en si tiene un potencial de adicción o propiedades farmacológicas, individuos que mayormente la consumen, curso de vida, entorno de consumo, período y periodicidad de uso.

Históricamente el consumo de alcohol es el abanderado de los mayores impactos por efectos directos o indirectos e impacto en la sociedad e individuos

Es importante señalar que las drogas ilegales como la cocaína, el crack y la heroína se consideran dañinas por la mayoría de las personas que participan de la metodología ASIS, no percibiendo de la misma forma en cuanto a impacto a la salud en el caso de las drogas lícitas.

Se enumeran a continuación factores protectores de la salud mental en cuanto al consumo de sustancias, según la revisión realizada:

*A nivel personal:*

- Autoconcepto.
- Planeación y toma de decisiones.
- Manejo de críticas. - Expresión de sentimientos.
- Manejo de presión grupal. - Resolución de conflictos.
- Comunicación asertiva
- Interacción con pares y personas de otro nivel.
- Existencia de un proyecto de vida.
- Tipo de distracciones, participación de actividades deportivas, artísticas. Integración a un grupo juvenil.

*A nivel familiar*

- Relaciones sinceras y afectuosas dentro del sistema familiar.
- Manejo de límites por parte de padres o encargados/as.
- Modelaje de conductas.
- Comunicación asertiva.
- Apoyo en resolución de problemas o necesidades.
- Ambiente de respeto y colaboración.
- Aceptación por parte del grupo familiar.
- Participación de actividades familiares conjuntas

*A nivel comunitario*

- Instituciones u organizaciones presentes en la comunidad que trabajan con adolescentes.
- Actividades recreativas, deportivas, formativas que se programan.
- Divulgación o promoción de estas entidades y actividades entre los/as jóvenes.

- Existencia de zonas de recreación (parques, zonas verdes canchas deportivas, gimnasios).
- Participación y mantenimiento del o la adolescente en el sector educativo.

De acuerdo con el análisis realizado con la comunidad y con expertos este fue uno de los principales problemas de salud mental que presenta el ARS Aguas Zarcas que fue identificado dentro de los problemas principales de salud mental y será revisado dentro del documento principal.

### ***Organización de servicios de salud mental***

Oferta de servicios de salud mental a nivel público (tomar en cuenta los 3 niveles de atención y otras instituciones públicas).

Existe una red sanitaria formada por atención primaria, secundaria y terciaria.

A falta de programas de atención especializada en la comunidad, la atención primaria se brinda en EBAIS con una función primaria de salud mental. Los hospitales psiquiátricos están concentrados en el área metropolitana, lo que complica enormemente el acceso a los servicios.

La mayor cantidad de personas son atendidas de forma ambulatoria en establecimientos donde también faltan recursos para una atención integral y de alta calidad.

Vale la pena señalar que en Costa Rica la mayoría de los psicofármacos están disponibles para toda la población, ya que la cobertura del seguro social es universal por ley. Los profesionales en medicina son las únicas personas habilitadas a prescribir psicofármacos a los/as pacientes.

Si bien existen sistemas adecuados de derivación y contrarreferencia para apoyo de primer nivel, no existen protocolos establecidos para la mayoría de las situaciones clínicas.

Se ofrece formación continua y no programada sobre temas específicos como la salud mental infantil, alcohol, drogas y la depresión a trabajadores de atención primaria, especialistas y otras profesiones, aunque falta la cuantificación y los tipos de profesionales capacitados.

Sin embargo, los trabajadores de atención primaria reciben muy poca formación en salud mental cada año.

el sistema de información de la Caja de Seguro Social de Costa Rica (CCSS) dedicado a las enfermedades mentales necesita ser reformado para brindar un análisis de información de mejor calidad. Pero, además, los datos sobre salud mental no están tan apegados a parámetros internacionales lo que dificulta su análisis y toma de decisiones.

Asimismo, la investigación sobre salud mental en Costa Rica es poco común y principalmente se lleva a cabo en universidades.

**Recursos humanos en salud mental. (psicólogos, trabajadores sociales, Enfermera en Salud mental, médicos psiquiatras, médicos y sus especialidades.)**

En los servicios ofertados desde CCSS para la atención de las comunidades, se contabilizan personal destacado en medicina general, enfermería, auxiliares, asistentes de atención primaria, obstetricia y odontología. Cabe recalcar, que la cantidad de personal con que se cuenta en ambas áreas de salud de CCSS no es suficiente para cubrir a la población. Respecto a la cantidad de profesionales en psiquiatría no se cuentan con datos a nivel local que indiquen la presencia de este servicio o su disponibilidad a la población.

En cuanto a los servicios de atención directa ofrecidos desde psicología a nivel local se cuenta con dos profesionales en esta disciplina, destacados en centros educativos del Ministerio de Educación Pública y de atención prioritaria, uno en el distrito de Pital y otro en Aguas Zarcas, además se suma un profesional de un centro educativo privado. En años anteriores existían consultorios dedicados a la atención

privada, no obstante, al momento de elaboración de este documento no se encuentran en servicio.

En cuanto a los servicios de trabajo social solo se cuentan con los ofrecidos por CCSS, hay una persona destacada en el área de salud Pital y dos en Aguas Zarcas. Desde el ámbito privado no existen datos que puedan sustentar la presencia de profesionales en esta rama de las ciencias sociales. Igualmente, no existe presencia de profesionales dedicados a la enfermería en salud mental desde el servicio regular del seguro social.

En cuanto a los servicios de atención directa ofrecidos desde psicología a nivel local se cuenta con dos profesionales en esta disciplina, destacados en centros educativos del Ministerio de Educación Pública y de atención prioritaria, uno en el distrito de Pital y otro en Aguas Zarcas, además se suma un profesional de un centro educativo privado. En años anteriores existían consultorios dedicados a la atención privada, no obstante, al momento de elaboración de este documento no se encuentran en servicio.

La Región Huetar Norte tiene un hospital regional, que dentro de su personal tiene profesionales citados que dan soporte a las áreas de salud de CCSS de su zona de atracción, pero, como se menciona en líneas anteriores, no es suficiente para la demanda poblacional de la región.

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

Al momento de redacción del presente documento se contabilizan al menos seis consultorios de atención en psicología, estos atienden de forma intermitente y no son la actividad económica principal del/a profesional, poniendo en evidencia que la importancia que le da la población a la salud mental no es la debida, da pie a trabajar para posicionar el valor de la salud mental en la población.

### **Redes comunitarias.**

Dentro de las redes comunitarias presentes se contabilizan grupos organizados de adultos mayores, grupos de mujeres organizadas, organizaciones de base

comunitaria y destaca una sin fines de lucro dedicada a la atención de personas sobrevivientes de cáncer: Lluvia de Esperanza. También se cuentan con grupos juveniles dedicados al cuidado del ambiente que son coordinados por el Consejo de la Persona Joven desde el Centro Cívico por la Paz, se trabaja de la mano con ASADAS para la implementación de acciones a nivel comunitario dirigidos, sobre todo a la promoción de gestión integral de residuos combinado el tema con caminatas de limpieza de calles, campañas de reforestación, jornadas educativas, entre otras acciones.

***Proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción y prevención en salud mental o actividades exitosas dirigidos a la comunidad sobre salud mental (Breve descripción, objetivos y logros).***

Dentro de los proyectos que se han implementado desde el ARS Aguas Zarcas destacan aquellos dirigidos a la promoción de la actividad física y enlazados con el fortalecimiento de habilidades para la vida, lo anterior generalmente en el marco de cumplimiento de planes tal como el Plan Nacional de Actividad Física (2011-2021), Ley 9028 de Control de Tabaco, PENSPA (2010-2018), entre otros, programas o proyectos específicos a nivel regional sufragados con presupuesto de la Ley 9028. Gracias al presupuesto otorgado desde Secretaría Técnica de Salud Mental por medio de la construcción de proyectos regionales desde los cuales se desarrollaron actividades en los tres distritos de atracción teniendo accionar en comunidades, grupos de personas adultas mayores, adolescentes y niñez. Organización de Ferias de la Salud, con mayor énfasis en la zona de Boca Tapada de San Carlos, esto por la dificultad de acceso de la población a servicios de salud, se han realizado al menos una feria anual de forma continua desde hace varios años. Por medio de la articulación de procesos socioeducativos en conjunto con actores sociales como MEP, Fuerza Pública, Municipalidad San Carlos, PANI, entre otros se logra optimizar y maximizar el recurso y generar procesos con mejor alcance.

**Investigaciones en salud mental del último quinquenio (identificadas en su comunidad).**

No se identifican investigaciones en salud mental dentro del área de atracción del ARS Aguas Zarcas.

**Identificación de sistemas de Información en salud mental.**

En los servicios ofertados desde CCSS para la atención de las comunidades, se contabilizan personal destacado en medicina general, enfermería, auxiliares, asistentes de atención primaria, obstetricia y odontología. Cabe recalcar, que la cantidad de personal con que se cuenta en ambas áreas de salud de CCSS no es suficiente para cubrir a la población. Respecto a la cantidad de profesionales en psiquiatría no se cuentan con datos a nivel local que indiquen la presencia de este servicio o su disponibilidad a la población.

En cuanto a los servicios de trabajo social solo se cuentan con los ofrecidos por CCSS, hay una persona destacada en el área de salud Pital y dos en Aguas Zarcas. Desde el ámbito privado no existen datos que puedan sustentar la presencia de profesionales en esta rama de las ciencias sociales. Igualmente, no existe presencia de profesionales dedicados a la enfermería en salud mental desde el servicio regular del seguro social.

La Región Huetar Norte tiene un hospital regional, que dentro de su personal tiene profesionales citados que dan soporte a las áreas de salud de CCSS de su zona de atracción, pero, como se menciona en líneas anteriores, no es suficiente para la demanda poblacional de la región.

Evidentemente la población ha crecido de manera exponencial como se muestra en los cuadros de proyección de población por distrito para el año 2022 según INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) (Instituto Nacional de Estadística y Censo), siendo una necesidad sentida el fortalecimiento de profesionales en los campos de psicología, enfermería en salud mental, trabajo social y reforzar las

disciplinas presentes que deben cubrir las necesidades poblacionales con recursos limitados y carencia de espacios de atención debido a la alta demanda de estos.

***Análisis de los 3 principales problemas identificados en la comunidad desde la perspectiva de los actores sociales estratégicos.***

**Consumo de sustancias (drogadicción)**

Resumen: El consumo de sustancias afecta en todos los ámbitos del bienestar humano: social, biológico, psicológico, cognitivo, emocional, cultural.

La adicción como tal es una consecuencia posible y común del abuso, preocupa el hecho de que generaciones más recientes han normalizado el consumo como parte de la vida cotidiana, tendencia en expansión y que no muestra una diferencia significativa en cuanto a sexo de las personas, sin embargo, los datos arrojan que el comienzo de dicho consumo es a edades tempranas, lo anterior preocupa debido a que el desarrollo cognitivo puede interrumpirse o alterarse por el consumo y abusos de ciertas sustancias, unido a toda la problemática social que puede envolver el consumo y es motivo de preocupación.

Los elementos involucrados en el consumo podrían dividirse en varias categorías que cambian diariamente: la sustancia misma, la situación del consumidor y condiciones ambientales. Las sustancias actúan aumentando o disminuyendo el flujo de determinados neurotransmisores, modificando y alterando sus funciones fisiológicas, las mismas pueden ser depresores, estimulantes, alucinógenos o tener efectos mixtos.

Este rubro al ser parte de los problemas principales identificados por la comunidad y analizados en conjunto con los expertos según metodología ASIS, por lo cual se desarrolla en el apartado superior a esta sección.

## **Violencia intrafamiliar**

Resumen: La violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas o exparejas tiene graves consecuencias para su salud física y mental. Entre los efectos más comunes se encuentran las lesiones de diversa gravedad, que afectan al 42% de las mujeres que han sufrido este tipo de violencia. Además, la violencia de pareja puede provocar embarazos no planificados, abortos inducidos, complicaciones obstétricas y ginecológicas, e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Según un estudio reciente realizado por la OMS, las mujeres que han padecido violencia de pareja tienen un 16% más de riesgo de perder el embarazo y un 41% más de riesgo de dar a luz antes de tiempo. (OMS, 2021).

Durante el 2023 a través de la Boleta VE-01, dentro del registro que se maneja en el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas se contabilizan 409 notificaciones que refieren alguna situación relacionada con violencia intrafamiliar, a la semana a la semana epidemiológica 46. Presentándose la mayor cantidad de casos es el distrito de Pital con 187 casos siguiendo el Aguas Zarcas con 175 y finalizando con Venecia que ha reportado 48 casos de violencia.

Este rubro es parte de los problemas principales identificados por la comunidad y analizados en conjunto con los expertos según metodología ASIS, se desarrollará en el apartado superior a esta sección.

## **Trastornos mentales**

Resumen: Existe una mayor tendencia de las personas a padecer de ciertos trastornos mentales, los trastornos depresivos, en particular el trastorno depresivo mayor, y la dependencia del alcohol. En el contexto de la Encuesta Mundial de Salud Mental (2003), alrededor del 17% de los encuestados declararon tener antecedentes de un episodio depresivo mayor en su vida, y el 10% lo experimentó en el último año. Casi el 14% de las personas declararon tener antecedentes de dependencia del alcohol, y más del 7% continuaron con esa dependencia en los 12 meses anteriores a la entrevista. Tras éstos, otros trastornos frecuentes son las fobias sociales y las fobias simples. Campo et al (2004).

Es importante recordar que buscar ayuda para estos trastornos es crucial y suele implicar una combinación de medicación, terapia y cambios en el estilo de vida. A pesar de su prevalencia, las enfermedades mentales a veces se malinterpretan o estigmatizan, lo que puede suponer un obstáculo para que las personas busquen tratamiento. Por lo tanto, es fundamental fomentar un entorno en el que las enfermedades mentales puedan debatirse y tratarse abiertamente, igual que ocurre con las enfermedades físicas.

Algunas conclusiones clave de estudios realizados en países latinoamericanos sobre la comorbilidad en salud mental. Se indica que una de cada dos personas con algún trastorno mental a lo largo de la vida tiene también dos o más trastornos comórbidos. Esto significa que la comorbilidad, o la presencia simultánea de dos o más trastornos de salud en un paciente, es un fenómeno común en la epidemiología psiquiátrica. Campo et al (2004).

Este rubro al ser parte de los problemas principales identificados por la comunidad y analizados en conjunto con los expertos según metodología ASIS, por lo cual se desarrolla en el apartado correspondiente.

### ***Selección de los indicadores***

#### **Indicadores de servicios en salud mental**

Este apartado se desarrolla a partir de datos disponibles en INEC y en base de reporte de boletas VE-01 del año 2022, siendo el más reciente y cercano a la realidad del ARS Aguas Zarcas. Para tal caso se presentan las tablas obtenidas a partir de la consulta de la página oficial de INEC.

Cuadro N°29. Población masculina proyectada por distrito, edad y sexo  
Área Rectora Aguas Zarcas, 2022

EDAD QUINQUENAL	AGUAS ZARCAS	VENECIA	PITAL	TOTAL
0 - 4	1106	511	1090	2707
5 - 9	1141	526	1125	2792
10 - 14	1141	531	1153	2825
15 - 19	1110	498	1167	2775
20 - 24	1210	533	1207	2950
25 - 29	1311	576	1351	3238
30 - 34	1257	581	1201	3039
35 - 39	1025	483	983	2491
40 - 44	827	392	773	1992
45 - 49	681	325	618	1624
50 - 54	617	298	540	1455
55 - 59	572	277	511	1360
60 - 64	474	228	424	1126
65 - 69	372	177	322	871
70 - 74	242	116	209	567
75 Y MÁS	312	147	267	726
<b>TOTAL</b>	<b>13398</b>	<b>6199</b>	<b>12941</b>	<b>32538</b>

Fuente: services.Inec.Go.Cr/proyeccionpoblacion/frmproyec.Aspx

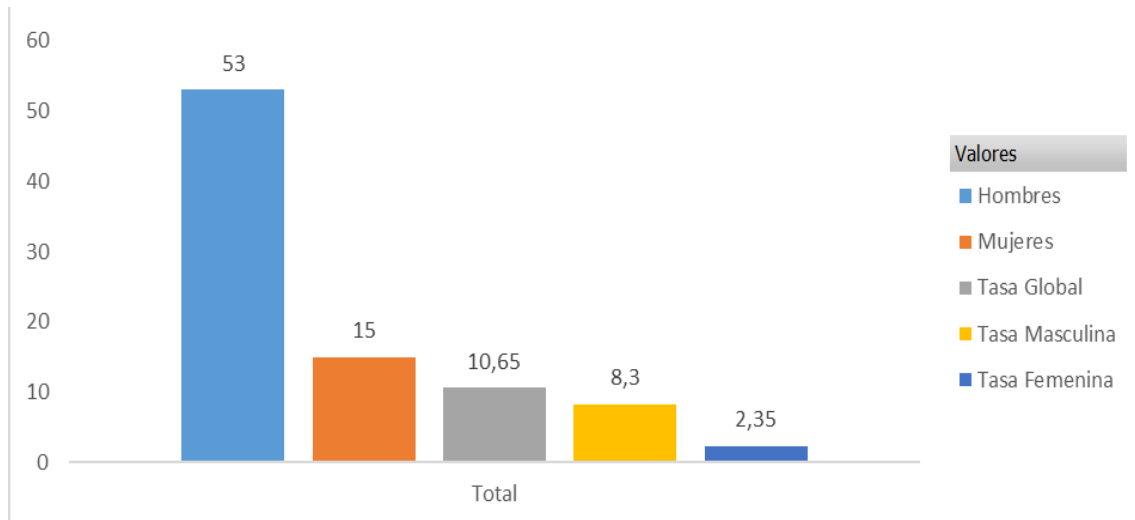
Cuadro N°30. Población femenina proyectada por distrito, edad y sexo  
Área Rectora Aguas Zarcas, 2022

EDAD QUINQUENAL	AGUAS ZARCAS	VENECIA	PITAL	TOTAL
0 - 4	1039	482	1029	2550
5 - 9	1047	478	1055	2580
10 - 14	1087	496	1092	2675
15 - 19	1109	492	1148	2749
20 - 24	1194	534	1181	2909
25 - 29	1214	539	1229	2982
30 - 34	1104	509	1044	2657
35 - 39	959	456	894	2309
40 - 44	820	386	775	1981
45 - 49	720	342	651	1713
50 - 54	661	320	584	1565
55 - 59	569	273	517	1359
60 - 64	458	218	413	1089
65 - 69	350	166	307	823
70 - 74	241	119	211	571
75 y más	335	163	288	786
<b>Total</b>	<b>12907</b>	<b>5973</b>	<b>12418</b>	<b>31298</b>

Fuente: [services.Inec.Go.Cr/proyeccionpoblacion/frmproyec.AspX](http://services.Inec.Go.Cr/proyeccionpoblacion/frmproyec.AspX)

Como se visualiza en el gráfico la población que padece algún tipo de trastorno mental es la masculina, esto lo podríamos asociar con otros problemas sociales como la patología dual, alienación social, dificultades en los hogares para dar contención a aquellos miembros que necesitan un apoyo extra dada su condición de salud mental. Igualmente, la cifra de los varones está más cerca de la media local que el rubro femenino. Cabe recalcar que estos datos son recabados en un momento álgido de la atención de la salud de la población dado que durante el año 2022 el fuerte de los servicios de salud estuvo enfocado a la atención de la pandemia provocado por el Covid-19. Se decide realizar el cálculo por cada 10000 habitantes por recomendación de enlace de Vigilancia de la salud, de esta forma las cifras arrojadas se ajustarán más a la realidad local.

**Gráfico N°6. Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.**  
(x cada 100.000 hab)

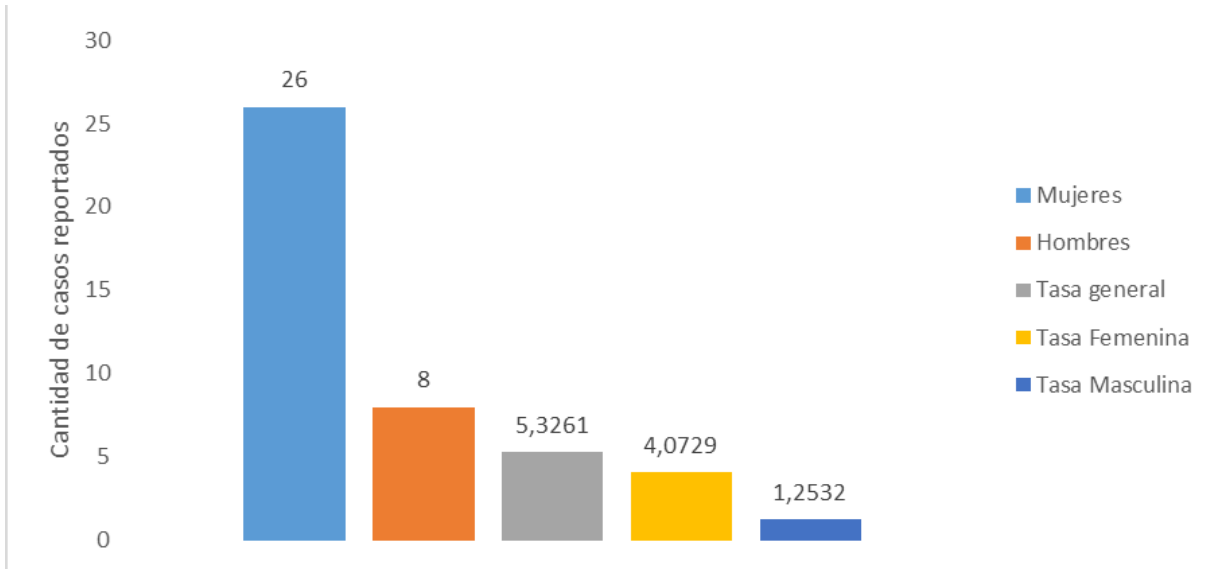


*Fuente:* Instrumento, Secretaría Técnica de Salud Mental. Construido por ARSAZ

Al igual que en el apartado de violencia la figura nos muestra una mayor cantidad de población femenina reportada depresión, lo anterior puede deberse a una cuestión de socialización, debido a que a las mujeres se les permite más expresar sentimientos de acusada tristeza, se repite las cercanías en las tasas de la población femenina y la media global. Traduciendo el grafico a las necesidades que pudieran presentarse en las comunidades, se evidencia la necesidad de apertura de espacios comunitarios que promuevan la expresión sana de sentimientos y emociones, lo anterior en concordancia con políticas nacionales que buscan fomentar nuevas formas de relacionarse y mejoras en las interacciones entre hombre y mujeres. El cruce de datos con los reportes de intentos suicidas se evidencia que la población femenina acude más a los servicios de salud, dando mayor cantidad posiblemente de señales de alerta que los varones.

Gráfico N°7. Tasa de Depresión

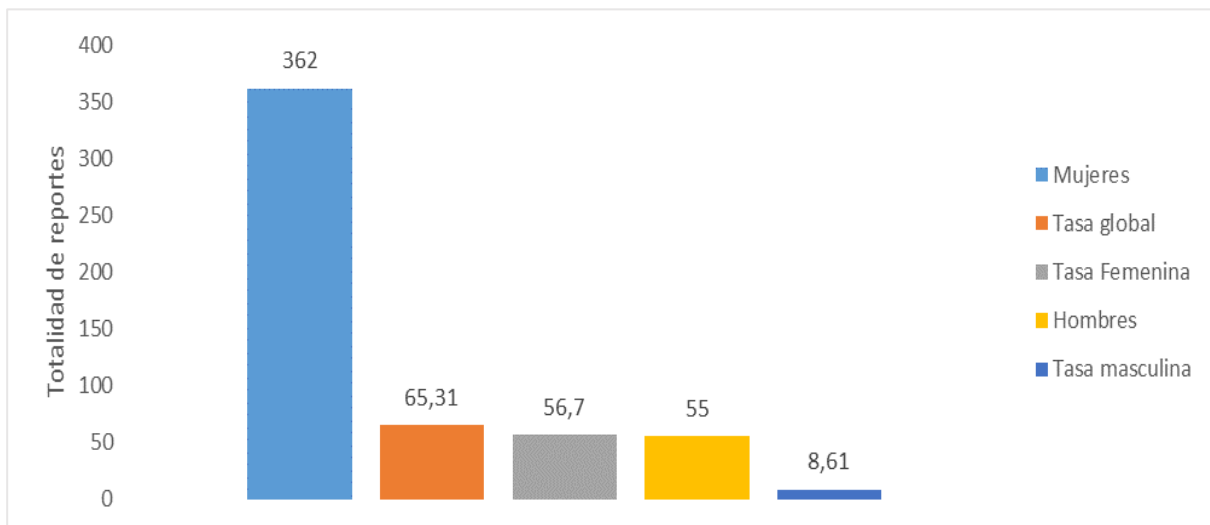
(x cada 100.000 hab)



Fuente: Instrumento, Secretaría Técnica de Salud Mental. Construido por ARSAZ

Gráfico N°8. Tasa de Violencia

(x cada 100.000 hab)



Fuente: Instrumento, Secretaría Técnica de Salud Mental. Construido por ARSAZ

Como un reflejo de la estadística nacional y reafirmando lo recabado en la teoría, el grafico nos muestra una mayor tendencia de violencia hacia la mujer, la cual es reportada por diferentes instancias, la tasa de incidencia de las mujeres es casi igual a la tasa global, y el número de casos representa una cifra importante de personas atendidas, esta cifra es de suma importancia para la toma de decisiones y asignación de recursos, el mismo deberá ser consultado y plasmado al momento de construir las líneas de acción locales en salud.

## Referencias bibliográficas

Acosta Batista, C., & Mullings Pérez, R. (2015). Caracterización de malformaciones congénitas en recién nacidos vivos. *Medisur*, 13(3), 375-382.

Acosta, S. R., & Trillas, F. (2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Universidad autónoma de Barcelona*, 27-28.

Alonso, C. F. (2009). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA, 583-590.

Anzules, Í. D. C. P., & Castro, D. W. M. (2022). Contaminación ambiental. *Recimundo*, 6(2), 93-103.

APA, Asociación Americana de Psicología (2010), Salud mental/corporal: La obesidad (apa.org), fecha de consulta: 10 de octubre de 2023.

Arévalo, M. T. V. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento psicológico*, 3(8), 31-45.

Armijos, G. M., & Costa, S. C. (2017). Repercusiones de la violencia intrafamiliar como factor de riesgo en el rendimiento académico. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 2(7), 23-29.

Armijos, G. M., & Costa, S. C. (2017). Repercusiones de la violencia intrafamiliar como factor de riesgo en el rendimiento académico. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 2(7), 23-29.

Bangdiwala, S. I., & Anzola Pérez, E. (1987). Accidentes de tránsito: problema de salud en países en desarrollo de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 103 (2), ago. 1987.

Barboza-Argüello, M. D. L. P., & Umaña-Solís, L. M. (2008). Análisis de diez años de registro de malformaciones congénitas en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 50(4), 221-229.

Barrios, E., & Garau, M. (2017, July). Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 4, No. 1, pp. 7-161). Universidad de la República. Facultad de Medicina.

Barrios, V., Rodríguez, C., & Sánchez, R. (2013). Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Barranquilla, enero de 2012-mayo de 2013. *Biociencias*, 8(1), 45-52.

Basto, P., & Yomaira, A. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(4).

Berrocal Narváez, N. E., Ocampo Rivero, M., & Herrera Guerra, E. (2018). Determinantes sociales en el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en 2016. *Enfermería: cuidados humanizados*, 7(2), 12-35.

Campo-Arias, A., & Cassiani Miranda, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(4), 598-613.

Canals, A., Cavada, G., & Nazer, J. (2014). Factores de riesgo de ocurrencia y gravedad de malformaciones congénitas. *Revista médica de Chile*, 142(11), 1431-1439.

Clínica Mayo (2021) Salud mental: qué es normal y qué no - Mayo Clinic, fecha de consulta: 20 de noviembre de 2023.

Cortés Fuentes, L., Alvis Estrada, L., & Alvis Guzmán, N. (2016). Mortalidad por enfermedades cardiovasculares y su impacto económico en Colombia, 2000-2010. *Revista Salud Uninorte*, 32(2), 208-217.

Couto Núñez, D., Nápoles Méndez, D., & Montes de Oca Santiago, P. (2014). Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *Medisan*, 18(6), 841-847.

Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J. (2018). SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1).

Cuervo, E. (2016) [Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación \(scielo.org.mx\)](#), fecha de consulta: 20 de noviembre de 2023

Díaz, C. y Barra, E. (2017). Resiliencia y satisfacción laboral en profesores de colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Machalí. *Estudios Pedagógicos*, 43(1), 75-86.

Díaz-Martínez, A., & Esteban-Jiménez, R. (2003). I. Violencia intrafamiliar. *Gaceta médica de México*, 139(4), 353-355.

Díaz-Martínez, A., & Esteban-Jiménez, R. (2003). I. Violencia intrafamiliar. *Gaceta médica de México*, 139(4), 353-355.

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública de México*, 57(2), 180-186.

Fernández González, E. M., & Figueroa Oliva, D. A. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 225-235.

Fuentes Reverón, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 272-286.

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., del Riego, A., & Ventura, E. (2023). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e94.

IAFA, (2020) [Violencia y consumo de sustancias psicoactivas - IAFA - Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia](#), fecha de consulta: 22 de noviembre de 2023

INDER (2015), Caracterizacion-San-Carlos-Penas-Blancas-Rio-Cuarto.pdf (inder.go.cr), fecha de consulta: 10 de octubre de 2023.

INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011) Censo 2011 | INEC, fecha de consulta: 14 de noviembre de 2023.

Izurieta-Monar, A. (2019). Causas y consecuencias del sedentarismo. *Más Vita*, 1(2), 26-31.

Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77.

Jaramillo-Moreno, R. A., & Cuevas Ramírez, C. A. (2020). Panorama científico de la relación entre la violencia intrafamiliar y de género y la resiliencia familiar: posibilidades, retos y límites. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(1), 113-130.

Jaramillo-Moreno, R. A., & Cuevas Ramírez, C. A. (2020). Panorama científico de la relación entre la violencia intrafamiliar y de género y la resiliencia familiar: posibilidades, retos y límites. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(1), 113-130.

Jiménez, A. M. (1982). La contaminación ambiental. *Tecnología en Marcha*, 5(1), 9-15.

Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. D., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., ... & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240.

León, T., Grez, M., Prato, J. A., Torres, R., & Ruiz, S. (2014). Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. *Revista médica de Chile*, 142(8), 1014-1022.

León, T., Grez, M., Prato, J. A., Torres, R., & Ruiz, S. (2014). Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. *Revista médica de Chile*, 142(8), 1014-1022.

Loinaz, I., Echeburúa, E., & Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología conductual*, 19(2), 421.

López López, M. J., Santín Vilariño, C., Torrico Linares, E., & Rodríguez González, J. M. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13 (1), 5-17.

Málaga, H. (2010). Medidas y estrategias para la prevención y control de los accidentes de tránsito: experiencia peruana por niveles de prevención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27, 231-236.

Méndez, A. M. C., Milian, O. D. L. C. A., Guerra, J. F., Martínez, Y. P., Kochetkova, A. D., & Clemades, E. A. K. (2019). Factores de riesgo perinatales en la sepsis neonatal. Estudio de tres años. *Acta médica del centro*, 13(1), 20-29.

Meneses-García, A., Ruiz-Godoy, L. M., Beltrán-Ortega, A., Sánchez-Cervantes, F., Tapia-Conyer, R., & Mohar, A. (2012). Principales neoplasias malignas en México y su distribución geográfica (1993-2002). *Revista de investigación clínica*, 64(4), 322-329.

Ministerio de Justicia (2018), PowerPoint Presentation (mj.go.cr), fecha de consulta: 20 de noviembre de 2023.

Ministerio de Salud, (2022) Boletín Epidemiológico N° 8 de 2022 Semana epidemiológica 9 Dirección de Vigilancia de la Salud - [file \(ministeriodesalud.go.cr\)](file:ministeriodesalud.go.cr), fecha de consulta: 20 de noviembre de 2023

Ministerio de Salud, ASIS, Análisis de la Situación Integral en Salud (2019), Análisis Integral de Situación de Salud. Costa Rica 2019.pdf (binasss.sa.cr), fecha de consulta: 20 de noviembre de 2023.

Munzel, T., Hahad, O., Sørensen, M., Lelieveld, J., Duerr, GD, Nieuwenhuijsen, M. y Daiber, A. (2022). Factores de riesgo ambientales y enfermedades cardiovasculares: una revisión integral de expertos. *Cardiovasc Res*, 118 (14), 2880-2902.

Muñoz Astudillo, M. N., Gallego Cortés, C., Wartski Patiño, C. I., & Álvarez Sierra, L. E. (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de enfermería*, 21(3), 136-140.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2022), Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos (who.int), fecha de consulta: 10 de octubre de 2023.

OMS, Organización Mundial de la Salud, (2022), <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un,la%20mejora%20de%20su%20comunidad>. fecha de consulta: 09 de noviembre de 2023.

Organización Mundial de la Salud (OMS). La Salud en el trabajo. (28 de septiembre de 2022). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. (17 de junio de 2022). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud, (2021) [Violencia contra la mujer \(who.int\)](#), fecha de consulta: 23 de noviembre

Organización Panamericana de la Salud (OPS). “No hay salud sin salud mental”. (8 octubre del 2020). Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental#:~:text=La%20mala%20salud%20mental%20se,violaciones%20de%20los%20derechos%20humanos>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención del suicidio. (s.f.). Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Organización Panamericana de la Salud, (SF) [Prevención de la violencia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#), fecha de consulta: 20 de noviembre de 2023

Pasca, A. J., & Pasca, L. (2011). Transición nutricional, demográfica y epidemiológica: Determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares. *Insuficiencia cardíaca*, 6(1), 27-29.

Peralta, F. D. A., Ríos, E. G., Asmat, C. C., Figueroa, A. L., Espinola-Sánchez, M., Vela, A. R., ... & Reyes, M. (2019). Factores asociados a malformaciones congénitas. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 8(4), 30-40.

PLANOVI, Instituto Nacional de las Mujeres. (2017) [dd15b736-fe18-42a9-96a1-319083334992 \(inamu.go.cr\)](#), fecha de consulta: 20 de noviembre de 2023

PLANOVI, Instituto Nacional de las Mujeres. (2017) dd15b736-fe18-42a9-96a1-319083334992 (inamu.go.cr), fecha de consulta: 09 de noviembre de 2023.

Política Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud (2012), [politicasaludmental.pdf \(bvs.sa.cr\)](#), fecha de consulta: 09 de noviembre de 2023.

Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres 2018-2030 (PIEG) / Instituto Nacional de las Mujeres (2018) - [f8333d70-df04-417e-bbe9-c48c412a3cfb \(inamu.go.cr\)](#), fecha de consulta: 17 de noviembre de 2023

Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Biller, J., Coffey, C. S., Hoh, B. L., Jauch, E. C., ... & Yavagal, D. R. (2015). 2015 American Heart Association/American Stroke Association focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 46(10), 3020-3035.

Ramírez Muñoz, J. E. (2013). Accidentes de tránsito terrestre. *Medicina Legal de Costa Rica*, 30(2), 78-85.

Ramírez, R. F. D., de la Cruz, A. G., Verduzco, E. K. O., Esqueda, J. G. M., & Luciano, G. S. F. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124.

Restrepo-Escobar, S. M., & Sepúlveda Cardona, E. A. (2021). Campañas educativas y de prevención. Una revisión sobre el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios de Colombia. *Interdisciplinaria*, 38(2), 199-208.

Robaina Castellanos GR. Asociación entre factores perinatales y neonatales de riesgo y parálisis cerebral. *Rev Cubana Pediatr.* 2010. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312010000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312010000200008)

Rodríguez, V., Bustamante, L., & Magdalena, M. (2011). La protección del medio ambiente y la salud, un desafío.

Rojas, A., Ojeda, M. E., & Barraza, X. (2000). Malformaciones congénitas y exposición a pesticidas. *Revista médica de Chile*, 128(4), 399-404.

Ruepert, C., Castillo, L. E., Bravo, V., & Fallas, J. (2005). Vulnerabilidad de las aguas subterráneas a la contaminación por plaguicidas en Costa Rica. Instituto Regional de Estudios en Toxicología (IRET), Universidad Nacional, Costa Rica.

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.

Semanario Universidad (2023), Intentos de suicidio crecieron 62% en 2020-2022 y siguen en aumento • Semanario Universidad, fecha de consulta: 22 de noviembre de 2023.

Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.

UCR, Universidad de Costa Rica (2018), *Salud mental: entre lo genético y lo social* (ucr.ac.cr), fecha de consulta: 10 de octubre de 2023.

UNA, Universidad Nacional (2022), *UNA Comunica - La afectación de la salud mental está en el centro de la vida cotidiana*, fecha de consulta: 08 de noviembre de 2023.

Valencia, A., Suárez Castaño, R., Sánchez, A., Cardozo, E., Bonilla, M., & Buitrago, C. (2009). Gestión de la contaminación ambiental: cuestión de corresponsabilidad. *Revista de ingeniería*, (30), 90-99.

Vargas Marcos, F. (2005). La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Revista española de salud pública*, 79, 117-127.

Vargas Sanabria, M., & Solano Calderón, L. (2008). Accidentes de tránsito fatales en Costa Rica en el 2007. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2), 07-24.

Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130.

Vázquez Pedrouzo, R. A. (2004). Causas de los accidentes de tránsito desde una visión de la medicina social. El binomio alcohol-tránsito. *Revista Médica del Uruguay*, 20(3), 178-186.

Velázquez Quintana, N. I., Masud Yunes Zárraga, J. L., & Ávila Reyes, R. (2004). Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 61(1), 73-86.

Villalobos-Parra, L., & Hernández-Gómez, R. (2008). Accidentes de tránsito. *Acta Pediátrica Costarricense*, 20(1), 5-7.

## Anexos

### Anexo 1. Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS

Categoría del Actor	Nombre actor social	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
			1. No vinculada	1. En contra	1. Ningún interés	1. Poca	
			2. Facilitadora	2. Indiferente	2. Moderado interés	2. Media	
			3. Cooperadora	3. A favor	3. Mucho interés	3. Alta	
Actor del sector salud	Andrea García Quesada	ASADA Garabito	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	Glenda Moran Lumbi	Pastora Iglesia Barrio El Jardín Pital	3	3	3	3	12
Actor del sector salud	Marielos Corella Blanco	Área de Salud Aguas Zarcas/Fundación Lluvia de Esperanza	3	3	3	3	12
Actor del sector salud	Gerardo Carpio Acuña	ASADA Las Delicias	3	3	3	3	12
Actor del sector salud	Rodolfo Sancho Berrocal	ASADA Veracruz	3	3	3	3	12
ONG o Fundación	Celia Olivares Fuentes	Pastoral Social Aguas Zarcas	3	2	3	3	11
Actor del sector público no vincula a salud	Manuel Rodríguez Marín	ADI Pital	3	3	3	2	11
Actor del sector público no vincula a salud	Alexis Barrantes Rojas	ADI Aguas Zarcas	3	3	2	3	11

Actor del sector público no vincula a salud	Karla Céspedes Castillo	ADI Saíno	3	3	3	2	11
Actor Municipal	Leticia Campos Guzmán	Síndico Aguas Zarcas	3	3	2	3	11
Actor del sector salud	Xinia Cambrero Benavides	ASADA Garabito	3	3	2	3	11
Actor de la comunidad	Senia Salas Aguilar	Líder comunal Aguas Zarcas	3	3	3	2	11
Actor del sector salud	Zoraida Pérez Acuña	Comisión de Emergencias Venecia	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Heylin Segura Araya	Iglesia Barrio El Jardín Pital	3	3	2	2	10
Actor del sector salud	Marcela Barboza	ASADA Venecia	3	3	2	2	10
ONG o Fundación	Arlluris Rosales Angulo	Adulto Mayor Cerro Cortés	3	3	2	2	10
ONG o Fundación	Juanita Aguilar Antillón	Adulto Mayor Venecia	2	3	3	2	10
Actor del sector público no vincula a salud	Yamileth Salm Angulo	ADI Boca Tapada	3	3	2	2	10
ONG o Fundación	Grace Vargas Lizano	Unión Zonal de Asociaciones Pital	2	3	2	3	10
Actor del sector salud	Álvaro Ramos Cubero	ASADA Garabito	3	3	2	2	10
Actor del sector público no vincula a salud	Lorena Morales Lázaro	Bibliotecaria del Centro Cívico	2	3	2	2	9
Actor del sector público no vincula a salud	Randall Murillo Vega	Conserje Centro Cívico	2	3	2	2	9
Actor del sector salud	Margarita Alvarado	ASADA Veracruz	2	3	2	2	9
ONG o Fundación	Erlinda Soto Rodríguez	Centro Diurno Adulto Mayor Buenos Aires	3	2	2	2	9
Actor del sector salud	Andrea Zumbado Mora	Cruz Roja Aguas Zarcas	3	2	2	2	9

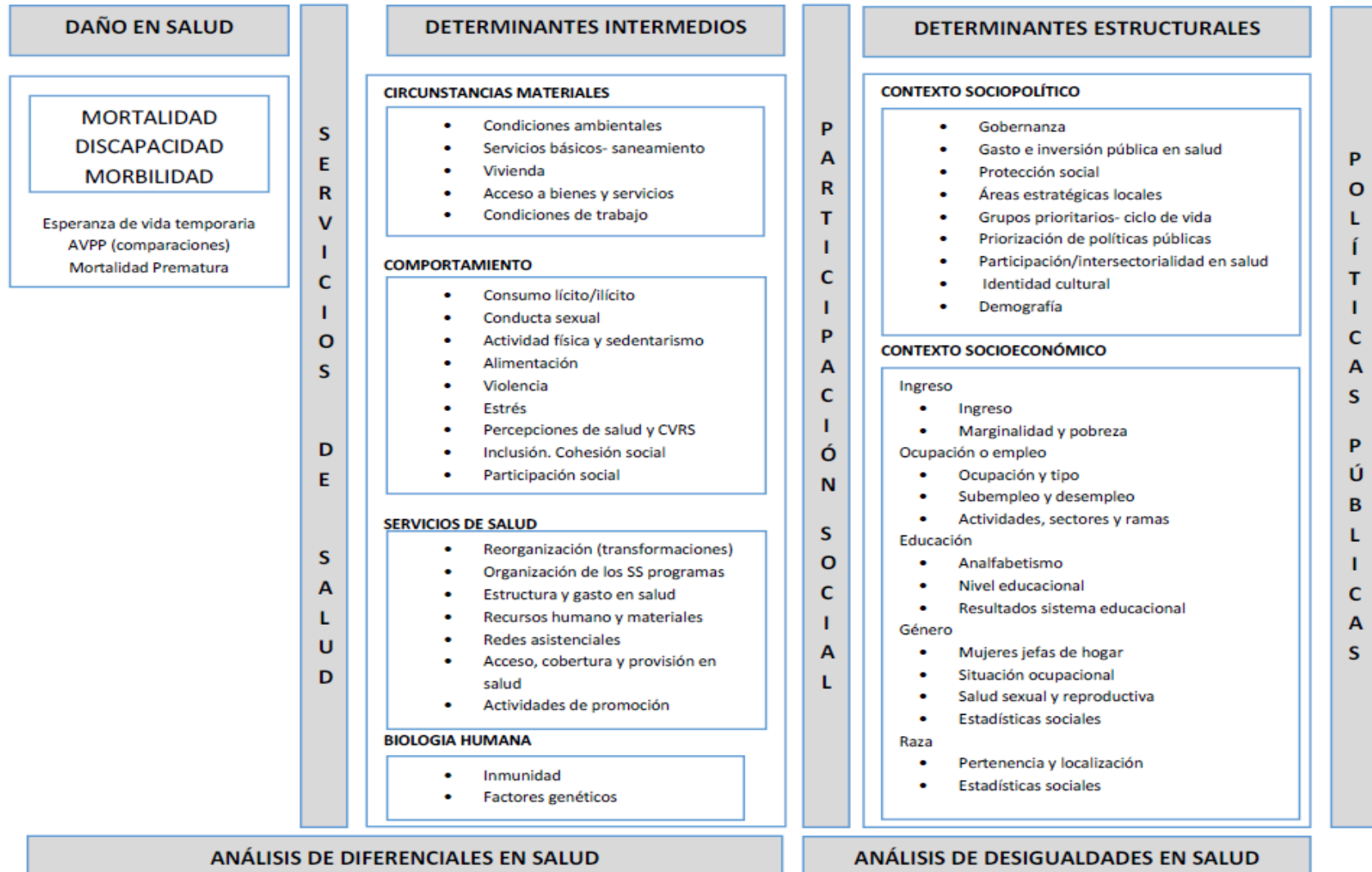
Actor del sector salud	Nerwin Nájera Zamora	ASADA Pital	2	3	2	2	9
Actor del sector público no vincula a salud	Elvida Mongrillo	ADI Boca Tapada	2	3	2	2	9
Actor de la comunidad	Anselma Mendoza Rivas	Líder comunal Santa Rita	3	2	2	2	9
Actor del sector público no vincula a salud	Juan Solís Corrales	ADI Santa Elena	2	3	2	2	9
ONG o Fundación	Ania Arrieta Rodríguez	Centro Diurno Adulto Mayor Buenos Aires	2	2	2	2	8
Actor de la comunidad	Claribeth Jara Quesada	ADI Cerro Cortés	2	2	2	2	8

**Anexo 2. Valoración de problemas de salud por participante****Puntaje total de la valorización de los problemas en la comunidad**

#	Problema de Salud	Puntaje del participante															Total
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	
1	Consumo de sustancias (drogadicción)	11	10	12	11	12	10	13	11	12	13	10	13	12	12	12	174
2	Pérdida de valores y desintegración familiar (uso de tecnología)	11	9	10	11	11	9	13	11	11	13	9	13	10	11	10	162
3	Contaminación ambiental (agroquímicos)	13	13	13	13	10	13	13	13	10	13	13	13	13	10	13	186
4	Inaccesibilidad servicios de salud	7	13	12	7	15	13	15	7	15	15	13	15	12	15	12	186
5	Violencia intrafamiliar	9	11	11	9	12	11	13	9	12	13	11	13	11	12	11	168
6	Inseguridad ciudadana	11	9	12	11	9	9	13	11	9	13	9	13	12	9	12	162
7	Adultos mayores sin pensión o en abandono	7	8	11	7	8	8	13	7	8	13	8	13	11	8	11	141
8	Trastornos mentales	10	9	10	10	13	9	13	10	13	13	9	13	10	13	10	165
9	Cáncer	11	9	13	11	11	9	13	11	11	13	9	13	13	11	13	171
10	Desempleo	6	10	10	6	7	10	10	6	7	10	10	10	10	7	10	129

#	Problemas priorizados	Puntos totales
1	Contaminación ambiental (agroquímicos)	186
2	Inaccesibilidad servicios de salud	186
3	Consumo de sustancias (drogadicción)	174
4	Violencia intrafamiliar	171
5	Cáncer	168
6	Trastornos mentales	165

**Anexo 3. Modelo teórico-metodológico para el análisis de situación de salud según Determinantes Sociales. INHEM, 2017**



**Anexo 4. Determinantes Sociales de la Salud**

DETERMINANTES ESTRUCTURALES
<p><b>Contexto sociopolítico</b></p> <p>Gobernanza                      Gasto e inversión pública en salud                      Protección social                      Áreas estratégicas locales                      Grupos prioritarios                      Priorización de política pública                      Participación intersectorial en salud                      Identidad cultural                      Demografía</p>
<p><b>Contexto socioeconómico</b></p> <p>Ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso</li> <li>• Marginalidad y pobreza</li> </ul> <p>Educación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabetismo</li> <li>• Nivel educativo</li> <li>• Resultados del sistema educacional</li> </ul> <p>Género</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres jefas de hogar</li> <li>• Situación ocupacional</li> <li>• Salud sexual y reproductiva</li> <li>• Estadísticas sociales</li> </ul> <p>Etnia*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertinencia y localización</li> <li>• Estadísticas sociales</li> </ul>

**DETERMINANTES INTERMEDIOS****Circunstancias materiales de vida**

- Caracterización higiénico-sanitaria de la localidad.
- Condiciones ambientales. Servicios básicos y de saneamiento.
- Calidad y cobertura del agua.
- Proporción de hogares en mal estado y con hacinamiento (interno o por colindancia).
- Proporción de hogares con peligros de derrumbe, inseguros e insalubres.
- Condiciones de trabajo. Principales Centros Laborales con Riesgo según tipo
- Estructura Familiar. Tamaño Promedio de las Familias. Caracterización. Causas de
- Disfuncionalidad.
- Situación Laboral. Ocupación. Tipos más frecuentes. Subempleo y Desempleo
- Acceso a bienes y servicios

**Comportamiento**

- Consumo licito e ilícito
- Conducta sexual
- Actividad física, sedentarismo
- Alimentación
- Violencia
- Estrés
- Percepciones de salud y calidad de vida relacionada a la Salud (CVRS)
- Inclusión /Cohesión social
- Participación social

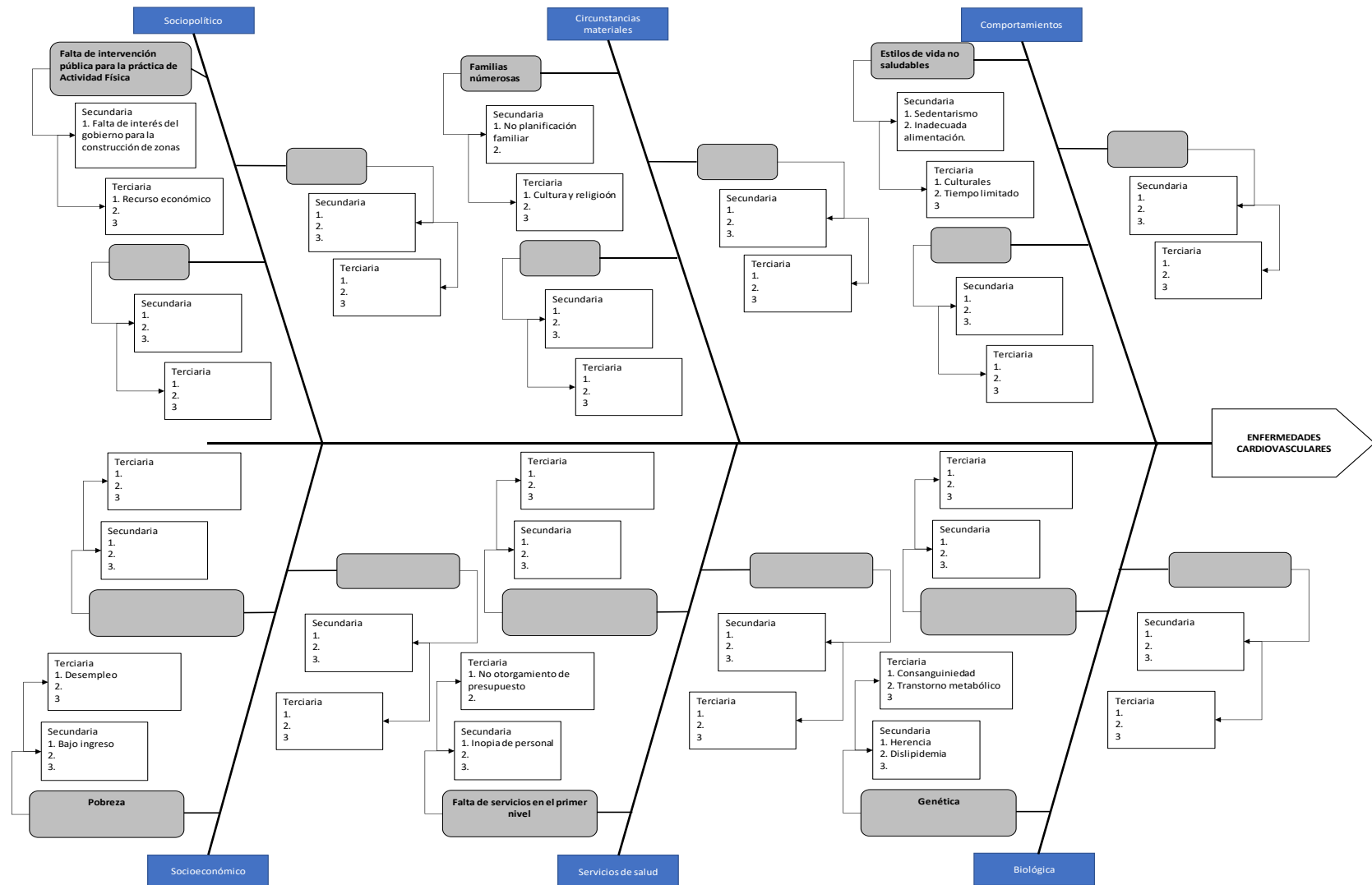
**Servicios de Salud**

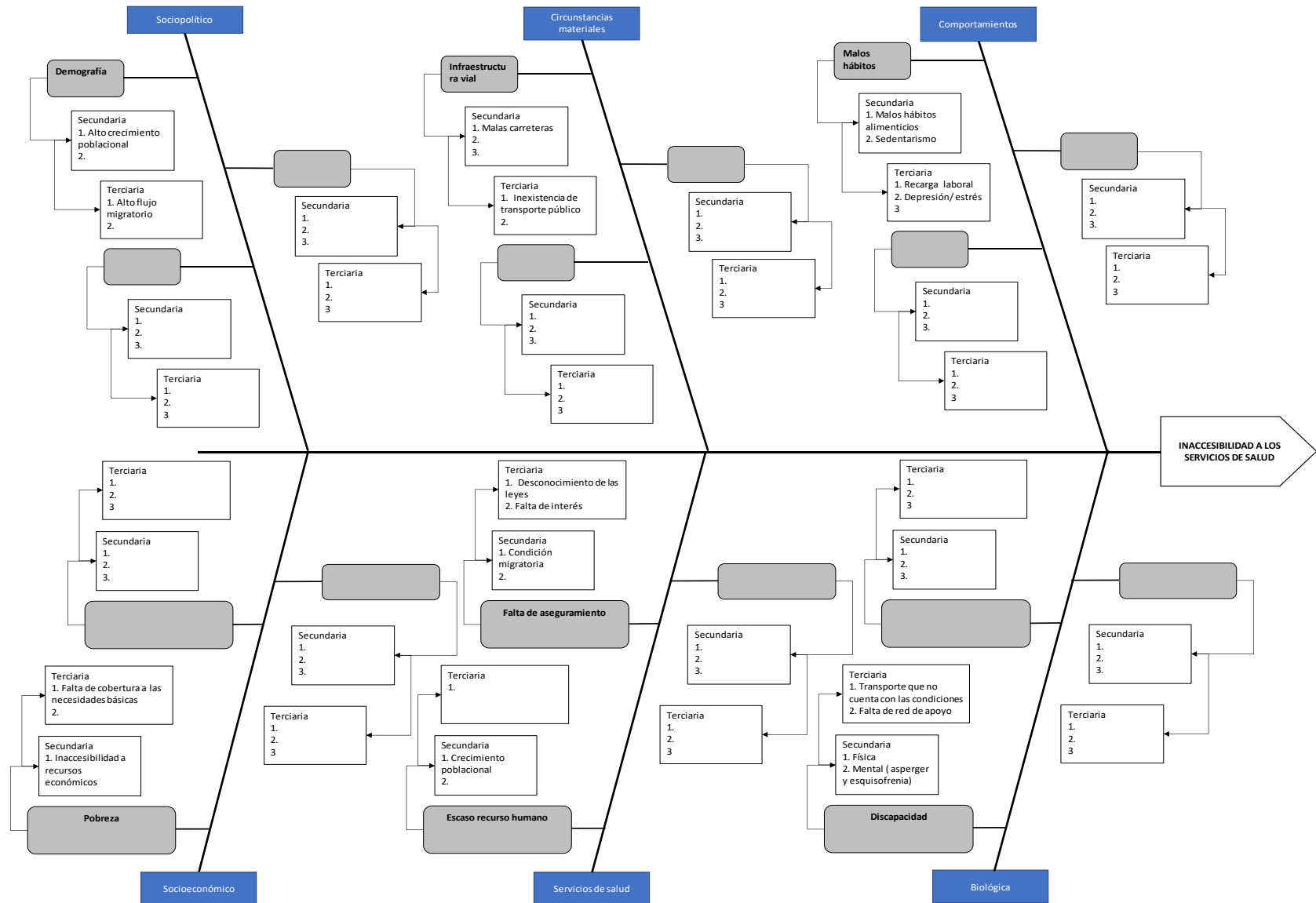
- Reorganización y Compactación de los servicios. Diferencias estructurales.
- Cumplimiento de los principales programas (Establecer los trazadores)
- Estructura del sistema de salud que se evalúa.
- Servicios que se prestan.
- Suficiencia de recursos humanos según categoría.
- Suficiencia de recursos materiales necesarios por servicios.
- Ejecución del presupuesto otorgado. Porcentaje dedicado a promoción y prevención.
- Completamiento de la plantilla de cuadros y dirigentes.
- Resultados en la planificación del trabajo (Existencia y eficacia de los planes de trabajo)
- Cobertura y Utilización de los Servicios Trazadores.
- Control y seguimiento de enfermedades profesionales.
- Grupos de trabajo comunitarios. Círculos de abuelos y dúos focales.
- Estratificación de los principales riesgos a la salud poblacional.
- Actividades de promoción. Audiencias sanitarias.
- Confección del ASIS. Control del plan de intervención.
- Satisfacción de la población.

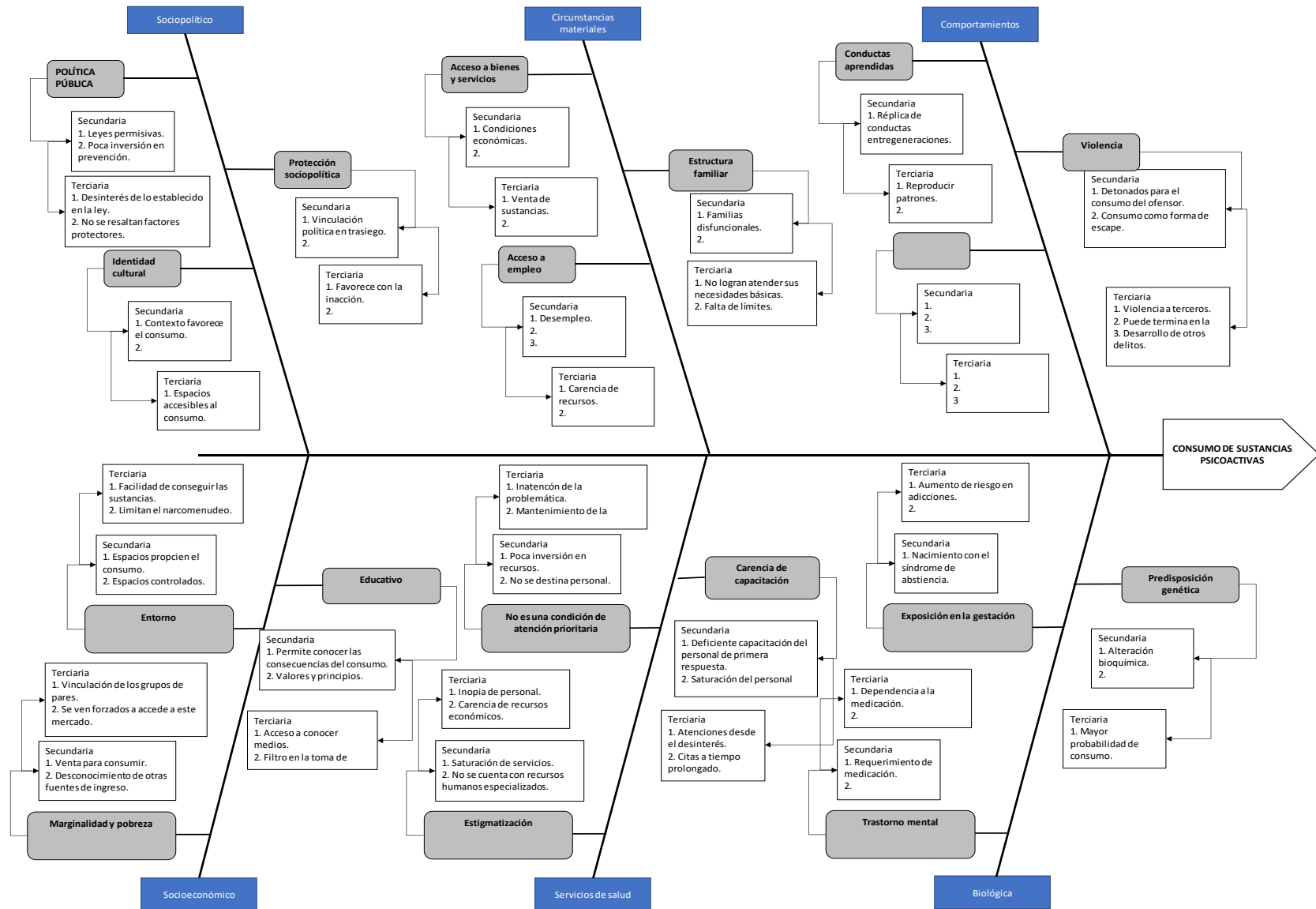
**Biología**

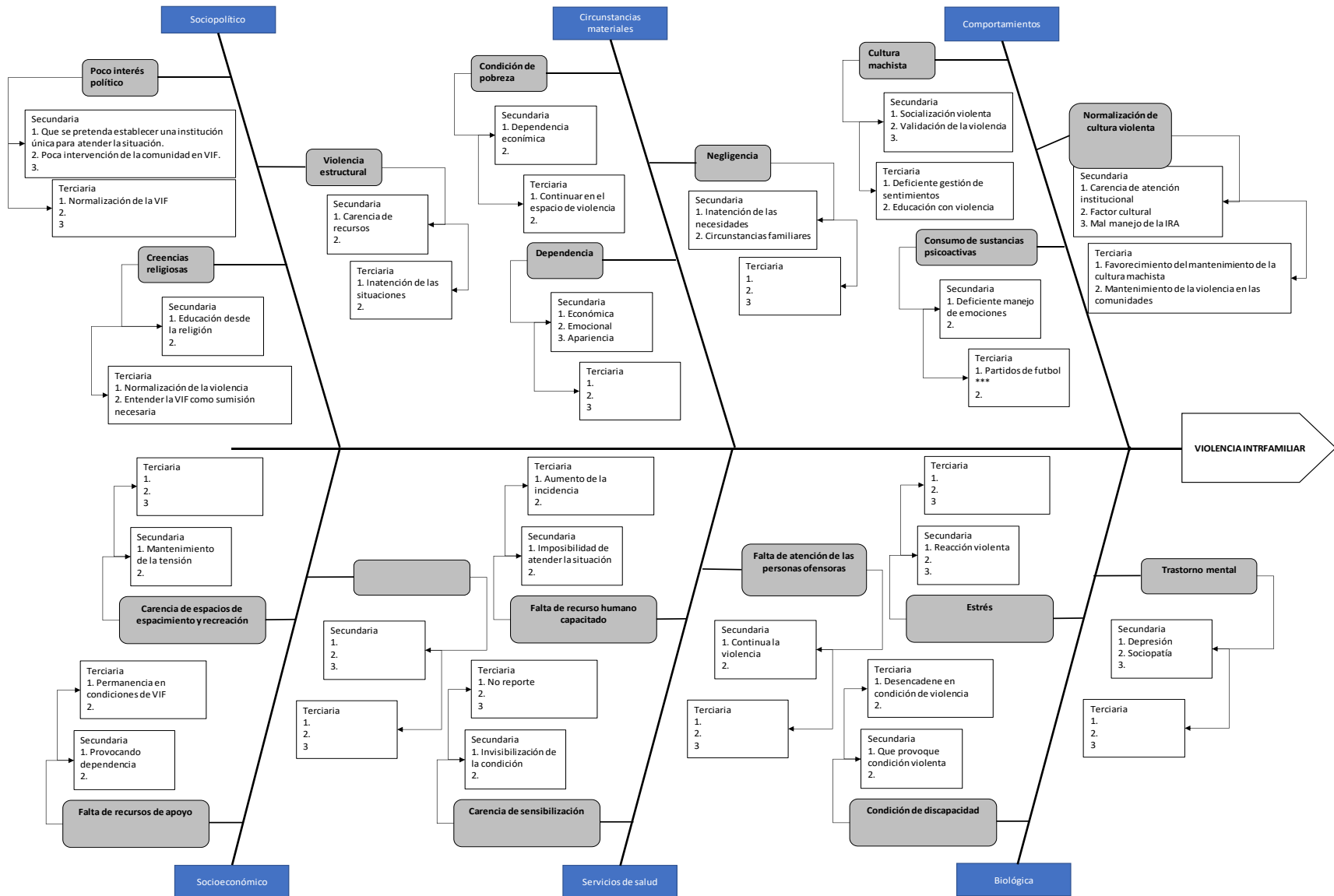
- Enfermedades Congénitas (Compatibles e incompatibles con la vida)
- Enfermedades Inmunológicas (Inmunodeficiencias congénitas, alergias y enfermedades autoinmunes).

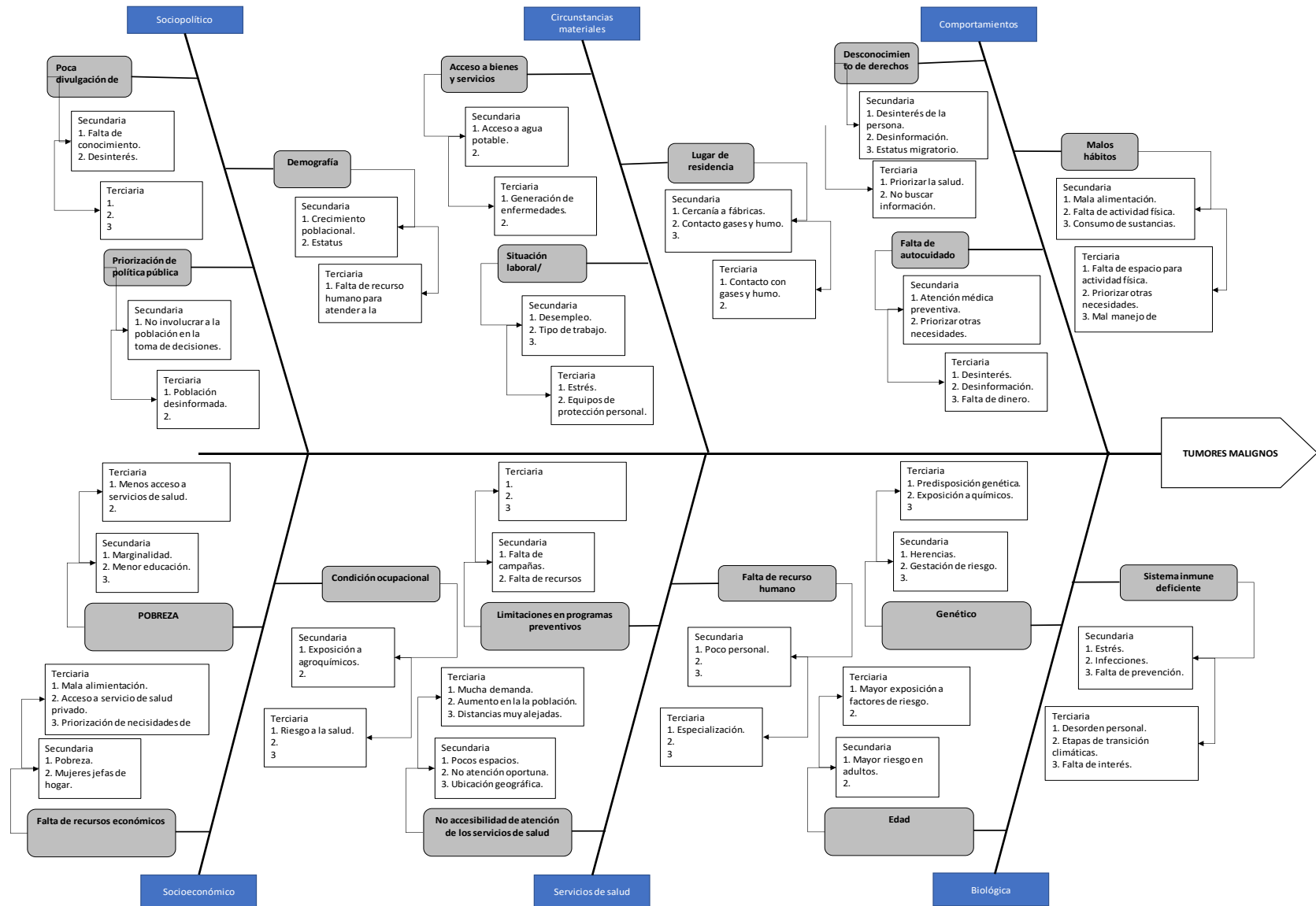
Anexo 5. Diagramas Causa-Efecto

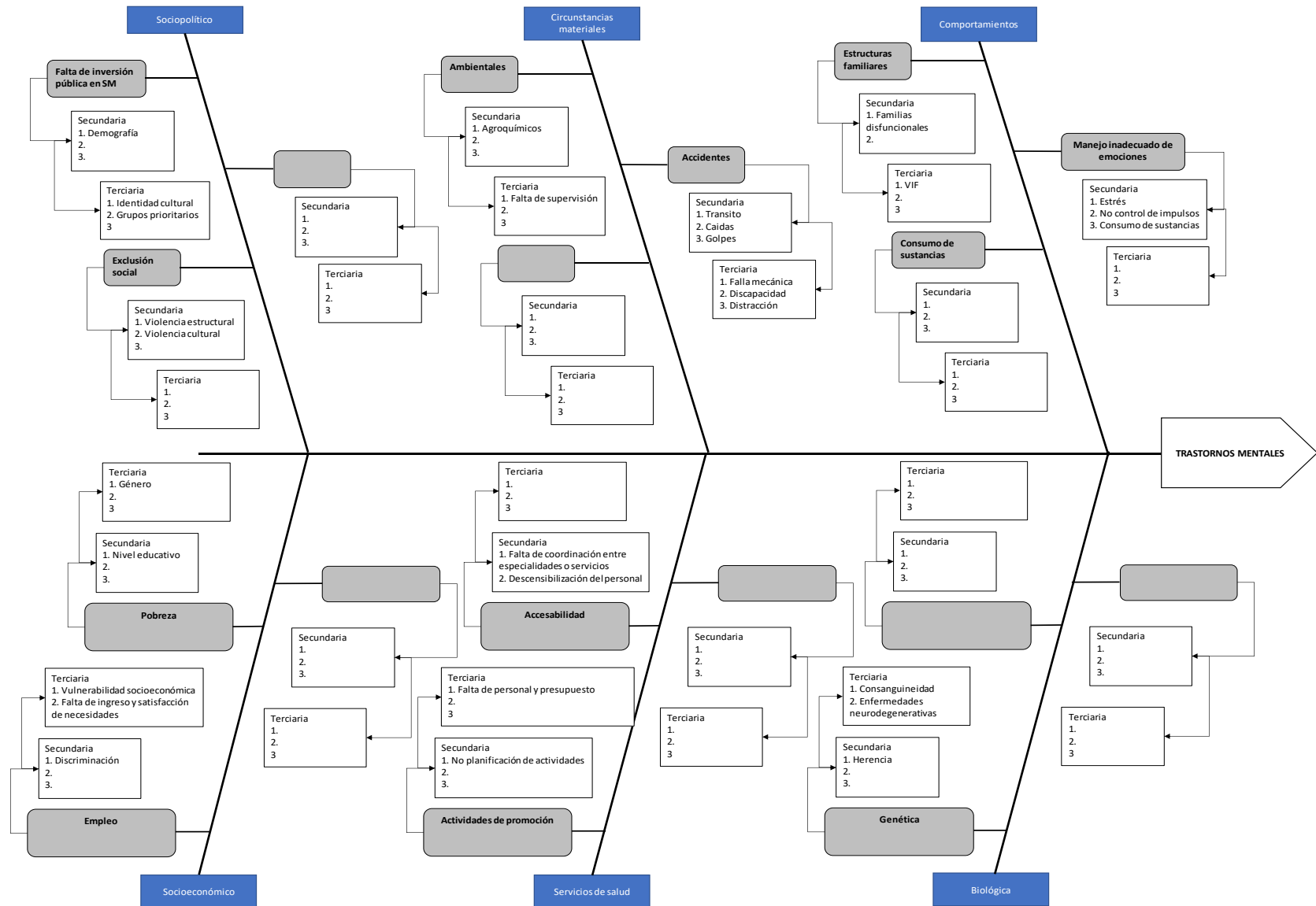


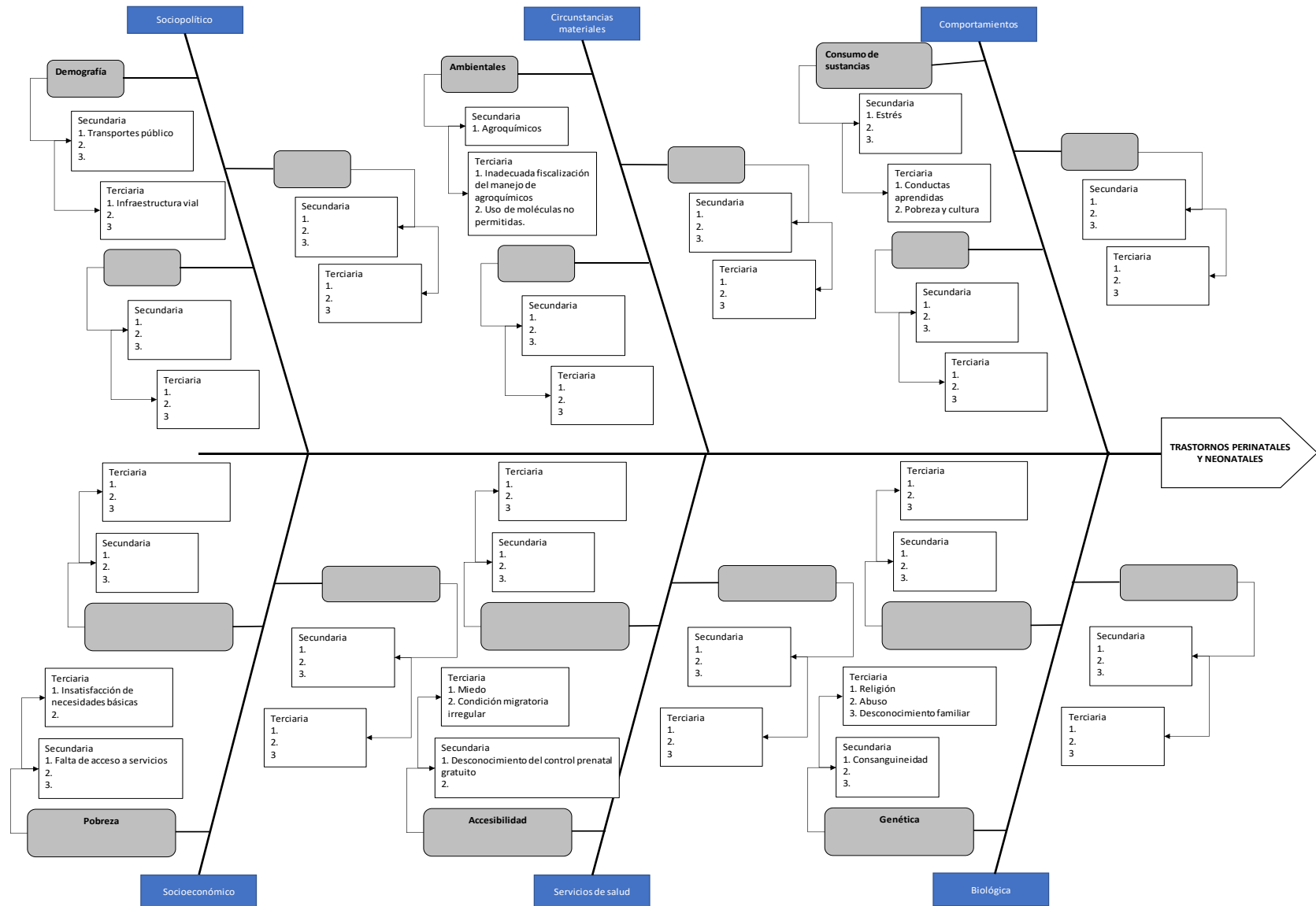


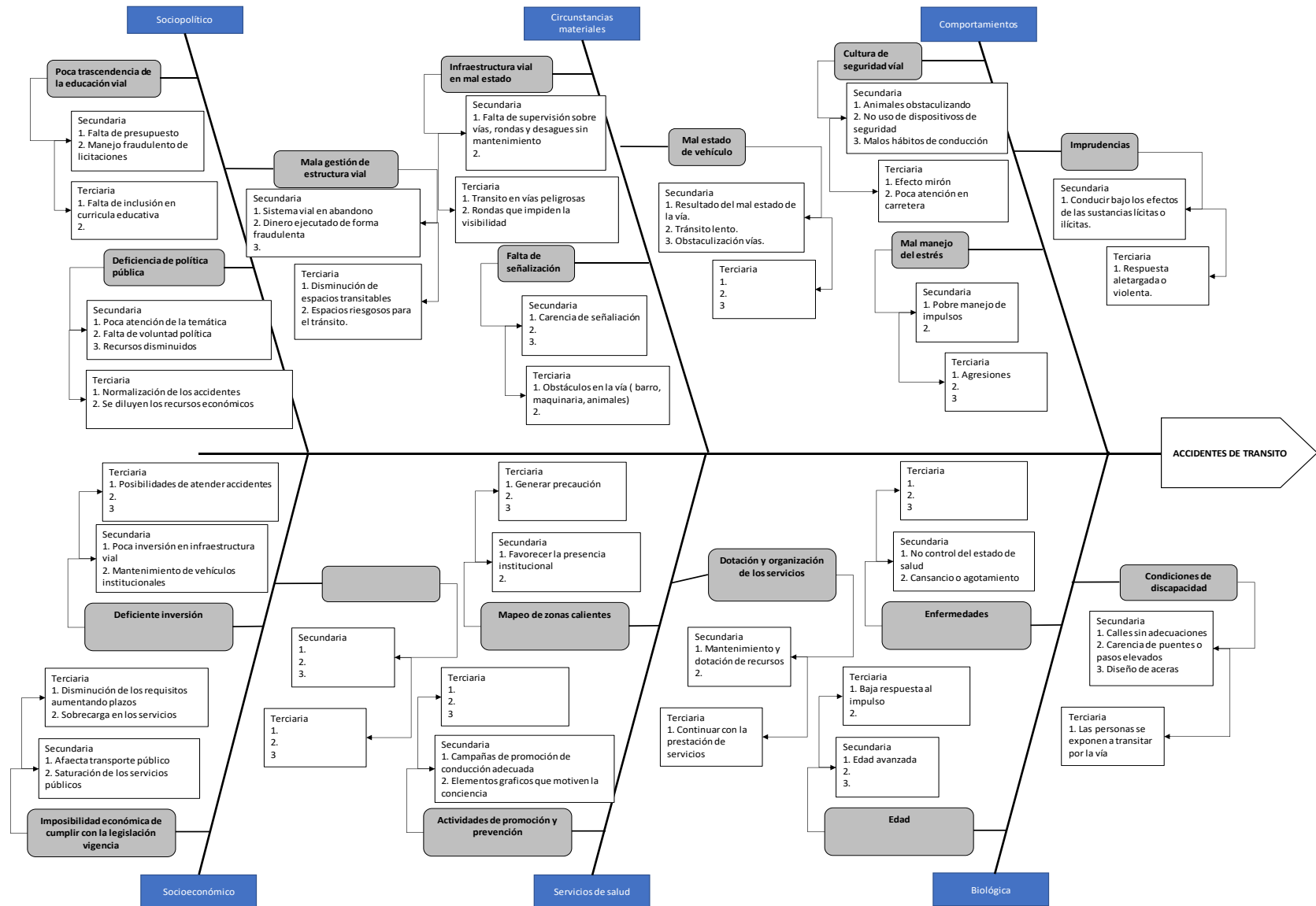


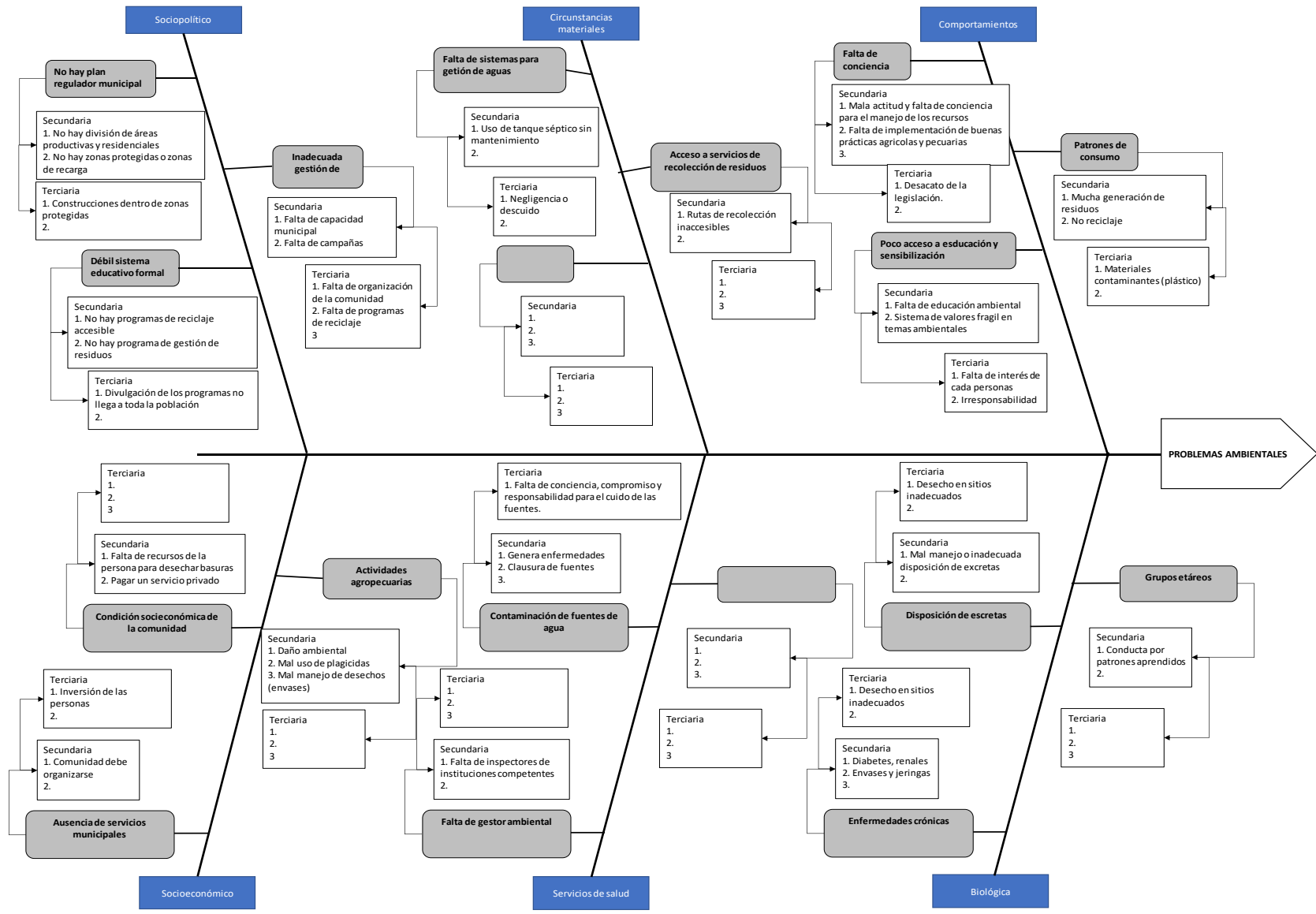


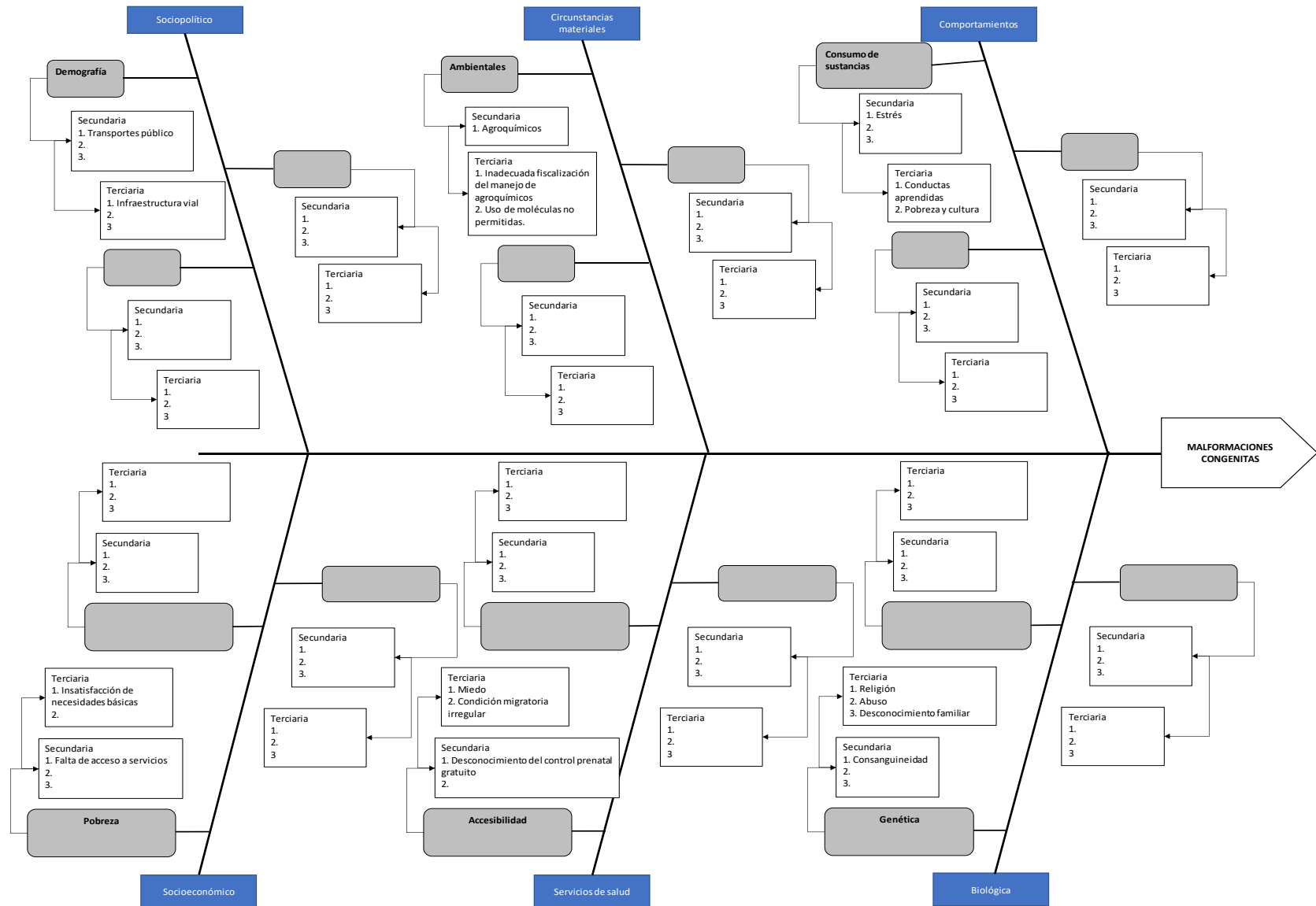












MALFORMACIONES CONGENITAS

**Anexo 6. Pareto para priorización de causas raíz****Contaminación ambiental**

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D
Servicios de Salud	6.1	Contaminación de fuentes de agua	10	5	10	500
Factores Socioeconómicos	2.3	Actividades agropecuarias	10	5	7	350
Factores Sociopolíticos	1.1	No hay plan regulador	10	3	10	300
Factores Sociopolíticos	1.2	Inadecuada gestión de residuos	7	3	10	210
Circunstancias materiales de vida	5.2	Acceso a servicios de recolección de residuos	10	3	7	210

**Inaccesibilidad a los servicios de salud**

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D
Comportamiento	4.1	Aumento en enfermedades crónicas	10	5	10	500
Servicios de Salud	6.1	Falta de aseguramiento	10	5	10	500
Factores Socioeconómicos	2.1	Pobreza	10	5	7	350
Factores Sociopolíticos	1.1	Demográfico	10	5	3	150
Circunstancias materiales de vida	5.1	Infraestructura vial	7	3	7	147

**Consumo de sustancias psicoactivas**

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D
Factores Sociopolíticos	1.3	Identidad cultural	7	3	10	210
Factores Socioeconómicos	2.1	Entorno	10	5	3	150
Comportamiento	4.2	Violencia	10	3	3	90
Factores Sociopolíticos	1.1	Política pública	7	1	10	70
Factores Socioeconómicos	2.3	Educativo	10	1	3	30

**Violencia Intrafamiliar**

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D
Comportamiento	4.1	cultura machista	10	5	10	500
Comportamiento	4.3	normalización de cultura violenta	10	3	10	300
Comportamiento	4.2	consumo de sustancias adictivas	10	3	7	210
Factores Sociopolíticos	1.1	poco interés político	7	3	7	147
Circunstancias materiales de vida	5.2	negligencia	7	3	7	147

**Tumores malignos**

<b>Dimensión</b>	<b>Causa ID</b>	<b>Causas raíz</b>	<b>Nivel de influencia</b>	<b>Nivel de importancia</b>	<b>Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz</b>	<b>(A)*(B)*(C)=D</b>
Factores Sociopolíticos	1.1	Poca divulgación de los derechos	10	5	10	500
Servicios de Salud	6.2	No accesibilidad de atención	7	5	10	350
Factores Sociopolíticos	1.3	Demografía	7	3	7	147
Circunstancias materiales de vida	5.1	Acceso a bienes y servicios	7	3	7	147
Factores Biológicos	3.2	Genético	10	3	3	90

**Trastornos mentales**

<b>Dimensión</b>	<b>Causa ID</b>	<b>Causas raíz</b>	<b>Nivel de influencia</b>	<b>Nivel de importancia</b>	<b>Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz</b>	<b>(A)*(B)*(C)=D</b>
Comportamiento	4.2	Consumo de sustancias psicoactivas	10	5	10	500
Factores Socioeconómicos	2.1	Empleo	10	5	7	350
Factores Socioeconómicos	2.2	Pobreza	10	5	7	350
Comportamiento	4.3	Manejo inadecuado de emociones	7	5	10	350
Factores Sociopolíticos	1.3	Exclusión social	7	5	7	245

### Trastornos perinatales y neonatales

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D
Factores Socioeconómicos	2.1	Pobreza	10	5	7	350
Servicios de Salud	6.1	Accesibilidad	7	5	10	350
Comportamiento	4.1	Consumo de sustancias psicoactivas	7	3	10	210
Factores Sociopolíticos	1.1	Demografía	10	5	3	150
Factores Biológicos	3.1	Genética	10	5	3	150

### Malformaciones congénitas

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D
Factores Socioeconómicos	2.1	Pobreza	10	5	7	350
Servicios de Salud	6.1	Accesibilidad	7	5	10	350
Comportamiento	4.1	Consumo de sustancias psicoactivas	7	3	10	210
Factores Sociopolíticos	1.1	Demografía	10	5	3	150
Factores Biológicos	3.1	Genética	10	5	3	150

**Accidentes de tránsito**

<b>Dimensión</b>	<b>Causa ID</b>	<b>Causas raíz</b>	<b>Nivel de influencia</b>	<b>Nivel de importancia</b>	<b>Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz</b>	<b>(A)*(B)*(C)=D</b>
<b>Factores Socioeconómicos</b>	2.2	Deficiente inversión en seguridad vial	10	5	7	350
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.1	Infraestructura vial	10	3	3	90
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.3	Mal estado vehicular	10	3	3	90
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.1	Poca trascendencia de la educación vial	10	1	3	30
<b>Comportamiento</b>	4.2	Consumo de sustancias	10	1	3	30

**Enfermedades cardiovasculares**

<b>Dimensión</b>	<b>Causa ID</b>	<b>Causas raíz</b>	<b>Nivel de influencia</b>	<b>Nivel de importancia</b>	<b>Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz</b>	<b>(A)*(B)*(C)=D</b>
<b>Comportamiento</b>	4.1	Estilos de vida saludables	10	5	10	500
<b>Servicios de Salud</b>	6.1	Falta de servicios de primer nivel	10	5	10	500
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.1	Falta de intervención pública para actividad física	10	5	7	350
<b>Factores Socioeconómicos</b>	2.1	Pobreza	7	5	7	245
<b>Factores Biológicos</b>	3.1	Genética	3	1	3	9

2023

