



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

Ministerio de Salud

Región Huetar Norte

Área Rectora de Salud Ciudad Quesada

Análisis de la Situación Integral en Salud

Noviembre, 2023



Documento técnico

Elaborado por:

Dra. María del Milagro Picado Cartín
MSc. Liseth Hernández Vásquez
Licda. Alexandra Salazar Ramírez
Licda. Silvia González Rojas
Dra. Jeimy Castro Bravo
Lic. Jorge Arce Castro
Licda. Susana Chacón Castro
Lic. Anselmo Guillén Miranda
Bach. Leidy Morales Muñoz
Dpl. Angie Gómez Maltes
Tec. Johnny Blanco Jara

Revisión final por:

Dra. María del Milagro Picado Cartín

Ministerio de Salud
Región Huetar Norte
Área Rectora de Salud Ciudad Quesada

Urbanización La Leyla, Ciudad Quesada, San Carlos

Teléfono 4003-8410

Correo electrónico: ars.ciudadquesada@misalud.go.cr



Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	14
1.1. Descripción de las Características Geográficas	16
1.1.1. División geográfica	16
1.1.2. Ubicación, topografía y relieve	16
1.1.3. Vías y Medios de Comunicación.....	18
1.1.4. Clima.....	18
1.1.5. Flora y Fauna.....	19
1.1.6. Población e idioma	19
1.1.7. Gobierno	19
1.1.8. Moneda	19
1.1.9. Religión	19
1.2. Descripción de las Características Demográficas	20
1.2.1. Población.....	20
1.2.2. Composición poblacional por grupos de edad y sexo	21
1.2.3. Razón Mujer-Hombre	23
1.2.4. Razón de dependencia demográfica.....	23
1.2.5. Razón de envejecimiento	23
1.2.6. Proporción de la población urbana.....	23
1.2.7. Proporción de personas por curso de vida	24
1.2.8. Tasa de fecundidad total	24
1.2.9. Tasa de nacimientos	24
1.2.10. Tasa de natalidad.....	25
1.2.11. Tasa de crecimiento natural de la población.....	25
1.2.12. Tasa global de fecundidad.....	26
1.2.13. Esperanza de vida al nacer	26
1.2.14. Número anual de Defunciones.....	27
1.2.15. Tasa cruda de mortalidad	27
1.2.16. Densidad de población	27



1.3. Descripción de las características socioeconómicas	28
1.3.1. Tasa de alfabetización	28
1.3.2. Índice de desarrollo humano	28
1.3.3. Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	29
1.3.4. Índice de desarrollo social cantonal (IDS)	29
1.3.5. Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías	30
1.3.6. Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres que tienen jefatura femenina	30
1.3.7. El producto interno bruto (PIB)	31
1.3.8. Indicadores de pobreza y empleo	31
1.3.9. Ingreso per cápita de los hogares por quintiles.	32
1.3.10. Razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos	33
1.3.11. Coeficiente de Gini	33
1.3.12. Territorios indígenas	33
1.3.13. Porcentaje de hogares pobres	33
1.3.14. Frecuencia relativa de hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	34
1.3.15. Frecuencia relativa de la población según rama de actividad	34
1.3.16. Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliar	36
1.3.17. Distribución relativa de la población de 15 años y más según nivel de instrucción	36
1.3.18. Tasa de deserción interanual	37
1.3.19. Incidencia de feminicidios	38
1.3.20. Consumo de tabaco en población de 12 a 70 años (Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes)	38
1.3.21. Consumo de drogas en población de 12 a 70 años	39
1.3.22. Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años	39
1.3.23. Edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años	40
1.3.24. Seguridad ciudadana	40



1.4.	Descripción de características de presencia de riesgos	42
1.4.1.	Vulnerabilidad ante desastres	42
1.5.	Descripción de las características ambientales	45
1.5.1.	Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable	45
1.5.2.	Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento	47
1.5.3.	Zonas protegidas (Áreas Silvestres Protegidas (ASP)).....	48
1.5.4.	Disposición de residuos sólidos	48
1.6.	Descripción de características de oferta, demanda y cobertura de servicios de salud .	52
1.6.1.	Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas.....	52
1.6.2.	Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado	53
1.6.3.	Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud	53
1.6.4.	Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna	53
1.6.5.	Tasa de profesionales en medicina	54
1.6.6.	Tasa de profesionales en enfermería.....	54
1.6.7.	Tasa de profesionales en odontología	54
1.6.12.	Tasa de camas hospitalarias.....	55
1.6.13.	Tasa de atenciones ambulatorias.....	55
1.6.14.	Razón de egresos hospitalarios.....	55
1.6.15.	Distribución de servicios de salud.....	55
1.6.16.	Descripción de características de oferta de servicios de salud mental	57
1.6.17.	Oferta de servicios de atención directa en salud mental a nivel público.....	57
1.6.18.	Oferta de servicios de atención directa en salud mental a nivel privado (Incluir ONGs)	58
1.6.19.	Redes comunitarias	58
1.6.20.	Proyectos o actividades implementadas en el último quinquenio.....	58
1.6.21.	Investigaciones en salud mental en el último quinquenio	61
1.6.22.	Identificación de sistemas de Información en salud mental.	61
2.	CAPITULO II: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL ÁREA RECTORA DE SALUD DE CIUDAD QUESADA	62



2.1. Perfil de morbilidad del Área Rectora de Salud Ciudad Quesada.....	62
2.1.1. Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal *(Para población de 6-12 años del censo escolar 2016)	62
2.1.2. Distribución relativa de los eventos de notificación obligatoria	63
2.1.3. Tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria	64
2.1.4. Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva	64
2.1.5. Tasa de incidencia de las principales neoplasias malignas	64
2.1.6. Tasa de incidencia SIDA	65
2.1.7. Tasa de incidencia VIH	66
2.1.8. Razón hombre/mujer en casos de SIDA	66
2.1.9. Índice parasitario anual de malaria	66
2.1.10. Malaria	66
2.1.11. Razón de infecciones nosocomiales.....	66
2.1.12. Enfermedades transmisibles	67
2.1.13. Enfermedad diarreica aguda	67
2.1.14. Infecciones respiratorias	67
2.1.15. Enfermedades cardiovasculares, isquémicas del corazón, cerebrovasculares Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, 2015-2019.....	68
2.1.16. Enfermedades no transmisibles.....	69
2.2. Perfil de mortalidad del Área Rectora Salud de Ciudad Quesada	70
2.2.1. Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad para el periodo 2015-2019	70
2.2.2. Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. 2015-2019.	72
2.2.3. Total general de mortalidad, ajustada por edad en menores de 5 años, en personas mayores de 65 años según sexo y causa.....	73
2.2.4. Tasa de mortalidad	73
2.2.5. Causas externas: accidentes de trabajo, accidentes de transporte terrestre, suicidios, lesiones autoinfligidas, homicidio probable del percance.....	74
2.2.6. Frecuencia relativa de defunciones en el sitio del accidente de tránsito, según causa	74



2.2.7.	Muertes infantiles por tipo de causa	75
2.2.8.	Mortalidad perinatal	75
2.2.9.	Mortalidad materna	75
2.2.10.	Razón de mortalidad perinatal.....	75
2.3.	Indicadores relacionados con salud mental	76
2.3.1.	Tasa de trastorno bipolar afectivo	76
2.3.2.	Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.....	76
2.3.3.	Tasa de esquizofrenia	76
2.3.4.	Tasa de depresión.....	76
2.3.5.	Trastornos mentales y del comportamiento	77
2.3.6.	Tasa de suicidio.....	77
2.3.7.	Tasa de violencia.....	77
2.4.	Priorización de los problemas de salud con la comunidad	78
2.4.1.	Identificación de actores sociales participantes.....	78
2.4.2.	Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud 80	
2.4.3.	Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud mental 86	
3.	CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS PARA EL ÁREA RECTORA DE SALUD DE CIUDAD QUESADA.....	92
3.1.	Análisis de los problemas de salud priorizados.....	93
3.1.1.	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (población menor de 1 año)	94
3.1.2.	Tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años	99
3.1.3.	Leucemia Linfoide en población de 10 a 19 años	104
3.1.4.	Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 65 años y más	109
3.1.5.	Enfermedades cardiovasculares (problema general).....	114
3.1.6.	Delincuencia.....	119
3.1.7.	Dificultad de acceso a servicio salud.....	127



3.1.8. Problemas económicos.....	132
3.2. Análisis de los problemas de salud mental priorizados	138
3.2.1. Falta de espacios recreativos	139
3.2.2. Falta de espacios educativos	146
3.2.3. Violencia.....	154
4. CAPITULO IV: VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON LA COMUNIDAD.....	160
5. CONCLUSIONES	161
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
7. ANEXOS	166
7.1. Anexo 1. Selección de indicadores.....	166
7.2. Criterios de priorización para las causas raíz para el análisis de Pareto	173



Índice de tablas

Tabla 1. Composición de la población del ARS Ciudad Quesada según grupos quincenales de edad y sexo, según datos del INEC, 2011.	22
Tabla 2. Proporción curso de vida en el ARS-Ciudad Quesada	24
Tabla 3. Total de nacimientos reportados para el 2021 en el ARS-Ciudad Quesada	24
Tabla 4. Tasa de crecimiento natural de la población en el ARS-Ciudad Quesada	25
Tabla 5. Tasa de fecundidad global por grupo etario por cada 1000 habitantes, para los distritos de Palmera, Buena Vista y Ciudad Quesada, año 2021	26
Tabla 6. Total de defunciones reportadas para el 2021 en el ARS-Ciudad Quesada	27
Tabla 7. Densidad de la población proyectada y estimada según distritos del ARS-Ciudad Quesada, al 1 de julio de cada año, durante el periodo 2016 – 2018.....	28
Tabla 8. Indicadores de Pobreza y Desempleo, para la Región Huetar Norte, según datos de la Encuesta Continua de Empleo, elaborada por INEC.	31
Tabla 9. Ingreso per cápita de los hogares por quintiles, de la Región Huetar Norte, según la Encuesta Nacional de Hogares, durante el periodo 2020 – 2021	32
Tabla 10. Frecuencia relativa de la población según rama de actividad según la Encuesta Continua de Empleo, para la Región Huetar Norte	35
Tabla 11. Nivel educativo o de instrucción de los habitantes de la Región Huetar Norte, según datos de la Encuesta Nacional de Hogares, 2021, INEC.....	36
Tabla 12. Deserción educativa por oferta educativa durante el periodo 2020 en el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada.....	38
Tabla 13. Prevalencia de Consumo de drogas en población de 12 a 70 años, en la Región Huetar Norte, para 2015, según datos del IAFA.....	39
Tabla 14. Sucesos Delictivos reportados en los distritos de Ciudad Quesada, Palmera y Buena Vista en el 2022.....	40
Tabla 15. Delitos Sexuales reportados en los distritos de Ciudad Quesada, Palmera y Buena Vista en el 2022.....	41
Tabla 16. Suministro de agua para el consumo humano según Acueducto del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada, 2022.....	46



Tabla 17. Áreas Silvestres Protegidas ubicadas en la zona del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada, 2022	48
Tabla 18. Porcentaje de viviendas según tipo de disposición de residuos sólidos en el ARS-Ciudad Quesada 2011	49
Tabla 19. Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas en el ARS-Ciudad Quesada 2021	52
Tabla 20. Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado en el ARS-Ciudad Quesada 2021.....	53
Tabla 21. Cobertura de Vacunación para el año 2022 en la población del ARS-Ciudad Quesada....	53
Tabla 22. Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal en la población del ARS-Ciudad Quesada, datos del 2016	62
Tabla 23. Tasa de incidencia principales eventos de notificación obligatoria Área Rectora de Salud Ciudad Quesada,2022.	64
Tabla 24. Tasa de incidencia de Neoplasias Malignas por cada 100000 habitantes de los distritos de Ciudad Quesada, La Palmera y Buena Vista,2015-2019.....	65
Tabla 25. Mortalidad proporcional general según eventos de carga global de enfermedad para el periodo 2015-2019 en los Distritos Quesada, Buena Vista y Palmera.....	70
Tabla 26. Mortalidad Proporcional según evento de carga global de enfermedad para el periodo 2015-2019 en los distritos Quesada, Buena Vista y Palmera.....	71
Tabla 27. Priorización de eventos según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida, distritos Quesada, Palmera y Buena Vista, 2015-2019.	72
Tabla 28. Causas externas de mortalidad en los distritos de Quesada, Buena Vista y Palmera para el quinquenio 2015-2019.....	74
Tabla 29. Lista de los actores sociales evaluados y priorizados para participar del taller de trabajo con la comunidad.....	79
Tabla 30. Lista de los problemas de salud identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades.....	80
Tabla 31. Lista de los diez problemas de salud identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades	81



Tabla 32. Lista de los tres problemas de salud priorizados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades.....	82
Tabla 33. Lista de los problemas de salud mental identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades.....	86
Tabla 34. Lista de los diez problemas de salud mental identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades.....	87
Tabla 35. Lista de los tres problemas de salud mental priorizados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades.....	88
Tabla 36. Lista de los problemas de salud priorizados para el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada.....	92
Tabla 37. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de los Trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (población menor de 1 año), desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	95
Tabla 38. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para los Trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y con bajo peso al nacer, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	98
Tabla 39. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz del Tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	100
Tabla 40. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el Tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	103
Tabla 41. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la Leucemia Linfoide en población de 10 a 19 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	105
Tabla 42. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para Leucemia Linfoide en población de 10 a 19 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	108
Tabla 43. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz del Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 65 años y más, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023..	110



Tabla 44. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 65 años y más, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	113
Tabla 45. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de las Enfermedades cardiovasculares, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	115
Tabla 46. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para Enfermedades cardiovasculares, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	118
Tabla 47. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la Delincuencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	120
Tabla 48. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de Delincuencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	125
Tabla 49. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la Dificultad de acceso a servicio salud, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	128
Tabla 50. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de Dificultad de acceso a servicio salud, desarrollado en taller con expertos el 19 de julio 2023	131
Tabla 51. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de los Problemas económicos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	133
Tabla 52. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para los Problemas económicos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023.....	136
Tabla 53. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de los Espacios Recreativos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	140
Tabla 54. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de Falta de Espacios Recreativos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	143
Tabla 55. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la falta de espacios educativos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	147
Tabla 56. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz del problema de la Violencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	155
Tabla 57. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de violencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023	158



Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de la población del ARS Ciudad Quesada por sexo, según distrito	20
Gráfico 2. Pirámide Poblacional del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada	21
Gráfico 3. Porcentaje de Acceso a Agua de calidad potable en los distritos del ARS Ciudad Quesada, para el año 2022.....	45
Gráfico 4. Porcentaje de viviendas según la disposición final de excretas en el ARS Ciudad Quesada, para el año 2022.....	47
Gráfico 5. Distribución de las viviendas de Ciudad Quesada, La Palmera y Buena Vista.....	48
Gráfico 6. Distribución principales eventos según número de casos, Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, 2022.	63
Gráfico 7. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: DELINCUENCIA, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.	83
Gráfico 8. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: DIFICULTAD DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.	84
Gráfico 9. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: PROBLEMAS ECONÓMICOS, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.	85
Gráfico 10. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: FALTA DE ESPACIOS EDUCATIVOS, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.	89
Gráfico 11. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: FALTA DE ESPACIOS RECREATIVOS, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.	90
Gráfico 12. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: VIOLENCIA, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.....	91



1. INTRODUCCIÓN

El Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud define la misión de la institución como ser una entidad líder en la conducción de la producción social de la salud, capaz de convocar a la negociación y concertación de los diversos actores sociales involucrados, apoyada en el pensamiento crítico, trabajo en equipo, participación social y un sistema de información adecuado y oportuno.

Como parte de su misión y en cumplimiento de sus objetivos estratégicos debe estar vigilante de los cambios como: en los mecanismos de asignación y distribución de recursos financieros, la rehabilitación de infraestructura física y el desarrollo institucional; a fin de garantizar un mayor acceso de la población a los servicios de salud y una atención de calidad, con la finalidad de reducir el daño producido por la enfermedad.

Uno de los principales mecanismos, para el logro de esos objetivos, es la determinación de las prioridades de salud, tanto en el ámbito nacional como en los regionales y locales; de esta manera, la priorización en salud se basa en el conocimiento de la situación de salud de la población, así como de sus factores determinantes y condicionantes, es decir sus condiciones de vida.

El presente Análisis de Situación de la Producción Social de la Salud (ASIS) se sustenta en una revisión de componentes. Con el fin de extraer los elementos necesarios para mejorar el quehacer de frente al acontecer social, económico y tecnológico de la época y a la demanda de la población por servicios de salud accesibles y de calidad. En el marco de este análisis se parte del principio que la salud es un bien público fundamental y, por lo tanto, indispensable para lograr el desarrollo humano sostenible.



Se incluye en este estudio la Salud Mental como tema de relevancia, por lo tanto, se valorará de forma transversal en el análisis. Debido a que, la Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona y que repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Trabajar en salud mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, delincuencia, matonismo y deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma. Las condiciones de vida de las personas son factores que también impactan directamente sobre su Salud Mental y acrecientan la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental. Los trastornos mentales representan una proporción significativa de la carga de enfermedad y deben ser abordados desde la perspectiva de sus determinantes y con un enfoque de derechos humanos.



CAPÍTULO I: CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO DEL ÁREA RECTORA DE SALUD DE CIUDAD QUESADA

1.1. Descripción de las Características Geográficas

1.1.1. División geográfica

A partir del año 1997, la Región Huetar Norte del Ministerio de Salud se dividió geográficamente en seis Área Rectoras de Salud (ARS); el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada (ARSCQ) es una de ellas.

Está localizada geográficamente en la provincia de Alajuela, cantón de San Carlos y conformada por tres distritos: Quesada, Buena Vista y La Palmera (61% en población y geográficamente).

Tiene una extensión territorial de 270,2 Km², distribuida de la siguiente forma: el distrito Quesada con 143,78 Km², La Palmera con 100,5 Km² y Buena Vista con 26 Km².

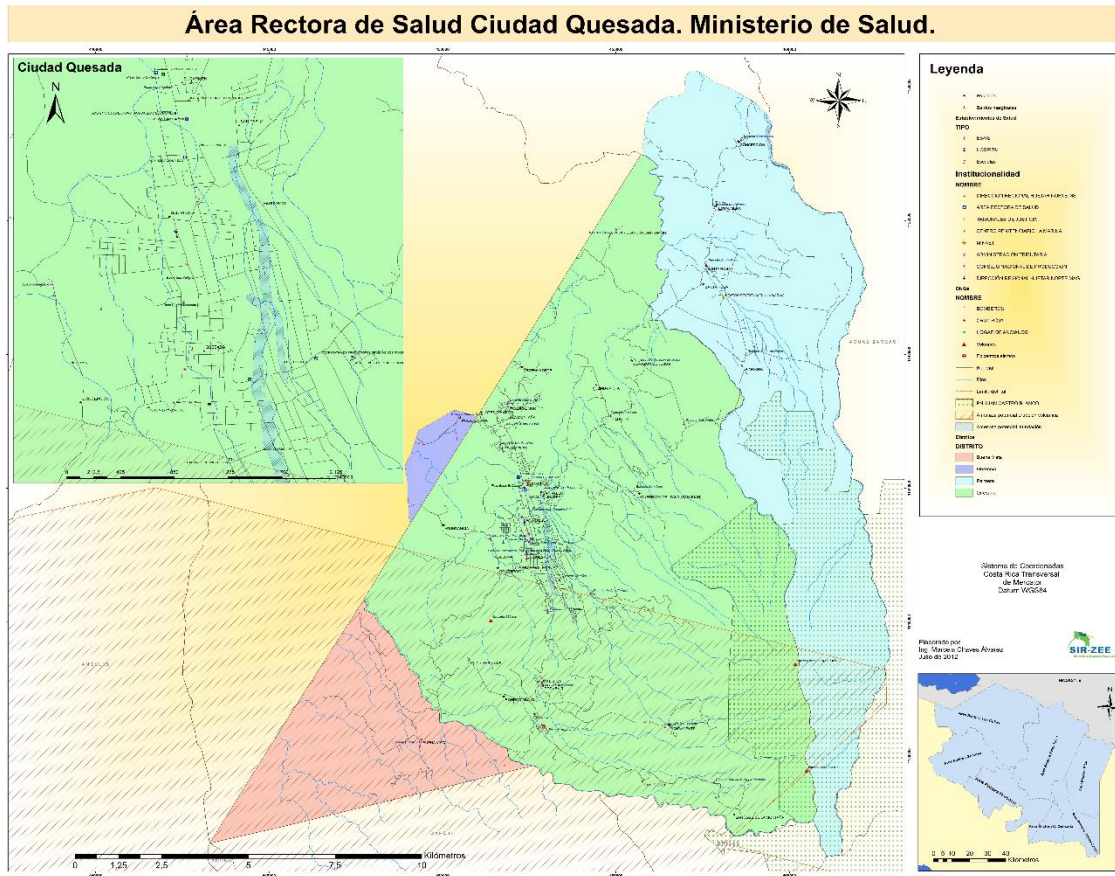
Desde el año 2005 a la actualidad, el 99,3% de la población en el Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, es urbana. Con una densidad poblacional de 179 por persona en Km².

1.1.2. Ubicación, topografía y relieve

Los límites están definidos de la siguiente manera: al Norte y Oeste con el Área Rectora de Salud Florencia, al Este con el Área Rectora de Salud Aguas Zarcas (específicamente la división está definida por el río Aguas Zarcas) y al Sur con el cantón Alfaro Ruiz (en este caso el río La Vieja demarca el límite).



Ilustración 1 Mapa del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada



La topografía del terreno es variada. El distrito de Buena Vista que en su totalidad es zona rural; es el que presenta mayor parte del terreno montañoso y quebrado; con una altura de 865 metros sobre el nivel del mar.

En segundo lugar, está el distrito de Quesada, el cual presenta una topografía de terreno medianamente quebrado y en su totalidad es zona urbana; con una altura de 656 metros sobre el nivel del mar.

Por último, el distrito La Palmera presenta un terreno más bajo y relativamente plano, con una altura de 350 metros sobre el nivel del mar.



1.1.3. Vías y Medios de Comunicación

El Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada cuenta con vías de comunicación que permiten el acceso dentro y fuera del área, como se describe a continuación; existe una carretera nacional debidamente pavimentada y en buen estado, que permite el fácil desplazamiento desde la sede del área (distrito Quesada) a los diferentes lugares como: Sucre, La Palmera, Florencia y Aguas Zarcas.

Sin embargo, entre Ciudad Quesada y el distrito de Buena Vista la vía de acceso es carretera lastreada y no se encuentra en buenas condiciones, no obstante, permite el acceso tanto en invierno como en verano. Se mantiene en espera la habilitación de la carretera nueva que permitirá un mejor acceso al distrito de Buena Vista desde Ciudad Quesada y de estos con el Cantón de San Ramón.

Por otra parte, en temas de comunicación colectiva, se cuenta con diversos mecanismos de comunicación como la Televisora Canal 14 y Canal 51; así como las radioemisoras San Carlos y Radio Santa Clara que permiten la comunicación local y fuera del área; se cuenta además con la prensa como es el periódico San Carlos Al Día y diversos periódicos que se divulgan en redes sociales como San Carlos Digital o Periódico La Región.

1.1.4. Clima

El clima en el área se define como tropical-lluvioso, esta región pertenece al régimen de precipitación del Caribe, que es lluvioso todo el año, con una disminución relativa de las lluvias en los meses de febrero, marzo y abril.

La temperatura promedio anual es de 18,1°C la mínima y 25,5°C la máxima, con una precipitación media mensual de 320,8 mm y un promedio de días con lluvia al mes de 20,5 días.



1.1.5. Flora y Fauna

El Cantón de San Carlos cuenta con una amplia diversidad de especies de fauna, alrededor de 325 especies de aves, tanto locales como migratorias, 160 especies de mamíferos, una gran variedad de insectos y especies de reptiles, y 92 especies de anfibios. Además, con sus extensas llanuras, alta precipitación y un suelo fértil, se ha convertido en una de las zonas de mayor diversidad florística de Costa Rica.

1.1.6. Población e idioma

El Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada tiene una población aproximada de 48706 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 42060 Habitantes de Ciudad Quesada; 6321 habitantes de La Palmera y 325 Habitantes de Buena Vista.

El idioma oficial es el español.

1.1.7. Gobierno

El Gobierno Local está liderado por la Municipalidad de San Carlos, la cual promueve el desarrollo integral del cantón a través de la prestación de servicios y obras de calidad con la participación de la población y la articulación de los actores presentes en el cantón.

1.1.8. Moneda

La moneda oficial costarricense es el colón. Las denominaciones pequeñas están disponibles en monedas de 5, 10, 50, 100 y 500 colones. Los billetes están disponibles en denominaciones de 1000, 2000, 5000, 10000 y 20000 colones.

1.1.9. Religión

El catolicismo es la religión oficial, pero existe libertad de culto.



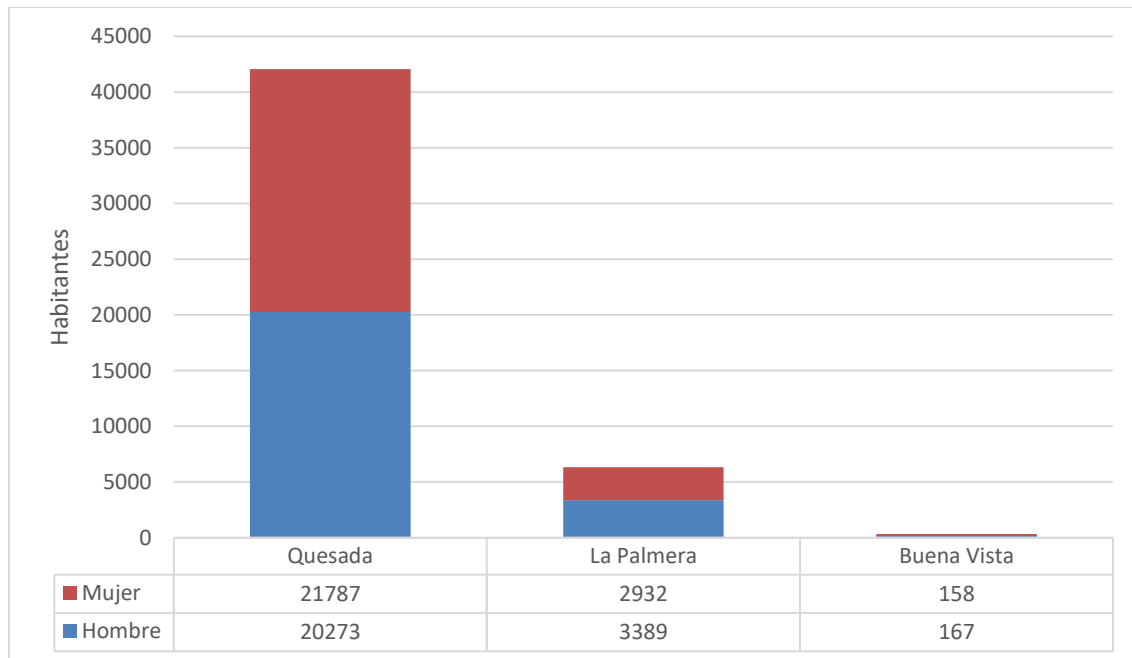
Los Sancarleños celebran cada 4 de noviembre el día de San Carlos Borromeo, santo patrono del cantón. Para ello realizan fiestas patronales, desfile de camiones, boyeros, cabalgatas entre otros.

1.2. Descripción de las Características Demográficas

1.2.1. Población

El distrito Quesada es el 86,4% de la población del ARS-Ciudad Quesada, seguido por La Palmera que corresponde a un 13% de la población y por último el distrito de Buena Vista 0.7% de la población del área. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011)

Gráfico 1. Distribución de la población del ARS Ciudad Quesada por sexo, según distrito, 2022



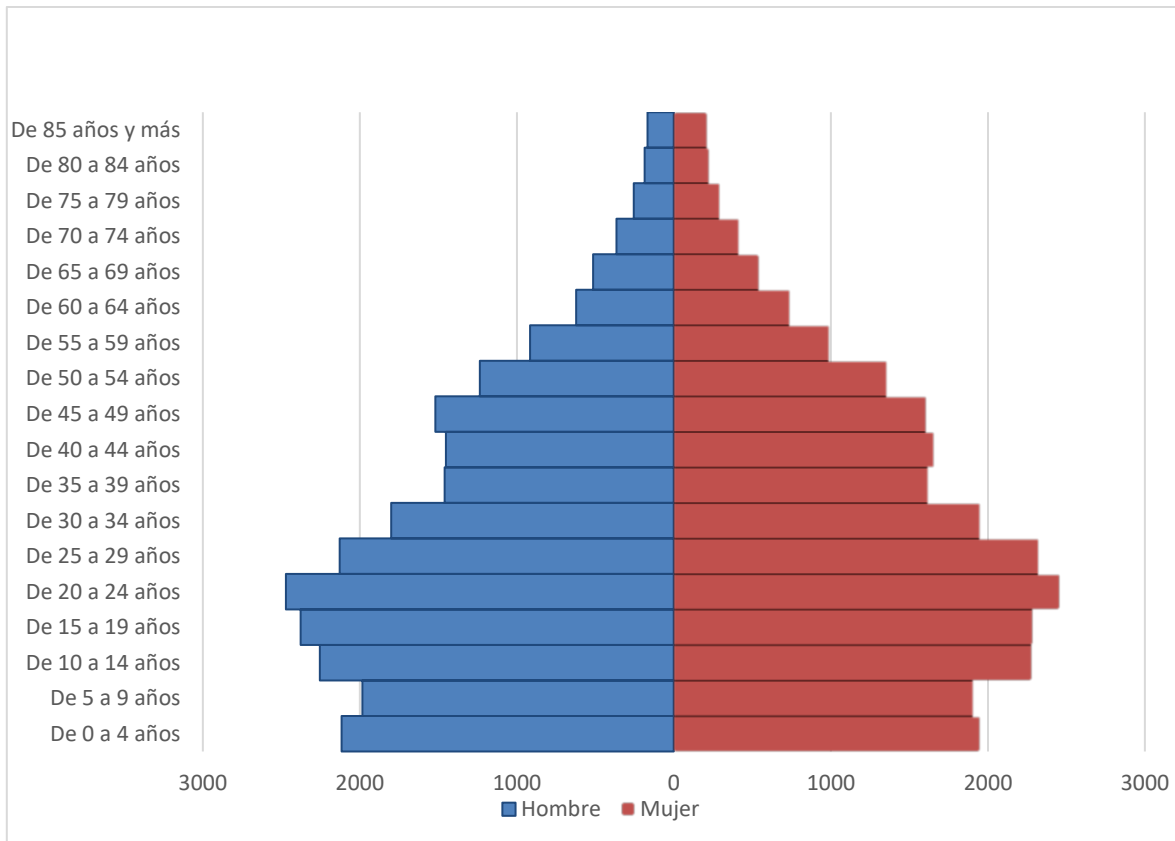
Fuente: Censo del INEC, 2011, consulta realizada en diciembre 2022



1.2.2. Composición poblacional por grupos de edad y sexo

Como se puede observar en el gráfico 2, la pirámide poblacional indica que la mayor cantidad de habitantes del ARS Ciudad Quesada poseen entre 20-35 años. La población adulta mayor se encuentra en un promedio de 6.5% de la población del ARS Ciudad Quesada (aproximadamente 6% de hombres adultos mayores y 7% de mujeres adultas mayores). En el caso de la población menor de edad el 16% de los habitantes posee entre 0-9 años y el 19% de la población son adolescentes entre 10-19 años. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011)

Gráfico 2. Pirámide Poblacional del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada, 2022



Fuente: Censo del INEC, 2011, consulta realizada en diciembre 2022



Según los datos actualizados del INEC, se procedió a establecer la composición poblacional del ARS Ciudad Quesada, según edad y sexo. Se tabuló por grupos quinquenales y se calculó el porcentaje que representa por cada sexo. En la tabla 1 se observan los resultados.

Tabla 1. Composición de la población del ARS Ciudad Quesada según grupos quinquenales de edad y sexo, según datos del INEC, 2011

Grupos de edades	ARS CIUDAD QUESADA			
	Hombre	% hombres	Mujer	% mujeres
De 0 a 4 años	2 117	9%	1 951	8%
De 5 a 9 años	1 984	8%	1 914	8%
De 10 a 14 años	2 254	9%	2 282	9%
De 15 a 19 años	2 377	10%	2 289	9%
De 20 a 24 años	2 472	10%	2 459	10%
De 25 a 29 años	2 129	9%	2 329	9%
De 30 a 34 años	1 801	8%	1 953	8%
De 35 a 39 años	1 461	6%	1 626	7%
De 40 a 44 años	1 452	6%	1 661	7%
De 45 a 49 años	1 519	6%	1 609	6%
De 50 a 54 años	1 236	5%	1 362	5%
De 55 a 59 años	916	4%	993	4%
De 60 a 64 años	622	3%	743	3%
De 65 a 69 años	515	2%	546	2%
De 70 a 74 años	366	2%	421	2%
De 75 a 79 años	255	1%	296	1%
De 80 a 84 años	186	1%	228	1%
De 85 años y más	167	1%	215	1%
Total	23 829		24 877	

Fuente: Censo del INEC, 2011, consulta realizada en diciembre 2022



1.2.3. Razón Mujer-Hombre

Según los datos actualizados del INEC, se calcula la relación mujer/hombre, la cual es la relación entre el número de mujeres y el de hombres en una población dada, expresada normalmente como el número de mujeres por cada 100 hombres.

En el ARS Ciudad Quesada hay 104 mujeres por cada 100 hombres.

1.2.4. Razón de dependencia demográfica

Asimismo, calculando la Razón de dependencia demográfica, se evidencia que en el ARS Ciudad Quesada hay 48 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

1.2.5. Razón de envejecimiento

Conocido también como índice de envejecimiento. Según los datos actualizados del INEC, con respecto a la razón de envejecimiento se calcula que existen 26 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años.

1.2.6. Proporción de la población urbana

La proporción de la población urbana corresponde al 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. Usando la información disponible por el INEC, según el Censo Nacional 2002, las proporciones del ARS Ciudad Quesada son:

- Quesada: 71,6% de la población viven en zona urbana
- La Palmera: 0% de la población viven en zona urbana, es 100% zona rural
- Buena Vista: 0% de la población viven en zona urbana, es 100% zona rural



1.2.7. Proporción de personas por curso de vida

Según los datos actualizados del INEC, se calcula el porcentaje de la población del ARS Ciudad Quesada por curso de vida, considerando de 1-9 años como niñez, de 10 – 19 años adolescencia, de 20 a 64 años adultez y más de 65 años adultos mayores. En la tabla 2 se puede visualizar esta distribución porcentual.

Tabla 2. Proporción curso de vida en el ARS-Ciudad Quesada, 2022

<i>Grupo etario</i>	<i>Proporción por edades</i>
1-9 años	16%
10-19 años	19%
20-64 años	58%
65 y más años	7%

Fuente: Datos del INEC, consulta realizada en diciembre 2022

1.2.8. Tasa de fecundidad total

La tasa de fecundidad total para el Área Rectora de Ciudad Quesada es de 40,78 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil.

1.2.9. Tasa de nacimientos

Se realiza consulta de nacimientos reportados en INEC durante el 2021, para los distritos que conforman el ARS Ciudad Quesada, reportando en total 571 nacimiento. En la tabla 3 se puede observar la distribución de estos.

Tabla 3. Total de nacimientos reportados para el 2021 en el ARS-Ciudad Quesada

<i>Distritos</i>	<i>Nacimientos 2021</i>
Ciudad Quesada	478
Buena Vista	1
La Palmera	92

Fuente: Datos del INEC, consulta realizada en diciembre 2022



1.2.10. Tasa de natalidad

Usando la información anterior, se establece la Tasa de Natalidad ARS Ciudad Quesada: En Quesada para el 2021 se dieron 11,36 nacimientos por cada 1000 habitantes; en Buena Vista para el 2021 se dieron 3 nacimientos por cada 1000 habitantes y en La Palmera para el 2021 se dieron 14 nacimientos por cada 1000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

1.2.11. Tasa de crecimiento natural de la población

Se entiende como la tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC). En el caso de los distritos que conforman el ARS Ciudad Quesada los datos se desglosan en el siguiente cuadro:

Tabla 4. Tasa de crecimiento natural de la población en el ARS-Ciudad Quesada, 2022

<i>Distritos</i>	<i>Tasa de crecimiento natural de la población</i>
<i>Ciudad Quesada</i>	0,49%
<i>Buena Vista</i>	0%
<i>La Palmera</i>	0,73%

Fuente: Datos del INEC, consulta realizada en diciembre 2022



1.2.12. Tasa global de fecundidad

Se realiza consulta de nacimientos reportados en INEC, relacionándolos con la tasa de mujeres y se logra calcular para el Área Rectora Ciudad Quesada, la cual, se desglosa en la siguiente tabla por grupos etarios y cálculo de la Tasa Global para el año 2021:

Tabla 5. Tasa de fecundidad global por grupo etario por cada 1000 habitantes, para los distritos de Palmera, Buena Vista y Ciudad Quesada, año 2021

Grupos de edad	Nacimientos	Años- Mujer de Exposición	Tasa por Mujer	Tasa por 1000 mujeres	Tasa Global de fecundidad
15-19 años	40	1862	0,02	2,1	
20-24 años	142	2316	0,06	6,1	
25-29 años	172	2437	0,07	7,1	
30-34 años	132	2629	0,05	5,0	1,21
35-39 años	58	2196	0,03	2,6	
40-44 años	20	1767	0,01	1,1	
45-49 años	0	1597	0,00	0,0	
Total	564	14804	0,24	3,8	

Fuente: Datos de INEC, con datos del 2021

1.2.13. Esperanza de vida al nacer

Según datos del INEC, para el 2020, en Costa Rica la esperanza de vida promedio es de 80,6 años. En el caso de los hombres 78,1 años y de mujeres 83,2 años. No hay datos para calcular la esperanza de vida para los pobladores del ARS Ciudad Quesada, por lo tanto, se usan los datos del país.



1.2.14. Número anual de Defunciones

Se realiza consulta de defunciones reportadas en INEC durante el 2021, para los distritos que conforman el ARS Ciudad Quesada, reportando en total 321 fallecidos. En la tabla 6 se puede observar la distribución de estos.

Tabla 6. Total de defunciones reportadas para el 2021 en el ARS-Ciudad Quesada

<i>Distritos</i>	<i>Defunciones 2021</i>
<i>Ciudad Quesada</i>	274
<i>Buena Vista</i>	1
<i>La Palmera</i>	46

Fuente: Datos del INEC, consulta realizada en diciembre 2022

1.2.15. Tasa cruda de mortalidad

Usando la información anterior se establece la tasa de mortalidad ARS Ciudad Quesada: En Quesada para el 2021 se dieron 6,51 defunciones por cada 1000 habitantes, en Buena Vista para el 2021 se dieron 3 defunciones por cada 1000 habitantes y en La Palmera para el 2021 se dieron 7,27 defunciones por cada 1000 habitantes.

1.2.16. Densidad de población

Según MIDEPLAN, este indicador define la razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. Tomando los datos del INEC, sobre la densidad de la población proyectada y estimada según provincia, cantón y distrito al 1 de julio de cada año y durante el periodo 2016 – 2018, se detalla el siguiente cuadro con la información de los distritos que conforman el ARS Ciudad Quesada:



Tabla 7. Densidad de la población proyectada y estimada según distritos del ARS-Ciudad Quesada, al 1 de julio de cada año, durante el periodo 2011 – 2018

Distrito	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Quesada	292,67	295,63	298,65	301,55	304,38	307,05	312,0	312,0
Buena Vista	13,13	13,47	13,82	13,97	14,20	14,40	15,1	15,1
Palmera	65,86	67,14	68,45	69,77	71,02	72,24	74,6	74,6

Fuente: Datos del INEC, estimaciones para el periodo 2011-2018

1.3. Descripción de las características socioeconómicas

1.3.1. Tasa de alfabetización

Corresponde a la proporción de la población adulta de 10 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.

Según los datos del Censo 2011 del INEC, la tasa de alfabetización de la población del ARS Ciudad Quesada es de: 94% de alfabetización en Quesada, 92% de alfabetización en Buena Vista y 93% de alfabetización en La Palmera

1.3.2. Índice de desarrollo humano

El Índice de desarrollo humano (IDH) es una 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).



El cálculo se hace a nivel país y para el año 2019, es de 0,81 (puesto 62 del ranking de DH)

1.3.3. Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)

Por otra parte, se cuenta con el Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc), que es la 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).

Según se publicó en el estudio del PNUD del 2019, el Cantón de San Carlos posee un IDH de 0,809.

1.3.4. Índice de desarrollo social cantonal (IDS)

Asimismo, se cuenta con información del Índice de desarrollo social cantonal (IDS), que es la 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).

Según los datos del MIDEPLAN, publicados en 2018, el índice de Desarrollo Social Cantonal de los distritos del ARS Ciudad Quesada es:

- ✓ Quesada: 72,63
- ✓ Palmera: 62,69
- ✓ Buena Vista: 54,53



1.3.5. Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías

Según datos de la Encuestas de Hogares ENAHO 2021, en la Región Huetar Norte, zona donde se encuentra el ARS Ciudad Quesada, las familias poseen las siguientes condiciones de Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías

- ✓ 49% Viviendas propias totalmente pagada.
- ✓ 18% Vivienda propia pagando a plazos
- ✓ 25% Viviendas alquiladas.
- ✓ 7% de las viviendas son prestadas
- ✓ 1% Viviendas en precario.
- ✓ 0,5% otro tipo de tenencia

1.3.6. Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres que tienen jefatura femenina.

Se entiende como la relación entre hogares pobres o no pobres que tienen jefatura femenina, respecto al total de hogares en la misma condición de pobreza (pobres y no pobres). Según datos de la Encuestas de Hogares ENAHO 2021, en la Región Huetar Norte, la frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar se distribuye de la siguiente manera:

- Porcentaje total de hogares con jefatura femenina: 39,6%
- Porcentaje de hogares No pobres con jefatura femenina: 36,6
- Total de hogares pobres con jefatura femenina: 46,0%
- Hogares en pobreza No extrema con jefatura femenina:44,4%
- Hogares en pobreza extrema con jefatura femenina:48,4%



1.3.7. El producto interno bruto (PIB)

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 (remuneración de empleados e ingreso por propiedad) del exterior. Para el 2022 el PIB per cápita en CR es de 12139,9 dólares

1.3.8. Indicadores de pobreza y empleo

En la tabla a continuación, se describen los diferentes indicadores de pobreza y empleo para la Región Huetar Norte, de la cual pertenece el ARS Ciudad Quesada:

Tabla 8. Indicadores de pobreza y desempleo, para la Región Huetar Norte, según datos de la Encuesta Continua de Empleo, elaborada por INEC, 2021

INDICADOR	RESULTADO
<i>Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema</i>	En la Región Huetar Norte, para el 2022: 21% de hogares se encontraba en pobreza NO extrema
<i>Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema</i>	En la Región Huetar Norte, para el 2022: 9,5% de hogares se encontraba en pobreza NO extrema
<i>Población económicamente activa (PEA)</i>	Dato de Región Huetar Norte para el 2022: 187.373 personas conforman la fuerza de trabajo o población económicamente activa
<i>Tasa de ocupación</i>	En la Región Huetar Norte la tasa de ocupación es de 85%
<i>Tasa de desempleo abierto</i>	En la Región Huetar Norte hay 15 personas de cada 100 en la fuerza de trabajo de 15 años y más se encuentran desempleadas para el I Trimestre del 2022

Fuente: Encuesta Continua de Empleo – ECE, INEC - Costa Rica, 2021



1.3.9. Ingreso per cápita de los hogares por quintiles.

La división de los hogares por quintiles corresponde a la distribución de la población de la Región Huetar Norte, en cinco grupos de 20 % cada uno aproximadamente, donde el primer quintil representa el grupo de hogares con menores ingresos y el quintil número cinco corresponde al grupo con mayores ingresos.

En la tabla 4, los ingresos promedios por hogar del primer quintil eran de 174 518 colones en el año 2020 y de 315 193 colones en el 2022, mostrándose un aumento. También se representa un incremento de los ingresos distribuido por persona, en los hogares del primer quintil, pasando de 44 158 colones en el año 2020 a 89 156 colones en el año 2022.

Tabla 9. Ingreso per cápita de los hogares por quintiles, de la Región Huetar Norte, según la Encuesta Nacional de Hogares, durante el periodo 2020 – 2021

DATOS REGION HUETAR NORTE	2020					
	Total (colones)	Quintil de ingreso per cápita (en colones)				
		I	II	III	IV	V
Ingreso promedio por hogar	700 947	174 518	329 368	535 229	800 227	1 672 609
Ingreso per cápita del hogar	251 207	44 158	99 952	157 024	255 621	702 714
	2021					
	Total (colones)	Quintil de ingreso per cápita (en colones)				
		I	II	III	IV	V
Ingreso promedio por hogar	636 934	124 229	315 193	492 235	720 811	1 530 082
Ingreso per cápita del hogar	223 420	35 803	89 165	141 397	233 969	615 959

Fuente: INEC-Costa Rica. Encuesta Nacional de Hogares, 2020 y 2021.



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

Se entiende como la razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos, lo cual relaciona el quintil más rico con el quintil de los hogares más pobres. Según los datos del INEC-Costa Rica en la Encuesta Nacional de Hogares, 2020 y 2021, en la Región Huetar Norte, la razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos en el 2020 fue de 15.91 y en el 2021 de 17.20.

1.3.11. Coeficiente de Gini

Es la 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).

Según los datos del INEC-Costa Rica en la Encuesta Nacional de Hogares, 2020 y 2021, en la Región Huetar Norte, el Coeficiente de Gini es de 0,497 por hogar y 0,490 por persona

1.3.12. Territorios indígenas

En el ARS Ciudad Quesada el 100% de las viviendas están fuera de territorios indígenas

1.3.13. Porcentaje de hogares pobres

Este indicador calcula el 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.



Según los datos del INEC-Costa Rica en la Encuesta Nacional de Hogares, 2020 y 2021, en la Región Huetar Norte, para el año 2021, hubo 31,93% de hogares en pobreza, distribuidos: 12,86% en pobreza extrema y 19,07% en pobreza no extrema.

1.3.14. Frecuencia relativa de hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar

Usando los datos del indicador de hogares pobres se establece la frecuencia relativa de hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar, el cual corresponde al cociente que representa el dividir la frecuencia absoluta de los hogares pobres y no pobres según el sexo de los jefes de hogar entre el total de hogares. En la Región Huetar Norte, para el año 2021, según la Encuesta Nacional de Hogares, se contaba con:

- Hogares pobres con jefatura hombre: 28,5%
- Hogares NO pobres con jefatura hombre: 71,5%
- Hogares pobres con jefatura mujer:37,1%
- Hogares NO pobres con jefatura mujer:21,4%

1.3.15. Frecuencia relativa de la población según rama de actividad

En la Región Huetar Norte las actividades de empleos más frecuentes son: agricultura, ganadería, silvicultura y pesca con 32.3%, comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motores y de las motocicletas con 14,64%, actividades de alojamiento y servicios de comida con 7.23%, actividades de los hogares como empleadores con 6.52% y enseñanza con 6.13%.

A continuación, se muestra una tabla con el detalle de las actividades según rama y su frecuencia:



Tabla 10. Frecuencia relativa de la población según rama de actividad según la Encuesta Continua de Empleo, para la Región Huetar Norte, 2022

RAMA DE ACTIVIDAD DEL EMPLEO PRINCIPAL	CASOS	%	ACUMULADO %
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	53 124	32,30%	32,30%
Explotación de minas y canteras	246	0,15%	32,45%
Industrias manufactureras	9 509	5,78%	38,23%
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	1 944	1,18%	39,41%
Suministro de agua, evacuación de aguas residuales y gestión de desechos	164	0,10%	39,51%
Construcción	8 843	5,38%	44,89%
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motores y de las motocicletas	24 070	14,64%	59,53%
Transporte y almacenamiento	5 453	3,32%	62,84%
Actividades de alojamiento y servicios de comida	11 892	7,23%	70,07%
Información y comunicaciones	593	0,36%	70,43%
Actividades financieras y de seguros	1 595	0,97%	71,40%
Actividades inmobiliarias	127	0,08%	71,48%
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1 836	1,12%	72,60%
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	6 561	3,99%	76,59%
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	3 928	2,39%	78,98%
Enseñanza	10 086	6,13%	85,11%
Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social	4 264	2,59%	87,70%
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	1 989	1,21%	88,91%
Otras actividades de servicios	7 374	4,48%	93,39%
Actividades de los hogares como empleadores	10 723	6,52%	99,91%
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	77	0,05%	99,96%
No especificado	65	0,04%	100,00%



Total	164 463	100,00%	100,00%
-------	---------	---------	---------

Fuente: Encuesta Continua de Empleo – ECE, Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC - Costa Rica.

1.3.16. Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliar

En el ARS Ciudad Quesada el 94,46% de la población posee acceso a agua de calidad potable

1.3.17. Distribución relativa de la población de 15 años y más según nivel de instrucción

En la tabla 11 se detalla el nivel educativo o de instrucción de las personas que habitan en la Región Huetar Norte.

Tabla 11. Nivel educativo o de instrucción de los habitantes de la Región Huetar Norte, según datos de la Encuesta Nacional de Hogares, 2021, INEC.

	Sin instrucción	Primaria		Secundaria académica		Secundaria técnica		Educación superior	
		Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Pregrado y grado	Posgrado
Porcentaje según nivel de instrucción	9%	16%	25%	21%	16%	1%	2%	11%	1%
Cantidad de personas por nivel de instrucción	30166	53498	83803	70441	52900	2873	6581	36093	3978

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Hogares, 2021, INEC

Tomando en cuenta el cuadro anterior:

- Porcentaje de la población de 15 años y más sin instrucción: el 9% de las personas mayores de 15 años no poseen ningún tipo de instrucción o educación
- Porcentaje de la población con 15 años y más con educación secundaria completa: el 17% de personas mayores de 15 años con secundaria académica y técnica completa



- Porcentaje de la población con 15 años y más con educación universitaria el 12% de personas mayores de 15 años con educación universitaria.

Además:

- Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más: En la Región Huetar Norte el 31% de la población de 5 años y más asiste a la educación regular.

1.3.18. Tasa de deserción interanual

Se consideran estudiantes excluidos (desertores) a quienes por diferentes razones dejan de asistir a lecciones en un curso lectivo, y no aparece como aprobado, aplazado ni reprobado al final de dicho curso lectivo (Ministerio de Educación Pública, 2021).

También el MEP indica para la tasa de deserción interanual el “porcentaje de alumnos o estudiantes que abandonan un grado (año cursado) dado durante un año escolar dado. [La cuál] Es la diferencia entre 100% y la suma de las tasas de promoción y repetición” (Ministerio de Educación Pública, 2021).

Por lo que para el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada se considera únicamente el porcentaje de deserción o exclusión, de manera que sea más accesible con los datos suministrados por la Dirección Regional del MEP.

A nivel Regional, durante el 2020, el porcentaje de exclusión interanual fue de 1,55% Incluyendo Preescolar, I, II y III ciclo, educación diversificada, educación técnica, educación para jóvenes, adultos y educación especial.

Por su parte, el Área Rectora de Salud comprende los circuitos 03 y 14 del MEP. Además de la Escuela de La Palmera, el Liceo de La Palmera y el Liceo de San Francisco de la Palmera que forman parte del circuito 04.



En la siguiente tabla se detalla la deserción educativa para dichos circuitos durante el 2020 según la cantidad de estudiantes y la oferta académica de primer, segundo y tercer ciclo.

Tabla 12. Deserción educativa por oferta educativa durante el periodo 2020 en el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada.

Oferta Educativa	Total de estudiantes matriculados	Total de estudiantes excluidos	Porcentaje de exclusión educativa
<i>I y II ciclo</i>	5483	14	0,26
<i>III ciclo</i>	3512	43	1,22
<i>Total</i>	8995	57	0,63

Fuente: Base Datos de la Dirección Regional Huetar Norte del MEP, 2020.

De esta manera; para las instituciones educativas que comprenden el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada y que imparten I, II y III el porcentaje de exclusión fue de 0,63 % en el año 2020.

1.3.19. Incidencia de feminicidios

Según los datos del Observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia, en los años 2021 y 2022, no se han presentado Femicidios en el área.

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

Según datos del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en la Región Huetar Norte, para 2015, la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes era de 8,9%.



1.3.21. Consumo de drogas en población de 12 a 70 años

Usando información del IAFA sobre el consumo de drogas en el año 2015, se observa que la mayor prevalencia está relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y marihuana

Tabla 13. Prevalencia de consumo de drogas en población de 12 a 70 años, en la Región Huetar Norte, para 2015, según datos del IAFA

<i>Drogas</i>	<i>Prevalencia de consumo en el último mes</i>
<i>Tabaco</i>	8.9%
<i>Alcohol</i>	23.2%
<i>Medicamentos tranquilizantes</i>	0.7%
<i>Medicamentos opioides</i>	0,5%
<i>Medicamentos estimulantes</i>	0,2%
<i>Marihuana</i>	2,3%
<i>Cocaína</i>	0,2%
<i>Crack</i>	0,0%
<i>Disolventes volátiles</i>	0,3%
<i>Heroína</i>	0,0%
<i>Hongos alucinógenos</i>	0,0%
<i>LSD</i>	0,4%
<i>Éxtasis</i>	0,0%

Fuente: IAFA 2015.

1.3.22. Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años

Según datos del IAFA, en la Región Huetar Norte, para 2015, la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes era de 23,2%



1.3.23. Edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años

Según datos del IAFA, en la Región Huetar Norte, para 2015 la edad promedio de inicio de uso de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años era de:

- Marihuana: 18,2 años
- Cocaína: 18,6 años
- Crack: 19,7 años
- Disolventes volátiles: 12,8 años
- Heroína: 18,1 años
- Hongos alucinógenos: 16,6 años
- LSD: 19,9 años
- Éxtasis: 12,6 años

1.3.24. Seguridad ciudadana

Según datos estadísticos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), durante el 2022 se presentaron 475 sucesos delictivos en los distritos de Ciudad Quesada, Palmera y Buena Vista, clasificados de la siguiente manera:

Tabla 14. Sucesos delictivos reportados en los distritos de Ciudad Quesada, Palmera y Buena Vista en el 2022

<i>Suceso delictivo</i>	<i>Cantidad</i>
<i>Asalto</i>	90
<i>Homicidio</i>	2
<i>Hurtos</i>	177
<i>Robo</i>	135
<i>Robo de vehículo</i>	31
<i>Tacha de vehículo</i>	40

Fuente: Bases de datos del Organismo de Investigación Judicial, 2022



Para el caso de delitos sexuales, en el cantón de San Carlos, según datos estadísticos del Organismo de Investigación Judicial, durante el 2021 se presentaron 475 sucesos delictivos, clasificados de la siguiente manera:

Tabla 15 Delitos sexuales reportados en los distritos de Ciudad Quesada, Palmera y Buena Vista en el 2022

Suceso delictivo	Cantidad
<i>Abusos sexuales contra las personas mayores de edad</i>	22
<i>Abusos sexuales contra las personas mayores de edad (tentativa de)</i>	2
<i>Abusos sexuales contra personas menores de edad e incapaces</i>	183
<i>Abusos sexuales contra personas menores de edad e incapaces (tentativa de)</i>	2
<i>Relaciones sexuales con personas menores de edad</i>	223

Fuente: Bases de datos del Organismo de Investigación Judicial, 2022



1.4. Descripción de características de presencia de riesgos

1.4.1. Vulnerabilidad ante desastres

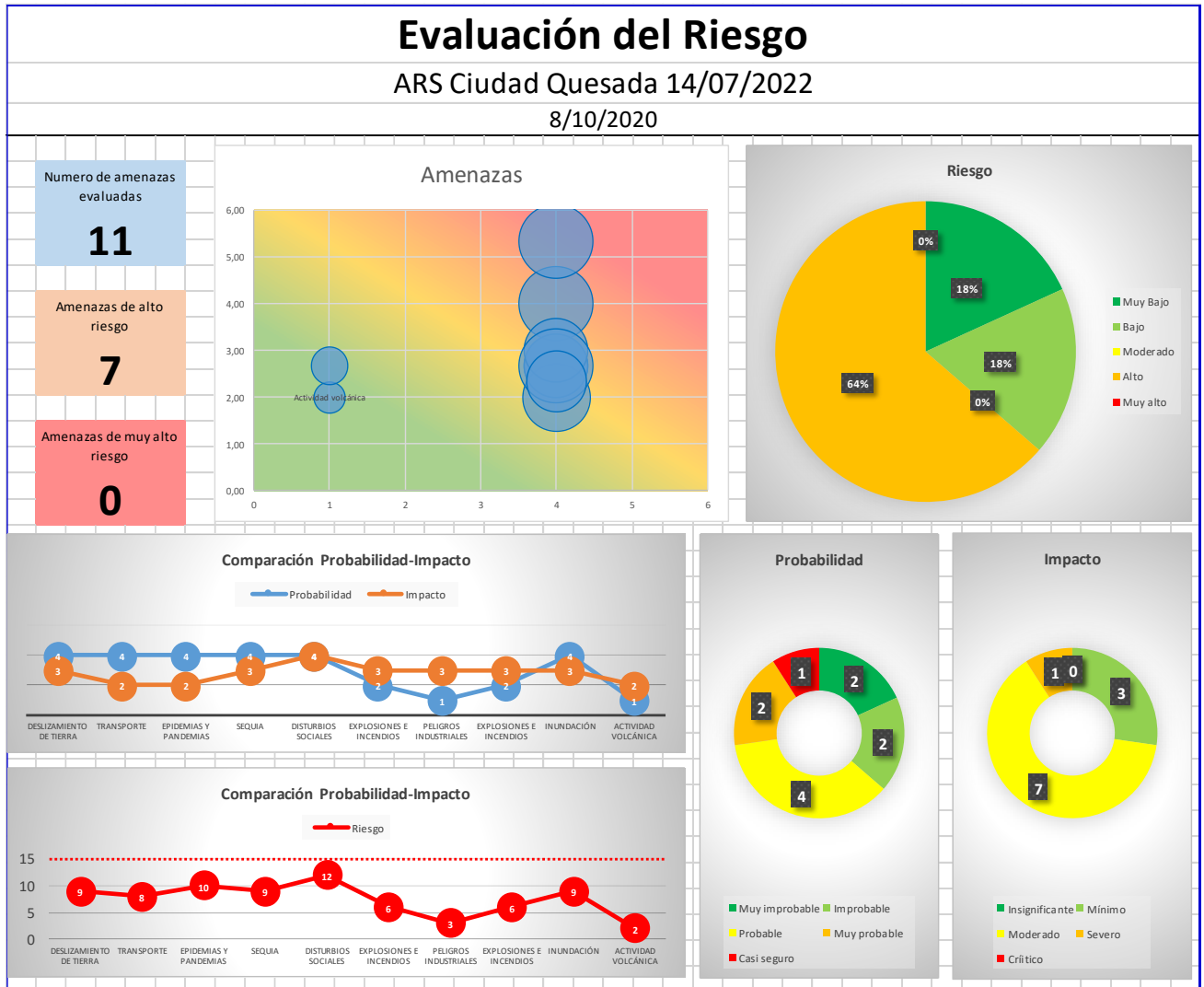
Durante el 2022 se aplicó el perfil de riesgos multiamenaza; el cual caracteriza al país e incluye riesgos sociales, físicos, tecnológicos, ambientales y biológicos; y los constantes impactos ocasionados ante su materialización. Su uso ha sido impulsado por el Nivel Central del Ministerio de Salud y ha generado que el país implemente un Sistema Nacional de Gestión de Riesgos, del cual forma parte el Sector Salud, con organización nacional hasta lo local y comunal; que permite realizar un monitoreo constante de los riesgos existentes, tomar medidas tempranas de alerta, socorro y garantizar la asistencia humanitaria en las comunidades afectadas en caso de ser requerida.

Con este objetivo, el Equipo de Gestión de Riesgo del Ministerio de Salud en conjunto con la OPS/OMS oficina subregional para Centroamérica y oficina país, impartieron un taller en el cual participó el ARS Ciudad Quesada y se procedió a la aplicación de la herramienta para la Evaluación Estratégica del Riesgo (STAR).

La herramienta STAR se caracteriza por ser una herramienta práctica, amigable, de manera que se pueda contar con la preparación necesaria para realizar un diagnóstico que sirva de base técnica para la preparación de planes y acciones de preparación y respuesta a emergencias y desastres en salud pública. Proporciona los elementos necesarios para identificar y analizar los riesgos a los que se puede enfrentar el sector salud en las regiones y territorios facilitando los posibles escenarios a los que potencialmente se podrían enfrentar.



Los resultados obtenidos al aplicar la herramienta para la Evaluación Estratégica del Riesgo (STAR) en el análisis de los riesgos del ARS Ciudad Quesada, arrojaron lo siguiente:





Los riesgos identificados, según el tipo de acciones de preparación requeridas, se delimita de la siguiente manera:

ARS Ciudad Quesada 14/07/2022		8/10/2020		
Riesgos	Acciones de preparación requeridas			
Etiquetas de fila	Mínima de preparación	Medidas de adicionales de preparación	Medidas de capacidad de respuesta operativa y mitigación de riesgos	
4.Alto				
(2) Transporte => Inmediatas (accidente de tránsito)	●	▲	◆	
(5) Disturbios sociales => Inmediatas y secundarias (huelgas en hospitales)	●	▲	◆	
(1) Deslizamiento de tierra => Inmediatas y secundarias (deslizamientos en zonas de riesgo)	●	▲	◆	
(3) Epidemias y pandemias => Inmediatas y secundarias (COVID-19)	●	▲	◆	
(4) Sequía => Secundarias (escasez de agua)	●	▲	◆	
(9) Inundación => Inmediatas y secundarias (desbordamiento del Río Platanar)	●	▲	◆	
(11) Sustancias peligrosas en el aire, el suelo o el agua => Inmediatas y secundarias (Contaminación de fuentes de agua para consumo humano)	●	▲	◆	
2.Bajo				
(6) Explosiones e incendios => Inmediatas y secundarias (Colapso estructural por accidente de una Caldera)	●			
(8) Explosiones e incendios => Inmediatas y secundarias (estaciones de carga y descarga de combustible)	●			
1.Muy bajo				
(7) Peligros industriales => Inmediatas y secundarias (fuga de gas cloro y óxido nítrico)	●			
(10) Actividad volcánica => Inmediatas y secundarias (presencia de posible volcán Platanar)	●			

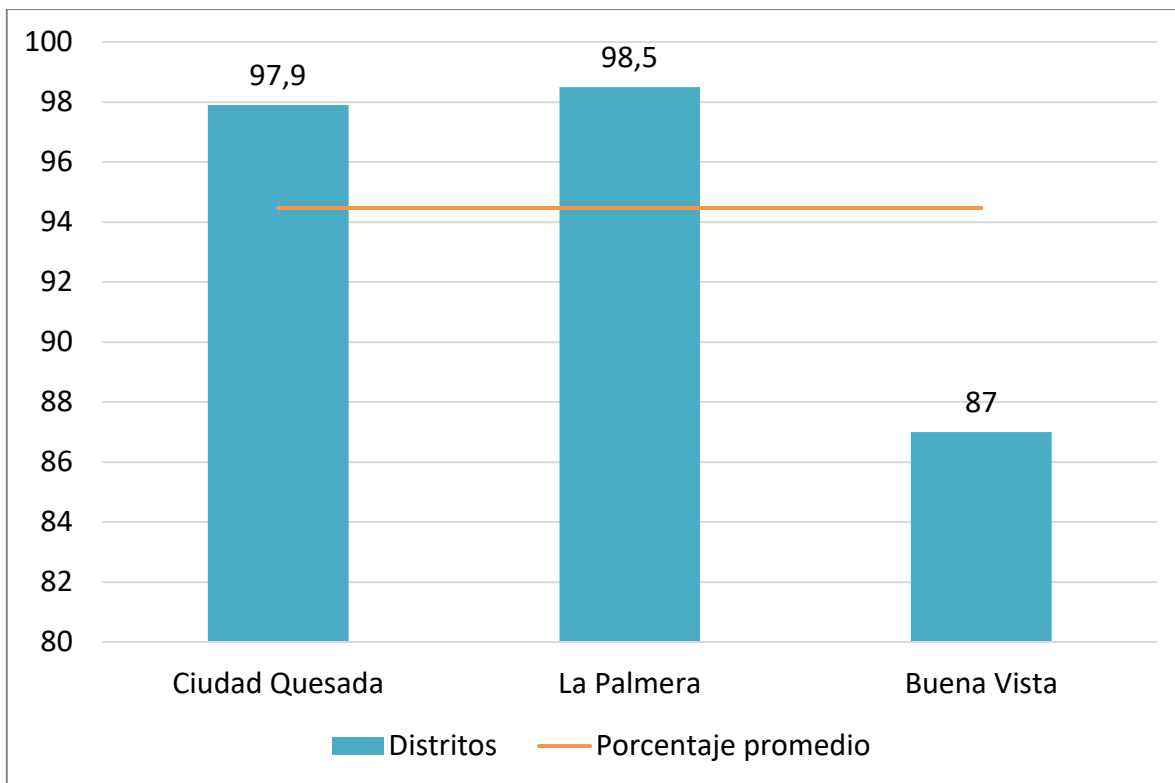


1.5. Descripción de las características ambientales

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

En el Área Rectora de Salud Ciudad Quesada se cuenta con 19 acueductos que suministran el agua para el consumo humano. Según los datos del INEC, en promedio el 94,46% de la población posee acceso a agua de calidad potable. Dicho porcentaje se distribuye de la siguiente manera:

Gráfico 3. Porcentaje de acceso a agua de calidad potable en los distritos del ARS Ciudad Quesada, para el año 2022



Fuente: Censo del INEC, 2011, consulta realizada en diciembre 2022



Según el análisis de la población abastecida, el Acueducto Municipal es el que contribuye el agua potable a la mayor cantidad de población, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 16. Suministro de agua para el consumo humano según acueducto del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada, 2022

Acueducto	Población Abastecida	Desinfección
ASADA La Selva San Ramón	680	Sí
ASADA Concepción, La Abundancia	1392	Sí
ASADA San Juan	3200	Sí
ASADA Sucre	2052	Sí
ASADA San Vicente	780	Sí
ASADA Santa Fe	1156	Sí
ASADA Corazón de Jesús, Tesalia	2108	Sí
ASADA San Gerardo	1850	Sí
ASADA Cedral, Dulce Nombre	5000	Sí
Acueducto Municipal de Ciudad Quesada	36463	Sí
ASADA La Marina	896	Sí
ASADA Calle Damas	800	Sí
ASADA La Palmera	5320	Sí
ASADA Porvenir	152	Sí
ASADA Buena Vista	300	No
ASADA Ron Ron	320	Sí

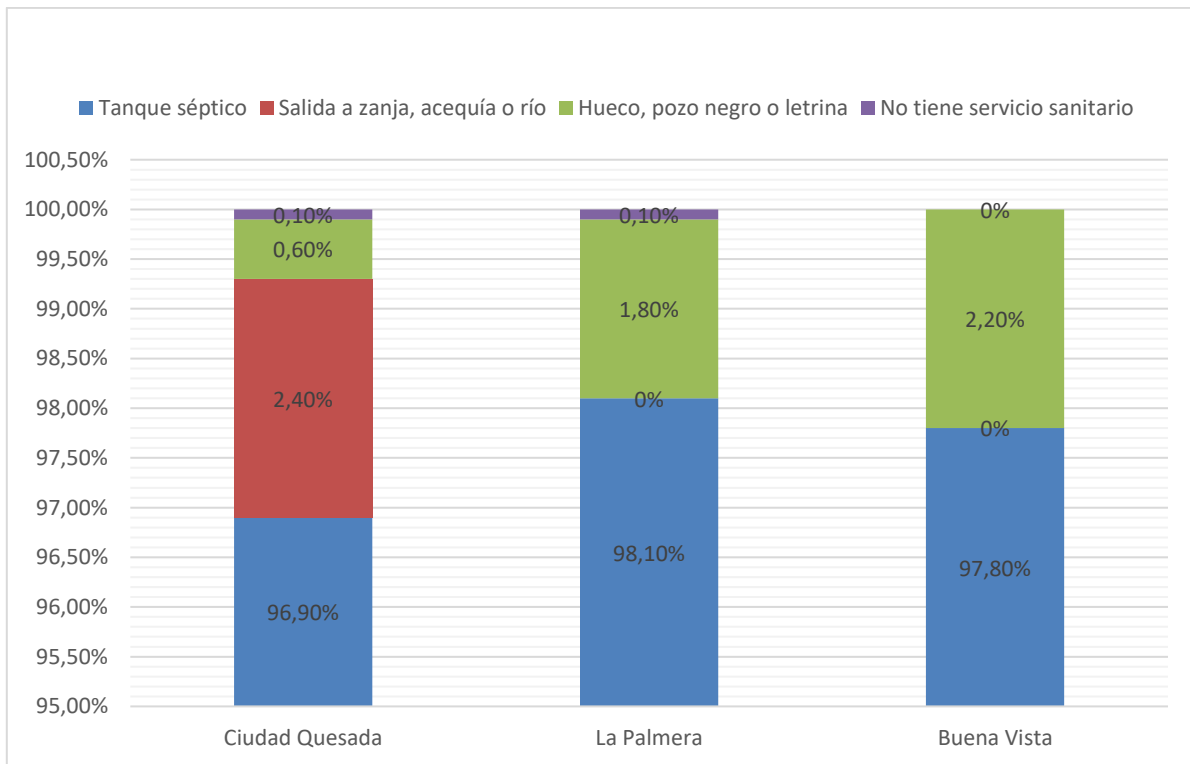
Fuente: Equipo de Regulación Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada, Ministerio de Salud 2023 con base en encuesta INEC 2022.



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

Según datos del INEC, en promedio, las viviendas del ARS Ciudad Quesada poseen un 97.60% de disposición final de las aguas residuales en sistemas de tanque séptico y drenajes. Se observa en el gráfico 4 que hay un porcentaje menor de viviendas que poseen mal manejo de las aguas residuales.

Gráfico 4. Porcentaje de viviendas según la disposición final de excretas en el ARS Ciudad Quesada, para el año 2022



Fuente: Censo del INEC, 2011, consulta realizada en diciembre 2022



A pesar de lo anterior, al no contarse con un alcantarillado sanitario en el casco urbano de Ciudad Quesada, se predispone a una inadecuada disposición final de aguas negras y servidas; con la dificultad de brindar una solución individual a cada vivienda.

1.5.3. Zonas protegidas (Áreas Silvestres Protegidas (ASP))

En el ARS Ciudad Quesada se encuentra el área de influencia directa e indirecta del Parque Nacional Juan Castro Blanco.

Tabla 17. Áreas Silvestres Protegidas ubicadas en la zona del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada, 2022

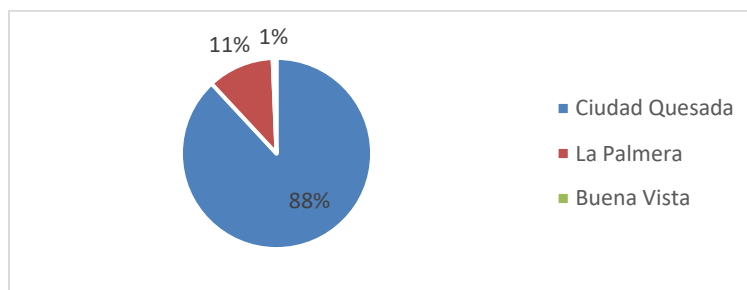
	Área de conservación	Año	Decreto	Área (ha)	Área (km ²)
JUAN CASTRO BLANCO	Área de Conservación Arenal Huetar Norte	1992	Ley_7297	14290,3971	142,903971

Fuente: Sistema de Áreas de Conservación, MINAE, 2022

1.5.4. Disposición de residuos sólidos

En el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada se cuenta con 14 121 casas de habitación, distribuidos de la siguiente manera: Ciudad Quesada 12 438 viviendas, La Palmera 1591 viviendas y Buena Vista 92 viviendas. En el siguiente gráfico se puede observar la distribución porcentual (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

Gráfico 5. Distribución de las viviendas de Ciudad Quesada, La Palmera y Buena Vista



Fuente: Censo del INEC, 2011, consulta realizada en diciembre 2022



Los sistemas que utilizan para la eliminación de los residuos sólidos son: camión recolector (Municipal y privado), hueco o enterrado, quemando y la disposición en campos abiertos o ríos; como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 18. Porcentaje de viviendas según tipo de disposición de residuos sólidos en el ARS-Ciudad Quesada 2011

Tipo Vivienda	Eliminación de Residuos Sólidos					
	Camión Recolector	Hueco o Entierran	Quemado	Botan en Lote Baldío	Botan en Río	Otro
Casa Independiente	82	3,5	6,6	0,12	0,04	0,4
Casa Independiente (Condominio)	0,05	0	0	0	0	0
Ed. Apartamento	6	0	0	0	0	0
Ed. Apart. en Condominio	0,15	0	0	0	0	0
Cuartería	0,17	0	0	0	0	0
Tugurio	0,3	0,05	0,08	0,02	0,05	0
*Otro	0,15	0,02	0,02	0	0	0

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011)

* **Otro:** Local, casa móvil, barco, camión

El sistema más utilizado es el de camión recolector Municipal que cubre en: Ciudad Quesada el 94.5% de los inmuebles; La Palmera el 50% de los inmuebles y Buena Vista únicamente el 3,3% de las casas disponen los residuos sólidos de forma adecuada. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011)

La Municipalidad de San Carlos cuenta con un Plan Municipal para la Gestión Integral de Residuos Sólidos (PMGIRS-2009) y un Reglamento para la gestión integral de residuos sólidos valorizables del Cantón. Aunado a ello, mantiene activa la Comisión



Interinstitucional del Plan Municipal para la Gestión Integral de Residuos Sólidos de San Carlos (CI-PMGIRS-SC), la cual da seguimiento y apoyo para el cumplimiento de la Ley para la Gestión Integral de Residuos Sólidos N° 8839, al Plan Municipal y al Reglamento para la Gestión Integral de Residuos Sólidos del cantón. En dicho plan se establecen objetivos para mejorar la cobertura de la recolección de residuos ordinarios y campañas de recolección de residuos reciclables.

Los residuos sólidos recolectados por la Municipalidad de San Carlos, tienen su disposición final en el Relleno Sanitario Municipal. Además, en algunas de las comunidades de Ciudad Quesada se cuentan con una recolección de residuos segregados por parte de la Municipalidad, realizando recolección de residuos valorizables, los cuales son llevados a centros de recuperación privados para su separación y respectiva gestión.

En el distrito de Quesada se cuenta con un Centro de Recuperación de Residuos Valorizables, llamado Cooperativa de Servicios Ambientales (COOPEAMBIENTE.R.L.), donde se reciben residuos valorizables de dueños de unidades habitacionales, comercios, industrias, otros centros de recuperación privados, lo recolectado por la Municipalidad y los Gestores privados de residuos. En este centro, en el año 2021 se recolectaron de 819 388 toneladas de residuos sólidos valorizables, de los cuales un 60% aproximadamente son producidos en la zona y de estos en su mayoría son recolectados por las rutas Municipales.

Además, se desarrollan campañas de eliminación de criaderos de mosquitos, en las localidades que integran el Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, realizando recorridos en centros de población que contemplen zonas de riesgo a posibles brotes. En el año 2022 se recolectaron 8 800 kilogramos de residuos.



Por otra parte, los desechos bioinfecciosos que se producen a nivel hospitalario, en los sectores del Área de Salud de Ciudad Quesada y en los establecimientos de salud privados; tiene varias opciones para el transporte, con un sistema privado bajo contrato mediante un vehículo autorizado por el Ministerio de Salud que sigue las normas y procedimientos que se estipulan en el Reglamento para el Manejo de Desechos Bioinfecciosos.



1.6. Descripción de características de oferta, demanda y cobertura de servicios de salud

1.6.1. Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas

Según los datos de INEC, estadísticas de nacimientos 2021 REDATAM, se presenta el siguiente cuadro que relaciona los nacimientos con el número de consultas prenatales recibidas en cada embarazo.

Tabla 19. Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas en el ARS-Ciudad Quesada 2021

<i>Total de consultas</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>	<i>Acumulado %</i>
0	2	0,35%	0,35%
1	3	0,53%	0,88%
2	5	0,88%	1,75%
3	11	1,93%	3,68%
4	31	5,43%	9,11%
5	44	7,71%	16,81%
6	67	11,73%	28,55%
7	98	17,16%	45,71%
8	128	22,42%	68,13%
9	92	16,11%	84,24%
10	41	7,18%	91,42%
11	9	1,58%	92,99%
12	17	2,98%	95,97%
13	4	0,70%	96,67%
14	4	0,70%	97,37%
15	4	0,70%	98,07%
16	2	0,35%	98,42%
18	1	0,18%	98,60%
<i>Ignorado</i>	8	1,40%	100,00%
Total	571	100,00%	100,00%

Fuente: estadísticas de nacimientos 2021, REDATAM



1.6.2. Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado

Según los datos de INEC, estadísticas de nacimientos 2021 REDATAM, se muestra la siguiente tabla que relaciona los nacimientos con el acceso a personal capacitado.

Tabla 20. Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado en el ARS-Ciudad Quesada 2021

<i>Persona que atendió el parto</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>	<i>Acumulado %</i>
Profesional en medicina	92	16,11%	16,11%
Profesional en enfermería obstétrica	400	70,05%	86,16%
Profesional en enfermería Comadrona	1	0,18%	86,34%
Otra persona	1	0,18%	86,51%
Profesional en medicina gineco-obstetra	2	0,35%	86,87%
Ignorado	74	12,96%	99,82%
	1	0,18%	100,00%

Fuente: estadísticas de nacimientos 2021 REDATAM

1.6.3. Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud

Según los datos de INEC, estadísticas de nacimientos 2021 REDATAM, EL 99.6% (569) de los nacimientos en el Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, fueron atendidos en establecimientos de salud.

1.6.4. Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna

Tabla 21. Cobertura de Vacunación para el año 2022 en la población del ARS-Ciudad Quesada

<i>Vacuna</i>	<i>Programado</i>	<i>Ejecutado</i>	<i>%</i>
DPT III DOSIS	604,8	521	86,14
POLIO III DOSIS	604,8	521	86,14
HEP-B. III DOSIS	604,8	533	88,13
HEM.INFLUENZA E.III DOSIS	604,8	521	86,14
NEUMOCOCCICA II. DOSIS	604,8	526	86,97

Fuente: Datos de Ministerio de Salud 2022.



Para el año 2022 en el Área Rectora de Ciudad Quesada se observan coberturas de vacunación de alrededor del 86-87%; no obstante, los datos a nivel regional del Ministerio de Salud reportan coberturas totales por encima del 95%. Por otra parte, la Caja Costarricense de Seguro Social maneja poblaciones diferentes a las del Área Rectora del Ministerio de Salud, además no contabiliza algunas vacunas si no se encuentran en el rango estricto de casos o si el esquema de vacunas se encuentra atrasado. Como por ejemplo en el caso de niños extranjeros que no cuentan con esquema de vacunación y se les inicia al llegar al país. Por último, las poblaciones reportadas en el INEC no corresponden tradicionalmente con las reportadas por parte del Ministerio de Salud para el Área Rectora.

1.6.5. Tasa de profesionales en medicina

En el ARS Ciudad Quesada, en el año 2022 se cuenta con 2,96 médicos por cada 1000 habitantes.

1.6.6. Tasa de profesionales en enfermería

En el ARS Ciudad Quesada, en el año 2022 se cuenta con 1,81 enfermeras por cada 1000 habitantes.

1.6.7. Tasa de profesionales en odontología

En el ARS Ciudad Quesada, en el año 2022 se cuenta con 0,18 odontólogos por cada 1000 habitantes.

1.6.8. Razón de profesionales psiquiatras

En el ARS Ciudad Quesada, en el año 2022 se cuenta con 0,06 psiquiatras por cada 1000 habitantes.

1.6.9. Razón de profesionales psicólogos



En el ARS Ciudad Quesada, en el año 2022 se cuenta con 0,21 psicólogos por cada 1000 habitantes.

1.6.10. Razón de profesionales trabajadores sociales

En el ARS Ciudad Quesada, en el año 2022 se cuenta con 0,12 trabajadores sociales por cada 1000 habitantes.

1.6.11. Razón de enfermeras de salud mental

En el ARS Ciudad Quesada, en el año 2022 se cuenta con 0,04 enfermeros de salud mental por cada 1000 habitantes.

1.6.12. Tasa de camas hospitalarias

En el ARS Ciudad Quesada se cuenta con el Hospital San Carlos, el cual cuenta con 225 camas de hospital que son regularmente mantenidas con recursos y están disponibles para ser ocupadas por pacientes.

1.6.13. Tasa de atenciones ambulatorias

Según datos del Hospital San Carlos, se cuenta con estadísticas de consulta ambulatoria de 2031 atenciones ambulatorias en el año 2021 y 5726 atenciones ambulatorias en el año 2022.

1.6.14. Razón de egresos hospitalarios

Según datos del Hospital San Carlos, se cuenta con estadísticas que indican 12 249 egresos hospitalarios en el año 2021 y 12 726 egresos hospitalarios en el año 2022.

1.6.15. Distribución de servicios de salud

Según las bases de datos del ARS Ciudad Quesada se cuenta con 45 establecimiento de salud del sector público, de los cuales 34 están habilitados y con permiso vigente. Además,



existe el acceso a 228 establecimientos del sector privado, de los cuales 209 habilitados y con permiso vigente.

Entre los establecimientos de salud más frecuentes se encuentran: 21 farmacias comunitarias, 12 ambulancias, 21 centros de acondicionamiento físico, 10 laboratorios clínicos, 56 establecimientos de consulta médica general o especialidades y 46 clínicas de odontología.



1.6.16. Descripción de características de oferta de servicios de salud mental

En las comunidades que integran el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada se puede encontrar numerosos parques municipales abiertos a todo el público. Así como el Estadio Municipal Carlos Ugalde y la Ciudad Deportiva que cuenta con: piscina, pista de atletismo, gimnasio, cancha de fútbol y adecuación de espacios para prácticas deportivas de diferente índole.

El Complejo Cultural tiene sus instalaciones en Ciudad Quesada donde se realizan actividades como festivales de cine y conciertos. La Biblioteca Pública brinda cursos libres, así como el Instituto Nacional de Aprendizaje y la Universidad Estatal a Distancia.

Por su parte en el sector privado, existen academias para niños y niñas sobre karate, taekwondo, artes marciales mixtas, interpretación de instrumentos musicales... fomentando la actividad física y recreativa de este segmento de la población.

1.6.17. Oferta de servicios de atención directa en salud mental a nivel público.

En el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada los servicios de atención directa en salud mental a nivel público son ofrecidos únicamente por el Hospital San Carlos y la oficina de Desarrollo Social de la Municipalidad de San Carlos.

En esta última se ofrece atención psicológica para hombres y mujeres con cita previa. También la oficina de Desarrollo Social ofrece un grupo de apoyo gratuito para hombres impartido por el Instituto Costarricense de Masculinidad, Pareja y Sexualidad (WEM) todos los jueves a las 6pm.

Por su parte la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) brinda atención psicológica para personas migrantes de la Región Huetar Norte, incluyendo la población del Área Rectora.



1.6.18. Oferta de servicios de atención directa en salud mental a nivel privado (Incluir ONGs)

En el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada la oferta privada de atención directa corresponde principalmente a los consultorios privados en psicología. Sin embargo, también existen iglesias de diferentes congregaciones que brindan a sus feligreses facilidades de atención privada.

1.6.19. Redes comunitarias

El Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada cuenta con redes comunitarias desarrolladas a partir del Proyecto de Salud Mental “Juntos por el Bienestar” con metodología de la OPS. El cual se impartió y se consolidó en las comunidades de: Cedral, San Martín y La Palmera. En La Abundancia y Buena Vista se implementó el proyecto sin suficiente aceptación.

Por su parte, las comunidades cuentan con grupos organizados de adultos mayores, seguridad comunitaria, mujeres, emprendedores y demás temáticas que le permiten la integración colectiva y promoción de la salud mental.

1.6.20. Proyectos o actividades implementadas en el último quinquenio

En el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada se han desarrollado los siguientes proyectos en Salud Mental:

A partir del 2011, desde la coordinación de la Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS) local, el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada ejecuta el proyecto “Domingos en Movimiento” que tiene como objetivo promover la actividad física y la recreación de forma permanente en la población de Ciudad Quesada, Buena Vista y La Palmera, con el fin de lograr cambios favorables en los estilos de vida. Durante el 2020 se



realizó bajo una modalidad virtual y en el 2021 se inició con visitas a diferentes comunidades. De manera que los primeros domingos de cada mes se realiza un evento con actividades deportivas, recreativas y difusión de mensajes acordes a las efemérides seleccionadas para el evento. Un eje transversal del proyecto es la promoción de la salud mental como pilar de los estilos de vida saludable.

En el 2018, el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada planteó y ejecutó dos proyectos de promoción de la Salud Mental. Primeramente, “Promoción de Factores Protectores de la Salud Mental mediante la actividad física por medio del baile popular para personas adultas jóvenes de Ciudad Quesada”. Donde el objetivo era desarrollar estilos de vida saludable por medio de un curso de baile popular para un grupo de 20 personas adultas jóvenes. De manera que se buscaba promover la salud mental de esta población, lo que se alcanzó a través de 12 sesiones de baile y una actividad de integración.

El segundo proyecto consistía en la promoción de factores protectores de la salud mental mediante el uso de herramientas de arteterapia con población de adultos mayores del Hogar de Ancianos San Vicente de Paul y el Centro Diurno de Atención al Adulto Mayor de Ciudad Quesada. En total participaron 26 personas mayores cuyas edades iban desde los 65 hasta los 87 años.

Para el 2019, con el proyecto “Promoción de Factores Protectores de la Salud Mental y prevención del suicidio, mediante la actividad física y aprendizaje del Hip Hop para jóvenes de 12 a 19 años de La Palmera, San Carlos”; el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada, coordinó 8 sesiones de Hip Hop para 20 participantes. A su vez, con el proyecto “Principios básicos de educación financiera como factor protector de salud mental para hombres, dirigido al grupo Hombres Valiosos de San Carlos” contó con la participación de 12 hombres mayores de 18 años en cuatro sesiones.



Durante el 2020 no se realizaron proyectos con financiamiento debido a la emergencia por Covid-19, misma que afectó la salud mental de la población y en especial de las personas que enfermaron gravemente. Por ello, en el 2021 se realizó de manera virtual el proyecto “Recuperación creativa de tu salud mental después del COVID-19”. Buscando fortalecer las habilidades de inteligencia emocional, a través de un espacio educativo de desarrollo integral de arte terapia a un grupo de personas recuperadas de COVID-19, en edades entre los 20 y 59 años, residentes en los distritos de Ciudad Quesada, Buena Vista y La Palmera, para la recuperación de la salud mental en tiempos de pandemia a través de 6 sesiones para 25 personas.

Durante el 2022 se contó con dos proyectos regionales que promovían la Salud Mental. En primer lugar, la OPS brindó el proceso de “Juntos por el Bienestar” en las comunidades de Buena Vista y Cedral. Posteriormente, mediante un proyecto Regional financiado por la Secretaría Técnica de Salud Mental, se realizó una contratación para que se aplicara la misma metodología en las comunidades de La Palmera, La Abundancia y San Martín. Con el objetivo de generar espacios de formación comunitaria para fortalecer las capacidades locales en la promoción y cuidado de la salud mental en catorce comunidades de la Región Huetar Norte durante el II semestre del 2022; el proyecto contemplaba acercarse a los líderes comunales para darles a conocer la relevancia de la Salud Mental y la aplicación de los primeros auxilios emocionales. Al finalizar los talleres se formaron redes comunitarias con un plan de trabajo en el cuál contemplaron beneficiar la Salud Mental de diferentes sectores de la localidad.

En segundo lugar, se realizó el proyecto de Salud Mental “Los Toros Estamos Contigo”, el cual consistía en fortalecer los factores protectores de la salud mental de los jugadores de las diferentes categorías de la Asociación Deportiva San Carlos, equipo femenino, equipo de amputados, miembros del cuerpo técnico, padres, madres o personas encargadas de familia mediante un proceso socioeducativo para la prevención



del comportamiento suicida en la Región Huetar Norte. Logrando ejecutar efectivamente los talleres con la población meta y el inicio de una campaña de comunicación donde los mismos jugadores emitían los mensajes de prevención del suicidio.

1.6.21. Investigaciones en salud mental en el último quinquenio

No se cuenta con investigaciones realizadas en Área Rectora Ciudad Quesada durante el último quinquenio

1.6.22. Identificación de sistemas de Información en salud mental.

Actualmente no se cuenta con sistemas de información específica en salud mental. Sin embargo, la boleta VE-01 y el sistema Expediente Digital Único en Salud (EDUS) de la Caja Costarricense del Seguro Social son las fuentes de información en salud mental.



2. CAPITULO II: PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL ÁREA RECTORA DE SALUD DE CIUDAD QUESADA

2.1. Perfil de morbilidad del Área Rectora de Salud Ciudad Quesada

El perfil de morbilidad se refiere a la descripción de la prevalencia y distribución de las enfermedades y condiciones de salud en una población en particular. Este perfil se elabora y se utiliza para entender mejor las necesidades en temas de salud de la población del Área Rectora, así como para identificar áreas donde se pueden mejorar los programas de prevención y tratamiento de enfermedades.

El siguiente perfil de morbilidad incluye información sobre la incidencia, la prevalencia, la mortalidad y otros indicadores de la carga de enfermedad en las poblaciones de Ciudad Quesada, La Palmera y Buena Vista.

La información del presente perfil de morbilidad es de utilidad para diseñar los planes de acción en salud pública y programas de intervención que se centren en las necesidades de la población del Área Rectora de Ciudad Quesada.

2.1.1. Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal *(Para población de 6-12 años del censo escolar 2016)

Tabla 22. Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal en la población del ARS-Ciudad Quesada, datos del 2016

DISTRITO	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)				
	Desnutrición severa	Desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
BUENA VISTA	0,00%	0,00%	71,80%	15,40%	12,80%
PALMERA	0,40%	2,00%	72,20%	18,70%	6,80%
QUESADA	0,30%	1,60%	66,50%	19,40%	12,30%

Fuente: Censo escolar 2016.

Como se muestra en la tabla anterior en nuestra Área de Atracción se observa población con edades entre los 6 a 12 años en estado nutricional óptimo, no obstante se

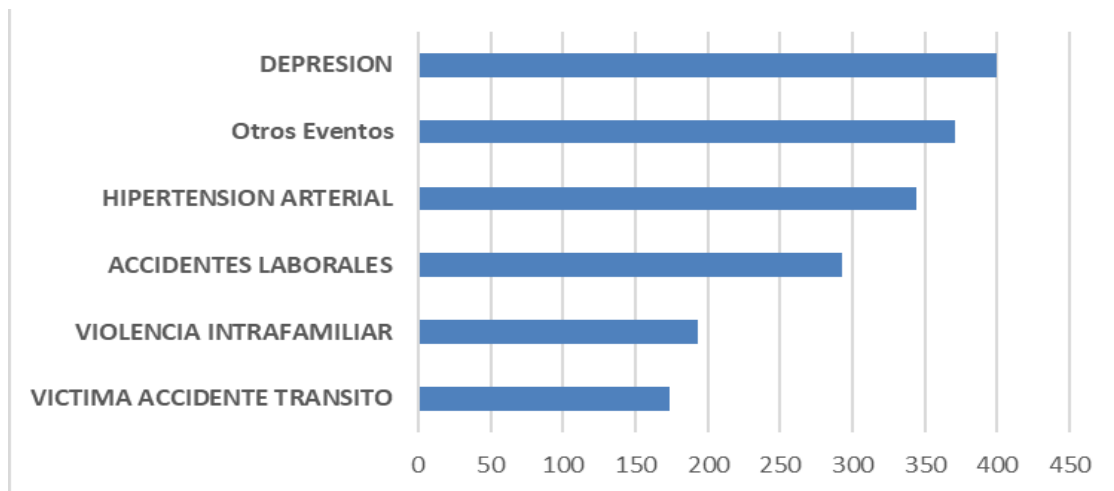


requiere realizar esfuerzos para disminuir los casos de niños con sobre peso y obesidad para disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades a largo plazo.

2.1.2. Distribución relativa de los eventos de notificación obligatoria

Los eventos de notificación obligatoria reportados por los profesionales de la salud del Área Rectora de Ciudad Quesada se gestionan para poder tomar medidas oportunas y efectivas para prevenir y controlar enfermedades y emergencias sanitarias. En el gráfico 6 se observa la distribución de los principales eventos para el año 2022 que fueron notificados mediante las boletas VE-01.

Gráfico 6. Distribución principales eventos según número de casos, Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, 2022.



Fuente: Base de datos, Área Rectora de Salud Ciudad Quesada 2022.



2.1.3. Tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria

La tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria se refiere al número de nuevos casos de los principales efectos de notificación obligatorias ocurridos durante el 2022, en la población del Área Rectora de Ciudad Quesada. Se pueden observar los resultados en el cuadro a continuación:

Tabla 23. Tasa de incidencia principales eventos de notificación obligatoria Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, 2022

Evento	Tasa de Incidencia /100000h
Víctima de Accidente de Tránsito	317,5
Violencia Intrafamiliar	354,2
Accidentes Laborales	537,7
Hipertensión Arterial	631,3
Otros Eventos	680,9
Depresión	732,3

Fuente: Base de datos, Área Rectora de Salud Ciudad Quesada 2022.

2.1.4. Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopía positiva

En el Área Rectora de Ciudad Quesada durante el año 2022 la tasa de incidencia para tuberculosis con baciloscopía positiva fue de 9,1 casos por cada 100 000 mil habitantes.

2.1.5. Tasa de incidencia de las principales neoplasias malignas

Este indicador cuantifica la cantidad de casos nuevos de cáncer diagnosticados en la población del Área Rectora de Ciudad Quesada durante el año 2022, y se utiliza para medir la frecuencia de estos padecimientos y poder evaluar el impacto de esta enfermedad.



Tabla 24. Tasa de incidencia de neoplasias malignas por cada 100000 habitantes de los distritos de Ciudad Quesada, La Palmera y Buena Vista, 2015-2019

Evento	Número absoluto	Tasa de incidencia por cada 100000 hab.
Tumores malignos	45	82,6
Tumor maligno del estómago	9	16,5
Otros tumores malignos	8	14,7
Tumor maligno del colon y recto	7	12,8
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	5	9,2
Tumor maligno de la próstata	3	5,5
Tumor maligno del hígado	3	5,5
Linfomas y mieloma múltiple	2	3,7
Tumor maligno de la mama	2	3,7
Tumor maligno del cuello del útero	2	3,7
Leucemia	1	1,8
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	1	1,8
Tumor maligno de la boca y orofaringe	1	1,8
Tumor maligno del esófago	1	1,8

Fuente: Datos INEC, Área Rectora de Salud Ciudad Quesada 2015-2019.

En el Área Rectora de Ciudad Quesada, la tasa de incidencia evidencia que 82,6 personas por cada 100 000 habitantes padecieron algún tipo de neoplasia durante el quinquenio 2015-2019.

2.1.6. Tasa de incidencia SIDA

En las bases de datos del Área Rectora de Ciudad Quesada no se cuenta con datos específica por condición de VIH o SIDA; pero si se cuenta con la información unificada para casos VIH-SIDA. Durante el 2022, se obtiene una tasa de incidencia de 9,1 casos de VIH-SIDA por cada 100 000 habitantes.



2.1.7. Tasa de incidencia VIH

En las bases de datos del Área Rectora de Ciudad Quesada no se cuenta con datos específicos por condición de VIH o SIDA; pero si se cuenta con la información unificada para casos VIH-SIDA. Durante el 2022, se obtiene una tasa de incidencia de 9,1 casos de VIH-SIDA por cada 100 000 habitantes.

2.1.8. Razón hombre/mujer en casos de SIDA

No se cuenta con datos específicos de casos de SIDA por sexo para el Área Rectora de Ciudad Quesada, no obstante, a partir del año 2023 se incluye el diagnóstico en la base de eventos de notificación individual lo que permitirá en el futuro contar con información específica.

2.1.9. Índice parasitario anual de malaria

En las bases de datos del Área Rectora de Ciudad Quesada, se evidencia que no se presentaron casos de malaria en el último quinquenio.

2.1.10. Malaria

Durante el último quinquenio no se han presentado casos autóctonos de malaria en el Área Rectora de Ciudad Quesada, no obstante, durante el año 2022 se presentó un caso importado el cual fue abordado conforme a lo establecido.

2.1.11. Razón de infecciones nosocomiales

Durante el año 2022 se notificaron 25 casos de infecciones asociadas a la atención de salud correspondientes al área de salud Ciudad Quesada. Sin embargo, no se puede realizar el cálculo de la razón de infecciones nosocomiales ya que los establecimientos de salud no cuentan con el dato exacto de cada paciente atendido perteneciente a nuestra área de atracción. Además, se infiere que existe un subregistro en el reporte de dichas



infecciones ya que se debería contar con el reporte de establecimientos de salud públicos y privados, así como del Instituto Nacional de Seguros localizados en todo el país para poder tener un dato confiable.

2.1.12. Enfermedades transmisibles

Para el año 2022, en el Área de Salud de Ciudad Quesada, se observa que únicamente el 4,5% del total de los reportes realizados corresponden a enfermedades transmisibles además de los datos consignados específicamente para infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda. Cabe destacar que se presentaron cuatro casos de tuberculosis pulmonar a lo largo de todo el año 2022, lo que ratifica que en nuestra comunidad las enfermedades transmisibles no representan un gran problema de salud pública.

2.1.13. Enfermedad diarreica aguda

Según las bases de datos, durante el año 2022, el Área Rectora Ciudad Quesada presenta una tasa de Incidencia de enfermedades diarreicas agudas de 1137,8 casos por cada 100 000 habitantes.

2.1.14. Infecciones respiratorias

Según las bases de datos, durante el año 2022 el Área Rectora Ciudad Quesada presenta una tasa de Incidencia de 2053,9 casos de Infecciones Respiratorias Altas por cada 100 000 habitantes.



**2.1.15. Enfermedades cardiovasculares, isquémicas del corazón,
cerebrovasculares Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, 2015-2019**

<i>Evento</i>	<i>Total por quinquenio</i>	<i>Tasa de incidencia por quinquenio</i>	<i>Porcentaje</i>
I21 - Infarto agudo del miocardio	83	152,3	28,3
I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	61	112,0	20,8
I67 - Otras enfermedades cerebrovasculares	23	42,2	7,8
I64 - Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	16	29,4	5,5
I42 - Cardiomiopatía	16	29,4	5,5
I61 - Hemorragia intraencefálica	11	20,2	3,8
I69 - Secuelas de enfermedad cerebrovascular	10	18,4	3,4
I20 - Angina de pecho	8	14,7	2,7
I13 - Enfermedad cardiorrenal hipertensiva	8	14,7	2,7
I62 - Otras hemorragias intracraneales no traumáticas	8	14,7	2,7
I50 - Insuficiencia cardíaca	7	12,8	2,4
I10 - Hipertensión esencial (primaria)	6	11,0	2,0
I60 - Hemorragia subaracnoidea	6	11,0	2,0
I05 - Enfermedades reumáticas de la válvula mitral	3	5,5	1,0
I46 - Paro cardíaco	3	5,5	1,0
I51 - Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca	3	5,5	1,0
I71 - Aneurisma y disección aórticos	3	5,5	1,0
Q20 - Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones	2	3,7	0,7
Q24 - Otras malformaciones congénitas del corazón	2	3,7	0,7



C38 - Tumor maligno del corazón, del mediastino y de la pleura	2	3,7	0,7
I33 - Endocarditis aguda y subaguda	2	3,7	0,7
I38 - Endocarditis, válvula no especificada	2	3,7	0,7
Q21 - Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	2	3,7	0,7
I24 - Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón	2	3,7	0,7
I49 - Otras arritmias cardíacas	2	3,7	0,7
I48 - Fibrilación y aleteo auricular	1	1,8	0,3
I63 - Infarto cerebral	1	1,8	0,3

Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, datos del 2015-2019

2.1.16. Enfermedades no transmisibles

Dentro de esta gran categoría tal y como se logra visualizar en cuadros anteriores, las enfermedades cardiovasculares y trastornos asociados corresponden al grueso de las enfermedades no transmisibles junto con otros eventos de notificación como la depresión. Otros eventos de mayor importancia en el perfil del Área para el año 2022 son la violencia intrafamiliar y los accidentes laborales y de tránsito.



2.2. Perfil de mortalidad del Área Rectora Salud de Ciudad Quesada

El presente perfil de mortalidad se refiere a las características de las personas que han fallecido en las poblaciones de Ciudad Quesada, La Palmera y Buena Vista en el quinquenio 2015-2019. Este perfil se puede utilizar para analizar las causas de muerte más comunes, la edad y el sexo de las personas que han fallecido y otras características relevantes.

2.2.1. Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad para el periodo 2015-2019

La carga global de enfermedad se utiliza para medir el impacto total de todas las enfermedades y lesiones en la población del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada. Este análisis permite comprender mejor la magnitud de los problemas de salud y como afectan a la población, lo cual facilita la toma de decisiones.

Tabla 25. Mortalidad proporcional general según eventos de carga global de enfermedad para el periodo 2015-2019 en los Distritos Quesada, Buena Vista y Palmera

<i>Eventos</i>	<i>Total</i>	<i>Tasa de mortalidad por cada 10000 habitantes</i>	<i>Porcentaje</i>
Enfermedades no transmisibles	1025	18,81	94,0%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	59	1,08	5,4%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	1	0,02	0,1%
Mal definidas	6	0,11	0,5%
Total	1091	20,02	100,0%

Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, datos del 2015-2019



Tabla 26. Mortalidad Proporcional según evento de carga global de enfermedad para el periodo 2015-2019 en los distritos Quesada, Buena Vista y Palmera.

Eventos	Total, en el Quinquenio	Tasa de mortalidad en el Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	1025	1881,18	84,92
Enfermedades cardiovasculares	339	622,17	28,09
Tumores malignos	286	524,90	23,70
Enfermedades digestivas	110	201,88	9,11
Enfermedades respiratorias	71	130,31	5,88
Diabetes mellitus	72	132,14	5,97
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	46	84,42	3,81
Enfermedades del sistema genito-urinario	47	86,26	3,89
Anomalías congénitas	17	31,20	1,41
Otros tumores	9	16,52	0,75
Enfermedades del sistema músculo esquelético	6	11,01	0,50
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	17	31,20	1,41
Enfermedades de la piel	5	9,18	0,41
Enfermedades dentales	0	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	95	174,35	7,87
Accidentes	59	108,28	4,89
Lesiones intencionales	33	60,56	2,73
Eventos (lesiones) de intención no determinada	3	5,51	0,25
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	87	159,67	7,21
Infecciones respiratorias	41	75,25	3,40
Enfermedades infecciosas y parasitarias	26	47,72	2,15
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18	33,04	1,49
Deficiencias de la nutrición	1	1,84	0,08
Causas maternas	1	1,84	0,08
Causas mal definidas	6	11,01	0,49

Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, datos del 2015-201



2.2.2. Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida. 2015-2019.

La priorización de los eventos, según mortalidad por edades, determina como se deben gestionar los recursos y las líneas de acción según los grupos más afectados y de mayor riesgo por edad. Una vez priorizados los eventos de mortalidad por edad se pueden asignar recursos limitados de manera más certera y tomar decisiones informadas sobre los programas de salud pública y ejes de acción del Área Rectora Ciudad Quesada.

Tabla 27. Priorización de eventos según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida, distritos Quesada, Palmera y Buena Vista, 2015-2019.

Orden N°	Evento (código CIE 10)	Menos de 1 año	Porcentaje
1	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	2	0,18
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	2	0,18
3	Q79 - Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	1	0,09
Orden N°	Evento (código CIE 10)	1 a 9 años	Porcentaje
1	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	4	0,09
2	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	4	0,09
3	P22 - Dificultad respiratoria del recién nacido	4	0,09
Orden N°	Evento (código CIE 10)	10 a 19 años	Porcentaje
1	C91 - Leucemia linfoide	2	0,17
2	M32 - Lupus eritematoso sistémico	1	0,08
3	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	1	0,08
Orden N°	Evento (código CIE 10)	20 a 64 años	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo del miocardio	24	0,07



2	C16 - Tumor maligno del estómago	15	0,04
3	X95 - Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	12	0,03
Orden N°	Evento (código CIE 10)	65 y más	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo de miocardio	57	0,07
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	47	0,06
3	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	32	0,04
Orden N°	Evento	Total Edades	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo de miocardio	83	0,07
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	61	0,05
3	C16 - Tumor maligno del estómago	41	0,03

Fuente: Datos INEC, Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, 2015-2019.

2.2.3. Total general de mortalidad, ajustada por edad en menores de 5 años, en personas mayores de 65 años según sexo y causa

Las causas más frecuentes de mortalidad en esos grupos de edad obedecen a malformaciones genéticas y de prematuridad que presentan complicaciones en este periodo, y en mayores de 65 años las causas son cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular y enfermedad obstructiva crónica.

2.2.4. Tasa de mortalidad

Según las bases de datos, durante el quinquenio 2015-2019, se presentó una tasa cruda de mortalidad de 2 226 muertes por cada 100 000 habitantes.



2.2.5. Causas externas: accidentes de trabajo, accidentes de transporte terrestre, suicidios, lesiones autoinfligidas, homicidio probable del percance.

Las causas externas de mortalidad se refieren a las circunstancias o factores que no están relacionados con enfermedades médicas y que provocan lesiones o muertes en una población. Estas causas son el resultado de accidentes, lesiones intencionales o eventos con el entorno como desastres naturales. En el siguiente cuadro se observa la distribución de fallecidos por causas externas en el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada para el quinquenio 2015-2019.

Tabla 28. Causas externas de mortalidad en los distritos de Quesada, Buena Vista y Palmera para el quinquenio 2015-2019.

<i>Eventos</i>	<i>Total</i>	<i>Tasa de mortalidad</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Causas externas de morbilidad y mortalidad</i>	95	174,4	0,002
<i>Accidentes</i>	59	108,3	0,001
<i>Lesiones intencionales</i>	33	60,6	0,001
<i>Eventos (lesiones) de intención no determinada</i>	3	5,5	0,000

Fuente: Datos INEC, Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2015-2019.

2.2.6. Frecuencia relativa de defunciones en el sitio del accidente de tránsito, según causa

En el Área Rectora de Ciudad Quesada no se cuenta con información sobre fallecimientos en sitios de accidente de tránsito, ni tipificación por causa. Contar con la información por ubicación geográfica permitiría poder establecer medidas de control y prevención vial.



2.2.7. Muertes infantiles por tipo de causa

Durante el año 2022 se presentaron 4 muertes infantiles correspondientes al Área Rectora de Ciudad Quesada, dos de ellas se tratan de muertes por prematuridad, una por miocardiopatía dilatada y una con causa en estudio para definir criterios de prevenibilidad.

2.2.8. Mortalidad perinatal

En el Área Rectora de Ciudad Quesada no se han presentado casos de mortalidad perinatal en los últimos cinco años. De manera satisfactoria, se mantiene constante revisión de los casos de muertes de mujeres en edad fértil con el objetivo de realizar un control cruzado para garantizar que no exista la posibilidad de no haber declarado una muerte que pudiera obedecer a causas perinatales.

2.2.9. Mortalidad materna

Durante el último quinquenio no se han presentado casos de mortalidad materna correspondientes al Área Rectora de Salud Ciudad Quesada.

2.2.10. Razón de mortalidad perinatal

Como se mencionó en el epígrafe anterior no se han presentados casos de muertes perinatales durante el último quinquenio.



2.3. Indicadores relacionados con salud mental

Los indicadores de Salud Mental del Área Rectora de Ciudad Quesada fueron calculados con datos obtenidos de las bases de eventos de notificación obligatoria (VE-01) obtenidos de entes públicos y privados durante el año 2022.

2.3.1. Tasa de trastorno bipolar afectivo

El Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, durante el año 2022, presentó una tasa de 1,83 casos por cada 100 000 habitantes con diagnóstico de trastorno bipolar afectivo. Se continúa realizando esfuerzos para sensibilizar a profesionales del ámbito público y privado sobre la adecuada notificación de dicho diagnóstico.

2.3.2. Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas

El Área Rectora de Salud Ciudad Quesada presenta una tasa de 117,45 personas con trastorno de comportamiento por uso de sustancias psicoactivas por cada 100 000 habitantes.

2.3.3. Tasa de esquizofrenia

No se cuenta con casos notificados de esta patología para el Área Rectora durante el año 2022, no obstante, se continúa sensibilizando al personal de salud sobre la importancia de que este evento sea notificado.

2.3.4. Tasa de depresión

Para el 2022, el Área Rectora de Ciudad Quesada presenta una tasa de 784,8 casos de depresión por cada 100 000 habitantes.



2.3.5. Trastornos mentales y del comportamiento

Para nuestra área de atracción los trastornos del comportamiento reportados son los correspondientes a uso de sustancias psicoactivas mencionados en el epígrafe anterior.

2.3.6. Tasa de suicidio

Durante el quinquenio del 2015-2019 la tasa de suicidios para Área Rectora Ciudad Quesada es de 5,5 por cada 100 000 habitantes.

2.3.7. Tasa de violencia

Durante el año 2022 se obtienen una tasa de 256,9 casos de violencia notificados por cada 100 000 habitantes, es importante destacar que se trata de violencia intrafamiliar únicamente ya que no se cuenta con datos de otros tipos de violencia.



2.4. 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 realizado fue la identificación de los actores sociales que participaran, para cual fue necesario realizar un mapeo de actores sociales de la comunidad.

2.4.1. Identificación de actores sociales participantes

En este paso el equipo local del ARS Ciudad Quesada procedió a realizar un análisis de los principales actores sociales de las comunidades de Buena Vista, La Palmera y Ciudad Quesada, incluyendo representantes reconocidos formalmente como gobiernos locales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, líderes comunales, líderes religiosos entre otros.

Se usaron las siguientes definiciones para evaluar y seleccionar los actores sociales que fueron invitados al taller de trabajo con la comunidad:

- ✓ 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 accionar.
- ✓ 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.



Se observa a continuación la lista de los actores sociales evaluados, y se identifican con color azul los actores sociales que se seleccionaron porque poseen el puntaje más alto de la evaluación.

Tabla 29. Lista de los actores sociales evaluados y priorizados para participar del taller de trabajo con la comunidad.

Puntaje por mapeo de actores sociales para el ASIS						
Categoría del Actor	Actor social (institución/individuo)	Rol o función	Posición	Interés	Influencia	Puntaje Final
		1. No vinculada 2. Facilitadora 3. Cooperadora	1. En contra 2. Indiferente 3. A favor	1. Ningún interés 2. Moderado interés 3. Mucho interés	1. Poca 2. Media 3. Alta	
Actor de la comunidad	MAYELA ROJAS (BUENA VISTA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	MARIA ESTHER RAMIREZ (BUENA VISTA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	NORMA QUIROS (PALMERA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	LEONORA BOGANTES (LA PALMERA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	ELADIO ROJAS (LA PALMERA)	1	2	3	2	8
Actor de la comunidad	JUAN ACUÑA (LA PALMERA)	1	1	3	3	8
Actor de la comunidad	GABRIELA GONZALEZ (LA PALMERA)	2	2	1	3	8
Actor de la comunidad	DIGNA ACOSTA (LA PALMERA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	DANIEL ROJAS CASTRO (LA PALMERA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	EMILIA MURILLO (LA PALMERA)	3	3	2	1	9
Actor de la comunidad	JOSE MANUEL OSES (LA PALMERA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	MARIA GRACE MORERA (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	ANALIVE SOLERA SALAS (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	VICTOR HUGO GAMBOA (CIUDAD QUESADA)	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	HILDA SANDOVAL (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	SALVADOR QUIROS (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	QUESADA MARIA EUGENIA CAMPOS	3	3	1	1	8
Actor de la comunidad	QUESADA JOSE IGNACIO BENAVIDES	2	2	1	3	8
Actor de la comunidad	QUESADA LALI	1	2	3	2	8
Actor de la comunidad	QUESADA ANABELLE ESPINOZA	1	1	3	3	8
Actor de la comunidad	QUESADA ANA RAMIREZ	2	1	1	1	5
Actor de la comunidad	QUESADA FLORY ARCE	2	3	2	2	9
Actor de la comunidad	MARIA ESTER QUESADA (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	QUESADA JORGE ARROYO CASTRO	2	2	1	3	8
Actor de la comunidad	QUESADA IVAN VARELA	1	2	1	3	7
Actor de la comunidad	DADILIA RAMIREZ (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	QUESADA LIGIA SALAS	2	2	1	3	8
Actor de la comunidad	QUESADA YAMILETH PICADO	1	2	3	2	8
Actor de la comunidad	QUESADA LIDIA POTOY	1	1	3	3	8
Actor de la comunidad	SIRLENE SANCHO (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	QUESADA GILBERTO SALAZAR	1	2	3	2	8
Actor de la comunidad	QUESADA LAURA ROJAS	1	1	3	3	8
Actor de la comunidad	GUILLERMINA VARILLAS SEAS (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12
Actor de la comunidad	MARIA ALEXANDRA PAGUADA MORALES (CIUDAD QUESADA)	3	3	3	3	12



2.4.2. Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud

Una vez definidos los actores sociales se procedió a hacer una convocatoria para realizar el taller de trabajo el día 17 de mayo del 2023, con el objetivo de realizar la priorización de los problemas de salud que se identifican en las comunidades que ellos representan.

2.4.2.1. Sondeo general de problemas de salud en la comunidad

Usando la Técnica de Grupo Nominal establecida en la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud Costa Rica 2019, se realizó una reflexión individual de los tres principales problemas de salud que considera afectan a la comunidad. De este análisis individual se obtuvo la siguiente lista de problemas:

Tabla 30. Lista de los problemas de salud identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades

PROBLEMAS SALUD	
Dificultad de acceso a servicio salud	Población migrante desatendida
Delincuencia	Falta de oportunidad educativa
Hipertensión	Contaminación de ríos
Económicos	Contaminación del aire
Desempleo	Caños sucios
Basura	Polleras en áreas de recarga acuífera
Sedentarismo	Ruido
Transporte	Contaminación visual
Diabetes	

Fuente: Taller con actores sociales, mayo 2023



Seguidamente cada participante procedió a realizar una evaluación y fue puntuando los problemas de salud indicados en la tabla 30. Según la votación individual de cada actor social se procedió a tabular la información y se obtuvo la lista de los 10 problemas de salud de mayor relevancia para los actores sociales.

Tabla 31. Lista de los diez problemas de salud identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades

#	Problema de Salud	Puntaje total de la valoración de los problemas en la comunidad																
		Puntaje del participante																
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Total
1	DIFICULTAD DE ACCESO A SERVICIO SALUD	5	5	0	5	5	0	2	5	1	1	5	0	0	3	1	0	38
2	DELINCUENCIA	3	3	4	1	0	3	4	1	4	0	0	4	1	1	2	5	36
3	HIPERTENSION	0	0	0	0	3	0	0	4	5	4	3	0	0	5	0	0	24
4	ECONOMICOS	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	1	0	3	4	4	1	19
5	DESEMPLEO	0	4	3	2	0	1	3	0	0	0	0	3	0	0	0	2	18
6	BASURA	0	0	5	0	4	2	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	17
7	SEDENTARISMO	0	0	0	4	0	0	0	0	0	5	0	0	0	2	5	0	16
8	TRANSPORTE	1	1	0	0	1	0	5	0	3	0	0	0	5	0	0	0	16
9	DIABETES	2	2	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	2	0	0	0	11
10	POBLACION MIGRANTE DESANTEDIDA	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	10

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

Una vez que el grupo definió los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual calificó los problemas de salud, usando los siguientes criterios:

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>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Afecta a pocos Afectada de manera moderada Afecta a muchos 	<p>¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) importantes?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Baja Media Alta 	<p>¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> pocas oportunidades Oportunidades moderadas Altas oportunidades 	<p>¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Poco interés Interés medio Alto interés 	<p>¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Poca demanda Moderada demanda Alta demanda



De esta manera, se efectuó la evaluación individual de los 10 problemas de salud identificados (Ver tabla 31). Usando los criterios mencionados y posterior a tabular los resultados, se obtienen los 3 problemas de salud priorizados. Los cuales fueron, subsiguientemente, evaluados con la metodología de “los 5 porqués”

Tabla 32. Lista de los tres problemas de salud priorizados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades

Puntaje total de la valoración de los problemas en la comunidad CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN (CUADRO 8)																		
#	Problema de Salud	Puntaje del participante																
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Total
1	DELINCUENCIA	15	13	11	14	11	14	14	13	14	12	10	14	12	9	9	15	200
2	DIFICULTAD DE ACCESO A SERVICIO SALUD	14	14	11	15	8	10	13	13	13	12	10	11	12	10	11	14	191
3	ECONOMICOS	10	12	13	12	10	11	14	13	14	13	11	11	8	11	11	13	187

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

El objetivo final de los 5 porqués es determinar las causas del problema para poder solucionarlo de forma eficaz. Esta metodología se basa en un proceso de trazabilidad, donde se hacen preguntas para analizar las posibles causas del problema, caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que originó el problema.

A continuación, se detallan los análisis de los “los 5 por qué” de cada uno de los problemas de salud:



Gráfico 7. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: DELINCUENCIA, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.

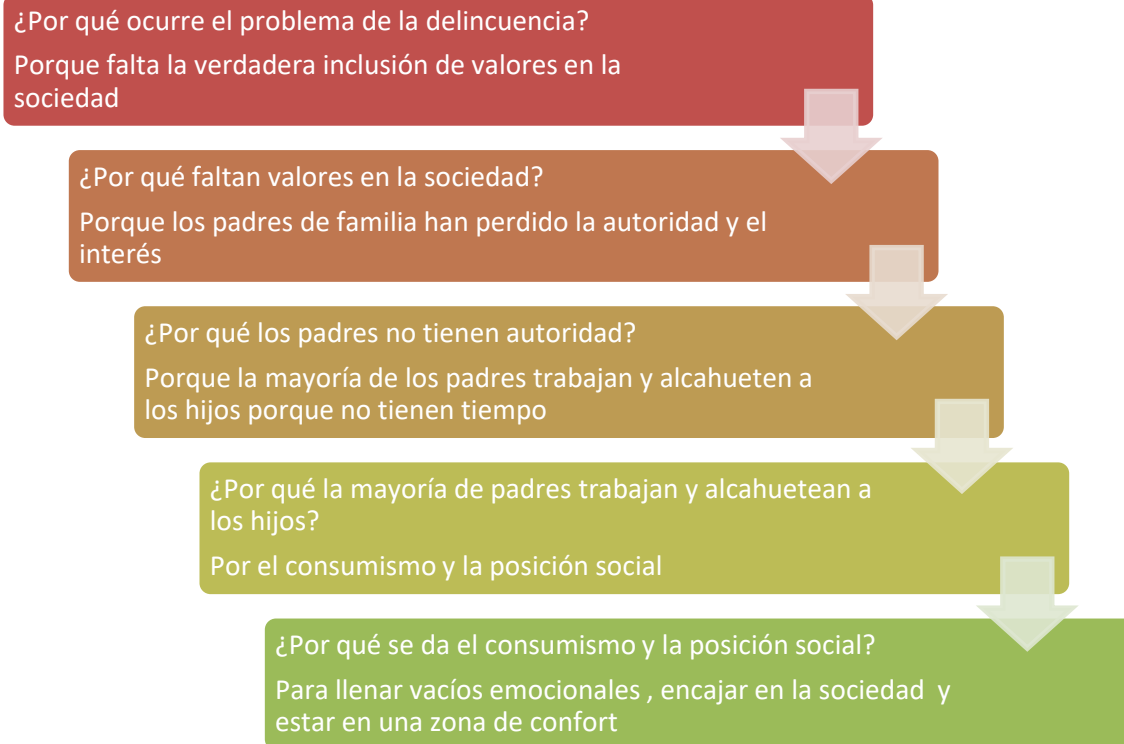




Gráfico 8. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: DIFICULTAD DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.

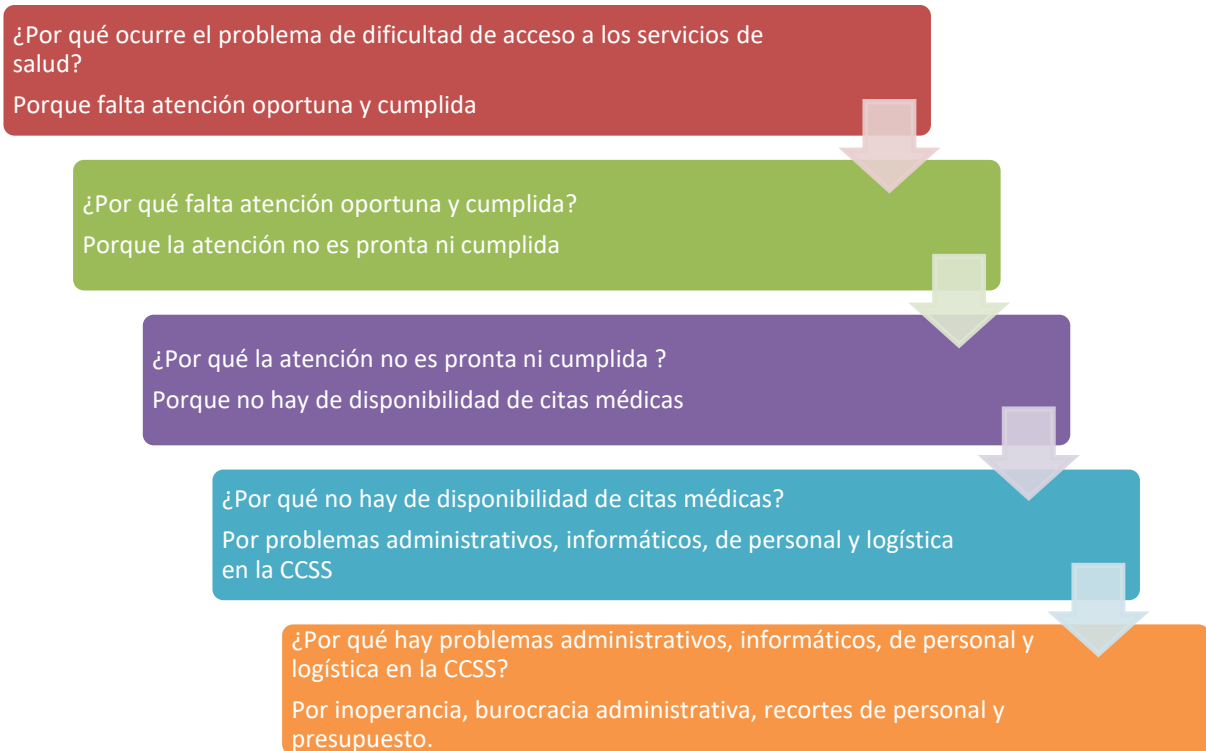




Gráfico 9. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: PROBLEMAS ECONÓMICOS, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.

¿Por qué ocurren los problemas económicos?

Porque no sabemos administrar el dinero

¿Por qué no sabemos administrar el dinero?

Porque no hay educación en administración financiera

¿Por qué no hay educación en administración financiera? Porque hay falta de interés y de visión de la sociedad

¿Por qué hay falta de interés y de visión de la sociedad? Porque pensamos en el corto plazo y no se saben tomar decisiones financieras

¿Porque pensamos en el corto plazo y no se saben tomar decisiones financieras? porque no nos enseñaron a priorizar temas financieros



2.4.3. Taller de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud mental

Una vez concluido el trabajo con los problemas de salud, se utilizó la misma metodología para analizar los problemas de salud mental. Con apoyo de los actores sociales se procedió durante el taller de trabajo del día 17 de mayo del 2023, se realizó la priorización de los problemas de salud mental que se identifican en las comunidades que ellos representan.

2.4.3.1. Sondeo general de problemas de salud mental en la comunidad

Usando la Técnica de Grupo Nominal establecida en la Guía Metodológica de Análisis de Situación de Salud Costa Rica 2019 se realizó una reflexión individual de los 3 principales problemas de salud mental que considera afectan a la comunidad. De este análisis individual se obtuvo la siguiente lista de problemas:

Tabla 33. Lista de los problemas de salud mental identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades

PROBLEMAS SALUD MENTAL	
Drogas	Falta de espacios recreativos
Estrés	Espacios educativos
Falta de valores	Soledad
Depresión	Violencia
Falta de compromiso y participación comunal	Violencia intrafamiliar
Baja autoestima	Discriminación
Suicidio	Discapacidad
Sociedad de consumo	

Fuente: Taller con actores sociales, mayo 2023



Seguidamente cada participante realizó una evaluación y fue puntuando los problemas de salud mental indicados en la Tabla 31. Según la votación individual de cada actor social se procedió a tabular la información y se obtuvo la lista de los 10 problemas de salud mental de mayor relevancia para los actores sociales.

Tabla 34. Lista de los diez problemas de salud mental identificados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades

#	Problema de Salud	Puntaje total de la valoración de los problemas en la comunidad																
		Puntaje del participante																
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Total
1	DROGAS	5	0	5	4	5	2	3	0	3	0	0	5	3	5	1	3	44
2	ESTRÉS	0	4	3	0	4	4	1	5	5	4	0	0	5	0	0	4	39
3	FALTA DE VALORES	2	3	2	5	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0	2	22
4	DEPRESION	0	5	0	0	0	1	0	4	2	5	0	0	0	0	0	4	21
5	FALTA DE COMPROMISO Y PARTICIPACION COMUN	4	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4	4	0	0	5	0	20
6	BAJA AUTOESTIMA	0	2	1	2	2	3	4	0	0	0	0	0	0	0	3	1	18
7	FALTA DE ESPACIOS RECREATIVOS	0	0	0	3	0	5	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	15
8	ESPACIOS EDUCATIVOS	3	0	0	1	1	0	0	1	0	0	5	2	0	0	0	0	13
9	SOLEDAD	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	4	0	0	11
10	VIOLENCIA	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	10

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

Una vez que el grupo definió los 10 principales problemas de salud mental de la comunidad, cada participante de manera individual calificó los problemas de salud mental, usando los siguientes criterios:

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>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Afecta a pocos Afectada de manera moderada Afecta a muchos 	<p>¿Qué probabilidad tiene este problema de ocasionar daños (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) importantes?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Baja Media Alta 	<p>¿Qué posibilidades existen de realizar acciones de prevención primaria que eviten la aparición de este problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> pocas oportunidades Oportunidades moderadas Altas oportunidades 	<p>¿Qué grado de interés tienen los participantes, de la comunidad, en la resolución del problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Poco interés Interés medio Alto interés 	<p>¿Qué grado de necesidad sentida tiene la comunidad con respecto al problema en salud?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Poca demanda Moderada demanda Alta demanda



De esta manera, se efectuó la evaluación individual de los 10 problemas de salud mental identificados (Ver tabla 32). Usando los criterios mencionados y posterior a tabular los resultados, se obtienen los 3 problemas de salud mental priorizados. Los cuales fueron posteriormente evaluados con la metodología de “los 5 porqués”

Tabla 35. Lista de los tres problemas de salud mental priorizados por los actores sociales el día 17 de mayo del 2023, como problemas que afectan sus comunidades

Puntaje total de la valoración de los problemas en la comunidad CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN (CUADRO 8)																		
#	Problema de Salud	Puntaje del participante																
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Total
1	ESPACIOS EDUCATIVOS	10	9	15	15	10	11	14	14	12	12	11	12	11	14	15	16	201
2	FALTA DE ESPACIOS RECREATIVOS	13	11	13	15	9	12	13	11	13	10	11	11	15	11	10	15	193
3	VIOLENCIA	10	13	11	14	9	15	14	13	14	13	11	9	11	9	10	14	190

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

El objetivo final de los 5 porqués es determinar las causas del problema para poder solucionarlo de forma eficaz. Esta metodología se basa en un proceso de trazabilidad, donde se hacen preguntas para analizar las posibles causas del problema, caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que originó el problema.

A continuación, se detallan los análisis de los “los 5 por qué” de cada uno de los problemas de salud:



Gráfico 10. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: FALTA DE ESPACIOS EDUCATIVOS, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.

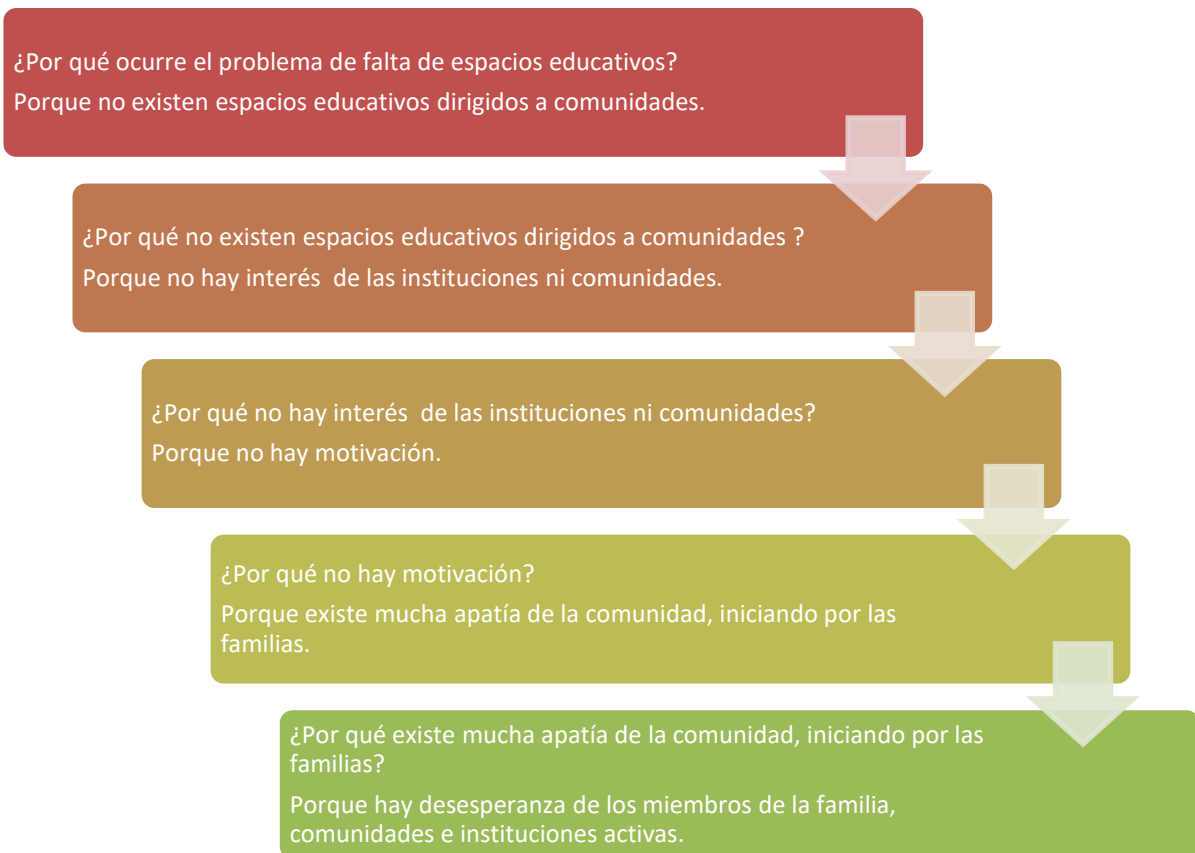




Gráfico 11. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: FALTA DE ESPACIOS RECREATIVOS, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.

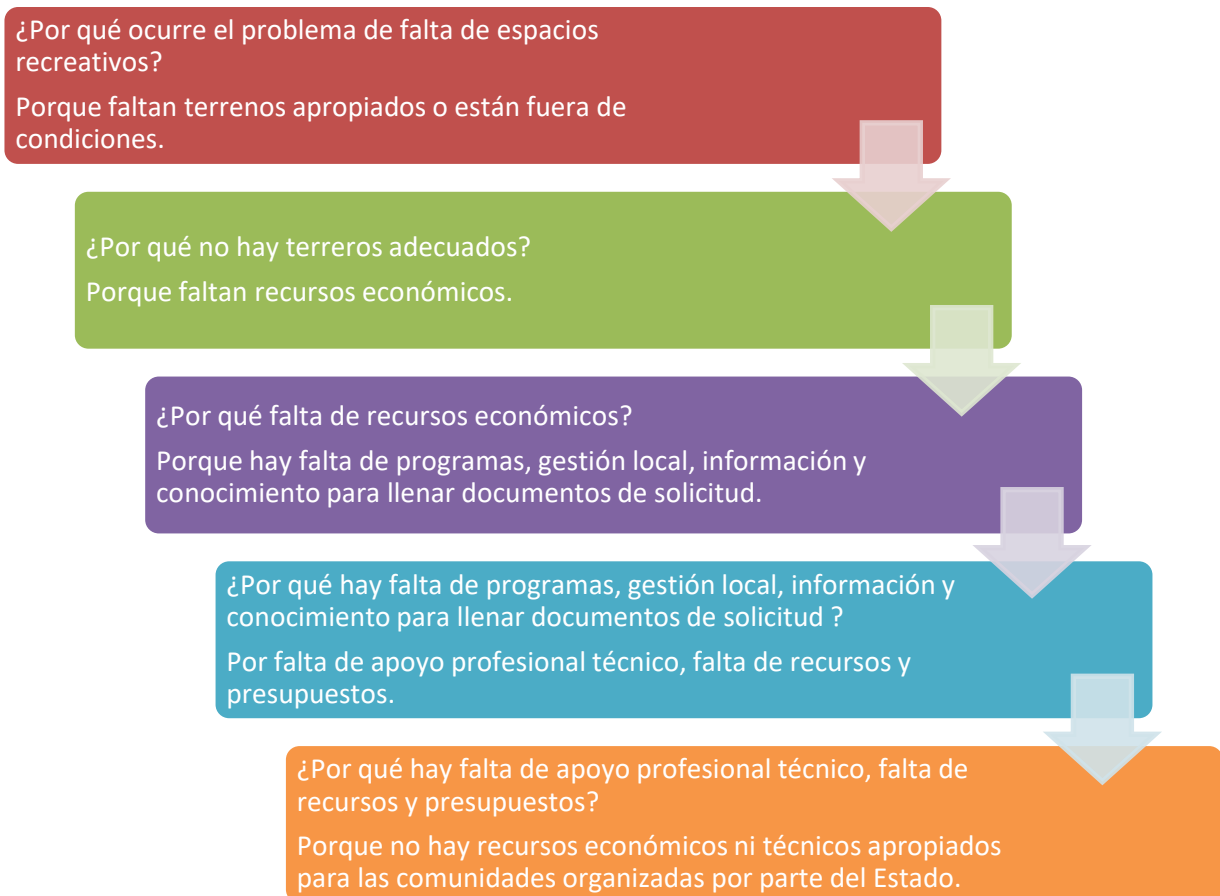




Gráfico 12. Esquema de “los 5 porqués en la comunidad para el problema: VIOLENCIA, elaborado en el taller con actores sociales del 17 de mayo del 2023.





3. CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS PARA EL ÁREA RECTORA DE SALUD DE CIUDAD QUESADA

Para continuar con el análisis se estableció una lista de los 5 problemas priorizados por el equipo local del Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, el problema general y los 3 problemas de salud identificados en la comunidad. Los problemas priorizados por el Equipo Local del ARS Ciudad Quesada se seleccionaron usando con base en las estadísticas de mortalidad del quinquenio 2015-2019.

Para realizar el análisis de los problemas se usó el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado). El diagrama Causa-Efecto es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud.

La lista de los problemas priorizados para el Área Rectora de Salud Ciudad Quesada es la siguiente:

Tabla 36. Lista de los problemas de salud priorizados para el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada

Problema de Salud	Priorizado por
Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (población menor de 1 año)	Equipo Local del ARS Ciudad Quesada
Tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años	Equipo Local del ARS Ciudad Quesada
Leucemia Linfoide en población de 10 a 19 años	Equipo Local del ARS Ciudad Quesada
Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 64 años	Equipo Local del ARS Ciudad Quesada
Infarto agudo de miocardio en población de 65 y más años	Equipo Local del ARS Ciudad Quesada
Problema general: Enfermedades cardiovasculares	Equipo Local del ARS Ciudad Quesada
Delincuencia	Actores Sociales de la Comunidad
Dificultad de acceso a servicio salud	Actores Sociales de la Comunidad
Problemas económicos	Actores Sociales de la Comunidad



3.1. Análisis de los problemas de salud priorizados

A continuación, se encuentra el análisis de cada problema de salud priorizado, se realiza de forma integral el análisis de dicho problema desde sus causas raíz hasta los ejes de acción propuestos para validación con los actores sociales. Para llevar a cabo este análisis, el Equipo Local realizó un taller el día 19 de julio del 2023. Con los expertos que fueron convocados se organizaron grupos de trabajo según los problemas de salud para determinar todas las causas raíz del problema de salud identificado y cada una de sus causas secundarias y terciarias.

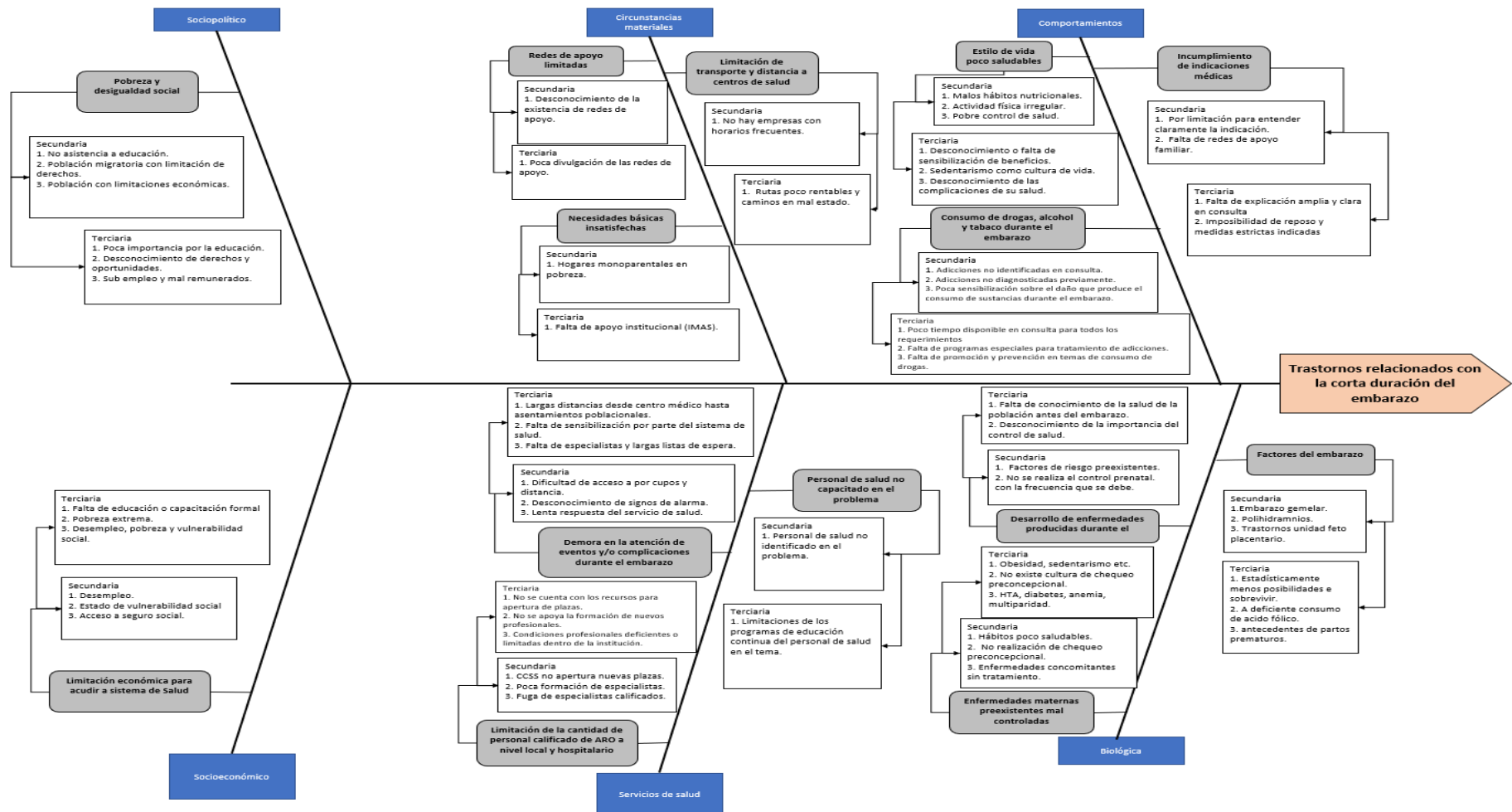
El Equipo Local junto con los expertos analizó, para cada dimensión, las causas raíz principales que afectan el problema de salud identificado. Posteriormente a cada causa raíz se le determinó como máximo tres causas secundarias y una causa terciaria por cada causa secundaria.

Una vez concluido el análisis del Diagrama Causa-Efecto, fue necesario trabajar con ayuda de los expertos la priorización de las causas raíz, lo cual se hizo con la metodología del diagrama de Pareto. Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la misma es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz. (Dirección de Vigilancia de la Salud, 2019)

Una vez identificadas las causas raíz priorizadas por problema de salud, se identificaron los factores protectores y líneas de acción para el problema de salud, en el cuadro de “Identificación de factores de protección y líneas de acción” que se incluye ya validado por la comunidad al final de cada problema evaluado. Según se indicó, los cuadros fueron validados por los actores sociales que representaron a las comunidades según se describe en el capítulo 4 del presente documento.



3.1.1. Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (población menor de 1 año)





3.1.1.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud

3.1.1.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de Trastornos relacionados con corta duración de la gestación y con bajo peso al nacer fue necesario trabajar con ayuda de los expertos la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se hace mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 37. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de los trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (población menor de 1 año), desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	mora en la atención de eventos y/o complicaciones durante el embarazo	10	5	10	500	10,10%	10,10%	500	80%
6.2	Personal de Salud no capacitado en el problema	10	5	10	500	10,10%	20,21%	1000	80%
6.3	Enfermedades maternas preexistentes mal controladas	10	5	10	500	10,10%	30,31%	1500	80%
1.1	Desarrollo de enfermedades producidas durante el embarazo	10	5	10	500	10,10%	40,41%	2000	80%
1.2	Incumplimiento de indicaciones médicas	10	5	10	500	10,10%	50,52%	2500	80%
1.3	Baja cantidad de personal calificado de ARO a nivel local y hospitalario	7	5	10	350	7,07%	57,59%	2850	80%
2.1	Factores del embarazo	10	5	7	350	7,07%	64,66%	3200	80%
2.2	Estilo de vida poco saludables	10	5	7	350	7,07%	71,73%	3550	80%
2.3	Consumo de drogas, alcohol y tabaco durante el embarazo	10	5	7	350	7,07%	78,80%	3900	80%
3.1	Redes de apoyo limitadas	10	5	7	350	7,07%	85,88%	4250	20%
3.2	Limitación económica para acudir al sistema de Salud	10	3	10	300	6,06%	91,94%	4550	20%
3.3	Limitaciones de transporte y/o distancia al centro de salud	10	5	3	150	3,03%	94,97%	4700	20%
4.1	Necesidades básicas insatisfechas	10	5	3	150	3,03%	98,00%	4850	20%
4.2	Pobreza y desigualdad social	7	3	3	63	1,27%	99,27%	4913	20%
4.3		3	1	3	9	0,18%	99,45%	4922	20%
5.1		3	1	3	9	0,18%	99,64%	4931	20%
5.2		3	1	3	9	0,18%	99,82%	4940	20%
5.3		3	1	3	9	0,18%	100,00%	4949	20%



3.1.1.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Los problemas de salud o trastornos relacionados con la duración corta de la gestación representan miles de muertes y complicaciones de salud a nivel mundial, nuestro país gracias a las intervenciones realizadas ha logrado tener una disminución significativa de los casos. No obstante, continúa siendo un problema de salud pública que afecta nuestra población y el Área Rectora de Salud Ciudad Quesada no es la excepción; ya que desde los diferentes determinantes de la salud se presentan múltiples causas que inciden directamente en la ocurrencia de las defunciones relacionadas a los partos prematuros.

Desde el punto de vista sociopolítico es conocido que la pobreza y desigualdad social cobran facturas con elevados costos para la estadística nacional y especialmente, local. Influye directamente el deficiente control migratorio existente, aunado a la atención médica gratuita a mujeres en condición migratoria irregular sin control prenatal previo, lo que resulta en que en muchas ocasiones las pacientes se presentan únicamente para el parto y posteriormente regresan a su país de origen, dejando los costos de atención y las estadísticas vitales de mortalidad, que reflejan más la situación de las mujeres migrantes, que la realidad en materia de mortalidad local.

Para la población nacional o extranjera en condición migratoria, se ofrece diferentes alternativas para atenuar la presentación de los eventos que se deriven de la falta de control prenatal así como los requerimientos de las pacientes embarazadas para poder garantizar que cuenten con las necesidades básicas satisfechas tales como: ayudas por parte del Instituto Mixto de Ayuda Social, Redes de Cuido para otros hijos donde se incluye alimentación y atención integral, INAMU, Oficina de Desarrollo Social de la Municipalidad San Carlos, ONG, entre otro, así como cobertura de seguro gratuito para la gestante durante todo el embarazo y hasta tres meses posteriores al parto.



Asimismo, pesan otros factores como la violencia en todas sus formas, que afecta prioritariamente a las mujeres en estado de vulnerabilidad económica y social, lo que trae consigo riesgos de consumo de drogas, estilos de vida poco saludables y comportamientos de riesgo tales como malos hábitos nutricionales y desconocimiento de las complicaciones de salud que puedan derivarse de estos. Estos hechos, evidencian la importancia de fomentar redes de apoyo y el fortalecimiento de la estructura familiar y educacional como un factor altamente protector.

Para todo esto se requiere de manera invariable un mayor compromiso para destinar recursos económicos que puedan hacer realidad una atención verdaderamente integral con una visión humanista que valore por encima de todo la vida, el desarrollo y la construcción de un enfoque integral del binomio madre – hijo, donde el sistema de salud nacional no discrimine en calidad de atención, un enfoque preventivo sin demoras para la atención de diversas complicaciones y o requerimientos propios del estado gestacional. Para obtener resultados positivos se requiere contar con personal médico y paramédico con adecuada capacitación y actualización, así como formación de especialistas y apertura de plazas para brindar atención de manera efectiva y eficaz que permita el desarrollo del personal de salud en un ambiente adecuado y con insumos médicos y diagnósticos acorde a los requerimientos actuales.

Por último, un factor a tomar en cuenta en la problemática es que cada vez con más frecuencia en nuestra población se presentan embarazos a más avanzada edad y con condiciones biológicas diversas que incluyen enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad con escaso control, sin dejar de lado los embarazos múltiples, así como alteraciones cromosómicas y multiparidad los cuáles son factores que pueden desencadenar complicaciones en el periodo gestacional.



3.1.1.4. Identificación de los factores protectores y líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas

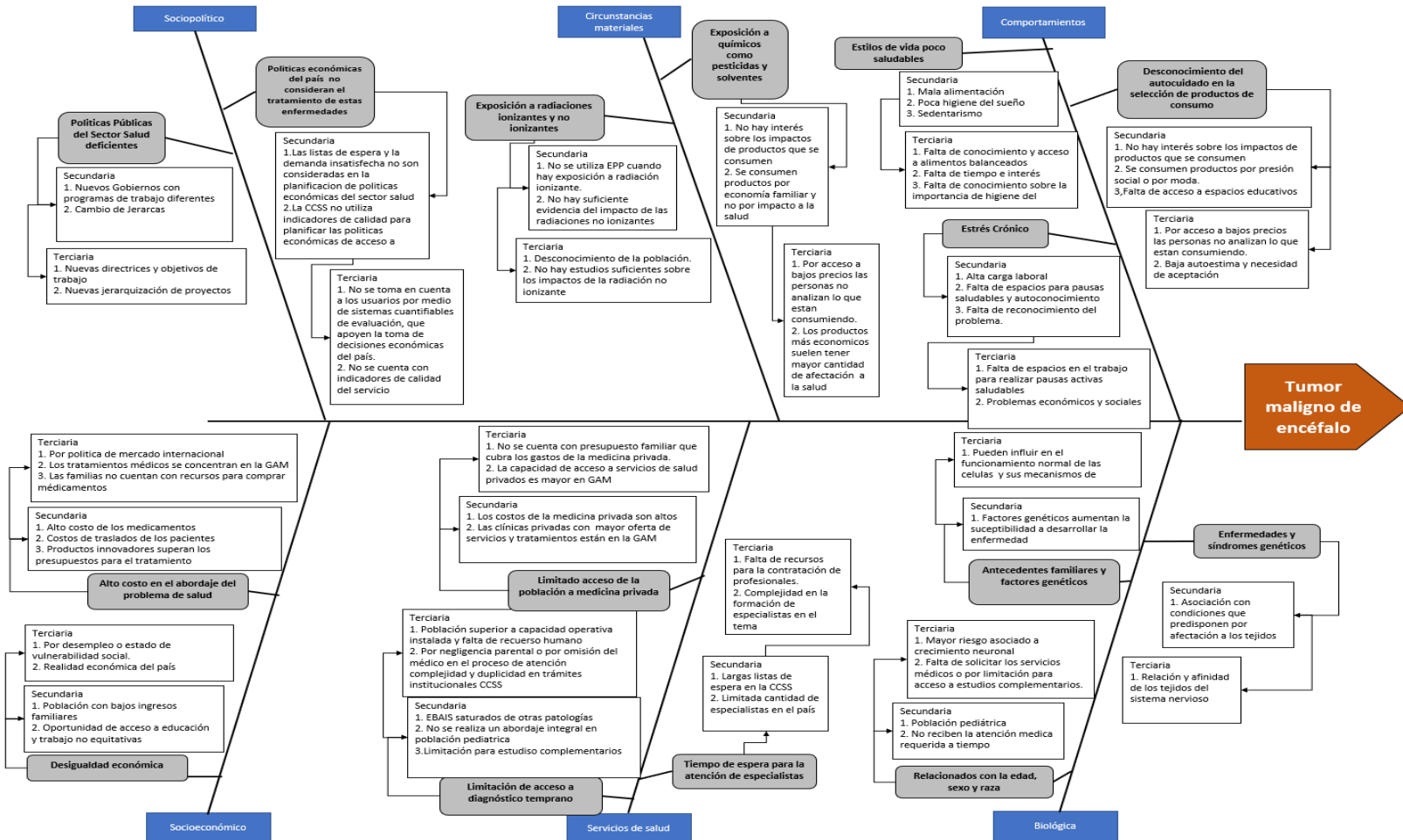
Tabla 38. Identificación de factores protectores y líneas de acción para los trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y con bajo peso al nacer, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de salud	Demora en la atención de eventos y/o complicaciones durante el embarazo.	Atención oportuna de los eventos y/o complicaciones	Capacitar personal de salud. Educación al usuario Plataformas virtuales de capacitación (OPS-otras)	Institución prestataria del servicio (CCSS) Rectoría de servicios de salud (Min. Salud).	OPS plataformas de capacitación virtual. Ministerio de Salud. Universidades.
Servicios de salud	Personal de salud no capacitado	Capacitación continua del personal que atiende a los usuarios.	Plan de capacitación local y regional sobre la prevención de complicaciones en el embarazo.	Director regional CCSS. DRIPSS HN.	OPS. Ministerio de Salud. Asociaciones privadas. Universidades.
Biológica	Enfermedades maternas preexistentes mal controladas.	Detección temprana de enfermedades crónicas en el adulto (mujer).	Plan local de detección temprana de enfermedades crónicas.	CCSS. DRIPSS HN. EBAIS.	OPS. Ministerio de Salud. Asociaciones privadas. Universidades.
Biológica	Desarrollo de enfermedades producidas durante el embarazo.	Identificación y control oportuno de enfermedades producidas durante el embarazo.	Divulgar protocolos de abordaje de enfermedades durante el embarazo.	CCSS. DRIPSS HN. EBAIS. COLAMI. COREAMMI.	OPS. Ministerio de Salud. Asociaciones privadas. Universidades.
Comportamientos	Incumplimiento de indicaciones médicas.	Cumplimiento de indicaciones médicas.	Adherencia al tratamiento e indicaciones médicas.	Médico. Enfermería. Farmacia. Trabajo Social. Otros (ATAPS) REDES.	Ministerio de Salud. Asociaciones privadas.



3.1.2. Tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años

3.1.2.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.1.2.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de Tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años fue necesario trabajar con ayuda de los expertos la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se hace mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 39. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz del tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Limitación de acceso a diagnóstico temprano	10	5	10	500	9,55%	9,55%	500	80%
6.2	Tiempo de espera para la atención de especialistas	10	5	10	500	9,55%	19,10%	1000	80%
6.3	Políticas Públicas del Sector Salud deficientes	10	5	10	500	9,55%	28,65%	1500	80%
1.1	Políticas del país no consideran el tratamiento de estas enfermedades	10	5	10	500	9,55%	38,20%	2000	80%
1.2	Alto costo en el abordaje del problema de salud	10	5	10	500	9,55%	47,75%	2500	80%
1.3	Exposición a químicos como pesticidas y solventes orgánicos	10	5	10	500	9,55%	57,30%	3000	80%
2.1	Exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes	10	5	10	500	9,55%	66,84%	3500	80%
2.2	Enfermedades asociadas	10	5	7	350	6,68%	73,53%	3850	80%
2.3	Estilos de vida poco saludables	7	5	10	350	6,68%	80,21%	4200	20%
3.1	Falta de conocimiento del autocuidado en la selección de productos de consumo	7	5	10	350	6,68%	86,90%	4550	20%
3.2	Estrés Crónico	7	5	10	350	6,68%	93,58%	4900	20%
3.3	Relacionados con la edad, sexo y raza	10	5	3	150	2,86%	96,43%	5050	20%
4.1	Antecedentes familiares y factores genéticos	10	5	3	150	2,86%	99,31%	5200	20%
4.2	Limitado acceso de la población a medicina privada	3	3	3	27	0,52%	99,83%	5227	20%
4.3	Desigualdad económica	3	1	3	9	0,17%	100,00%	5236	20%
5.1					0	0,00%	100,00%	5236	20%
5.2					0	0,00%	100,00%	5236	20%
5.3					0	0,00%	100,00%	5236	20%



3.1.2.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Un tumor cerebral es un crecimiento de células anormales en el tejido del cerebro. Los tumores del sistema nervioso central (SNC) incluyen tumores malignos y no malignos del cerebro y médula espinal. El primer grupo corresponde a la segunda causa de malignidad en niños, pues, luego de las enfermedades oncológicas hematológicas, en niños predominan los tumores primarios del SNC.

Es conocido que para el tumor cerebral en niños intervienen causas muy complejas y que en la mayoría de los casos se desconoce lo que da origen a la presentación de dicha patología. Algunas de las causas generales obedecen a diferencias raciales y geográficas en la distribución de las neoplasias del SNC, además de diferentes factores de riesgo que pueden tener relación. Se ha reportado que los tumores se asocian a síndromes hereditarios o de etiología multifactorial. Según la Sociedad Americana del Cáncer, el factor de riesgo mejor conocido para el desarrollo de tumores encefálicos es la radiación, que proviene con mayor frecuencia de algún tipo de radioterapia.

Para comprender dicha patología desde el Análisis de Situación de Salud de nuestra Área de atracción se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica disponible, además de la participación de diferentes expertos que aportaron sus conocimientos para una visión más integral de este evento particular.

Como resultado obtenido con el diagrama causa-efecto, se observa que existen diferentes causas que inciden sobre la presentación y evolución de esta enfermedad en la población pediátrica reflejándose en los datos de mortalidad de niños de 5 a 9 años del Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada.

A nivel nacional, se observan políticas públicas que frecuentemente tienen poco alcance para la continuidad de los planes y objetivos de trabajo. Lo cual es necesario para que se efectúe el abordaje prioritario de dicha patología.



La exposición a radiaciones de diferentes tipos son eventualmente situaciones que se presentan en el tratamiento de otras enfermedades por lo que es de difícil establecer mecanismos específicos de prevención. No así, en el uso o exposición a químicos, pesticidas y solventes orgánicos; donde resulta importante la sensibilizar a la población sobre el uso correcto y seguro de productos; de igual forma, es relevante el autocuidado al seleccionar productos de consumo y mantener estilos de vida saludables como educación sobre higiene del sueño y manejo de estrés crónico.

Para los sistemas de salud el abordaje de los tumores malignos de cerebro representa un alto costo, especialmente en la población pediátrica, ya que requiere de equipos especializados para realizar tomografía computarizadas, resonancias magnéticas, radiaciones, procedimientos quirúrgicos y de las distintas especialidades médicas que se necesitan durante el proceso de diagnóstico tratamiento y posterior a este, considerando tanto las necesidades del paciente como las de sus padres o familiares cercanos.

En nuestro entorno, al tratarse de un área rural, tenemos mayor población con limitación económica para abordar este evento de manera privada, además de acceso limitado al sistema de salud tanto a nivel público como privado, ya que los especialistas mejor capacitados y con herramientas diagnósticas se concentran en el Gran Área Metropolitana y en el Hospital Nacional de Niños. Para llegar finalmente a esas instancias, el paciente ha tenido que ser valorado por un médico general con la pericia para sospechar una enfermedad como esta. Posteriormente, requiere derivar a un especialista en pediatría del Hospital San Carlos. Lo que conlleva una serie de requisitos internos del sistema de salud, por lo general, relacionadas con largas listas de espera y demora en la atención.



3.1.2.4. Identificación de los factores proyectores y las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas

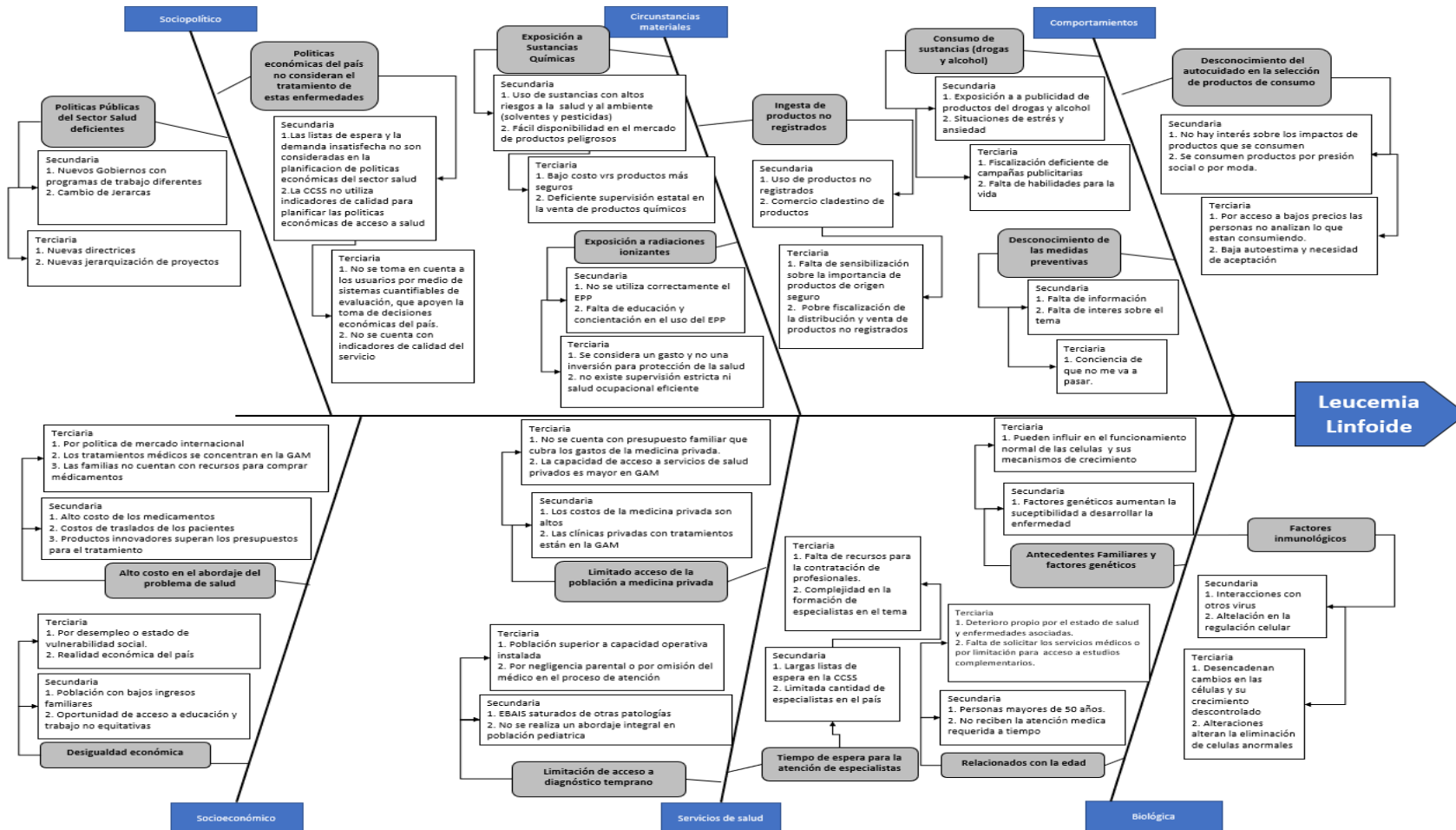
Tabla 40. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el Tumor maligno de encéfalo en población de 1 a 9 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicio de Salud	Limitación de acceso a servicio de salud y diagnóstico temprano.	Facilitar el acceso para diagnóstico temprano	Aumento en capacidad operativa instalada y simplificación de trámites	Caja Costarricense de Seguro Social	Ministerio de Salud
Servicios de Salud	Largo tiempo de espera para la atención por parte de especialistas	Reducir el tiempo de espera para la atención de los especialistas y estudios complementarios.	Aumento en capacidad operativa instalada y simplificación de trámites. Aumentar la formación de especialistas	Caja Costarricense de Seguro Social	Ministerio de Salud
Sociopolítico	Políticas públicas y de salud deficientes.	Generar políticas públicas eficientes y con visión social para el sistema de salud público.	Continuar con programas exitosos existentes y corregir e implementar los menos efectivos o pendientes de ejecución.	Caja Costarricense de Seguro Social	Ministerio de Salud
Sociopolítico	Las políticas económicas del país no contemplan esta enfermedad como prioritaria.	Incluir esta enfermedad como prioritaria para las políticas económicas nacionales.	Destinar recursos económicos para la atención de la enfermedad. Facilitar la actualización del personal médico y formación de especialistas. Utilización de indicadores de calidad para planificación de políticas públicas.	Caja Costarricense de Seguro Social	Gobierno Central, Ministerio de Salud
Socio económicos	Alto costo económico requerido para el abordaje de salud	Optimizar y hacer uso eficiente de los recursos.	Descentralizar los procesos de atención de pacientes y familiares. Optimizar la inversión de medicamentos y medios diagnósticos.	Caja Costarricense de Seguro Social	Ministerio de Salud



3.1.3. Leucemia Linfoide en población de 10 a 19 años

3.1.3.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.1.3.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de la Leucemia Linfóide en población de 10 a 19 años fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en 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.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz.

Tabla 41. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la leucemia linfóide en población de 10 a 19 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Tiempo de espera para la atención de especialistas	10	5	10	500	13,98%	13,98%	500	80%
6.2	Relacionados con la edad	10	5	10	500	13,98%	27,96%	1000	80%
6.3	Limitado del autocuidado en la selección de productos de	10	5	10	500	13,98%	41,93%	1500	80%
1.1	Exposición a Sustancias Químicas	10	5	10	500	13,98%	55,91%	2000	80%
1.2	Limitación de acceso a diagnóstico temprano	7	5	10	350	9,78%	65,70%	2350	80%
1.3	Consumo de sustancias (drogas y alcohol)	7	5	10	350	9,78%	75,48%	2700	80%
2.1	Antecedentes Familiares y factores genéticos	10	5	3	150	4,19%	79,68%	2850	80%
2.2	Factores Inmunológicos	10	5	3	150	4,19%	83,87%	3000	20%
2.3	Políticas Públicas del Sector Salud deficientes	3	7	7	147	4,11%	87,98%	3147	20%
3.1	Desconocimiento de las medidas preventivas	7	3	7	147	4,11%	92,09%	3294	20%
3.2	Ingesta de productos no registrados	7	3	7	147	4,11%	96,20%	3441	20%
3.3	Exposición a radiaciones ionizantes	10	1	7	70	1,96%	98,15%	3511	20%
4.1	Políticas del país no consideran el tratamiento de estas enfermedades	3	3	3	27	0,75%	98,91%	3538	20%
4.2	Alto costo en el abordaje del problema de salud	3	1	7	21	0,59%	99,50%	3559	20%
4.3	Limitado acceso de la población a medicina privada	3	1	3	9	0,25%	99,75%	3568	20%
5.1	Desigualdad económica	3	1	3	9	0,25%	100,00%	3577	20%
5.2					0	0,00%	100,00%	3577	20%
5.3					0	0,00%	100,00%	3577	20%



3.1.3.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Tal y como sucede con la enfermedad tumor maligno de encéfalo, la leucemia linfocítica en población de 10 a 19 años ha sido determinada según las bases estadísticas disponibles como un problema priorizado por su incidencia a nivel del Área Rectora de Salud Ciudad Quesada.

Según el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, la leucemia linfoblástica aguda (también llamada LLA o leucemia linfocítica aguda) infantil es un cáncer de la sangre y la médula ósea. Por lo general, este tipo de cáncer empeora de forma rápida si no se trata. Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (2023) (Recuperado el 12 de setiembre, 2023, de https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lla-infantil-pdq#_50).

En la plantilla de Pareto (Tabla 41) se destacan como causas raíz algunos aspectos de los determinantes ligados a comportamiento (desconocimiento del autocuidado en la selección de productos de consumo y consumo de sustancias como drogas y alcohol), y a circunstancias materiales (exposición a sustancias químicas) ello porque, aunque no de manera conclusiva, hay factores de este tipo que se han relacionado con la enfermedad, incluyendo una elevada exposición a ciertos medicamentos de quimioterapia y otras sustancias químicas como el benceno.

El benceno se utiliza en muchas industrias para fabricar otros productos; está presente en el humo del cigarrillo, en algunos pegamentos, productos de limpieza, detergentes, materiales de arte y disolvente de pintura.

No obstante, según la American Cancer Society (2017), la leucemia linfocítica está más ligada al determinante de la biología humana y los siguientes factores: edad (más probable en niños y en adultos mayores de 50 años, raza/grupo étnico (es más común en



raza blanca que en raza negra, sexo (más común en los hombres que en las mujeres), gemelo idéntico con LLA (gemelo idéntico que padece LLA en el primer año de vida presenta un mayor riesgo de padecer LLA) y ciertos síndromes genéticos (Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Anemia de Fanconi, Síndrome de Bloom, Ataxia-telangiectasia, Neurofibromatosis y Síndrome de Li-Fraumeni). (Recuperado el 12 de setiembre, 2023, de: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-aguda/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>).

Uno de los determinantes considerado como relevante es el de Servicios de Salud, debido a la necesidad de un diagnóstico temprano en muchos casos retrasado por la alta demanda de los servicios públicos de salud del país y escasa capacitación de usuarios y personal de atención directa. En ese sentido, los factores protectores y las líneas de acción destacadas para las causas raíz, están relacionadas con programas de educación y capacitación que puedan contribuir a la prevención. Sin embargo, en el caso de los servicios de salud, se concluyó que es indispensable capacitar al personal médico del primer nivel de atención (EBAIS) para un diagnóstico oportuno, puesto que los especialistas se encuentran exclusivamente en los hospitales y sus servicios de emergencias y la LLA infantil u otras afecciones pueden producir signos y síntomas asociados con otras enfermedades o pasar desapercibidos si no se tiene la pericia. Algunos de estos síntomas son: fiebre, hematomas, petequias, debilidad, sensación de cansancio o aspecto pálido, dolor de huesos o articulaciones, dificultad para respirar, masas que no duelen (ganglios linfáticos hinchados) en el cuello, las axilas, el estómago o la ingle, dolor o sensación de saciedad debajo de las costillas y pérdida de apetito. Por otra parte, algunos factores protectores son la revisión de aplicación de protocolos de diagnóstico o tamizaje por medio de la atención del niño de 0 a 6 años en el primer nivel de atención, o de normas de sospecha de la enfermedad, así como considerar rotar especialistas por los EBAIS o disponer de enlaces telefónicos directos EBAIS-Hospital.



3.1.3.4. Identificación de los factores protectores y las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas

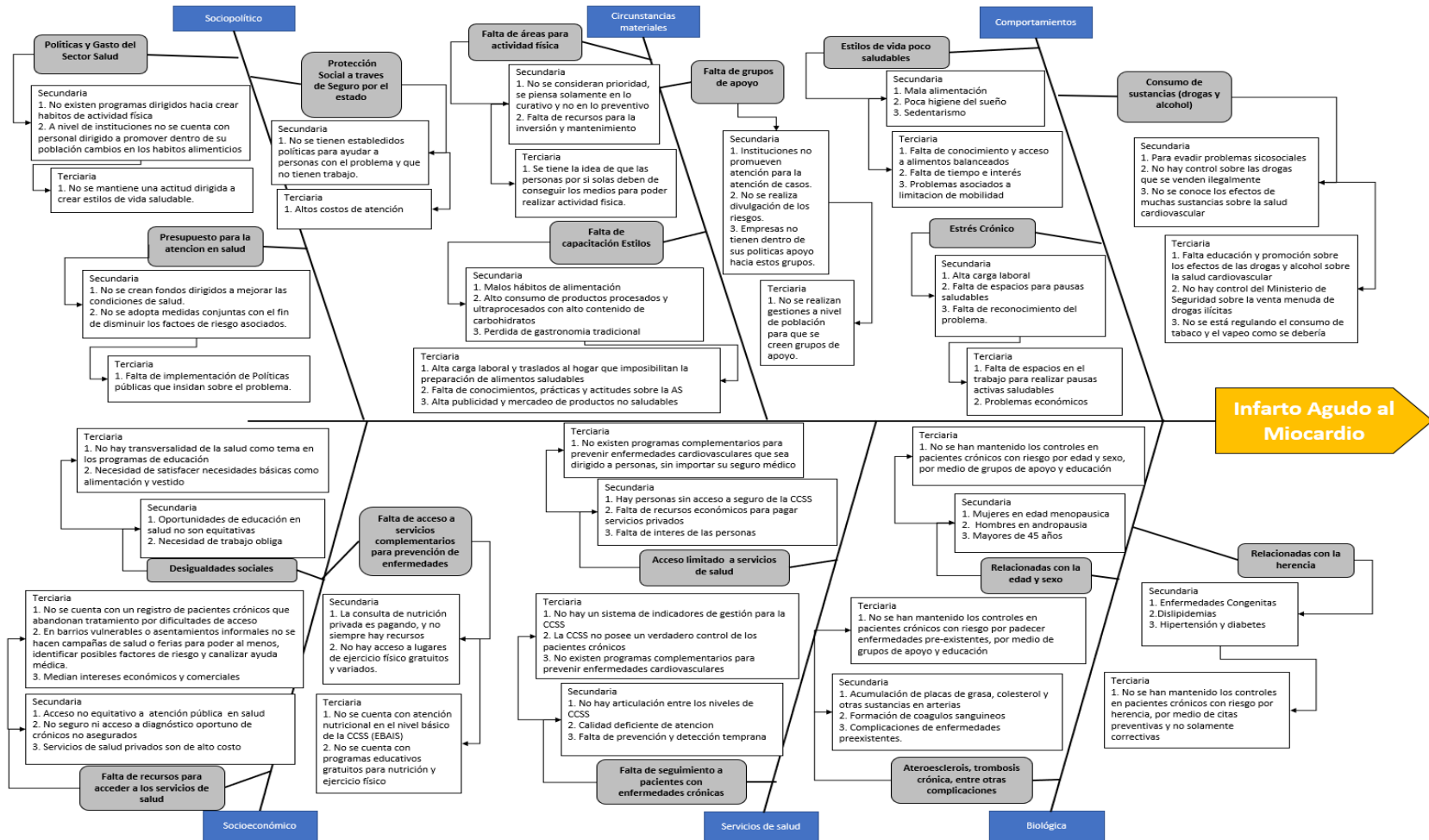
Tabla 42. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para Leucemia Linfóide en población de 10 a 19 años, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamientos	Desconocimiento del auto cuidado en la selección de productos de consumo.	Educación en nutrición, para la no ingesta de productos de riesgo.	Programas de educación en nutrición en centros educativos y centros de salud.	CCSS, MEP	Ministerio de Salud
Circunstancias materiales	Exposición a sustancias químicas.	Cese de uso de agroquímicos y productos riesgosos.	Educación a la población para el no uso de sustancias riesgosas.	MAG-Fitosanitario Ministerio de Salud	Ministerio de Salud
Servicios de Salud	Limitación de acceso a diagnóstico temprano.	Capacitación del personal médico.	Programas de capacitación al personal médico EBAIS. Programa de especialistas rotativos en EBAIS.	CCSS	CCSS
Comportamientos	Consumo de sustancias (drogas y alcohol).	Sobre exposición a factores dañinos a nivel educación (MEP y comunidad).	Fortalecer programas de instituciones competentes.	MEP, IAFA, Fuerza Pública, Asociaciones de Desarrollo Integral.	MEP, IAFA, Fuerza Pública, Asociaciones de Desarrollo Integral.
Biología	Relacionados con la edad.	Refreshamiento de conocimientos de diagnóstico en rangos de edad relevantes.	Programas de capacitación del personal médico.	CCSS	CCSS



3.1.4. Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 65 años y más

3.1.4.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.1.4.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 65 años y más, fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 43. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz del Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 65 años y más, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Políticas y Gasto del Sector Salud	10	5	10	500	8,10%	8,10%	500	80%
6.2	Presupuesto para la atención en salud	10	5	10	500	8,10%	16,20%	1000	80%
6.3	Aterosclerosis, trombosis crónica, entre otras complicaciones	10	5	10	500	8,10%	24,31%	1500	80%
1.1	Relacionadas con la edad y sexo	10	5	10	500	8,10%	32,41%	2000	80%
1.2	Relacionadas con la herencia	10	5	10	500	8,10%	40,51%	2500	80%
1.3	Estilos de vida poco saludables	10	5	10	500	8,10%	48,61%	3000	80%
2.1	Consumo de sustancias (drogas y alcohol)	10	5	10	500	8,10%	56,72%	3500	80%
2.2	Falta de capacitación Estilos de vida saludables	10	5	10	500	8,10%	64,82%	4000	80%
2.3	Falta de acceso a servicios complementarios para prevención de enfermedades	7	5	10	350	5,67%	70,49%	4350	80%
3.1	Estrés Crónico	7	5	10	350	5,67%	76,16%	4700	80%
3.2	Falta de áreas para actividad física	7	5	10	350	5,67%	81,83%	5050	20%
3.3	Falta de grupos de apoyo	7	5	10	350	5,67%	87,51%	5400	20%
4.1	Protección Social a través de Seguro por el estado	10	3	10	300	4,86%	92,37%	5700	20%
4.2	Falta de seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas	7	3	10	210	3,40%	95,77%	5910	20%
4.3	Acceso limitado a servicios de salud	7	3	10	210	3,40%	99,17%	6120	20%
5.1	Falta de recursos para acceder a los servicios de salud	3	1	10	30	0,49%	99,66%	6150	20%
5.2	Desigualdades sociales	3	1	7	21	0,34%	100,00%	6171	20%
5.3					0	0,00%	100,00%	6171	20%



3.1.4.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

En el caso del infarto agudo de miocardio la causalidad es muy compleja puesto que abarca determinantes tanto estructurales como intermedios. Existe una importante influencia de los factores sociales en la incidencia, tratamiento y los resultados de las enfermedades cardiovasculares. 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.

Retomando el Diagrama de Causa-Efecto para el infarto agudo de miocardio se observa la relación multicausal entre los determinantes que inciden sobre el evento en salud analizado. El estado de salud de la población es resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, esta situación plantea importantes retos para la economía, el sistema de salud y otros sectores de la sociedad que deben adoptar medidas conjuntas a fin de disminuir los factores de riesgo asociados al evento. Se observa en el diagrama que los factores de riesgo, en gran medida, responden al entorno social, físico y económico.

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 prevalencias 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 en los hogares de platillos tradicionales y autóctonos de gran valor nutritivo.

El infarto agudo de miocardio se ubica como una de las principales causas de mortalidad para el grupo de edad de 20 a 65 años y más, por lo que la Población Económicamente Activa (PEA) del país se está viendo altamente afectada, lo cual tiene consecuencias importantes para el sistema de salud dado el aumento en los gastos médicos, en 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.

Como se observa los factores de riesgo para estos eventos son ampliamente modificables si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la intersectorialidad. A continuación, se presentan las principales líneas de acción, según determinante y causa raíz, priorizadas por el grupo de expertos.



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

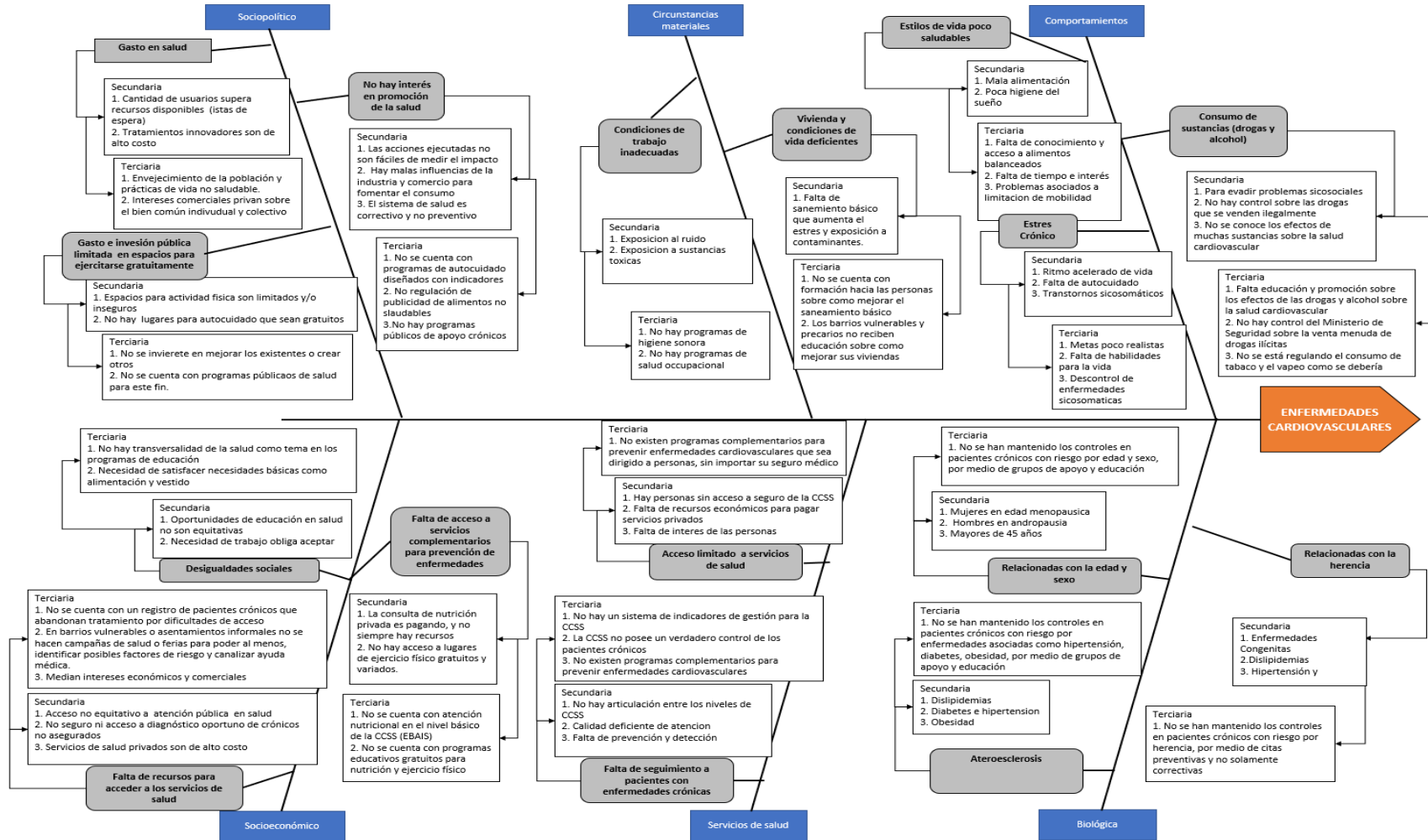
Tabla 44. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para Infarto agudo de miocardio en población de 20 a 65 años y más, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Políticas y Gasto del Sector Salud	Falta de políticas concretas para prevención de enfermedades cardiovasculares.	Políticas de prevención de enfermedades cardiovasculares	Fomentar estilos de vida saludables por medio de programas de atención.	Gobierno central y local	Municipalidad, entes privados, RECAFIS
Presupuesto para la atención en salud	Presupuesto inadecuado y mal distribuido.	Presupuesto adecuado y distribuido en proyectos locales.	Fortalecer proyectos sobre estilos de vida saludables.	Gobierno central y gobierno local	Municipalidad, entes privados, RECAFIS, CCDD
Aterosclerosis, trombosis crónica, entre otras complicaciones	Enfermedades cardiovasculares	Prevención, Promoción, Atención, Rehabilitación.	Programas de educación, información y seguimiento de pacientes. Utilización de medios de comunicación.	Sector salud, gobierno local, empresa pública y privada	RECAFIS CCDD
Relacionadas con la edad y sexo	Enfermedades cardiovasculares	Políticas preventivas	Proyectos educativos preventivos por grupo edad	Sector salud	MEP Sector salud
Relacionadas con la herencia	Enfermedades cardiovasculares.	Detectar tempranamente enfermedades cardiovasculares.	Tamizaje cardiaco y certificados médicos de pacientes.	Sector salud	Sector salud



3.1.5. Enfermedades cardiovasculares (problema general)

3.1.5.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.1.5.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de enfermedades cardiovasculares fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 45. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de las Enfermedades cardiovasculares, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Gasto en salud	10	5	10	500	8,79%	8,79%	500	80%
6.2	Relacionadas con la edad y sexo	10	5	10	500	8,79%	17,59%	1000	80%
6.3	Relacionadas con la herencia	10	5	10	500	8,79%	26,38%	1500	80%
1.1	Aterosclerosis	10	5	10	500	8,79%	35,17%	2000	80%
1.2	Estilos de vida poco saludables	10	5	10	500	8,79%	43,97%	2500	80%
1.3	Consumo de sustancias (drogas y alcohol)	10	5	10	500	8,79%	52,76%	3000	80%
2.1	Estres Crónico	10	5	10	500	8,79%	61,55%	3500	80%
2.2	Condiciones de trabajo Inadecuadas	10	5	10	500	8,79%	70,35%	4000	80%
2.3	No hay interés en promoción de la salud	10	5	7	350	6,16%	76,50%	4350	80%
3.1	Vivienda y condiciones de vida deficientes	7	5	10	350	6,16%	82,66%	4700	20%
3.2	Falta de acceso a servicios complementarios para prevención de enfermedades	7	5	7	245	4,31%	86,97%	4945	20%
3.3	Falta de seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas	7	3	10	210	3,69%	90,66%	5155	20%
4.1	Acceso limitado a servicios de salud	7	3	10	210	3,69%	94,35%	5365	20%
4.2	Falta de inversión pública limitada en espacios para ejercitarse gratuitamente	7	3	10	210	3,69%	98,05%	5575	20%
4.3	Falta de recursos para acceder a los servicios de salud	3	3	10	90	1,58%	99,63%	5665	20%
5.1	Desigualdades sociales	3	1	7	21	0,37%	100,00%	5686	20%
5.2					0	0,00%	100,00%	5686	20%
5.3					0	0,00%	100,00%	5686	20%



3.1.5.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de trastornos que afectan al corazón y los vasos sanguíneos. Algunas de las enfermedades cardiovasculares más comunes incluyen: enfermedad coronaria que implica la acumulación de placa en las arterias coronarias, lo que puede llevar a angina de pecho o un ataque al corazón; hipertensión arterial que es una presión arterial elevada que puede dañar las arterias y aumentar el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares; insuficiencia cardíaca en la cual el corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo; arritmias cardíacas que son trastornos del ritmo cardíaco, como la fibrilación auricular o las taquicardias; valvulopatías cardíaca, lo que puede afectar el flujo sanguíneo; enfermedades del músculo cardíaco como la miocardiopatía; accidente cerebrovascular que aunque no es una enfermedad cardíaca, a menudo se asocia con problemas cardiovasculares debido a la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro.

Según el análisis realizado por los expertos, las enfermedades cardiovasculares pueden tener múltiples causas y factores de riesgo. Dentro de las principales se incluyen:

1. Hipertensión arterial: La presión arterial alta es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Puede dañar las arterias y aumentar la carga de trabajo del corazón.
2. Colesterol elevado: Niveles altos de colesterol en sangre, especialmente el colesterol LDL ("colesterol malo"), pueden contribuir a la acumulación de placa en las arterias.
3. Tabaquismo: Fumar aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares debido a los productos químicos dañinos en el tabaco y su efecto sobre las arterias.



4. Diabetes: La diabetes tipo 2 está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares debido a los niveles elevados de azúcar en sangre y sus efectos en los vasos sanguíneos.

5. Obesidad: El exceso de peso puede llevar a la hipertensión, el colesterol alto y la resistencia a la insulina, aumentando así el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

6. Inactividad física: La falta de ejercicio regular puede contribuir a estas patologías.

7. Dieta poco saludable: Consumir alimentos ricos en grasas saturadas, sal y azúcares añadidos puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

8. Herencia: Tener antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares puede aumentar el riesgo, ya que puede haber una predisposición genética.

9. Estrés crónico: El estrés prolongado puede tener efectos negativos en el sistema cardiovascular.

10. Consumo excesivo de alcohol: Beber en exceso puede aumentar la presión arterial y contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

11. Enfermedades inflamatorias: Algunas enfermedades inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

12. Edad y género: El riesgo aumenta con la edad, y los hombres tienen un mayor riesgo que las mujeres, aunque este riesgo se equilibra después de la menopausia.

Muchos de estos factores de riesgo son modificables a través de cambios en el estilo de vida como llevar una dieta saludable, hacer ejercicio regularmente, dejar de fumar o vapear, y controlar la presión arterial y el colesterol. Tomar medidas preventivas puede reducir significativamente el riesgo de enfermedades cardiovasculares.



3.1.5.4. Identificación de los factores protectores y las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas

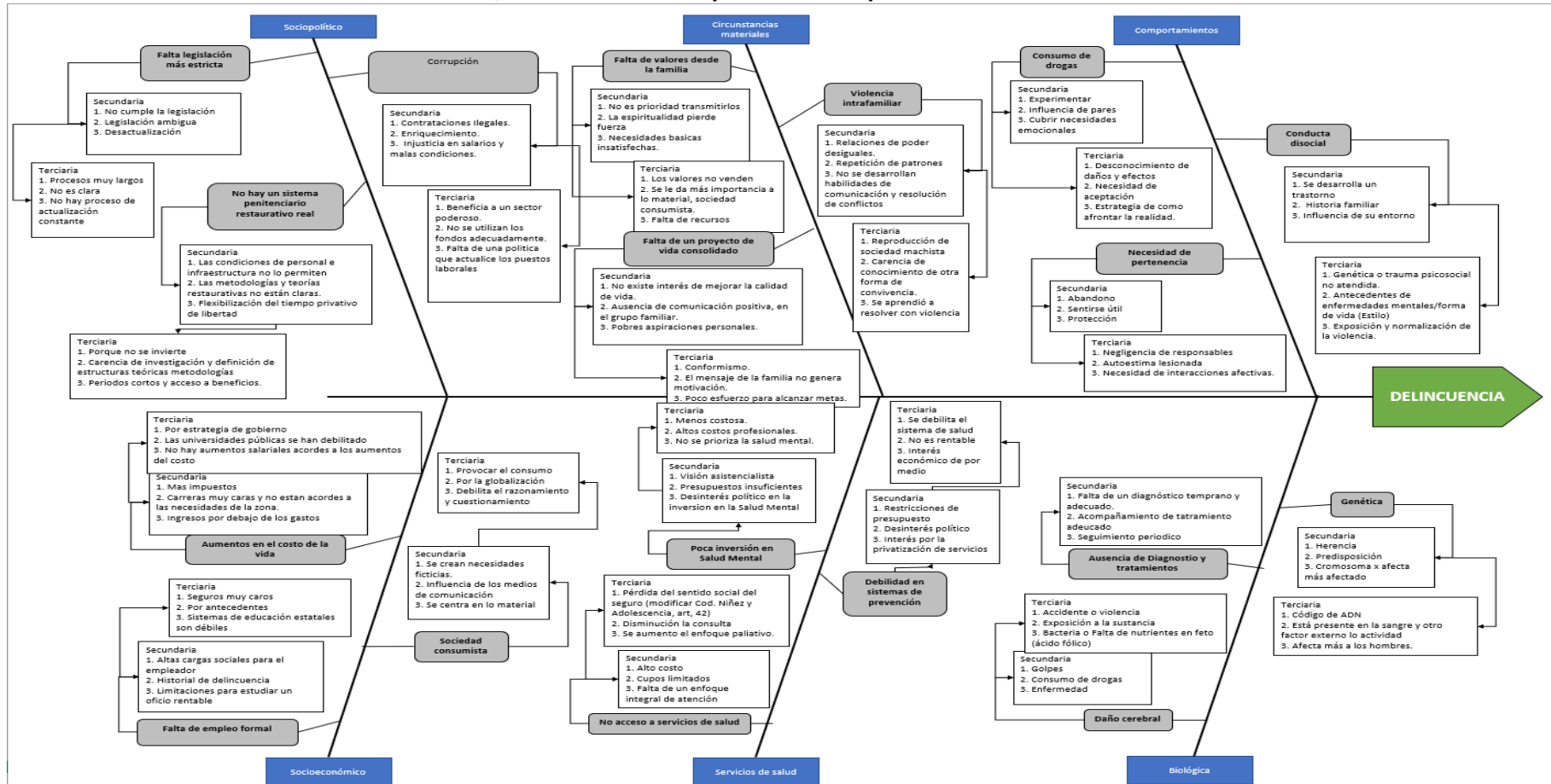
Tabla 46. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para Enfermedades cardiovasculares, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Gasto en salud	Gastos en salud.	Presupuesto adecuado para gasto en salud.	Políticas preventivas en salud. Programas de atención y prevención	Gobierno Central	Sector Salud, campañas interinstitucionales
Relacionadas con la edad y sexo	Edad y sexo del paciente.	Políticas preventivas Educación continua y permanente.	Identificar pacientes en riesgo por medio consultas de seguimiento.	Gobierno local, CCDR, RECAFIS, CCSS	CCDR, RECAFIS, Gobierno local, grupos focales con adolescentes
Relacionadas con la herencia	Herencia.	Detección temprana de enfermedades cardiovasculares.	Campañas de prevención, promoción, atención y rehabilitación de pacientes.	CCSS y gobierno local	CCSS, sector salud
Ateroesclerosis	Ateroesclerosis.	Enfermedades cardiovasculares.	Educación permanente.	Gobierno Local, CCSS	CCSS, Sector Salud
Estilos de vida poco saludables	Estilos de vida saludables.	Dietas saludables, actividades físicas permanentes, salud mental y acceso a ejercicio físico.	Educación permanente, Congresos sobre estilos de vida saludables.	Gobierno Local, CCSS, instituciones públicas y privadas.	CCSS, Sector Salud, CAF, MEP, entrenadores personales, empresa privada.



3.1.6. Delincuencia

3.1.6.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud: Delincuencia





3.1.6.2. Análisis de las causas raíz de la Delincuencia realizado en el taller con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de delincuencia fue necesario trabajar con ayuda de los expertos la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 47. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la Delincuencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	No acceso a servicios de salud	7	5	7	245	9,01%	9,01%	245	80%
6.2	Consumo de drogas	7	5	7	245	9,01%	18,03%	490	80%
6.3	Violencia Intrafamiliar	7	5	7	245	9,01%	27,04%	735	80%
1.1	Falta legislación más estricta	10	5	3	150	5,52%	32,56%	885	80%
1.2	Corrupción Política	10	5	3	150	5,52%	38,08%	1035	80%
1.3	No hay un sistema penitenciario restaurativo real	10	5	3	150	5,52%	43,60%	1185	80%
2.1	Falta de empleo formal	10	5	3	150	5,52%	49,12%	1335	80%
2.2	Sociedad consumista	10	5	3	150	5,52%	54,64%	1485	80%
2.3	Aumentos en el costo de la vida	10	5	3	150	5,52%	60,15%	1635	80%
3.1	Ausencia de diagnóstico y tratamiento	10	5	3	150	5,52%	65,67%	1785	80%
3.2	Conducta disocial	10	5	3	150	5,52%	71,19%	1935	80%
3.3	Falta de valores desde la familia	10	5	3	150	5,52%	76,71%	2085	80%
4.1	Falta un proyecto de vida consolidado	10	5	3	150	5,52%	82,23%	2235	20%
4.2	Necesidad de pertenencia	7	3	7	147	5,41%	87,64%	2382	20%
4.3	Debilidad en sistemas de prevención	7	5	3	105	3,86%	91,50%	2487	20%
5.1	Poca inversión en Salud Mental	7	5	3	105	3,86%	95,36%	2592	20%
5.2	Daño cerebral	7	3	3	63	2,32%	97,68%	2655	20%
5.3	Genética	7	3	3	63	2,32%	100,00%	2718	20%



3.1.6.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas.

La delincuencia puede entenderse como el acto de delinquir que se comete dentro del territorio de la República. Se interpreta como la acción u omisión de cometer una infracción al Derecho Penal. Este es un fenómeno social que responde a multiplicidad de factores sociales, económicos, ambientales, biológicos, políticos, entre otros, sin que sea posible atribuirle una sola causa como tal. Además, se entiende como una forma de inadaptación social, que se convierte en un desafío para el individuo en el cumplimiento de la normativa y convivencia en sociedad.

Las consecuencias de la delincuencia tienen alcances que trascienden el acto de cometer un delito, pues afectan la integridad de las personas y la propiedad, tanto pública como privada. Además de ello, es notable que las secuelas de estos actos se manifiestan a nivel individual y colectivo, afectando el desarrollo social y la convivencia de las personas.

La inseguridad de las comunidades es una limitante para la interacción social, pues limita el aprovechamiento de espacios públicos y privados que permitan a la población realizar sus actividades cotidianas.

Los actos delictivos actuales presentan un incremento importante en los últimos años, generando un sentir común de inseguridad en la ciudadanía, tanto para los y las costarricenses como también para quienes están de visita en el país. Con características tendientes a presentar actos cada vez más violentos y crueles, que atentan contra la integridad de sus víctimas.

Para el análisis de la delincuencia es importante también comprender que se puede encajar en diferentes tipos según sus modos de operación, pues se pueden desarrollar de manera individual y grupal. Algunos de estos son parte del crimen organizado o pueden



responder a una situación circunstancial. Además, algunos se ejecutan de forma directa a la víctima o por medios cibernéticos.

En artículo de Semanario Universidad del 18 enero, 2023; se apunta a Costa Rica como el país que encabeza la tasa de homicidios en América, la cual ha aumentado en un 60% en la última década. Aunado a ello, el Estado de la Nación del 2022, señala que, en el año 2021, Costa Rica presentó un alto nivel de homicidios dolosos, sin que se redujera en el contexto de la pandemia. Además, señala que “el crimen organizado, asociado con el narcotráfico, se mantiene como uno de los principales detonantes de esta problemática, con mayor prevalencia en la población joven y en zonas de alto rezago social, en un contexto de alta desigualdad y falta de oportunidades para la población” (Informe Estado de la Nación, 2022, Costa Rica. pág. 112). Se señalan también el aumento de otros delitos, como lo son: los delitos contra la propiedad, robos de viviendas, a vehículos, hurtos, estafas y fraudes.

Esta problemática afecta a todo el territorio nacional, en diferentes niveles según sea la ubicación geográfica, sus condiciones sociales y económicas. Aunado a ello, la población la identifica como un problema social que afecta la salud integral de sus comunidad y hacen el llamado a una intervención oportuna, que contemple acciones preventivas, el aumento de la seguridad en espacios públicos y la modernización de la legislación penal que garantice el cumplimiento ágil de la legislación, asegurando la efectividad de la sanción a quienes cometen sus actos, desde una política que permita una reinserción social y prevención de la reincidencia, entre otros.

Esta problemática social es identificada también como un problema que afecta la salud física y mental de las personas que residen en el área en estudio. Por lo que, en el análisis del problema de la delincuencia realizado en el taller con expertos, por medio del diagrama de causa-efecto, se corrobora la percepción multicausal de la delincuencia. Se



priorizó el acceso a los servicios de salud como una causa raíz de la delincuencia, al percibirse estos servicios desde condiciones de desigualdad y respuesta paliativa. En específico, por los altos costos en el nivel privado que limitan el acceso a servicios especializados y ágiles para la población de bajos recursos económicos; y por otra parte, ante la pérdida de una visión de seguridad social del nivel público, que limita la respuesta pronta y oportuna en la atención integral de la salud.

En la dimensión del comportamiento, el consumo de drogas se destaca como la segunda causa raíz de la delincuencia. Analizándose desde una perspectiva social, al considerarse que las personas se involucran en el consumo de drogas como una práctica experimental, que en ocasiones puede estar vinculada a los contextos donde se interactúan, a las necesidades emocionales no cubiertas y la influencia de sus pares. Además, de la ausencia de procesos que lograren una concientización de secuelas físicas, sociales y emocionales a las cuales se enfrentan al adquirir una adicción a alguna sustancia.

Vinculada a esta dimensión, en materia circunstancial, se señala la violencia intrafamiliar como otra causa raíz de la delincuencia. Ante la presencia de relaciones de poder desiguales en los núcleos familiares, la repetición de patrones de sus figuras representativas de grupo de procedencia, así como la falta del desarrollo a nivel familiar de habilidades que permitan una comunión asertiva y resolución de conflictos alterna a la violencia.

En coincidencia con el sentir general de la población costarricense, los expertos señalan también como causa raíz la falta de una legislación más estricta en materia penal, considerando que existe incumplimiento de esta, ante la ambigüedad y desactualización de esta.



Así también, se señala la corrupción como causa raíz, a nivel sociopolítico, al sobrepasarse factores económicos de algunos grupos sociales, por medio de contrataciones ilegales, enriquecimiento ilícito, las malas condiciones labores e injusticias salariales.

Ante este contexto, el problema de la delincuencia como fenómeno multifactorial, se convierte en una situación que debe ser abordada desde diferentes perspectivas y líneas de acción que involucra reformas judiciales, aunado a la inversión social integral en la prevención de ésta.



3.1.6.4. Identificación de factores protectores y las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas

Tabla 48. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de Delincuencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de salud	No acceso a los servicios de salud.	Acceso oportuno y ágil a los servicios de salud.	Mayor cobertura de la población por medio de más citas tanto en lo general como en las especialidades médicas. Sistemas de mejora de la calidad de los servicios y de la atención para la población. Promover una reforma al artículo 41 y 42 del Código de la Niñez y Adolescencia, en materia de atención médica de personas menores de edad.	CCSS Poder legislativo	Ministerio de Salud Defensoría de los Habitantes
Servicios de salud	Consumo de drogas	Fortalecer los factores protectores y atención a los factores de riesgo.	Inversión en más proyectos de concientización de los riesgos y las secuelas del consumo de drogas en centros educativos. Invertir en procesos de formación de habilidades para la vida. Proyectos para mejorar acceso a la educación en todos los niveles. Apoyar proyectos comunales para garantizar el acceso a espacios públicos para las prácticas deportivas y recreativas. Mayor inversión en sistemas de atención de la salud mental. Procesos de formación para responsables de familia en cuanto a responsabilidad parental, supervisión y límites.	IAFA MEP ICODER PANI CCSS Ministerio de Salud Ministerio de Cultura y Deporte Fuerza Pública	Juntas de Desarrollo Comunal Comercio ADI
Servicios de salud.	Violencia intrafamiliar	Convivencia sana intrafamiliar.	Fomentar programas de formación de nuevas masculinidades desde los niveles de preescolar hasta secundaria.	Ministerio de Justicia y Paz INAMU Poder judicial MEP	Ministerio de Salud Iglesias Instituto WEM

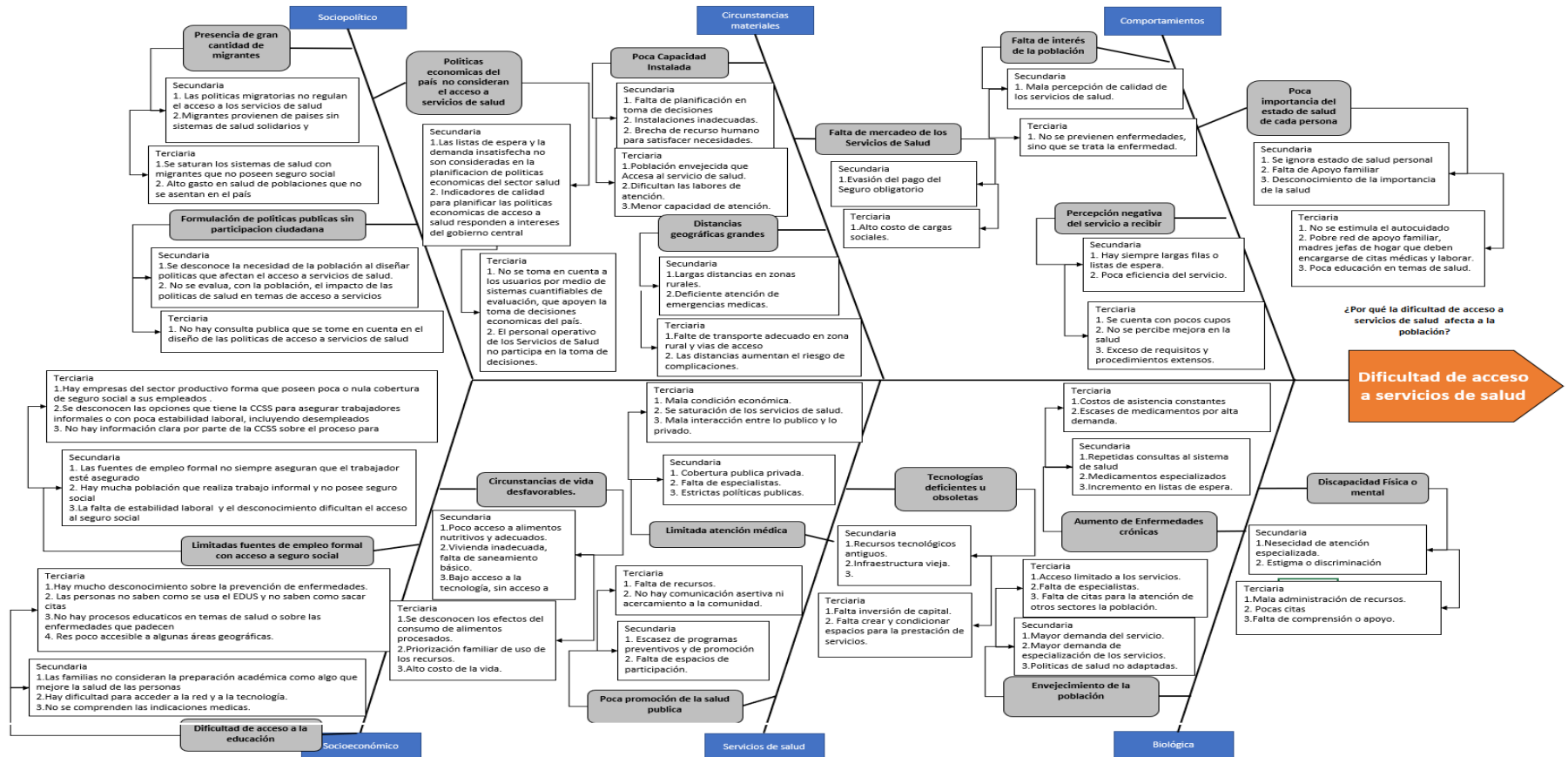


			Impulsar proyectos de educación para padres, en el fomento de relaciones familiares equitativas y responsabilidad parental. Cumplimiento de la Ley en el Juzgado de familia. Replantear objetivos del INAMU para la atención de las masculinidades. Programas de prevención de la violencia contra personas mayores.	PANI CONAPAM	
Factores sociopolíticos	Falta de legislación más estricta.	Cumplimiento de la legislación.	Incorporar procesos de formación de la legislación desde primaria y secundaria. Actualización de la legislación penal.	Poder Legislativo y Judicial	MEP
Factores sociopolíticos	Corrupción política.	Conciencia y Justicia social.	Mayores sistemas de Control público. Fortalecer los procesos de formación en valores, conciencia y justicia social.	Poder Judicial Ministerio de Justicia y Paz	Iglesias Defensoría de los Habitantes



3.1.7. Dificultad de acceso a servicio salud

3.1.7.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.1.7.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de Dificultad de acceso a servicio salud fue necesario trabajar con ayuda de los expertos la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 49. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la Dificultad de acceso a servicio salud, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Limitada atención médica	10	5	10	500	8,45%	8,45%	500	80%
6.2	Tecnologías deficientes u obsoletas	10	5	10	500	8,45%	16,91%	1000	80%
6.3	Aspectos económicos del país no consideran el acceso a servicios de salud	10	5	10	500	8,45%	25,36%	1500	80%
1.1	Falta de formulación de políticas públicas sin participación ciudadana	10	5	10	500	8,45%	33,81%	2000	80%
1.2	Envejecimiento de la población	10	5	10	500	8,45%	42,27%	2500	80%
1.3	Enfermedades crónicas	10	5	10	500	8,45%	50,72%	3000	80%
2.1	Poca importancia del estado de salud de cada persona	10	5	10	500	8,45%	59,17%	3500	80%
2.2	Percepción negativa del servicio a recibir	10	5	10	500	8,45%	67,62%	4000	80%
2.3	Poca Capacidad Instalada	10	5	10	500	8,45%	76,08%	4500	80%
3.1	Falta de mercado de los servicios de salud	10	5	10	500	8,45%	84,53%	5000	20%
3.2	Poca promoción de la salud pública	10	3	10	300	5,07%	89,60%	5300	20%
3.3	Limitadas fuentes de empleo formal con acceso a seguro	7	3	7	147	2,49%	92,09%	5447	20%
4.1	Circunstancias de vida desfavorables.	7	3	7	147	2,49%	94,57%	5594	20%
4.2	Discapacidad Física o mental	7	3	7	147	2,49%	97,06%	5741	20%
4.3	Falta de Interés de la población	7	3	7	147	2,49%	99,54%	5888	20%
5.1	Presencia de gran cantidad de migrantes	3	1	3	9	0,15%	99,70%	5897	20%
5.2	Dificultad de acceso a la educación	3	1	3	9	0,15%	99,85%	5906	20%
5.3	Distancias geográficas grandes	3	1	3	9	0,15%	100,00%	5915	20%



3.1.7.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

De acuerdo con lo que establece la Constitución Política de la República de Costa Rica del siete de noviembre de 1949, y sus reformas y la Ley 5349, Universalización Del Seguro de Enfermedad y Maternidad, publicado en la Colección de Leyes y Decretos Año 1973, Semestre 2, Tomo 2, Página 723 y sus reformas, la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) es la institución responsable de proveer servicios públicos del seguro de salud y maternidad a toda la población.

La Junta Directiva de la CCSS, en su artículo 8° de la sesión N° 9022, celebrada el 14 de marzo de 2019, establece una nueva organización para la gobernanza de la prestación de los servicios de salud. Los establecimientos de salud y dependencias de la CCSS operan bajo un modelo de redes, con un abordaje Inter niveles entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración.

En nuestra Dirección Área Rectora de Salud Ciudad Quesada, nos encontramos que la CCSS tiene conformada la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte (RIPSSHN), la cual consta de:

1 Hospital Regional Hospital San Carlos y 1 Hospital Periférico Hospital Los Chiles

8 Áreas de salud: Aguas Zarcas, Ciudad Quesada, Florencia, Fortuna, Guatuso, Los Chiles, Pital, Santa Rosa

59 EBAIS, 39 Sedes de EBAIS y 28 Puestos de visita periódica

El proceso de fortalecimiento de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte (RIPSSHN) tiene como fin orientar las acciones en la prestación de servicios de salud hacia el enfoque de atención centrado en las personas, por medio del trabajo en red, que responda a las necesidades de salud de la población, contribuyendo a mejorar el



acceso, la continuidad, la efectividad, la eficiencia y la aceptabilidad, dentro de un contexto de equidad y sostenibilidad económica. Sin embargo, el mismo se encuentra en un proceso de implementación el cual está contemplado en el Plan de Gestión de 2023-2024.

A través del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), aplicación oficial de la Caja Costarricense de Seguro Social, se pretende que desde un dispositivo inteligente se brinde acceso a información relevante de su expediente y gestionar las citas médicas. Sin embargo, debido a falta de cobertura de las redes de telecomunicación y a tecnología obsoleta, los usuarios consideran que dicha tecnología no viene a solventar la posibilidad de obtener servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad. Por lo tanto, a través de las instituciones públicas o privadas encargadas de las redes de telecomunicaciones móviles se debe desarrollar mejores tecnologías para que el usuario final obtenga el máximo aprovechamiento de los beneficios del progreso tecnológico y una cobertura total en el territorio nacional.

Otro factor importante en cuanto a la solicitud de atención por los servicios de salud es el relacionado al envejecimiento de la población costarricense. Esto último, debido a que se ha hecho inversión tanto en la salud pública como en la atención primaria en salud por lo que la esperanza de vida se ha incrementado. Sin embargo, trae como consecuencia que dependiendo del grado de escolaridad, la condición de pobreza del hogar y la existencia de personas con algún trabajo que complemente los ingresos del hogar no se va a permitir que esta población tenga una calidad de vida acorde a sus necesidades. Por lo que se va a requerir la atención de los servicios de salud de manera gratuita. De forma tal, que el aseguramiento de esta población es necesario, para que a través de la oferta que maneja la CCSS, este grupo pueda tener acceso a la atención de los servicios integrales de salud y de manera prioritaria.



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

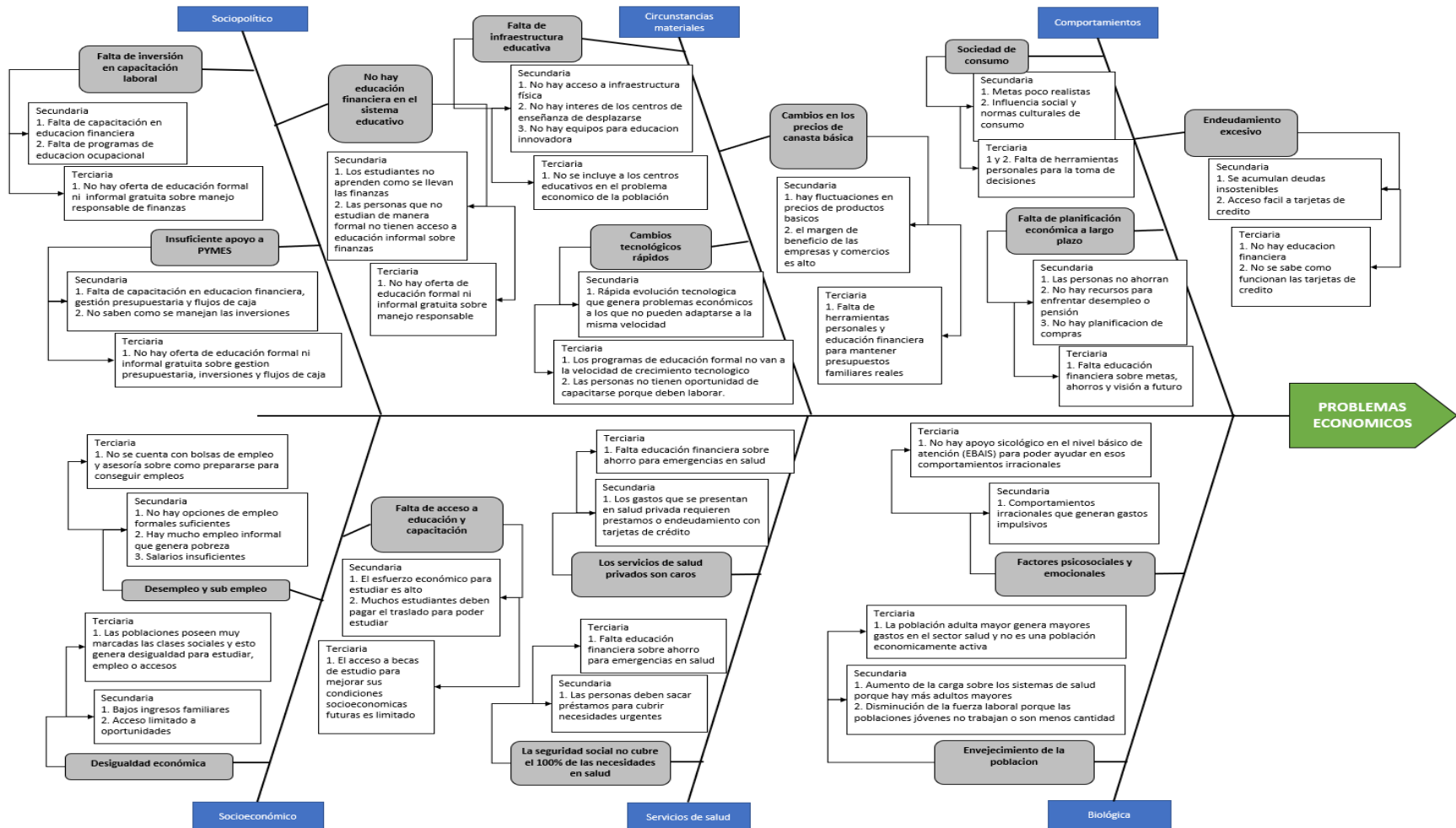
Tabla 50. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de Dificultad de acceso a servicio salud, desarrollado en taller con expertos el 19 de julio 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de Salud	Limitada atención médica.	Aumento de la oferta.	Disminución de brechas.	Nivel Central C.C.S.S.	Gobierno Central
Servicios de Salud	Tecnologías deficientes y obsoletas.	Cobertura adecuada de red.	Fortalecer Recurso Humano Técnico	Nivel Central C.C.S.S.	I.C.E. Gobierno
Sociopolítico	Políticas económicas del país no consideran el acceso a Servicios de Salud.	Cumplimiento de las Leyes	Presentar los estudios de brecha	Direcciones Médicas, Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte	Nivel Central C.C.S.S. Gobierno
Sociopolítico	Formulación de Políticas públicas sin participación ciudadana.	Participación de la población.	Incentivar y promover programas de participación en salud.	Comunidad Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte Direcciones Médicas	Nivel Central C.C.S.S.
Biológica	Envejecimiento de la población.	Promoción y Prevención para calidad de vida.	Desarrollo de programas de envejecimiento saludable, desarrollando actividades de recreación y salud mental para los adultos mayores.	Comunidad Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Norte Municipalidad, otras.	Gobierno Central, Gobierno Local



3.1.8. Problemas económicos

3.1.8.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.1.8.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para los problemas económicos fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 51. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de los problemas económicos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)^(B)^(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
1.2	No hay educación financiera en el sistema educativo	10	5	10	500	17,36%	17,36%	500	80%
5.1	Falta de infraestructura educativa	10	5	10	500	17,36%	34,71%	1000	80%
2.2	Falta de acceso a educación y capacitación	10	5	10	500	17,36%	52,07%	1500	80%
6.1	La seguridad social no cubre el 100% de las necesidades en	7	5	10	350	12,15%	64,21%	1850	80%
2.3	Desempleo y subempleo	7	5	7	245	8,50%	72,72%	2095	80%
1.3	Insuficiente apoyo a PIMES	10	3	7	210	7,29%	80,01%	2305	20%
5.2	Cambios en los precios de la canastas básica	7	3	7	147	5,10%	85,11%	2452	20%
3.1	Envejecimiento de la población	7	5	3	105	3,64%	88,75%	2557	20%
4.1	Sociedad de consumo	7	3	3	63	2,19%	90,94%	2620	20%
4.2	Endeudamiento excesivo	7	3	3	63	2,19%	93,13%	2683	20%
4.3	Falta de planificación a largo plazo	7	3	3	63	2,19%	95,31%	2746	20%
6.2	Los servicios de salud son privados	7	3	3	63	2,19%	97,50%	2809	20%
1.1	Falta de inversión en capacitación laboral	3	3	3	27	0,94%	98,44%	2836	20%
3.2	Factores psicosociales y emocionales	3	3	3	27	0,94%	99,38%	2863	20%
5.3	Cambios tecnológicos rápidos	3	1	3	9	0,31%	99,69%	2872	20%
2.1	Desigualdad económica	3	1	3	9	0,31%	100,00%	2881	20%
6.3					0	0,00%	100,00%	2881	20%
3.3					0	0,00%	100,00%	2881	20%



3.1.8.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

De acuerdo con lo que establece la Constitución Política de la República de Costa Rica del siete de noviembre de 1949, y sus reformas, en su artículo 83 indica “El Estado patrocinará y organizará la educación de adultos, destinada a combatir el analfabetismo y a proporcionar oportunidad cultural a aquéllos que deseen mejorar su condición intelectual, social y económica”.

Por otro lado, los principales resultados de la Encuesta Financiera a Hogares (Enfiho) 2022, realizada por primera vez en Costa Rica, estiman que el 49,6% de los hogares (cerca de 864 mil) poseen algún tipo de deuda; de ellos el 11,4% (que equivale a cerca de 200 mil hogares) tiene deudas hipotecarias y el 44,6% (776 mil hogares) poseen deudas no hipotecarias.

Sobre la carga financiera, es decir, el pago mensual de cuotas que realizan las personas para pagar las deudas, la Enfiho 2022 estima que el 26,8% (casi 229 mil hogares) de los hogares con alguna deuda de las consideradas en la encuesta, tienen una carga financiera mayor al 30% de sus ingresos, es decir, los pagos mensuales para servir la deuda representan para estos hogares una tercera parte o más de sus ingresos.

Es por lo anterior que se debe de desplegar esfuerzos gubernamentales para propiciar una adecuada educación financiera, que permita reducir el analfabetismo financiero y con esto se combatan los siguientes determinantes percibido por la población.

En el sistema educativo formal e informal no instruye a la población en temas financieros, que en el futuro serán concluyentes en su estilo de vida. La infraestructura educativa local ha enfocado sus esfuerzos en desarrollar los programas tradicionales de formación, dejando de lado la infraestructura necesaria para una educación financiera que favorezca la salud monetaria de la población.



Tanto los sistemas educativos como los financieros no proponen métodos voluntarios en los que cada habitante valore su participación, de manera que cree las bases necesarias para la toma de decisiones que le permitan un estilo de vida digno. La intervención del gobierno local e instituciones educativas de la región es trascendental en la mejora de las condiciones de competitividad de la región y con ello la calidad de vida de los habitantes.

Finalmente, la reducción de los tiempos de espera de la CCSS se vuelve un punto de relevancia para mejorar las condiciones financieras. Debido a que con esto se evita que los usuarios asegurados recurran a la medicina privada para su atención oportuna, generando así costos financieros adicionales que impactan de forma negativa.



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

Tabla 52. Identificación de factores protectores y líneas de acción para los problemas económicos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	No hay educación financiera en el sistema educativo formal ni informal que alcance a la población no estudiantil.	Incluir la educación financiera en el sistema de educación formal y fortalecer la formación de personas fuera del sistema educativo.	Desarrollar planes educativos y de formación que mire a aquellos que deseen mejorar su situación financiera.	Ministerio de Educación Pública. Ministerio de Economía Industria y Comercio de Costa Rica.	Banca pública y privada. Colegio de Ciencias Económicas de Costa Rica.
Circunstancias materiales	Falta de infraestructura educativa.	Crear la infraestructura educativa financiera para formar en el buen uso del financiamiento formal e informal.	Plataformas virtuales de capacitación financiera.	Ministerio de Economía Industria y Comercio de Costa Rica. Ministerio de Educación Pública.	Banca pública y privada. Colegio de Ciencias Económicas de Costa Rica. Municipalidad.
Socioeconómico	Falta de acceso a educación y capacitación.	Facilitar el acceso a sistemas de educación y capacitación financieros.	Plataformas virtuales de capacitación financiera.	Ministerio de Educación Pública. Ministerio de Economía Industria y Comercio de Costa Rica.	Colegio de Ciencias Económicas de Costa Rica. ONG.



Socioeconómico	Desempleo y subempleo.	Mejorar las condiciones de competitividad de la región y aquellas afectadas por la pandemia.	Mejorar infraestructura Mejorar capacidad de mano de obra.	Municipalidad Ministerio de Economía Industria y Comercio de Costa Rica. públicas.	INA. Universidades.
Servicios de salud	La seguridad social no cubre el 100% de las necesidades en salud.	Reducir los tiempos de espera de la CCSS para evitar la consulta privada y mejorar la atención de patologías causadas por condiciones económicas adversas.	Ampliar los tiempos de atención en la CCSS. Incluir la atención por terceros de patologías causadas por condiciones económicas adversas.	CCSS	Hospitales y clínicas privadas.



3.2. Análisis de los problemas de salud mental priorizados

A continuación, se analizan los problemas de salud mental priorizados. Realizando de forma integral el análisis de dichos problemas desde sus causas raíz hasta los ejes de acción propuestos para la validación con los actores sociales.

Para llevar a cabo este análisis, el Equipo Local realizó con los expertos que fueron convocados durante el taller el día 19 de julio del 2023, el análisis de los problemas de salud mental. Para determinar todas las causas raíz de los problemas identificados y cada una de sus causas secundarias y terciarias.

El Equipo Local junto con los expertos analizó, para cada dimensión, las causas raíz principales que afectan el problema de salud mental identificado. Posteriormente a cada causa raíz se le identificaron como máximo tres causas secundarias y una causa terciaria por cada causa secundaria.

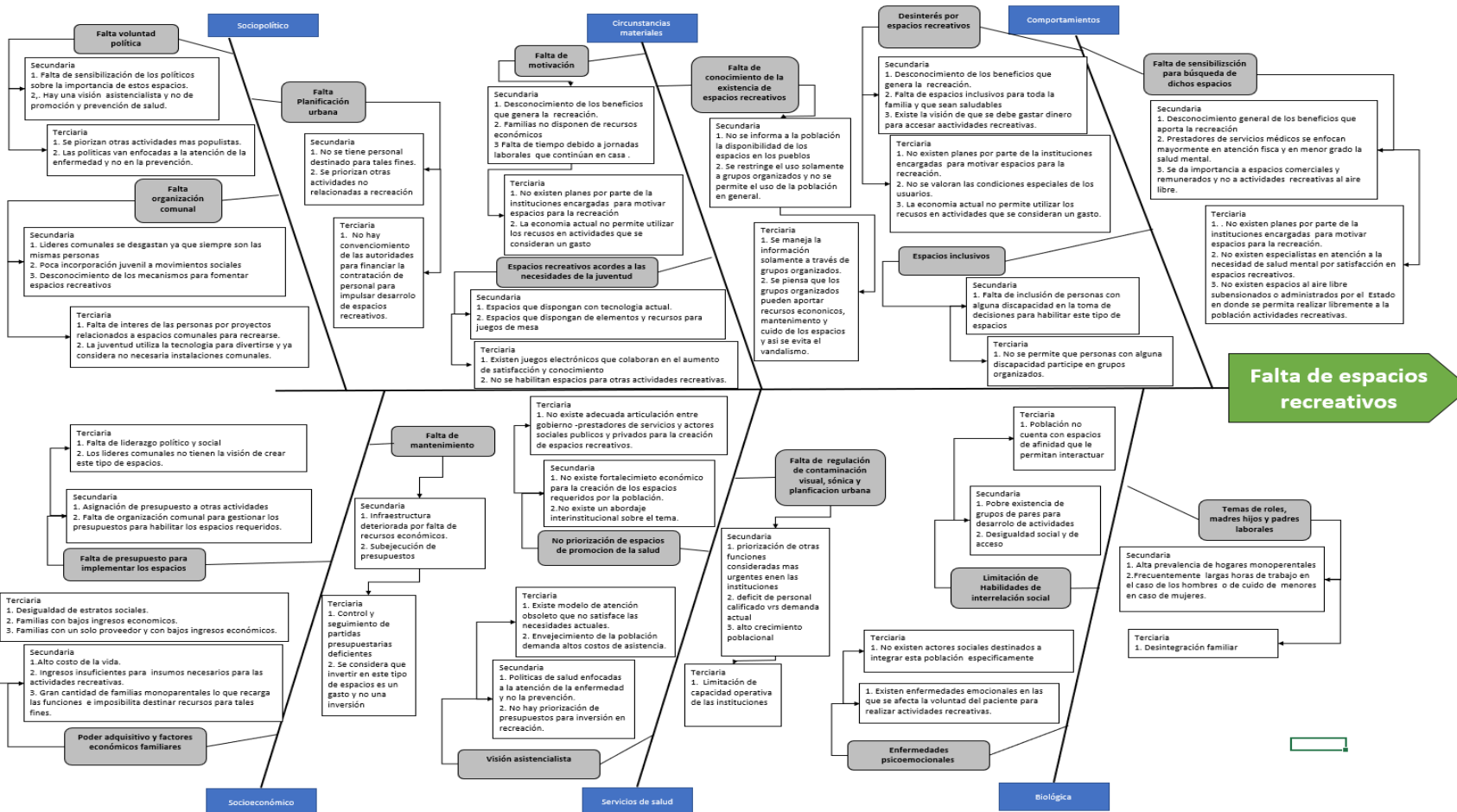
Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en la priorización de las causas raíz. Lo cual se hizo con la metodología del diagrama de Pareto. Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz. (Dirección de Vigilancia de la Salud, 2019)

Una vez identificadas las causas raíz priorizadas por problema de salud mental, se procedió a la identificación de los factores protectores y líneas de acción, lo cual se diseñó con un cuadro resumen que se incluye al final de cada problema evaluado. Los cuadros con los factores protectores y líneas de acción fueron validados por los actores sociales que representan las comunidades y las observaciones fueron incorporadas en estos según se indica en el capítulo 4 del presente documento.



3.2.1. Falta de espacios recreativos

3.2.1.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.2.1.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para los Espacios Recreativos fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 53. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de los espacios recreativos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)^(B)^(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Falta voluntad política	10	5	10	500	12,74%	12,74%	500	80%
6.2	Falta de mantenimiento	10	5	10	500	12,74%	25,48%	1000	80%
6.3	Diarreas por espacios recreativos	10	5	10	500	12,74%	38,23%	1500	80%
1.1	Falta de sensibilización para búsqueda de dichos espacios	10	5	10	500	12,74%	50,97%	2000	80%
1.2	espacios recreativos acordes a las necesidades de la juventud	7	5	10	350	8,92%	59,89%	2350	80%
1.3	Visión asistencialista	10	3	10	300	7,65%	67,53%	2650	80%
2.1	Falta de presupuesto para implementar los espacios	10	3	10	300	7,65%	75,18%	2950	80%
2.2	Falta organización comunal	10	3	7	210	5,35%	80,53%	3160	20%
2.3	Espacios Inclusivos	7	3	10	210	5,35%	85,88%	3370	20%
3.1	Poder adquisitivo y factores económicos familiares	10	5	3	150	3,82%	89,70%	3520	20%
3.2	No priorización de espacios de promoción de la salud	10	1	10	100	2,55%	92,25%	3620	20%
3.3	Falta Planificación urbana	10	1	10	100	2,55%	94,80%	3720	20%
4.1	Enfermedades psicoemocionales	3	3	7	63	1,61%	96,41%	3783	20%
4.2	Falta de motivación	3	3	7	63	1,61%	98,01%	3846	20%
4.3	Limitación de Habilidades de Interrelación social	3	3	3	27	0,69%	98,70%	3873	20%
5.1	regulación de contaminación visual, sónica y planificación	3	1	7	21	0,54%	99,24%	3894	20%
5.2	Falta de conocimiento de la existencia de espacios recreativos	3	1	7	21	0,54%	99,77%	3915	20%
5.3	Temas de roles, madres hijos y padres laborales	3	1	3	9	0,23%	100,00%	3924	20%



3.2.1.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

La falta de espacios recreativos en las comunidades es un problema que afecta a muchas comunidades en el cantón y en el país en general, máxime que en muchas localidades existe la infraestructura o los terrenos, pero no así los recursos económicos y organización para su apropiado mantenimiento. Esta carencia tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la población y puede contribuir a una serie de problemas sociales y de salud.

La falta de espacios de recreación en las comunidades puede atribuirse a diversas razones cualitativas.

- Planificación urbana inadecuada.
- La creación y mantenimiento de espacios recreativos puede ser costoso, y las comunidades cuentan con recursos limitados.
- Falta de conciencia ya que las comunidades no están al tanto de los beneficios de los espacios recreativos.
- La falta de liderazgo comunitario, líderes o grupos comunitarios comprometidos puede dificultar la promoción y desarrollo de espacios recreativos.
- Las políticas gubernamentales pueden influir en la disponibilidad de espacios recreativos, ya sea facilitando su creación o estableciendo barreras burocráticas.
- Espacios acordes a las necesidades actuales de la juventud.

De manera tal, que abordar este problema requiere la colaboración de pobladores, gobierno local y actores sociales.

La relación entre la salud mental y los espacios recreativos es significativa. Los espacios recreativos, como parques, áreas verdes, instalaciones deportivas y lugares de



entretenimiento pueden tener un impacto positivo en la salud mental de las personas de varias maneras:

1. Reducción del estrés: Estos espacios ofrecen un entorno tranquilo y relajante que puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad. El contacto con la naturaleza, en particular, se ha asociado con la disminución de los niveles de cortisol, una hormona del estrés.

2. Actividad física: Los espacios recreativos fomentan la actividad física, que está relacionada con la liberación de endorfinas, neurotransmisores que mejoran el estado de ánimo y reducen la depresión.

3. Interacción social: Estos lugares suelen ser puntos de encuentro donde las personas pueden socializar, lo que puede mejorar la salud mental al reducir el aislamiento y aumentar el apoyo social.

4. Tiempo libre y distracción: Los espacios recreativos ofrecen oportunidades para el descanso y la distracción, lo que puede ayudar a las personas a desconectar de las preocupaciones diarias y relajarse.

5. Estimulación mental: Participar en actividades recreativas puede estimular la mente y proporcionar una sensación de logro y satisfacción, lo que contribuye a una mejor salud mental.

En resumen, los espacios recreativos pueden desempeñar un papel importante en el bienestar mental al proporcionar entornos propicios para la relajación, la actividad física, la interacción social y la distracción, lo que puede ayudar a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, y mejorar la calidad de vida en general.



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

Tabla 54. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de Falta de Espacios Recreativos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	Falta de voluntad política.	Voluntad política.	<p>Sensibilizar y promover un mayor compromiso de las autoridades políticas (municipalidad), en la elaboración de planes, programas y proyectos prioritarios para la recreación, en coordinación con las organizaciones comunales.</p> <p>Que se desarrollen acciones de motivación como charlas, talleres, (otros) para sensibilizar a las autoridades políticas.</p> <p>Que cada comunidad donde exista una Asociación de Desarrollo Integral se comprometa a incluir dentro de sus planes operativos proyectos de recreación, con asignación presupuestaria desde el gobierno local.</p>	Gobierno local.	Instituciones gubernamentales involucradas con el tema.
Socioeconómico	Falta de mantenimiento.	Mantenimiento a infraestructura.	Identificación y registro de la infraestructura existente para la recreación en los distritos de Quesada, La Palmera y Buena Vista, para	Gobierno Local y Organizaciones Comunales.	Instituciones Gubernamentales involucradas en el tema.



			conocer sus condiciones físico-sanitarias y hacer las recomendaciones de mejoras a quienes correspondan, con asignación presupuestaria requerida (gobierno local y ONG comunales).		
Socioeconómico	Falta de mantenimiento.	Mantenimiento a infraestructuras.	Mantener anualmente un registro de proyectos prioritarios para la recreación que requieran el mantenimiento y las mejoras necesarias, con la asignación de recursos económicos.	Gobierno Local y Ministerio de Salud.	Instituciones Gubernamentales involucradas en el tema.
Comportamiento	Desinterés por espacios recreativos.	Interés por espacios recreativos.	Desarrollo de actividades de información y motivación, por ejemplo: campañas informativas a la población sobre la importancia de la recreación, como estilo de vida saludable en beneficio de la población involucrando medios de comunicación, redes sociales, ONG, entre otros.	Ministerio de Salud.	Instituciones gubernamentales involucradas en el tema.
Comportamiento	Falta de sensibilización para búsqueda de dichos espacios.	Sensibilización para búsqueda de dichos espacios.	Promover la recreación en los servicios de salud, públicos y privados como un factor favorecedor de la salud mental.	Ministerio de Salud.	Instituciones Gubernamentales involucradas en el tema.
Comportamiento	Desinterés por	Interés por espacios recreativos.	Promover y sensibilizar a las organizaciones comunales para que los	Subcomités de deportes, ICODER,	DINADECO, Asociaciones de Desarrollo

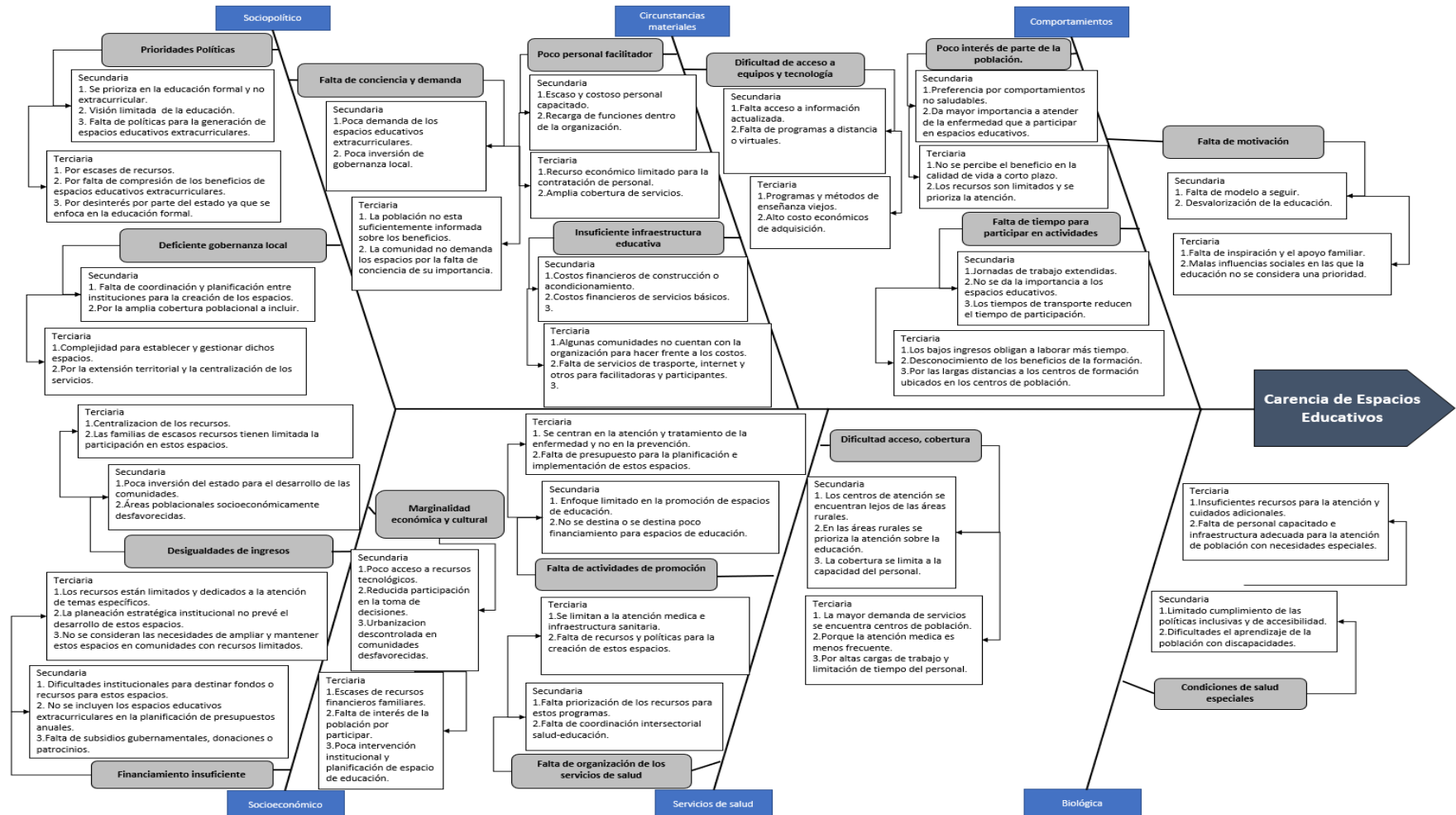


	espacios recreativos.		espacios para la práctica de la recreación estén abiertos y accesibles para la población (evitar el uso de candados que limitan el acceso).	Comité Cantonal de Deportes	Integral, Ministerio de Salud, Municipalidad de San Carlos.
Circunstancias materiales	Espacios recreativos acordes a las necesidades de la juventud.	Sensibilización para búsqueda de dichos espacios.	Incorporar el componente tecnológico innovación, recreativos para la juventud.	Instituciones Gubernamentales involucradas.	Instituciones Gubernamentales involucradas en el tema, Grupos Juveniles



3.2.2. Falta de espacios educativos

3.2.2.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.2.2.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para la falta de espacios educativos fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen en el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 55. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz de la falta de espacios educativos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Falta de organización de los servicios de salud	10	5	7	350	13,46%	13,46%	350	80%
6.2	Falta de actividades de promoción	10	5	3	150	5,77%	19,23%	500	80%
6.3	Dificultad acceso, cobertura	10	5	3	150	5,77%	25,00%	650	80%
1.1	Falta de conciencia y demanda	10	5	3	150	5,77%	30,77%	800	80%
1.2	Prioridades Políticas	10	5	3	150	5,77%	36,54%	950	80%
1.3	Deficiente gobernanza local	10	5	3	150	5,77%	42,31%	1100	80%
2.1	Financiamiento insuficiente	10	5	3	150	5,77%	48,08%	1250	80%
2.2	Desigualdades de Ingresos	10	5	3	150	5,77%	53,85%	1400	80%
2.3	Marginalidad económica y cultural	10	5	3	150	5,77%	59,62%	1550	80%
3.1	Condiciones de salud especiales	10	5	3	150	5,77%	65,38%	1700	80%
3.2	Poco interés de parte de la población.	10	5	3	150	5,77%	71,15%	1850	80%
3.3	Falta de motivación	10	5	3	150	5,77%	76,92%	2000	80%
4.1	Falta de tiempo para participar en actividades	10	5	3	150	5,77%	82,69%	2150	20%
4.2	Poco personal facilitador	10	5	3	150	5,77%	88,46%	2300	20%
4.3	Dificultad de acceso a equipos y tecnología	10	5	3	150	5,77%	94,23%	2450	20%
5.1	Insuficiente Infraestructura educativa	10	5	3	150	5,77%	100,00%	2600	20%
5.2					0	0,00%	100,00%	2600	20%
5.3					0	0,00%	100,00%	2600	20%



3.2.2.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Para aproximarse a la educación como fenómeno social, es importante partir de que esta es considerada un derecho humano fundamental desde la Declaración proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 10 de diciembre de 1948. Por tanto, se requiere de un trabajo colectivo y articulado que garantice el disfrute pleno de este derecho a todas las personas.

En la Constitución Política de Costa Rica (1949a; 1949b), se hace referencia, en sus artículos 77 (inciso a) y 78 (incisos: b, c y d), a que la educación debe ser un proceso integral correlacionado en sus diversos ciclos, desde la preescolar hasta la universitaria. También, se dice que la educación preescolar, general básica y diversificada es obligatoria y, en el sistema público, gratuita y costeadada por la Nación (p. 17). Puede afirmarse que, para el Estado costarricense la educación ha sido uno de los pilares sociales que lo han caracterizado. La inversión realizada, los esfuerzos por cobertura y acceso, respaldarían tal afirmación y han formado parte fundamental de la democracia. Ha sido, y sigue siendo, la vía que permite a los países mejorar sus indicadores socioeconómicos, así como contar con sociedades comprometidas social y ecológicamente. Para las personas, se trata de una opción para transformar y mejorar sus condiciones de vida y la de sus familias ya que la educación permite a las personas comprender la realidad compleja y muchas veces dolorosa en la que vive.

En Costa Rica, desde el año 1869 se crea el Ministerio de Instrucción Pública, actual Ministerio de Educación Pública (MEP), el cual funge como ente rector de la materia educativa en preescolar, I, II y III Ciclo, tanto pública como privada. Desde aquel entonces, la estructura y funcionamiento del sistema educativo dirigido por el MEP, a pesar de algunas modificaciones de forma y ampliación de servicios ha permanecido casi inmutable. La inmutabilidad del sistema educativo ha ocurrido a pesar de que se reconoce que el cambio



es una de las constantes innegables de la vida y, por tanto, de todos los procesos, espacios y actividades que realizan las personas los roles que cumplen dentro de la sociedad (familia, trabajo, recreación, comunicación, entre otros). Aceptar el cambio como parte de la vida implica que el sistema educativo debe también renovarse y, así, ser pertinente a las dinámicas sociales.

La entidad del Consejo Nacional de Rectores (CONARE) desde el año 2006 da seguimiento al desempeño de la educación costarricense, con el fin de propiciar el debate ciudadano informado y apoyar el proceso de toma de decisiones en este campo, y ha brindado el informe Estado de la Educación, que se ha consolidado a lo largo de 16 años en una plataforma de información y análisis que comprende productos, procedimientos de investigación y participación social muy diversos.

Para el informe interviene una red de investigadores y colaboradores de escuelas y colegios, facultades, centros y programas de las universidades públicas, comisiones y órganos del CONARE, en especial la Comisión de Decanos de Educación. También se vinculan a este esfuerzo otras instituciones y programas estatales, universidades privadas y sus órganos de coordinación, además de especialistas, centros de investigación privados, organismos no gubernamentales y organizaciones sociales y gremiales.

Así que de la valoración general hecha han visto que el sistema educativo costarricense atraviesa una grave crisis debido al golpe combinado de los rezagos históricos de los efectos económicos y sociales que se generaron por la pandemia del Covid-19. Este último evento evidenció problemas no resueltos, así como la profunda tensión existente entre los propósitos educativos y las rigideces del sistema. Mencionan que la crisis educativa actual es la peor en varias décadas. Que la situación es particularmente severa en la educación preescolar, general básica y diversificada. En los últimos cuatro años, se encadenaron reiteradas y significativas interrupciones de los ciclos lectivos que han provocado un fuerte



recorte en los aprendizajes estudiantiles, lo que este Informe denomina “un apagón educativo”. Este apagón compromete el desarrollo de competencias y habilidades vitales para el progreso del país y la democracia. En la actualidad, cohortes enteras de estudiantes arrastran deficiencias educativas aún mayores que las tradicionalmente reflejadas en los malos resultados educativos que Costa Rica obtenía, en promedio, en las pruebas estandarizadas nacionales e internacionales. Se tienen amplios y diversos grupos de estudiantes rezagados: las personas de la educación especial, las que asisten a modalidades abiertas, la población indígena, los cientos de miles con poca o nula conectividad, los niños que asisten a preescolar. Todo esto ha incrementado las desigualdades entre la educación pública y la privada (que no ha interrumpido sus servicios) en los ciclos educativos que la Constitución Política establece como obligatorios. Lo anterior ocurre además con un agravante: la falta de evaluación educativa mediante pruebas nacionales en los últimos años, lo que dificulta el seguimiento de la trayectoria académica de la población estudiantil y sus avances de acuerdo con el perfil esperado en los programas de estudio. Que las medidas adoptadas por el Ministerio de Educación Pública se orientaron, principalmente, a resguardar la salud y garantizar la permanencia de los estudiantes en el sistema preescolar, básico y diversificado. Estos son objetivos necesarios, pero no suficientes. La educación remota, combinada o híbrida como principal respuesta educativa del sistema, no garantizó que los estudiantes adquirieran aprendizajes de calidad. El “apagón educativo” ocurrió en una época en la que, por el fin de la transición demográfica, el país requiere avances rápidos y sustantivos en el acceso y la calidad de los servicios educativos, en especial dentro de las poblaciones atendidas por el sistema público, provenientes mayoritariamente de hogares de bajo clima educativo. A ello se suman los adversos efectos de la pandemia sobre la producción y el empleo, lo que ha provocado un empobrecimiento de muchos hogares y el aumento de las desigualdades sociales y territoriales. En síntesis, en un mal momento para el desarrollo del país, el “apagón” produjo los peores resultados educativos en mucho tiempo.



En este Informe han planteado, que los retrocesos educativos no pueden achacarse a la disrupción creada por la pandemia. Ciertamente, esta agravó los problemas, pero, como se ha documentado en ediciones anteriores, el sistema educativo en los niveles de preescolar, básico y diversificado venía mostrando desempeños inerciales, sin resolver problemas de fondo: una evolución inadmisibles a la luz de la inversión pública que Costa Rica hace en este ámbito. Así que la grave situación descrita tendrá repercusiones sobre el acceso y logros de la educación universitaria en pocos años y, más en general, en la preparación de estudiantes para desenvolverse dentro y fuera del mercado laboral debido a su mala formación y la exclusión educativa.

Han indicado que el shock provocado por el Covid-19, encontró a la educación superior costarricense anclada en una trayectoria de cambios apenas marginales en el acceso de la población a sus servicios y en un contexto de crecientes fragilidades de sostenibilidad para su financiamiento en el mediano plazo: en las universidades públicas, por las restricciones fiscales y la dificultad para ampliar la prioridad macroeconómica que ya tiene la inversión en educación superior, en un contexto de bajo y volátil crecimiento económico y crisis fiscal.

Según el último Informe el diagnóstico y sugerencias se resumen en tres ideas principales:

- Las fortalezas no alcanzaron: el sistema de educación preescolar, general básica y diversificada enfrenta una grave crisis producto de problemas estructurales no resueltos y el golpe de la pandemia.
- La educación superior articuló respuestas efectivas ante la pandemia, pero enfrenta una situación estratégica comprometida.
- La gravedad de la situación amerita ejecutar una hoja de ruta estratégica a partir de un Acuerdo Nacional para la Educación.



Paralelo a estas necesidades en el sistema educativo, los actores sociales reclaman otros espacios educativos no formales. Es decir, que además de las necesidades en educación formal, requieren espacios dirigidos a toda la población donde puedan aprender otras habilidades que les sean de utilidad en su día a día.

De manera que jóvenes y adultos tengan escapes a la rutina, aprendan sobre temas de interés y puedan con ello fortalecer la salud mental, alejarse de la delincuencia y el consumo de drogas.

Los actores sociales, indicaron que estos espacios se pueden brindar en las propias instalaciones del MEP, pero también en otras instituciones como bibliotecas, salones comunales o aulas de catequesis. Por lo que requiere la participación de diferentes sectores.

El fin de esta iniciativa es cultivar valores y habilidades blandas que permitan el crecimiento interpersonal de toda la comunidad.

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

Tabla 56. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de Falta de espacios educativos, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de Salud	Falta de organización de los servicios de salud.	Mayor organización de los servicios de salud.	Priorización de recursos para programas educativos. Coordinación intersectorial.	Estado	Sociedad Civil
Servicios de Salud	Falta de actividades de promoción.	Incremento en actividades de promoción.	Fortalecer la organización a nivel intersectorial (aprovechamiento de recursos) para el desarrollo de programas	Estado	Empresa privada Fundaciones Embajadas

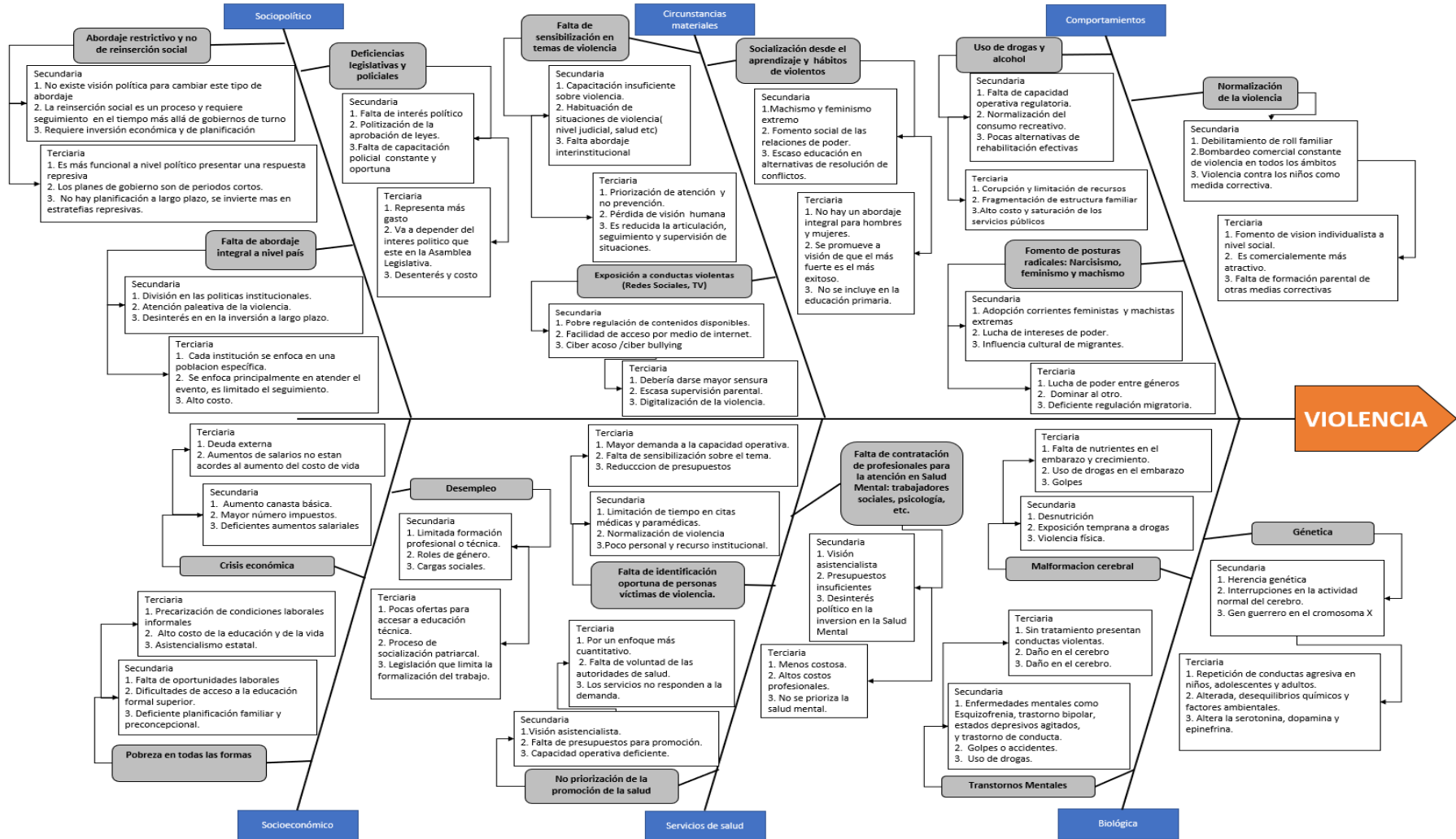


			y proyectos, que permitan un mayor conocimiento sobre prácticas saludables y a su vez les permita una mayor interacción de la población en beneficio de su salud.		
Circunstancias materiales	Dificultad de acceso y cobertura.	Ampliar cobertura a todas las comunidades	Contratación de personal para mejorar el acceso en todos los niveles.	Estado	Sociedad civil
Sociopolítico	Falta de conciencia y demanda.	Mayor conciencia de la sociedad sobre la importancia de aprovechar espacios.	Mayor inversión por parte del estado y gobiernos locales. Mayor participación ciudadana en los procesos de promoción de educación no formal en las comunidades (desarrollo de habilidades)	Estado Municipalidades	Sociedad civil Sector privado
Sociopolítico	Prioridades políticas.	Trascender de la educación formal priorizando la educación extracurricular	Asignación de recursos. Diseño de políticas que permitan los espacios educativos extracurricular.	Estado Municipalidades	Sociedad civil



3.2.3. Violencia

3.2.3.1. Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud





3.2.3.2. Análisis de las causas raíz con los expertos

Una vez que se analizó el Diagrama Causa-Efecto para el problema de la Violencia fue necesario trabajar con ayuda de los expertos en la priorización de las causas raíz. Dicha priorización se efectuó mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto.

Se usaron los criterios de priorización que están en el Anexo 7.2 y se procesó la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, la cual es una herramienta automatizada de Excel para el cálculo de los pesos de cada causa raíz

Tabla 56. Plantilla Pareto para priorización de causas raíz del problema de la violencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
6.1	Uso de drogas y alcohol	10	5	10	500	12,84%	12,84%	500	80%
6.2	Normalización de la violencia	10	5	10	500	12,84%	25,69%	1000	80%
6.3	Fomento de posturas radicales: Narcisismo, feminismo y machismo	10	5	10	500	12,84%	38,53%	1500	80%
1.1	Socialización desde el aprendizaje y hábitos de violentos	10	5	10	500	12,84%	51,37%	2000	80%
1.2	Exposición a conductas violentas (Redes Sociales, TV)	10	5	10	500	12,84%	64,22%	2500	80%
1.3	Abordaje restrictivo y no de reinserción social	10	3	7	210	5,39%	69,61%	2710	80%
2.1	Desempleo	10	5	3	150	3,85%	73,47%	2860	80%
2.2	No priorización de la promoción de la salud	7	3	7	147	3,78%	77,24%	3007	80%
2.3	Falta de identificación oportuna de personas víctimas de violencia	7	3	7	147	3,78%	81,02%	3154	20%
3.1	Falta de contratación de profesionales para la atención en Salud	7	3	7	147	3,78%	84,79%	3301	20%
3.2	Falta de abordaje integral a nivel país	7	3	7	147	3,78%	88,57%	3448	20%
3.3	Pobreza en todas las formas	7	3	7	147	3,78%	92,35%	3595	20%
4.1	Trastornos Mentales	7	3	7	147	3,78%	96,12%	3742	20%
4.2	Falta de sensibilización en temas de violencia	3	3	7	63	1,62%	97,74%	3805	20%
4.3	Deficiencias legislativas y policiales	7	1	7	49	1,26%	99,00%	3854	20%
5.1	Crisis económica	3	1	7	21	0,54%	99,54%	3875	20%
5.2	Malformación cerebral	3	1	3	9	0,23%	99,77%	3884	20%
5.3	Genética	3	1	3	9	0,23%	100,00%	3893	20%



3.2.3.3. Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

La violencia es otro de los problemas destacados en el análisis de la situación del Área, el cual es conocido por las consecuencias que repercuten a nivel social y en la salud integral de las personas.

Se identifica la violencia como todas aquellas conductas o acciones intencionadas que se efectúan a nivel individual o colectivo contra una persona, grupo o comunidad. Se ejerce desde el uso del poder u amenaza, mediante la fuerza o coerción, lo cual afecta negativamente la integridad de la o las víctimas. Como resultado de ello, se desarrollan una multiplicidad de secuelas que dañan diferentes ámbitos de la persona, emocionales, psicológicos, físicos, económicos y sociales.

Por otra parte, las secuelas de la violencia se pueden manifestar también por medio de otras problemáticas sociales. Tales como el aumento de conductas adictivas, enfermedades mentales, conductas suicidas, enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual como el VIH.

Ante estas consecuencias sociales y de salud, la violencia se convierte en un factor de interés para la salud pública, pues representa una demanda considerable de servicios para su atención psicológica, lesiones físicas, inadecuado desarrollo, discapacidad, muertes, medidas de protección, procesos judiciales, entre otras.

Según las estadísticas expuestas por la OPS, se conoce que a nivel mundial alrededor de 470 000 personas son víctimas de homicidio cada año. Además, del 38% de todos los asesinatos de mujeres son cometidos por sus parejas íntimas y una de cada tres mujeres han experimentado algún tipo de violencia por parte de su compañero sentimental. En América las muertes por violencia interpersonal, según datos de la OPS, son cerca de 500



personas diarias. Así también, en América se presentan las tasas más altas de homicidios en el mundo y los porcentajes de violencia sexual en menores de edad superarán el 50% anual.

En Costa Rica la problemática de la violencia se refleja también a nivel estadístico pues en sus últimos años, los niveles de muertes por causas violentas van cada año en aumento. Según el análisis sobre la situación de Seguridad Ciudadana en Costa Rica, del 2021, realizado por el Observatorio de la violencia del Ministerio de Justicia y Paz, se llega a la conclusión que para el 2021 se registra un aumento en los homicidios dolosos, a pesar del contexto de pandemia, lo cual es superado significativamente en el año 2022, vinculándose estos al crimen organizado. En cuanto a las muertes de mujeres, de la totalidad reportada durante el 2021, 18 fueron femicidios, relacionadas a situaciones de violencia intrafamiliar, porcentajes que se denotan como invariables en ese mismo año.

En el análisis del problema de la violencia, realizado en el taller con expertos, se identificaron diferentes causas raíz que fueron priorizadas de las cuales se destacan: 1. Uso de drogas y alcohol, 2. La normalización de la violencia, 3. El fomento de posturas radicales como narcicismo, feminismo y machismo, 4. La socialización desde el aprendizaje y hábitos de violentos y 5. La exposición a conductas violentas (redes sociales y televisión).

La identificación de esta problemática deja entrever que es una situación que está afectando la población en general y que la no atención afecta directa o indirectamente la salud y el bienestar de las comunidades. Por lo que, es fundamental la identificación y análisis de posibles líneas de acción que promuevan la disminución de factores que están generando la violencia en la interacción social tanto en lo privado como en lo público.



3.2.3.4. Identificación de los factores protectores y las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas

Tabla 57. Identificación de Factores Protectores y Líneas de Acción para el problema de violencia, desarrollado en el taller con expertos el 19 de julio del 2023

Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Problemáticas en el consumo de Drogas y Alcohol.	Atención en Prevención y Tratamiento.	Procesos socioeducativos de prevención dirigidos a comunidad y centros educativos. Ampliar alternativas de atención y rehabilitación. Generar espacios públicos para realizar actividad física.	Fuerza Pública IAFA CCSS Municipalidad MEP INAMU PANI ICODER Comité Cantonal de Deportes	Gobierno Central Comunidad Asociaciones.
Comportamiento	Normalización de la Violencia.	La buena convivencia.	Procesos de formación para padres o responsables de familia.	PANI	MEP CCSS
Comportamiento	Fomento de posturas: Narcisismo Feminismo y Machismo	Equilibrio en convivencia social.	Procesos paralelos de formación en nuevas masculinidades y empoderamiento de las mujeres, en prevención de la violencia.	Familia INAMU Municipalidad PANI Justicia y Paz	MEP INAMU Instituto WEM
Circunstancias Materiales	Socialización desde el aprendizaje y Hábitos violentos.	Concientizar sobre el problema de violencia.	Procesos de formación en habilidades para la vida.	Familia PANI MEP Justicia y Paz	INAMU Instituto WEM CCSS
Circunstancias Materiales	Exposición a conductas violentas.	Mayor control de redes y TV.	Mayor regulación de contenidos disponibles.	Familia Justicia y Paz PANI	MEP
Servicios de Salud	No acceso a Servicios de Salud.	Acceso a Servicios de Salud.	Mayor inversión en presupuesto para la contratación de más servicios en salud mental. Propuesta de ley para la modificar el artículo 42 del	Ministerio de Salud CCSS Gobierno Central	Gobierno Local Defensoría Instituciones de salud Comunidad Organizada



			Código de la niñez y adolescencia, para facilitar acceso a la salud.	Asamblea Legislativa PANI	CCSS Asamblea Legislativa PANI
Circunstancias Materiales de Vida	Violencia Intrafamiliar	Fomentar una cultura de Paz y equidad.	Habilidades para la vida Resiliencia Comunicación asertiva Aumento de procesos socioeducativos en comunidad y centros educativos.	Ministerio de Justicia y Paz PANI Iglesias MEP INAMU	Instituto WEM Iglesias Asociaciones Ministerio de Cultura
Factor Sociopolítico	Falta de Legislación.	Actualización y comportamiento de la Legislación.	Elaboración de proyecto de Ley para actualización de la legislación en garantía de su cumplimiento.	Poder Judicial Ministerio de Justicia y Paz Asamblea Legislativa Organizaciones Internacionales	Comunidad Poder Judicial Ministerio de Justicia Asamblea Legislativa Organizaciones Internacionales
Factor Sociopolítico	Corrupción Política	Formación en valores y ética	Asesoría y representación jurídica para personas de bajos recursos. Mayores procesos de fiscalización en el aparato estatal y privado. Equidad Salarial. Procesos de formación constantes en valores y ética, en el sistema público y privado.	Ministerio de Justicia y Paz MEP Poder Judicial	Iglesias Líderes Comunitarios



4. CAPITULO IV: VALIDACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN CON LA COMUNIDAD

Una vez que se realizó la identificación de líneas de acción con base en las causas raíz priorizadas e identificación de los factores protectores, se realizó el taller de validación de las líneas de acción con la comunidad y los ajustes correspondientes.

Para el desarrollo del taller se convocó a los actores sociales que participaron en el primer taller de identificación de los principales problemas de salud y salud mental, se revisó cada uno de los cuadros de Identificación de factores de protección y líneas de acción que se generó para cada uno de los problemas.

Una vez concluido el taller se realizaron los ajustes a los cuadros según las observaciones anotadas en los instrumentos utilizados, de manera que los cuadros en el capítulo anterior son la versión ajustada y validada por la comunidad y que se constituirá en el insumo para el desarrollo de la planificación estratégica local para incidir en estos problemas.



5. CONCLUSIONES

El análisis de situación de salud ha permitido la descripción de las características geográficas, demográficas, socioeconómicas y la caracterización ambiental y de riesgo, así como de oferta y demanda de servicios de salud de los distritos Quesada, Buena Vista y La Palmera del cantón de San Carlos, que conforman el Área Rectora de Salud de Ciudad Quesada lo que evidencia fortalezas y debilidades en cada una de estas áreas, las cuales deben ser analizadas e intervenidas.

El perfil de morbilidad del Área para el año 2022 pone en evidencia la importancia de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y patologías asociadas, problemas de salud mental como la depresión, la violencia intrafamiliar y los accidentes laborales y de tránsito como los eventos que mayormente se reportan.

El perfil de mortalidad del Área Rectora de Salud Ciudad Quesada evidencia como principal causa de muerte en el quinquenio 2015-2019, (problema general) las enfermedades cardiovasculares. Según grupo de edad, la principal causa representa en todos los grupos, enfermedades no infecciosas y más de carácter crónico no transmisible y neoplásico.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente las enfermedades neoplásicas y las afecciones cardíacas como principal causa de mortalidad de la población del Área Rectora hace indispensable desarrollar acciones que mejoren la calidad de vida de las personas; fomenten el ejercicio físico y la nutrición balanceada; pero, que además se fortalezca la atención desde el nivel preventivo y no curativo-paliativo que actualmente se desarrolla.



La seguridad alimentaria y la seguridad del agua como arista en la causalidad de enfermedades neoplásicas, debe ser abordada, de manera que se garantice el muestreo de agua y alimentos, la trazabilidad de los productos de consumo y la regulación de precios de los alimentos, lo que podría ser un factor determinante sobre la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Se debe promover la investigación de factores genéticos, hereditarios, exposición ambiental o laboral en patologías que generan muertes según grupo poblacional a nivel local.

Los principales problemas salud identificados por la comunidad corresponden a, dificultad de acceso a servicios de salud, problemas económicos y delincuencia lo cual pone en evidencia la consideración de situaciones sociales como problemas de salud y por tanto la percepción de la salud como un proceso de construcción social.

El acceso a los servicios de salud como problema identificado, responde a la no satisfacción de la demanda de cupos, falta de atención oportuna y a la imposibilidad de las familias para pagar atención privada y mantenerse sujetos a las listas de espera o tener que incurrir en gastos o endeudamiento para atender problemas de salud.

El acceso a los servicios de salud en general debe contemplar promoción de factores protectores como educación, actividad física en espacios públicos (sin costo) y asesoría nutricional entre otros aspectos, lo que involucra la participación de diferentes sectores y la comunidad.

La pobreza y los problemas económicos asociados permean de manera transversal la mayor parte de los problemas de salud y de salud mental identificados por la comunidad y sobresale la actual problemática de los préstamos gota a gota que disparan los índices de violencia, delincuencia y trastornos mentales asociados a ansiedad, depresión y suicidio.



La intervención de factores que influyen en los determinantes de la salud, especialmente lo que se refiere a la pobreza, el acceso a la vivienda digna, acceso a los servicios de salud, educación, transporte y seguridad con enfoque de género es una prioridad para mejorar el estado de salud de las comunidades.

La delincuencia como problema de causa multifactorial requiere la intervención intersectorial desde educación formal e informal en habilidades para la vida, proyecto de vida, autocuidado, prevención del consumo de alcohol y drogas, acceso a servicios de salud y empleo.

Los principales problemas de salud mental identificados por la comunidad corresponden a falta de espacios recreativos, falta de espacios educativos y violencia.

Los espacios recreativos como parques, áreas verdes, instalaciones deportivas y lugares de entretenimiento tienen un impacto positivo, pues permiten a las personas realizar actividad física, interactuar con otras personas, reducir el estrés, la ansiedad y por ende mejora la calidad de vida.

La falta de espacios educativos hace referencia a la necesidad de contar con sistemas educativos extracurriculares de formación alternativa, que permita aportar nuevo conocimiento, facilitar el esparcimiento, la interacción social y el fortalecimiento de la salud mental a diversos grupos poblacionales.

El sistema educativo formal requiere reformas vinculadas con el desarrollo de habilidades para la vida como autoconocimiento, empatía, resolución de conflictos, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, pensamiento crítico, educación financiera y el fomento de prácticas saludables y de autocuidado para mejorar la convivencia social, familiar y el aumento de la productividad económica.



La inversión en infraestructura comunal multipropósito para brindar espacios educativos no formales y espacios recreativos adecuados y accesibles, es esencial para garantizar una salud integral a las comunidades y es tarea de los gobiernos locales, instituciones públicas y la sociedad civil organizada.

El acceso a los espacios de educación informal y espacios recreativos fue visto como una medida de promoción de valores y desarrollo de habilidades para niños y jóvenes para prevención del abuso de drogas, violencia y delincuencia.

La violencia como problema de salud mental genera secuelas emocionales, físicas, sociales y económicas y problemáticas vinculadas como conductas delictivas, adicciones, enfermedades mentales, conductas suicidas, enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles lo que afecta tanto a quien la ejerce como a quien la recibe.

El Análisis de Situación Integral de salud consideró los problemas identificados por las comunidades y el perfil de mortalidad del Área para el abordaje de los determinantes de cada problema, estableciendo las causas raíz y dando como resultado las líneas de acción que buscan desarrollar estrategias efectivas de prevención y promoción en salud.

Las líneas de acción identificadas deben constituirse en los pilares que soporten el desarrollo de la planificación estratégica para incidir en el bienestar general construyendo sociedades más saludables, equitativas y resilientes en las comunidades que subyacen bajo los problemas identificados.



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dirección de Vigilancia de la Salud, M. d. (2019). *GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD EN*. San José: ISBN: 978-9977-62-183-8.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *Censo de población y vivienda*.

Ministerio de Educación Pública. (2021). *Indicadores del Sistema Educativo Costarricense 2010-2020*. San José.

Poder Ejecutivo de Costa Rica. (s.f.). *Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud, Decreto Ejecutivo: 32544 del 09/02/2005*. Obtenido de Sistema Costarricense de Información Jurídica:
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=55312&nValor3=0&strTipM=FN



7. ANEXOS

7.1. Anexo 1. Selección de indicadores

Según se indica en la Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica 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. Es importante mencionar que los indicadores quedan a criterio del equipo los que se seleccionen y definan, también estos deben revisar y ajustar los mismos.

Tabla de Indicadores		
Indicadores Sociales		
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
1	Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, 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).
5	Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías	Frecuencia relativa de las viviendas individuales ocupadas según las categorías y subcategorías de interés. Nota: en cada caso se debe especificar la categoría utilizada, agregándola al nombre del indicador. Por ejemplo: proporción de viviendas individuales ocupadas según tipo de tenencia, porcentaje de tugurios y porcentaje de viviendas propias.
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.
Indicadores Demográficos		
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 de edad más la población de 65 y más años de edad; y la población económicamente productiva



		como la población entre 15 y 64 años de edad. 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 de edad 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).
20	Media anual de defunciones	Número total de defunciones esperadas en un año específico, para un determinado país territorio o área geográfica.
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		
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 (remuneración de empleados e ingreso por propiedad) 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). Sinonimia: fuerza de trabajo
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). Sinonimia: proporción desempleada de la fuerza de trabajo y proporción de la pea desocupada
29	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.
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). Nota: al coeficiente de Gini expresado en porcentaje (esto es multiplicado por 100), se le conoce como “índice de Gini”
Indicadores Servicios		
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. Área urbana o rural según definición del país.



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. Datos de área urbano y rural según la definición del país.
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 hospitalaria	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.
41	Razón de egresos hospitalarios	Número de egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Representa un estimado del grado de utilización de los servicios de salud de internamiento hospitalario. Se define como egreso hospitalario a la salida formal de un paciente hospitalizado por terminación del período de hospitalización, sea por defunción, regreso a su domicilio o transferencia a otra institución. Se define como hospital a cualquier establecimiento de salud con personal profesional médico organizado y camas disponibles para hospitalización continua de pacientes formalmente admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico y no-quirúrgico.
42	Número de establecimientos de atención ambulatoria	Número de establecimientos de salud por tipo y nivel



7.2. Criterios de priorización para las causas raíz para el análisis de Pareto

Según se indica en la Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica, se utilizaron los siguientes criterios de priorización para seleccionar las causas raíz, por medio del análisis de Pareto.

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

Fuente: Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica, 2019

