



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

Ministerio de Salud

Región Huetar Norte

Área Rectora de Salud Florencia

Análisis de la Situación Integral en Salud

Noviembre 2023



Documento Técnico

Documento elaborado por:

Dr. José Pablo Molina Velásquez

Dra. Erika Alejandra Anchía Jiménez

Dra. Adriana Sanabria Quirós

Dra. Carolina Pérez González

Lcda. Sughey Ramírez Mena

Lcda. Carolina Umaña Vega

Lic. Norman Salguero Rodríguez

Lic. José Pablo Angulo Varela



Tabla de Contenido

Lista de abreviaturas	4
Definiciones operacionales	6
Justificación	9
Problema	13
Objetivos	14
Metodología	15
Selección de indicadores	17
Caracterización del entorno	19
Descripción de las características geográficas	19
Descripción de las características demográficas	32
Descripción de las características socioeconómicas	42
Descripción de características de presencia de riesgos.....	56
Determinantes relacionados con los servicios de salud de atención directa a las Personas	61
Indicadores relacionados a Salud Mental	66
Caracterización del entorno Salud Mental	68
Perfil Epidemiológico	71
Priorización de los problemas	81
Metodología de priorización del equipo ASIS basado en mortalidad.....	82
Priorización de los problemas de salud con la comunidad	86
Análisis de los problemas priorizados	95
Identificación de las causas raíz, sus causas secundarias y terciarias del problema de salud	98
Análisis de las causas raíz con los expertos	100
Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas	101
Identificación de las líneas de acción	136
Validación de las líneas de acción con la comunidad	166
Anexos	167
Bibliografía	181



Lista de Abreviaturas

ARS: Área Rectora de Salud

ASADA: Asociación Administradora de los Sistemas de Acueductos y Alcantarillados

ASIS: Análisis de la Situación Integral en Salud

AYA: Acueductos y Alcantarillados

BCG: Bacillus Calmette-Guerin

CAAR: Comité Administrador de Acueductos Rurales

CCP: Centro Centroamericano de Población

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CENCINAI: Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral

CEINNA: Comités de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido

CILOVIS: Comisión Interinstitucional Local de Vigilancia de la Salud

CINDEA: Centro Integrado de Educación de Adultos

COSEVI: Consejo de Seguridad Vial

DM: Diabetes Mellitus

DPT: Difteria, Bordetella pertussis y Tétanos

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral de Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

EISAM: Equipo Interdisciplinario de Salud Mental

ENAHO: Encuesta Nacional de Hogares

END: Encuesta Nacional de Drogas

Hib: Haemophilus influenzae tipo b

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

IBM: Índice de Bienestar Material

IC: Índice de Conocimiento

ICE: Instituto Costarricense de Electricidad

IDHc: Índice de Desarrollo Humano Cantonal

IDS: Índice de Desarrollo Social

IEV: Índice de Esperanza de Vida

IMC: Índice de Masa Corporal

IMN: Instituto Meteorológico Nacional

INAMU: Instituto Nacional de la Mujer

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

INHEM: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

INS: Instituto Nacional de Seguros

IRA: Insuficiencia Renal Aguda



IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas Superiores
MAG: Ministerio de Agricultura y Ganadería
MEIC: Ministerio de Economía Industria y Comercio
MIDEPLAN: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MOPT: Ministerio de Obras Públicas y Transportes
MS: Ministerio de Salud
MSP: Ministerio de Seguridad Pública
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIJ: Organismo de Investigación Judicial
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PANI: Patronato Nacional de la Infancia
PIB: Producto Interno Bruto
RNT: Registro Nacional de Tumores
SRP: Sarampión, Rubeola y Paperas
SENARA: Servicio Nacional de Riego y Avenamiento
SEV: Sistema de Estadísticas Vitales
SIRNAT: Sistema de Registro Nacional de Tumores
TB: Tuberculosis
THC: tetrahidrocannabinol
TSE: Tribunal Supremo de Elecciones
UCR: Universidad de Costa Rica
VIH - SIDA: Virus de la Inmunodeficiencia Humana- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



Definiciones operacionales

Salud

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

Análisis de situación de salud

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

Ciclo de vida

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

Determinantes de la salud

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



Determinantes estructurales

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

Determinantes intermedios

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

Escenario de salud

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

Escenario de riesgo

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

Factores protectores

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



Factores de riesgo

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

Diagrama Ishikawa

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



Justificación

En la actualidad se toma como punto de partida un concepto de salud que va más allá de la dicotomía enfermo-sano y se incorporan aspectos relacionados con las condiciones de vida, económicas, ambientales, sociales, culturales, de accesibilidad y equidad como algunos determinantes de la salud de una población.

Para ser consecuente con este enfoque es necesario incorporar a los diferentes actores sociales dentro del proceso de Planificación Estratégica de la Salud, entendiéndose este como un esfuerzo del estado para orientar el uso de recursos existentes de manera más eficiente, eficaz y equitativa, hacia objetivos superiores del desarrollo humano. De esta manera la noción de salud como producto social reviste un carácter multidimensional, según los contextos sociales y culturales existentes, así se podrá profundizar en el conocimiento objetivo de la salud, para acercarse al conocimiento de esa realidad y de cómo ésta se expresa en la situación de salud-enfermedad-muerte, de estratos específicos de la población.

El análisis de situación de salud (ASIS) es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud. Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad.

Es un instrumento fundamental para evaluar el impacto de las políticas públicas, mejorar el diseño y la ejecución de políticas, estrategias y programas que los gobiernos y la sociedad en su conjunto implementan para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano sostenible.

En nuestro país la reforma del sector Salud, exige a las instituciones del sector público, una amplia preparación para afrontar estos cambios en las necesidades de la sociedad de la cual forman parte. El Ministerio de Salud en su función rectora del sector salud, debe aunar esfuerzos con otras organizaciones tanto gubernamentales como del sector privado, a nivel intersectorial para comprometerse con la realización de lecturas constantes sobre aquellos determinantes que inciden positiva como negativamente en las condiciones de salud y por ende de vida de la población, con la finalidad de establecer estrategias y alianzas que fomenten estilos de vida saludables y a su vez logre fortalecer y asumir su misión como garante de la salud de la población.

Este documento ASIS recopila una serie de procesos sistemáticos y analíticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud enfermedad del individuo, las familias y las comunidades a nivel local. Es un instrumento que genera una mirada comprehensiva de las diversas dimensiones del proceso salud - enfermedad en nuestras



localidades, y sirve como insumo para orientar la construcción de alianzas estratégicas que se desarrollan a través de acciones concretas con ordenadores definidos sectoriales e intersectoriales, que contribuyen a modificar la situación de salud de los individuos, familia y comunidad, traducido en bienestar.

Desde el enfoque de derechos y reconociendo que, tal como lo plantea el análisis de determinantes sociales, la salud es una producción histórico social donde las enfermedades son el resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas de los individuos y colectividades, el centro de análisis del ASIS serán las personas que comparten un mismo territorio inmerso en dinámicas y posiciones sociales que permiten expresar distintos grados de vulnerabilidad.

El fin último de la intervención social y de salud es el desarrollo de autonomía de las personas y colectivos, luego de ubicar los diferentes territorios, el centro del análisis y de reconocimiento deben estar en las etapas del ciclo vital, del conjunto de características que los conforman (el género, la etnia, aspectos sociales, económicos, culturales, la capacidad mental, física, sexualidad, entre otros) y realizar análisis de equidad que puedan mostrar las desigualdades existentes o no por estas condiciones.

Por ello, es imperiosa la necesidad de que los diversos actores sociales ponderen y se apropien del conjunto de conocimientos e insumos que el Análisis Situacional de Salud (ASIS), brinda para establecer alianzas y estrategias intersectoriales orientadas a incidir sobre los determinantes saluto-génicos que contribuirán con un mejoramiento y fortalecimiento de su calidad de vida en nuestras comunidades.

El Análisis Situacional de Salud (ASIS) como base para la planificación estratégica y otras acciones de participación y concertación para el logro de objetivos planteados, permite conocer la situación de salud de un espacio poblacional en un momento determinado, lo que se convierte en un insumo fundamental a nivel local y para otras instituciones y actores sociales para realizar los análisis respectivos, identificando elementos necesarios que mejoren y fortalezcan el quehacer institucional frente a las demandas de la población fundamentalmente por servicios de salud accesibles y de calidad.

En este caso, el proceso de planificación responde a la necesidad de direccionar los esfuerzos sociales en la materia, hacia la disminución de inequidades y desigualdades en el acceso a la salud de los diferentes grupos sociales sean estos definidos por ubicación geográfica, ingreso económico, sexo, etnia, edad, preferencia sexual, acceso al trabajo o cualquiera otra característica, ya que estos grupos tienen diferentes riesgos de enfermar y morir, esfuerzo que le corresponde conducir al Ministerio de Salud,



promoviendo la articulación intersectorial e interorganizacional, como parte de la función rectora que le ha asignado el estado costarricense.

Tomando en cuenta que la Salud Mental es un producto de construcción social, históricamente determinado, vinculado a las condiciones vida de los diferentes grupos sociales, es parte fundamental de la salud. La OMS la define como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, donde se amplían las dimensiones, incorporando a ese bienestar emocional y psicológico en la que cada persona se da cuenta de su propio potencial de hacer uso de habilidades emocionales y cognitivas (conocimiento), funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

En Costa Rica, se define la Salud Mental, como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente.

El Ministerio de Salud, como ente Rector en Salud, tiene dentro de sus responsabilidades la acción de gobernar, dirigir y conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas y a ejercer autoridad sobre ellas. En este proceso lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce potestades de Autoridad Sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población, por medio de la Política Nacional de Salud Mental.

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. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Invertir en Salud Mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, delincuencia, suicidios, matonismo y deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma. Las condiciones de vida de las personas, tales como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, impactan directamente sobre su Salud Mental, acrecienta la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental, lo que a su vez tiene consecuencias sobre el desarrollo y la economía de los países.

El diagnóstico en Salud Mental es importante para facilitar procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis y permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Además, incluyen, como sustrato, a grupos de población con diferentes grados de postergación



resultante de las condiciones y calidad de vida desigual y definida según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que se desarrollan en ambientes específicos. El ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento. (OPS, 1999) El actual análisis se realiza con base en los determinantes de la Salud Mental que se describen a continuación. Determinantes biológicos, ambientales, sociales-económicos-culturales, sistemas y servicios de salud.



Problema

Al cambiarse el concepto de salud y ser vista como un producto histórico y social; queda patente la necesidad de buscar una explicación de los problemas sanitarios en el entorno humano y no solamente en disfunciones orgánicas, por lo que tampoco el abordaje de dicha problemática debe hacerse únicamente desde dentro de las instituciones del sector.

Los cambios demográficos y el cambio en el comportamiento de las enfermedades: enfermedades infecciosas y transmisibles van cediendo lugar a enfermedades crónicas relacionadas con los estilos de vida; a los riesgos ambientales tradicionales vinculados con la calidad del agua y saneamiento básico, se agregan nuevos riesgos relacionados con la industria, la tecnología y la carga de violencia de las sociedades modernas, lo cual denota el impacto de los determinantes sociales en el estado de salud actual de la población.



General

Analizar la relación de las condiciones de vida y el comportamiento diferencial del proceso salud y enfermedad de la población, dentro de un contexto histórico, geográfico, ambiental, demográfico, social, cultural, político y de avance del conocimiento científico-técnico en salud pública, con el objeto de alimentar la planificación, ejecución y evaluación de las políticas y programas de salud pública.

Específicos

- Caracterizar las condiciones de vida de la población del Área Rectora de Salud de Florencia identificando los diversos determinantes que intervienen en la problemática de salud y que promuevan el diseño de nuevas intervenciones desde el sector salud que causen un impacto efectivo a nivel local para establecer prioridades.
- Desarrollar el proceso de análisis de situación de salud a través de distintas fases metodológicas como insumo para la construcción de intervenciones costo-efectivas integrales y articuladas con otros sectores.



Metodología

El proceso metodológico por seguir en el presente Análisis de Situación de Salud contempla las siguientes fases:

- **Análisis del entorno:** es el conjunto de circunstancias y condiciones de tipo geográficas, demográficas, sociales, económicas y ambientales que rodean a toda persona y que ejercen influencia sobre el desarrollo de su vida, moldeando las oportunidades y limitaciones.

- **Priorización de problemas según mortalidad:** La muerte tiene una relevancia indiscutible como hecho del ciclo vital, y se propone como un fenómeno contrario a la salud: el fin definitivo de la salud (OPS 2018).

Contribuye al análisis de la dinámica de una población y a la comprensión del cambio de estructura y magnitud de esta. Las estadísticas de mortalidad son ampliamente utilizadas para efectuar análisis de la situación de salud, sea de diferentes poblaciones en un mismo momento del tiempo, o de una misma población en distintos momentos. Este análisis suele acompañarse con información específica discriminada por edad, sexo, causas de muerte y otros (OPS 2018).

La fuente de información básica para el análisis de la mortalidad son los sistemas de estadísticas vitales (SEV) basados en el registro civil y la fuente oficial de las causas de mortalidad en Costa Rica es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

- **Priorización de problemas de salud en la comunidad:** La priorización de problemas es un paso en el Análisis importante ya que permite seleccionar las distintas alternativas de soluciones, en base a la ponderación de opciones y aplicación de criterios para dar mayor peso a los problemas que nos encontremos.

Hay dos tipos de priorización, una basada en los datos de mortalidad por parte del equipo técnico y la priorización con la comunidad y los actores sociales. Para el análisis se usará el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado). El diagrama Causa-Efecto es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud.



- Análisis de problemas de salud priorizados: Una vez que se tengan las cinco causas raíz priorizadas según problema de salud, se procede a hacer el análisis del evento que incluye dos etapas; una descripción general del evento de salud cualitativa y tomando en consideración estadísticas a nivel nacional e internacional y otra que incluye la descripción y análisis de las causas priorizadas, de manera que se relacionen la determinación de la causa con la aparición del evento.

Como parte de esta metodología a continuación se mencionan únicamente los indicadores seleccionados para la construcción del presente documento; sin embargo, su descripción se puede encontrar en el apartado de anexos.



Selección de indicadores

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

Indicadores Sociales

1. Tasa de alfabetización
2. Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más
3. Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)
4. Índice de desarrollo social cantonal (IDS)
5. Consumo de drogas en población de 12 a 70 años
6. Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años
7. Edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años

Indicadores Demográficos

8. Población
9. Densidad de población
10. Composición poblacional por grupos de edad y sexo
11. Razón Mujer-Hombre
12. Razón de dependencia demográfica
13. Razón o Índice de envejecimiento
14. Total de nacimientos
15. Tasa de natalidad
16. Tasa de crecimiento natural de la población
17. Media anual de defunciones
18. Tasa cruda de mortalidad

Indicadores ambientales

19. Manejo de residuos
 20. Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable
- Indicadores de Servicios de Salud
21. Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna
 22. Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal
 23. Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva
 24. Tasa de incidencia de las principales Neoplasias malignas
 25. Tasa de incidencia VIH



- 26. Tasa de incidencia SIDA
- 27. Razón hombre/mujer en casos de SIDA

Para salud mental en este apartado se tienen los siguientes indicadores:

- 28. Razón de Psiquiatras
- 29. Razón de Psicólogos
- 30. Razón de Trabajadores Sociales
- 31. Razón de enfermeras de Salud Mental
- 32. Tasa de trastorno bipolar afectivo
- 33. Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas
- 34. Tasa de esquizofrenia
- 35. Tasa de depresión
- 36. Tasa de suicidio
- 37. Tasa de Violencia

Tomando en cuenta la anterior selección de indicadores se procede al análisis de estos a partir del año más reciente que se cuenta con la información y según nivel de desagregación según corresponda por país, provincia, región de planificación, cantón o distrito, con el fin de brindar un primer acercamiento a los determinantes de la salud y la forma en que estos se interrelacionan en el espacio de ámbito del ARS Florencia.



Características del Entorno

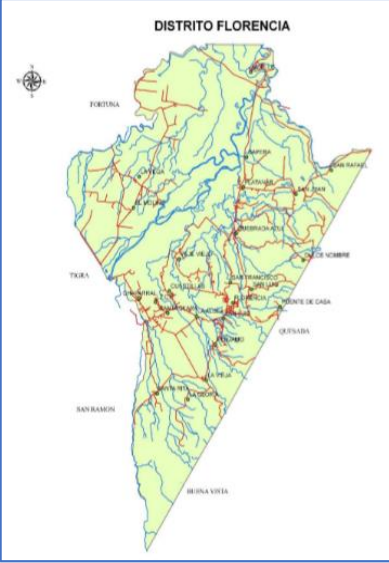
El entorno es el conjunto de circunstancias y condiciones de tipo geográficas, demográficas, sociales, económicas y ambientales que rodean a toda persona y que ejercen influencia sobre el desarrollo de su vida, moldeando las oportunidades y limitaciones.

Descripción de las características geográficas

Estas forman parte del conjunto de regiones naturales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza; rasgos como la historia, hidrografía, uso de suelos y relieve.

El ARS Florencia abarca los distritos de Florencia, Fortuna, La Tigra, Venado y Monterrey, las características geográficas de cada uno de ellos se describen a continuación:

Cuadro 1. Descripción de las características geográficas del distrito de Florencia

Indicador	Dato de interés
Historia 	Durante la campaña de 1856, se abrieron las primeras picadas que llevaron a diversas tropas a ingresar desde Palmares y Naranjo hasta las riberas del río San Carlos, fue así como se abrió camino a nuestras llanuras. Después de varias décadas, en 1889 muchas de las personas que lucharon en la guerra de los filibusteros emprendieron camino desde Poas, Grecia y Palmares hacia las tierras del norte, terrenos que por sus excelentes condiciones eran aptos para el desarrollo de todo tipo de cultivos. Estas personas siguieron la ruta desde lo que hoy es Buena Vista para llegar a Los Bajos, donde valientes hombres cultivaron poco a poco la tierra generosa que les daba el alimento diario, asimismo fueron dando origen a ranchos dispersos en el bosque.
Extensión territorial	182,15 km ²



Organización territorial	Alajuela, San Carlos, Florencia, el distrito cuenta con 18 caseríos: Florencia, Caimitos, San Luis, San Francisco, La Vieja, Santa Rita, Cuestillas, Villa Fátima, Santa Clara, Pénjamo, Platanar, San Rafael, San Juan, Muelle, Quebrada Azul, La Vega y El Molino.
Límites geográficos	<ul style="list-style-type: none">• Norte: Cutris• Sur: Buena Vista• Este: Ciudad Quesada• Oeste: La Tigra
Hidrología	El principal curso de agua es el Río San Carlos, que atraviesa el distrito junto con sus numerosos afluentes, el Río San Carlos además es el principal afluente del fronterizo Río San Juan.
Geología local	Montañoso, valle, llanura, zona volcánica.
Territorios indígenas	No se tienen registrados
Plan Regulador	No se cuenta con Plan Regulador

Cuadro 2. Descripción de las características geográficas del distrito de La Fortuna

Indicador	Dato de interés
Historia	<p>La Fortuna es el distrito número siete de San Carlos. Se consideran como fundadores a Elías Kopper Cubero, Marcial Jarquín, Juana Vargas, Ricardo Quirós y Alberto Quesada, quienes venían desde San Ramón de Grecia y llegaron a estas tierras en el año 1915. Cuando estas personas llegaron a La Fortuna, esas tierras eran montañas vírgenes, donde abundaban enfermedades como la malaria y los animales salvajes.</p> <p>Los primeros habitantes se dedicaban a subsistir con la siembra de arroz, frijoles, plátanos y a la extracción del hule. Los pioneros de este distrito suben por</p>



primera vez a los cerros del Arenal en 1937, fecha en que descubrieron el volcán gracias al tamaño del cráter y a las fumarolas que se producían. Sin embargo, a pesar del descubrimiento, los foráneos de aquellas épocas no pensaron en aquel atractivo natural como una fuente turística y generadora de empleo, por lo que siguieron dedicándose a la agricultura de granos básicos.

En 1949 se funda la primera escuela, construida en una manzana de tierra donada por Isolina Hidalgo, tiempo más tarde se construyó la iglesia en un terreno donado por Eduardo Quesada. Para 1950 este distrito se anexó a San Carlos por voluntad de sus habitantes, quienes, por medio de un plebiscito, se unieron al cantón junto con La Tigra. En este distrito las primeras mujeres en votar fueron Amelia Alfaro, Ortemida Murillo y Juana Mejías, quienes por primera vez en los años 50 estaban inscritas en el padrón electoral. La historia de Fortuna se puede citar en un antes y en un después de la erupción del 29 de julio de 1968, cuando murieron 80 personas y quedaron sepultadas por la arena y la piedra los lugares conocidos como Tronadora y Pueblo Nuevo. Después de esta fecha empezó a ser visitada por científicos nacionales y extranjeros para empezar a realizar estudios en los adentros del volcán; luego en 1990 con la ubicación de Costa Rica en el mapa turístico mundial y gracias a la participación de la selección nacional en Italia 90 y a la obtención del premio nobel de la paz en 1987, muchos turistas empiezan a visitar a la Fortuna por sus atractivos naturales y humanitarios, especialmente por el espectáculo que ofrecía el volcán en actividad. Seguidamente cuando el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) construyó la represa de Arenal, el sitio cobró más fuerza en interés turístico por la belleza del lago. En 1992 con la pavimentación de la carretera hacia el volcán, la construcción de hoteles y el surgimiento de nuevos atractivos naturales y sociales se generaron una nueva fuente de empleo para los habitantes de este distrito que en esas fechas básicamente se seguían dedicando al cultivo



	<p>de las tierras. El nombre de La Fortuna, según versión popular, se le debe a Víctor Manuel Iglesias, hermano del expresidente Rafael Iglesias, quien, al visitar el rancho de Marcial Jarquín, expresó que los habitantes de aquellas tierras tenían una gran fortuna en las aguas que los rodeaban (<i>Fuente: Plan de Desarrollo Distrital, Fortuna 2014-2024</i>)</p>
Extensión territorial	225 km ²
Organización territorial	<p>Alajuela, San Carlos, La Fortuna. Este distrito tiene 19 caseríos: La Fortuna, El Tanque, Los Ángeles, San Jorge, San Isidro, Santa Cecilia, Pág. 35 La Perla, Zona Fluca, Zeta Trece. También Tres Esquinas, Jaurí, La Palma, La Guaria, Tabacón, Sangregado, El Jilguero, Aguazul, Pueblo Nuevo y La Florida (<i>Fuente: Plan de Desarrollo Distrital, Fortuna 2014-2024</i>).</p>
Límites geográficos	<p>Se encuentra ubicada a 253 metros sobre el nivel del mar. Al norte limita con el Distrito de Venado perteneciente al Cantón de San Carlos, al oeste limita con el Cantón de Tilarán y con el Distrito de Tronadora, perteneciente a la Provincia de Guanacaste, al sur con el Distrito de Peñas Blancas Cantón de San Ramón y al este limita con Cutris y Florencia que pertenecen al Cantón de San Carlos (<i>Fuente: Plan de Desarrollo Distrital, Fortuna 2014-2024</i>)</p>
Hidrología	<p>El principal río es el Arenal, el cual es fuente de abastecimiento de agua para el Proyecto Hidroeléctrico Arenal, que genera el 70% de la energía para el país y además provee de agua al Proyecto Arenal Tempisque administrado por el Servicio Nacional de Riego y Avenamiento (SENARA). Por otra parte, se cuenta con el río Fortuna, río Burío y río La Palma. También existen gran cantidad de Quebradas entre las que se destacan la de La Habana y Tiburones (<i>Fuente: https://arenaladifort.com/nosotros/resena-historica</i>)</p> <p>El Lago Arenal por su superficie, es el mayor lago del país. Mide aproximadamente 30 km de largo y casi 5 km en su punto más ancho, con un área de 85</p>



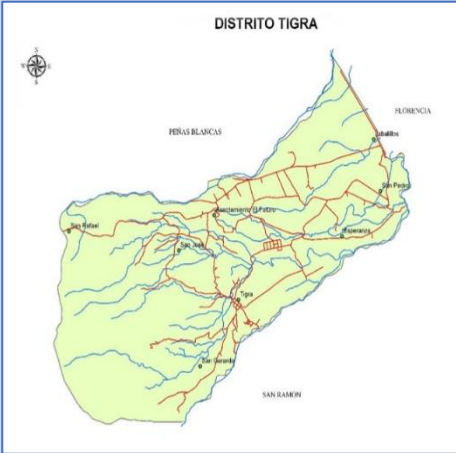
	<p>kilómetros cuadrados. Su profundidad varía entre 30 y 60 metros, dependiendo de la temporada. El lago Arenal es el punto clave en el que se fundamenta un ambicioso proyecto de generación de energía hidroeléctrica en Costa Rica y actualmente produce energía para gran parte del país. Durante su construcción, las comunidades de Arenal Viejo y Tronadora fueron inundadas totalmente cuando se realizó la expansión del lago. Además, es el proveedor más grande de energía hidroeléctrica para Costa Rica. El lago Arenal es idóneo para realizar recorridos en lanchas acondicionados para los turistas, para la pesca o para practicar esquí acuático. Asimismo, es conocido entre los especialistas y amantes del windsurfing, en los meses de diciembre hasta abril soplan fuertes vientos alivios del norte (<i>Fuente: Plan de Desarrollo Distrital, Fortuna 2014-2024</i>).</p> <p>El Área de Conservación Volcán Arenal es considerada una zona de recarga acuífera, cuyas aguas drenan al Embalse Arenal para la utilización en la producción de energía hidroeléctrica y en los proyectos agropecuarios del Distrito de Riego de Moracia. Aquí nacen los ríos Chiquito, Peñas Blancas y Río Frío, entre otros. Protege importantes especies de flora y fauna características del bosque pluvial premontano y del bosque nuboso de gran valor científico y turístico (<i>Fuente: Plan de Desarrollo Distrital, Fortuna 2014-2024</i>).</p>
Geología local	<p>La precipitación son 3.385 milímetros anuales y la temperatura oscila entre los 23 y 32 grados centígrados.</p> <p>Volcán Arenal: este volcán activo es uno de los más representativos a nivel promocional turístico de Costa Rica y despertó en julio de 1968, después de 500 años de estado latente. Esta área protegida es un laboratorio viviente, por su riqueza geológica, geomorfológica y por su complejidad en el desarrollo de los procesos biológicos, ya que posee desde una vegetación pionera hasta un bosque primario. Antes de 1968, este volcán se consideró extinto e incluso se opinó que no era un volcán. Se conoció</p>



	<p>como el Cerro Arenal. El 29 de julio de 1968 inicio su período activo, abriendo tres cráteres hacia el flanco oeste. El cráter A, a los 1000 metros, provocó la explosión, emanando un flujo piroclástico (nube ardiente), que devastó 12 km², desapareciendo los poblados de Pueblo Nuevo y Tabacón y provocando la muerte de aproximadamente 87 personas. En el mes de setiembre del mismo año empezó a emitir coladas de lava desde el cráter A, que se mantuvo activo hasta el año 1973, cuando migra la actividad hacia el cráter C, a una altura de 1450 metros. Este cráter se mantiene activo hasta el presente; se caracteriza por coladas de lava en forma permanente, de composición basáltica andesita; explosiones de materiales piroclásticos y la emisión constante de gases. Su extensión es de 12.124 hectáreas. La superficie del terreno es irregular, desde valles profundos de grandes pendientes, cortados por ríos caudalosos, hasta formas planas y onduladas (Área de Conservación Volcán Arenal).</p>
Territorios indígenas	No se tienen registrados
Plan Regulador	No se cuenta con Plan Regulador



Cuadro 3. Descripción de las características geográficas del distrito de La Tigra

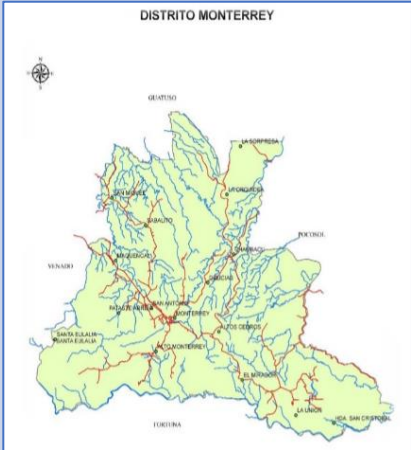
Indicador	Dato de interés
<p data-bbox="391 533 513 567">Historia</p> 	<p data-bbox="737 533 1414 785">En los registros de la propiedad, según el historiador Jorge Rolando Molina, aparece información desde el siglo pasado cuando Santos Sancho, José Sancho, Mercedes Campos y Antonio Blanco, realizaron los primeros denuncios de las tierras que actualmente ocupa La Tigra.</p> <p data-bbox="737 791 1414 1115">En las primeras tres décadas de este siglo aparece Gerardo Campos, quien en 1935 se convirtió en uno de los primeros colonos que llegó después de huir de la justicia; este hombre murió al aparecer, ahogado en el Río La Esperanza, pero Maximiliano Acosta, quien se apoderó de las tierras de Campos, es para muchos de los pobladores el fundador del distrito.</p> <p data-bbox="737 1121 1414 1297">Para 1936 se dio en La Tigra la colonización con el arribo de varias familias provenientes de San Ramón y Naranjo, entre ellos: Cepriano Villegas, Enrique Montoya, José Castro, Augusto Zúñiga y Otoniel Bolaños.</p> <p data-bbox="737 1304 1414 1556">En 1943 los pobladores decidieron construir un camino que los comunicara con Javillos, es por esto que pidieron ayuda a la Municipalidad de San Ramón y se la negaron. Esta actitud del cantón hacia ellos llevó a los vecinos a formar un grupo que deseaba dejar de pertenecer a San Ramón y unirse a San Carlos.</p> <p data-bbox="737 1562 1414 1814">Es en el año 1950, cuando en un plebiscito, los vecinos incluyendo a las mujeres, que por primera vez votaron en Costa Rica, decidieron seguir perteneciendo en el futuro a San Carlos. Para ese entonces Bernarda Vázquez Méndez se convirtió en la primera mujer costarricense en emitir el voto. Dos años después en 1952, La</p>



	<p>Tigra adquirió la categoría de distrito número ocho del cantón de San Carlos. Según versiones populares, el nombre de La Tigra se lo dieron unos cazadores quienes luego de matar tres tigras, decidieron ponerle ese nombre al distrito.</p>
Extensión territorial	60.28 km ²
Organización territorial	Alajuela, San Carlos, La Tigra
Límites geográficos	Este distrito, limita al norte con Florencia, al sur con San Ramón, al este con Florencia y San Ramón y al oeste con La Fortuna y San Ramón
Hidrología	Rio la esperanza, Rio Peñas Blancas, Rio Steller Rio la Tigra. Quebrada la Josefina
Geología local	Bosque lluvioso
Territorios indígenas	No se tienen registrados
Plan Regulador	<p>No existe plan regulador en la zona</p> <p>Ubicación de servicios Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) La Tigra, 150 este de la iglesia católica Centro de Atención Integral para Adultos con Discapacidad (CAIPAD) Frente al EBAIS la Tigra. COOCIQUE La tigre 50, metros oeste de la plaza de deportes BN Servicios Los Ángeles de la Tigra, Abastecedor Los Ángeles Gasolinera la Lucha, La Lucha de la Tigra.</p> <p>Usos de suelos: cultivo de gran variedad de especies de exportación como dracaenas, caña india, orquídeas, deremensis, entre otras. Además de las plantas, se siembran cultivos como la yuca, el ñampí, el tiquizque y el plátano, entre otros.</p>



Cuadro 4. Descripción de las características geográficas del distrito de Monterrey

Indicador	Dato de interés
<p data-bbox="399 562 521 594">Historia</p> 	<p data-bbox="748 537 1354 678">Monterrey es el penúltimo distrito del cantón de San Carlos, se fundó el 16 de mayo de 1979 durante el gobierno de Rodrigo Carazo Odio.</p> <p data-bbox="748 684 1354 932">Vidal Chavarría, Juan Porras, Antonio Méndez, José Castro, Domingo Vargas, Rodrigo y Manuel Villegas son considerados los pioneros de este distrito, aproximadamente llegaron a estas tierras en el año 1950, cuando realizaban las picadas en las montañas.</p> <p data-bbox="748 938 1354 1854">A Monterrey solamente se podía ingresar por avioneta, propiedad de los Romeros, debido al mal estado de los caminos. Según cuenta Manuel Sánchez, pionero de Monterrey y quien llegó a esta localidad en el año 1956, antes los vecinos de este lugar pasaban el río Arenal nadando, luego entre ocho personas compraron un cable que costo (900 para hacer carruchas, facilitando de este modo el paso por el río. Sánchez afirma que antes vivir en Monterrey no era tarea fácil, porque tenían que salir con cajuelas de maíz al hombro hacia Fortuna para venderlas y poder así comprar el diario de la semana. La primera pulpería que existió en Monterrey fue propiedad de Jorge Aguilar y se encontraba en el Alto, lugar donde se reunían los pobladores para contar historias. Tiempo después se construyó el primer oratorio, donde se celebraba la eucaristía cada ocho días. El patrono de Monterrey es Santo Domingo en honor a Domingo Vargas, quien donó el terreno para que se creará la iglesia y la escuela</p>

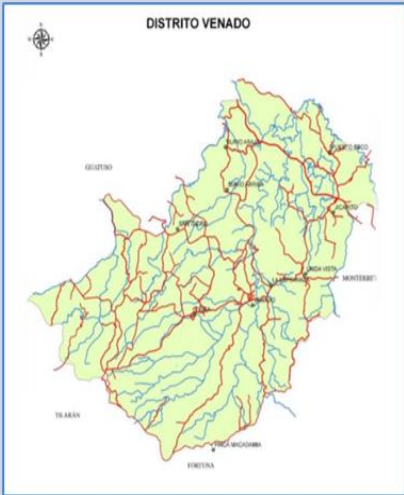


	<p>de la comunidad, esta última empezó con un distrito escolar de 22 niños, donde el primer maestro en impartir lecciones en el centro educativo fue Fabio López. En un inicio la cabecera era el alto de Monterrey, luego se decidió que sería Santo Domingo, lugar donde se encuentran todos los atractivos comerciales de la zona.</p>
Extensión territorial	220.12 km ²
Organización territorial	<p>Alajuela, San Carlos, Monterrey</p> <p>Este distrito es integrado por 17 caseríos: Santo Domingo, Mirador, Santa Martha, Montelimar, San Andrés, San Cristóbal, La Unión, San Antonio, Pataste, Sabalito, San Miguel, San Juan, Las Delicias, Chambacú, La Orquídea, Alto de Monterrey Y San Eulalia.</p>
Límites geográficos	<p>Norte: Pocosol, Sur: La Fortuna y Tilarán, Este: La Fortuna y Cutris y al Oeste: Venado.</p>
Hidrología	Río Arenal.
Geología local	<p>Se encuentra en una montaña de donde se pueden visualizar las vastas llanuras de San Carlos. Su nombre se lo dio el fundador Vidal Chavarría, para identificar las características de los terrenos por su riqueza y fertilidad. El distrito se caracteriza por tener un clima fresco, montañas y pastizales siempre verdes. Es la riqueza y la abundancia de agua lo que permite el desarrollo de la ganadería de leche y carne y la siembra de raíces y tubérculos.</p>



Territorios indígenas	No se tienen registrados
Plan regulador	No se cuenta con plan regulador El distrito de Monterrey cuenta con solo un EBAIS para los habitantes del distrito con respecto en la parte de salud. Al presentarse alguna urgencia mayor la cual no pueda ser atendida en el EBAIS, los vecinos del distrito de Monterrey serán atendidos en el Hospital San Carlos, esto debido a que es el único centro médico especializado público en el cantón. Además, cuenta con un colegio para toda la población del distrito en el poblado de Santo Domingo e importante resaltar un Centro Integrado de Educación de Adultos (CINDEA).

Cuadro 5. Descripción de las características geográficas del distrito de Venado

Indicador	Dato de interés
Historia 	<p>Fue creado bajo el Decreto Ejecutivo 18, el 14 de abril de 1966, segregándose del cantón de Grecia. Finalmente, en 1970 se anexa al Cantón de San Carlos.</p> <p>En el año 1947 Ricardo Ramírez Pérez y su hermano Juan Noé Jiménez y su esposa Nicida Zamora y Carlos González llegaron por primera vez al lugar donde hoy se localiza la cabecera del distrito de El Venado.</p> <p>Estos primeros colonos se instalaron en las márgenes del Río Venado y La Tigra, donde inicialmente comenzaron a explotar las riquezas de las tierras con productos de subsistencia hasta que con la apertura de trochas primero a Tilarán y finalmente hacia San Carlos empezó el progreso de la zona.</p>



	<p>Fue así como se empezó la construcción del primer abastecedor en 1952, lugar de reunión para los vecinos durante los fines de semana.</p> <p>En 1958 se edificó el campo de aterrizaje y en 1964 se construyó el templo de la Iglesia Católica, con el fin de que los habitantes tuvieran un sitio donde profesar la fe.</p>
Extensión territorial	167,75 km ²
Organización territorial	Alajuela, San Carlos, Venado. El distrito tiene 12 caseríos: La Tigra, Santa Martha, Santa Lucía, Linda Vista, El Cacao, San Isidro, Cantanuario, El Burío, Sangregado, La Esperanza, Venado y Santa Eulalia.
Límites geográficos	Al norte y al oeste con Guatuso, al sur con Guanacaste y al este con Monterrey
Hidrología	Cauces de los ríos Venado, La Muerte, Quebrada el túnel, el río Jicarito, río Pataste y de manera preferencial en las llamadas grutas de Venado.
Geología local	La formación de Venado es la más antigua, con una edad que oscila entre 12 y 18 millones de años. Está constituida esencialmente por rocas areniscas, limonitas que posteriormente fueron recubiertas por rocas volcánicas pertenecientes al grupo aguacate y finalmente por materiales piroclásticos lanzados por el volcán Arenal a lo largo de sus 7000 años de existencia.
Territorios indígenas	No se tienen registrados



Plan Regulador

No se cuenta con un plan regulador.

Orden territorial: Venado cuenta con un 1% de la población, ocupando el duodécimo puesto con más habitantes del cantón de San Carlos.

Ubicación de servicios: Los servicios de salud se prestan mediante los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), por medio de Puestos de Visita Periódica, clínicas y hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), con el apoyo y rectoría del Ministerio de Salud. Cuenta con Acueductos y Alcantarillados (AyA) y Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CENCINAI).

En educación cuenta con 1 colegio y 8 escuelas distribuidas entre las comunidades de Sangregado, Entre Ríos, La Tigra, Las Delicias Venado, Linda Vista, Puerto Seco, Santa Eulalia y Santa Lucía.



Descripción de las características demográficas

La población en nuestro país evidencia una rápida tendencia hacia el envejecimiento que se refleja en los crecientes porcentajes de personas de mayor edad. Aspecto que es sólo uno entre los muchos cambios que son a la vez determinantes y consecuencias de la dinámica demográfica.

La caracterización de la población en Costa Rica parte de los datos sobre la estructura demográfica, la natalidad, la fecundidad y la esperanza de vida, registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el Centro Centroamericano de Población (CCP). Si hay algo que caracteriza a las poblaciones es su dinamismo. La estructura y la dinámica poblacional está determinada por tres componentes: la fecundidad, la mortalidad y la migración. (Salud M.d., 2011).

Esta población que tiende al envejecimiento, unido a reducciones en las tasas de natalidad y fecundidad, así como el incrementando la esperanza de vida, nos lleva a suponer que en las unidades familiares donde conviven varias generaciones, el apoyo a los adultos mayores se distribuye entre un numeroso grupo de hijos y otros descendientes, esto especialmente en la primera etapa de la transición demográfica cuando el descenso de la mortalidad tiende a aumentar el tamaño de las familias. (Guzmán Rojas, 2000)

Después de un tiempo la tendencia se invierte, siendo un número menor de hijos el que debe enfrentar la obligación de cuidar a los padres, quienes sobreviven en número creciente hasta edades más avanzadas. "A esta mayor longevidad puede asociarse una vida económica activa más corta ya que las demandas de la economía tienden a reducir la actividad laboral de los trabajadores de más edad desplazándolos del mercado por una creciente población joven que puede satisfacer y adaptarse mejor a las exigencias de la actividad económica". Sin embargo, para el número de personas que llegan a concentrarse dentro del grupo de adultos mayores (60 años o más) (Guzmán Rojas, 2000)

Dentro de este contexto de transición demográfica avanzada se encuentra la población del Área Rectora de Salud de Florencia, con una disminución de la base pirámide poblacional y un incremento paulatino y sostenido en los grupos de edades mayores.

El área rectora de salud de Florencia en cuanto a perfil de población que habita un contexto particular y características asociadas a otros rasgos relativos a la educación, salud, actividad económica y equidad, comprende los siguientes elementos segregados por distrito:



Cuadro 6. Características demográficas del distrito de Florencia, proyectada al 30 de junio 2022

Indicador	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
			Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Población Total	18.517		9.491	51.25	9.026	48.75	11.962	64.60	6.555	35.40
	N	%								
Por ciclo de vida										
Menos de 1 año	296		152	51.25	144	48.75	191	64.60	105	35.40
1 a 9 años	2.796		1.433	51.25	1.363	48.75	1.806	64.60	990	35.40
10 a 19 años	3.703		1.898	51.25	1.805	48.75	2.392	64.60	1.311	35.40
20 a 64 años	10.462		5.362	51.25	5.100	48.75	6.758	64.60	3.704	35.40
65 y más	1.254		643	51.25	611	48.75	810	64.60	444	35.40
Esperanza de vida al nacer (años) al 2020	80,6		78,1		83,2					

Fuente: INEC, Costa Rica: Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo. 2020-2022

Cuadro 7. Características demográficas del distrito de Fortuna, proyectada al 30 de junio 2022

Indicador	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
			Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Población Total	19.584		9.980	50.95	9.604	49.05	15.863	81	3.721	19
	N	%								
Por ciclo de vida										
Menos de 1 año	431		220	50.95	211	49.05	349	81	82	19
1 a 9 años	3.486		1.776	50.95	1.710	49.05	2.824	81	662	19
10 a 19 años	3.838		1.955	50.95	1.883	49.05	3.109	81	729	19
20 a 64 años	11.065		5.638	50.95	5.427	49.05	8.963	81	2.102	19
65 y más	764		389	50.95	375	49.05	619	81	145	19



Esperanza de vida al nacer (años) al 2020	80,6	78,1	83,2	
---	------	------	------	--

Fuente: INEC, Costa Rica: Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo, 2020-2022

Cuadro 8. Características demográficas del distrito de La Tigra, proyectada al 30 de junio 2022

Indicador	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
			Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Población Total	7.964		4.048	50.82	3.916	49.17	569	7.15	7.393	92.84
	N	%								
Por ciclo de vida										
Menos de 1 año	151		77	50.82	74	49.17	11	7.15	140	92.84
1 a 9 años	1.330		676	50.82	654	49.17	95	7.15	1235	92.84
10 a 19 años	1.664		846	50.82	818	49.17	119	7.15	1545	92.84
20 a 64 años	4.349		2210	50.82	2139	49.17	311	7.15	4038	92.84
65 y más	470		239	50.82	231	49.17	34	7.15	436	92.84
Esperanza de vida al nacer (años) al 2020	80,6		78,1		83,2					

Fuente: INEC, Costa Rica: Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo, 2020-2022



Cuadro 9. Características demográficas del distrito de Monterrey, proyectada al 30 de junio 2022

Indicador	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
			Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Población Total	4.321		2.196	50.82	2.125	49.18	0	0	4.321	100
	N	%								
Por ciclo de vida										
Menos de 1 año	79		40	50.82	39	49.18	0	0	79	100
1 a 9 años	717		364	50.82	353	49.18	0	0	717	100
10 a 19 años	900		457	50.82	443	49.18	0	0	900	100
20 a 64 años	2359		1199	50.82	1160	49.18	0	0	2359	100
65 y más	266		135	50.82	131	49.18	0	0	266	100
Esperanza de vida al nacer (años) al 2020	80,6		78,1		83,2					

Fuente: INEC, Costa Rica: Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo, 2020-2022

Cuadro 10. Características demográficas del distrito de Venado, proyectada al 30 de junio 2022

Indicador	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
			Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Población Total	2.173		1.124	51.72	1.049	48.28	0	0	2.173	100
	N	%								
Por ciclo de vida										



Menos de 1 año	38	20	51.72	18	48.28	0	0	2.173	100
1 a 9 años	350	181	51.72	169	48.28	0	0	2.173	100
10 a 19 años	419	217	51.72	202	48.28	0	0	2.173	100
20 a 64 años	1199	620	51.72	579	48.28	0	0	2.173	100
65 y más	167	86	51.72	81	48.28	0	0	2.173	100
Esperanza de vida al nacer (años) al 2020	80,6	78,1		83,2					

Fuente: INEC, Costa Rica: Población total proyectada al 30 de junio por grupos de edades, según provincia, cantón, distrito y sexo, 2020-2022

Población

En los cuadros anteriores se muestra que para 30 junio del año 2022 el mayor número de la población se encuentra entre el rango de edad de los 25- 39 años para todos los distritos.

Densidad de Población

La densidad de población, denominada población relativa se refiere al número promedio de habitantes de un área urbana o rural en relación con una unidad de superficie dada.

Acorde con los datos recopilados del INEC se demuestra claramente una mayor concentración de la población en la zona urbana para los distritos de Florencia y Fortuna para un total de 27825 personas y en la rural de 13887 habitantes para los distritos de La Tigra, Monterrey y Venado, no se puede omitir que los datos de los años posteriores al Censo Nacional de Población del 2011 están basados en las proyecciones realizadas por el INEC.

Por otra parte, la densidad de población proyectada según la información más reciente corresponde a un 133.8% para el distrito de la Tigra, seguido de un 88.7% Florencia, en tercer lugar, se ubica Fortuna con un 80.2%, seguido de Monterrey con un 18.7% y por último Venado con un 12.4%.

Esta tendencia de la población para desplazarse hacia la zona urbana a nivel local se debe a la posibilidad de poder acceder a mayores y mejores fuentes de empleo (Florencia y La Fortuna) debido a su crecimiento infraestructural y por las facilidades para obtener determinados bienes y servicios que escasean o no están presentes en la zona rural. Este incremento poblacional en la zona urbana local conlleva a una mayor

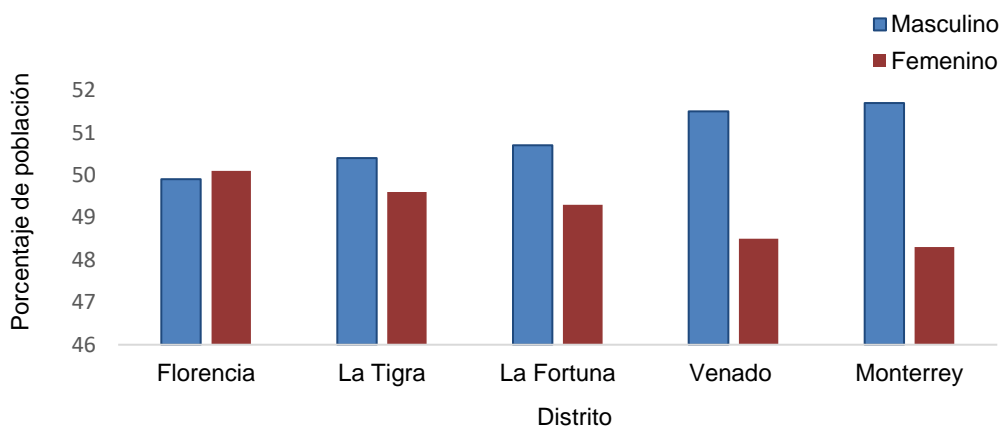


demanda de los diversos servicios existentes, implicando a su vez una percepción entre la población de insatisfacción por los servicios brindados ante sus necesidades, debido al estancamiento en cuanto a la capacidad instalada para poder cubrir con servicios de calidad la demanda de una población creciente.

Composición poblacional por grupos de edad y sexo

En el gráfico que se muestra a continuación se muestra que el género predominante en los diferentes distritos del Área Rectora de Salud de Florencia corresponde al masculino con una leve diferencia en el distrito de Florencia donde predomina el género femenino. Por lo tanto, en el área como un todo predomina la población del sexo masculino.

Gráfico 1. Composición poblacional por sexo ARS Florencia 2021



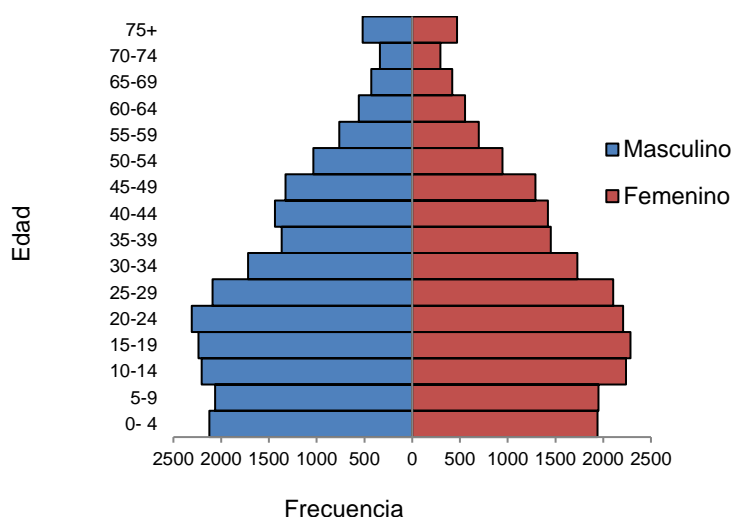
Fuente: INEC. X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011

Si correlacionamos ambos determinantes, tanto grupos de edad como sexo, se demuestra que la variación en la composición poblacional por grupos etarios que se da a nivel nacional también se presenta a nivel del Área Rectora de Salud de Florencia, aunque su reversión en la pirámide local es más lenta. Debido a que en la base comienza a existir menos población que en los tramos intermedios, mientras que en la cumbre aumenta poco a poco un número importante de efectivos.

Esto indica que a nivel local la natalidad va descendiendo paulatinamente, las tasas de mortalidad a través de los años están siendo controladas, siendo la esperanza de vida cada vez mayor, lo que implica una población más envejecida, en las que no se garantiza el relevo generacional. Estos cambios implican nuevos retos para todo el entramado de servicios a nivel de las instituciones gubernamentales en la atención a las nuevas demandas de una población cada vez más vieja que va incrementándose poco a poco con el pasar del tiempo.



Gráfico 2. Población según edad y sexo del Área Rectora de Salud Florencia 2011



Fuente: INEC, Censo Población 2011

Razón Mujer – Hombre

En la razón mujer- hombre por distrito se evidencia que existe un predominio del sexo masculino en todos los distritos para un promedio de 96 mujeres por cada 100 hombres. Cabe señalar que el área actúa como una zona de importación de población del sexo masculino que con el tiempo mantiene su residencia aquí, situación que se incrementa sobre todo en el tiempo de la zafra.

Razón de dependencia demográfica

Este índice demográfico es un indicador que corresponde al número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años más la población de 65 y más años; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años. Todo para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS). A medida que la razón se incrementa, aumenta la carga para la parte productiva de la población para mantener a la parte económicamente dependiente: por un lado, los niños y por otro los adultos mayores de 65 años en adelante. Dicho aumento demanda que los servicios estatales y las provisiones presupuestarias en educación, sanidad, pensiones y otros gastos sociales deben ajustarse como consecuencia de ello.



La dependencia demográfica en general es alta en los distritos del área, lo que podría deberse a que en el área existe un porcentaje alto de población joven, como se observó en la pirámide poblacional del censo 2011.

Según los datos brindados por este censo el distrito con mayor dependencia demográfica es Fortuna, con 50 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas; para un promedio de 48 personas con dependencia demográfica, si tomamos en cuentas los demás distritos del Área Rectora de Salud de Florencia.

Razón de envejecimiento

Este indicador hace referencia al número de personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total.

Por lo tanto, para el 2020, el distrito de Florencia presentó la mayor razón de envejecimiento (34.85), seguido de Venado (33.53) y en tercer lugar la Tigra (31.86); si lo comparamos con otros años. El Área Rectora de Salud de Florencia ha experimentado un crecimiento, tanto en hombres como mujeres en el transcurso de los años desde el 2012, pasando de 16.49 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años en el 2012 a 32.35 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años en el 2020.

El aumento de la razón de envejecimiento para el Área Rectora de Salud de Florencia está asociado a diversos factores, por ejemplo; el crecimiento del promedio del indicador de Esperanza de Vida a nivel nacional, donde las personas viven más años. En cuanto a la natalidad en el área, que la misma ha experimentado cambios constantes de aumento y disminución en los años en estudio. Aunado a ello, la pirámide población nos muestra una significativa reducción en la población menor de 15 años y un aumento constante a partir de la población mayor de 15 años.

Total de nacimientos

Para el 2021 se registraron un total de 707 nacimientos para los distritos que contempla el Área Rectora de Salud de Florencia, el distrito con mayor cantidad de nacimientos fue Fortuna con un total de 320, seguido de Florencia con 217, luego la Tigra con 102 y por último Monterrey con 51 y Venado con 17 nacimientos.

Si comparamos esta información con la obtenida en años anteriores se puede observar que existe una disminución en la totalidad de nacimientos en todos los distritos, a excepción de La Tigra que presenta un leve aumento. Entre las causas que podrían influir en cierta forma para la disminución podría inferirse el incremento en el costo de la vida,



la migración de la población joven hacia otros sitios del país o fuera del mismo, con la finalidad de buscar mayores oportunidades de trabajo y con ello contribuir con un mejoramiento en su calidad de vida y la de sus familias, son determinantes que inciden para que sea mayor el número de familias que opten por tener poca descendencia, entre uno y dos hijos solamente. Al mantenerse más estable la economía e ir creciendo las fuentes de empleo a nivel local sobre todo en La Tigra se podría inferir el incremento de los nacimientos para este distrito en específico.

Tasa de natalidad

El distrito que presenta la tasa de natalidad promedio más alta es Fortuna con un 16.34 nacimientos por cada 1000 habitantes, situación que se debe en parte al constante flujo de población flotante que busca mejores fuentes de empleo con la afluencia del turismo en la zona, seguido de La Tigra con un 12.81 nacimientos por cada 1000 habitantes cuya principal fuente de empleo lo constituyen las empresas emparadoras y exportadoras de tubérculos y plantas ornamentales y en tercer lugar Monterrey con un 11.8 nacimientos por cada 1000 habitantes, una zona donde predomina la ganadería y por último Florencia con un 11.72 nacimientos por cada 1000 habitantes y Venado con un 7.82 nacimientos por cada 10000 habitantes.

Tasa de crecimiento natural de la población

Este indicador hace referencia a la tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC).

Por lo tanto, para el 2021 de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC - Costa Rica, Unidad de estadísticas demográficas, Fortuna presenta la mayor tasa de crecimiento natural con un 1.1, seguido de la Tigra y Monterrey con una tasa de 0.7 para ambos y por último Florencia con un 0.6 y Venado con un 0.4. Esto refleja el alto flujo turístico que representa Fortuna y que, por motivos laborales principalmente, se evidencia un crecimiento natural de la población bastante importante comparado con los otros distritos quienes no sobrepasan una tasa superior a 1.

Número anual de defunciones

En el siguiente cuadro podemos apreciar el número de defunciones para el 2021 en el Área Rectora de Salud de Florencia por distrito, y se puede ver que Florencia a pesar de no ser el distrito con más población dentro del área es donde se registraron mayor cantidad de muertes con un total de 108, seguido de la Fortuna con 101 defunciones y luego una caída significativa en los demás distritos por debajo de las 45 muertes para ese año.



Cuadro 11. Número de defunciones por distrito del Área Rectora de Salud de Florencia 2021

Distrito	Número defunciones
Florencia	108
Fortuna	101
La Tigra	41
Monterrey	22
Venado	9
Total	281

Fuente: INEC. Proyecciones poblacionales 2021 y de mortalidad

Tasa cruda de mortalidad

Para este indicador se observa en el cuadro 12 que la tasa cruda de mortalidad predomina en el distrito de Florencia, seguido de la Fortuna y La Tigra, posteriormente Monterrey y Venado, es importante recordar que esta es 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.

Esta tasa tiene un valor limitado como indicador de salud ya que está fuertemente influenciado por la estructura etaria de la población. Aquellas poblaciones con una mayor proporción de ancianos presentarán tasas crudas de mortalidad mayores y esto lo podemos ver reflejado en la razón de envejecimiento donde Florencia es el distrito que presenta mayor aumento.

Cuadro 12. Tasa cruda de mortalidad por distrito del Área Rectora de Salud de Florencia 2021

Distrito	Tasa cruda de mortalidad / 1000 hab
Florencia	6
Fortuna	5.2
La Tigra	5.2
Monterrey	5.1
Venado	4.2
Total	25.7

Fuente: INEC, Población con proyecciones 2021 y de mortalida



Descripción de las características socioeconómicas

Determinantes y condiciones relacionados a la situación de salud en la población

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios entre otros. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico y la incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse.

Los factores biológicos y hereditarios se refieren a la herencia genética recibida de los padres y a la constitución personal. Los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la herencia genética. Los personales hacen referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones de vida y el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar. Los factores familiares acerca del número de componentes, clima, los ingresos económicos, la educación, los valores, el lugar de residencia. El sexo y la edad también constituyen factores determinantes.

Los sociales como la clase social a la que pertenece, los estilos de vida de la sociedad provenientes de unos determinados valores, que, a su vez, se plasman en normas y conductas. Los ambientales como el cuidado y respeto o no de la naturaleza, del medio ambiente tanto próximo como lejano referente a la limpieza, polución, contaminación, los incendios, la tala de los bosques. Los alimenticios, manifestados en las costumbres y hábitos de alimentación tanto personal, familiar como social, la cultura gastronómica, la moda de adelgazamiento, la anorexia, el hambre, la pobreza, los medios de comunicación social, la publicidad.

Los económicos reflejados en la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias.

Los laborales pues el trabajo constituye la primera fuente de ingresos, sin los cuales es imposible, en la sociedad actual, desarrollarse como persona. Tener un trabajo fijo permite estabilidad de la persona y la posibilidad de elaborar proyectos. El sistema sanitario es otro de los factores que determinan la salud ya que puede prevenir la enfermedad y curarla, promover la salud, proporcionar la asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, catástrofes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios, los medicamentos, las infraestructuras. El sistema legislativo de un país también puede condicionar la salud, por ejemplo, la legislación en materia de drogas, higiene, salud ambiental, laboral.



El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable, solidarizarse con los necesitados. Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vida saludable o nociva, en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona.

La educación para fomentar la salud es uno de los temas transversales integrados al sistema educativo que ha de asumir la comunidad escolar: profesorado, alumnado, padres y madres con el objetivo de conseguir la formación integral del alumno.

La OMS señala que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (OMS, 2008)

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias persistentes y cada vez mayores sobre los determinantes sociales de la salud, en otras palabras, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (OMS, 2008)

En síntesis, los determinantes de la Salud son todos los factores que determinan el estado de salud, ya sea promoviendo la salud o por el contrario impactando negativamente sobre ella.

En términos de organización social cada distrito conlleva la gestión de capital humano, así como de recursos económicos, materiales e inmateriales, sin embargo, en el Área Rectora de Salud Florencia se ha identificado que en estas áreas los distritos abarcados cuentan con características específicas muy similares que les permiten alcanzar el objetivo planteado a través de diferentes herramientas, las cuales se describen a continuación:

Organización política local (actores)

El ARS Florencia cuenta con 3 circuitos educativos a saber:

- Circuito 02 (Florencia y La Tigra), con 29 centros educativos, 23 de primaria y 6 de secundaria.
- Circuito 06 (La Fortuna), con 28 centros educativos, 22 de primaria y 6 de secundaria.



- Circuito 11 (Monterrey y Venado), con 26 centros educativos, 23 de primaria y 3 de secundaria.

Acompañamiento técnico por medio de información clave que oriente la incorporación del valor de la salud como cultura de vida en el sistema educativo; la información oportuna, confiable y precisa para la toma de decisiones; control del marco normativo en salud sobre los servicios educativos (comedores y permisos de funcionamiento), demostrado por la asesoría técnica; el desarrollo de acciones conjuntas; el acceso, oportunidad y confiabilidad de la información compartida; seguimiento planes y programas con temáticas asociadas al abordaje de los determinantes de salud de la población.

Proyectos en Común: Red de Cultura de Paz La Fortuna, Red de Cultura de Paz Florencia, Subsistema de Protección a la Niñez y Adolescencia, Proyecto de Salud Mental, Red contra la violencia intrafamiliar.

Se cuenta con dos Áreas de Salud públicas a saber: Área de Salud Florencia que cubre los distritos de Florencia y La Tigra, cuenta con 7 EBAIS y Área de Salud La Fortuna que cubre los distritos de Fortuna, Monterrey y Venado, cuenta con 6 EBAIS.

Acompañamiento técnico, e información clave para que oriente su accionar en la prestación de servicios, las políticas públicas y un marco regulatorio para la prestación de servicios de salud, con calidad y efectividad, bajo los principios de legalidad, transparencia, razonabilidad y equidad, demostrado por la asesoría técnica, la capacidad de convocatoria y negociación de otros actores clave prestadores de servicios, el desarrollo de acciones conjuntas, la orientación técnica en la inversión de los recursos, la satisfacción de necesidades y expectativas mutuas de participación en el desarrollo y control de políticas, planes y del marco normativo; el acceso, oportunidad y confiabilidad de la información compartida, con el propósito garantizar la efectividad de la vigilancia de la salud incluyendo el aseguramiento, la calidad y acceso de la provisión de servicios y el posicionamiento de la salud como cultura de vida.

Proyectos en Común: Red de Cultura de Paz La Fortuna y Florencia, Proyecto de Salud Mental, Red contra la violencia intrafamiliar, Red de Salud Comunitaria, Comisión Interinstitucional local de vigilancia de la Salud (CILOVIS) Florencia y Fortuna, Comités de Estudio Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredido (CEINNA).

El Área Rectora de Salud Florencia se encuentra bajo la jurisdicción de la Oficina Local del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) San Carlos, la relación es de cooperación y articulación para el seguimiento de planes nacionales, hoja de ruta en Niñez y Adolescencia y protección de la niñez y adolescencia de los distritos del ARS Florencia.

Proyectos en común: Subsistema de Protección a la Niñez y Adolescencia, Ferias de Servicios con la Unidad Móvil de PANI San Carlos.



Además, se cuenta con la oficina del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) San Carlos, cuya relación es de cooperación y articulación para el seguimiento de planes nacionales, seguimiento a la Política Nacional de Prevención de la Violencia 2017-2032, así como de la implementación de acciones de prevención de la violencia en el Cantón de San Carlos declarado prioritario. Proyectos en común: Red de Prevención y Atención de la Violencia contra las mujeres e intrafamiliar.

La Municipalidad de San Carlos: liderazgo, acompañamiento técnico e información clave para la toma de decisiones, el marco regulatorio, con calidad y efectividad, bajo los principios de legalidad, transparencia, razonabilidad y equidad, demostrado por la capacidad de convocatoria y negociación con grupos organizados y otros actores clave, para el desarrollo del cantón, la satisfacción de necesidades y expectativas mutuas de capacitación, asesoría técnica y desarrollo de acciones conjuntas, participación en el desarrollo y control del marco regulatorio; y de acceso, oportunidad y confiabilidad de la información brindada, con el propósito de actuar sobre los determinantes en salud del cantón. Proyectos en común: Comisión de seguimiento al Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos del cantón de San Carlos, Seguimiento al funcionamiento del único vertedero municipal del cantón, trabajo articulado en la Comisión Municipal de Emergencias, acciones conjuntas para la prevención de enfermedades vectoriales con campañas de recolección de residuos no tradicionales.

El ARS Florencia cuenta con una gran cantidad de Asociaciones de Desarrollo Integral distribuidas en los distritos de la siguiente manera:

- Florencia: 11 asociaciones
- La Fortuna: 06 asociaciones
- La Tigra: 06 asociaciones
- Monterrey: 04 asociaciones
- Venado: 2 asociaciones

Apertura de espacios para el establecimiento de propuestas; oportunidades de participación en la toma de decisiones y en la definición de estrategias, planificación y ejecución de acciones para abordar determinantes de salud, así como información en salud confiable, oportuna y precisa para la toma de decisiones, demostrado por su liderazgo en la comunidad; el apoyo en el mejoramiento del estado de salud de la comunidad; el reconocimiento de mayor participación, legitimidad y autoridad en la coordinación y ejecución de acciones de impacto en la producción social de la salud.

Proyectos en común: Autorizaciones sanitarias para desarrollo de ferias, turnos y similares, evaluación de instalaciones comunales y capacitaciones a actores sociales en normativa vigente.



Las Asociaciones Administradoras de los Sistemas de Acueductos y Alcantarillados (ASADAS) distribuidas por distrito según información de Plan de Desarrollo Cantonal 2014-2024:

Florencia: 13, Florencia, San Luis, Cuestillas -Ron Ron, San Juan Platanar, Peje Viejo, La Vieja, Santa Rita, Caimitos-San Francisco, Santa Clara, Pénjamo, Muelle, San Rafael Platanar y San Miguel.

La Fortuna: 7, La Fortuna, El Tanque, Zona Fluca, La Guaria de la Fortuna, San Miguel-Agua Azul, San Isidro y Asentamiento El Futuro

La Tigra: 5, Concepción, San José, La Tigra, La Lucha -la Vega y San Marcos.

Monterrey: Santo Domingo, San Juan y San Antonio, La Orquídea - Chambacú, La Unión-Mirador, Alto La Torre, San Miguel- Sabalito.

Venado: 5 Venado, Jicarito, Puerto Seco, La Tigra- Venado y La Mina- Venado

El ARS Florencia articula de manera efectiva con este tipo de actor social para lograr la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, la participación en el desarrollo de instrumentos, procedimientos y el marco regulatorio en salud, demostrado por la capacidad de convocatoria y negociación con estos actores, con el desarrollo de acciones conjuntas; el cumplimiento del marco regulatorio; el acceso, oportunidad y confiabilidad de la información compartida, con el propósito de garantizar la calidad de productos y servicios para la población.

Dichos actores colaboran en la divulgación de mensajes y dotación de recursos para el desarrollo de actividades de promoción de la salud como ferias y campañas.

Organizaciones: Agrupaciones religiosas, comités de salud, Mujeres Ambientalistas, Centro de Acopio Z13, BAE La Fortuna

Aliados estratégicos, ofreciendo liderazgo, promoción y articulación de manera efectiva para lograr que el accionar de las industrias y comercios propicien la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, la participación en el desarrollo de instrumentos, procedimientos y el marco regulatorio en salud, demostrado por la capacidad de convocatoria y negociación con estos actores, con el desarrollo de acciones conjuntas; el cumplimiento del marco regulatorio; el acceso, oportunidad y confiabilidad de la información compartida, con el propósito de garantizar la calidad de productos y servicios para la población.

Proyectos en común: Red de Salud Comunitaria en La Fortuna, Campañas de Recolección de Residuos no Tradicionales, ferias de servicios, actividades de promoción de la salud.

Empresa Privada: Hoteles, Industrias, Empresas El Área Rectora de Salud Florencia articula de manera efectiva con este tipo de actor social para el desarrollo de acciones de promoción de la salud mediante iniciativas de estilos de vida saludable y protección del ambiente.

Proyectos en común: Red de Salud Comunitaria en La Fortuna, Campañas de Recolección de Residuos no Tradicionales, ferias de la salud.

Medios de comunicación: El Área Rectora de Salud suministra información que facilite la generación de noticias y la divulgación de estrategias, planes y acciones que apoyen el



mejoramiento de la calidad de vida de la población; espacios para el desarrollo de investigaciones en salud; apertura de funcionarios en la participación de actividades promovidas por el medio; el acceso a fuentes de información confiable, oportuna y precisa, demostrado por la apertura, preminencia y la capacidad de convocatoria a los medios de comunicación; planes y estrategias de los procesos de la institución, la satisfacción de las necesidades o expectativas de la información compartida. Medios identificados: TVN canales 14 y 16, Radio Santa Clara, Radio San Carlos, San Carlos al Día.

Partidos políticos cantonales: El nombre del partido es Progreser, el cual está organizado a nivel cantonal de San Carlos de Alajuela, de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de la República de Costa Rica, el Código Electoral y la demás legislación aplicable. El fin del Partido Progreser es promover acciones para los sancarleños en pro de un cantón desarrollado e inclusivo. Se define por la transparencia, participación y colaboración, por tanto, promueven iniciativas y proyectos que brinden oportunidades para el desarrollo del sancarleño, por medio de la educación integral e inclusiva (<https://tse.go.cr/pdf/normativa/estatutos/progreser.pdf>).

Organización social

- Participación social comunitaria formal e informal: grupos de jóvenes, asociaciones culturales, asociaciones artísticas, sindicatos, asociaciones comunales, entre otras,
- Participación social en la toma de decisiones de la Municipalidad, Juntas de Salud, Comité Cantonal de Deporte y Recreación y otros espacios identificados.
- Perfil cultural: creencias religiosas, idiomas, expresiones artísticas, conocimientos culinarios, juegos y recreación.

Organización socioeconómica

De acuerdo con el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), las ocupaciones principales por rama de actividad serían:

- Agricultura, ganadería y pesca (37%); donde destacan la piña, el cultivo de palmito, raíces y tubérculos y granos básicos.
- Servicios públicos y otros (27,1%);
- Comercio, hoteles y restaurantes (23,8%);
- Industria (6,8%); nuevamente la piña, el banano, el melón y los concentrados de frutas, tubérculos, ornamentales, madera y productos lácteos.

Los principales sectores productivos identificados por ellos en la región Huetar Norte son:

- a) Agricultura, ganadería, caza, actividades de servicio (24%),
- b) Venta, comercio al detalle (19%) y
- c) Hoteles y restaurantes (16%)



- d) Elaboración de alimentos / bebidas (7%)
- e) Construcción (5%)

Se pueden definir tres grupos de empresas:

- (i) las más pequeñas orientadas a las actividades comerciales y de servicios
- (ii) las medianas ubicadas en el ámbito del turismo y conexas
- (iii) la gran empresa dedicada fundamentalmente a la agricultura.

En estos territorios, conviven los pequeños propietarios con grandes finqueros lo que genera una producción diversificada basada en la agricultura y la ganadería. Y con ella, las actividades de comercio y servicios propias de los centros urbanos de la región. Cabe señalar que en la región existe un fuerte impulso a la organización cooperativa, principalmente en las actividades de ahorro y crédito y las de comercio de insumos agropecuarios. Fuente: MIDEPLAN, Índice de Desarrollo Social, 2013.

Durante el periodo 2000-2011 la estructura de la Población Económicamente Activa por ramas de actividad experimentó importantes cambios. Por ejemplo, en 2000 la fuerza de trabajo agrícola representó 16,86% de la población activa total y en 2011 disminuye levemente a 15,22%. La industria manufacturera para el 2000 representó un 0,50% de la población laboral y sube para el 2011 en un 5,28%, otro sector de la economía donde aumenta la mano de obra fue la del comercio por mayor y menor, reparación automotriz y motocicletas en 2000 tenía 3,55 y asciende a un 9,92% en 2011, al igual que en alojamiento y servicios de alimentación para el 2000 fue del 1,21 y en el 2011 representó un 8,12% de la población activa total, en la enseñanza también se presenta un importante aumento de mano de obra calificada en 2000 tenía un 1,05 y para el 2011 alcanza un 3,22, situación que se refleja con el aumento de los centros educativos en enseñanza básica y media a nivel local y a nivel de los hogares con la contracción de empleadas domésticas en 2011 con 2,34%, la mayoría de otras ramas de actividad experimente muy leves aumentos con respecto al 2011, con excepción de las actividades inmobiliarias que en 2000 representaba un 1,12% y desciende a un 0,22 para el 2011 al igual que el suministro eléctrico y gas en 2000 con 3,84 y en 2011 baja a un 1,46% respectivamente.

Esta situación, que representa cambios leves en la estructura de la mano de obra, que coincide con un rápido proceso de migración del campo a la ciudad, como resultado de la disminución de las oportunidades de trabajo en las zonas agrícolas más alejadas del Área Rectora de Salud de Florencia.

Respecto a la mano de obra que labora en el sector industrial y de servicios, como mencionamos anteriormente su participación aumentó, aunque se mantuvo muy por debajo de las magnitudes relativas y absolutas que se presentaron en la agricultura. La industria manufacturera manifestó un comportamiento errático; sin embargo, su contribución se incrementó sensiblemente, de 0,50% a 5,28%, durante el periodo 2000-



2011, es decir, el número de trabajadores pasó de 1462 a 1686, lo cual representó una tasa anual de crecimiento de 3.8% en este sector.

El surgimiento de una estructura industrial más diversificada, concentrada en regiones bien definidas de la entidad, es el factor responsable de esta situación que experimenta la mano de obra. Las ramas de actividad de este sector que aumentaron su participación con mayor rapidez fueron las actividades agrícolas con una industria incipiente en planta de procesamiento de tubérculos y de plantas ornamentales y la industria manufacturera, las cuales para el periodo de estudio demuestran ser muy dinámicas durante las épocas de crecimiento económico y demográfico; sin embargo, su contribución es tan baja respecto al total que sus movimientos no son fácilmente perceptibles ni afectan la estructura general por actividades. Respecto al sector terciario existe una estrecha relación entre éste y el crecimiento de las ciudades. En el distrito de Fortuna y Florencia se lleva a cabo un proceso de urbanización bastante rápido. A partir de 2000 las migraciones de rural a rural-urbano se han intensificado, lo que ha provocado que un número elevado de centros de población a nivel local experimenten un crecimiento en su tamaño, logrando que sus economías se basen fundamentalmente en los servicios.

La migración rural-rural urbana, aunada al crecimiento natural de la fuerza de las ciudades, ha originado que las actividades realmente productivas sean incapaces de absorberla; como consecuencia, algunas ramas del sector terciario se encuentran "recargadas", implícitamente hablando, lo que constituye un problema.

El desequilibrio que presenta el sector terciario ha hecho crecer al denominado sector informal o economía subterránea de la entidad; los trabajadores por su cuenta y en las pequeñas empresas familiares representan un alto margen del "desempleo disfrazado" y aumentaron sensiblemente de 2000 a 2011, al pasar de 10% a 18%. (MIDEPLAN, Índice de Desarrollo Social, 2013).

Cuadro 13. Índice de desarrollo social- económico según distrito del ARS Florencia para el año 2017

Distrito	Índice de desarrollo social (IDS)
Tigra	62,4
Fortuna	61,2
Florencia	60,0
Monterrey	55,1
Venado	45,0

Fuente: MIDEPLAN, IDS 2017



El nivel de bienestar de una sociedad se encuentra fuertemente vinculado al desarrollo de un país. Mientras la población tenga acceso a recursos y a oportunidades que le permitan satisfacer un nivel de bienestar coherente con el tipo de sociedad en la que vive, entonces se dirá que esta población ha satisfecho sus necesidades básicas. (Serrano, 2013)

Actualmente la crisis económica mundial afecta la seguridad, el empleo, el salario, los servicios, a las transferencias públicas, y al cuadro de derechos. Tanto la pobreza como la extrema pobreza son fenómenos multidimensionales con cierto nivel de subjetividad. Estos fenómenos tienen relación con varios aspectos de la vida y por lo tanto existen también distintas maneras de definirlos.

En general se puede relacionar a la pobreza con algún nivel de carencia, usualmente esta carencia se vincula a ciertos aspectos económicos, como por ejemplo la incapacidad de una familia de generar ingresos suficientes para adquirir una canasta básica de consumo o para cubrir necesidades básicas. No obstante, la pobreza comprende también carencias que pueden ser consecuencia de las limitaciones económicas de los individuos, las cuales impactan en su desarrollo y en su inserción en la sociedad como seres humanos integrales y productivos.

Indicadores socioeconómicos

Tasa de alfabetización

Esta tasa hace referencia 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.

El analfabetismo es un factor de riesgo importante porque implica que hay familias en un nivel de pobreza tal donde las personas menores deben trabajar para ayudar económicamente en sus hogares, favoreciendo una alta deserción escolar y con ello aumentando la problemática social.

En el siguiente cuadro podemos apreciar los porcentajes de analfabetismo por distrito, siendo los distritos de Monterrey y Venado con mayor porcentaje, y su vez los distritos más alejados y con una población muy dispersa que cubre el Área Rectora de Salud de Florencia para el año 2011.



Cuadro 14. Porcentaje de analfabetismo según distrito Área Rectora de Salud de Florencia 2011

Distrito	Porcentaje (%)
Florencia	4,03
Fortuna	3,09
La Tigra	4,78
Monterrey	5,96
Venado	6,1
Total	23.96

Fuente: INEC, censo 2000-2011

Si lo comparamos a nivel cantonal según los últimos datos publicados por el Censo Nacional de Población y VI de Vivienda en el 2011 el cantón de San Carlos tiene una tasa de alfabetización del 95.65%. Donde el 48.1% de las mujeres están alfabetizadas, frente al 47.5% de los hombres.

Esta variación en cuanto a la alfabetización puede deberse a las políticas impulsadas por el Ministerio de Educación Pública, como los avances en mejoramiento y construcción de centros educativos, la implementación de programas de educación para adultos y el programa avancemos que brinda becas a estudiantes de escasos recursos para que continúen estudios y evitar la deserción estudiantil por cuestiones económicas a nivel familiar.

Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más
Este indicador se define como el cociente que representa el dividir la población de 5 años y más que asiste a la educación regular entre el total de la población de 5 años y más, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje.

A nivel nacional el 30,14% de la población de 5 años y más asiste a la educación regular; si comparamos esta información con el cantón de San Carlos de acuerdo con el Censo 2011, vemos que un 30.8% de su población asiste a la educación regular y dentro de esta el 14,9% corresponde a hombres y 15,9% a mujeres. Por lo que su estadística se encuentra muy similar a la nacional incluso un poco mejor.



Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)

El desarrollo humano puede entenderse como el proceso de expansión de libertades efectivamente disfrutadas por las personas. Su medición en el ámbito cantonal se aproxima utilizando el Índice de Desarrollo Humano cantonal (IDHc). (PNUD-UCR, 2007).

El IDH cantonal es una medición compuesta por tres dimensiones: vivir una vida larga y saludable (medida por la esperanza de vida al nacer), tener educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa neta combinada de matriculación en primaria y secundaria) y gozar de un nivel de vida digno (medido por el consumo eléctrico residencial por cliente, como variable proxy del PIB per cápita cantonal). En síntesis, el IDH combina, para cada uno de los cantones del país, los índices de esperanza de vida (IEV), de conocimiento (IC) y de bienestar material (IBM) (PNUD-UCR, 2007).

Cuadro 15. Índice de desarrollo cantonal (IDHc) 2015 – 2019

Año	IDHc
2015	0,790
2016	0.792
2017	0,797
2018	0,798
2019	0,809

Fuente: <https://www.undp.org/es/costa-rica/atlas-de-desarrollo-humano-cantonal-2021>

En el cuadro anterior tenemos el índice de desarrollo humano para la Región Huetar Norte, se evidencia un incremento leve, en el año 2015 fue de un 0,790, ya para el año 2016 alcanza un 0,792 aumentando en un 0,02 punto porcentual y en el 2017 un 0,797 escalando un 0,05; ya para el 2018 es de 0,798, y en el 2019 0,809 alcanzando un aumento de 0,12 puntos porcentuales los dos últimos años en estudio. Esto significa que a nivel regional este indicador se mantiene favorable como en el nivel nacional, de igual manera se ha dado un aumento en la matrícula de la educación básica y ha disminuido la tasa de mortalidad infantil.

Como formamos parte del cantón de San Carlos al mantener indicadores de desarrollo humano ascendentes implica un mayor desarrollo social.



Índice de desarrollo social cantonal (IDSc)

En cuanto al índice de desarrollo social a nivel del cantón de San Carlos podemos señalar que es favorable con un valor de 44,25 para el año 2017 al compararlo con los otros cantones de la Región Huetar Norte, Guatuso con un 27,61 y Los Chiles que apenas alcanza un 22,06. Esto significa que los cantones que se encuentren más cercanos del área central contarán con mayores y mejores niveles de cobertura y accesibilidad en los servicios básicos (agua, servicios de salud, educación, seguridad, entre otros).

Consumo de drogas en población de 12 a 70 años

Las sustancias psicoactivas ilegales son aquellas donde las actividades relacionadas con la producción, distribución, comercialización y consumo están total o parcialmente prohibidas en el país.

Adicional al alto potencial adictivo que tienen sustancias psicoactivas como la marihuana, cocaína, crack, disolventes volátiles y heroína; el consumo prolongado de estas drogas genera consecuencias severas en el organismo, por lo que el estudio de las tendencias de consumo de estas ha sido también una prioridad para el IAFA, cuyas encuestas en población general de 12 a 70 años permiten dar seguimiento a los patrones de consumo presentes en la población.

Las consecuencias negativas del consumo pueden ser incluso más perjudiciales, no solo por el potencial adictivo y profundidad de sus implicaciones, sino también, que la ilegalidad de los productos facilita una serie de dinámicas sociales que afectan de manera integral a la persona consumidora, entre ellos el entorno de consumo, la pureza o contaminación de las drogas, los peligros a los que se exponen al utilizar medios de ingesta no adecuados, etc.

Según la Encuesta Nacional de Drogas (END) 2015 la prevalencia en de consumo de drogas legales e ilegales en el último mes es de:

- Marihuana 2.3% con un predominio en el género masculino con un 3.8% de su totalidad
- Cocaína 0,2% siendo el género femenino quienes la utilizan más con un 0,4%
- Crack 0% no hay registro en la región huetar norte de su consumo
- Disolventes volátiles:0,3% con predominio en el género masculino con un 0,6%
- Heroína:0,0% no hay registro de su uso en la región huetar norte
- Hongos alucinógenos:0,0% no hay registro de su uso en la región huetar norte
- LSD:0,4% con predominio en el género masculino con una prevalencia del 0,7%
- Éxtasis:0,1% no hay registro de su uso en la región huetar norte
- Medicamentos tranquilizantes:1,1%
- Medicamentos opioides:0,5%
- Medicamentos estimulantes:0,8%



Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la marihuana es la sustancia ilegal más consumida en todo el mundo (2017), siendo que para el año 2015 se estimó que al menos 183 millones de personas habían utilizado dicha sustancia en el último año. El uso primordial de esta droga es con fines no médicos, siendo la búsqueda por los efectos psicoactivos de los componentes de la planta, específicamente el THC (tetrahidrocannabinol), la causa más evidente del consumo, en un segundo lugar se alega la utilización de esta por sus supuestos fines medicinales.

Lo anterior refuerza el comportamiento de la población para la región Huetar Norte, quienes no escapan de evidenciar el mismo comportamiento nacional.

Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años

Los datos recuperados de la Encuesta Nacional de Drogas 2015, reafirman que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en Costa Rica, superando por mucho el consumo combinado de tabaco, marihuana, cocaína y crack.

Esta sustancia es considerada como una droga social, pues el consumo es bien visto por parte de la sociedad, incentivando de muchas formas la ingesta, y tolerando las repercusiones sociales que el consumo trae consigo.

Para 2015 la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes era de 27,7% en hombres y 18,2% en una edad de inicio en un rango de 16,4 a 18,8 años.

Se percibe un aumento importante en el total de consumidores para el año 2015, ubicando la cifra en un 27,9%, a nivel nacional mucho mayor a la que se presentó en el año 1990, (considerando además la existencia de una mayor densidad poblacional en un periodo corto de tiempo).

El alcohol es una sustancia psicoactiva capaz de generar una dependencia. Las bebidas alcohólicas han sido ampliamente utilizadas en diversas culturas desde hace mucho tiempo. El consumo dañino de alcohol causa un número importante de enfermedades, y supone una carga social y económica para la sociedad. (OMS, 2014)

Los factores ambientales son elementos clave a la hora de explicar tanto las diferencias como las distintas tendencias históricas en el consumo de alcohol, así como los distintos perjuicios ocasionados por su consumo. Entre esos factores condicionantes destacan el desarrollo económico y cultural, la accesibilidad de la población al alcohol y también la implicación y la eficacia de las políticas nacionales sobre su consumo. (OMS, 2014)

Los daños relacionados con el alcohol dependen del volumen consumido, del patrón de consumo y, en raras ocasiones, la calidad de alcohol consumido, además el efecto perjudicial del alcohol incluye más de 200 posibles enfermedades y lesiones, entre las que destacan el alcoholismo, la cirrosis hepática y las neoplasias malignas. (OMS, 2014).



Entre las últimas relaciones sugeridas por las investigaciones figuran aquellas que sugieren una relación [no causal, sino como elemento circunstancial] entre el consumo de alcohol y algunas enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH / SIDA. (OMS, 2014)

Según el informe de la OMS en 2010 el consumo de alcohol puro per cápita en todo el mundo fue de 6,2 litros entre la población de más de 15 años. Esto implica una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día. Además, se estima que una cuarta parte de ese consumo (el 24,8 %) provenía de bebidas alcohólicas de fabricación casera o producida y vendida fuera de los controles gubernamentales. El 50,1% de todo el alcohol que se consume en el mundo y que sí se controla, se consume en forma de bebidas espirituosas. (OMS, 2014)

El 61,7% de toda la población mundial de 15 o más años no ha probado el alcohol en el último año. En todas las regiones de la OMS se observa que la abstinencia de beber alcohol es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Del mismo modo, también se observa unas diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol en las distintas regiones de la OMS. (OMS, 2014)

Aproximadamente el 16,0 % de los bebedores de 15 años o más reúnen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico. En general, cuanto mayor es la riqueza económica de un país, más alcohol consume y menor es el número de la población abstemia. Como regla general, en los países con ingresos más altos se observan mayores consumos de alcohol per cápita y una prevalencia más alta de consumo episódico de alcohol entre los bebedores. (OMS, 2014).

Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones, y en particular las provocadas por accidentes de tránsito.

Por ello es importante mejorar y fortalecer políticas sobre el consumo de alcohol que se desarrollan con el objetivo de reducir el su uso nocivo, así como para reducir los perjuicios sociales y sobre la salud atribuibles al alcohol, entre ellos los accidentes de tránsito, por ello se ha establecido a en nuestro país políticas nacionales de tránsito con el establecimiento de límites de alcoholemia más estrictos y sanciones más severas para quienes manejen con ingesta de alcohol.

Aunado a lo anterior también es necesario que el gobierno promueva un mayor liderazgo y compromiso con sus políticas al respecto de la reducción del uso nocivo del alcohol.



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

Según la Encuesta Nacional de drogas del 2015 la edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas es la siguiente:

- Marihuana: 18,1
- Cocaína:20,1
- Crack:21,0
- Disolventes volátiles:17,0
- Heroína:18,3
- Hongos alucinógenos:18,2
- LSD:20,1
- Éxtasis:19,2

Con lo anterior se evidencia que la edad inicio es supera apenas la mayoría de edad y no sobrepasa los 20 años por lo que refleja un gran reto para trabajar en conjunto con la comunidad, con el fin de brindar educación y todas las herramientas a esta población para poder combatir la problemática.

De manera que podemos inferir que la juventud sigue siendo la población de mayor riesgo y más vulnerable, dado que el inicio precoz del uso de drogas lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia, afectando a la memoria y el aprendizaje y como consecuencia impacta negativamente el desempeño escolar y laboral, sin dejar de lado las consecuencias sobre su salud en general.

Descripción de características de presencia de riesgos

Este término debe entenderse como la posibilidad de un daño y está vinculado a la vulnerabilidad, en este caso se asocia a las actividades productivas, uso de suelos y expansión territorial. En el caso del ARS Florencia se pueden identificar los siguientes:

Riesgos de origen natural

Amenazas Hidrometeorológicas:

- Red fluvial muy dispersa y baja, la misma cuenta con el mayor grupo de ríos y quebradas del país que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón, dicha red de drenaje está compuesta principalmente por los ríos: San Carlos, Toro, Tres Amigos, Kopper, La Vieja, Peje, Aguas Zarcas, Guayabo, San Juan, Platanar Peñas Blancas y las quebradas Providencia, San Pedro, San Isidro, La Tigra, Florida y Pital.
- Generación de serios problemas en caminos, fuertes erosiones laterales de los ríos, daños en puentes y destrucción de viviendas.



- Alto riesgo por las inundaciones o flujos de lodo de los ríos y quebradas.

Amenazas Geológicas:

Amenazas Sísmicas:

- Amplificaciones de la intensidad sísmica, en aquellos sitios donde han rellenos poco compactos o bien suelos que por su origen favorecen este proceso. Los poblados más vulnerables son: Ciudad Quesada, Fortuna, Muelle de San Carlos, Santa Eulalia, El Tanque, Los Ángeles, San Cristóbal, Boca Arenal, Terrón Colorado, Boca Providencia, Santa Clara, San Rafael, Platanar, Boca San Carlos, La Flor, Santa Rita, Gloria, Josefina.
- Deslizamientos de diversa magnitud sobre todo hacia el norte del cantón, donde la topografía y tipo de suelo favorecen este tipo de proceso. Los poblados más vulnerables son: Cedral, Florencia, San Juan, Platanar, Santa Teresa.
- Alta probabilidad de presentarse derrumbes pequeños en cortes de caminos.
- Fracturas en el terreno, las cuales pueden causar daños a viviendas, líneas vitales, etc.
- Asentamientos de terreno, se dan en suelos poco compactos y donde se han hecho rellenos.

Amenaza Volcánica:

- A unos 25 km al NE de Ciudad Quesada y dentro de los límites del cantón de San Carlos, se localiza el Volcán Arenal. En caso de una erupción volcánica importante cercana al cantón de San Carlos, los efectos más importantes serían:
- Caída de cenizas, lo que causaría contaminación de los ríos de la región, cercana al volcán
- Daños graves a la ganadería y agricultura
- Emanación de gases
- Caída de bloques y flujos piroclásticos los cuales se han manifestado en actividad importante en el pasado.

Deslizamientos (Inestabilidad de suelos):

Las características topográficas y geológicas propias del cantón de San Carlos hacen que este sea vulnerable a procesos como la inestabilidad de suelos. Los efectos más importantes de los deslizamientos son:

- Sepultamiento de viviendas
- Daños diversos a caminos
- Flujos de lodo, generados por represamiento de ríos afectando sobre todo aquellas viviendas ubicadas sobre la llanura de inundación.
- Daños a cultivos



Riesgos de origen antrópico

- Inadecuada gestión de residuos sólidos.
- Ausencia del Servicio de Recolección de Residuos Municipal.
- No hay cultura del reciclaje en los distritos, se queman o se depositan residuos sólidos en huecos.
- Ausencia de capacitación para responder ante posibles afectaciones por eventos naturales y/o antrópicos.
- Deforestación en las orillas de los ríos.
- Poco incentivo a la población estudiantil del cuidado del ambiente.
- Contaminación por manejo inadecuado de aguas servidas.
- Desechos de embalses van a los ríos.
- Presencia de cazadores en distritos.
- Viviendas construidas en los márgenes de los ríos.
- Concesiones para proyectos hidroeléctricos han provocado disminuciones significativas de los caudales de los ríos.

Riesgos ambientales

Producto de actividades productivas y extractivas como: Contaminación de afluentes y efluentes de agua, Zonas de producción industrial y Zonas de producción agrícola y agropecuaria.

Determinantes ambientales

Manejo de residuos

No se puede dejar de lado el problema ambiental más sentido por la población y de difícil solución por su complejidad sociocultural, como la contaminación del suelo producida por los desechos sólidos provenientes de las actividades humanas (desechos industriales, domésticos entre otros). Los desechos tienen diversas características físicas, químicas y biológicas, con un efecto nocivo de distinta naturaleza sobre la salud humana, la flora y la fauna; además de los problemas de orden estético.

Durante las dos últimas décadas, en nuestro país se han establecido varios sistemas de control para la gestión de los residuos, prestando especial atención a las estrategias de prevención. Sin embargo, a pesar de este énfasis en la prevención, la cantidad de residuos generados ha ido aumentando. El vertimiento y la incineración, en lugar del reciclaje, siguen siendo las prácticas predominantes en la gestión de residuos. (FEDOMA, 2002).



Se considera que la salud y el ambiente están ligados siempre a un mismo fin: el bienestar del ser humano y los demás seres vivos que lo rodean. El Gobierno Central y Local debe velar por la calidad de sus habitantes. Los servicios de manejo de residuos sólidos indudablemente tienen un impacto directo sobre la salud y el medio ambiente de las comunidades, por este motivo la ley orgánica del Ministerio de Salud indica en su art. 47 “todas las municipalidades de la Republica Deberán destinar no menos del 20% de sus entradas anuales para los servicios de salud, que, de acuerdo con las necesidades determinadas juntamente con el Ministerio, hayan de realizar a sus respectivas localidades. Las municipalidades todas las medidas necesarias que el Ministerio indique para la conservación de la higiene y combatir epidemias”. (FEDOMA, 2002).

Cuadro 16. Total de viviendas por sistema de eliminación de basura según zona y región de planificación 2010- 2021

ELIMINACION DE BASURA								
Zona y región	Camión recolector	La botan en hueco o la entierran	La queman	La botan en lote baldío	La botan en río, quebrada o mar	Otro	Ignorado	Total
Zona	1 496 935	36 294	111 461	3 280	266	2 125	-	1650361
Urbana	1 180 115	5 699	12 463	429		381	-	1199087
Rural	316 820	30 595	98 998	2 851	266	1 744	-	451 274
Región	1 496 935	36 294	111 461	3 280	266	2 125	-	1 650361
Huetar Norte	93 011	10 372	26 556	444	153	-	-	130 536

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG), 2010-2021

En el cuadro anterior podemos observar que en la zona urbana es donde hay mayor recolección de residuos a través de un camión recolector, por otro lado, en las zonas rurales se han determinado otras vías para el manejo de la eliminación de la basura como quemarla, botarla en un hueco o enterrarla; sin embargo, predomina el manejo a través del camión recolector. En la Región Huetar Norte producto del trabajo interinstitucional en conjunto predomina el manejo de la basura a través de un camión recolector para un total de 93011 casas.



La formación, la información y la participación, ante previsible riesgos, son el mejor instrumento preventivo que hay que potenciar entre todos los funcionarios de salud y principalmente entre aquellos más directamente implicados en la exposición y manipulación de otros residuos.

La información es un elemento clave para el personal de salud que donde quizás algunos subestima los riesgos de su actividad cotidiana por el hecho de estar habituado a convivir con ellos. La participación de los trabajadores/as expuestos es fundamental si pretendemos que la planificación sea efectiva.

Los funcionarios de rectoría tienen aquí una tarea y una responsabilidad pues deben ejercer la participación directa observando y fiscalizando el proceso en los servicios de salud que producen residuos especiales, y en último caso, los profesionales de salud deben denunciar ante el ente rector cuando las empresas transportadoras incumplan los protocolos y/o procedimientos en la gestión correcta de los residuos.

Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable

Finalmente, otro determinante importante estrechamente relacionado con la calidad de la salud de la población lo constituye el agua potable para el consumo humano. Esta es una cuestión que preocupa en países de todo el mundo, en desarrollo y desarrollados, por su repercusión en la salud de la población. Son factores de riesgo los agentes infecciosos, los productos químicos tóxicos y la contaminación radiológica. Muchas enfermedades y costos de tratamiento de estas podrían evitarse y economizarse si se invirtiera más en el tratamiento de las aguas servidas y si se garantiza el acceso al agua en la cantidad, y, en la calidad, necesaria para la vida.

Es importante recalcar que el agua y la salud de la población son dos cosas inseparables, por ello es importante dentro del estudio el análisis de la población a nivel local que recibe agua sometida a control de calidad. La disponibilidad de agua de calidad es una condición indispensable para la propia vida, y más que cualquier otro factor, la calidad del agua condiciona la calidad de la vida. De ahí podemos deducir que aquellos que son responsables por el abastecimiento de agua son en realidad los responsables por la vida que la población lleva.

La mayoría de los sistemas de abastecimiento de agua intradomiciliaria a nivel local se proveída por las ASADAS, en el Área Rectora de Salud existen 37 ASADAS en el gráfico siguiente se aprecia el porcentaje de la población que recibe agua intradomiciliaria y sometida a control de calidad.

Según el Censo 2011 por encima del 95% de la población en todos los distritos del Área Rectora de Salud de Florencia cuentan con un acueducto rural o comunal (ASADAS) o Comités administradores de acueductos rurales (CAAR), y por debajo del 10% de la



población utilizan otras fuentes de agua como por ejemplo agua llovida, río, quebrada, cisterna, hidrante entre otros.

Aquí es importante el compromiso político de alto nivel pues constituye la base en la que se sustentan todos los esfuerzos para acelerar y mantener las mejoras en el acceso a unos servicios de agua potable, saneamiento e higiene adecuados y seguros. Para lograr cumplir este compromiso es necesario mantener la atención centrada en las prioridades relativas al agua y el saneamiento, realizar una asignación de recursos adecuada y establecer un marco de monitoreo sistemático y transparente para garantizar la rendición de cuentas de todas las partes por los compromisos, funciones y responsabilidades que tiene el estado para con la población.

Estas responsabilidades incluyen hacer cumplir los marcos jurídicos pertinentes, garantizar unos mecanismos de reglamentaciones eficaces, mantener y fortalecer las disposiciones institucionales, y aplicar los conocimientos técnicos actuales mediante las mejores prácticas. Todas ellas dependen, en última instancia, de la determinación política para prestar un apoyo equilibrado a todos los elementos esenciales e instituciones del sector salud que promueva y garantice condiciones ambientales saludables para la población.

Determinantes relacionados con los servicios de salud de atención directa a las personas

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

Consideramos que un aspecto importante y que ha contribuido con un mejoramiento en los índices de salud y poblacionales tiene que ver con el establecimiento a nivel nacional de un Esquema Básico de Vacunación, situación que ha contribuido para que se mantenga dicho incremento población al incidir en un indicador tan sensible como la mortalidad infantil, previniendo aquellas enfermedades que en antaño hacían que aumentara la mortalidad infantil.

El esquema de vacunación es una recomendación basada en evidencia, que permite a una población decidir la forma en que puede prevenir, en diferentes grupos de edad, enfermedades transmisibles por medio de la inmunización de sus habitantes. La estrategia y programas de vacunación de un país deben responder a un plan nacional de salud, basado en el concepto de que la prevención siempre es costo-efectiva. (Porrás, 2006)

La vacunación de niños y adolescentes ha demostrado ser costo efectivo en todos los grupos humanos. En especial en este segmento de edad, ha demostrado su efectividad como medida para reducir la mortalidad infantil, la morbilidad y los efectos de las enfermedades infecciosas que producen minusvalía. (Porrás, 2006).



La prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles es una de las principales prioridades de la salud pública en nuestro país, el esquema oficial incluye las siguientes vacunas: Bacillus Calmette-Guerin (BCG), Polio, DPT (Difteria, Bordetella Pertussis, Tétanos) SRP (sarampión, Rubeola y Paperas), Hepatitis B, Hib (Haemophilus influenzae tipo b), Neumococo y Varicela.

Al efectuar un análisis de coberturas de DPT, Polio, Hepatitis B, Hib a nivel del área de salud se observa que la mayoría del 2022 las coberturas para menores de un año oscilan entre 93 y 101 alcanzando y sobrepasando las metas establecidas para ese año.

Con relación a la vacunación de SRP también se presentan variaciones en su cobertura para el año 2022 la cobertura estuvo de entre el 97% y 105% entre ambas Áreas de Salud (Florencia y Fortuna) cumpliéndose las metas; sin embargo en niños mayores se tuvieron coberturas que superaron el 200% ya que hubo un cambio en el esquema de vacunación y para la población que usualmente se vacunaba a los 7 años con la segunda dosis de la vacuna ahora se vacunas a partir de los 4 años por lo que el proceso de cambio del esquema ha ocasionado aumentos exagerados en su cobertura.

Para el caso de la varicela la misma se comenzó a poner a la población de 1 año a partir del año 2006 sin embargo, sin embargo, su cobertura para el 2022 se mantuvo entre 110% y 117%

Estos altibajos en las coberturas podría ser consecuencia de un faltante de los biológicos a nivel de las áreas de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) o bien; a una migración de población con personas menores de edad con esquemas incompletos que están siendo vacunados con las dosis establecidas para los menores de 1 año esperados.

Sin embargo, al subir algunas coberturas esto implica que a nivel local los servicios de salud están desarrollando alternativas de solución a la problemática existente en las Áreas de Salud de Florencia y Fortuna de la CCSS, como por ejemplo la promoción en un incremento de la vacunación a nivel domiciliario, las Sedes de EBAIS, los Consultorios Médicos Comunales y otros medios, y poder así cubrir satisfactoriamente la población asignada a cada área y logrando reducir la brecha de población en riesgo.

Con relación a la vacunación de SRP también se presentan variaciones en su cobertura para el año 2022 la cobertura estuvo entre el 97% y 105% entre ambas Áreas de Salud (Florencia y Fortuna) cumpliéndose las metas; sin embargo en niños mayores se tuvieron coberturas que superaron el 200% ya que hubo un cambio en el esquema de vacunación y para la población que usualmente se vacunaba a los 7 años con la segunda dosis de la vacuna ahora se vacunas a partir de los 4 años por lo que el proceso de cambio del esquema ha ocasionado aumentos exagerados en su cobertura.



Para el caso de la varicela la misma se comenzó a poner a la población de 1 año a partir del año 2006 sin embargo, sin embargo, su cobertura para el 2022 se mantuvo entre 110% y 117%

Estos altibajos en las coberturas podría ser consecuencia de un faltante de los biológicos a nivel de las áreas de salud de la CCSS o bien; a una migración de población con personas menores de edad con esquemas incompletos que están siendo vacunados con las dosis establecidas para los menores de 1 año esperados.

Sin embargo, al subir algunas coberturas esto implica que a nivel local los servicios de salud están desarrollando alternativas de solución a la problemática existente en las Áreas de Salud de Florencia y Fortuna de la CCSS, como por ejemplo la promoción en un incremento de la vacunación a nivel domiciliario, las Sedes de EBAIS, los Consultorios Médicos Comunales y otros medios, y poder así cubrir satisfactoriamente la población asignada a cada área y logrando reducir la brecha de población en riesgo.

Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal

En el siguiente cuadro se puede observar que hay un porcentaje importante que tiende al sobrepeso y la obesidad y se encuentra distribuido mayoritariamente en los distritos de Venado y Monterrey, los cuales son los distritos más alejados del Área Rectora de Florencia.

Llegando un promedio por Área Rectora del 68% de esta población se encuentra en estado nutricional normal, pero el otro 29.8% se encuentra distribuido en sobrepeso y obesidad.

Cuadro 17. Distribución relativa de la población de 6 – 12 años según índice de masa corporal (IMC) 2019

Distrito	Estado Nutricional (IMC)				
	Desnutrición severa	Desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Florencia	0.4%	2.0%	66.3%	19.1%	12.2%
La Fortuna	0.4%	1.6%	69.2%	18.1%	10.7%
La Tigra	0.1%	1.3%	71.8%	16.8%	10.0%
Monterrey	0.0%	1.7%	67.7%	19.2%	11.3%
Venado	0.0%	1.4%	59.0%	23.0%	16.5%
Promedio por ARS					
Florencia	0.3%	1.7%	68.2%	18.5%	11.3%

Fuente: Censo escolar 2019



Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por Mycobacterium Tuberculosis, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se transmite de persona a persona a través del aire. Los síntomas de la tuberculosis activa incluyen tos, dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. En las personas sanas, la infección no suele causar síntomas, porque el sistema inmunitario de la persona actúa para bloquear la bacteria (Norma para la Vigilancia y el Control de la Tuberculosis, 2021)

A nivel mundial, en 2020, se estimaron que 9.9 millones de personas enfermaron de tuberculosis, con un estimado de 1.5 millones de muertes por esta infección, de ellas, 214.000 tenían VIH. En las Américas, en 2020, se estimaron 291.000 casos de tuberculosis. Las muertes estimadas para la región fue 27.000, de las cuales el 29% (7.900) corresponde a la coinfección por TB/VIH. Se diagnosticaron 4.007 casos de TB RR/MDR. De estos, tan solo el 89% inició tratamiento. La proporción de casos de TB-RR estudiados para resistencia a las fluoroquinolonas disminuyó al 29% en comparación con el 53% del año anterior. (OPS, Tuberculosis 2021)

La Estrategia Fin de la Tuberculosis tiene como propósito terminar con la epidemia de tuberculosis en el mundo y está vinculada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), bajo tres indicadores de alto nivel: reducir el número de muertes por tuberculosis en un 95%, reducir los nuevos casos en un 90% entre 2015 y 2035, y garantizar que ninguna familia enfrente costos catastróficos debidos a la tuberculosis.

Para el Área Rectora de Salud de Florencia en el 2021 el 100% de los casos de Tuberculosis Pulmonar tuvieron una baciloscopia positiva al igual que en el 2022 como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 18. Casos positivos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva

Área de Salud	2021	2022
Florencia	100%	100%
Fortuna	100%	100%

Fuente: Datos de notificaciones de cada Área de Salud al Área Rectora de Salud Florencia 2021- 2022



Tasa de incidencia de las principales Neoplasias Malignas

Según el registro nacional de tumores los cánceres que presentan una tasa de incidencia (por cada 100 mujeres) mayor para el 2016 en el cantón de San Carlos son los siguientes en el género femenino:

- Piel (tasa 50,41)
- Mama (tasa 46,02)
- Cuello uterino (tasa 36,68)

Por otro lado, para el género masculino los más frecuentes de acuerdo con su tasa de incidencia son los siguientes:

- Piel (tasa 54,81)
- Próstata (tasa 25,85)
- Estómago (tasa 16,55)

El cáncer de piel continúa con una tendencia creciente, por lo que es importante seguir insistiendo en las medidas de prevención conocidas como por ejemplo la protección a la exposición a los rayos ultravioleta, sobre todo en las edades tempranas y en las personas más vulnerables por ser de piel blanca y ojos claros. Sin embargo, este incremento también puede estar dado por las campañas de detección y comunicación sobre el tema de los últimos años.

Y no solamente en el Cáncer de piel se debe trabajar en prevención ya que podemos observar que los otros tipos de cáncer de alta prevalencia son los que también prevalecen altamente a nivel nacional y mundial por lo que se debe continuar trabajando con esta población para lograr una detección cada vez más temprana y oportuna.

Tasa de incidencia VIH – SIDA

Para el 2022 los distritos de Monterrey, La Tigra y Venado no reportaron ningún caso de VIH- SIDA, sin embargo, para los distritos de Florencia se tiene una tasa de incidencia de 5,4 y en Fortuna de 5,1.

Desde el pico alcanzado en 1996, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 54%. En 2021, se produjeron 1,5 millones de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 3,2 millones de 1996.

ONUSIDA estima que en 2025 se necesitarán 29.000 millones de dólares estadounidenses (en dólares estadounidenses constantes de 2019) para la respuesta al sida en los países de ingresos bajos y medianos, incluidos los países que antes se



consideraban países de ingresos altos, para poder poner fin al sida como amenaza para la salud pública mundial.

Razón Hombre – Mujer VIH – SIDA

Para el cantón de San Carlos hay una razón de 20 000 hombres por cada mujer con VIH – SIDA. El cual muestra un comportamiento típico de la enfermedad actualmente.

Indicadores relacionados a Salud Mental

Razón de Psiquiatras

Para los distritos de Florencia, La Tigra, Fortuna, Venado y Monterrey no se cuenta con psiquiatras activos; por lo que la razón de psiquiatras es cero, sin embargo, para la población que requiere su atención médica diferentes instituciones a nivel cantonal son los que brindan apoyo; por lo tanto, no deja de ser una gran debilidad de parte del sistema de salud de estos distritos pasando a recargar las funciones de otras instituciones que además de su población adscrita da cobertura a nuestra población.

Razón Psicólogos

En el Área Rectora de Salud de Florencia se cuenta con 1.1 psicólogos por cada 10 000 habitantes, localizados en las localidades de Santa Clara, Caimitos, Monterrey, Florencia y Fortuna; de estos 2 son del sector público y 3 del sector privado.

Razón Trabajadores Sociales

Esta Área Rectora presenta una razón de 0.6 trabajadores sociales por cada 10 000 habitantes, los cuales laboran para instituciones públicas como Áreas de Salud Florencia y Fortuna y el Área Rectora de Salud de Florencia.

Razón Enfermeras de Salud Mental

La población que contempla el Área Rectora de Florencia no cuenta con profesionales de enfermería especializados en Salud Mental por lo que la razón es cero para este indicador. Aunado a esto únicamente el nivel regional cuenta con estos profesionales y que igualmente dan apoyo en su atención si es necesario por medio del Equipo Interdisciplinario de Salud Mental (EISAM) una vez referido por el nivel local.



Tasa de trastorno bipolar afectivo

Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de estos.

Para el año 2022 según el reporte de la base de notificación obligatoria se reporta una tasa de 1.9 casos por cada 100 000 habitantes.

Tasa de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico.

La tasa para esta patología en el último año es de 17.7 casos por cada 10 000 habitantes. Y que si lo clasificamos por género donde hay mayor predominio es el masculino con una razón de 3:1.

Tasa de esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.

Para el Área Rectora de Salud en el 2022 no hubo reporte de esta enfermedad por lo que la tasa para este indicador es cero.

Tasa de Depresión

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas. Incluye: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva.



La tasa de depresión corresponde a un 34.4 casos por cada 10 000 habitantes, por género esto representa un 24.5% para el género femenino y un 9.9% para el género masculino en el 2022.

Tasa de suicidio

La conducta suicida es un resultado no deseado en salud mental, no considerada como un diagnóstico en sí mismo. Tiene origen multifactorial y se ha definido como “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”. Incluye la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio (OPS). La tasa de intento de suicidio para el 2022 fue de 0.36 por cada 1000 habitantes.

Tasa de Violencia

Según la OPS-OMS (García-Moreno et al., 2005), la violencia en la familia es la agresión física, psicológica o sexual cometida por el esposo o conviviente, abuelos, padres, hijos, hermanos, parientes civiles u otros familiares. También, comprende a los tutores o encargados de la custodia. Afecta a todas las familias sin distinción de raza, edad, educación o condiciones socioeconómicas.

Para el 2022 el Área Rectora de Salud de Florencia reportó una tasa de 9.07 por cada 1000 habitantes. Representando un 62.3% el género femenino y un 37.7% el género masculino de la totalidad de casos reportados en la base de notificación obligatoria del Área Rectora de Salud al proceso de Vigilancia de la Salud.

Caracterización del entorno de salud mental

✓ Oferta de servicios en salud mental a nivel público:

2 profesionales en Trabajo Social en las Áreas de Salud de la CCSS Fortuna y Florencia, trabajando en la atención de la Salud Mental.

1 profesional en Trabajo Social, Área Rectora de Salud Florencia, desde el ámbito de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo.

1 profesional en Psicología, Área Rectora de Salud Florencia, desde el ámbito de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo.

2 profesionales en Psicología, Tecnológico de Costa Rica Sede San Carlos.

✓ Oferta de servicios de salud mental a nivel privado (Incluir ONGs):

3 profesionales en Psicología en consulta privada en los distritos de Fortuna, Florencia y Monterrey.



✓ Redes comunitarias:

Redes comunitarias de Salud Mental en Florencia, La Tigra y Monterrey.

Red de Cultura de Paz en Florencia y Fortuna

Instancia Local de Abordaje Integral del Comportamiento Suicida ARS Florencia

Subsistema Local de Protección de Niñez y Adolescencia San Carlos

Red de Prevención de Contra la Violencia Intrafamiliar y la Mujer

✓ Proyectos o actividades implementadas en el último quinquenio:

2019: Proyecto “Articulación interinstitucional e intersectorial en el Área Rectora de Salud Florencia, para el abordaje del comportamiento suicida”.

Objetivo General:

Investigar la situación del comportamiento suicida en el Área Rectora de Salud de Florencia, mediante el análisis comparativo entre la notificación reportada y la información suministrada en grupos focales con actores sociales clave institucionales y comunitarios, que faciliten las acciones prioritarias de trabajo a la Instancia Local de Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (ILAIS). Como producto de este proyecto y en cumplimiento con el Decreto N°40881-S, se conforma la ILAIS ARS Florencia.

2021: “Conformación de Red de Salud Mental y Apoyo Psicosocial”, ante la saturación de los servicios de salud por la pandemia COVID-19, y la gran demanda de atención y contención en Salud Mental, desde la ILAIS ARS Florencia, se trabajó una estrategia conformación de una Red SMAPS, con profesionales en psicología, orientación, trabajo social, medicina, odontología, que tuvieron la anuencia de capacitarse en temas relacionados a fortalecimiento de la Salud Mental, así como a la identificación y abordaje del comportamiento suicida y primeros auxilios emocionales. Se realizó una alianza con la Municipalidad de San Carlos, quien brindó el presupuesto de contratación de una experta en los temas y quien capacitó a este grupo de profesionales durante 8 sesiones, quienes posteriormente apoyaron en la identificación de casos con riesgo suicida, así como en atención de acuerdo con las competencias profesionales.

2022: “Conformación Brigada de Salud Mental CTP Fortuna”, desde la ILAIS ARS Florencia se trabajó como proyecto piloto, la conformación de una brigada de Salud Mental en el Colegio Técnico Profesional de Fortuna, debido ante la cantidad de casos referidos por el Departamento de Orientación del CTP Fortuna a la ILAIS ARS Florencia en el año 2021, relacionados con el comportamiento suicida (ideación, intentos), e incluso 1 un suicidio consumado, así como sobrevivientes de pérdida por suicidio, y considerando que en varios casos se identificó una posible patología dual, ya que también presentaban consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad y depresión, además de otros factores de riesgo, la ILAIS ARS Florencia determinó que se debía realizar acciones puntuales,



buscando impactar positivamente la Salud Mental de la población estudiantil, brindando herramientas para la promoción de factores protectores, así como para la prevención y detección de situaciones de riesgo suicida.

Objetivo General:

Conformar una brigada de Salud Mental en el Colegio Técnico Profesional Fortuna, integrada por estudiantes líderes, personal docente y administrativo, a través de capacitaciones en el tema de Salud Mental y Prevención del Comportamiento Suicida, que funja como una estructura de agentes multiplicadores de información, ejecutores de acciones en pro de la Salud Mental, así como identificadores de situaciones de riesgo suicida en la población estudiantil.

Proyecto "Apoyo Comunitario al Bienestar Psicosocial", con un trabajo articulado entre Ministerio de Salud y OPS, se desarrolló en los distritos de Florencia, La Tigra, Monterrey y Fortuna, donde se conformaron redes comunitarias de Salud Mental, a través de un proceso de capacitación, dirigido a grupos de 25 líderes de cada comunidad. Actualmente se cuenta con 3 redes comunitarias de Salud Mental activas, en Florencia, La Tigra y Monterrey.

Juegos Cooperativos y Habilidades para la Vida: Taller sobre conocimiento y práctica de modelo de cultura de paz y valores cooperativos dirigido a estudiantes de sexto, las actividades son ejecutadas mediante metodologías lúdicas para promover factores protectores de la Salud Mental, a través de las habilidades para la vida, se desarrollaron desde las Redes de Cultura de Paz de Florencia y Fortuna en los siguientes centros educativos: Escuelas del sector Platanar-Muelle, de todo el circuito Florencia- La Tigra, Escuela Tres Esquinas, Escuela Los Ángeles, Escuela Experimental Bilingüe Finca Zeta Trece y Escuela La Fortuna.

Capacitaciones en Prevención del Comportamiento Suicida y Primeros Auxilios Emocionales, dirigidas a personas docente y administrativos de diferentes centros educativos, así como colaboradores de empresas privadas de la zona, estas actividades se ejecutan desde la ILAIS ARS Florencia.

Además, se trabajó un espacio de capacitación dirigido a todos los medios de comunicación de la región Huetar Norte, con el objetivo de capacitar a representantes de medios de comunicación de la Región Huetar Norte, sobre el comportamiento suicida, con el fin de que puedan suministrar información educativa, consciente y responsable, en el marco del Día Mundial de Prevención del Suicidio.

- ✓ Investigaciones en salud mental en el último quinquenio
- ✓ Identificación de sistemas de Información en salud mental.



Perfil Epidemiológico

Para realizar un análisis del perfil epidemiológico de una población debemos comprender mejor las relaciones que se establecen en la mayoría de los casos, que anteceden a la muerte de una persona, donde se desarrollan dos etapas claves, el diagnóstico de la enfermedad y la etapa clínica. Entre más temprano se lleve a cabo el diagnóstico, más posibilidades existirán para que el individuo pueda recuperar su salud.

La morbilidad es el conjunto de enfermedades, traumatismos e incapacidades que otras alteraciones de la salud diagnosticadas o encontradas en la población durante un intervalo dado. Esta se considera una medida indirecta de salud, la cual es más sensible que la mortalidad, ya que incorpora además de las enfermedades letales aquellas que no provocan la muerte, pero producen incapacidad e invalidez en diferentes grados. (OMS, 2012)

Dentro del estudio de la morbilidad de una población, al diagnóstico también se le llama incidencia de la enfermedad, se pueden determinar tasas de incidencia de ella, que corresponde a la relación entre número de nuevos casos diagnosticados en la población en un período de tiempo, con respecto a la población. Por otro lado, la etapa clínica se cataloga como etapa de prevalencia de la enfermedad. (OMS, 2012)

Al igual que con la incidencia, es posible determinar tasas de prevalencia de enfermedades, que miden la relación entre el número de personas que padecen la enfermedad (están en fase clínica) con respecto a la población en un momento dado. Debido a que en la prevalencia no se conoce con certeza el momento inicial, la incidencia es un indicador más preciso para estudiar relaciones de causalidad dentro de los análisis de morbilidad. Por ejemplo, en enfermedades como "el cólera", "el dengue", "la malaria" interesa fundamentalmente la incidencia, además es posible establecer las principales causas para que se de esta incidencia. Pero existen otras enfermedades, tales como "el SIDA", "las neoplasias malignas", etc., en las que además de la incidencia interesa la prevalencia. (OMS, 2012)

Por otro lado, dentro de este análisis, se acostumbra a utilizar el término de letalidad, como el porcentaje de personas que fallecen en un período dado, con respecto al número de personas infectadas o diagnosticadas. Mientras que el término patogenicidad, se refiere al número de casos diagnosticados con respecto al número de personas expuestas. (OMS, 2012)

Relacionando estos dos elementos, se pueden determinar los patrones de comportamiento de las enfermedades, con respecto a su efecto sobre la mortalidad. Por ejemplo, una enfermedad como las neoplasias malignas en el hígado tiene una baja



patogenicidad, pero su letalidad es muy alta, mientras que una enfermedad como la gripe, tiene una alta patogenicidad, pero su letalidad es sumamente baja. (OMS, 2012)

Esto provoca que ellas no tengan un peso trascendente dentro de las causas de muerte de una población. Del mismo modo, toda enfermedad puede ser clasificada por su patogenicidad y letalidad, permitiendo esta relación establecer las principales causas de muerte de una población. Aquellas enfermedades con alta patogenicidad y letalidad se convierten en las principales causas de muerte, como se analizará más adelante. (OMS, 2012).

Seguidamente se procederá a describir y analizar los principales eventos de salud que durante los años en estudio han afectado a la población adscrita al Área Rectora de Salud de Florencia, pues nos permite tener una fotografía de las condiciones de salud de la población; resultado de la búsqueda de información en las diferentes instituciones del Estado presentes en a nivel local como del cantón de San Carlos.

Podemos señalar que la mayoría de los funcionarios de los servicios de salud y por ende, del Ministerio de Salud poseen conocimiento con respecto a la existencia de problemáticas que vive la población en diversos niveles como el social, económico, laboral, ambiental, educativo, entre otros aspectos de la vida humana.

La vigilancia epidemiológica considerada como una herramienta para el análisis de los diferentes eventos epidemiológicos nos permite conocer cuál es el perfil del área y a su vez nos orienta para la toma de decisiones de una manera más oportuna.

Ante los cambios en la situación de la salud, el resurgimiento de las enfermedades transmisibles y el aumento en las enfermedades crónicas de las diferentes áreas obligan a unir esfuerzos en el área rectora para velar por la salud pública

Durante varios años se ha llevado en el área el control de algunos eventos que por sus características propias nos obligan a mantener una vigilancia más cercana, tal es el caso de algunas zoonosis y otros eventos de interés regional o nacional.

En este apartado es posible conocer no solamente cuál fue el comportamiento de los eventos sujetos a vigilancia según el decreto reportados durante el período más reciente, sino también observar otros eventos de salud pública de interés; para realizar un análisis de la morbimortalidad de nuestra población. Dichos datos nos sirven como medidas de control, seguimiento e incluso prevención de enfermedades y facilitan el manejo de estas, así como la planeación y el diseño de intervenciones en el sector salud; que contribuya con la puesta en práctica de planes, programas y proyectos dirigidos a la prevención y mitigación de algunos de los efectos de estos eventos en la salud de nuestra población.



Enfermedades infectocontagiosas

Infección Respiratoria Aguda Superior (IRAS)

Las enfermedades de transmisión respiratoria emergentes representan un riesgo, debido a su potencial de diseminación, y pueden provocar altas tasas de morbilidad, de hospitalización y letalidad. Una infección respiratoria alta o Infección de vía respiratoria superior, es una infección aguda del tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe. La mayor parte de las infecciones respiratorias altas son causadas por microorganismos virales, bacterianos u otros, y son uno de los principales motivos de ausentismo laboral o escolar

En el Área Rectora de Salud de Florencia las IRAS constituyen una de las primeras causas de consultas en los servicios brindados por los establecimientos de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Para el año 2020 las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) fueron de 4902 casos, el 2021 se presentaron 1941 casos y para el 2022 se presentaron 2705 casos. El año con la incidencia más alta fue en el 2020, recordemos que a partir del 2020 se dio la pandemia por COVID 19 dándose una tendencia hacia su disminución en los años subsiguiente en ambas áreas de salud quizás producto de las acciones a nivel preventivo desarrolladas por el personal de los EBAIS establecidos en los distritos que comprende el Área Rectora de Salud de Florencia, aunado que existía un diagnóstico más dentro del reporte de enfermedades respiratorias que acaparaba la mayor parte de las patologías respiratorias.

Con relación a la edad de las personas y del sexo para el nivel local no es posible consignar dichos datos Las IRAS tienen diversos factores que contribuyen a su desarrollo como los factores ambientales, fisiológicos y personales. Muchos de estos factores pueden ser abordados con medidas de prevención y estas afectaciones a la salud disminuirían significativamente, como se observó con la implementación de la campaña preventiva de la Influenza A1N1. Por ejemplo, los cambios climáticos no se pueden evitar, pero si podemos tomar medidas como evitar la exposición al polvo, humo y corrientes de aire, abrigarse y evitar mojarse en exceso.

Ante los factores fisiológicos se pueden intervenir aspectos como la vacunación oportuna, la promoción de la lactancia adecuada, alimentación y fortalecimiento de las defensas y consumo abundante de líquidos, y los factores personales corresponden a la implementación de técnica adecuada de estornudo y tos, lavado de manos, no auto medicarse y acudir oportunamente a los centros de salud.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Respecto a las enfermedades diarreicas agudas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Salud O. P., 2013) define la diarrea como una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez y frecuencia en comparación con las condiciones fisiológicas de cada individuo. Esta alteración conlleva a una baja absorción de líquidos, sales, electrolitos y otros nutrientes necesarios para el funcionamiento del organismo. Los episodios de diarrea pueden acompañarse de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito.

Acorde con dicha organización internacional, las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 1,5 millones de niños cada año... La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez a nivel mundial, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento.

En países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

En la Guía para el Manejo Clínico de la Enfermedad Diarreica Aguda publicada en el año 2009 (Salud M. d., 2009) se expone que, en nuestro país, los agentes asociados a casos aislados, brotes y defunciones identificados con mayor frecuencia son los siguientes:

- Rotavirus
- Shigella (principalmente *S. sonnei* y *S. flexneri* serotipos 2a y 3a),
- Salmonella (las serovariedades más comunes son *S. enteritidis* y *S. typhimurium*),
- Escherichia coli patógena (especialmente *E. coli* enterotoxigénica - ECET)
- Clostridium perfringens
- Parásitos



En el Área Rectora de Salud de Florencia las Enfermedades Diarreicas Aguadas (EDAS) se mantienen como un evento de importancia de consulta en los centros médicos de la CCSS del Área Rectora de Salud de Florencia, pasando de 1187 eventos en el 2020, 598 eventos en el 2021 a 482 eventos en el 2022. Se observa una disminución sostenida hasta el 2022 en el Área Rectora de Salud de Florencia.

La prevalencia por este evento entre los años comprendidos del 2020 a 2022 oscila entre 23,18 y 9.1 presentando la prevalencia más baja en el año 2022 y la más alta en 2020. Esta disminución se puede asociar a la implementación de la campaña de lavado de manos como medida preventiva masiva de la Enfermedad por COVID 19 desarrollada en el año 2020.

Con relación a la afectación de las Enfermedades Diarreicas Agudas según grupo etario, se dificulta el análisis por cuanto la información disponible y entregada por las Áreas de Salud Florencia y Fortuna de la Caja Costarricense de Seguro Social y la que posee este Ministerio dificulta poder brindar este determinante de salud por grupos etarios; pues presenta grupos quinquenales hasta los 19 años y posteriormente los agrupa de 20 a 64 años y mayores de 65 años. El grupo etario de 20 a 64 años incluye a 9 grupos quinquenales por lo que daría la impresión de que es el grupo de mayor afectación, lo cual no sería verídico, esto sin tomar en consideración la posibilidad de subregistros en los datos mismos.

Dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa de causa viral, que se presenta habitualmente como un cuadro febril denominado Dengue clásico. Se caracteriza por un cuadro febril agudo, de duración limitada (2 a 7 días), con intenso malestar general, (cefalea, dolor retro ocular, dolor muscular y dolores articulares), acompañado de erupción cutánea. Puede presentar síntomas hemorrágicos de escasa intensidad, como petequias, epitaxis y sangramiento gingival. El tratamiento es de tipo sintomático y el paciente mejora completamente al cabo de aproximadamente 7 días. Esta forma de dengue es benigna y no produce muertes. (VCHG, 2002)

El 80% de las personas que se infectan con dengue serán asintomáticos, el 10% presenta fiebre indiferenciada y el 5% fiebre dengue con o sin manifestaciones hemorrágicas. (VCHG, 2002)

Dengue hemorrágico, menos frecuente (5% del total de casos clínicos), incluye los síntomas del dengue clásico, a los que se agregan manifestaciones hemorrágicas con aumento de permeabilidad vascular y anomalías en los mecanismos de coagulación. El principal factor de riesgo para la aparición de este tipo de dengue es haber tenido una infección previa por otro serotipo de dengue, pero también influyen el origen geográfico de la cepa viral y susceptibilidad del huésped. El síndrome de choque del dengue incluye



el cuadro más grave de dengue hemorrágico, más los signos de choque: pulso débil y acelerado, disminución de la presión del pulso, hipotensión, piel fría y húmeda e inquietud generalizada. La enfermedad comienza de modo repentino con fiebre, y en los niños con síntomas leves de las vías respiratorias superiores, a menudo con anorexia, enrojecimiento facial y perturbaciones leves en las vías gastrointestinales. El estado del enfermo se deteriora repentinamente con signos de debilidad profunda, inquietud intensa, sudoración profusa y dolor abdominal intenso. El dengue hemorrágico es la forma grave de la enfermedad y produce shock y muerte si no se trata adecuada y oportunamente. (VCHG, 2002)

En el Área Rectora de Salud Florencia se cuenta con un equipo de Control de Vectores que desarrollan actividades preventivas como campañas de eliminación de criaderos, fumigación, encuestas entomológicas, educación en centros laborales, escuelas entre otras.

Desde el 2020 para el Área Rectora de Salud de Florencia se han venido presentando dos picos de casos positivos por dengue anuales, generalmente las comunidades más afectadas han sido Muelle y Barrio Pilo en La Fortuna con un reporte promedio de eventos que no superan los 20 casos por localidad. Esto producto del trabajo interdisciplinario entre caja y ministerio de salud para realizar el trabajo de la forma más oportuna posible.

La única forma de prevenir la enfermedad es mediante el control del mosquito y sus criaderos y la detección rápida y temprana de los casos.

El control del mosquito, además de medidas sanitarias internacionales, requiere del apoyo de las comunidades. Así, en las comunidades locales con presencia del vector, se pueden eliminar los criaderos para los mosquitos, limpiando los sitios donde hay basura, manteniendo tapados los depósitos de almacenamiento de agua y vaciando los envases de agua, los neumáticos viejos y otros recipientes que pueden contener aguas detenidas. Estas acciones son simples, no implican recursos y pueden ayudar al control sin utilizar productos químicos.

La OPS recomienda, fundamentalmente, la concreción de acciones intersectoriales en el manejo de los programas de control y prevención de la enfermedad; la administración de un control integrado que incluya suministro de agua, alcantarillado, manejo adecuado de los desechos sólidos, educación ambiental, control químico y biológico, políticas para los neumáticos usados, normas para la exportación e importación de neumáticos, vigilancia entomológica y epidemiológica y medidas especiales en puertos y aeropuertos. (VCHG, 2002).



Tuberculosis

Otra de las enfermedades que se presenta con menor incidencia a nivel local es la tuberculosis; la enfermedad de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la segunda causa mundial de mortalidad, después del sida, causada por un agente infeccioso. En 2012, 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa. (OMS, 2014)

Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. (OMS, 2014)

Aunque lentamente, está disminuyendo el número anual estimado de personas que enferman de tuberculosis; ello quiere decir que el mundo está en camino de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener la propagación de esta enfermedad de aquí al año 2015. (OMS, 2014)

La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 45% entre 1990 y 2012, gracias a las estrategias DOTS y Alto a la Tuberculosis recomendadas por la OMS, se calcula que se habrían salvado unos 22 millones de vidas. (OMS, 2014)

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir. La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. (OMS, 2014)

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermarse de tuberculosis de un 10%. Si embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, desnutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco. (OMS, 2014)

Cuando la enfermedad tuberculosa se presenta, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves por muchos meses. Como resultado, los pacientes tardan en buscar atención médica y en el ínterin transmiten la bacteria a otros. A lo largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren. (OMS, 2014).



En el Área Rectora de Salud se han presentado casos de tuberculosis, en el año 2022 la incidencia fue de 2,44 casos por cada cien mil habitantes.

La tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y curar. La forma activa que es sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro medicamentos que se administran durante seis meses junto con información, supervisión y apoyo del paciente por funcionarios de los servicios de salud. A nivel local se realizan las investigaciones respectivas para analizar si es necesario suministrar el tratamiento a los contactos del paciente.

Si no se proporcionan supervisión y apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil y, como consecuencia, la infección puede propagarse. La gran mayoría de los enfermos pueden curarse a condición de que los medicamentos se tomen correctamente.

Gracias a los esfuerzos y el debido control de vigilancia por parte de los servicios de salud, lo que ha contribuido para que no se hayan presentado defunciones por esta causa a nivel local.

Hipertensión Arterial (HTA)

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, queque, si no se trata a tiempo, puede desencadenar en complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral.

También es conocida como una "enfermedad silenciosa", porque en muchas ocasiones una persona que se siente sana y libre de síntomas, puede padecerla. Los efectos que tiene una tensión alta en el organismo son variados y son la causa de importantes enfermedades que pueden causar la muerte.

Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede dificultar el paso de la corriente sanguínea, lo que se conoce con el nombre de arterosclerosis. (CCSS, 2009)

De acuerdo con un artículo publicado en el diario de La Nación, "La hipertensión es la enfermedad crónica más común en los ticos. Uno de cada cuatro adultos tiene este mal, cifra que aumentó más de un 10% en los últimos 15 años, según la Encuesta Multinacional de Diabetes y Factores de Riesgo Asociados realizada en el 2006". (Rodríguez, 2010).

Esta morbilidad está relacionada con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Es necesario y conviene separar aquellos



factores relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

De lo anterior se desprende que factores asociados al padecimiento pueden ser modificados y con ello, disminuir los efectos tanto en la morbilidad, como en la mortalidad e impacto económico de este padecimiento en la salud de la población y su costo económico para los servicios que brinda el sistema de salud costarricense. Las personas que padecen Hipertensión Arterial experimentan un mayor riesgo de sufrir un infarto, por lo que es necesario cuidar la salud. Una persona prehipertensa debe tener control médico constante, si es fumadora debe dejar de fumar, evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, bajar el consumo de sal y grasas en la preparación de sus alimentos, modificando su dieta para una alimentación saludable y realizar algún tipo de actividad física (ejercicio) para no caer en el grupo de personas ya diagnosticadas con hipertensión crónica. (Rodríguez, 2010).

En el Área Rectora de Salud de Florencia la situación mantiene un comportamiento similar. Es decir, las personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial han aumentado en los últimos años. Según datos suministrados por las Áreas de Salud de Florencia y Fortuna de la C.C.S.S. existentes a nivel local. En el 2021, 442 personas fueron diagnosticadas con este padecimiento, en el 2022 388 como hipertensos; con este comportamiento es importante aclarar que se estuvo bajo pandemia por COVID 19 y muchos de los padecimientos que se reportaban se dejaron de hacer por el hecho de que las personas cada vez salían más a consultar y preferían ir a la farmacia a comprar algún tratamiento para su sintomatología que ir a su médico de cabecera.

Como se aprecia durante los años de estudio se va presentando una disminución paulatino y sostenido de esta morbilidad, pero al parecer de forma enmascarada por la pandemia; sin embargo sigue siendo un problema de salud de relevancia a nivel del Área Rectora de Salud de Florencia y para los servicios de salud de atención directa a las personas públicos y privados; por cuanto La enfermedad incapacitante y aumento de la mortalidad que produce la hipertensión arterial por el daño a órganos de impacto: corazón: insuficiencia cardiaca; arteriosclerosis: aneurismas vasculares; riñón: insuficiencia renal; ojos; ceguera, etc.

Diabetes Mellitus (DM)

Para proceder con el análisis de esta morbimortalidad definiremos la Diabetes Mellitus (DM) como un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia. La Asociación Americana de Diabetes, clasifica la diabetes



mellitus en 4 tipos: la diabetes mellitus tipo 1, en la que existe una destrucción total de las células β , lo que conlleva una deficiencia absoluta de insulina; la diabetes mellitus tipo 2 o no insulino dependiente, generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina, así como el antecedente de resistencia periférica a la misma; la diabetes gestacional, la cual es diagnosticada durante el embarazo; y otros tipos de diabetes ocasionados por causas diferentes. La causan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina, secretada por las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas endocrino, o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que repercutirá en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. La diabetes mellitus y su comorbilidad constituyen una importante causa de preocupación en salud pública (CCSS, 2020).

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son emisión excesiva de orina (poliuria), aumento anormal de la necesidad de comer (polifagia), incremento de la sed (polidipsia), y pérdida de peso sin razón aparente. En ocasiones se toma como referencia estos tres síntomas (poliuria, polifagia y polidipsia o regla de las 3 P) para poder sospechar diabetes tipo 2 ya que en su mayoría son los más comunes en la población. La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo), cada una con diferentes causas y con distinta incidencia (CCSS, 2020).

La hiperglicemia crónica define a la diabetes tipo 2, condición que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica). La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida y aumento en los costos. (MINSAL, 2010)

Para el año 2000, se estimó que alrededor de 171 millones de personas eran diabéticas en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030.8 Este padecimiento causa diversas complicaciones, dañando frecuentemente a ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos. Sus complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetónico) son consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad mientras sus complicaciones crónicas (cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños microvasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad. El Día Mundial de la Diabetes se conmemora el 14 de noviembre. Según datos de la OMS, es una de las 10 principales causas de muerte en el mundo.

En otras palabras, es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles



energía. Con el tiempo, el exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios. Puede provocar lesiones en los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes también puede causar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales e incluso la necesidad de amputar un miembro. Las mujeres embarazadas también pueden desarrollar diabetes, la llamada diabetes gestacional.

En el Área Rectora de Salud de Florencia la prevalencia de la Diabetes ha experimentado una leve disminución entre el 2021 y 2022 con un promedio aproximado de 172 casos durante los años de estudio. Hay una mayor incidencia para el año 2021 con 199 casos atendidos por los servicios de atención directa a las personas públicas, descendiente para el 2022 a 154 consultas por este padecimiento, manteniéndose con variaciones muy relativas desde años atrás.

La declaración de las Américas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud pone de relieve la importancia cada vez mayor que tiene la diabetes como causa de morbilidad y mortalidad de la población y menciona que a nivel de la política sanitaria, las comunidades deben promover la alimentación saludable y el ejercicio físico, con el objeto de prevenir la enfermedad. A nivel de los servicios de salud sugiere mejorar la calidad de atención, así como velar por el acceso a la insulina, para prevenir las complicaciones en los pacientes diabéticos. (Chertorivski, 2012)

Los retos para las familias, la sociedad en general y economía nacional y local serán significativos por lo que es necesario la concertación y unificación de fuerzas, tanto de organismos nacionales como internacionales para dirigirlos en una sola dirección para establecer estrategias orientadas hacia los determinantes salutogénicos en la prevención de la Diabetes Mellitus y poder incidir en aquellos factores de riesgo que dicha enfermedad le acarrea a la población a nivel local y nacional.

En su plan estratégico la OMS y la OPS proponen precisar la carga epidemiológica y económica de la diabetes para determinar su prioridad, promover un mejor estilo de vida, proporcionar una asistencia integrada, prevenir las complicaciones y desarrollar e implementar un sistema de información común que permita documentar los logros alcanzados. (Chertorivski, 2012)

Priorización de problemas

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



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

Metodología de Priorización del Equipo ASIS basado en Mortalidad

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

Se debe realizar una priorización de las causas de mortalidad general y posteriormente por grupos de edad por curso de vida dando énfasis en dicho análisis a las tres primeras causas de mortalidad de cada grupo.

Fuentes de Información para mortalidad

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

Metodología

Los grupos de edad se clasifican según curso de vida acorde con lo que contempla la legislación nacional y según la información disponible:

- Menores de 1 año
- Niñez 1-09 años
- Adolescencia 10 - 19 años
- Persona adulta 20-64 años
- Persona adulta mayor mayores de 65 años

Se clasifican los eventos según los grupos y subgrupos de carga global de enfermedad (GBD):

- Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales
- Enfermedades no transmisibles
- Causas externas de morbilidad y mortalidad
- Causas Mal definidas

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

Se reclasifican los eventos según CIE 10 a cuarto y tercer carácter de desagregación.



Se calculan las tasas de mortalidad simple por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.

Posteriormente se calculan las tasas promedio por quinquenio por 100.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.

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

Cuadro. 19. Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad 2012-2016 (GBD) para los distritos Florencia, Fortuna, La Tigra, Monterrey y Venado (Cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

Eventos	Total Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades No transmisibles	679	77,7%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	126	14,4%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	59	6,7%
Mal definidas	11	1,2%
Total	875	100%

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

En el cuadro anterior es importante mencionar que las enfermedades no transmisibles son los eventos de carga global que mayor mortalidad generan.



Cuadro. 20. Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad 2012-2016 para los distritos Florencia, Fortuna, La Tigra, Monterrey y Venado (cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

Eventos	Total Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades No transmisibles	679	77.6%
Enfermedades Cardiovasculares	238	27.2%
Tumores malignos	197	22.5%
Enfermedades digestivas	63	7.2%
Diabetes Mellitus	46	5.3%
Enfermedades Respiratorias	39	4.5%
Enfermedades del Sistema Genitourinario	30	3.4%
Trastornos mentales y enfermedad del sistema nervioso	25	2.8%
Anomalías congénitas	14	1.6%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	10	1.1%
Enfermedades del sistema musculoesquelético	7	0.8%
Otros tumores	5	0.6%
Enfermedades de la piel	4	0.5%
Enfermedades dentales	1	0.1%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	126	14.4%
Accidentes	92	10.5%
Lesiones intencionales	29	3.3%
Eventos (lesiones) de intención no determinada	5	0.6%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	59	6,7%
Infecciones respiratorias	24	2.7%
Enfermedades infecciosas o parasitarias	18	2.1%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	13	1.5%
Causas maternas	3	0.3%
Deficiencias de la nutrición	1	0.1%
Mal definidas	11	1.3%
Causas mal definidas	11	1.3%
Total general	875	

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

El cuadro anterior nos muestra la segregación de las enfermedades no transmisibles según su clasificación donde se destacan las cardiovasculares, seguida de tumores malignos y enfermedades digestivas en tercer lugar.



Cuadro 21. Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida para los distritos Florencia, Fortuna, La Tigra, Monterrey y Venado. 2012-2016 (números absolutos y porcentaje)

Orden N°	Evento (Código CIE 10)	Grupos de edad	
		Menores 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	5	22,2%
2	Q04 - Otras malformaciones congénitas del encéfalo	3	11,11%
3	Q00 - Anencefalia y malformaciones congénitas similares	2	11,11%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	1 - 9 años	Porcentaje
1	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	2	6,98%
2	W69 - Ahogamiento y sumersión mientras se está en aguas naturales	1	6,98%
3	J98 - Otros trastornos respiratorios	2	4,65%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	10- 19 años	Porcentaje
1	X70 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	3	20,00%
2	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	2	13,33%
3	V09 - Peatón lesionado en otros accidentes de tránsito, y en los no especificados	1	6,67%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	20- 64 años	Porcentaje
1	V29 - Motociclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	20	6,73%
2	I21 - Infarto agudo de miocardio	18	6,06%
3	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	13	4,38%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	65 años y más	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo de miocardio	41	7,84%



	I25 - Enfermedad isquémica crónica del		
2	corazón	37	7,06%
3	C16 - Tumor maligno del estómago	21	4,12%
Orden N°	Evento (Código CIE 10)	Total de edades	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo de miocardio	59	6,75%
	I25 - Enfermedad isquémica crónica del		
2	corazón	37	5,49%
3	C16 - Tumor maligno del estómago	21	3,66%

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

Finalmente, en el cuadro anterior se indican los eventos por ciclo de vida en las cuales las relacionadas con cardiovasculares se encuentran en los grupos de 20 a 64 años y 65 años y más. Para el total de las edades también se evidencia una predominancia en muertes por causas cardiovasculares, seguidas por tumor maligno de estómago.

Para realizar la agrupación de las enfermedades se utiliza los grupos y subgrupos de la CIE 10, los eventos priorizados de la desagregación a tercer carácter se agrupan de la siguiente manera:

- Q00- 09 Enfermedades congénitas del sistema nervioso (Q00. Anencefalia y malformaciones congénitas similares- Q04. Otras Malformaciones congénitas del encéfalo - Q02. Microcefalia)
- C00- C97 Tumores Malignos (C22. Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas - C71. Tumor maligno del encéfalo -C91. Leucemia linfoide)
- V00- V98 Accidentes Transporte (V89. Accidentes de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado - V09. Peatón lesionado en otros accidentes de tránsito, y en los no especificados - V29. Motociclista lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados)
- I20- I25. Enfermedades cardíacas isquémicas(I21. IAM - I25. Enfermedad isquemica crónica del corazón)
- E00- E35. Enfermedades endocrinas

Priorización de los problemas de salud con la comunidad

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



1. Identificación de actores sociales participantes

El Equipo Local procedió a realizar un análisis de los principales actores sociales de la comunidad. Es importante indicar que se respetó la paridad de género en la elección de estos y se incluyeron representantes reconocidos formalmente como gobiernos locales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, pero también registrar aquellas que pesar de no gozar de reconocimiento formal tienen legitimidad social como: líderes comunales, líderes religiosos o líderes tradicionales de grupos indígenas entre otros.

Para el desarrollo de la matriz de actores sociales se utilizarán las siguientes definiciones:

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

A continuación, se muestra la matriz con la selección de actores sociales de la comunidad a participar en el primer taller del presente documento para la identificación de problemas de salud.

Cuadro. 22. Matriz de Actores Sociales de la Comunidad ASIS Florencia 2023

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	Sostenibilidad Fortuna	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Elieth Corrales Gutierrez (psicosalud integral)	2	3	2	2	9
Actor de la comunidad	Andrea Fernández (Asociación DUO)	2	3	2	2	9
Actor de la comunidad	Asociación de desarrollo Monterrey)	3	3	2	1	9
Actor de la comunidad	Red comunitaria de salud mental Santa Clara	3	3	3	1	10
Actor del sector salud	Junta de salud Florencia	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Comité de deportes Santa Clara	3	3	2	1	9
ONG o Fundación	Abigail Sandoval OIM	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Grupo de adulto mayor Fortuna	3	2	1	1	7
Actor del sector salud	Junta Salud Fortuna	3	2	1	1	7
Actor de la comunidad	Líder comunal Florencia	3	3	2	1	9
Actor de la comunidad	Grupo adulto mayor Venado	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Comité cantonal de deportes	3	3	2	2	10
Actor de la comunidad	Representante de industria hotelera Fortuna	3	2	1	3	9
Actor de la comunidad	Pastor iglesia evangélica Zeta Trece	3	2	1	2	8
Actor de la comunidad	Asociación de desarrollo Tigra	3	2	2	2	9
Actor de la comunidad	Asociación de desarrollo Jicarito	3	2	2	2	9
Actor del sector salud	Red comunitaria de salud mental La Tigra	3	2	2	2	9
Actor de la comunidad	Asociación de desarrollo San Luis	3	2	2	2	9
Actor de la comunidad	ASADA Muelle	3	2	2	2	9

Fuente: Matriz de actores sociales de la comunidad de guía metodológica ASIS 2023



2. Taller 1 de trabajo con la comunidad para la priorización de los problemas de salud

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

2.1 Sondeo general de problemas de salud en la comunidad

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

- a) Cada participante partiendo de una reflexión individual escribió en tarjetas los 3 principales problemas de salud que consideró afectan a la comunidad.
- b) Seguidamente cada participante expuso los problemas identificados al grupo.
- c) El facilitador expuso a todo el grupo en una pizarra o superficie adecuada, toda la generalización de problemas de salud que el grupo construyó. De esta forma se tendrá una lluvia de ideas colectiva de los problemas que aquejan a la comunidad.
- d) Posteriormente cada participante de manera individual debió elegir de la lluvia de ideas colectiva los problemas de salud que considere son los más importantes en la comunidad y jerarquizarlos con puntuación de 1 a 5.

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

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

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

Como se muestra a continuación:



Cuadro 23. Priorización de los 10 primeros problemas de salud según los actores sociales

Número	Problemas de Salud	Puntos totales
1	Poco acceso a atención médica	196
2	Abuso de drogas	199
3	Deterioro de la salud mental	192
4	Falta comunicación y malas relaciones entre padres e hijos	182
5	Falta de actividades recreativas	187
6	Aumento de inseguridad	210
7	Poco personal de salud para atención de la comunidad	188
8	Violencia intrafamiliar	192
9	Aumento delincuencia	207
10	Depresión	196

Fuente: Ministerio de Salud

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

Una vez que el grupo ha definió los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual debió calificar cada uno de los problemas de salud, según los siguientes criterios expresados en el Cuadro 23.

Por lo que cada participante llenará el siguiente cuadro el cual se le entregará de la misma forma de manera impresa:



Cuadro 24. Criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad.

Problema de salud	Magnitud	Gravedad	Nivel de oportunidad de solución	Valoración del interés de la comunidad	Demanda de los servicios de Salud
XXXX	<p>¿Qué cantidad de población (de ese grupo social) es afectada por el problema?</p> <p>Respuestas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afecta a pocos 2. Afectada de manera moderada 3. 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"> 1. Baja 2. Media 3. 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"> 1. pocas oportunidades 2. Oportunidades moderadas 3. 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"> 1. Poco interés 2. Interés medio 3. 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"> 1. Poca demanda 2. Moderada demanda 3. Alta demanda

Fuente: Ministerio de salud

Algunos ejemplos se muestran a continuación:



		Puntaje total de la valoración de los problemas en la comunidad																		
#		Puntaje del participante																	Total	
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17		P18
MAGNITUD	1	POCO ACCESO A ATENCION MÉDICA	3	1	3	3	2	1	3	2	3	2	2	2	1	3	2	2		37
	2	ABUSO DE DROGAS	2	3	3	1	1	2	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3		41
	3	DETERIORO DE LA SALUD MENTAL	2	3	2	3	3	2	2	1	2	1	3	3	2	3	3	3	2	40
	4	FALTA COMUNICACIÓN Y MALAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS	2	3	3	2	1	2	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	2	39
	5	FALTA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	2	3	3	3	2	1	3	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	38
	6	AUMENTO DE INSEGURIDAD	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	48
	7	POCO PERSONAL DE SALUD PARA ATENCION DE LA COMUNIDAD	3	2	3	2	3	1	1	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	39
	8	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	3	3	3	2	1	2	1	1	2	3	3	3	2	3	2	3	3	40
	9	AUMENTO DELINCUENCIA	3	3	3	3	2	3	1	2	1	3	3	3	2	2	3	3	3	43
	10	DEPRESION	2	3	3	1	2	2	1	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	40
GRAVEDAD	1	POCO ACCESO A ATENCION MÉDICA	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	1	3	3	2	42	
	2	ABUSO DE DROGAS	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	48	
	3	DETERIORO DE LA SALUD MENTAL	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	46	
	4	FALTA COMUNICACIÓN Y MALAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	42	
	5	FALTA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	43	
	6	AUMENTO DE INSEGURIDAD	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	46	
	7	POCO PERSONAL DE SALUD PARA ATENCION DE LA COMUNIDAD	3	2	3	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	38	
	8	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	2	3	2	44
	9	AUMENTO DELINCUENCIA	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	47	
	10	DEPRESION	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	2	2	3	3	2	44
NIVEL DE OPORTUNIDAD DE SOLUCIÓN	1	POCO ACCESO A ATENCION MÉDICA	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	3	3	2	1	3	3	2	41
	2	ABUSO DE DROGAS	3	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	3	3	2	2	37
	3	DETERIORO DE LA SALUD MENTAL	2	2	3	2	3	2	2	2	1	2	1	1	2	3	3	1	2	34
	4	FALTA COMUNICACIÓN Y MALAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	1	1	3	3	1	1	1	33
	5	FALTA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	2	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	35
	6	AUMENTO DE INSEGURIDAD	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2	3	3	3	2	3	3	2	40
	7	POCO PERSONAL DE SALUD PARA ATENCION DE LA COMUNIDAD	2	2	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	3	1	33
	8	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	3	2	3	2	3	2	3	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2	38
	9	AUMENTO DELINCUENCIA	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	41
	10	DEPRESION	2	2	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	3	3	3	2	38
VALORACIÓN DEL INTERÉS DE LA COMUNIDAD	1	POCO ACCESO A ATENCION MÉDICA	2	1	3	3	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	33	
	2	ABUSO DE DROGAS	2	1	3	2	3	2	1	3	1	1	2	2	3	3	1	2	2	34
	3	DETERIORO DE LA SALUD MENTAL	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	3	3	2	2	1	3	1	31
	4	FALTA COMUNICACIÓN Y MALAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	3	1	3	2	31
	5	FALTA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	1	1	3	3	2	2	2	2	1	1	3	3	3	2	1	3	1	34
	6	AUMENTO DE INSEGURIDAD	2	1	3	3	3	1	3	3	1	2	3	3	2	1	1	3	1	36
	7	POCO PERSONAL DE SALUD PARA ATENCION DE LA COMUNIDAD	2	1	3	2	3	2	2	2	1	1	3	3	3	2	1	3	2	36
	8	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	2	1	2	3	2	1	1	2	1	2	3	2	2	3	1	2	1	31

Fuente: Ministerio de Salud



Finalmente se obtuvo un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de todos los participantes. Se procedió a extraer los 3 problemas de salud que obtuvieron el mayor puntaje y se sumaron a la lista de problemas priorizados por el Equipo Local, como se muestra a continuación:

Cuadro 25. Problemas priorizados por la comunidad

Número	Problemas Priorizados	Puntaje Total
1	Aumento Delincuencia (Inseguridad)	417
2	Abuso de Drogas	199
3	Ineficiencia en el Sistema de los Servicios de Salud	196
4	Deterioro de la Salud Mental (Depresión)	196
5	Violencia Intrafamiliar	192
6	Deterioro Salud Mental (Unificado con Depresión)	192

Fuente: Ministerio de Salud

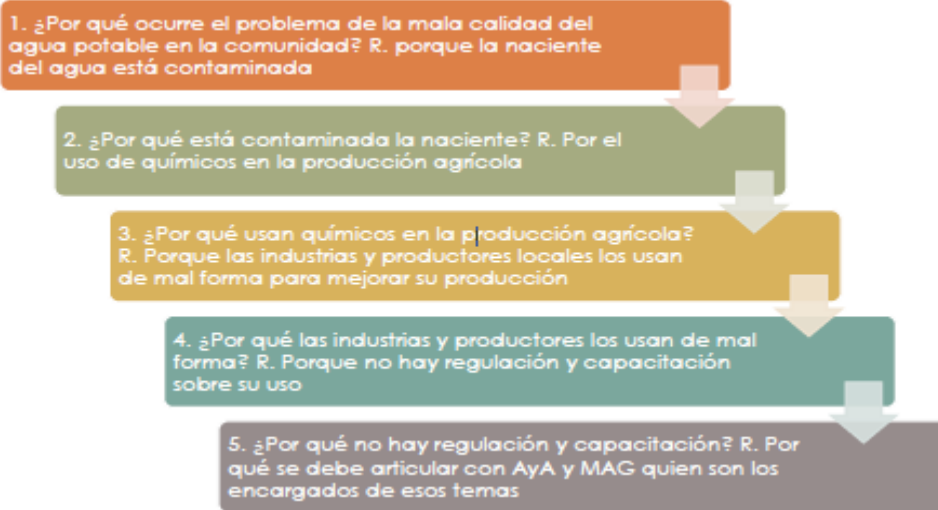
Posteriormente el análisis de los 3 problemas con la comunidad se realiza mediante la técnica de causa-efecto denominada “los 5 por qué”. La cual consiste en un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular.

El objetivo final de los 5 porqués es determinar las causas del problema para poder solucionarlo de forma eficaz. Esta metodología se basa en un proceso de trazabilidad, donde se hacen preguntas para analizar las posibles causas del problema, caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que originó el problema. Considere que no tienen por qué ser exactamente 5 preguntas, sino que esto va a depender de la longitud y complejidad del proceso causal del problema.

Tomando como referencia el problema de la calidad del agua potable se puede desarrollar el método de la siguiente manera:



Esquema de “los 5 porqués en la comunidad con ejemplo de calidad del agua potable



Como resultado de este esquema tenemos que el problema en un inicio es la mala calidad del agua potable en la comunidad, lo que finalmente se desglosa a que debe existir un proceso de articulación entre AyA y MAG (Ministerio de Agricultura y Ganadería) para velar por garantizar el acceso a agua potable para consumo humano mediante la regulación y monitoreo del uso de agroquímicos en los procesos de producción agrícola.

A continuación, se muestra el esquema de los 5 porques elaborados por la comunidad:



Problema 1		
AUMENTO DELINCUENCIA(INSEGURIDAD)	1° ¿Por qué?	1° Respuesta
	¿Por qué ocurre el aumento de la delincuencia?	Por aumento de factores de riesgo
	2° ¿Por qué?	2° Respuesta
	Por aumento de factores de riesgo	Falta de habilidades de afrontamiento
	3° ¿Por qué?	3 Respuesta
	Falta de habilidades de afrontamiento	Por falta de formación psicobiosocial del ser humano
4° ¿Por qué?	4° Respuesta	
Por falta de formación psicobiosocial del ser humano	No ha sido una prioridad la educación emocional y espiritual del ser humano, siempre predomina aprender un oficio	
5° ¿Por qué?	5° Respuesta	
No ha sido una prioridad la educación emocional y espiritual del ser humano, siempre predomina aprender un oficio	Porque se priorizó el valor económico y la productividad	
Problema 2		
ABUSO DE DROGAS	1° ¿Por qué?	1° Respuesta
	¿Por qué el abuso de drogas?	Por aumento de factores de riesgo
	2° ¿Por qué?	2° Respuesta
	Por aumento de factores de riesgo	Falta de habilidades de afrontamiento
	3° ¿Por qué?	3 Respuesta
	Falta de habilidades de afrontamiento	Por falta de formación psicobiosocial del ser humano
4° ¿Por qué?	4° Respuesta	
Por falta de formación psicobiosocial del ser humano	No ha sido una prioridad la educación emocional y espiritual del ser humano, siempre predomina aprender un oficio	
5° ¿Por qué?	5° Respuesta	
No ha sido una prioridad la educación emocional y espiritual del ser humano, siempre predomina aprender un oficio	Porque se priorizó el valor económico y la productividad	
Problema 3		
INEFICIENCIA EN EL SISTEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	1° ¿Por qué?	1° Respuesta
	¿Por qué hay ineficiencia en el sistema de servicios de salud?	Por mala planificación
	2° ¿Por qué?	2° Respuesta
	Por mala planificación	Porque están basados en sistemas obsoletos
	3° ¿Por qué?	3 Respuesta
	Porque están basados en sistemas obsoletos	Falta de una política robusta y sostenible que de prioridad a la salud
4° ¿Por qué?	4° Respuesta	
Falta de una política robusta y sostenible que de prioridad a la salud	Porque median intereses privados y la corrupción	
5° ¿Por qué?	5° Respuesta	
Porque median intereses privados y la corrupción	Porque se prioriza el interés económico de unos pocos y no la salud de la población	



ADICIONAL SALUD MENTAL		
DETERIORO DE LA SALUD MENTAL (DEPRESIÓN)	1° ¿Por qué?	1° Respuesta
	¿Por qué hay deterioro de la salud mental?	Por factores multicausales
	2° ¿Por qué?	2° Respuesta
	Por factores multicausales	Falta de habilidades de afrontamiento
	3° ¿Por qué?	3 Respuesta
	Falta de habilidades de afrontamiento	Por falta de formación psicobiosocial del ser humano
4° ¿Por qué?	4° Respuesta	
Por falta de formación psicobiosocial del ser humano	No ha sido una prioridad la educación emocional y espiritual del ser humano, siempre predomina aprender un oficio	
5° ¿Por qué?	5° Respuesta	
No ha sido una prioridad la educación emocional y espiritual del ser humano, siempre predomina aprender un oficio	Porque no se le da prioridad a la promoción y prevención de la salud mental, se mantiene un estigma alrededor del tema	

ADICIONAL SALUD MENTAL		
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	1° ¿Por qué?	1° Respuesta
	¿Por qué hay violencia intrafamiliar?	Por factores multicausales (falta de valores, vicios, machismo, etc)
	2° ¿Por qué?	2° Respuesta
	Por factores multicausales (falta de valores, vicios, machismo, etc)	Falta de formación en habilidades para la vida
	3° ¿Por qué?	3 Respuesta
	Falta de formación en habilidades para la vida	Porque no es parte del currículo de la educación formal, no se ha priorizado
4° ¿Por qué?	4° Respuesta	
Porque no es parte del currículo de la educación formal, no se ha priorizado	Por falta de interés de las entidades encargadas de la educación formal	
5° ¿Por qué?	5° Respuesta	
Por falta de interés de las entidades encargadas de la educación formal	Porque ha imperado el interés económico ante los valores	

Análisis de los problemas priorizados

En este paso se tomaron los 5 problemas priorizados por el Equipo Local, el problema general, los 3 problemas identificados en la comunidad, dos problemas de salud mental y se procedió a su análisis.

Para realizar dicho análisis 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.

Este diagrama contiene cuatro niveles:

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



Nivel 2: Causas raíz del problema de salud por dimensión

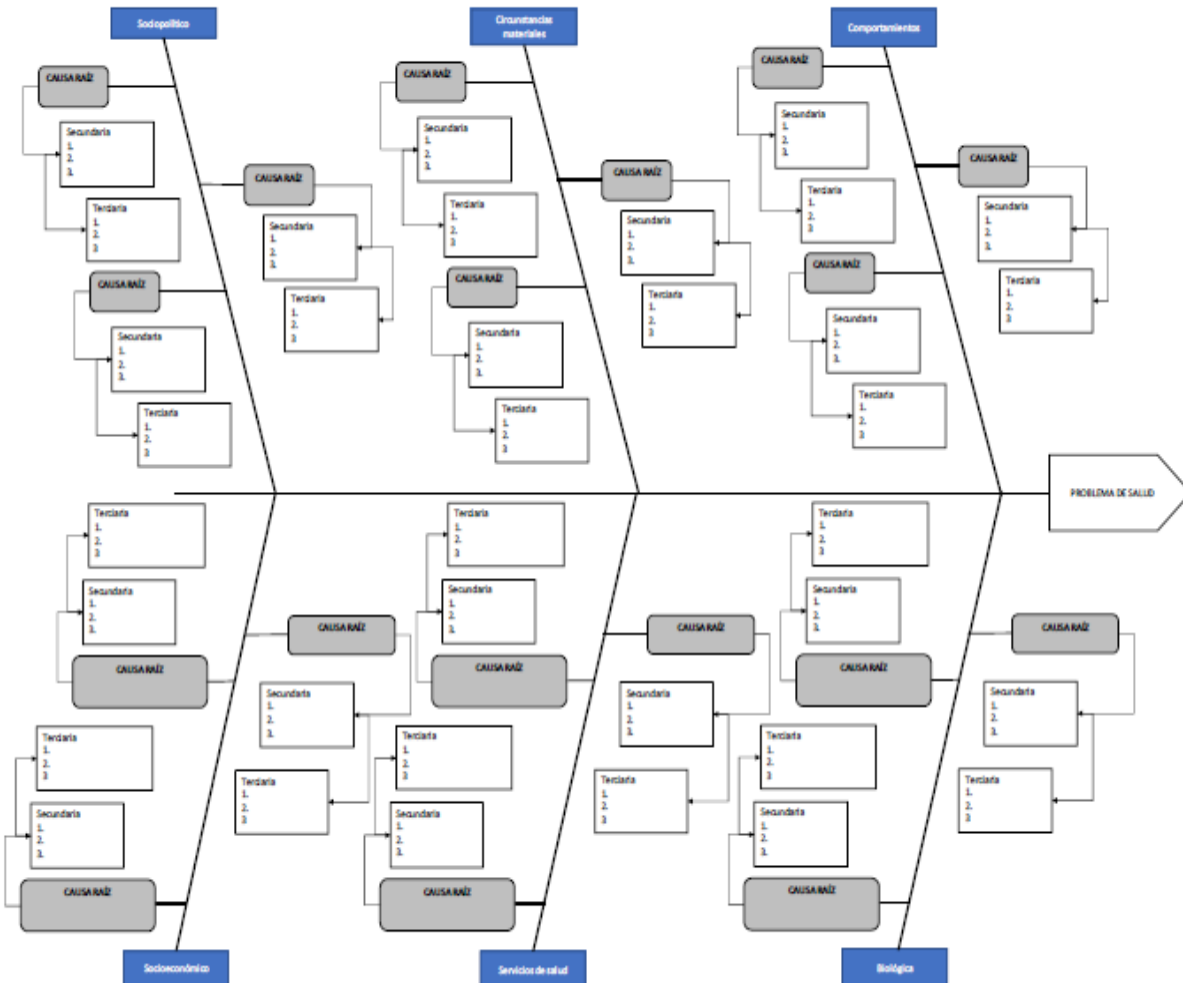
Nivel 3. Causas secundarias

Nivel 4: las causas terciarias

Se han determinado 6 grandes dimensiones que responden al Modelo de Determinantes Sociales de la Salud del INHEM Cuba, el cual es una adaptación del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

Las dimensiones son las siguientes: factores sociopolíticos, factores socioeconómicos, factores biológicos, comportamiento, circunstancias materiales de vida y servicios de salud. Para cada una de las dimensiones indicadas se deberá ubicar las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias.

Diagrama de Causa-Efecto o Ishikawa





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

Para llevar a cabo este paso el Equipo Local realizó un taller con los expertos según los problemas de salud para determinar todas las causas raíz del problema de salud identificado y cada una de sus causas secundarias y terciarias.

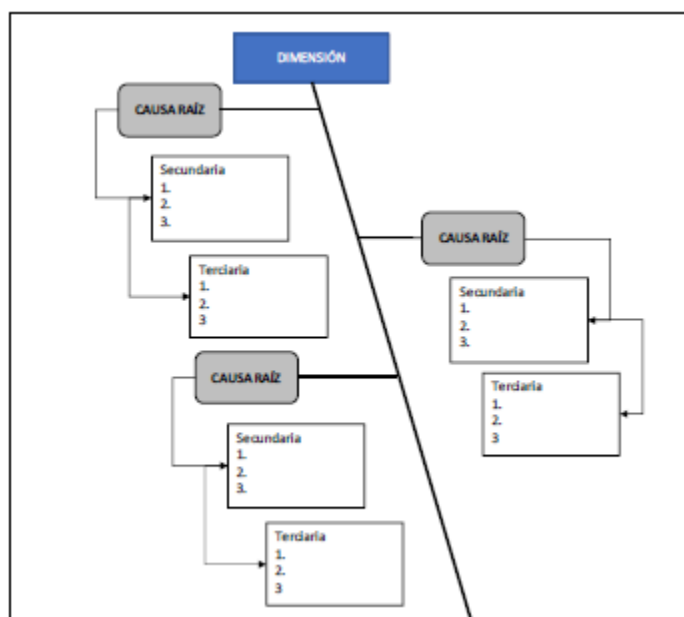
Este paso debe realizarse para cada uno de los problemas identificados.

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

El Equipo Local junto con los expertos analizó para cada dimensión las causas raíz principales que afectan el problema de salud identificado.

Posteriormente a cada causa raíz se le debe determinar como máximo tres causas secundarias y una causa terciaria por cada causa secundaria. Para realizar este ejercicio debió llenar la Plantilla 02 Diagrama Causa-Efecto.

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

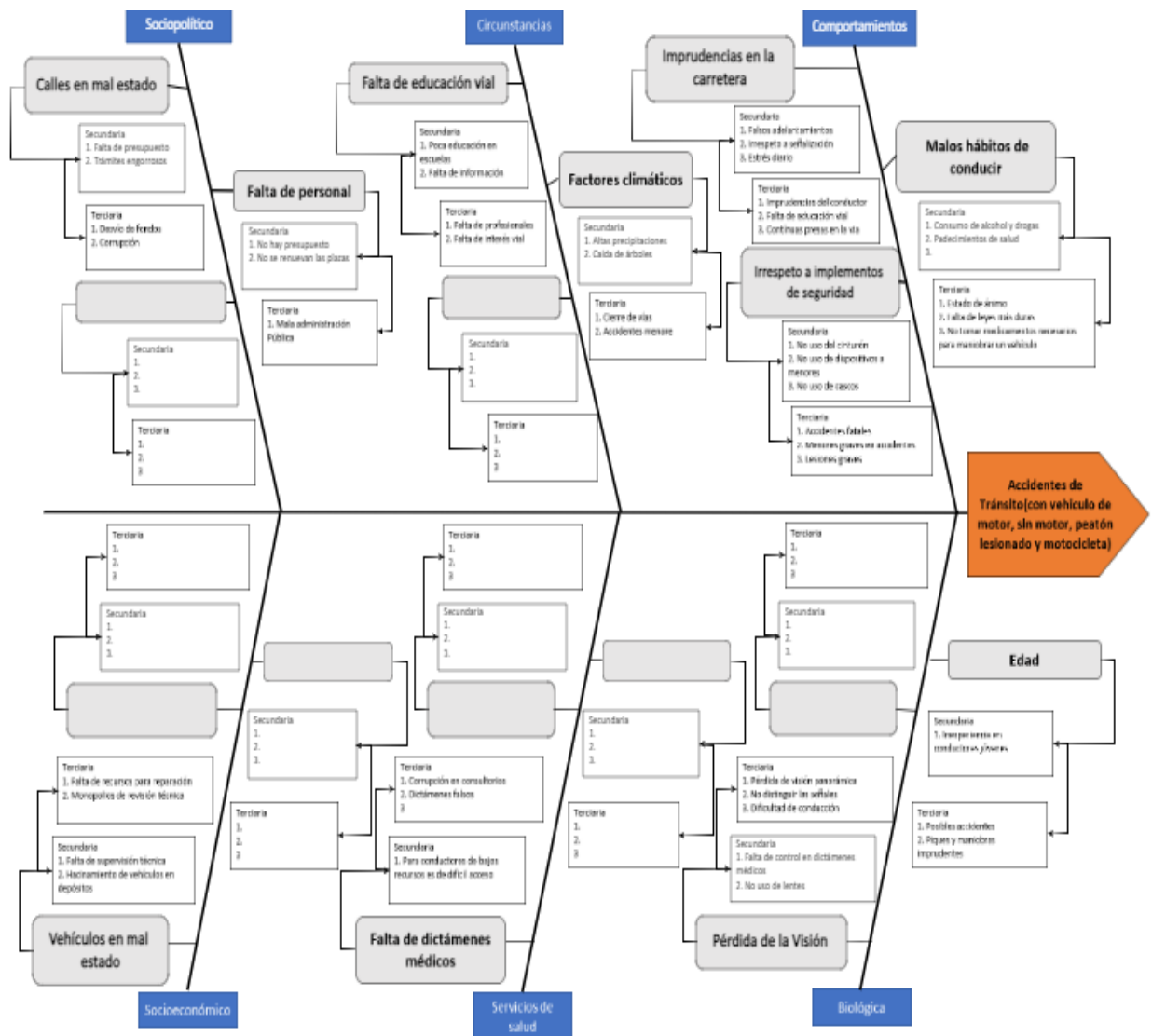




La definición de causa raíz, secundaria y terciaria son las siguientes:

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

Como ejemplo de lo realizado se adjunta el siguiente diagrama para el problema de accidentes de tránsito abordado por el experto en el tema:





Análisis de las causas raíz con los expertos

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

En el diagrama de Pareto para priorización de causas raíz, se colocaron por dimensión las 3 causas raíz identificadas y procedió a la calificación de cada una según los criterios establecidos en el Cuadro 26 Criterios de priorización para las causas raíz.

Cuadro 26. Criterios de priorización para las causas raíz

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

Fuente: Ministerio de Salud

En la plantilla de Pareto para priorización de causa raíz (herramienta automatizada para el cálculo de los pesos de cada causa raíz) se procedió a colocar las causas raíz por dimensión. Es importante indicar que las dimensiones se colocaron de tal manera que se les asignó una identificación que indicó a cuál dimensión pertenecían.



La Plantilla contiene esta clasificación:

Dimensión	Causa ID
Factores sociopolíticos	1.1, 1.2, 1.3
Factores socioeconómicos	2.1,2.2,2.3
Circunstancias materiales de vida	3.1, 3.2, 3.3
Servicios de Salud	4.1, 4.2, 4.3
Comportamiento	5.1, 5.2, 5.3
Factores Biológicos	6.1, 6.2, 6.3

Fuente: Ministerio de Salud

Seguidamente junto con el grupo de expertos se procedió a calificar cada causa raíz identificada, una vez que se finalizó la calificación de manera automática la Plantilla calculó los puntajes, % relativa, % acumulado. Posterior a eso se ordenó de acuerdo con los puntajes obtenidos. Una vez ordenada la Plantilla el grupo interpretó el resultado, las causas que se ubican en los porcentajes de 80% tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud. Para identificar cuáles son estas causas se eligieron las primeras 5 causas con asignación de 80%.

Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Retomando la información generada en el Pareto se procede a realizar un análisis del evento de salud. Este análisis supone un acercamiento a la determinación social del evento de salud, para lo cual el grupo realizó por evento lo siguiente con cada problema de salud identificado:

- a. Descripción general del evento de salud: En el cual se describe de manera cualitativa el evento de manera general y se apuntan estadísticas básicas tanto a nivel internacional como nivel nacional. Estos datos pueden ser retomados de la información antes revisada y de la revisión de informes técnicos nacionales e internacionales.
- b. Descripción y análisis de las causas priorizadas según Pareto: en este paso se enuncian las causas que fueron priorizadas según los expertos y se detallan la relación que existen entre éstas y el evento de salud. Este análisis busca comprender de una manera general la determinación que ejercen esas causas en la aparición del evento.



A continuación, se realiza análisis del evento de salud según las indicaciones antes expuestas. De acuerdo con la priorización de problemas realizados por la comunidad y la base de mortalidad del INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) periodo 2015-2019 se enlistaron los siguientes problemas:

1. Enfermedades Congénitas del Sistema Nervioso

Este es el principal problema identificado según la base de mortalidad del INEC para niños menores de un año.

Las anomalías congénitas del sistema nervioso constituyen una importante causa de morbimortalidad infantil, con una incidencia que varía entre 0,8 y 1,3 cada 100 nacidos vivos. Se asocian a una amplia variedad de síndromes genéticos y anomalías cromosómicas. Son un defecto anatómico evidente desde el nacimiento, causado por un insulto al embrión durante el embarazo.

Su etiología es multifactorial; sin embargo, sus causas pueden ser clasificadas en:

a.- Hereditarias

b.- Ambientales:

- Factores biológicos generales: edad de los padres, incompatibilidad sanguínea.
- Deficiencias nutricionales
- Infecciones maternas. rubeola, toxoplasmosis
- Acciones hormonales: andrógenos.
- Efectos físicos: radiografías
- Efectos químicos: drogas, fármacos, entre otros.

El riesgo de malformaciones congénitas es, en general, de aproximadamente un 2% de los nacimientos, mientras que el porcentaje de malformaciones del Sistema Nervioso Central (SNC) es del 2,66 por mil. Es difícil conocer la existencia de malformaciones en abortos espontáneos y su porcentaje puede ser superior al 30 %. La administración de ácido fólico en las embarazadas ha reducido el porcentaje también de malformaciones. Son responsables del 75% de las muertes fetales y el 40% de las muertes en el primer año de vida. También suponen una importante causa de minusvalía infantil. (Principales Malformaciones del Sistema Nervioso. 5 abril, 2020)

El Sistema Nervioso se forma a partir de la placa neural: Pliegues neurales, tubo y cresta neurales. El tubo neural va a formar el encéfalo y la médula espinal y de la cresta neural se dará origen al sistema nervioso periférico y autónomo.

Las alteraciones congénitas se pueden presentar a nivel de piel, cráneo o en el propio encéfalo. Las más importantes, desde el punto de vista neuroquirúrgico (por su posibilidad de reparación mediante una intervención quirúrgica), pertenecen al grupo de alteraciones en el cierre y constitución del tubo neural y las capas que lo envuelve y protegen.



Las cuales se clasifican de la siguiente manera:

A.- Alteraciones en la formación del Tubo Neural

I.- Sinus dérmico craneal

Defecto de las cubiertas por anomalía en su inducción dorsal durante la 3^a-4^a semana del desarrollo embrionario, consistente en que en algún punto no se despegan por completo el tubo neural del ectodermo y queda una invaginación cutánea que forma un tracto más o menos permeable, revestido por epitelio escamoso estratificado, que conecta epidermis con tejido nervioso. Se localiza en línea media o en su proximidad y pueden aparecer desde nasion hasta el coxis, aunque la localización más frecuente es a nivel de los neuroporos anterior y posterior: región occipital y región lumbosacra.

II.- Aplasia de cutis

Defecto cutáneo de piel sobre el vértex a nivel de línea media y próximo a la fontanela posterior. Generalmente solo afecta a piel, pero también puede incluir la gálea, el hueso y la duramadre. El tratamiento es quirúrgico con reparación de las capas afectadas.

III.- Aneurisma cirsoideo

Es en realidad una malformación arteriovenosa cutánea, que se visualiza a través de la piel.

IV.- Sinus pericranii

Es una conexión de un seno venoso intracraneal (por lo general del seno longitudinal superior) con una bolsa venosa en cuero cabelludo, por encima del hueso.

V.- Anencefalia

Es la ausencia de bóveda craneal y cubiertas, se observa una masa de neuroglia, hemorrágica expuesta. Es letal falleciendo en días o semanas.

VI.- Defecto óseo congénito

La localización más frecuente es a nivel parietal. El tratamiento es quirúrgico si es muy grande.

VII.- Craneostenosis o craneosinostosis.

Consiste en el cierre prematuro de una o varias suturas craneales. Su incidencia es de 1/2000 niños, predominando en un 80 % en varones. El cierre normal de las suturas se produce en las siguientes etapas: para la sutura metópica, antes del nacimiento; la fontanela posterior se cierra a los 3 meses y la anterior alrededor de los 18 meses. Todas las suturas comienzan a calcificarse a partir de los 8 años y después de los 12 años no se separan, aunque exista un cuadro de hipertensión intracraneal.

VIII.- Encefalocele

Es un defecto en el cierre del neuroporo anterior, que se produce durante la cuarta semana de embarazo. El contenido cerebral hace protrusión y se hernia a través del defecto craneal. Su incidencia de 1/2000 nacimientos y pueden representar hasta un 10% de las malformaciones del Sistema Nervioso Central.

B.- Alteraciones en la proliferación neuronal



I.- Microcefalias y megalencefalia

Son alteraciones que se producen hacia el 2º- 4º mes del desarrollo. En el primer caso hay una reducción en el número de neuronas y en el segundo un aumento. Se deben a factores familiares y prenatales. La microcefalia, suele asociarse a irradiaciones o exposición a toxinas. La microcefalia vera consiste en un cerebro pequeño (microencefalia), con perímetro cefálico con un percentil menor del 10%, tienen retraso intelectual y no suelen tener crisis epilépticas. Por el contrario en la megalencefalia uno de los hemisferios cerebrales aumenta de forma anormal su tamaño y el niño presenta una epilepsia grave o catastrófica, que precisa tratamiento quirúrgico (hemisferectomía o hemisferotomía) para controlar las crisis y evitar un grave retraso psicomotor.

La microcefalia se presenta en la mayoría de los casos debido a una deficiencia en la tasa de crecimiento cerebral. El crecimiento del cráneo está determinado por la expansión cerebral que sucede durante el crecimiento normal del cerebro en el embarazo y en la lactancia.

Enfermedades infecciosas, trastornos genéticos y desnutrición severa pueden afectar el crecimiento cerebral y ocasionar microcefalia; siendo esta una de las principales causas de muerte en población menor de un año.

II.- Anencefalia e hidranencefalia

Es la falta de desarrollo de los hemisferios cerebrales. Sólo existen las estructuras de línea media. El resto está ocupado por líquido cefalorraquídeo. La anencefalia es un defecto del tubo neural que se presenta al comienzo del desarrollo embrionario. El defecto del tubo neural involucra el tejido que crece en el cerebro y la médula espinal. Se presenta cuando la porción superior del tubo neural no logra cerrarse. La causa de esta malformación no se conoce, pero las posibles causas incluyen las toxinas ambientales y la baja ingesta de ácido fólico durante el embarazo. Además, esta patología es una de las causas de mortalidad en menores de un año.

C.- Alteraciones en la migración

Sucedan entre las semanas 26 y 28 de gestación y consisten en el desarrollo anormal del patrón de circunvoluciones del manto cerebral. Prácticamente todas van a cursar con epilepsias graves fármaco-resistentes:

1.- Lisencefalia:

No se forman circunvoluciones cerebrales (agiria), siendo el córtex cerebral plano.

2.- Paquigiria:

Formación de circunvoluciones anormalmente gruesas, en las que hay un defecto de la configuración normal en seis capas.

3.- Esquiencefalia:

Hay una hendidura anormal que une los ventrículos y la corteza, que puede ser uni o bilateral.

4.- Agenesia del cuerpo caloso:

Los axones que deberían haber cruzado a través del cuerpo caloso se disponen formando haces longitudinales en la cara interna de los hemisferios cerebrales. El



sistema ventricular esta dilatado y a veces hay quistes interhemisféricos. Puede asociarse con otras malformaciones.

5.- Heterotopias cerebrales:

Por migración neuronal deficiente y acumulación de neuronas aberrantes en cualquier punto entre el epéndimo ventricular y la corteza cerebral.

6.- Displasias corticales:

Alteraciones más focales del proceso de migración neuronal. A diferencia de todas las anteriores, la epilepsia que producen puede tener mejor pronóstico, dado que la cirugía de localización y exéresis del foco displásico es posible hoy día y obtiene resultados cada vez más alentadores.

Para las enfermedades congénitas del sistema nervioso central en esta población el desarrollo embrionario y fetal apropiado es vital para evitar los trastornos neurológicos asociados en la infancia, así como un control asertivo del embarazo ya que son afecciones que pueden detectarse durante la gestación.

Las mujeres que han tenido un feto o recién nacido con un defecto del tubo neural deben recibir suplementos de ácido fólico en dosis de 4 mg (4000 mcg) por vía oral 1 vez al día desde los 3 meses previos a la concepción y durante el primer trimestre. La suplementación de ácido fólico reduce el riesgo de defectos del tubo neural en embarazos futuros en un 75%.

Todas las mujeres en edad fértil que no han tenido un feto o un recién nacido con un defecto del tubo neural deben consumir por lo menos 400 mcg/día de ácido fólico a través de la dieta o de un suplemento (algunos expertos recomiendan 800 mcg/día para reducir aún más el riesgo) y continuar haciéndolo durante el primer trimestre. Si bien la suplementación de ácido fólico reduce el riesgo de tener un hijo con un defecto del tubo neural, esta reducción es menor en mujeres con antecedentes de un feto o recién nacido con este trastorno (es decir, la reducción del riesgo es < 75%).

Este hecho probablemente se deba a diversos factores como: nivel socioeconómico bajo, embarazos no planeados y, por consiguiente, falta de suplementación con ácido fólico, también influenciado por el perfeccionamiento del programa de pesquaje de las malformaciones durante los últimos años, donde se realiza la titulación de la alfafetoproteína en el suero materno, a la totalidad de gestantes para detectar alteraciones del desarrollo, seguido de ultrasonido genético en caso de resultar ésta alterada.

Se ha estimado que el 10% de las malformaciones son atribuibles a factores ambientales, el 25% a factores genéticos y el 65% a factores desconocidos probablemente de orden multifactorial.



Debe resaltarse que contar con información oportuna y de calidad, constituye un pilar fundamental para la vigilancia epidemiológica y la implementación de estrategias de prevención basadas en la evidencia, de manera que se logre reducir el impacto de este grupo de enfermedades que afectan la salud de la población costarricense.

A continuación, se describen las causas ambientales de las malformaciones congénitas:

Causas ambientales

Un teratógeno es un factor que tiene un efecto adverso sobre el embrión. Aunque las anomalías génicas y cromosómicas pueden producir malformaciones congénitas, el término teratógeno se restringe sólo a los factores ambientales. La susceptibilidad de un embrión frente a distintos teratógenos depende de los siguientes aspectos:

1. El genotipo del conceptus y del modo con que éste interactúa con los factores ambientales. Diferentes especies o razas reaccionan de distinta manera frente a los mismos teratógenos que actúan con la misma potencia. Estas diferencias dependen entonces de la norma de reacción de los caracteres en análisis, la que está determinada por la constitución genética propia de las distintas razas o especies.
2. La etapa del desarrollo alcanzada en el momento en que actúa el teratógeno. Aunque en ningún período del desarrollo el embrión está libre de ser afectado, existe un período de máxima susceptibilidad que corresponde a la organogénesis. Los órganos más afectados serán aquellos donde la intensidad del desarrollo y de los procesos metabólicos es mayor.
3. La dosis administrada. La forma en que se manifestará la desviación del desarrollo normal aumenta de grado a medida que aumenta la dosis del teratógeno administrado. Las fluctuaciones van desde el no-efecto al nivel letal. Es importante destacar que los efectos de dos agentes teratogénicos administrados juntos se pueden sumar, aunque cuando son administrados por separado pueden no tener efecto alguno.

Hasta el inicio de la década de 1940, se creía que los defectos congénitos eran causados sólo por factores genéticos. Esto cambió cuando en Australia el Dr. Norman McAlister Gregg (Lancaster, 1996) descubrió que el virus de la rubéola que afectaba a las madres durante las primeras semanas de la gestación provocaba en el embrión un síndrome representado por anomalías tales como cataratas, sordera y defectos cardiovasculares (Carlson, 2009).



Los factores ambientales son importantes como factores desencadenantes de anomalías multifactoriales. En la especie humana y también en los bovinos, el período más sensible ante los teratógenos se extiende entre la tercera y la octava semana de edad post-fecundación. Esto se debe a que ésta es la etapa donde se están formando la mayoría de los órganos y sistemas. Después de la octava semana existe una menor sensibilidad a los teratógenos, y pueden presentarse malformaciones menores. En otras especies animales este período de mayor sensibilidad se relaciona con la formación de los primeros somitos y se extiende hasta el inicio del período fetal.

Igualmente se debe destacar que los factores ambientales afectan no sólo a las distintas especies del reino animal sino también a la especie humana. En Minamata, Japón, se observó en la década de los años 50, que las aves costeras aparecían muertas en las playas, lo mismo sucedió con algunas mascotas.

Paralelamente en ese período de tiempo ocurrió que muchas mujeres que estaban embarazadas tuvieron hijos con malformaciones del sistema nervioso, especialmente parálisis cerebral. Recién en 1968, el gobierno japonés anunció oficialmente que la causa de la enfermedad era la ingestión de peces y de mariscos contaminados de mercurio provocado por los vertidos de la empresa petroquímica Chisso. En los primeros años las concentraciones del metal líquido en el agua no fueron muy elevadas y se pensó que no habría impacto ambiental. Lamentablemente no se consideró que microorganismos y peces concentran mercurio en sus tejidos, generando sales de gran toxicidad. Así, al consumir peces que habían vivido en aguas que contenían mercurio, las mujeres embarazadas ingirieron también este metal concentrado, el que es tóxico para el embrión (Ruda, 2008).

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas capaces de alterar el equilibrio hormonal, pudiendo provocar diferentes efectos adversos sobre la descendencia de las personas y animales. El estrógeno sintético dietilbestrol (DES), que se usaba para prevenir el aborto, determinó que las hijas de mujeres tratadas con este medicamento manifestaran carcinomas de vagina y del cuello uterino, pubertad precoz, y que tuvieran hijos que presentaron criptorquidia y deformación de órganos reproductores (Thonneau et al., 2003; Ivell & Hartung, 2003).

La vitamina A y los retinoides son teratógenos clásicos. La dosis diaria recomendada de vitamina A en los suplementos nutricionales farmacéuticos es de 8.000 UI. Se ha reportado también que aquellos casos en los cuáles, mujeres embarazadas utilizaron el fármaco retinol para tratar el acné, sus hijos nacieron con defectos faciales. Por otra parte, en la naturaleza, un pesticida similar al ácido retinoico originaría ranas deformes (Gilbert).



Agentes ambientales infecciosos

Virus: Son verdaderas bolsas de información genética, ya que están constituidos solo por ácidos nucleicos y proteínas. Estos pueden proliferar dentro de las células embrionarias hasta producir su ruptura o bien pueden incorporar su información genética al genoma del embrión, determinando síntesis de proteínas que pueden ser dañinas para este. La panleucopenia felina del gato y la peste porcina producen defectos cerebelosos. El virus del Herpes II produce malformaciones encefálicas y oculares en el embrión de perro, El virus de la rubéola en el conejo produce defectos cardíacos y oculares y en el embrión humano produce cataratas, sordera y defectos cardiovasculares.

Bacterias: Éstas no atraviesan la barrera placentaria por lo cual deben infectar primero a la placenta, lo que hace que lleguen a los tejidos fetales cuando ya ha terminado el período de organogénesis.

Parásitos: Tampoco atraviesan la placenta, lo que hace que alcancen los tejidos en el período fetal. Pueden causar lesiones graves cuando se localizan en el Sistema Nervioso Central.

Agentes químicos

Entre éstos están los medicamentos y sustancias químicas. Prácticamente todas las drogas tienen efecto teratogénico en animales de laboratorio, pero algunas ejercen este efecto sólo cuando se usan en dosis altas. Importantes son aquellos que producen anomalías cuando se utilizan en dosis terapéuticas, por ejemplo, algunos medicamentos como cloranfenicol, tetraciclina, ácido valproico, antidiabéticos y barbitúricos y además tranquilizantes, pesticidas, drogas que producen adicción (heroína, LSD y alcohol).

Agentes físicos

Entre éstos tenemos los aumentos de temperatura, las condiciones de hipoxia y las radiaciones ionizantes. Se ha visto que la hipoxia tiene un efecto teratogénico en el desarrollo de los embriones de salmón, generando malformaciones de la columna vertebral, retardo en el desarrollo embrionario y en el crecimiento post-eclosión, como también alteraciones del sistema nervioso (Castro et al., 2011); lo mismo sucede con los aumentos de temperatura que sean superiores a 10°C tanto para ovas como alevines. Estas variables físicas también generan defectos en la especie humana.



2- Tumores malignos

Tumores malignos entre ellos el tumor maligno del hígado, tumor maligno del encéfalo y leucemia linfocítica son las principales causas de muerte según el INEC para el grupo de edad de 1 a 9 años.

Leucemia

Se trata de un grupo de enfermedades malignas que provoca un aumento no controlado de glóbulos blancos en la médula ósea. Es el cáncer más común en los niños y se cura en el 90% de los casos. Los síntomas son inespecíficos como, cansancio, desgano, dolores óseos (muchas veces son el único síntoma), excesiva sudoración nocturna.

Entre los signos más frecuentes podemos encontrar: febrícula presentada por días o meses (promedio dos o tres semanas), palidez, petequias, equimosis, manifestaciones de sangrado, hepatoesplenomegalia, adenomegalias e infiltración a otros órganos (testículo, sistema nervioso central o riñones). La pérdida de peso es rara.

Las leucemias tienen como triada característica: Fiebre, anemia y manifestaciones de sangrado. El diagnóstico final se realiza por aspirado de médula ósea realizada en un centro especializado.

Tumor maligno de hígado

Los tumores del hígado representan de 1-2 % de todas las neoplasias malignas de la infancia y de 15-20 % de los tumores abdominales.

Los tumores constituyen la segunda causa de muerte en la infancia y la primera causa de muerte en niños de 1 a 4 años. Su incidencia se encuentra entre 100 y 180 casos por 1 millón de niños/año.

Los tumores hepáticos son poco comunes y pueden aparecer a cualquier edad y género; sin embargo, algunos muestran predominio marcado por edad y género en particular. En el 43 % de los enfermos, se trata de una neoplasia que seguramente requerirá un abordaje quirúrgico. El 90 % de los casos son de localización retroperitoneal, y dos terceras partes de estos corresponden a lesiones renales (cerca de la mitad son benignos).

Tumor maligno del encéfalo

Los tumores más frecuentes en niños (0-14 años) son el astrocitoma pilocítico (15.4%), tumores germinales y gliomas malignos comprometiendo principalmente cerebelo y tronco cerebral.

Al comparar por edad, la incidencia total de tumores cerebrales es mayor en pacientes mayores de 85 años (81.16 por 100000 hab.) y menor en niños de 0 a 14 años (5.26 por 100000 hab.).



Los astrocitomas pilocíticos, tumores de células germinales y tumores embrionarios son más frecuentes en los grupos de menor edad y su incidencia disminuye en grupos de mayor edad, al contrario de los meningiomas, cuya incidencia aumenta con la edad.

En muchos países el cáncer es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año, superada sólo por los accidentes. La incidencia anual para todos los tumores malignos es de 12,45 por 100.000 niños menores de 15 años. Afortunadamente, en los últimos años se han registrado avances muy importantes en el tratamiento del cáncer infantil, a tal punto que en pocas especialidades los resultados terapéuticos observados durante las últimas dos décadas pueden ser comparables con los de la oncología pediátrica.

Un ejemplo es la leucemia aguda, una enfermedad que hasta hace 30 años era considerada inevitablemente fatal, con algunas remisiones temporales que después no podían mantenerse. En la actualidad la leucemia aguda linfoblástica, la variedad más frecuente en la infancia, tiene una supervivencia a 5 años que supera el 70%, lo que implica que la mayoría de los pacientes pueden curarse definitivamente.

Se han obtenido progresos similares en el tratamiento de los tumores sólidos. Al inicio, cuando la cirugía era el único tratamiento disponible, la supervivencia a los 2 años oscilaba entre 0 y 20% con una mortalidad perioperatoria muy alta. Al poco tiempo de que se introdujera la radioterapia como tratamiento sistemático en la oncología pediátrica, comenzaron a verse buenos resultados en la enfermedad de Hodgkin y en el tumor de Wilms. La quimioterapia, por su parte, comenzó a usarse en las recaídas como un último recurso, pero luego al comprobarse su utilidad, fue agregándose como una tercera opción terapéutica que se administraba como complemento de la cirugía o la radioterapia. Lo cierto es que a lo largo de este período de utilización combinada de estos procedimientos ha incrementado significativamente la supervivencia a largo plazo en los tumores infantiles.

Dada la complejidad de los actuales procedimientos terapéuticos, los niños con cáncer deben ser referidos lo más temprano posible a centros que dispongan de los recursos humanos y técnicos especializados, y donde sean tratados por personal capacitado en onco-hematología pediátrica.

La demora en la remisión de un paciente con cáncer y la iniciación tardía o suspensión del tratamiento pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte. ¿Dónde se produce la demora? ¿Puede producirse demora por parte de los padres en el reconocimiento de los síntomas? ¿Puede producirse demora en la respuesta de la enfermera, el médico, el pediatra, el sistema de salud? ¿De quién depende el diagnóstico oportuno? Realmente la responsabilidad es de todos.



La demora no debe generarse en los servicios de salud y ése es nuestro compromiso con los niños. Si se ha de acortar el lapso entre la aparición de los primeros signos o síntomas y la remisión a un centro oncológico donde se confirma el diagnóstico de cáncer, harán falta esfuerzos en el área de recursos humanos que incluyan la formación pre y post grado en medicina y enfermería, y la capacitación del personal que trabaja en atención primaria para que sepan identificar signos tempranos de la enfermedad.

No todas las células cancerosas crecen al mismo ritmo, ni tienen las mismas características, ni tienden diseminarse a los mismos lugares, ya que la biología de cada tumor es diferente. De esta manera ciertos tumores, incluso algunos que llevan el mismo nombre, tienen un comportamiento diferente dependiendo de las características de las células que lo conforman.

Factores de riesgo:

Aun cuando no es mucho lo que se sabe acerca de la etiología del cáncer en los niños, sí pueden mencionarse algunos factores que han sido asociados a la aparición de algunos tipos de displasias.

1. Radiación ionizante. La exposición a rayos X durante el embarazo podría aumentar el riesgo de cáncer de los niños producto de la gestación.

2. Sustancias químicas y medicamentos.

Aunque no se ha demostrado de forma concluyente, algunos medicamentos podrían tener efectos carcinogénicos en los niños cuando son administrados a la madre durante el embarazo; un ejemplo es el dietilbestrol, que se utilizó en los años setenta. Asimismo, la exposición a plaguicidas se ha asociado con leucemia, linfoma no Hodgkin y neuroblastoma, mientras que solventes como el benceno representan un factor de riesgo de leucemia en niños. El componente N-nitroso que se encuentra en algunos alimentos curados y el tabaco consumidos durante el embarazo pueden inducir tumores del sistema nervioso central (SNC), en tanto el alcohol y algunos diuréticos usados durante el embarazo han sido vinculados a tumores infantiles como neuroblastoma y tumor de Wilms.

3. Factores biológicos. Algunos virus como el virus de Epstein Barr, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B y C, virus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV1) y el papiloma virus están asociados con cánceres específicos, según el virus y los tejidos que afecta.

4. Factores genéticos y familiares. Entre los factores de riesgo familiares, los tumores embrionarios tienen dos formas de presentación: una heredada y una esporádica; no todos son heredados, pero dentro de los que lo son, la retinoblastoma y el tumor de Wilms bilateral son los más importantes. Por otro lado, algunos padecimientos genéticos predisponen a padecer cáncer, como los niños con síndrome de Down, quienes tienen una frecuencia 20 a 30 veces mayor de padecer leucemia aguda; los niños con síndrome de Klinefelter, con un riesgo 20 veces mayor de tener cáncer de mama y luego un riesgo 30 a 50 veces mayor de presentar tumores de células germinales en mediastino.



5. Edad. Como en cualquier enfermedad pediátrica, hay formas de cáncer que aparecen más frecuentemente en el lactante, otras en el preescolar o escolar y otras que son propias del adolescente.

3- Accidentes de tránsito

A nivel mundial los accidentes de tránsito son considerados un problema de salud pública. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), estos son una de las causas de muerte más importantes en el mundo y la principal causa de muerte entre personas de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, además, refiere que los cinco factores de riesgo más importantes que afectan a la seguridad vial son la velocidad, la conducción bajo los efectos del alcohol, el uso de casco cuando se circula en motocicleta, el uso del cinturón de seguridad y el uso de sistemas de retención infantil, factores directamente relacionados a determinantes de comportamientos.

En Costa Rica, según datos del Ministerio de Salud (MS, 2019), los accidentes de tránsito son la segunda causa de mortalidad para el grupo de edad de 1 a 9 años, la primera causa de mortalidad para el grupo de edad de 10 a 19 años y de 20 a 64 años, por lo que se considera un problema de salud pública en el país. Durante el período 2014-2018 se notificaron 86.046 accidentes de tránsito, en donde las provincias de San José, Alajuela y Heredia registraron el 66.7% de los accidentes del período, con tasas de incidencia por 100.000 habitantes de 613,0, 358,3 y 204,3 respectivamente, siendo la provincia de San José la que presenta la incidencia más alta.

Debido a lo anterior, desde el año 2002, se estableció que los accidentes de tránsito serían clasificados como un evento de notificación obligatoria por medio de la boleta VE01, siendo el Instituto Nacional de Seguros (INS), el principal notificador.

Es importante considerar el origen de la problemática vial en el país ya que esto ayudará a determinar las líneas de acción. Se podría decir que la infraestructura vial del país no está acorde a la cantidad de vehículos. Para el 2018, en Costa Rica, se registraba un aumento poblacional de 1,2 % anual, sin embargo, el crecimiento en la cantidad de vehículos por 100 mil habitantes fue 4 veces mayor al aumento poblacional, con un crecimiento de 4,8 % convirtiendo a Costa Rica en el tercer país de América Latina con mayor densidad de vehículos, solo superado por México y Argentina, adicionalmente la flota vehicular tiene en promedio una edad de 16 años (Arias et al, 2023).

Otro factor importante es la legislación existente en materia de seguridad vial, la OMS (2015) considera que esta contribuye a mejorar el comportamiento de los usuarios de las vías de tránsito y permite reducir los accidentes de carretera, y los traumatismos y muertes derivados de estos.



En Costa Rica, el Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) es la institución rectora en materia de Seguridad Vial, creado mediante la Ley de Administración Vial, Ley 6324, publicada en el alcance N°4 de la Gaceta N°97 del 24 de mayo de 1979, como dependencia del Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) el cual tendrá independencia en su funcionamiento administrativo y personalidad jurídica propia. Dicho Consejo es la organización formuladora de políticas, facilitadora, fiscalizadora e integradora de esfuerzos por medio del financiamiento de proyectos de seguridad vial, ejecutados inter-organizacionalmente y orientados a crear, promover y mantener en la sociedad una cultura de seguridad vial; coadyuvando con ello, a lograr una mejor condición y calidad de vida de los habitantes del país (COSEVI, 2023).

El comportamiento de los usuarios (peatones, motociclistas, ciclistas, transporte público y automotores) en la vía pública está determinado por los contextos sociales y educativos que inciden directamente en la forma en que transitan los individuos. Los cambios actuales en los comportamientos, consumo de alcohol y otras drogas están facilitando la prevalencia de los accidentes de tránsito lo que está generando implicaciones económicas por la cantidad de recurso económico y humano para la atención de los accidentes, pago de atenciones médicas, subsidios, incapacidades y otros servicios y pago de daños a bienes materiales, además, la población mayormente afectada es considerada la población económicamente activa más importante por la capacidad productiva.

Se observa que los accidentes de tránsito requieren que sectores como Transporte, Municipalidades, Educación, Salud y Planificación Urbana realicen acciones que ayuden no sólo a establecer entornos viales seguros sino también conductores capacitados, responsables y conscientes de los efectos que podría generar el incumplimiento de la legislación en materia de conducción y seguridad vial.

4- Neoplasias malignas

Cada vez toma mayor relevancia la situación las neoplasias malignas conocido también como neoplasia o tumor; en la población a nivel mundial, nacional y local. Las neoplasias malignas es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica las neoplasias malignas es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por neoplasias malignas. (OMS, 2014)

En relación con el tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS), expone que se ha demostrado que las neoplasias malignas son en gran medida evitable. Muchos de las neoplasias malignas se pueden prevenir; otros se pueden detectar en las primeras



fases del desarrollo y ser tratados y curados. Además, en etapas avanzadas las neoplasias malignas, se puede: enlentecer su progreso, controlar o reducir el dolor y ayudar a las familias a sobrellevar la carga. (Costa, 2012)

En Costa Rica, la situación epidemiológica es muy similar a la de los países desarrollados. Las neoplasias malignas es la segunda causa de muerte en el país, según se indica en el Plan mencionado anteriormente. (Costa, 2012)

En las dimensiones destacadas en este problema de salud se priorizaron las siguientes causas raíz:

- Servicios de Salud: problemática de las citas prolongadas para poder diagnosticar estas enfermedades, las cuales carecen de programas preventivos eficaces, así como la otra causa priorizada en este punto; la falta de equipo médico, con el cual se pueda realizar chequeos de control y prevención antes de que aparezca la enfermedad. Se conoce que estos estudios se realizan para algunas de las neoplasias en especial para el cáncer de mama sin embargo es importante activar programas para la prevención y detección temprana de otras neoplasias que están encabezando las estadísticas como lo es el cáncer gástrico y de páncreas.
- En el ámbito socioeconómico, se destaca la dificultad para acceder a alimentos saludables para muchas poblaciones, en una población que busca ahorrar en todo momento y que los alimentos con poco valor nutricional y altos en calorías son sumamente accesibles y a bajo costo, a diferencia del valor de algunos alimentos que sí brindan alimentación de calidad, pero a un costo un poco más elevado.
- En la dimensión Sociopolítica sobresale la deficiencia en los programas preventivos de cáncer y la poca cultura de prevención de los usuarios, para acudir a consulta y realizarse pruebas, aunque no existan dolencias o evidencias de anomalías.
- En comportamiento surge como causa raíz la falta de realización del autoexamen de mama. Si bien es cierto es una práctica que se ha promocionado existe aún poco conocimiento acerca de la correcta realización de este.

Existen varios métodos de diagnóstico del cáncer de mama, con diferente eficacia y efectividad. El autoexamen de mama (AEM) es un método de evaluación continua que, de ser efectivo, podría ser simple y barato. Si este es el caso, permitiría que el diagnóstico sea temprano y que la mortalidad se reduzca en países en desarrollo particularmente en contextos que carecen de acceso a tecnologías modernas y especializadas. Se sugiere que el AEM puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en países donde el diagnóstico suele darse en estadios avanzados

Asimismo, la OMS señala que el AEM es un método útil para empoderar a las mujeres, uno de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas.



5- Enfermedades Cardiovasculares

Dentro de ellas Infarto agudo al Miocardio/Enfermedad isquémica crónica del corazón/hipertensivas.

Estas han constituido una de las principales causas de muerte de la población costarricense al igual que se refleja en los datos estadísticos de mortalidad correspondiente a los distritos abarcados por el Área Rectora de Salud Florencia.

Y es que, además, estas enfermedades constituyen la cuarta causa de consulta externa en la CCSS con una tendencia creciente en la morbilidad en los últimos años. (Guía de prevención de enfermedades cardiovasculares, EDASSS, 2015)

Estos cambios se relacionan directamente con los estilos de vida de hoy en día y la dinámica no solamente urbana sino rural en la que la población se desarrolla día con día, ejemplo de ello la creciente inseguridad a la que se está expuesto, el estrés diario y el ritmo de vida acelerado al que se somete el ser humano en la actualidad, el fácil acceso tanto de facilidad como de costo económico a comidas con alto contenido calórico y de sodio, aunado a niveles cada vez mayores de sedentarismo y actividades lúdicas con poco o nulo gasto energético, consolidando así el escenario perfecto para el desarrollo de cambios metabólicos y muchas patologías no transmisibles, que propician la aparición de las enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con la puntuación de los expertos que analizaron este problema de salud se priorizaron las siguientes causas raíz:

- En la dimensión de comportamiento se destaca el estrés y la falta de actividad física, lo cual es un factor de riesgo importante debido a lo mencionado anteriormente con respecto al ritmo de vida de la población, las cargas laborales o incluso falta de empleo y además de la escasa cultura que promueva estilos de vida saludables en un mundo en el que impera el uso de la tecnología, la inteligencia artificial y en la que todo se le facilita al ser humano, evitando que éste se mueva con regularidad por lo que el sedentarismo es una práctica o estilo de vida más frecuente.
- En los servicios de salud, se prioriza como causa raíz el poco acceso a estos servicios. Si bien es cierto tenemos un pilar robusto con el sistema de salud de Costa Rica, es inevitable que debido al alto índice de casos de estas enfermedades surja la interrogante con respecto al poco o difícil acceso para la población más vulnerable, concretamente dirigidos a la prevención y promoción de estilos de vida saludables y sostenibles.
- En el ámbito socioeconómico, se destaca las condiciones de trabajo, en donde influye la importancia que el empleador brinde a la salud del colaborador, actualmente no se le da esa atención y más bien se centraliza más en la obtención de resultados, generando condiciones de estrés, horarios inadecuados de alimentación y tiempos de descanso o reposo necesarios, sin dejar de lado también la escasa oferta laboral que se mantiene en el Cantón.



- A nivel sociopolítico se priorizó la causa raíz: falta de promoción y prevención de la salud. La promoción de la salud “es el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” de acuerdo con esta definición se puede interpretar la importancia de educar y sensibilizar a la población con herramientas e información clara, sencilla y útil que promueva e incentive un cambio de hábitos para el bienestar de los usuarios en enlace con la prevención la cual se basa más en el control de las enfermedades identificando factores de riesgo y población vulnerable.

6- Enfermedades endocrinas

Un trastorno metabólico ocurre cuando hay reacciones químicas anormales en el cuerpo que interrumpen este proceso, cuando esto pasa, es posible que tenga demasiadas o muy pocas sustancias que el cuerpo necesita para mantenerse saludable. Existen diferentes grupos de trastornos, algunos afectan la descomposición de los aminoácidos, los carbohidratos o los lípidos. Se puede desarrollar un trastorno metabólico si algunos órganos, como el hígado o el páncreas, se enferman o no funcionan normalmente. (OMS, 2020)

La Diabetes mellitus es un ejemplo de estas enfermedades y en el caso de las estadísticas de mortalidad del esta Área Rectora es la más predominante.

La declaración de las Américas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud pone de relieve la importancia cada vez mayor que tiene la diabetes como causa de morbilidad y mortalidad de la población y menciona que a nivel de la política sanitaria, las comunidades deben promover la alimentación saludable y el ejercicio físico, con el objeto de prevenir la enfermedad. A nivel de los servicios de salud sugiere mejorar la calidad de atención, así como velar por el acceso a la insulina, para prevenir las complicaciones en los pacientes diabéticos. (Chertorivski, 2012)

Esto nos guía a introducirnos en puntos específicos que puedan ser causantes en la población de los distritos abarcados, los cuales se han priorizado por los profesionales de salud según sus dimensiones de la siguiente manera:

- En la dimensión socioeconómica se toma en cuenta los niveles socioeconómicos en distintas localidades donde la escolaridad y el nivel de conocimiento de este tipo de patologías es más bajo para poder identificar factores de riesgo y comportamientos en los estilos de vida que puedan resultar inadecuados para la prevención.
- En circunstancias se identifica la escasa visión positivista, en este caso podemos definir el positivismo como “una corriente filosófica que afirma que todo conocimiento deriva de alguna manera de la experiencia, la cual se puede respaldar por medio del método científico”.



Desde sus inicios las instituciones hospitalarias se organizaron en base al saber médico, centrándose en la patología, por tanto, su objeto de estudio era la enfermedad. Esta forma de organización persiste en la actualidad, en donde las actividades sanitarias se centran en lo pato céntrico, con orientación especialista, lo que fragmenta al ser humano, sobrevalora lo biologicista y lo tecnológico.

Esto es denominado también "modelo biomédico", el cual tiene sus raíces en el positivismo. Bajo esta mirada, la salud se define como la ausencia de enfermedad, y el cuerpo es visualizado acorde al mecanicismo, separando al ser humano en órganos y sistemas. Cada uno de éstos pasa a ser el objeto de estudio de las profesiones sanitarias, poniendo énfasis en las mediciones observables y tangibles.

Este punto va enfocado en el poco valor estadístico que se utiliza para poder dar prioridad y la debida importancia a los programas de atención y control de estas patologías dadas las estadísticas de cada localidad.

- En los servicios de salud se destaca y se prioriza la ya conocida cultura de enfermedad en la cual el paciente consulta únicamente cuando tiene algún problema de salud o síntoma que le impide desarrollar su vida cotidiana con normalidad, lo cual puede deberse a la poca educación que se le brinda a la población respecto a consultar periódicamente para control y prevención de enfermedades no transmisibles y otras afecciones. Además, se prioriza otro problema en esta dimensión: Poco acceso a los servicios de salud donde se evidencian las limitantes para el acceso a la aplicación EDUS para poder sacar citas, además de las extensas listas de espera para consulta especializada y estudios complementarios, lo cual deja al descubierto la falta de suficiente personal para poder aumentar la cobertura de atención acorde a la cantidad de recurso humano requerido.
- En el ámbito sociopolítico se prioriza una vez más la falta de promoción y prevención en salud por lo que es importante la prioridad que se le dé a este tipo de actos, así como educación de la población, especialmente los grupos más vulnerables.

7- Aumento de la delincuencia

La delincuencia en términos generales es un fenómeno social y político más discutidos en Costa Rica, siendo objeto permanente de la información a través de los medios de comunicación, de los programas políticos, de las discusiones cotidianas y del compromiso de la sociedad civil.

Por lo tanto, los noticiarios diarios, los titulares del periódico, los discursos políticos, los programas electorales y las conversaciones entre vecinos son impensables sin violencia y criminalidad.



Las señales de la inseguridad pública, en sus diferentes manifestaciones, se encuentran al pasear por una ciudad costarricense, ya que la mayoría de las casas están protegidas con rejas, alambre de púas, sistemas de alarma y perros guardianes.

Las áreas residenciales de la clase media cuentan con guardias privados, así como los complejos de oficinas, los restaurantes, los centros comerciales, los estacionamientos, los bancos y los edificios administrativos; también los grafitis y carteles en las paredes de las casas exigen un “fin de la violencia”.

A los turistas se les advierte constantemente que tengan cuidado, y aunque Costa Rica intenta conservar su imagen de paraíso turístico, a ellos se les recomienda no llevar objetos de valor consigo, no darles dinero a los pordioseros en la calle, no preguntar direcciones a desconocidos, ni tampoco aceptar ayuda ajena en caso de que se estalle una llanta, sino avisar a la policía o a la alquiladora de autos (cf. Instituto Costarricense de Turismo 2008). Muchas calles están vacías después de anochecer, pero existen grandes probabilidades de que uno se encuentre una manifestación, el domingo por la tarde, apoyada por artistas, políticos e intelectuales nacionales exigiendo leyes y condenas más duras; pues casi ningún otro tema domina, actualmente, los debates públicos en Costa Rica y el tema de la criminalidad es omnipresente en la vida cotidiana.

En un informe del 2018, el Programa Estado Nación da claridad que las tasas de homicidios, robos y asaltos son más altas en aquellos cantones donde las necesidades básicas humanas y acceso al conocimiento es menor. Y de forma contraria, aquellos cantones con mayor acceso a la educación y generación de empleo presentan menores tasas de crimen.

Las tasas de homicidio relatan cifras históricas que alarman a la población. Según los datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), el 2022 registró una cifra histórica de homicidios de 657, es decir 1,8 homicidios por día, reportando un aumento de un 11,56% en relación con el 2021. Mientras que en los primeros 3 meses del 2023 se han reportado 189 homicidios, dando 2,17 por día. Estos datos coinciden con el crecimiento continuo. y acentúa la crisis durante la última década (Radio UCR, abril 2023).

Costa Rica no es una excepción en comparación con otros países de Centroamérica, ya que en toda la región se pueden observar debates y miedos parecidos, sobre todo en el triángulo Norte de Centroamérica –Guatemala, El Salvador y Honduras–, donde la violencia y la criminalidad representan los problemas políticos y sociales centrales, y por lo general estos se han visto como la violencia de posguerra, mantenida por las pandillas callejeras, el crimen organizado de drogas.



8- Abuso de consumo de drogas

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno presente en todos los segmentos de la población costarricense, formando parte de las dinámicas sociales de convivencia del país. Las condiciones de vida son el reflejo de las estructuras macroeconómicas que condicionan el modo y el grado de inserción de los grupos sociales en los procesos productivos y de consumo, lo que influye en las desigualdades en los riesgos de enfermar o morir.

A la vez, estima que la salud es producto de las estructuras y relaciones sociales, pero también, de la construcción de sentidos y significados, que moldean la vida cotidiana, y que, en consecuencia, estos significados colectivos, condicionan la producción social de la salud y la enfermedad, y redefinen en el aquí, en el ahora, y hacia el futuro, su propio significado (IAFA, 2019).

En ese tanto y en relación con el consumo de sustancias psicoactivas la teoría de Pons (2008) toma relevancia, al proponer que, los seres humanos son individuos mayoritariamente sociales, las dinámicas de funcionamiento grupal determinan el rol que debe desempeñar cada individuo, y los patrones o pautas de comportamiento a que deberá ajustarse. En consecuencia, cada persona se encuentra intrínsecamente relacionada a su medio social, y en concordancia, el vínculo entre el grupo social y la persona influirá en determinar las pautas de comportamiento en cada individuo, lo cual para el caso de la presente problemática reafirma la importancia de los determinantes sociales de la salud.

En esa línea de pensamiento el estilo de vida de una persona, tiende a estar influenciado por los estilos de vida de su medio de referencia (familiar y social), pero también determinado por otros factores como la dinámica socioeconómica y política (disponibilidad de productos, alfabetización, poder adquisitivo y falta de controles en la aplicación de la legislación) y las presiones sociales (violencia, desempleo, mercado de consumo, desinformación) para algunos grupos poblacionales como es el caso de los jóvenes, considerados factores de riesgo que incentivan el consumo de sustancias psicoactivas.

Un ejemplo de esta dinámica es el caso del consumo del alcohol, pues al ser una sustancia jurídicamente lícita para adultos, y con controles diferentes al tabaco su consumo se ha normalizado con mayor facilidad entre la sociedad costarricense, e incluso, ha sido mal utilizado para generar sentimientos de pertenencia y empatía a grupos de amigos o de familia, o hasta para inadecuadamente, fortalecer vínculos afectivos (IAFA, 2019).



La V Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de secundaria, realizada en el año 2018, brinda un panorama general del comportamiento de uno de los grupos poblacionales más afectados por esta problemática, la muestra de estudio estuvo compuesta por 7.071 estudiantes, provenientes de 60 colegios ubicados en las siete provincias del país, como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro 27. Distribución de muestra efectiva según criterios Demográficos o Educativos. Costa rica, 2018.

Categorías	Valor absoluto	Valor relativo
Sexo		
Hombres	3.484	49,3%
Mujeres	3.587	50,7%
Total	7.071	100,0%
Grupo etario		
≤ 14 años	2.744	38,8%
15 a 16 años	2.487	35,2%
≥ 17 años	1.840	26,0%
Total	7.071	100,0%
Nivel académico		
Sétimo	1.296	18,3%
Octavo	1.327	18,8%
Noveno	1.328	18,8%
Décimo	1.338	18,9%
Undécimo	1.323	18,7%
Duodécimo	459	6,5%
Total	7071	100.0%

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia V Encuesta Nacional sobre consumo de sustancia psicoactivas en población de Educación Secundaria 2018, (publicado 2019)

De los resultados del estudio con esta muestra de población se concluyó que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes de secundaria, seguida a una distancia considerable por el tabaco, la marihuana, y las sustancias inhalables, distribuyéndose estas tres últimas sustancias, en la segunda, tercera y cuarta posición.



Este mismo estudio permite una aproximación al contexto sociocultural en donde interactúan los estudiantes, permitiendo identificar situaciones de riesgo a las que se podría estar exponiendo al incluir indicadores como el ofrecimiento de sustancias psicoactivas.

Cuadro 28. Porcentaje de exposición a diferentes sustancias psicoactivas, según última vez en que le fue ofrecida. Costa Rica, 2018.

Sustancia	Total de Informantes				Total
	Nunca	Más de 1 año	1 año o menos	Últimos 30 días	
Bebidas alcohólicas	53,1%	13,7%	11,2%	22,1%	100,0%
Marihuana	77,2%	8,6%	5,3%	8,9%	100,0%
Tabaco	83,9%	5,9%	3,3%	6,9%	100,0%
Cocaína	92,9%	2,1%	1,5%	3,6%	100,0%
Éxtasis	94,3%	1,6%	1,0%	3,1%	100,0%
Crack	94,6%	1,5%	0,9%	3,0%	100,0%
Ketamina	95,0%	1,4%	0,9%	2,7%	100,0%

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia V Encuesta Nacional sobre consumo de sustancia psicoactivas en población de Educación Secundaria 2018, (publicado 2019).

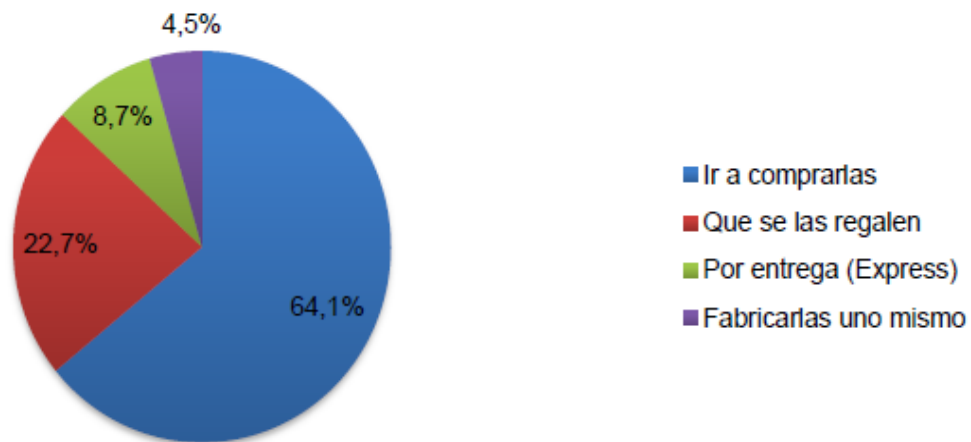
Las bebidas alcohólicas se muestran como la sustancia psicoactiva que más ha sido ofrecida a los estudiantes de secundaria; se puede ver que un 22,1% de los estudiantes aseguraron que recibieron algún tipo de ofrecimiento de esta sustancia en los últimos 30 días, seguido de la marihuana con un 8,9% y el tabaco con un 6,9%. Estos porcentajes son menores en comparación de los obtenidos en rondas anteriores. Por ejemplo, para el año 2012, el ofrecimiento en los últimos 30 días para estas mismas sustancias (alcohol, marihuana y tabaco) fueron 20%, 10% y 8,6% respectivamente. Mientras tanto para el año 2015, los datos mostraron un 26% alcohol, 13% marihuana y 8,9% tabaco (IAFA, 2019).



Según la VI Encuesta Nacional 2015 sobre Consumo de Drogas en Costa Rica determinó que la forma más viable de conseguir drogas ilícitas es “ir a comprarlas”, ya que el 64% de los encuestados así lo manifestaron.

Posteriormente señalan, que el “que se las regalen” es la segunda forma de obtención, apegándose posiblemente al conocido actuar de los vendedores que obsequian muestras para sumar futuros compradores, la llamada técnica de enganche, tal y como lo muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Forma más sencilla de conseguir drogas Ilícitas, Costa Rica, Encuesta Hogares 2015



Fuente: IAFA, VI encuesta nacional 2015, publicada en 2018.

La experimentación en el consumo de sustancias psicoactivas es una de las conductas de riesgo que puede conllevar al desarrollo de un trastorno, ya que se define como aquel momento donde la persona cede a la curiosidad y prueba una droga, enfrentándose posteriormente a la decisión de continuar el consumo o interrumpirlo.

El consumo de sustancias psicoactivas legales e ilícitas y la problemática asociada a dicho consumo ha ido en aumento en los últimos cinco años en Costa Rica, evidenciado principalmente por la cantidad de personas que llegan a los servicios asistenciales en busca de tratamiento. Un dato que refuerza esta afirmación es el reporte de personas atendidas en los servicios de tratamiento del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en Costa Rica en cinco años de registro, información recopilada de las bases de datos de personas atendidas en el IAFA (2015 al 2019), el cual evidencia un aumento en la cantidad de personas que asistieron a citas por diferentes motivos relacionados con el uso perjudicial, de sustancias psicoactivas. Concretamente el aumento en la cantidad de personas pasó de 19928 en el 2015, 20450 en el 2016, 21560 en el 2017, 23285 en el 2018 y 24728 en el 2019.



De acuerdo con los datos mostrados anteriormente, se ha mantenido un aumento sostenido en la cantidad de personas por lo que, la adherencia al tratamiento es un fenómeno que se presenta de interés desde diferentes variables de investigación; económicas, geográficas, individuales, sociales y culturales que intervienen en la permanencia o no en tratamiento (IAFA, 2020).

Se puede decir que las variables económicas, organizacionales e incluso geográficas son aspectos que se indagan y valoran a la hora de establecer motivos o causas en el abandono de los tratamientos médicos, psicológicos o de trabajo social que se realizan como parte de los servicios brindados en la población consultante. Además, el incremento en la cantidad de personas que utilizan este tipo de servicios debería conllevar a una mejora en las estrategias utilizadas para brindar dichos servicios (IAFA, 2020).

Para el abordaje de esta problemática es necesario fortalecer la promoción de factores protectores y desarrollar acciones de prevención. Los programas impartidos a niños y jóvenes desde edades tempranas, encaminados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se han constituido en importantes herramientas para retrasar y/o disminuir el consumo (IAFA, 2019).

El trabajo desarrollado durante los últimos años por parte de las instituciones sanitarias del país, que culminaron con la publicación de la Ley No°9028, Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud en el 2012, así como la aprobación de reglamento N° 37185-S-MEIC-MTSS-MP-H-SP “Reglamento a la ley general de control de tabaco y sus efectos nocivos en la salud”, ha logrado la reducción paulatina del consumo de tabaco en la población en general (IAFA, 2019), sin embargo tanto la industria comercializadora como la población ha encontrado alternativas para sustituir el consumo de cigarrillos de tabaco, dando paso al comercio de una gran variedad de tipos y estilos de los denominados vapeadores, cuyo uso se suma a las nuevas modalidades de consumo y adicción a las sustancias psicoactivas.

Desde esta dinámica el problema de aumento y abuso en el consumo de drogas tal y como lo mencionaron los actores sociales consultados de los talleres realizados tiene un origen multicausal, reforzando con ello el modelo de determinantes sociales de la salud, donde las circunstancias de vida, el comportamiento, el contexto socioeconómico y político, así como el acceso a servicios de salud se interrelacionan y dan pie a explicar las causas de problemáticas como ésta.

El grupo de expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz para el problema de aumento en el consumo de drogas: Uso de vapeadores, falta de espacios recreativos, estrés, ansiedad y falta de capacitación a los funcionarios encargados de la atención de personas consumidoras.



9- Ineficiencia en el sistema de los servicios de salud

Durante el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrado en octubre de 2014, los Estados miembros aprobaron la Estrategia para el alcance del acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud (Salud Universal), que "establece una hoja de ruta conjunta para el avance progresivo hacia el logro de la Salud Universal" (Pinzón y otros, 2016).

Para la Organización Panamericana de la Salud, la Salud Universal "no solamente se refiere a la capacidad del sistema para asegurar una cobertura nominal de la población; implica también la eliminación de todas las barreras de acceso al sistema, entre ellas, las económicas, geográficas y culturales para asegurar el acceso efectivo al mismo." (Pinzón y otros, 2016).

Significa, por consiguiente, "que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, regulados a escala nacional de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, al tiempo que se asegure que el uso de estos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, especialmente a los grupos en situación de vulnerabilidad." (Pinzón y otros, 2016).

En la actualidad el modelo de prestación de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en Costa Rica se basa en los principios de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, integralidad, participación social, evolución progresiva de beneficios y concordancia con la realidad económica. Tiene como objetivos el acceso, la continuidad, la aceptabilidad, la efectividad y la eficiencia, y promulga un enfoque centrado en las personas (CCSS, 2019).

Dicho modelo se sustenta en gran medida en las postulaciones del modelo de los determinantes de la salud que plantea, en términos generales, que las condiciones materiales de vida de las personas (condiciones o circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, estudian, trabajan y envejecen) y los sistemas de salud, en interacción con aspectos conductuales, biológicos, psicosociales y de otra naturaleza como, la cohesión social, el capital social y el medio ambiente natural (incluido el cambio climático), modulan los resultados e inequidades en salud (Estado de la Nación y CONARE, 2022).

A su vez, estos factores o "determinantes intermedios" de la salud no se establecen aisladamente, sino que en su gran mayoría son el resultado de la influencia y configuración histórica de un contexto social macro (conformado, entre otros elementos, por instituciones sociales, políticas, jurídicas y económicas) que no solo delimitan las características y capacidades de dichos determinantes intermedios, sino que determinan cómo se concretan en la vida de las personas.



Es decir, procesos sociales macro condicionan a los determinantes intermedios, y estos a su vez afectan a los procesos de salud y enfermedad en lo micro. Así, el contexto social de referencia de las personas, en sentido amplio, se convierte en un factor fundamental (estructural) para entender los resultados y las inequidades en salud (Estado de la Nación y CONARE, 2022). Es precisamente este análisis desde la determinación social que sustenta y fortalece el primer nivel de atención como el protagonista en la producción social de la salud.

Cobertura de servicios de salud:

En ese tanto el modelo de cobertura poblacional del país en cuanto a servicios de salud se rige por un sistema de seguro público universal. A la CCSS le corresponde administrar y aplicar el seguro social de salud, financiado de manera tripartita: Estado, patrono y trabajador (Asamblea Legislativa CR, 1943).

En este sentido, son tres los regímenes que administra la CCSS moderna:

- 1) el seguro de enfermedad y maternidad (SEM);
- 2) el seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM); y
- 3) el régimen no contributivo.

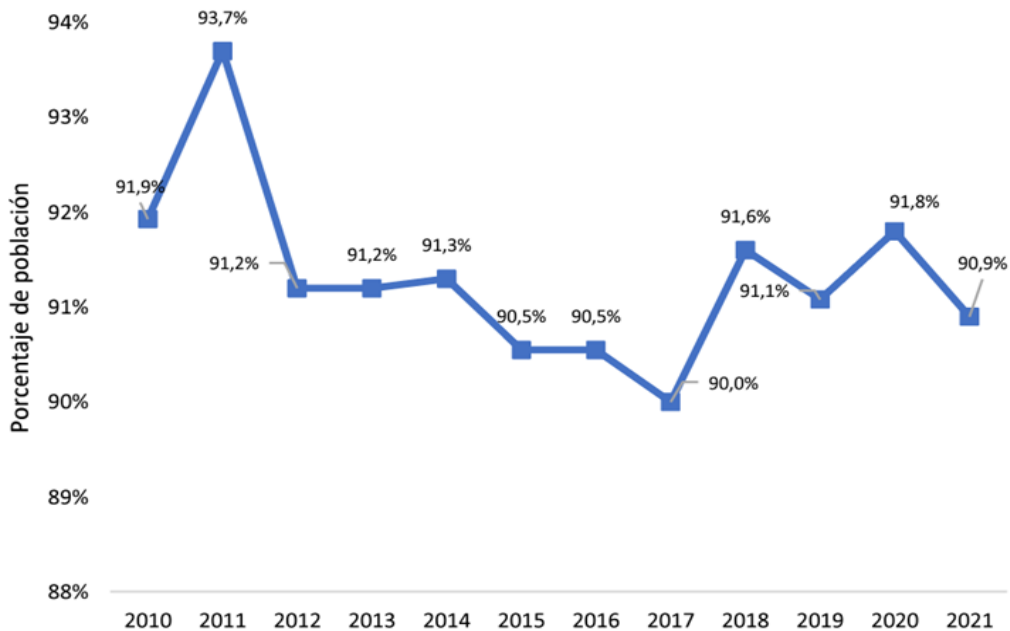
Para la prestación de los servicios de salud de los asegurados, la CCSS cuenta con Redes de Servicios de Salud (siete en total), que operan en tres niveles de atención (cada uno con distintos grados de complejidad y capacidad resolutive), un primer nivel de atención conformado por Áreas de Salud que, a su vez, están conformados por Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y los puestos de visita y de visita periódica (CCSS, 2021).

La función de este nivel es proveer atención médica general o ambulatoria. El segundo nivel está conformado por una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos. El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados (Sáenz y otros, 2011).

En lo que respecta al objetivo de cobertura universal de la salud de la población que habita en el país sigue sin alcanzarse. Así, en los últimos cuatro años (2018-2021), el porcentaje de población con seguro de salud se ha mantenido en una cifra cercana a 91% tal y como lo muestra el siguiente gráfico:



Gráfico 4. Porcentaje de población con cobertura de salud (2010- 2021)



Fuente: Pacheco e Itriago, Estado de la Nación y CONARE, 2022. Elaboración con datos del Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS.

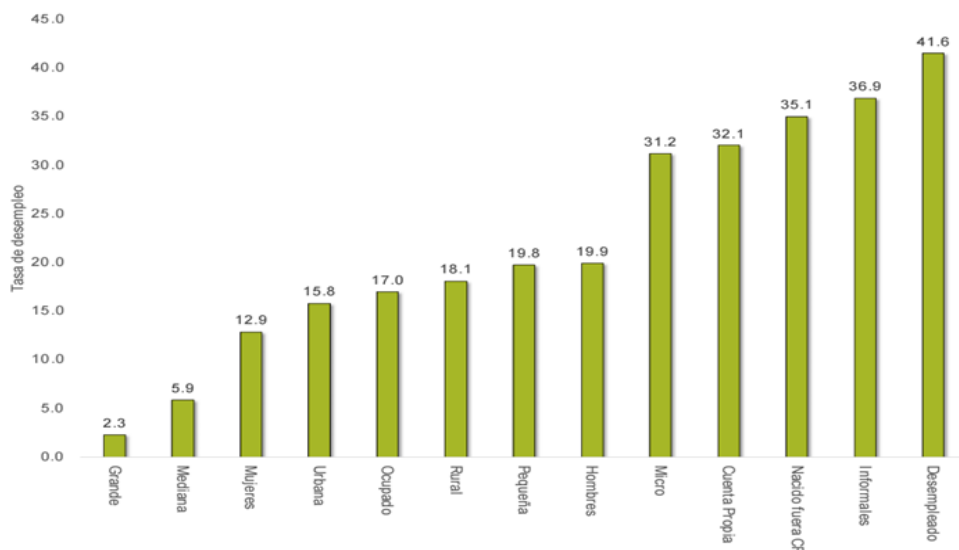
Si la cobertura con seguro de salud se desagrega por características individual o condición laboral, los resultados muestran amplias diferencias entre grupos.

Las personas con mejores niveles de protección son aquellas que trabajan en empresas medianas y grandes y las mujeres, todas con tasas de desprotección por debajo del 15%.

Por su lado, los mayores problemas de ausencia de cobertura se dan entre personas trabajadoras en microempresa, por cuenta propia, personas nacidas fuera de Costa Rica, personas con trabajo informal y desempleadas, categorías todas con tasa por encima del 30%, tal y como lo demuestra el siguiente gráfico:



Gráfico 5. Población sin cobertura con seguro de salud por característica, 2021



Fuente Pacheco e Itriago, Estado de la Nación y CONARE,2022. Elaboración con base en ECE IV-2022.

Al analizar la composición de la población asegurada, los datos de 2019 muestran que el grupo de trabajadores asalariados y sus dependientes representan casi el 55 % de la población total (cerca del 60% de la población asegurada), mientras que el 15% del total de la población está cubierta por cuenta del Estado. Además, el porcentaje de la población no asegurada en dicho año ascendía a 8.7% como lo muestra el siguiente cuadro:

Cuadro 29. Composición de población asegurada en Costa Rica, por categoría (2010, 2019 y 2021)

INDICADOR	2010	2019	2021
Población nacional por condición de aseguramiento	4,562,087	5,059,730	5,163,413
Asegurado directo Asalariado	1,075,528	1,314,691	1,316,019
Asegurado directo por Cuenta Propia	283,814	398,608	410,221
Asegurado directo por Convenio	77,588	61,234	68,236
Asegurado por cuenta del Estado (familiar)	486,984	753,394	867,453
Dependientes de asegurado directo activo	1,814,698	1,446,368	1,364,485
Otras formas de seguro (estudiante)	27,550	46,283	50,721
Pensionados de I.V.M.	170,257	280,433	312,304
Pensionados de Regímenes Especiales	59,942	66,468	68,872
Pensionados Régimen No Contributivo	88,164	123,128	131,711
Dependientes de pensionado	109,286	117,795	103,520
<i>Población No Asegurada</i>	<i>359,683</i>	<i>439,530</i>	<i>458,634</i>
Seguro Privado o del extranjero	8,593	11,798	11,237
Porcentaje cobertura	91.93	91.08	90.90

Fuente: Pacheco e Itriago, Estado de la Nación y CONARE,2022. Elaboración con base en datos del Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS



Se deduce de la anterior información que en el conjunto de la población que se encuentra sin acceso a la seguridad social, se pueden identificar a las personas refugiadas y en condición de pobreza que no son cubiertos por el Estado (actualmente cubiertos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales en algunas poblaciones indígenas o población en condición de pobreza que no conoce sus derechos(OPS,2019).

A pesar de los esfuerzos del país por regular la incorporación de distintos grupos poblacionales a la seguridad social, los datos disponibles confirman la presencia de brechas de desigualdad en el acceso al seguro de salud. Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, se identifican importantes diferencias en el acceso al seguro de salud. Es decir, menor acceso a servicios a medida que empeora la situación socioeconómica de las personas o grupos poblacionales.

Cobertura de servicios esenciales:

En lo que respecta a la cobertura de servicios esenciales la Organización Mundial de la Salud (OMS) monitorea anualmente la misma a través de un índice compuesto (Índice de cobertura de los servicios de salud esenciales (ICSE) -UCI por sus siglas en inglés), que incluye: salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas enfermedades no transmisibles y capacidad de servicio-acceso. Cuando se indaga acerca del desempeño del ICSE para Costa Rica en 2019, aparece que la mayor cobertura (≥ 80) se registra en el primer componente del índice que está asociado con servicios de salud de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, mientras que el componente de enfermedades no transmisibles refleja una cobertura menor (69%); (OMS y Banco Mundial, 2021).

Disponibilidad de infraestructura:

Actualmente en el país se está llevando a cabo un plan de mejoramiento y modernización de la infraestructura sanitaria. Sin embargo, la ampliación en número de camas no será demasiado importante dado que, en realidad, cada hospital nuevo sustituirá a uno viejo. Además, los indicadores de utilización hospitalaria sugieren que más camas podría no ser necesariamente la respuesta, aunque podría valorarse una redistribución de esta.

En los tres años previos a pandemia, la tasa de ocupación de camas promedio era 83.6% con una estancia media de 6.9 días. La inversión en camas hospitalarias o para UCI en el país debe ir de la mano de un plan eficaz y factible para un mejor aprovechamiento de la infraestructura sanitaria. Tan solo en 2020, el costo institucional de la Caja por camas desocupadas ascendía a casi 280 mil millones de colones. Dicho de otra forma, el costo



diario de una cama desocupada ese año, representaba el 60% del costo de una cama ocupada (Estado de la Nación y CONARE,2022).

Disponibilidad de personal de salud:

Los déficits de capacidad en el país también se manifiestan en materia de personal de salud, específicamente en cuanto a médicos especialistas y personal de enfermería. La disponibilidad de 31 médicos por cada 10,000 habitantes en Costa Rica se encuentra muy cerca de la tasa promedio de 35 médicos por cada 10,000 habitantes que alcanzan los países de la OCDE y, además, supera ligeramente a los parámetros recomendados por la OMS al respecto (30 médicos por cada 10,000 habitantes como mínimo), sin embargo, Costa Rica no está formando suficientes médicos especialistas.

Para lograr el promedio de la relación entre médicos generales y especialistas de los países OCDE, se tendrían que formar unos 4,000 especialistas nuevos. Costa Rica, Colombia, Irlanda y Portugal son los únicos países de la OCDE en donde la cantidad de médicos generales supera a la de especialistas, se requiere de este tipo de recurso humano para atender las necesidades sanitarias de una población que envejece rápidamente y que enferma por padecimientos crónicos y degenerativos (Estado de la Nación y CONARE,2022).

Satisfacción con la calidad de los servicios y aumento en tiempos de espera:

En Costa Rica los últimos años ha aumentado una percepción generalizada acerca de la oportunidad de la atención sanitaria que la categoriza como baja, premisa que podría estar asociada con el aumento en las listas de espera para recibir atención. En ese tanto, según la Encuesta Mundial de Gallup 2020, “uno de cada tres ticos declara estar insatisfecho con la disponibilidad de servicios de salud en su zona de residencia, cifra que es unos 8 puntos mayor a la opinión media en la OCDE” (Estado de la Nación y CONARE,2022).

Un informe de la CCSS de mayo del 2021, solicitado por la Defensoría de los Habitantes, confirma lo anterior y describe el impacto de la pandemia por COVID 19 en lo que a tiempos de espera se refiere.

A diciembre del 2020, se registraban importantes afectaciones en cirugías, consultas externas y procedimientos médicos. Con respecto a las cirugías, el informe antes mencionado destaca que, desde marzo al 31 de diciembre 2020, en vez de realizarse 102 mil cirugías programadas, se realizaron solo 40,590; es decir, se dejaron de realizar 61,536 cirugías (60% de las cirugías programadas).



En consecuencia, los tiempos de espera para cirugías también sufrieron un grave incremento: pasándose de 341 días, en diciembre 2019, a un tiempo promedio de espera de 495 días, al cierre de 2020. Es decir, en el periodo 2019-2020, aumentó el tiempo promedio de espera por una cirugía en 154 días (45%) (Defensoría de los Habitantes, 2021).

Para analizar las causas de las listas (tiempos) de espera, debe partirse de que se producen por un desajuste entre la demanda y el servicio que se presta. Es decir, pueden producirse por exceso de demanda o por defecto de servicio (o por ambas al mismo tiempo).

La saturación de los servicios adicionalmente se ve directamente relacionada con cambios significativos en la pirámide poblacional, es decir; el envejecimiento poblacional se asocia con disminución de capacidades físicas y mentales; lo que presiona a los sistemas de protección social y a los presupuestos públicos de salud. La población adulta mayor (con más de 65 años) suele requerir servicios de salud con más intensidad que personas en edades intermedias.

En general, “los adultos mayores suelen enfrentarse a situaciones de comorbilidad; es decir, padecen varias enfermedades al mismo tiempo; como consecuencia, tienen que recurrir frecuentemente a los servicios de salud y eso hace que aumente la demanda en los servicios (Estado de la Nación y CONARE,2022).

Debilitado primer nivel de atención:

Aunque el primer nivel de atención se considera uno de los pilares del sistema público de salud del país, presenta algunos problemas estructurales que redundan en incrementos de las listas (tiempos) de espera de los servicios en los otros niveles de atención. Una primera cuestión radica en que la mayoría de los EBAIS tienen un horario de funcionamiento reducido. Adicionalmente, en las Áreas de Salud, los EBAIS tienen una adscripción de población que supera a la establecida por diseño; lo que limita el acceso de la población y “ocasiona múltiples referencias a otros servicios, a fin de satisfacer la demanda.”

Si observamos esta dinámica desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud se puede decir que el primer nivel de atención es clave en materia de prevención de enfermedades (particularmente las crónicas que están fuertemente asociadas a modos y circunstancias de vida de las personas). Así, las Áreas de Salud y EBAIS, mediante la prevención, tienen un rol de contención de la demanda de pacientes en los hospitales de los niveles de atención superiores (Estado de la Nación y CONARE,2022), pero es necesario realizar acciones de fortalecimiento del rol preventivo y retomar premisas de la promoción de la salud con las comunidades, reconociendo que los problemas de salud tienen un origen multicausal y por consiguiente las soluciones deben ser integrales.



Tomando en cuenta el análisis de Causa y Efecto realizado por los expertos del ARS Florencia seleccionados al problema de Deterioro de los Servicios de Salud se identifican una serie de causas raíz que explican su presencia desde el modelo de los determinantes de la salud, en ese tanto se lograron evidenciar las siguientes: Déficit en personal de salud disponible, infraestructura inadecuada, poca participación de los usuarios en programas preventivos, brechas de recurso humano, condición socioeconómica baja, aspectos relacionados con la deshumanización de los servicios(mal trato al usuario, estrés personal, deterioro en la atención al público), mal uso de los servicios de salud, falta de aseguramiento y hábitos de vida insanos, que en su conjunto desencadenan en un problema de salud prioritario de abordar.

Si bien es cierto las causas son el resultado de cambios estructurales importantes a lo largo del tiempo y responden a un sistema deteriorado por diversas circunstancias sociales, económicas y políticas, es posible un abordaje de algunas de ellas desde los niveles locales, en concordancia con un modelo de fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud y poniendo en evidencia las necesidades sentidas por la comunidad y la percepción de funcionarios de la CCSS como principal proveedora de servicios de salud en este país.

10- Deterioro de la salud mental

El deterioro de la salud mental constituye una epidemia silenciosa que ha afectado a las Américas mucho antes de COVID-19, con la depresión y ansiedad como dos de las principales causas.

La OMS alerta que la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y las condiciones de vida de las personas. La salud mental es una parte integral de la salud y va más allá de la ausencia de trastornos mentales.

Por ello, su abordaje requiere de intervenciones conjuntas desde distintos sectores, a fin de promoverla y abordar su tratamiento.

Entre las causas del deterioro de la Salud Mental, se identifican las siguientes desde la dimensión de comportamiento: cansancio, baja energía, problemas de sueño, desconexión de la realidad (delirio), paranoia o alucinaciones, incapacidad para afrontar los problemas o el estrés de la vida diaria, problemas para comprender y relacionar las situaciones y las personas, los cuales resultan ser factores de riesgos asociados con el comportamiento suicida, así como a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresante e inadecuadas (dimensión circunstancias materiales), a la discriminación y los mandatos de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco



saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Como datos relevantes se puede interpretar que los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias representan el 10% de la carga mundial de morbimortalidad y el 30% de las enfermedades no mortales. Alrededor 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con un trastorno mental. La depresión es uno de los principales trastornos que afecta a la población mundial, siendo una de las causas más importantes de incapacidad. Una persona se suicida en el mundo cada 40 segundos aproximadamente. Las personas con trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población general.

Es muy importante promover acciones que puedan evitar el deterioro de la Salud Mental, a través de la de estilos de vida saludable como: no consumir drogas, dormir bien, hacer ejercicio moderado, organizar bien el tiempo, cuidar la vida social, acudir a profesionales cuando haga falta, llevar una alimentación saludable, recreación, actividades culturales, artísticas y deportivas, entre otras.

En Costa Rica, contamos con la Política Nacional de Salud Mental, la cual se estructura con base en cinco ejes: biológico, ambiental, social-económico-cultural, sistemas y servicios de salud, y fortalecimiento institucional. Con todos estos elementos, la Política aspira a que, en Costa Rica, se le otorgue a la Salud Mental la prioridad necesaria en los modelos de atención en salud, haciendo énfasis en la atención en la comunidad. Si bien de identifica la existencia de la Política Nacional de Salud Mental, Estrategia Nacional de Abordaje Integral del Comportamiento Suicida y el Decreto Ejecutivo N 40881-S para la conformación de las Instancias el abordaje integral del comportamiento suicida, donde se indica cuáles actores sociales tienen la obligación o responsabilidad de trabajar en el tema, es un respaldo para realizar acciones pertinentes, sin embargo la percepción de los expertos en la dimensión sociopolítica es que hay poca inversión en presupuesto para política pública o para la ejecución de la misma.

En el Área Rectora de Salud Florencia, en el 2019 se realizó un diagnóstico en Salud Mental donde se identificaron factores de riesgo como la violencia intrafamiliar es uno de los problemas en salud priorizados en nuestra área rectora, y ocupa el primer lugar en notificación individual, el alto costo de vida, lo cual conlleva a complicaciones económicas, altos índices de desempleo, drogadicción, prostitución, consumo de alcohol y otras drogas, subregistro de los casos relacionados con salud mental, en las consultas



muchas veces no se refleja la problemática que presentan los pacientes sobre temas de depresión, ansiedad, intentos de suicidio, entre otros.

Y se identifica como factores protectores, el contar con redes interinstitucionales e intersectoriales, como la Instancia Local de Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (ILAIS), Redes de Cultura de Paz, Red de Prevención de la Violencia Intrafamiliar, Subsistema Local de Niñez y Adolescencia, las cuales trabajan desde la promoción de factores protectores de la salud y la prevención de factores de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que el porcentaje de gastos asignados los servicios de salud mental deben ser proporcional al porcentaje de carga atribuible a estas condiciones. Sin embargo, en la dimensión de los servicios de Salud, el grupo de expertos consultado identifica poca oportunidad de atención a personas con problemas mentales y emocionales, por la atención y abordaje de la Salud Mental en los diferentes centros de salud, ya sea por falta de recurso humano en Salud Mental, o bien por la falta de personal humanizado para brindar atención a las personas en condición de vulnerabilidad o riesgo debido a las condiciones de la Salud Mental.

Muchos de los factores de riesgo para este evento se pueden modificar si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la multisectorialidad e interinstitucionalidad para maximizar los recursos a nivel del país, tomando en cuenta los elementos claves de la Salud Mental como el proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo, que se caracteriza por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales, así como el disfrute de la vida en armonía con el ambiente.

11- Aumento violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar, se define como situaciones o formas de abuso de poder o maltrato (físico, psicológico, sexual, etc.) de un miembro de la familia sobre otro o que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas.

Es un fenómeno complejo que debe ser estudiado desde diversas disciplinas, porque se entrecruzan diversas situaciones, en las cuales las personas tienen una influencia directa. Se menciona la violencia entre grupos, la violencia por cuestiones políticas, al interior de la vida familiar, el homicidio, el suicidio. También otras formas de violencia se han relacionado con el “stress social”, como son los accidentes de tránsito.



En el mundo diariamente mueren 1424 personas de forma violenta, una persona se suicida cada 40 segundos y unas 35 personas mueren cada hora como consecuencia de un conflicto armado. (OPS-OMS-MS, 2004). En los últimos 45 años la tasa de muerte por suicidios aumentó en un 60%. El grupo etario entre los 15 y los 44 años resulta ser el más afectado (OPS-OMSMS, 2004).

La violencia intrafamiliar es considerada como una epidemia en muchas sociedades alrededor del mundo. Se refiere a actos de abuso físico, abuso sexual, maltrato psicológico; situaciones únicas o crónicas en las que una persona controla o intenta controlar el comportamiento de otra persona. Estudiosos del tema consideran que está integralmente conectada con la intensificación de los niveles de violencia en las calles, en la comunidad, en la sociedad. (OPS-OMSMS, 2004).

Los cambios demográficos reflejados en el crecimiento de la población, la esperanza de vida; una más alta densidad de población, con una concentración cada vez mayor en las áreas urbanas; así como la migración y el impacto que conlleva, y los cambios económicos drásticos, entre otras situaciones, impactan el comportamiento social. En síntesis, podemos señalar acorde con lo mencionado anteriormente que la violencia es una expresión social determinada por las condiciones de vida. No hay sociedad que escape de ella.

Es reciente su definición como un problema de salud pública por las implicaciones que esta trae a la salud física y emocional de las víctimas. La violencia es una de las principales causas de muerte y produce daños físicos, sociales y altos costos económicos, que debe ser tratada como un problema de salud pública, no solo porque produce lesiones y muertes prematuras, sino por la influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (OPS, 2002) Esta definición es bastante amplia, ya que comprende la violencia interpersonal, el comportamiento suicida y los conflictos armados.

A su vez, abarca actos que van más allá del acto físico como las amenazas e intimidaciones, contempla además de la muerte y las lesiones, consecuencias como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. En Costa Rica el desarrollo de la política pública sobre violencia ha tenido como motor a la sociedad civil en alianza con instituciones del Estado.



Los tipos de violencia en la que el país más ha avanzado en su abordaje es la violencia intrafamiliar y accidentes de tránsito. Sin embargo, las diversas manifestaciones de violencia se hacen presentes, y cada día con mayor fuerza y afectando a más personas con el transcurrir de los años. La violencia cala terreno en la sociedad, en la familia, en el individuo.

Estadísticamente se registra que 1 de cada 3 mujeres y niñas de 15 a 49 años informan violencia de pareja, física y/o sexual o violencia sexual por cualquier agresor en algún momento de su vida, el 25% de las mujeres y niñas en las Américas han reportado violencia de pareja, física y/o sexual en algún momento de su vida, el 12% mujeres y niñas mayores de 15 años en las Américas han reportado violencia sexual por parte de una persona fuera de la pareja. A nivel de Costa Rica se cuenta con la siguiente cantidad de casos notificados por violencia intrafamiliar en el período 2018-2023: 2018: 12293, 2019: 10806, 2020: 5814, 2021: 9406 y 2022: 11122.

Valorando lo que estadísticamente se refleja, la violencia con sus diversas manifestaciones, sus actores, sus víctimas y los escenarios, constituye hoy en día una de las realidades más preocupantes en nuestra sociedad. Para poder comprender la violencia intrafamiliar, se deben estudiar las estructuras y las relaciones de poder de nuestra sociedad reproducidas en el interior de la familia.

Porque, aunque existe en nuestro país una legislación y leyes para proteger y eliminar toda forma de discriminación sexual, en la práctica continúa presentándose dicho problema. Tomando en cuenta que el ambiente familiar y social no es en todos los casos el espacio seguro, en donde existe la tranquilidad, el amor y la comprensión, refugio contras las tensiones y problemas.

En muchos casos el hogar presenta un ambiente de riesgo y temor: mujeres, niños y personas mayores, por ser los miembros más vulnerables de la familia, sufren golpizas, insultos, y otros comportamientos agresivos y que se dan en familias que presentan las siguientes características, sin importar la condición socioeconómica que presentan:

1. Escasa o nula comunicación entre los miembros de la familia, baja autoestima de la mujer ya sea en su rol de madre, hija, hermana o cónyuge.
2. Aplicación de una autoridad mal entendida que incluye gritos, insultos, amenazas, golpizas, que constituyen maltrato físico y psicológico.
3. La mujer ocupa una posición subordinada al hombre, antecedentes de maltrato, en uno o ambos padres, en sus hogares de origen, la resolución de conflictos o problemas por la vía violenta, la violencia dentro de la familia es aceptada por la mayoría social tácitamente como forma aceptable de conducta para corregir la mala conducta de un individuo.



Tomando en cuenta el diagrama de Causa-Efecto para la violencia intrafamiliar 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 gran variedad 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 a la violencia intrafamiliar. Se observa en el diagrama que los factores de riesgo, en gran medida responden al entorno sociopolítico, socioeconómico, servicios de salud y cultural.

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 la prevención de la violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar es un problema importante de salud pública porque produce consecuencias negativas en todos los miembros de la familia y en el conjunto de la sociedad. Por ejemplo, a corto plazo, las mujeres de hogares violentos tienden a trabajar menos horas y a ser menos productivas cuando trabajan, por la carga emocional y física que estas situaciones le implican.

Por lo que, a largo plazo, la violencia doméstica puede reducir el número de mujeres en la fuerza laboral, minimizar la adquisición de competencias y la educación de las mujeres, y resultar en una inversión pública menor en general, ya que se dedican más recursos públicos a servicios sanitarios y judiciales.

Lo cual está relacionado con las causas-raíz que fueron identificadas por el grupo de expertos como: poca inversión presupuestaria en políticas públicas (determinante sociopolítico), carencia de vivienda propia y digna (determinante circunstancias materiales), transmisión intergeneracional de patrones (determinante de comportamiento), poco personal para atención de violencia (determinante de servicios de salud), dependencia económica en personas vulnerables (determinante socioeconómico).

Se puede observar que los factores de riesgo para este evento son considerablemente modificables si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la multisectorialidad e interinstitucionalidad para maximizar los recursos a nivel del país.



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

En este paso el Equipo Local, retomó las causas raíz priorizadas por problema de salud y procedió a la identificación de los factores protectores y líneas de acción.

Para cada problema de salud se tomaron las causas raíz priorizadas y se identificaron los factores protectores del problema. La traducción de causa raíz a factor protector se realiza preguntándose: ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?

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

Es importante aclarar que las líneas acción pueden responder al ámbito de la prevención o promoción de la salud.

A continuación, se muestran las líneas de acción para cada uno de los problemas desarrollados en el apartado anterior:



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Enfermedades congénitas del Sistema Nervioso					
Dimensión	Causa raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Circunstancias	Uso de Agroquímicos	Seguridad alimentaria y nutricional	Integrar en los planes de capacitación de la COLEAMMI educación sobre alimentación saludable en mujeres en edad reproductiva y en estado de embarazo	CCSS	Ministerio de Salud
			Capacitación-Sensibilización a productores agrícolas	Ministerio de Agricultura y Ganadería	Cámara de comercio Ministerio de salud Universidades Grupos organizados
			Velar por el cumplimiento de la normativa sobre manejo de agroquímicos en la producción de alimentos	Ministerio de Salud	MAG SENASA Municipalidad ASADAS
			Incentivar alternativas saludables en la producción agrícola a micro productores	Ministerio de Agricultura y Ganadería	Municipalidad INA Universidades IMAS INAMU
Servicios de salud	Acceso a servicios de salud tardío	Atención integral a la mujer y la familia gestante	Brindar un servicio de cuidados maternos de calidad con equidad y calidez	CCSS	Consulta privada
			Capacitación constante en normativa vigente al personal de salud	CCSS	Ministerio de Salud



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Enfermedades congénitas del Sistema Nervioso					
Dimensión	Causa raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Nutrición inadecuada	Alimentación saludable	Divulgación de las guías de alimentación saludable	Ministerio de Salud	CCSS MEP CENCINAI
			Promover consumo de alimentos saludables en grupos específicos	CCSS	PANI IMAS INAMU Desarrollo social Ministerio de Salud MEP
			Sensibilizar a la población sobre consumo de micronutrientes saludables antes y durante el embarazo	CCSS – CENCINAI	Ministerio de Salud PANI INAMU Municipalidad MEP
Sociopolítico	Poca protección social del estado	Acceso de servicios institucionales	Divulgar oferta de servicios institucionales en comunidades vulnerables	Municipalidad (CCI)	Ministerio de Salud CCSS INAMU PANI Fuerza pública DINADECO Migración IMAS CENCINAI CONAPIS MEP



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Enfermedades congénitas del Sistema Nervioso					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Sociopolítico	Poca protección social del estado	Acceso de servicios institucionales	Realizar campañas de validación de derechos con la población	CCSS	
Socioeconómico	Acceso salud sexual y reproductiva	Promoción en salud sexual y reproductiva	Capacitar constantemente a los colaboradores del primer atención nivel de atención en la humanización de los servicios	CCSS	
			Brindar educación sobre salud sexual y reproductiva	CCSS	Ministerio de Salud
			Gestionar recurso humano especializado en obstetricia	CCSS	
			Realizar estrategias eficaces en la promoción y educación para la salud, del uso del ácido fólico en la prevención de las malformaciones congénitas	Ministerio de Salud	CCSS



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Tumores malignos					
Dimensión	Causa raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Inmunización	Aumento de coberturas de vacunas	Promover estrategias para aumentar la cobertura de vacunación hepatitis B y Virus del Papiloma Humano	CCSS	Ministerio de Salud MEP CENCINAI PANI IMAS
			Sensibilizar a la población sobre la importancia de la vacunación	CCSS- MS	ONG'S MEP PANI Universidades Empresas privadas IMAS INS
			Realizar campañas de prevención de Cáncer de Cérvix y mama	CCSS	MS
Comportamiento	Fumado y drogas	Habilidades para la vida	Formación en habilidades para la vida y prevención en el consumo de sustancias psicoactivas	IAFA	MS CCSS MEP <u>Municipalidad</u> INAMU IMAS PANI ONG'S



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Tumores malignos					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Fumado y drogas	Actividad física	Fomentar el deporte en las diferentes regiones en población vulnerable	CCSS- IAFA	Municipalidad MEP PANI MS
Servicios de Salud	Control Prenatal deficiente	Mejora en el control prenatal	Brindar capacitación constante al personal médico sobre la normativa vigente en la atención de la mujer embarazada	CCSS	Ministerio de Salud
			Mejorar la coordinación interinstitucional para brindar una atención más oportuna en estudios complementarios (ultrasonidos obstétricos) para velar por el cumplimiento de la norma	CCSS	<u>Ministerio de Salud</u>
Sociopolítico	Gobernanza en política alimentaria	Seguridad alimentaria y saludable	Divulgar información en: - Seguridad alimentaria y nutricional - Alimentación saludable - Guías alimentarias - Reducción del sodio	Ministerio de Salud	CCSS MEP MAG Municipalidad CENCINAI
Circunstancias	Deficiente acceso a bienes y servicios	Mejora en el acceso de los servicios de salud	Crear plan estratégico focalizado en mejorar el acceso y la atención en salud en población más vulnerable	CCSS	MS
			Gestionar personal de salud especializado para realización de consulta <u>extra-muro</u>	CCSS	



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Accidentes de Tránsito					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Circunstancias	Falta educación vial	Educación vial	Incentivar el planeamiento de campañas dirigidas hacia la población peatonal y los conductores de distintos medios de transporte, orientada hacia el cumplimiento de las normas de tránsito	COSEVI	Policía de tránsito Policía municipal MEP INS
Sociopolítico	Calles en mal estado	Implementación de un Sistema de Gestión de Activos Viales	Realizar un plan estratégico que pueda ayudar a los gobiernos locales en la optimización de los recursos para la conservación del patrimonio vial y priorización de las intervenciones	CONAVI	Municipalidad
Comportamientos	Imprudencia en carretera	Educación	Educación y Prevención sobre conducción temeraria y sensibilización de los medios de comunicación sobre accidentes de tránsito	COSEVI	CCSS Municipalidad Fuerza Pública Ministerio de Salud INS



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Accidentes de Tránsito

Dimensión	Causa raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamientos	Imprudencia en carretera	Educación	Implementar en los programas de estudio la materia de seguridad vial en los centros educativos	COSEVI MEP	COSEVI MEP INS
Socioeconómico	Vehículo en mal estado	Gestión y optimización	Optimizar el recurso disponible y gestionar la obtención de recurso vehicular a través de las diferentes necesidades locales	Gobierno central	COSEVI Municipalidad
Sociopolítico	Falta de personal	Gestión, sensibilización y capacitación	Gestionar la contratación de profesionales afines y sensibilizar y capacitar al personal existente para priorizar actividades	Gobierno central	COSEVI Municipalidad



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Neoplasias malignas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Citas prolongadas	Organizar el recurso humano para ampliar la cobertura y atención	Realizar plan estratégico de mejora para ampliar las jornadas de atención y la cobertura de citas de consulta externa y estudios diagnósticos	CCSS	Ministerio de Salud
Socioeconómico	Acceso a alimentación	Promover una cultura de alimentación consciente y saludable	Educación sobre factores protectores que promueven una alimentación sana y accesible	CCSS - MS	Municipalidad Universidades Colegio Profesional de Nutrición
			Promoción de hábitos higiénicos alimentarios seguros (horarios, lavado de alimentos,	CCSS - MS	Municipalidad Universidades Colegio Profesional de Nutrición
			Realización de planes alimenticios individuales por medio de PINEC y PADM	CCSS	Profesionales de nutrición Equipo interdisciplinario de CCSS
Sociopolítico	Deficientes programas preventivos en cáncer	Mejorar programas de prevención	Implementación de programas preventivos y estudios de diagnóstico temprano para neoplasias de mayor incidencia (gástrico, páncreas, mamas y próstata)	CCSS	MS Consulta Privada



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Neoplasias malignas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Falta equipo médico	Optimizar uso de equipo médico existente	Realizar plan estratégico de mejora para el uso óptimo del equipo y una cobertura de diagnóstico satisfactoria	CCSS	Ministerio de Salud
			Realizar campañas de salud para disminuir listas de espera	CCSS	Ministerio de Salud
Comportamiento	No realización de autoexamen	Realización correcta y periódica del autoexamen de mama	Educación y promoción de la técnica correcta, periodo y signos de alarma en la realización del autoexamen de mamas	CCSS MS ONG	Universidades Municipalidad INAMU



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Enfermedades Cardiovasculares					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Estrés	Uso de herramientas que favorezcan la relajación	Promover práctica de pausas activas y espacios de reposo	MTSS MS CCSS (sucursal, inspección)	CCSS
			Capacitación de patronos con respecto a las jornadas laborales, que se promueva el respeto a la jornada laboral y el aumento de recurso humano generando empleabilidad y disminuyendo cargas laborales	MTSS MS CCSS (sucursal, inspección)	CCSS
Comportamiento	Falta de actividad física	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física	Municipalidad Asociaciones de desarrollo Empresa privada	ICODER MSP Asociaciones de Desarrollo
			Incorporar a promotores de la actividad física en el primer nivel de atención de la salud	CCSS - <u>CCD</u> RECAFIS Municipalidad Asociación Integración de instituciones públicos y privados MEP	MS MTSS



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Enfermedades Cardiovasculares					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Poco acceso a los servicios de salud	Mejorar el acceso a los servicios de salud en localidades alejadas	Fortalecer el sistema de referencia a los servicios por parte de los ATAP en localidades de difícil acceso	CCSS MS Asociación de Desarrollo Educadores comunales	INA IMAS
			Campañas de capacitación para uso de EDUS	CCSS	MS
			Capacitación a VOS en la prevención de enfermedades cardiovasculares	CCSS	MS
Socioeconómicos	Condiciones de trabajo	Incentivar mejores condiciones de trabajo basándose en el bienestar integral del colaborador	Promover el respeto a los horarios de alimentación durante las jornadas laborales	MTSS MS CCSS	CCSS
Sociopolíticos	Falta promoción y prevención de la salud	Ampliar los programas de promoción y prevención en salud y dar seguimiento	Fortalecimiento de los programas de prevención, por medio de educación y atención diferenciada para el seguimiento de pacientes con estas patologías, sus cuidados y tratamiento	CCSS Comunidad	Ministerio de Salud
			Gestionar R.H para fortalecer los programas de prevención y promoción	CCSS	



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Enfermedades Endocrinas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Socioeconómico	Nivel socioeconómico bajo	Socialización de ofertas laborales y apoyos económicos	Promoción y divulgación de oferta de empleo local	MTSS IMAS ONG	Municipalidad SC INA Universidades Asociaciones de Desarrollo
			Socialización de programas de ayudas de instituciones gubernamentales y ONG	MTSS IMAS ONG	Municipalidad SC INA Universidades
Circunstancias	Visión positivista (poco valor estadístico)	Obtener datos estadísticos y reales	Promover la atención dirigida a la población que padece DM y su seguimiento. Además de la sensibilización de esta patología a la población	CCSS MS	Consultorios privados Empresa privada (medicina de empresa)
			Seguimiento del ministerio de salud en el cumplimiento de la notificación obligatoria	CCSS MS	Consultorios privados Empresa privada (medicina de empresa)
Servicios de Salud	Cultura de enfermedad (poca educación población)	Promoción de la salud	Desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad y educación temprana en hábitos saludables y actividad física	CCSS MS ICODER MEP	Universidades Colegio Profesional de Nutricionistas de Costa Rica Municipalidad Asociaciones de Desarrollo



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Enfermedades Endocrinas

Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Sociopolítico	Falta promoción y prevención	Alimentación saludable y actividad física	Promover el empoderamiento y participación de las personas para favorecer capacidades de identificación de factores protectores y de riesgo, en busca de ambientes y comunidades saludables.	CCSS	MS Municipalidad San Carlos (Comité Cantonal De Deportes) Universidades Asociación de desarrollo
Servicios de Salud	Poco acceso a los servicios de Salud	Servicio especializado multidisciplinario	Fortalecer los programas de seguimiento a enfermedades no transmisibles	CCSS	Ministerio de Salud



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Aumento de la delincuencia					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Sociopolítica	Poco interés del estado en mitigar la delincuencia	Seguridad ciudadana	Crear alianzas interinstitucionales para aumentar la cobertura del programa de seguridad comunitaria	Ministerio de Seguridad Pública	Ministerio de Salud Ministerio de cultura de paz Municipalidad Fuerza pública Ministerio Público
Socioeconómica	Desempleo	Divulgación de oferta local	Promover la oferta de empleo local mediante alianzas público - privadas (ferias de empleo)	Municipalidad	Ministerio de trabajo INS Universidades Empresa privada <u>ONG's</u> Cámara de Turismo y Comercio INA
Comportamiento	Uso, abuso de drogas	Prevención del consumo	Desarrollar programas educativos de prevención del consumo	IAFA	MEP INA MS Fuerza Pública PANI <u>Municipalidad</u> Empresas privadas <u>ONG's</u>
Comportamiento	Problemas familiares	Habilidades para resolución de conflictos	Desarrollar procesos formativos y habilidades para la vida y crianza responsable	Ministerio de Justicia y Paz	MEP CCSS MS INAMU CENCINAI <u>Municipalidad</u> IMAS Subsistema Local de <u>Protección</u> PME



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Aumento de la delincuencia

Dimensión	Causa raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Falta de acciones en prevención primaria	Educación	Desarrollar proyectos de habilidades para la vida, cultura de paz y prevención de violencia social	CCI Red VIFA	MS Ministerio de Justicia y paz MEP Municipalidad Fuerza Pública INAMU PANI Centro cívico INA



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Abuso y consumo de Drogas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Sociopolítico	Uso vapeadores	Información y Comunicación	Desarrollar estrategias de divulgación y sensibilización sobre el fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas	IAFA	MS CCSS Fuerza Pública MEP
		Sensibilización en temas específicos	Elaborar e implementar tácticas de comunicación sobre los riesgos del uso de vapeadores dirigidas a la población adolescente y adultos jóvenes	IAFA	Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Cultura y Juventud: Consejo Persona Joven y Gestión Cultural MEP PANI Fuerza Pública
Circunstancias	Falta de espacios de recreación	Alternativas de Uso del tiempo Libre	Promover opciones de practica de actividad física dirigidas a diferentes grupos etarios	Municipalidad Comités de Deporte y Recreación	ICODER IAFA MS RECAFIS Municipalidad Empresa Privada CCSS Ministerio de Cultura y Juventud: Consejo Persona Joven y Gestión Cultural MEP Asociaciones de Desarrollo



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Abuso y consumo de Drogas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Circunstancias	Falta de espacios de recreación	Alternativas de Uso del tiempo Libre	Implementar acciones de promoción de salud mental y autocuidado dirigidas a diferentes grupos de población	Ministerio de Salud	IAFA PANI Municipalidad CCSS MEP Fuerza Pública Universidades Líderes comunales ONG
			Promover acciones de convivencia grupal y promoción del sentido de pertenencia a la comunidad, tales como festivales, ferias, convivios, encuentros, carreras, rallies o similares	IAFA	MS CCSS PANI Municipalidad MEP Ministerio de Cultura y Juventud: Consejo Persona Joven y Gestión Cultural Fuerza Pública Universidades Líderes comunales ONG



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Abuso y consumo de Drogas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Estrés	Formación en habilidades para la Vida – Autocuidado	Desarrollar acciones interinstitucionales e intersectoriales para promoción de habilidades para la vida y estilos de vida saludable en ámbitos familiar, escolar y comunitario	Subsistema CCCI Ministerio de Salud	IAFA PANI Municipalidad CCSS MEP Ministerio de Cultura y Juventud: Consejo Persona Joven y Gestión Cultural Fuerza Pública Ministerio de Justicia y Paz Ministerio de Cultura ONG
	Ansiedad	Formación en Habilidades para la Vida	Fortalecer el desarrollo de habilidades sociales y competencias personales de padres, madres y encargados de personas menores de edad, orientadas a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias	IAFA	IMAS MEP MS PANI Municipalidad CCSS Fuerza Pública Empresa Privada



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Abuso y consumo de Drogas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Ansiedad	Formación en Habilidades para la Vida	Impulsar acciones de promoción de factores protectores y prevención de consumo de sustancias psicoactivas en centros de trabajo, dirigidos a población adulta	IAFA	MS CCSS Municipalidad ONG Empresa Privada
			Desarrollar espacios de formación en habilidades para la vida dirigidas a niños, niñas y adolescentes	PANI	MS CCSS Ministerio de Cultura y Juventud: Consejo Persona Joven y Gestión Cultural Fuerza Pública Ministerio de Justicia y Paz Ministerio de Cultura MEP
		Detección y Atención Temprana	Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de atención primaria de salud	CCSS	MS IAFA



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Abuso y consumo de Drogas					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Falta capacitación a personal que atiende consumidores	Formación y Capacitación Permanente	Desarrollar programas de capacitación continua al personal de atención sobre el abordaje integral de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas	IAFA	CCSS ONG
			Capacitar al personal de salud para detección del consumo problemático y su tratamiento o derivación de acuerdo con la complejidad	IAFA	CCSS ONG



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Ineficiencias en el sistema de servicio de salud					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Personas con mal uso de servicios de salud	Sensibilización y educación	Capacitar al personal de salud sobre atención de la población considerando el ciclo de vida y los escenarios de familia y comunidad	CCSS	MS Municipalidad Universidades
			Desarrollar acciones de sensibilización y educación en salud desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidos a diferentes grupos poblacionales	CCSS	MS Municipalidad Universidades Junta de Salud Comités y voluntarios en salud
Circunstancias	Brecha de recurso Humano	Aumento de Recurso Humano	Realizar un diagnóstico de necesidades de recurso humano mediante estudio de brechas institucional	CCSS	Ministerio de Salud
			Abogar por la dotación de recurso humano requerido para completar la plantilla de los equipos de apoyo locales	CCSS	Ministerio de Salud



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Ineficiencias en el sistema de servicio de salud					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de salud	Estrés del personal de salud	Espacios Institucionales de Autocuidado	Programar espacios de autocuidado para el personal de salud que promuevan la salud mental	CCSS	MS PANI Municipalidad Ministerio de Cultura y Juventud: Gestión Cultural Universidades Líderes comunales ONG
		Capacitación y sensibilización	Sensibilizar y capacitar al personal de salud en ejes como: habilidades para la vida, humanización de los servicios, funcionamiento institucional, red de servicios, atención al usuario, resiliencia, entre otros	CCSS	MS IAFA INA Municipalidad Universidades
Circunstancias materiales	Ausentismo de la población	Alianzas intersectoriales y atención extra-muro	Desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención - atención de la enfermedad en espacios comunitarios y laborales	CCSS	INS Empresa privada Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales ONG Ministerio de Salud Municipalidad MEP



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Ineficiencias en el sistema de servicio de salud

Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Contexto Sociopolítico	Poca Capacidad para atención de pacientes	Mayor recurso humano y financiero	Realizar diagnóstico local de necesidades de salud de la población y de requerimientos institucionales para su atención	CCSS Ministerio de Salud Gobierno Central	Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales (Junta de salud) ONG
			Dotar recurso material y humano que promueva la capacidad operativa de las Áreas de Salud	CCSS Ministerio de Salud Gobierno Central	Ministerio de Salud Asociaciones de Desarrollo Líderes comunales (Junta de salud) ONG Municipalidad Diputados



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Deterioro de la Salud Mental					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Sociopolítico	Poca inversión en presupuesto o para política pública	Abogacía presupuestaria	Gestionar desde los espacios políticos y administrativos, el presupuesto necesario para la ejecución y cumplimiento de la normativa vigente	STSM Ministerio de Salud	CCSS INAMU Universidades IAFA Municipalidades PANI IMAS
Circunstancias	Condiciones de trabajo inadecuadas	Promoción de la importancia de la Salud Ocupacional	Promover alternativas para trabajar la Salud Mental en los centros de trabajo, sensibilizando sobre la importancia de generar espacios de promoción de la salud a través de habilidades blandas	Consejo Salud Ocupacional-Ministerio de Trabajo	Todas las instituciones Sector privado (las diversas cámaras y afines)
Comportamiento	Estilos de vida poco saludables	Formación en Habilidades para la Vida y promoción de la Salud	Implementar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de habilidades para la vida y estilos de vida saludable en diferentes ámbitos como el familiar, educativo, laboral y comunitario	Consejo Salud Ocupacional-Ministerio de Trabajo	Todas las instituciones Sector privado
Comportamiento	Aumento de población con trastornos mentales	Promoción de factores protectores como el Autocuidado de la Salud Mental	Fortalecer el desarrollo de habilidades blandas y competencias personales orientadas al autocuidado de la Salud Mental, en la población con mayor riesgo o vulnerabilidad, a la familia y comunidad	Ministerio de Salud Instituciones del Sector Público	Fuerza pública <u>Universidades</u> IAFA ILAIS MEP Redes de Cultura de Paz, Subsistema Niñez y Adolescencia Sector privado CCSS Asociaciones de Desarrollo Municipalidades



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Deterioro de la Salud Mental					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Aumento de población con trastornos mentales	Prevención de factores de riesgo	Acciones intersectoriales e interinstitucionales para la prevención del riesgo suicida, con énfasis en áreas geográficas de mayor vulnerabilidad, mediante el fomento de factores protectores de la salud mental a lo largo del ciclo de la vida con el fin de favorecer un óptimo desarrollo integral de las personas.	Ministerio de Salud	ILAIS
			Estilos de vida saludable	Ministerio de Salud	ILAIS
Servicios de Salud	Poca oportunidad de atención a personas con problemas mentales	Gestión, sensibilización y capacitación permanente	Gestionar la contratación de profesionales en Salud Mental, para aumentar la cobertura de la atención de la Salud Mental en los servicios de salud.	CCSS Gobierno Central	Ministerio de Salud Municipalidad IAFA
			Sensibilización del personal de salud que atiende a la población con afectaciones emocionales y psicológicas, para fortalecer las acciones de detección temprana e intervención oportuna de los trastornos mentales.	IAFA CCSS Ministerio Público	Ministerio de Salud Municipalidad IAFA Fuerza Pública



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Deterioro de la Salud Mental					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Poca oportunidad de atención a personas con problemas mentales	Gestión, sensibilización y capacitación permanente	Desarrollar programas de capacitación continua al personal de atención sobre el abordaje integral de las personas con problemas relacionados a las Salud Mental.	CCSS	Ministerio de Salud IAFA



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Aumento de Violencia Intrafamiliar					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Sociopolítico	Poca inversión presupuestaria en políticas públicas	Abogacía presupuestaria	Gestionar desde los espacios políticos y administrativos, el presupuesto necesario para la ejecución y cumplimiento de la normativa vigente.	INAMU Gobierno Central (diputados)	Ministerio de Salud CCSS MEP IAFA PANI IMAS Municipalidad Poder Judicial Fuerza Pública
Circunstancias	Carencia de vivienda propia y digna	Información orientada al aprovechamiento de servicios institucionales	Brindar información sobre la oferta de servicios institucionales de protección dirigidas a jefas de hogar.	Municipalidad INVU	IMAS INA Ministerio de Salud CCSS Universidades Municipalidad Poder Judicial INAMU Cooperativas MIVAH BAHNVI
			Brindar información y creación sobre programas de acceso a vivienda para las familias en condición económica media y baja	INVU Gobierno Central Poder Legislativo Sector Bancario Cooperativas	Sector Público y Privado Sector cooperativo



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Aumento de Violencia Intrafamiliar					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Transmisión intergeneracional de patrones	Psicoeducación en prevención de la violencia y habilidades para la vida	Desarrollo de acciones de sensibilización, capacitación y formación para la promoción de una cultura de igualdad y no violencia, dirigidas a la población	CCSS MEP Gobierno Local Sector Público Ministerio de Salud	Subsistema Local de Protección de PMI Red VIF ILAIS CEINAA MEP Municipalidad (Alianza con WEM) Universidades PANI Instituciones Público-privadas Medios comunicación CONAPDIS
Servicios de Salud	Poco personal para atención de violencia	Gestión, sensibilización y capacitación permanente	Gestionar la contratación de profesionales para la atención de la violencia, para aumentar la cobertura en los servicios de salud	Gobierno Central Poder Legislativo	Ministerio de Salud Municipalidad IAFA PANI CCSS INAMU CONAPDIS Poder Judicial Fuerza Pública Ministerio Público
			Desarrollar programas de capacitación continua al personal de atención sobre el abordaje integral de las personas afectadas por violencia.	INAMU-CCSS	Ministerio de Salud IAFA Poder Judicial Municipalidad PANI Red VIH Fuerza Pública



Identificación de factores de protección y líneas de acción para Aumento de Violencia Intrafamiliar					
Dimensión	Causasraíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Poco personal para atención de violencia	Gestión, sensibilización y capacitación permanente	Sensibilización del personal de salud que atiende a la población con afectaciones por violencia para fortalecer las acciones de detección temprana e intervención oportuna.	INAMU-CCSS	Ministerio de Salud Municipalidad IAFA PANI Red VIF
Socioeconómico	Dependencia económica en personas vulnerables	Información sobre ofertas de servicios institucionales	Brindar información sobre la oferta de servicios institucionales de protección dirigidas a toda persona con vulnerabilidad que está viviendo una situación de violencia	MS CCSS Red VIF Sector Estatal	IMAS INAMU CEINAA INA



Validación de las líneas de acción con la comunidad

Una vez que el Equipo Local realizó el paso anterior, se procedió a validar con la comunidad y expertos las líneas de acciones identificadas y la realización de los ajustes necesarios.

Para la validación de las líneas de acción se realizó una convocatoria tanto a actores sociales de la comunidad como de expertos de las diferentes instituciones involucradas en la resolución de las diferentes causas raíz de cada problema identificado, se realizó una presentación oral en la cual se presentó la diferente metodología aplicada en el transcurso de los 2 talleres anteriores; además se explicó que previo a este tercer taller se realizó una descripción general del evento basados en estadística actual nacional e internacional, se hizo una descripción de las causas raíz priorizadas en relación a los diferentes determinantes de salud para finalmente realizar un acercamiento a las líneas de acción (propuesta inicial) para que en este tercer taller sean los actores invitados quienes validen y realicen los ajustes necesarios de cada una de estas líneas.

En el apartado anterior se puede observar estas líneas de acción ya validadas y con los ajustes aportados por la comunidad.



ANEXOS

ANEXO 1

Tabla de Indicadores y sus definiciones

Tabla de Indicadores		
Indicadores Sociales		
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
01	Tasa de alfabetización	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.
02	Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más	Cociente que representa el dividir la población de 5 años y más que asiste a la educación regular entre el total de la población de 5 años y más, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje.
03	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).
04	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).
05	Consumo de drogas en población de 12 a 70 años (cuál, se debe especificar no hay un dato general que las agrupe. Tenemos los datos para cada una de las legales e ilegales (tabaco, alcohol, m.tranquilizantes,m.opioides, m.estimulantes) (marihuana,cocaína, crack,disolventes volátiles,heroína, hongos alu.,LSD, éxtasis)). Se tiene la prevalencia del consumo en el último mes o consumo activo para cada una	Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de drogas en el último mes: proporción de personas en una población que consumieron drogas durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también consumo activo.
06	Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años (Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes)	Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de alcohol en el último mes: Proporción de personas en una población que consumieron alcohol durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también consumo activo.
07	Edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años	Valor de la media para el Indicador de la edad de inicio de uso de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años
Indicadores Demográficos		
08	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).
09	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).
10	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.
11	Razón Mujer-Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total.
12	Razón de dependencia demográfica	Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años más la población de 65 y más años; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años. Todo para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS)
13	Razón o Índice de envejecimiento	Número de personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total.
14	Total de nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados.
15	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.
16	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).
17	Media anual de defunciones	Número total de defunciones para un



		determinado país territorio o área geográfica.
18	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.
Indicadores Ambientales		
19	Manejo de residuos (N° Total de viviendas por sistema de eliminación de residuos)	Frecuencias absolutas de las viviendas según sistemas de eliminación de residuos.
20	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.
Indicadores de Servicios de Salud		
21.	Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna	Porcentaje de personas vacunadas según los datos del Programa ampliado de inmunizaciones
22	Distribución relativa de la población de 6 a 12 años	Agrupación de las frecuencias relativas por categorías del IMC para la



	según índice de masa corporal *(Para población de 6-12 años del censo escolar 2016)	población de 6 a 12 años
23.	Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva	Cociente de dividir el el número absoluto de casos de Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva entre el número total de casos de tuberculosis pulmonar
24.	Tasa de incidencia de las principales Neoplasias malignas	El cociente de dividir el número absoluto de las principales neoplasias malignas entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000
25.	Tasa de incidencia VIH	El cociente de dividir el número absoluto de casos VIH entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000
26.	Tasa de incidencia SIDA	El cociente de dividir el número absoluto de casos SIDA entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000
27.	Razón hombre/mujer en casos de SIDA	Número de hombre con SIDA por cada 100 mujeres con SIDA multiplicado por 100
Salud Mental		
28.	Razón de Psiquiatras	Se entiende por profesionales en medicina especialistas en siquiatría: Todos aquellos que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. como médicos especialistas en siquiatría y que cumplan con los requisitos establecidos por el Colegio de Médicos y Cirujanos para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras. Número de profesionales en psiquiatría activos por cada 1000 habitantes
29.	Razón de Psicólogos	Se entiende por profesionales en



		psicología: Todos aquellos que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras. Número de profesionales en psicología activos por cada 10000 habitantes
30.	Razón de Trabajadores Sociales	Se entiende por profesionales en Trabajo Social: Todos aquellos que han concluido sus estudios universitarios y que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Profesionales en Trabajo Social de Costa Rica y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras. Número de trabajadores sociales activos por cada 10000 habitantes
31.	Razón de enfermeras de Salud Mental	Los profesionales en enfermería de salud mental activos se refieren a aquellos que han concluido sus estudios universitarios y se han especializado en salud mental; que se encuentran debidamente incorporados y autorizados por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Esto incluye: Enfermeros especialistas en Salud Mental que cumplan con los requisitos establecidos por el Colegio de Enfermeras para el ejercicio de la profesión y que se encuentren al día con sus responsabilidades financieras. No incluye: Auxiliares de Enfermería, Asistentes de Pacientes y cualquier otra ocupación afín que no cuente con un título de Licenciatura en Enfermería. Número de enfermeros(as) de salud mental activos (as) por cada 1000 habitantes



32.	Tasa de trastorno bipolar afectivo	Número de casos reportados de trastorno afectivo bipolar por cada 100000 habitantes en una población estimados em determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10. Número de casos de trastorno afectivo bipolar / Número total de población) x 100.000 (Edad y sexo).
33.	Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	Número de casos reportados de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas por cada 100000 habitantes en una población estimados em determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10. número de casos de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas / población *10.000 (o 100.000)
34.	Tasa de esquizofrenia	Número de casos reportados de Esquizofrenia por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10. No. de casos de Esquizofrenia / No. total de población) x 100.000 (Edad y sexo).
35.	Tasa de depresión	Número de casos reportados de depresión por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10. No. de casos de depresión/ No. total de población) x 10.000 (Edad y sexo).
36.	Tasa de suicidio	La Mortalidad por Suicidio es el número total de defunciones estimadas por suicidio en una población total o determinado por sexo y/o edad dividida por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes. No. total de defunciones estimadas por suicidio en una población / No. Total de población)



		x 1000 (Edad y sexo).
37.	Tasa de Violencia	No. total de casos de violencia en una población / No. Total de población) x 1000 (Edad y sexo).

ANEXO 2

Guía para el Desarrollo del Estado de Salud Mental de la Población

I. Justificación (asegurar de incorporar el componente de salud mental).

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

III. Determinantes de la Salud Mental

3.1 Factores biológicos

3.2 Factores sociales y económicos

3.3 Factores psicológicos

3.4 Oferta de Servicios de Salud

IV. Principales problemas de salud mental identificados (de acuerdo con el análisis de los indicadores proporcionados e identificados.)

4.1 Trastornos mentales y del comportamiento

4.2 Suicidio

4.3 Violencia intrafamiliar

4.4 Estigma

4.5 Farmacodependencia

V. Organización de servicios de salud mental

5. 1 Oferta de servicios de salud mental a nivel público (Tomar en cuenta los 3 niveles de atención y otras instituciones públicas)

5.1.1 Recursos humanos en salud mental. (psicólogos, trabajadores sociales, Enfermera Salud mental, médicos psiquiatras, médicos y sus especialidades.)

5.2 Oferta de Servicios de salud mental a nivel privado (incluir ONGS).



5.3 Redes comunitarias.

5.4 Otros

5.5 Proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción y prevención en salud mental. O actividades exitosas dirigidos a la comunidad sobre salud mental (Breve descripción, objetivos y logros).

5.6 Investigaciones en salud mental del último quinquenio (identificadas en su comunidad).

5.7 Identificación de sistemas de Información en salud mental.

VI. Análisis de los 3 principales problemas identificados en la comunidad desde la perspectiva de los actores sociales estratégicos.

6.1. Identificar las poblaciones con mayor vulnerabilidad a las afecciones en salud mental.

ANEXO: 3

La Incorporación de la guía (anexo 1), dentro de la estructura de la Guía metodológica de ASIS es la siguiente.

I. JUSTIFICACIÓN

1. Introducir la definición de Salud Mental y la importancia de realizar un diagnóstico en el tema.

2. Selección de los indicadores

• En el Indicador de Servicios, se de incluir:

- ✓ Razón de Psiquiatras
- ✓ Razón Psicólogos
- ✓ Razón Trabajadores Sociales
- ✓ Razón Enfermeras de Salud Mental.

Incluir un apartado 5, que se va a llamar Indicadores relacionados con Salud Mental. Se puede dar un breve resumen de los factores sociales, económicos, biológico y psicológicos:



- ✓ Tasa de trastorno bipolar afectivo
- ✓ Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.
- ✓ Tasa de esquizofrenia
- ✓ Tasa de Depresión
- ✓ Trastornos mentales y del comportamiento
- ✓ Tasa de suicidio
- ✓ Tasa de Violencia

3. Caracterización del entorno

Descripción de características de presencia de riesgos, un quinto apartado de Salud Mental, que incluya:

- ✓ Oferta de servicios en salud mental a nivel público.
- ✓ Oferta de servicios de salud mental a nivel privado (Incluir ONGs)
- ✓ Redes comunitarias
- ✓ Proyectos o actividades implementadas en el último quinquenio
- ✓ Investigaciones en salud mental en el último quinquenio
- ✓ Identificación de sistemas de Información en salud mental.
- ✓ Otros (Incluyendo un análisis integral, tomando en cuenta los factores protectores identificados en la comunidad (Por ejemplo, factores protectores que se ubican dentro de los determinantes sociales, económicos y culturales son: espacios públicos de recreación y tiempo libre según categoría (parques, centros recreativos, escuelas de arte, música, yoga entre otros. (puede ser representado en figuras como tablas, gráficos u otros, con su respectivo análisis).

4. Priorización de los problemas

- Metodología de priorización del equipo ASIS basado en mortalidad, este apartado no se realiza desde la Salud Mental.



- Priorización de los problemas de salud con la comunidad, se utilizó la misma metodología del ASIS.

- Análisis de los 3 principales problemas identificados relacionados con salud mental, en la comunidad desde la perspectiva de los actores sociales estratégicos.

*Para lo anterior mencionado ver apartado priorización de problemas

5. Análisis de los problemas priorizados

Esta sección se utiliza la misma metodología que el ASIS, solamente se hace un apartado exclusivo para Salud Mental:

- ✓ Identificación de las causas raíz, sus causas secundarias y terciarias del problema de salud

- ✓ Análisis de las causas raíz con los expertos

- ✓ Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

- ✓ Identificación de las líneas de acción para incidir sobre las causas raíz priorizadas

*Ver apartado Análisis de los problemas priorizados.

6. Validación de las líneas de acción con la comunidad

- Esta sección utiliza la misma metodología que el ASIS, solamente se hace un apartado exclusivo para Salud Mental.



ANEXO 4. Fotografías de los talleres realizados

Imagen 1-4. Taller 1. Priorización de problemas de salud con la comunidad





Imagen 5-8. Taller 2. Análisis de los problemas priorizados con expertos





Imagen 9-10. Taller 3. Validación de las líneas de acción con la comunidad





Bibliografía

1. OMS. La Atención Primaria de la Salud. Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la Salud en el Mundo. ISBN 978 92 4 356373 2. Ginebra, 2008 Citado 25/3/2010. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf 154 pp.
2. Méndez A, Ponzo J, Rodríguez M. Promoción de Salud. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. 1ra. Ed. Montevideo. Oficina del Libro. Fefmur. 2008. p. 27-37.
3. Palacios D. la construcción moderna de la Enfermería. Cultura de los Cuidados 2007; 6(22): 26-32. [Links]
4. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 499-503. [Links]
5. De la cuesta C. Investigación cualitativa y enfermería de salud mental. Rev Presencia; 2007. 3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n6/81articulo.php> (acceso 03/07/2011). [L Miller AB, Baines CJ. The role of clinical breast examination and breast self-examination. Prev Med. 2011; 53(3):118-20. [Links]
6. Panieri E. Breast cancer screening in developing countries. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2012; 26(2):283-90.
7. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2015 (Citado el 05 de octubre de 2015). Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/index3.html> [Links]
8. Organización Mundial de la Salud. (2015). Consultado en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354365/WHO-NMH-NVI-15.6-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Ministerio de Salud de Costa Rica. (2019). Consultado en <https://www.binasss.sa.cr/opacms/media/digitales/An%C3%A1lisis%20Integral%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud.%20Costa%20Rica%202019.pdf>
9. Arias et al. (2023). Consultado el https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj m5YPjqsGAxV3mIQIHHLkCBkQFnoECDkQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.tec.ac.cr%2Findex.php%2Finvestiga_tec%2Farticle%2Fdownload%2F6627%2F6401&usg=A OvVaw1hZsUwf-VLwOmQtrY0SljH&opi=89978449



10. Consejo de Seguridad Vial. (2023). Consultado en <https://www.csv.go.cr/quienes-somos>. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
11. De Andrés, S. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas de Enfermería*. 20 (2), 18-24. Disponible en: <https://bit.ly/3ulkmHM>
12. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia VI encuesta nacional 2015 (2018): Consumo de drogas en Costa Rica / IAFA. --[1a. ed.]-- San José, Costa Rica
13. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia V Encuesta Nacional sobre consumo de sustancia psicoactivas en población de Educación Secundaria, 2018 (2019). Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Área Técnica, Proceso de investigación. --[1a. ed.]-- Costa Rica.
14. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2020). Adherencia al Tratamiento en los servicios ambulatorios del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, Costa Rica 2019-2020/ William Chacón Serrano investigador; colaboradores: Mario Rojas León, Álvaro Dobles Ulloa, 1ª-ed, Costa Rica.
15. Pons, Xavier (2008). Modelos Interpretativos del Consumo de Drogas. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006
16. Asamblea Legislativa de Costa Rica (1943) Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
17. Caja Costarricense del Seguro Social (2019). Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.
18. Caja Costarricense del Seguro Social (2021). Memoria Anual de la Caja (2020). Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/4033>
19. Defensoría de los Habitantes (2021). Atención de otros padecimientos sufrió alto impacto negativo por la focalización en el Covid-19. Defensoría lanza Segunda Alerta Roja por el estado de las Listas de Espera: Informe enciende luces rojas. 10 de mayo de 2021. Disponible en http://www.dhr.go.cr/informacion_relevante/acciones_dhr_covid19/acciones_2021/fecha_10_05_2021.pdf



20. Estado de la Nación y CONARE (2022). Seguimiento a los indicadores de cobertura, calidad y financiamiento de los servicios de salud / José Francisco Pacheco Jiménez y Déborah Itriago Henríquez. Datos electrónicos, San José, C.R
21. Macaya, Román. Expresidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (2018-2022). Entrevista realizada el 23 de junio de 2022.
22. OMS/Banco Mundial. 2021. Tracking universal health coverage 2021. Global Monitoring Report. Conference edition, págs. 62-66. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
23. OPS. 2019. Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>
24. Pinzón Flórez, Carlos E. y otros (2016). Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la “Salud Universal” en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2016;39(6):330–40. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28548/v39n6a3330340.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Sáenz, María del Rocío y otros. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2: S156-S167. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es/>
25. Trastornos metabólicos Medline Plus en Español <https://medlineplus.gov/spanish/metabolicdisorders.html#:~:text=Un%20trastorno%20metab%C3%B3lico%20ocurre%20cuando,Existen%20diferentes%20grupos%20de%20trastornos>
26. Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Caja Costarricense De Seguro Social, Costa Rica 2009.
27. Guía Para La Atención De La Persona Con Diabetes Mellitus Tipo 2. Tercera Edición Caja Costarricense del Seguro Social, 2020.