



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

Análisis de la Situación Integral de Salud

San Ramón, 2023

**Dirección Regional Rectoría de la Salud Central Occidente
Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón**

Presentación

Documento elaborado por:

Licda. Carmen Lidia Céspedes Arias

Lic. Danny Villalobos Castro

Licda. Heidy Mejía Arias

Dra. Mayrim Carvajal Salas

Licda. Rosa María Chaves Jiménez

Bach. Sergio Ruíz Dinarte

Dra. Ana Isabel Rodríguez Sánchez

Dra. Sendy Rojas Arias

Director del Área Rectora de Salud: Dr. William Barrantes Barrantes

“ El ejercicio es clave para la
salud física y de la mente”
Nelson Mandela, político

Tabla de contenido

Lista de Abreviaturas	7
Justificación	9
Objetivos.....	10
General.....	10
Específicos	10
Metodología.....	11
Selección de indicadores	12
Caracterización del entorno	20
Capítulo I. Descripción de las Características Geográficas	21
Límites geográficos	21
Extensión territorial.....	22
Zonas protegidas (áreas silvestres protegidas)	22
Capítulo II. Descripción de las Características Demográficas	28
Crecimiento poblacional.	28
Razón de envejecimiento	29
Pirámide poblacional	30
Mortalidad materna, perinatal e infantil.....	31
Proporción de personas por curso de vida	32
Dependencia demográfica.....	33
Población urbana y rural	34
Capítulo III. Descripción de las Características Socioeconómicas	36
Organización política local.....	36
Organización social	37
Organización económica.....	45
Capítulo IV. Descripción de las Características en Salud.....	51
Equipos Básicos de Atención Primaria de San Ramón	51
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.....	53
Mujeres gestantes en el 2022.	54

Establecimientos privados.....	55
Coberturas de vacunas, 2022	56
Eventos de notificación obligatoria, 2022	58
CEN-CINAI en San Ramón	62
Incidencia de Neoplasias Malignas	63
Virus de Inmunodeficiencia Humana	63
Tuberculosis.....	65
Capítulo V. Descripción de Características de Presencia de Riesgos.....	66
Residuos Sólidos	66
Fuentes mejoradas de agua potable.	69
Aguas residuales.....	71
Priorización de los problemas en mortalidad.....	74
Priorización de los problemas de salud con la comunidad	78
Análisis de los problemas priorizados	78
Identificación de las causas raíz, causas secundarias y terciarias del problema de salud	79
Análisis de las causas raíz con criterios de priorización	88
Identificación y validación de las líneas de acción y factor de protección sobre las causas raíz priorizadas	89
Debilitamiento de los Servicios de Salud.....	89
Deficiencia en los programas de promoción y prevención del cáncer en adulto joven y adultez	100
Inadecuada disposición y manejo de las aguas residuales.....	106
Prematuridad y bajo peso al nacer: principal causa de mortalidad en menores de 1 año	114
Infecciones respiratorias superiores agudas en grupo de edad de 1 a 9 años.....	118
Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón en el grupo de edad de 20 a 64 años...	122
Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón en el grupo de edad mayores 65 años.	126
Análisis de Situación Integral de Salud Mental.....	130
Introducción	130
Marco conceptual	130
Determinantes de la Salud Mental	131

Determinantes biológicos:	131
Factores sociales, económicos y culturales:.....	131
Determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud:	132
Determinantes ambientales:.....	132
Principales problemas de salud mental identificados	133
Indicadores de Salud Mental.....	135
El Trastorno Afectivo Bipolar:	135
Esquizofrenia	136
Intento de Suicidio.....	136
Depresión.....	137
Organización de servicios de salud mental	139
Oferta de servicios de salud mental a nivel público	139
Oferta de servicios de salud mental a nivel privado	139
Redes comunitarias.....	140
Proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción y prevención en salud mental.....	142
Análisis de los principales problemas identificados en la comunidad desde la perspectiva de los actores sociales estratégicos.....	143
Deficiencia en la ejecución de las Política Publica de Salud Mental	143
Identificación de la población con mayor vulnerabilidad a las afecciones en salud mental	146
Suicidio: principal causa de muerte en población de 10 a 19 años.....	146
Identificación de sistemas de Información en salud mental.....	153
Conclusiones.	153
Bibliografía consultada.....	154

Lista de Abreviaturas

ACM	Asociación Conservacionista de Monteverde
AGECO	Asociación Gerontológica Costarricense
ASADA	Asociaciones administradoras de los Sistemas de Acueductos y Alcantarillados
ASIS	Análisis de la Situación Integral en Salud
ASSR	Área de Salud de San Ramón de la CCSS
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
AYA	Acueductos y Alcantarillados
BEN	Bosque Eterno de los Niños
BPN	Bajo peso al nacer
CBA	Canasta Básica Alimentaria
CBNA	Canasta Básica No Alimentaria
CBT	Canasta Básica Total
CCCI	Concejo Cantonal de Coordinación Institucional
CCP	Centro Centroamericano de Población
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEN-CINAI	Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CI	Cardiopatía Isquémica
CILOVIS	Comisión Local de Vigilancia de la Salud
COLEAMMI	Comisión Local de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil
DARS-SR	Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón
DIGECA	Dirección de Gestión de Calidad Ambiental del MINAE
DUO	Dame Una Oportunidad (ONG)
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral de Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas No Trasmisibles
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EIP	Enfermedad Inmunoprevenibles
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
FUNCAVIDA	Fundación Calidad de Vida para personas con Cáncer
HCLVV	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
ICODER	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDHc	Índice de Desarrollo Humano cantonal
IDS	Índice de Desarrollo Social
IFAM	Instituto de Fomento y Asesoría Municipal

ILAIS	Instancia Local de Abordaje Interinstitucional del Intento Suicida
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
IMC	Índice de masa corporal
IMN	Instituto Meteorológico Nacional
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje
INDER	Instituto de Desarrollo Rural
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INS	Instituto Nacional de Seguros
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas Superiores
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MEIC	Ministerio de Economía Industria y Comercio
MEP	Ministerio de Educación Pública
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MINAE	Ministerio de Ambiente y Energía
MOPT	Ministerio de Obras Públicas y Transporte
MS	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Seguridad Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
MUSADE	Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo (ONG)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIJ	Organismo de Investigación y Judicial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PAP	Papanicolau
PEA	Población Económicamente Activa
PET	Polietileno tereftalato
PIB	Producto Interno Bruto
REMOC	Red de Micro Productoras de Occidente
RISAD-SAIS	Sistema de Atención del Desarrollo del Niño y la Niña
SENASA	Servicio Nacional de Salud Animal
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIRNAT	Sistema de Registro Nacional de Tumores
TSE	Tribunal Supremo de Elecciones
UCR	Universidad de Costa Rica
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Justificación

El Ministerio de Salud, en el ejercicio de su función rectora, requiere del conocimiento de la realidad nacional, regional y local. Para ello realiza el Análisis de la Situación Integral de la Salud en cada Área Rectora del país, que se plasma en un documento oficial con el nombre de ASIS local.

Esta actividad es parte de la planificación estratégica para la elaboración del Plan Operativo Anual que guía el quehacer institucional y de los actores sociales involucrados en la producción social de la salud. La construcción de este documento está bajo la responsabilidad de un equipo interdisciplinario.

Igual que en años anteriores, se realiza consulta a los actores sociales para la definición de las prioridades de salud en el cantón tanto de los factores de riesgo como protectores.

Es importante aclarar que los periodos de consulta varían en cada institución debido a que la mayoría no realizan las estadísticas de forma estandarizada.

En cuanto a los datos, tienen validez estadística de cinco años; sin embargo, se recurrió a diferentes periodos que abarcan del 2015 al 2023, así como hubo que retomar como insumo datos del Censo Nacional 2011, debido a que el Censo Nacional 2022 no fue publicado en el periodo en que se desarrolló este documento, siendo éste la principal fuente de información para conocer datos de población y de vivienda. Por tanto, este trabajo se analiza por un periodo más extenso y con una cronología variable.

Objetivos

General

- Analizar de forma interdisciplinaria la situación integral de la salud pública en el cantón San Ramón desde el año 2011 al 2023.

Específicos

- Describir los indicadores sociales, demográficos, de salud, de ambiente y económicos que influyen en la salud pública del cantón.
- Caracterizar las condiciones geográficas, demográficas, socioeconómicas y ambientales que estén ejerciendo influencia en el desarrollo de oportunidades y limitaciones en la vida de los pobladores del cantón.
- Priorizar los problemas en la salud integral del cantón, basados en los datos estadísticos de mortalidad y priorizaciones por parte de la comunidad y actores sociales.
- Analizar los problemas en la salud integral del cantón priorizados por la comunidad y los actores sociales, así como la estadística de mortalidad según su causalidad.
- Validar las líneas de acción y factores protectores salvaguardando la salud integral de la población ramonense.

Metodología

La metodología sugerida para cada Dirección de Área Rectora de Salud está basada en las indicaciones de la OPS, donde se reconocen los antecedentes para el análisis de la situación de salud.

Se realiza un análisis descriptivo del cantón San Ramón, abarcando el periodo del 2011 al 2023, basados en indicadores demográficos, económicos, sociales, ambientales, de servicios y de salud, consultados en diversas fuentes de información: bases de datos institucionales del INEC, Ministerio de Salud, CCSS, MINAE, Municipalidad local, AYA, entre otros informes oficiales, que se desarrollaron según su definición individual.

La dinámica se efectúa mediante sesiones de trabajo tanto individual como grupal en la modalidad de talleres con actores sociales de la comunidad, institucionales, no institucionales y profesionales expertos, utilizando la [Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica](#), elaborada por la Dirección de Vigilancia de Salud del Ministerio de Salud en julio 2019.

Selección de indicadores

Los indicadores seleccionados son utilizados para conocer o estimar las características y la intensidad de un hecho, incluso para determinar su evolución futura, al mostrar los cambios y su desarrollo. En la siguiente tabla se muestran los indicadores elegidos por el equipo local para elaborar el ASIS.

Figura 1. Tabla de Indicadores utilizados para el ASIS San Ramón

N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
Indicadores Sociales	1 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.
	2 Índice de desarrollo humano (IDH)	Medida resumen del progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación, y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano (basada en PNUD).
	3 Índice de desarrollo 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).
	4 Distribución relativa de la población de 15 años y más según nivel de instrucción	Agrupación de la población de 15 años y más según el nivel de instrucción
	5 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

Indicadores Sociales	6	Porcentaje de la población de 15 años y más sin instrucción	Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más sin instrucción entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje
	7	Porcentaje de la población con 15 años y más con educación secundaria completa	Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más con educación secundaria completa entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje
	8	Porcentaje de la población con 15 años y más con educación universitaria	Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más con educación universitaria entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje
	9	Tasa de Deserción interanual	Porcentaje de alumnos o estudiantes que abandonan un grado (año cursado) dado durante un año escolar dado. Es la diferencia entre 100% y la suma de las tasas de promoción y repetición
	10	Incidencia de feminicidios	Corresponde a la cuantificación anual del número total de homicidios de mujeres que fueron asesinadas por razón de género. De acuerdo con las legislaciones nacionales se denomina feminicidio, femicidio u homicidio agravado por razón de género
	11	Consumo de tabaco en población de 12 a 70 años (Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes)	Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de tabaco en el último mes: Proporción de personas en una población que consumieron tabaco durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también consumo activo
	12	Consumo de drogas en población de 12 a 70 años (cuál, se debe especificar no hay un dato general que las agrupe (tabaco, alcohol, tranquilizantes, opioides, estimulantes) (marihuana, cocaína, crack, disolventes volátiles, heroína, hongos alucinógenos, LSD, éxtasis). 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

Indicadores Sociales	13	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.
	14	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
	15	Porcentaje de victimización en los hogares	Sin definir
	16	Incidencia de víctimas de los delitos sexuales	Sin definir
	17	Incidencia de delitos sexuales por edad y sexo	Sin definir
	18	Incidencia de víctimas de homicidio por edad y sexo	Sin definir
	19	Promedio de años con instrucción regular	Sin definir
Indicadores Demográficos	20	Población	Número de habitantes de un país, territorio o área geográfica (total general o para un sexo o grupo de edad 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).
	21	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.
	22	Razón Mujer-Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total.

Indicadores Demográficos	23	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)
	24	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.
	25	Proporción de la población urbana	Porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas. La demarcación de zonas urbanas es definida por los países como parte de sus procedimientos censales y se basa usualmente en el tamaño de las localidades y/o la clasificación de áreas como centros administrativos o en función a criterios especiales como densidad poblacional o tipo de actividad económica de sus residentes. No existe una definición de área urbana internacionalmente consensuada y las definiciones operacionales nacionales pueden variar de país a país.
	26	Proporción de personas por curso de vida	Porcentaje de población según los siguientes grupos de edad (menores de un año, 1-9 años, 10-19 años, 20-64 años, 65 y más años)
	27	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
	28	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).

Indicadores Demográficos	29	Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (OPS).
	30	Número anual de defunciones	Número total de defunciones para un determinado país territorio o área geográfica.
	31	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 habitantes.
	32	Densidad de población	Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. (MIDEPLAN).
Indicadores Económicos	33	Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema	Porcentaje de hogares que tienen un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.
	34	Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema	Porcentaje de hogares con un ingreso per cápita igual o inferior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.
	35	Población económicamente activa (PEA)	Conjunto de personas de 15 años a más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada y la desocupada (INEC). Sinonimia: fuerza de trabajo
	36	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).
	37	Tasa de desempleo abierto	Porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo (INEC). Sinonimia: proporción desempleada de la fuerza de trabajo y proporción de la PEA desocupada
	38	Razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos	Relación entre el ingreso per cápita promedio de los hogares clasificados en el quintil más rico, con el ingreso per cápita promedio del quintil de los hogares más pobres.
	39	Razón de urbanización	Sin definir

Indicadores Económicos	40	Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías	Frecuencia relativa de las viviendas individuales ocupadas según las categorías y subcategorías de interés. Nota: en cada caso se debe especificar la categoría utilizada, agregándola al nombre del indicador. Por ejemplo: proporción de viviendas individuales ocupadas según tipo de tenencia, porcentaje de tugurios y porcentaje de viviendas propias.
	41	Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Relación entre hogares pobres o no pobres que tienen jefatura femenina, respecto al total de hogares en la misma condición de pobreza (pobres y no pobres). Nota: en cada caso se debe especificar el nombre del indicador resultante: porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina y porcentaje de hogares no pobres con jefatura femenina.
	42	Porcentaje de hogares pobres	Porcentaje de hogares cuyo ingreso per cápita está por debajo de la línea de pobreza o de pobreza extrema, según el método de línea de pobreza o pobreza por ingresos.
Indicadores de Servicios	43	Frecuencia relativa de hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Corresponde al cociente que representa el dividir la frecuencia absoluta de los hogares pobres y no pobres según el sexo de los jefes de hogar entre el total de hogares, multiplicados por 100 para expresarlos en porcentaje
	44	Frecuencia relativa de la población según rama de actividad	Cociente de dividir las frecuencias absolutas de las diferentes ramas de actividad del empleo principal entre el total de las frecuencias absolutas de todas las ramas de actividad del empleo principal multiplicados por 100 para expresar en porcentaje.
	45	Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo:	Número de mujeres gestantes que han recibido al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo proveída por un profesional trabajador de salud entrenado, expresado como porcentaje de la población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
	46	Proporción de partos atendidos por personal capacitado	Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica.
	47	Razón de médicos	Número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Indicadores de Servicios	48	Razón de atenciones ambulatorias	Número de atenciones ambulatorias de salud por cada 1.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
	49	Número de establecimientos de atención ambulatoria	Número de establecimientos de salud por tipo y nivel
	50	Frecuencia relativa de las causas de egreso hospitalario	Número de justificaciones o causas por la que en el hospital se da egreso hospitalario
	51	Frecuencia relativa de defunciones en el sitio del accidente de tránsito, según causa probable del percance	Sin definir, sin hallazgo de información
Indicadores Ambientales	52	índice de desastres locales	Constituye la suma de tres subindicadores calculados con base en las cifras de personas fallecidas (K), personas afectadas (A) y pérdidas económicas (L) en cada municipio del país obtenidas de la base de datos Des Inventar, causadas por cuatro tipos de eventos genéricamente denominados: deslizamientos y flujos, fenómenos sismos tectónicos, inundaciones y tormentas, y otros.
	53	Características geográficas	Descripción de zona geográfica a analizar
	54	Zonas protegidas - Áreas Silvestres Protegidas (ASP)	Espacio geográfico definido, declarado oficialmente y designado con una categoría de manejo en virtud de su importancia natural, cultural y/o socioeconómica, para cumplir con determinados objetivos de conservación y de gestión
	55	Manejo de residuos (N° Total de viviendas por sistema de eliminación de residuos)	Frecuencias absolutas de las viviendas según sistemas de eliminación de residuos
	56	Manejo de aguas residuales	Frecuencias absolutas de entes generadores según sistemas de eliminación de aguas residuales
	57	Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliaria	Corresponde al cociente que representa el dividir las viviendas con abastecimiento de agua por tubería dentro de la vivienda entre el total de viviendas, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje

Indicadores de Salud	58	Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna	Porcentaje de personas vacunadas según los datos del Programa ampliado de inmunizaciones
	59	Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud	Expresa la proporción de nacimientos que se producen en instituciones de salud
	60	Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal *(Para población de 6-12 años del censo escolar 2016)	Agrupación de las frecuencias relativas por categorías del IMC para la población de 6 a 12 años
	61	Distribución relativa de los eventos de notificación obligatoria	Porcentaje de cada evento respecto a la totalidad para el año 2022
	62	Índice parasitario anual (IPA) de malaria	El Índice Parasitario Anual de Malaria expresa la relación de los casos confirmados de malaria y la población que vive en zonas de riesgo. Da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población en riesgo
	63	Razón de infecciones nosocomiales	Sin definir, sin hallazgos de datos
	64	Tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria	El cociente de dividir el número absoluto de los eventos de notificación obligatoria entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000
	65	Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva	Cociente de dividir el número absoluto de casos de Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva entre el número total de casos de tuberculosis pulmonar
	66	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
	67	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
	68	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
	69	Razón hombre/mujer en casos de SIDA	Número de hombre con SIDA por cada 100 mujeres con SIDA multiplicado por 100

Caracterización 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. En este análisis se mostrará varios aspectos de esas condiciones.

Reseña histórica

En la época precolombina, el territorio del actual cantón estuvo habitado por indígenas del llamado Reino Huetar de Occidente, que eran dominios del cacique Garabito a la llegada de los conquistadores españoles.

Los primeros colonizadores llegaron a la región en 1840 y provenían de los presentes cantones de Belén, Alajuela y San José, principalmente. Tres años después habían establecido un incipiente poblado, en los alrededores de la Quebrada Gata, en el lugar que llamaban el Valle de los Palmares. En ese lugar se creó, mediante el decreto XLII de enero de 1844, una Aldea que recibió el nombre de San Ramón de los Palmares y que fue puesta bajo la protección del santo San Ramón Nonato. Una década más tarde la Aldea recibió el título de Pueblo, en agosto de 1854 y finalmente, el 23 de agosto de 1856, obtiene el título de Villa y con ello el rango de cantón, llamado entonces San Ramón de los Palmares, con los distritos San Isidro y Las Mercedes.

En el año 1857 el gobierno local financia cinco escuelas incipientes de ese momento, lo que muestra la importancia que se le ha dado a la educación desde esa época. En 1879 se inaugura la biblioteca pública.

El primer alumbrado público, que consistía en faroles de canfín, se inauguró en 1879, el cual pasó a ser eléctrico con bombillos en 1907. El sistema de cañería se instaló en 1911.

En el año 1886 el gobierno municipal decreta la creación de cinco distritos: San Rafael, Santiago, San Juan, Concepción y Piedades Sur. Luego, en 1888, el gobierno de la República decreta la creación de un nuevo cantón en la provincia de Alajuela al que se llamó Palmares, que se formó por la segregación del distrito Mercedes del cantón de San Ramón. En agosto de 1902, la Villa de San Ramón recibe el título de Ciudad.

En 1952 se estableció el Instituto de Educación Superior (actualmente denominado Instituto Superior Julio Acosta García). En ese mismo año se fundó la Escuela Normal de San

Ramón para formar maestros de primera enseñanza; este centro se fundó en 1975 con la Universidad de Costa Rica para crear la Sede Regional de Occidente de esa entidad educativa.

Capítulo I. Descripción de las Características Geográficas

Límites geográficos

San Ramón es el segundo cantón de la provincia de Alajuela, limita al norte con San Carlos y Alfaro Ruiz; al sur con San Mateo; al este con Atenas, Palmares, Naranjo y al oeste con Tilarán, Abangares, Puntarenas, Montes de Oro y Esparza.

Se encuentra en las coordenadas geográficas medias, están dadas por 10°13'13" latitud norte 84°35'20" longitud oeste. La anchura máxima es de 61 kilómetros, en dirección noroeste y sureste, desde la desembocadura del caño Negro, en el margen sur de la laguna Arenal hasta la confluencia de las quebradas Robles y Zapote.

Figura 2. Descripción de las características geográficas en San Ramón, 2022

Indicador	Datos de interés			
Extensión territorial km ²	1 018, 64 km ²			
Organización territorial	<i>Provincia</i>	<i>Cantón</i>	<i>Distritos</i>	
	Alajuela	San Ramón	San Ramón, Santiago, San Juan, Piedades Norte, Piedades Su, San Rafael, San Isidro, Ángeles, Alfaro, Volio, Concepción, Zapotal, Peñas Blancas y San Lorenzo	
Límites geográficos	<i>Norte</i>	<i>Sur</i>	<i>Este</i>	<i>Oeste</i>
	San Carlos y Alfaro Ruiz	San Mateo	Atenas, Palmares y Naranjo	Tilarán, Abangares, Puntarenas, Montes de Oro y Esparza

La altura media del cantón es de 1 057 msnm, la precipitación anual promedio es de 2 491 mm y la temperatura promedio es de 20°.

Extensión territorial.

Población total del cantón de San Ramón, según Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, es de 95 794 habitantes para el año 2022, con una extensión territorial de 1 018,64 km² para una densidad poblacional de 94,0 personas por km² (1).

Con una división administrativa de 14 distritos, el 23 de noviembre de 2016 es fundado el distrito 14, San Lorenzo, ante la desunión política del distrito 8, Ángeles, con una superficie de 309,15 km², y el sector de Valle Azul como su cabecera. En esta zona se ha considerado como principal atractivo la diversidad avifaunística, la cual representa más del 50% de las especies del país; otros sectores son: Bajo Córdoba, Bajo Rodríguez, Cataratas, Colonia Palmareña, Coopezamora, Criques, Kooper, Los Lagos, Las Rocas, San Jorge (1).

Los 14 distritos corresponden a: San Ramón, Santiago, San Juan, Piedades Norte, Piedades Sur, San Rafael, San Isidro, Ángeles, Alfaro, Volio, Concepción, Zapotal, Peñas Blancas y San Lorenzo, su ubicación límites y territorios vecinos circundantes se muestran en la figura 3.

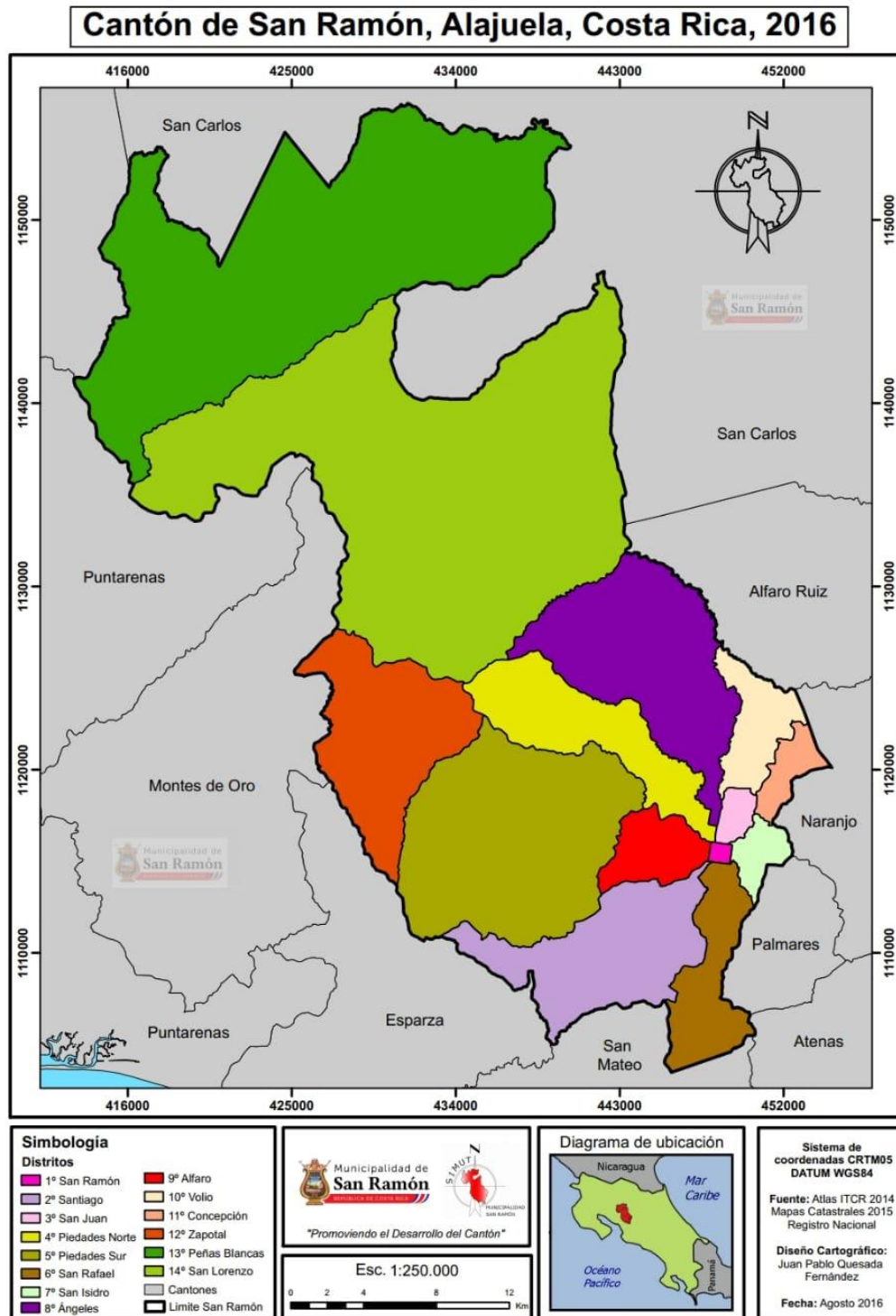
Zonas protegidas (áreas silvestres protegidas)

Reserva Alberto Manuel Brenes

En el cantón de San Ramón se cuenta con el Área Silvestre Protegida de la Reserva Biológica Alberto Manuel Brenes, que se encuentra ubicada en el distrito San Lorenzo. El 99,6% de su territorio se encuentra en el cantón San Ramón (distritos San Lorenzo y Zapotal) de la provincia de Alajuela y el 0,4% restante en el cantón Montes de Oro (Distrito Unión), de la provincia de Puntarenas.

Tiene una extensión de 7 800 hectáreas y fue declarada en el año 1975, mediante el Decreto Ejecutivo No. 4960-A con la categoría de manejo de Reserva Forestal de San Ramón, con la justificación de conservar el agua y la flora de la zona. En sus inicios se estableció que la administración de la Reserva Forestal estaría a cargo de un Comité integrado por tres representantes de la Municipalidad de San Ramón y tres representantes del Centro Regional Universitario de la Universidad de Costa Rica y con el asesoramiento de la Dirección General Forestal, sin embargo, esto no funcionó ya que la Municipalidad del cantón de San Ramón y el MAG no tenían un interés manifiesto por la Reserva. En 1991 se cambió la categoría de manejo de Reserva Forestal a Zona Protectora San Ramón.

Figura 3: Ubicación Geográfica San Ramón-Costa Rica, 2016.



Fuente: Municipalidad de San Ramón, 2022

En 1993 ante la eventual explotación minera en la Reserva, la comunidad de San Ramón se organizó y logró que por medio de la Ley No. 7354 del 10 de agosto, se modificara de nuevo su categoría y el nombre de esta, pasando a ser Reserva Biológica Alberto Manuel Brenes. Su nombre es una forma de reconocimiento y homenaje al Doctor Alberto Manuel Brenes Mora, botánico, investigador sobresaliente y oriundo de San Ramón; declarado en 1970 por la Asamblea Legislativa de Costa Rica como Benemérito de las Ciencias.

La Reserva es coadministrada actualmente entre la Sede de Occidente de la Universidad de Costa Rica y el Sistema Nacional de Áreas de Conservación.

Reserva Privada Bosque Eterno de los Niños (BEN), Costa Rica

El BEN es la reserva privada más grande del país que protege al bosque tropical, bosque primario, bosque secundario y áreas de regeneración al noroeste de Costa Rica, un proyecto que ha formado parte del sueño de los niños y adultos de todo el mundo. Actualmente forma parte de la Reserva de la Biosfera Agua y Paz y declarado así el 18 de septiembre, 2007 por la UNESCO, y es administrado por la ACM.

El BEN, se encuentra ubicado en la Cordillera de Tilarán, bordeando el Parque Nacional Volcán Arenal, la parte alta de Monteverde y Miramar, alcanzando hasta la Reserva Alberto Manuel Brenes en San Ramón. Continúa por la zona de San Carlos cerca de los poblados de San Jorge, La Tigra, San Isidro de Peñas Blancas, Chachagua y El Castillo.

En el sector de Peñas Blancas se localiza la estación Pocosol, que desarrolla diferentes proyectos en coordinación con el Concejo de Distrito, enfocado principalmente a actividades educativas de carácter ambiental y de conservación.

Centro Soltis.

Adicionalmente en parte del distrito de Peñas Blancas se encuentra el Centro Soltis para la Investigación y educación, auspiciado por la Texas A&M University.

El Centro Soltis para la Investigación y Educación de Costa Rica fue establecido en enero 2009 como resultado de la visión y generosa donación del ex alumno de la Universidad Texas A&M, el Sr. William Soltis. Su visión fue proporcionarles a los estudiantes de Texas A&M más experiencia internacional y a la vez proteger el escenario ecológico y así lograr crear una constante conciencia de conservación ambiental.

La misión del Centro es servir como representación institucional oficial de la Universidad Texas A&M en Costa Rica y asistir en la internacionalización de la educación, la investigación, y los programas de extensión que forman parte fundamental de los objetivos de la Universidad.

El Centro facilita las iniciativas de la Universidad tanto en Costa Rica como en toda la región de América Central, y promueve el uso y la conservación sostenible de la biodiversidad tropical mientras promueve el desarrollo social y económico de los habitantes de la región. Cuenta con 105 áreas de conservación utilizadas para la educación ambiental y la investigación científica.

Reserva El Silencio de Los Ángeles

Se ubica en el distrito Los Ángeles del cantón San Ramón, provincia de Alajuela, Costa Rica. El sitio se encuentra cercano a la división continental, por lo que, aunque pertenece a San Ramón (cuya ciudad está en la Vertiente del Pacífico), sus aguas se dirigen hacia el Caribe. La reserva tiene aproximadamente 70 hectáreas, se cuenta con bosque secundario, bosque primario, lagunas artificiales, quebradas, pastizal, borde de bosque y jardines.

El Silencio de Los Ángeles provee un ecosistema de bosque nuboso de alta diversidad en las proximidades occidentales del Valle Central de Costa Rica. Su conservación debería ser prioritaria, siendo además un sitio predilecto para turismo de bajo impacto o de inclinación naturalista en la zona, con más de un centenar de especies de animales.

Reservas ubicadas en el Corredor Biológico El Monte del Aguacate.

Además, de las áreas protegidas mencionadas anteriormente, se debe considerar una serie de proyectos de “carácter privado”, agrupadas a la existencia de reservas naturales, que protegen áreas de reserva acuífera de acueductos rurales comunales (ASADAS), bosques en proyectos ecoturísticos (hoteles, albergues, refugios, humedales, etc.), reservas comunales (Asociaciones de Desarrollo Integral), fincas privadas con bosques naturales, que reciben o no, el pago de servicios ambientales (propietarios), entre otras.

Todos estos espacios naturales, se ubican dentro del área geográfica del Corredor Biológico Montes de Aguacate y otros Corredores aledaños. Del documento denominado “Propuesta de creación de la red de reservas naturales del Corredor Biológico Montes del Aguacate”, elaborado en el año 2019 por la Red de Reservas Naturales del Corredor Biológico Montes del Aguacate, se obtiene la figura 4.

Bosque Nuboso Nectandra:

En el sector de La Balsa de San Ramón se encuentra también el Instituto Nectandra, una organización sin fines de lucro fundada en 1999 para desarrollar proyectos educativos y de investigación científica para propiciar la conservación del bosque nuboso y la gestión de cuencas, fundamentalmente en la cuenca del Río Balsa de Costa Rica.

La cuenca del Río Balsa cuenta con un área aproximada de 280 km² del cual una tercera parte está cubierta en bosque.

Los centros de población dentro de la zona se agrupan especialmente en la parte alta hacia el este, área donde la deforestación se presenta con mayor fuerza, cediendo espacio para actividades agropecuarias como la producción de hortalizas y leche. El Instituto Nectandra desarrolla actividades con las comunidades de la cuenca del Río Balsa para revertir las tendencias a deforestación, consolidar los bosques remanentes, y así proteger las fuentes de agua tanto para los ecosistemas naturales como para las comunidades socias.

El Jardín Nectandra más grande se ubica dentro de 130 hectáreas de bosque nuboso premontano, primordialmente bosque primario y secundario maduro (≥ 35 años), con epifitas salvajes de lujo tales como orquídeas, helechos, briofitos y heliconias.

Todos los ingresos de ambos jardines se destinan a apoyar los proyectos de reforestación, educación y capacitación, así como sus programas de conservación de cuencas. Dentro de las actividades desarrolladas está también el otorgamiento de préstamos a los acueductos rurales (ASADAS), para la protección de las fuentes de agua utilizadas y mejoramiento en la prestación del servicio.

Figura 4. Cantidad de Reservas naturales ubicadas en el Corredor Biológico Montes del Aguacate, según tipo y extensión. 2019.

Reserva	Extensión	Tipo
ASADA Piedades Sur	6.36 ha	Protección del recurso hídrico y educación ambiental
ASADA San Rafael	2.3 ha	Protección del recurso hídrico y educación ambiental
Reserva Ambiental Peña Bruja Santiago de Palmares	13 ha	Protección del recurso hídrico y educación ambiental
Reserva Natural Río Grande, ASADA Santiago, San Ramón	10.8 ha	Protección del recurso hídrico y educación ambiental
Reserva Natural La Laguna - ASADA San Miguel de Piedades Sur	2.9 ha	Protección del recurso hídrico y educación ambiental
Bosque Municipal de San Ramón	7 ha	Pública
Monumento Natural Histórico la Paz	633 ha	Pública
Reserva Natural El Quizarrá	12 ha	Pública
El Laguito	9.727 m ²	Pública
Bosque Demostrativo de la Universidad de Costa Rica, Humedal El Laguito / UCR	8.23 ha	Pública
Bosque del Colegio Técnico Profesional de Piedades Sur	2.95 ha	Pública
Reserva Natural Finca Camino Verde	3.71 ha	Privada
Reserva Natural Las Musas	30.59 ha	Privada
Reserva Natural Valle los Quetzales	7.11 ha	Privada
Reserva Natural La Danta	119 ha	Privada
Reserva Natural Roca de la Paz	12 ha	Privada
Reserva Natural Los Alpes	200 ha	Privada
Reserva Natural La Calera	21 ha	Privada
Reserva Natural Cerro La Tinajita	No indica	Privada

Fuente: Regulación de Servicios, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón

Capítulo II. Descripción de las Características Demográficas

El cantón San Ramón para el 2022, con una población total de 95 794 habitantes, representa el 1,8% de la población nacional.

A nivel distrital son San Juan con 14,0% (13 406/95 794), Peñas Blancas con 13,0% (12 371/95 794) y San Rafael 11,4% (10 904/95 794) habitantes con mayor población, y, es el distrito de Zapotal con la menor población del cantón representando el 0,5% (515/95 794).

La diferencia es casi imperceptible en la distribución entre hombres y mujeres, con una distribución de 50.2% y 49.8% respectivamente, a razón 1:1, por tanto, por cada 100 hombres hay 100 mujeres en la población.

La tasa de mortalidad por causas externas es de 48,4 muertes por 100 000 habitantes en el cantón, según las estadísticas vitales del INEC del 2022.

Crecimiento poblacional.

El INEC, para el año 2021, proyecta una población para el cantón de 94 843 habitantes, además denota 1 048 nacimientos y 624 defunciones para ese mismo año.

La tasa de crecimiento indica la tendencia de una población en el tiempo, y su relación con variables socio - demográficas, culturales, económicas y físico-bióticas que permite la construcción de escenarios. Para el cantón San Ramón, la tasa de crecimiento está en aumento de un 0,5%, con un superávit en los nacimientos sobre las defunciones.

Figura 5. Descripción de características demográficas de San Ramón-Costa Rica, 2021

Indicador	Total (N)	Sexo			
		Hombre		Mujer	
		N	%	N	%
<i>Población total</i>	94 843	47 683	50,3	47 160	49,7
<i>Por ciclo vida</i>					
• Menos de 1 año	1 048	527	50,3	521	49,7
• 1 a 9 años	11 612	5840	50,3	5772	49,7
• 10 a 19 años	12 903	6 589	51,1	6 314	48,9
• 20 a 64 años	59 679	29 972	50,2	29 707	49,8
• 65 y más	9 601	4 585	47,8	5 016	52,2
<i>Esperanza de vida al nacer (años)</i>	78,1 – 83,2	78,1		83,2	
<i>Tasa de natalidad (por 1000)</i>	11,1				
<i>Tasa de mortalidad (por 1000)</i>	6,6				

Fuente: Indicadores y proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2021

La tasa de natalidad con 11,1 nacimientos por 1 000 habitantes, y una tasa de mortalidad de 6,6 muertes por 1000 habitantes, a pesar de la poca diferencia, se considera que la tasa de crecimiento poblacional es un escenario positivo (figura 5).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos, Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1950-2050, CCP – INEC, afirma que la esperanza de vida para los nacidos en el 2020, en mujeres es de 83,2 años, y para los hombres de 78,1 años, con una diferencia de 5,1 años a favor en las mujeres, un comportamiento similar al de los últimos 10 años (figura 5).

Razón de envejecimiento

Este indicador muestra, para una población total, la proporción de personas de 65 años y más en relación con las personas menores de 15 años. Por ejemplo, si dicha razón fuera 10, significa que por cada 100 personas jóvenes (de 15 años y menos) hay 10 personas adultas mayores (de 65 años y más). De acuerdo con la CEPAL, la interpretación convencional de la razón de envejecimiento es que se trata de un indicador asociado a las transferencias intergeneracionales y su aumento sistemático implica para los Estados una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de mayor edad.

Los datos sobre la razón de envejecimiento del cantón San Ramón muestran grandes diferencias entre los distritos. El distrito central, San Ramón, tiene la cifra más alta, con 82,9; y la cifra más baja se encuentra en el distrito Peñas Blancas, cuya razón es de 38,1.

Figura 6. Razón de envejecimiento según distrito, San Ramón-Costa Rica, 2022

Distrito	Razón de envejecimiento
San Ramón	82,9
Santiago	45,6
San Juan	55,8
Piedades Norte	54,6
Piedades Sur	56,1
San Rafael	57,7
San Isidro	53,8
Ángeles	47,9
Alfaro	54,2
Volio	47,8
Concepción	50,7
Zapotal	62,6
Peñas Blancas	38,1

Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en proyección de población del INEC, 2022

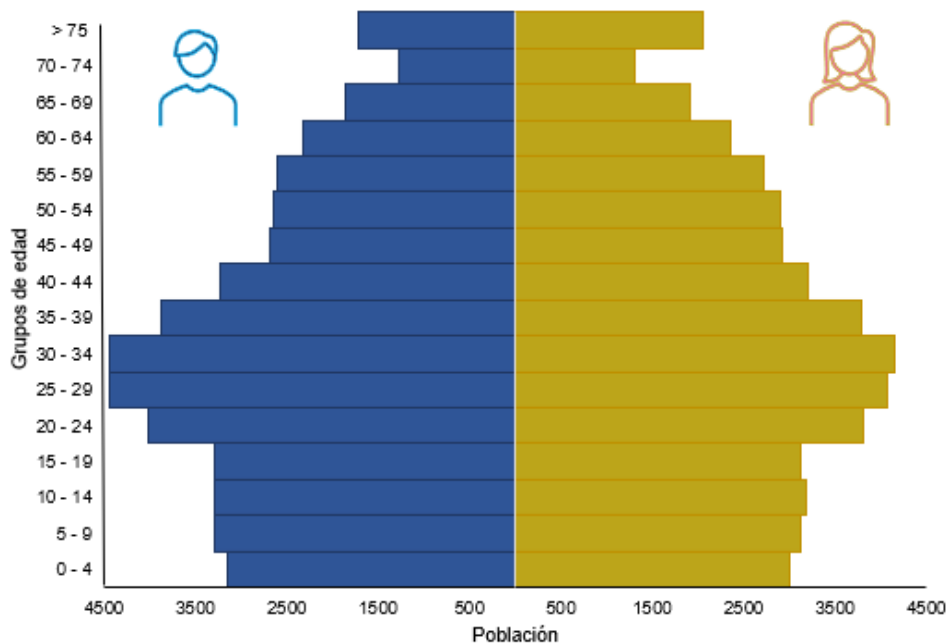
Pirámide poblacional

Las pirámides poblacionales son herramientas potentes que permiten identificar rápidamente en las estructuras poblacionales los efectos de los cambios demográficos influenciados por la historia y movimientos sociales importantes.

En el ASIS es un aspecto fundamental dentro del contexto demográfico, que permite entender la dinámica de los efectos de salud y brinda pautas para la planeación territorial, evidenciando la estructura demográfica como elemento crucial en los procesos de toma de decisiones (3).

Para San Ramón se considera de tipo regresiva, la cual representa a los países desarrollados, teniendo una alta natalidad, con un ensanchamiento en las edades más productivas, entre los 20 a 40 años, la cual también puede verse afectada por la migración, y aumento de la esperanza de vida, predominando en mujeres para el grupo de edad de 75 años y más. Las pirámides se muestran en las figuras 7 y 8.

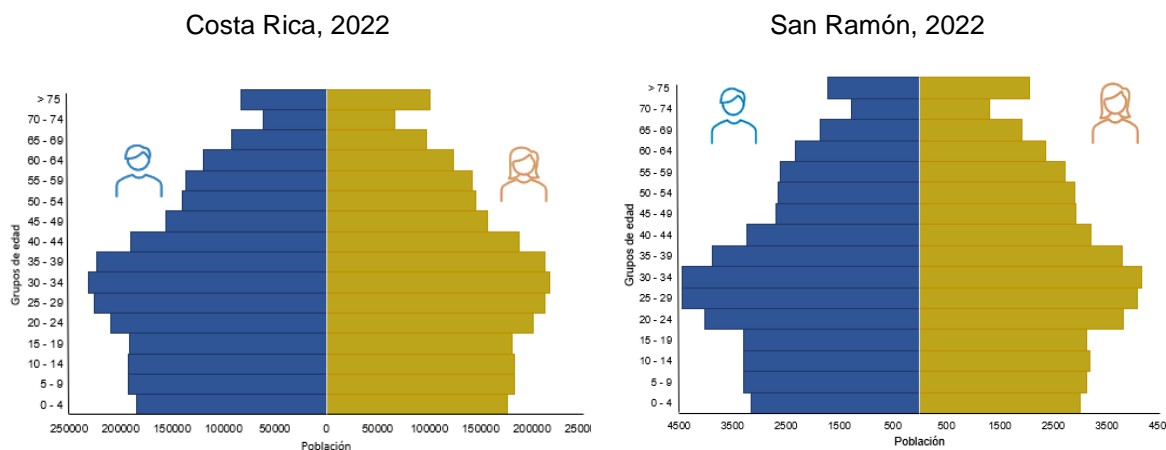
Figura 7. Pirámide poblacional según grupos de edad y sexo, San Ramón-Costa Rica, 2022



Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en proyección de población del INEC, 2022.

En una comparativa entre la pirámide poblacional del país con la del cantón San Ramón no se denota mucha diferencia en el comportamiento demográfico.

Figura 8. Comparación entre las pirámides poblacionales, según grupos de edad y sexo, de Costa Rica y San Ramón, 2022



Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en proyección de población del INEC, 2022.

Mortalidad materna, perinatal e infantil

A nivel nacional, se establece el Reglamento sobre el Sistema Nacional sobre la evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil, en el decreto 41120-S, donde incentiva la conformación de comisiones desde el nivel nacional hasta el local.

La COLEAMMI tiene como objetivo estudiar y analizar toda muerte que ocurra en el cantón, con el fin de formular, recomendar y generar acciones para mejorar la atención del sistema de salud basado en las normativas existentes (4).

Durante el periodo del 2018 al 2022, se reportó una muerte materna, la cual se presentó en el 2018. En el transcurso de este mismo periodo se reportaron 42 fallecimientos en menores de un año en el cantón (figura 9)

Figura 9. Frecuencia de casos de mortalidad perinatal e infantil por año, San Ramón-Costa Rica, del 2018 al 2022

Año de ocurrencia	Nº mortalidades
2018	11
2019	7
2020	8
2021	5
2022	11

Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base datos de la COLEAMMI

Las principales causas de mortalidad infantil, durante el 2022 según los datos obtenidos de la COLEAMMI del cantón, son:

- Inmaduridad extrema
- Sepsis bacteriana del recién nacido
- Malformaciones cardíacas
- Neumomediastino originado en el período perinatal
- Asfixia del nacimiento
- Anencefalia
- Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis

Con una razón de mortalidad perinatal para el 2022, de una muerte perinatal por cada 100 nacimientos.

Proporción de personas por curso de vida

El enfoque del curso de vida toma en cuenta la forma como las personas, la comunidad, el entorno y otros factores, además de las generaciones anteriores y futuras, tienen una interconexión importante a lo largo de la vida. Además, considera a la salud como un proceso dinámico que requiere intervenciones integrales y no solamente las que se dirigen a enfermedades específicas.

En este modelo, la población se segmenta en cinco grandes grupos, cada uno de los cuales tiene sus características particulares y formas de atención determinadas. Según datos del Censo 2011, en el cantón San Ramón estos cinco grupos etarios se componen como se muestra en la Figura 10.

Figura 10. Distribución de población según curso de vida, San Ramón-Costa Rica, 2011

Curso de vida	Absoluto	Relativo
Menor de 1 año	1 209	1,5
1 a 9 años	10 999	13,7
10 a 19 años	15 111	18,8
20 a 64 años	46 794	58,1
65 años y más	6 453	8,0
Total	80 566	100,0

Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en el Censo, 2011

Al mirar más de cerca los datos por distrito, se tiene que San Ramón presenta una alta proporción de personas adultas mayores, casi un 15,0% del total, mientras que en Peñas Blancas este grupo solamente llega a un 5,2% del total distrital. En el extremo opuesto, el distrito Volio tiene apenas un 0,9% de población menor de 1 año.

Figura 11. Distribución relativa de población según curso de vida y distritos, San Ramón-Costa Rica, 2011

Distrito	< 1 año	1 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	>65 años
San Ramón	1,3	9,7	14,1	60,6	14,4
Santiago	1,9	15,3	19,1	56,7	7,0
San Juan	1,3	13,2	18,3	58,4	8,7
Piedades Norte	1,5	13,0	19,1	58,9	7,6
Piedades Sur	1,4	13,6	19,2	57,1	8,8
San Rafael	1,2	12,3	18,6	60,3	7,6
San Isidro	1,3	14,0	18,5	59,0	7,2
Ángeles	1,6	15,3	20,0	56,5	6,6
Alfaro	1,9	13,3	18,3	59,8	6,8
Volio	0,9	13,4	20,0	58,4	7,2
Concepción	1,5	14,0	17,8	59,7	7,0
Zapotal	1,0	12,3	20,2	58,6	7,9
Peñas Blancas	1,9	17,8	22,4	52,8	5,2

Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en el Censo, 2011.

Dependencia demográfica

Este indicador se refiere al número de personas en edad dependiente por cada 100 personas en edad productiva. En el ámbito cantonal existen 43,8 personas dependientes por cada 100 personas productivas, y los datos por distrito varían entre 36,9 en el distrito central y 46,0 en Santiago y Volio, es decir, en estos últimos distritos es donde hay más personas dependientes.

Figura 12. Relación de dependencia demográfica cantonal y por distrito, San Ramón, 2022

Distrito	Razón
San Ramón	36,9
Santiago	46,0
San Juan	44,1
Piedades Norte	44,5
Piedades Sur	44,2
San Rafael	43,8
San Isidro	43,9
Ángeles	45,3
Alfaro	44,5
Volio	46,0
Concepción	42,2
Zapotal	40,3
Peñas Blancas	45,3
Total San Ramón	43,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022

Población urbana y rural

La razón de urbanización, de acuerdo con el Censo 2011, alcanza en el cantón San Ramón hasta un 52,9%. Esto quiere decir que un 47,1% del cantón reside en zona rural. No obstante, en algunos distritos esta diferencia sí es más notoria; por ejemplo, Zapotal es 100% rural, en Piedades Sur la población rural es un 91,6% del total, y en Volio llega a 83,5% del total. Por otro lado, hay 3 distritos donde la población es 100% urbana: San Ramón, San Juan y Concepción. Estos últimos, junto al distrito Alfaro (63,4%), constituyen los únicos que tienen mayoría de población urbana en el cantón.

Figura 13. Población total por zona de residencia según distritos y según su distribución absoluta y relativa, San Ramón – Costa Rica, 2011

Distritos	Urbana		Rural		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
San Ramón	8 717	100,0	0	0,0	8 717	10,8
Santiago	927	20,4	3 608	79,6	4 535	5,6
San Juan	11 695	100,0	0	0,0	11 695	14,5
Piedades Norte	3 451	42,4	4 696	57,6	8 147	10,1
Piedades Sur	313	8,4	3 425	91,6	3 738	4,6
San Rafael	4 212	45,2	5 109	54,8	9 321	11,6
San Isidro	1 434	32,0	3 044	68,0	4 478	5,6
Ángeles	2 923	34,4	5 577	65,6	8 500	10,6
Alfaro	4 523	63,4	2 614	36,6	7 137	8,9
Volio	374	16,5	1 896	83,5	2 270	2,8
Concepción	2 348	100,0	0	0,0	2 348	2,9
Zapotal	0	0,0	391	100,0	391	0,5
Peñas Blancas	1 713	18,4	7 576	81,6	9 289	11,5
Total	42 630	52,9	37 936	47,1	80 566	100,0

Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en el Censo, 2011. (Abs. = Absoluto; Rel. = Relativo)

Capítulo III. Descripción de las Características Socioeconómicas

Organización política local

San Ramón es el cantón segundo de la provincia de Alajuela. Se localiza en el sector occidental del Valle Central del país y su cabecera es la ciudad de San Ramón, constituida actualmente en un importante centro económico, social y cultural de esta región.

Por la extensión territorial del cantón, además de la Municipalidad de San Ramón, se conformó un municipio en el distrito Peñas Blancas. Ambas organizaciones junto con las municipalidades vecinas, participan de la Federación Occidental de Municipalidades de Alajuela.

La Municipalidad de San Ramón se creó en el año 1854, cuando se dio a su poblado la categoría de Aldea de San Ramón de los Palmares; en 1856 se entrega el título de Villa y se convierte así en cabecera del nuevo cantón creado en aquella oportunidad.

Desde entonces el gobierno local ha tenido un importante papel en el desarrollo de las poblaciones locales, manteniendo siempre su participación en la toma de decisiones en el campo político y en cierta manera fomentando el localismo.

Sin embargo, hubo períodos en la historia de Costa Rica donde el poder municipal fue intervenido y afectado por los gobernantes de turno, limitándose su autoridad y relegando su papel a un segundo plano, de lo cual la Municipalidad de San Ramón no estuvo exenta.

Algunas medidas posteriores, como el traspaso del impuesto territorial a las municipalidades, la promulgación del Código Municipal y la creación del Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM), con el fin de obtener asistencia técnica y financiera, orientación y adiestramiento para la formación de un sistema municipal más eficiente, han logrado fortalecer al Régimen Municipal y consolidar un poco más su función de gobierno local.

La Municipalidad de San Ramón, como la mayoría en Costa Rica, ha tenido como función primordial participar en la organización política y en la administración institucional; mantiene un espíritu primordial de dar a sus vecinos la oportunidad de manifestarse y decidir sobre

los destinos de sus comunidades, fortaleciendo así al sistema democrático que tiene como fin fomentar las bases de la representación popular (5).

Organizaciones Públicas

En este cantón tienen sede diversas instituciones públicas tanto regionales como locales, en mención de algunas de ellas están: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Servicio Nacional de Salud Animal, Universidad de Costa Rica sede Regional de Occidente, Patronato Nacional de la Infancia, Acueductos y Alcantarillados, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Instituto Nacional de Aprendizaje, Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Seguridad Pública, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Mixto de Ayuda Social, Instituto Nacional de Seguros, Cruz Roja Costarricense, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Justicia y Gracia, Instituto Costarricense de Electricidad, Dirección Nacional de Desarrollo Comunal y por supuesto la Municipalidad de San Ramón y el municipio en Peñas Blancas.

Organización social

Organizaciones Comunales

Hay varios tipos de organizaciones comunales:

- Asociaciones integrales: son organizaciones territoriales y se constituyen de manera permanente, para lo cual necesitan al menos 100 personas afiliadas mayores de 12 años.
- Asociaciones específicas: se constituyen para llevar a cabo objetivos específicos, independientemente de la circunscripción territorial. Requieren al menos 50 personas afiliadas y se extinguen automáticamente al cumplir el objetivo para el que fueron constituidas.
- Uniones cantonales o zonales: son agrupaciones en organizaciones de segundo grado de las asociaciones de desarrollo comunal.

Existen en el cantón San Ramón 109 organizaciones comunales activas al año 2023, de las cuales 28 son asociaciones específicas, 78 son asociaciones integrales y 3 son uniones. En la figura 14 se muestra su clasificación por cada distrito.

Figura 14. Clasificación de organizaciones comunales, según distrito y tipo de organización comunal, San Ramón – Costa Rica, 2023

Distrito	Específica	Integral	Unión	Total
Alfaro	2	5	-	7
Ángeles	1	7	-	8
Concepción	-	3	-	3
Peñas Blancas	-	14	1	15
Piedades Norte	6	9	-	15
Piedades Sur	4	8	-	12
San Isidro	1	7	-	8
San Juan	2	4	1	7
San Lorenzo	-	2	-	2
San Rafael	4	8	-	12
San Ramón	2	-	1	3
Santiago	4	7	-	11
Volio	1	2	-	3
Zapotal	1	2	-	3
Total	28	78	3	109

Fuente: Proceso de planificación institucional de la Dirección Área Rectora de Salud San Ramón, 2023.

Perfil Cultural.

El origen del nombre del cantón se remonta al establecimiento de la aldea, cuando sus fundadores la pusieron bajo la protección de San Ramón Nonato; al constituirse en poblado y luego en cantón, lo conserva.

En el ámbito nacional San Ramón es reconocido por su aporte tanto en lo político como en lo cultural. A través de la historia se destaca la presencia de grandes figuras que han dado renombre a la educación, la literatura, la poesía, la pintura, la música y la escultura. Entre las personalidades más destacadas del cantón se encuentran las siguientes:

- Julián Volio Llorente (1827-1889), abogado, político y educador, secretario de Relaciones Exteriores entre 1863-1868. Fue exiliado a San Ramón en 1874 por sus ideas políticas opuestas a las del gobierno de Tomás Guardia Gutiérrez.
- Alberto Manuel Brenes Mora (1870-1948), uno de los más brillantes biólogos del país, naturalista, botánico y micólogo; la Universidad de Costa Rica promovió que la Reserva Biológica que se ubica en el cantón lleve su nombre.
- Julio Acosta García (1872-1954), político, fue presidente de la República de 1920 a 1924, entre otros cargos políticos y diplomáticos que desempeñó.

- Ismael Cardona Valverde (1877-1969), violinista. Autor de música religiosa, himnos, serenatas, marchas y comedias musicales.
- Lisímaco Chavarría Palma (1878-1913), poeta y escritor de otros géneros.
- Carlomagno Araya López (1897-1979), poeta, muy apegado al estilo clásico.
- Alcides Prado Quesada (1900-1984), músico y compositor de variados géneros musicales.
- Emma Gamboa Alvarado, educadora, filósofa y escritora (1901-1976). Autora de varias obras técnicas y pedagógicas, se la conoce más por los libros de texto que fueron de lectura general en la educación primaria, como Mi hogar y mi pueblo, Paco y Lola, La casita del monte y La lectura activa.
- Carlos Luis Valverde Vega, médico cirujano (1903-1948). El hospital de la ciudad, inaugurado en 1955, lleva su nombre.
- José María Figueres Ferrer, político (1906-1990). Fue presidente de la República en los períodos 1948-1949, 1953-1958 y 1970-1974. Fundó el partido Liberación Nacional en Bajo La Paz, Piedades Norte, en 1951.
- Francisco José Orlich Bolmarcich, político (1907-1969). Fue diputado por la provincia de San José (1953-1958), ministro de Obras Públicas y Transportes (1953-1957) y presidente de la República entre 1962-1966.
- Félix Ángel Salas Cabezas (1908-1948), poeta.
- Rafael Lucas Ramón Rodríguez Caballero (1915-1981), biólogo, botánico y docente.
- Juan Guillermo Ortiz Guier (1924-2009), médico y poeta, fundador del proyecto Hospital Sin Paredes, precursor de los actuales EBASIS.
- Olger Ezequiel Villegas Cruz (1934), escultor y poeta, entre otras cualidades.

Otro aspecto que distingue al cantón de San Ramón son algunas tradiciones que se han mantenido a lo largo del tiempo, entre ellas la procesión llamada Entrada de los Santos, la festividad Melcochas de María y el Desfile de Boyeros.

La Entrada de los Santos

Esta tradición se remonta probablemente a 1850, y surge por iniciativa del sacerdote católico español José Guzmán, con motivo de la celebración de la fiesta patronal dedicada a San Ramón Nonato, cada 31 de agosto.

La Entrada de los Santos consiste en que cada distrito, barrio y caserío se organiza para visitar, con su santo particular, al santo patrono principal, San Ramón Nonato, para rendirle homenaje en la víspera de su día (30 de agosto). Los vecinos que acompañan la imagen de su santo, santa o virgen particular la portan en andas, al acorde de guitarras, mandolinas, acordeones, dulzainas y otros instrumentos musicales, acompañados por los estallidos de la pólvora, alegrando el trayecto hacia la iglesia parroquial de San Ramón. En el trayecto las personas son asistidas con comidas y bebidas que les ofrecen los habitantes de la ciudad.

El santo patrono San Ramón Nonato sale del templo parroquial para recibir a todos los santos visitantes, entre el estruendo del repique de campanas y los juegos de pólvora; luego marchan todos por las principales calles y al final vuelven a ingresar al templo parroquial; al día siguiente se culmina con una misa. La Entrada de los Santos se ha convertido con el tiempo en un patrimonio histórico, religioso y cultural de la población ramonense.

Las Melcochas de María

La festividad de Melcochas de María se realiza cada año el día 7 de diciembre, en la víspera de la celebración católica dedicada a la Inmaculada Concepción de María. Se dice que, en la localidad de Piedades Norte, una señora llamada Paula Mesén convocaba a sus vecinos a celebrar esta fiesta en la que, aparte del contenido religioso, se compartían comidas, bebidas y dulces.

En 1916 precisamente, agasajó con particular atención a una niña de 8 años de nombre María Isabel Vargas, y mientras repartía melcochas preguntaba: ¿Qué causa tanta alegría?, a lo que los niños, sobre todo, respondían: ¡Las melcochas de María! En adelante, cada 7 de diciembre se continuó celebrando de esta forma la fiesta católica, que más tarde se realizaba no ya en Piedades Norte sino en San Ramón, dado que a la muerte de doña Paula, sus hijos se trasladaron a este lugar y llevaron con ellos la tradición.

En la actualidad la celebración consiste que las personas se reúnen frente al edificio de la Municipalidad, donde se realizan actividades culturales, juegos tradicionales, concursos y otros. Luego, desde el balcón de la Municipalidad se lanzan las melcochas a la multitud, y se continúa con un recorrido por las principales calles de la ciudad en busca de aquellas viviendas donde viven 'Marías', quienes salen a la puerta y preguntan: *¿Qué causa tanta alegría?*, a lo que la multitud responde: *¡Las melcochas de María!* Y luego la 'María' lanza

melcochas y otros dulces y golosinas a los asistentes. La actividad culmina con un concierto en alguna de las plazas de la ciudad.

Desfile de boyeros

Este desfile se comenzó a realizar planificadamente desde 1996, y se efectúa durante la celebración de las fiestas patronales, entre finales de agosto y principios de setiembre de cada año. Generalmente la actividad tiene una gran convocatoria, pues en ocasiones han participado más de 300 carretas tiradas por bueyes, que llegan desde localidades del propio cantón y de otros cantones como Upala, San Carlos, Zarcero, Heredia, Cartago, Escazú, Jicaral, Hojancha, Atenas, Naranjo, Liberia, Atenas, Alajuela, Palmares entre otros.

El desfile recorre las principales calles, con carretas adornadas con diversos colores y diseños, tiradas por bueyes de distintas razas, tamaños y colores. Sobre las carretas los niños, hombres y mujeres saludan a la multitud que los vitorea desde las aceras.

La ubicación geográfica del cantón permite ser sede regional de numerosas entidades privadas y de Organizaciones no gubernamentales de bien social que contribuyen al desarrollo económico y social del mismo. Por su relativa accesibilidad a San José, Alajuela, Guanacaste, Puntarenas y San Carlos se ve favorecido en el desarrollo comercial, tanto en el casco urbano, con el comercio como en el área rural con sus habituales actividades económicas, como lo son: agricultura tradicional: cultivo del café, caña de azúcar, tubérculos y legumbres, lechería, granjas avícolas y porcinas, también el turismo recreativo.

Perfil social

Tasa de alfabetización

En San Ramón la tasa de alfabetización está en 97,5 por cada 100 habitantes esto con base en el Censo Nacional de Población y VI Censo de Vivienda 2011.

La población de 15 años y más que estaba inmersa en algún nivel educativo fue de 14 166, para una distribución relativa de 19,0%, para el 2011. Para ese mismo año el porcentaje de asistencia a la educación regular, de la población con 5 años y más, fue de 31,2 %.

Índice de desarrollo humano (IDH) e Índice de Desarrollo Social cantonal (IDS)

El IDH es utilizado para clasificar a los países en tres niveles de desarrollo y está compuesto por: la esperanza de vida, nivel de educación e ingreso per cápita. A nivel nacional dicho

índice está en 0,8 y a nivel del cantón se encuentra en 0,8 ubicado por encima del promedio nacional (6).

El IDS cantonal permite identificar los contrastes y desigualdades según región del país poniendo en manifiesto la coexistencia de distintas realidades dentro de un mismo país, en cuanto al disfrute del bienestar y al pleno desempeño de las capacidades de los individuos. Dicho indicador se calcula a partir de una serie de estadísticas administrativas provenientes de las instituciones del sector público, lo que permite clasificar y ordenar los distritos y cantones según el nivel en que se encuentre. El dato más próximo es el del año 2017, con un índice de 63,5, ubicando a San Ramón cerca del área de bajo desarrollo social, según MIDEPLAN 2017.

Nivel educativo

En San Ramón para el 2011 la población de 15 años y más que estaba inmersa en algún nivel educativo fue de 14 166, para una distribución relativa de 19,0%.

Según Censo del INEC para ese mismo año el porcentaje de asistencia a la educación regular, de la población con cinco años y más, fue de 31,2%.

La población en los diferentes grupos de edad que para ese mismo año estaba en algún centro educativo fue de 74 535. En cuanto a la deserción estudiantil, el dato que se obtuvo es el acontecido en el 2021, que para primaria fue de -0,3 y 4,2 en secundaria, según Dirección Regional del MEP Occidente.

En cuanto al porcentaje de población de 20 años y más con educación secundaria completa es de 19,8 pero se debe aclarar que dicha cifra es para toda la Región Central (abarca la provincia de Cartago, parte de San José, Alajuela y Heredia), con un área de 10 669 km², siendo, por lo tanto, la más grande y más densamente poblada de aquellas en que se subdividió el país. Esto permite al cantón estar dentro de los que presentan el más alto Índice de Desarrollo Social.

Sobre la población de 15 años y más con educación universitaria refiere que es de 26,0%, según la ENAHO 2020 a nivel de la Región Central.

Por otro lado, el promedio de población con 10 años y más sin instrucción es de 2,5% (según CENSO 2011). En total el promedio con instrucción regular es de 8,4 de años.

Consumo de drogas lícitas o ilícitas

Los datos más actualizados para este punto son del 2015, del Atlas de consumo de drogas en Costa Rica provisto por el IAFA a nivel de la Región Central del país, importante indicar que la edad promedio del consumo de drogas ilícitas en la población entre los 12 a 70 años es de 18,1 años para marihuana, 20,1 años para cocaína y 21,0 años para el crac. En la siguiente figura se muestra el porcentaje de consumo para algunas de las drogas lícitas como ilícitas (7).

Figura 15. Consumo de alcohol, drogas y tabaco para la población entre 12 a 70 años en la Región Central, Costa Rica, 2015

Drogas	Porcentaje de consumo
Consumo de alcohol	44,0%
Consumo de drogas ilícitas	
• Marihuana	5,5%
• Cocaína	1,4%
• Crac	0,4%
Consumo de tabaco	15,5%

Fuente: Atlas de consumo de drogas en Costa Rica, IAFA 2015

Violencia intrafamiliar y social

La violencia intrafamiliar o síndrome de maltrato es un evento de notificación obligatoria según decreto 40556-S del Reglamento de Vigilancia de la Salud, por tanto, la DARS-SR cuenta con estadística del evento.

En la siguiente figura se muestra la frecuencia y proporción según los eventos de negligencia y abandono, sospechosa de violación sexual y violencia intrafamiliar con sus diferentes subtipos.

Figura 16. Distribución relativa de los eventos relacionados con violencia intrafamiliar y otros según sexo, en San Ramón, del 01 enero al 30 junio, 2023

Evento notificado	Mujer		Hombre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Negligencia y abandono	14	7%	14	16%	28	10%
Sospecha de violación sexual	3	2%	1	1%	4	1%
Violencia intrafamiliar	183	92%	71	83%	254	89%
<i>Abuso físico</i>	15	8%	7	8%	22	8%
<i>Abuso psicológico</i>	90	45%	29	34%	119	42%
<i>Abuso sexual</i>	14	7%	3	3%	17	6%
<i>Negligencia o abandono</i>	42	21%	30	35%	72	25%
<i>Otros síndromes del maltrato (formas mixtas)</i>	14	7%	2	2%	16	6%
<i>Síndrome maltrato no especificado</i>	2	1%	0	0%	2	1%
<i>Violencia patrimonial</i>	6	3%	0	0%	6	2%
Total general	200	100%	86	100%	286	100%

Fuente: Vigilancia de la salud, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Para la Región Central se indica que en un 20,5% de los hogares hay victimización de alguno de sus miembros, esto según la ENAHO 2018.

En la provincia de Alajuela la tasa de incidencia de víctimas de delitos sexuales es de 2 146 víctimas por 100 000 habitantes para el 2021 según el Observatorio de Violencia de Género del Poder Judicial (7).

En San Ramón para el 2022, se reportan 22 delitos sexuales según datos del OIJ, lo que equivale a una tasa de incidencia de 2,3 víctimas por 10 000 habitantes.

El OIJ registra para San Ramón un total de 1 458 delitos para el 2022, siendo los distritos de San Ramón y Peñas Blancas los más delictivos, y el delito con mayor denuncia es el que se da contra la propiedad ya sea como robo, hurto o asalto.

Figura 18. Tipo de delito y distrito de ocurrencia, en San Ramón, en el 2022

Tipo de delito	N° reportes	%
Delitos contra la propiedad	848	58,2%
Estafas y otras defraudaciones	281	19,3%
Delitos contra la vida	98	6,7%
Otros delitos contra la propiedad	78	5,3%
Delitos informáticos	39	2,7%
Otros delitos	33	2,3%
Delitos contra la libertad	30	2,1%
Delitos sexuales	22	1,5%
No delito	11	0,8%
Delitos contra los deberes de la función pública	10	0,7%
Delitos contra la seguridad común	8	0,5%
Distrito de ocurrencia		
San Ramón	444	30,5%
Peñas Blancas	204	14,0%
San Juan	152	10,4%
San Rafael	118	8,1%
Alfaro	94	6,4%
Piedades Norte	92	6,3%
Santiago	86	5,9%
San Isidro	70	4,8%
Ángeles	50	3,4%
Piedades Sur	47	3,2%
San Lorenzo	45	3,1%
Volio	29	2,0%
Concepción	19	1,3%
Zapotal	4	0,3%
Desconocido	4	0,3%

Fuente: <https://sitiooj.poder-judicial.go.cr/index.php/ayuda/servicios-policiales/servicios-a-organizaciones/indice-de-transparencia-del-sector-publico-costarricense/datos-abiertos>, Poder Judicial, 2023

En el tema de los homicidios, según las estadísticas policiales del OIJ del 2022, para San Ramón se reportan 22 homicidios, de los cuales el 86,4% fueron hombres; según grupo de edad: dos homicidios corresponden a mayores de 65 años, quince de ellos en edades entre 18 a 64 años, un menor de 18 años, y dos de ellos se desconocía su edad. Con respecto a los femicidios este mismo año sólo se reporta un evento según el Observatorio de Violencia de Género del Poder Judicial.

Organización económica

Medios de Comunicación y Transporte

El cantón San Ramón posee una excelente red de transporte terrestre que comunica todos los 14 distritos entre ellos y con otros cantones y provincias vecinas. A escasos 600 metros del casco de la ciudad pasa la Carretera Interamericana (Ruta 1) que comunica el centro cantonal con la capital San José (59,0 km), el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría (42,0 km), el puerto Caldera en la costa del Pacífico (51,0 km) y Puntarenas centro (54,0 km).

En la figura 19 se visualizan las principales rutas que atraviesan el cantón y los distritos que comunican.

Figura 19. Rutas principales de comunicación del cantón con distritos y otros cantones vecinos.

Ruta #	Distritos que Comunica
702	San Ramón, Piedades Norte, Ángeles, Peñas Blancas, San Lorenzo, así como los distritos de La Fortuna y La Tigra del cantón San Carlos
703	San Ramón, San Juan y Volio, y los distritos de San José y Cirrú Sur del cantón Naranjo
704	San Ramón, San Juan y Concepción, así como el distrito San José del cantón Naranjo
705	San Ramón, Piedades Norte y Alfaro
706	San Ramón, Piedades Norte y Zapotal
713	San Ramón y San Rafael
742	San Ramón, Alfaro y Piedades Sur, así como el distrito Miramar del cantón Puntarenas

Fuente: Proceso de planificación institucional de la Dirección Área Rectora de Salud San Ramón, 2023

Dentro del cantón las principales rutas de comunicación son la Ruta 702, que atraviesa los distritos de San Ramón, Piedades Norte, Ángeles, Peñas Blancas, San Lorenzo, así como los distritos de La Fortuna y La Tigra del cantón San Carlos.

La Ruta 703 atraviesa los distritos de San Ramón, San Juan, San Rafael y Volio, y los distritos de San José y Cirrú Sur del cantón Naranjo. La Ruta 704 va del centro de San

Ramón hacia los distritos San Juan y Concepción, pasando por el distrito San José del cantón Naranjo. La Ruta 705 comunica el centro de San Ramón con los distritos Piedades Norte y Alfaro. La Ruta 706 comunica el centro de San Ramón con los distritos Piedades Norte y Zapotal.

La Ruta 713 es la vía de comunicación entre el centro de San Ramón y el distrito San Rafael y la Ruta 742 es la principal vía de comunicación entre el centro de San Ramón y los distritos Alfaro y Piedades Sur, así como con el distrito Miramar del cantón Puntarenas.

Con respecto al área de telecomunicaciones, el cantón cuenta con la presencia de la radioemisora Radio Sideral AM1340 y la televisora TeleUnoTV canal 27.

Actividades económicas y productivas

Población económicamente activa (PEA)

Este conjunto de la población es aquella de 15 años y más que participa en la producción de bienes y servicios económicos o que estaban en disposición de hacerlo, y la conforman la suma de las personas ocupadas más las desocupadas. También se conoce a este conjunto como 'fuerza de trabajo'.

En el tercer trimestre del 2022, según datos del INEC, la fuerza de trabajo o PEA de la Región Central estaba conformada por un 63,5% del total de su población, con una tasa de ocupación de 56,1%. La tasa de ocupación se refiere al total de personas ocupadas respecto al total de población en edad de trabajar (de 15 años o más). Del total de la PEA, un 11,6% se encontraba desempleada, mostrándose una tasa muy cercana al 12,0% que tenía el país en general en ese momento.

Los datos concretos del cantón San Ramón se remontan al Censo 2011; en ese año, la tasa de ocupación cantonal era de 49,5% y la tasa de desempleo abierto era de 1,5%.

Ingreso promedio de hogares y personas por quintil

Para caracterizar la distribución del ingreso en una población se utilizan los quintiles, lo que supone dividir toda la población en cinco partes iguales ordenados por sus ingresos: el primer quintil (Q1) representa el 20,0% más pobre de la población y el quintil cinco (Q5) al 20,0% más rico de la población. Una vez que se tienen los cinco grupos se pueden relacionar con otros indicadores, en este caso con el ingreso promedio por hogar y con el ingreso por persona.

Figura 20. Ingreso promedio e ingreso per cápita del hogar según quintil de ingreso per cápita de la Región Central, Costa Rica para Julio 2021 y Julio 2022

Quintil De Ingreso Per Cápita	Ingreso promedio por hogar		Ingreso per cápita del hogar	
	2021	2022	2021	2022
<i>Total</i>	1 295 941	1 184 287	493 234	454 340
<i>Quintil 1</i>	290 925	277 395	83 008	83 835
<i>Quintil 2</i>	585 765	568 537	172 137	173 422
<i>Quintil 3</i>	940 610	903 979	294 581	288 856
<i>Quintil 4</i>	1 448 694	1 357 318	504 917	483 907
<i>Quintil 5</i>	3 212 726	2 819 270	1 410 998	1 243 412

Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en el Censo, 2011

Los datos de la figura 20 muestran enormes desigualdades que existen entre los ingresos que perciben los hogares y las personas del quintil 1 con respecto a los del quintil 5. Aunque en todos los quintiles hubo una leve disminución de los ingresos en 2022 en comparación con el año anterior, los hogares del quintil 5 percibieron 10,2 veces más ingresos que los hogares del quintil 1. Dicho de otra forma, por cada 100 colones que ingresaron los hogares del quintil 5, los del quintil 1 solo ingresaron 10 colones.

Con el ingreso per cápita la brecha se extendió, para el 2022 el ingreso per cápita de las personas ubicadas en el quintil 5 fue 14,8 veces mayor que el de las del quintil 1; es decir que, por cada 100 colones de ingreso de una persona del primer quintil, una persona del quintil 5 tenía un ingreso de 1 480 colones.

Rama de actividad en las que participa la población activa

Los datos más recientes disponibles corresponden a la Encuesta Nacional de Hogares del segundo trimestre del 2022 en la Región Central del país, donde se ubica el cantón San Ramón. Las cinco actividades con mayor participación son las siguientes: comercio al por mayor y por menor 19,0%; industrias manufactureras 14,4%; servicios administrativos y de apoyo 7,3%; actividades de los hogares como empleadores 6,3%; y enseñanza 5,9%. Las actividades relacionadas con la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca se ubican en décimo lugar, con un 4,3% del total de la población activa.

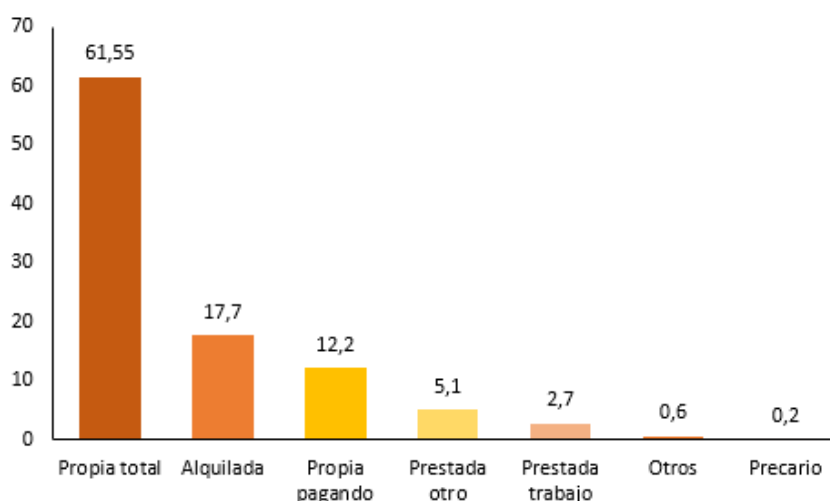
En concreto para San Ramón, los datos con que se cuenta son del Censo 2011 y muestra algunas actividades cuyas cifras pueden estar desactualizadas; sin embargo, para tener

una idea general se presentan aquí las cinco principales actividades que en ese momento agrupaban la mayor proporción de la población activa: comercio 17,6%; agricultura y ganadería 16,8%; industrias 10,5%; enseñanza 8,6%; y construcción 7,3%.

Tenencia de la vivienda

De acuerdo con el Censo 2011, en el cantón San Ramón había 23 301 viviendas habitadas, de las cuales el 61,5% correspondían a viviendas propias completamente pagadas, ubicándose en segundo lugar las viviendas alquiladas, que sumaban un 17,7% de todas las viviendas del cantón y, en tercer lugar, las viviendas propias que aún se continuaban pagando, con un 12,2% del total.

Figura 21. Frecuencia relativa de la tenencia de la vivienda, San Ramón-Costa Rica, 2011



Fuente: Dirección Área Rectora de Salud San Ramón con base en el Censo, 2011

Los datos anteriores son similares a los de la Encuesta Nacional de Hogares de julio 2021 de toda la Región Central, que muestra las siguientes cifras en los tres tipos de tenencia: propia totalmente pagada con 64,1%; alquilada, 19,5%; y propia pagando a plazos con 10,7%.

Se rescata el hecho de que la suma de las viviendas propias, en sus dos formas, llega a casi tres cuartas partes del total del cantón (73,7%), y que las viviendas en precario constituyen una proporción mínima, lo que supondría una mejor oportunidad para su atención.

Otros datos de interés relacionados con vivienda se refieren al porcentaje de tugurios que existen en el cantón; según datos del Censo 2011, que es la fuente más cercana, la proporción de tugurios en San Ramón era de 0,4% del total de viviendas. Por otra parte, una ínfima proporción de 0,05% del total de viviendas eran consideradas 'viviendas colectivas', de acuerdo con la misma fuente.

Hogares en pobreza

Se consideran hogares en extrema pobreza aquellos cuyo ingreso per cápita es igual o menor que el costo de la CBA; mientras que los hogares pobres son los que tienen un ingreso igual o menor que el costo de la Canasta Básica Total (CBT = CBA + CBNA). La CBA es una 'canasta' o listado de alimentos que se consideran básicos en términos de nutrientes y aporte calórico para las personas y que son consumidos por una proporción importante de la población. Por su parte, la CBNA está constituida por otros productos y servicios básicos como vestido, salud, educación, esparcimiento, vivienda y servicios de la vivienda, transporte, comunicaciones, cultura y otros servicios diversos.

Según la ENAHO del 2021, en la Región Central los hogares se distribuían, según su nivel de pobreza, de la siguiente forma: hogares no pobres 81,9% y hogares pobres 18,1%. Los hogares pobres estaban constituidos por un 14,2% que no estaban en pobreza extrema y un 3,9% de hogares en extrema pobreza. En el ámbito nacional estas cifras eran las siguientes: hogares no pobres 77,0%; hogares en pobreza no extrema 16,7%; hogares en extrema pobreza 6,3%.

Características de los hogares y personas por nivel de pobreza

Los datos disponibles para la Región Central, donde se ubica el cantón San Ramón, y tomados de la ENAHO de julio 2021, indican que residen en esta región 3 182 800 personas y que existen 1 029 949 hogares. En ese momento, las personas pobres representaban un 20,9% del total de la región, y los hogares pobres un 18,1%.

Tomando en cuenta el total de personas que residen en la Región Central, la cifra de personas en extrema pobreza suma 144 138, es decir, un 4,5% del total. Si se toma en cuenta el grupo de personas pobres (20,9%) como base, las personas en extrema pobreza alcanzan un 21,6%.

Otra característica importante de los hogares de la Región se refiere a la jefatura: aquellos con jefatura femenina representan un 43,3% del total general de hogares. Si se compara la

jefatura del hogar con el indicador de pobreza, resulta que en los hogares no pobres la jefatura femenina es de un 41,7%, mientras que en los hogares en extrema pobreza la jefatura femenina llega hasta un 53,2% del total.

Algunos datos adicionales de las características que presentan las personas en la Región Central en relación con la pobreza se muestran en la siguiente figura:

Figura 22. Características de las personas de la Región Central según nivel de pobreza, 2021

Característica	Total	No Pobres	Pobres Total	Pobreza No Extrema	Pobreza Extrema
Horas semanales trabajadas en la ocupación principal	41,9	42,7	35,0	36,4	27,7
Escolaridad promedio personas de 15 años y más	9,6	10,2	7,2	7,2	7,3
Tasa de desempleo abierto	10,9	8,0	30,1	26,0	46,0
Tasa neta de participación	56,6	59,9	41,6	41,5	41,8
Tasa de ocupación	50,4	55,1	29,1	30,7	22,6

Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Hogares, 2021.

En relación con la dependencia demográfica, este indicador mide, en términos simples, cuánta es la proporción de personas inactivas que deberían ser solventadas económicamente por las personas activas. Las personas inactivas son la suma de las que tienen entre 0 y 14 años más las de 65 años en adelante; las personas activas son las que tienen entre 15 y 64 años. En el 2021, en la Región Central la relación de dependencia demográfica general era de 45,0%; dicha razón era, además, de 39,0% entre las personas no pobres y de 69,0% entre las personas que se encontraban en extrema pobreza.

Conforme con la proyección de población al 2022, la relación de dependencia demográfica general variaba entre 37,0% y 46,0% en los 13 distritos que entonces se tomaban en cuenta en las estadísticas. El distrito San Ramón se ubicaba en 37,0% y, al otro extremo, los distritos de Santiago y Volio mostraban un 46,0% cada uno.

Capítulo IV. Descripción de las Características en Salud

En cuanto la infraestructura en salud a nivel público se cuenta con: 19 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y 24 puestos de visita periódica.

Para el 2022 se brindó un total de 132 922 atenciones médicas. La población adscrita para este año al Área de Salud de San Ramón era de 93 949 (según actuarial de la CCSS).

Equipos Básicos de Atención Primaria de San Ramón

El Área de Salud del cantón San Ramón cuenta con la siguiente distribución de EBAIS y lugares que tienen visita periódica, según por distritos.

Distrito Central, este lugar se componen de cinco EBAIS, en una misma edificación, al costado este del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega y atienden de lunes a viernes, teléfono 2445-5225:

- Carlo Magno
- La Sabana
- Tremedal
- Lisímaco Chavarría
- Rafael Estrada

Santiago, se distribuye en tres EBAIS con el siguiente horario de atención:

- Santiago: lunes, (1^{ero}-3^{ero}-4^{to}-5^{to} miércoles), viernes. Teléfono 2447-7323
- Calle León (atiende los 2^{dos} miércoles)
- Río Jesús (atiende los jueves)

San Juan, son dos EBAIS que atienden en dos lugares distintos, teléfono 2447-5727:

- San Juan
- Bajo Tejares, ambos atienden de lunes a viernes

Piedades Norte consta de cuatro lugares distintos que atienden en las siguientes comunidades:

- Piedades Norte Martes- (1^{ero}, 3^{ero}, 4^{to}, 5^{to} viernes) Teléfono 2447-3949
- Bolívar atiende el jueves.
- La Esperanza atiende el miércoles
- Bajo La Paz atiende los lunes y 2^{dos} viernes.

Piedades Sur tiene tres edificaciones y se distribuyen en las siguientes comunidades:

- Piedades Sur: lunes-martes-5^{to} miércoles - jueves-viernes. Teléfono 24478424
- San Francisco 2^{do} y 4^{to} miércoles.
- La Guaria que atiende los primeros y terceros miércoles en la mañana.

San Rafael consta de cuatro lugares diferentes:

- San Rafael atendiendo los lunes, (1^{ero}, 2^{do}, 4^{to}, 5^{to} miércoles de enero a junio y los 3^{eros} miércoles de julio a diciembre), (4^{to} jueves Dr. Steller) - viernes (1^{ero}, 2^{do}, 4^{to}, 5^{to} de julio a diciembre). Teléfono 2447-9515 / 2447-9516
- Berlín se atiende el jueves.
- Llano Brenes abre los martes.
- Pata de Gallo se atiende los 3^{eros} miércoles de enero a junio y 3^{eros} viernes de julio a diciembre.

San Isidro cuenta con tres localidades y atiende de la siguiente forma.

- La Piedra da consulta lunes, 2^{do} miércoles, 4^{to} miércoles mes por medio, jueves. Teléfono 2447-0172.
- Calle Zamora con un horario de martes, 1^{eros}-3^{eros}-5^{tos} miércoles, 4^{to} miércoles PAP y viernes, teléfono 2447-6930
- La Guaria 1^{eros} viernes y 3^{eros} - 4^{tos} miércoles.

Ángeles atiende en dos comunidades con el siguiente horario:

- Los Ángeles martes y jueves, 2^{do} - 4^{to} viernes, 5^{to} viernes promoción de la salud, algunos miércoles cirugía menor. Teléfono 2456-4200
- Bajo Zúñiga los lunes cada 15 días, 3^{eros} viernes, algunos 5^{tos} viernes.

Alfaro está dividido en tres lugares de atención, teléfono 2445-5805.:

- Las Musas que abre lunes, 5^{tos} martes, miércoles, jueves, viernes.
- Calle Valverde abre los 1^{eros} y 3^{eros} martes.
- Cataratas 2^{dos} y 4^{tos} martes.

Volio, este distrito se divide en dos comunidades.

- Volio que atiende martes, 1^{eros} miércoles, jueves. Teléfono 2447-7164.
- Alto Villegas con un horario de atención los 1^{eros} miércoles.

Concepción, es una sola edificación y atiende lunes, 2^{do}-3^{ero}-4^{to}-5^{to} miércoles a viernes. Teléfono 2447-0172

Zapotal, este distrito se distribuye en cuatro localidades

- Zapotal con horario miércoles cada 22 días. Teléfono 2635-5800

- Carrera Buena miércoles cada 22 días.
- El Salvador lunes cada 15 días. Teléfono 2661-8001
- El Socorro miércoles cada 22 días.

Peñas Blancas se distribuyen cuatro EBAIS:

- Peñas Blancas que atiende lunes, martes cada 15 días, miércoles, 1^{ero}-2^{do}-4^{to}-5^{to} jueves, viernes. Teléfono 2468-0329.
- Sector Ángeles martes cada 15 días, 3^{eros} jueves.
- Chachagua lunes-martes-miércoles-jueves- 4^{tos} y 5^{tos} viernes. Teléfono 2481-0282.
- Abanico 1^{eros} - 2^{dos} – 3^{eros} viernes. Teléfono 2469-1374

Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega

Tiene una población de adscripción de 155 422 habitantes correspondientes a los cantones San Ramón, Palmares, Zarceró y un sector de Naranjo, distribuida en 77 949 hombres y 77 473 mujeres. En cuanto a divisiones o secciones de atención en el hospital están:

Secciones o salones y especialidades del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde

- a) Salón Medicina Interna
 - i) Especialidad Medicina Interna
 - ii) Especialidad Cardiología
 - iii) Especialidad Psiquiatría
 - iv) Especialidad Geriatria
 - v) Especialidad Dermatología
 - vi) Especialidad Reumatología
 - vii) Gastroenterología
 - viii) Especialidad Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor
- b) Salón Cirugía
 - i) Especialidad Cirugía General
 - ii) Especialidad Ortopedia
 - iii) Especialidad Oftalmología
 - iv) Especialidad Vascular Periférico
 - v) Especialidad Otorrinolaringología
- c) Salón Gineco-obstetricia
 - i) Especialidad Ginecología y Obstetricia
- d) Salón Pediatría

- i) Especialidad Pediatría
- ii) Especialidad Cirugía Pediátrica
- iii) Especialidad Neonatología
- e) Servicio Urgencias
 - i) Especialidad Medicina de Emergencias
 - ii) Medicina General
- f) Consulta Externa
 - i) Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria
- g) Sala de Operaciones
 - i) Especialidad Anestesia y Recuperación
- h) Servicio Radiología
 - i) Especialidad Radiología e imágenes médicas

En el 2022 se contó con 51 médicos especialistas en las diversas especialidades a nivel del centro, lo que corresponde a 3,3 médico especialista por cada 10 000 habitantes

Figura 23. Atenciones ambulatorias en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega en el 2022

Atenciones	Frecuencia
Cirugías Ambulatorias	737
Atenciones Urgencias	144 668
Atenciones Consulta Externa Médica	78 335
Atenciones Consulta no médico	11 808

Fuente: Estadísticas del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega

Mujeres gestantes en el 2022.

Se brindaron 884 atenciones de primera vez en la especialidad de obstetricia y se atendieron 1 262 partos con productos nacidos vivos, lo que corresponde al 70,0%, a nivel del hospital, se atienden solamente usuarias que posean un riesgo identificado en el primer nivel de atención.

De los 1 262 partos el 100% atendido por personal capacitado, sin embargo, se reportaron 10 partos extrahospitalarios en el mismo año.

En el 2022, se registran según datos de INEC, 1 048 nacimiento en San Ramón de los cuales el 99,1% fueron atendidos en un establecimiento de salud, según se puede apreciar en la figura 24.

Figura 24. Centros hospitalarios y no hospitalarios con nacimientos de residentes del cantón San Ramón, 2022

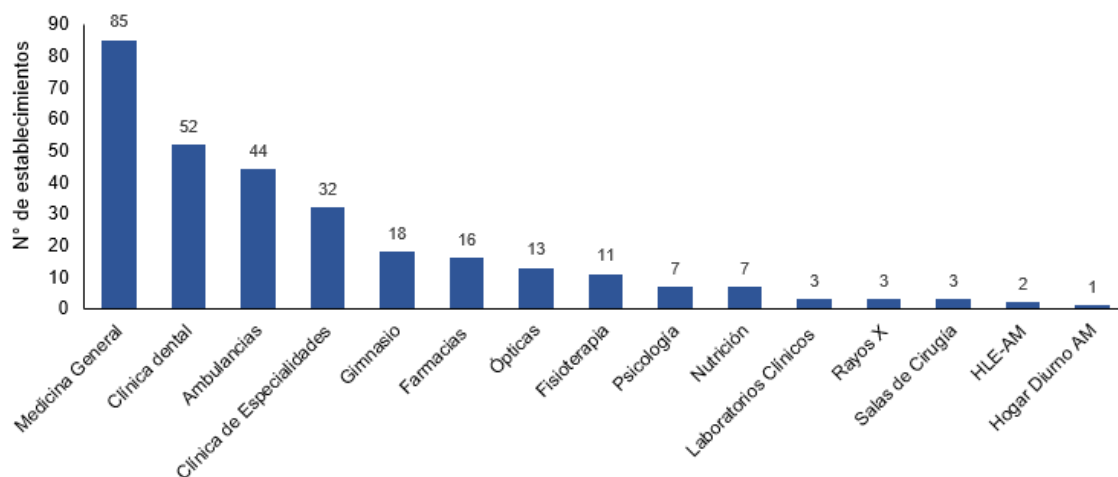
Lugar de nacimiento	Nº nacimientos	%
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	784	74,8%
Hospital de San Carlos	121	11,5%
Hospital Cima	35	3,3%
Hospital San Francisco de Asís, Grecia	21	2,0%
Hospital México	16	1,5%
Hospital San Rafael de Alajuela	12	1,1%
Otras Instituciones Hospitalarias	9	0,9%
Hospital Calderón Guardia	7	0,7%
Clínica Bíblica	7	0,7%
Domiciliar	6	0,6%
Hospital San Juan de Dios	5	0,5%
Hospital Metropolitano	4	0,4%
Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas	3	0,3%
Otro Lugar	3	0,3%
Hospital Borromeo	3	0,3%
Hospital San Vicente de Paul, Heredia	2	0,2%
Plaza Médica de Occidente	2	0,2%
Hospital Enrique Baltodano Liberia	2	0,2%
Clínica La fortuna	2	0,2%
Hospital de Guápiles	1	0,1%
Hospital de las Mujeres	1	0,1%
Clínica Los Chiles	1	0,1%
Hospital de Upala	1	0,1%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022

Establecimientos privados

En cuanto a establecimientos privados el cantón San Ramón cuenta con 297 servicios de salud habilitados según la base de datos del Ministerio de Salud, al primer trimestre del 2023.

Figura 25. Establecimientos privados con habilitaciones vigentes en el Área Rectora de Salud de San Ramón, I trimestre, 2023



Fuente: Regulación de los Servicios de Salud, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Coberturas de vacunas, 2022

La vacunación viene a ser una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra agentes infecciosos que causan enfermedades antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas van a activar las defensas del cuerpo para que puedan resistir a esas infecciones específicas, y así fortalecer el sistema inmunitario (8).

El beneficio que ha obtenido la Salud Pública a nivel mundial con la vacunación es evidente, ya que es la mejor herramienta para la prevención de Enfermedades Inmunoprevenibles (EIP). Además, los programas de vacunación, principalmente en infantes menores de 5 años, ha repercutido tanto en las tasas de morbilidad como de mortalidad en el mundo (9).

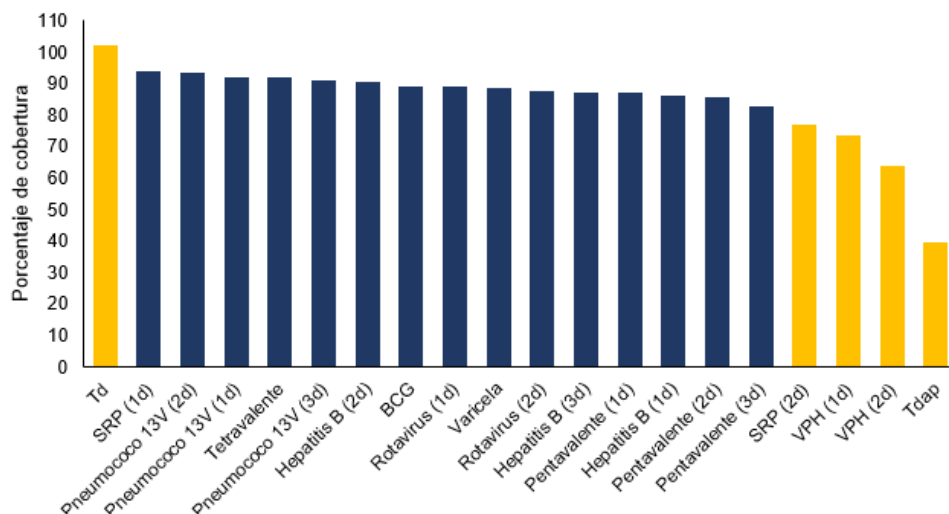
Para San Ramón se reportan 20 registros de vacunas aplicadas según esquema de vacunación nacional. Según el porcentaje de cobertura de vacunas, el promedio fue de 84,7%, 3,8% menor al porcentaje de cobertura a nivel nacional con 88,5%.

Figura 26. Coberturas de vacunación según periodo de vacunación y vacuna en Costa Rica y San Ramón, 2022

Periodos de vacunación y vacunas	San Ramón		País	
	Aplicadas	%	Aplicadas	%
Menores de 1 año				
BCG	935	89,22	43572	80,26
Hepatitis B (1 dosis)	905	86,35	45608	84,01
Hepatitis B (2 dosis)	949	90,55	50520	93,06
Hepatitis B (3 dosis)	914	87,21	51067	94,07
Pentavalente (1 dosis)	914	87,21	50583	93,18
Pentavalente (2 dosis)	899	85,78	50973	93,89
Pentavalente (3 dosis)	869	82,92	51049	94,03
Rotavirus (1 dosis)	935	89,22	49931	91,97
Rotavirus (2 dosis)	917	87,5	49459	91,1
Pneumococo 13V (1 dosis)	967	92,27	51510	94,88
Pneumococo 13V (2 dosis)	979	93,42	51314	94,52
Menores de 1 año y 3 meses				
Pneumococo 13V (3 dosis)	952	90,84	50833	93,64
Varicela	930	88,74	49413	91,02
SRP (1 dosis)	986	94,08	51484	94,83
Escolares de 4 años				
SRP (2 dosis)	926	77,04	51832	75,72
Tetraivalente	1109	92,26	62753	91,68
Escolares de 10 años				
Td	1255	102,45	60048	81,54
VPH (1 dosis)	452	73,38	30011	82,71
VPH (2 dosis)	429	63,64	25179	69,39
Embarazadas				
Tdap	417	39,79	45878	84,51

Fuente: Coberturas 2022-cantones-poblaciones INEC DRRSCO, Ministerio de Salud, DARS-SR, 2023

Figura 27. Coberturas de vacunas según dosis aplicada en San Ramón, 2022



Fuente: Coberturas 2022-cantones-poblaciones INEC DRRSCO, Ministerio de Salud, DARS San Ramón, 2023

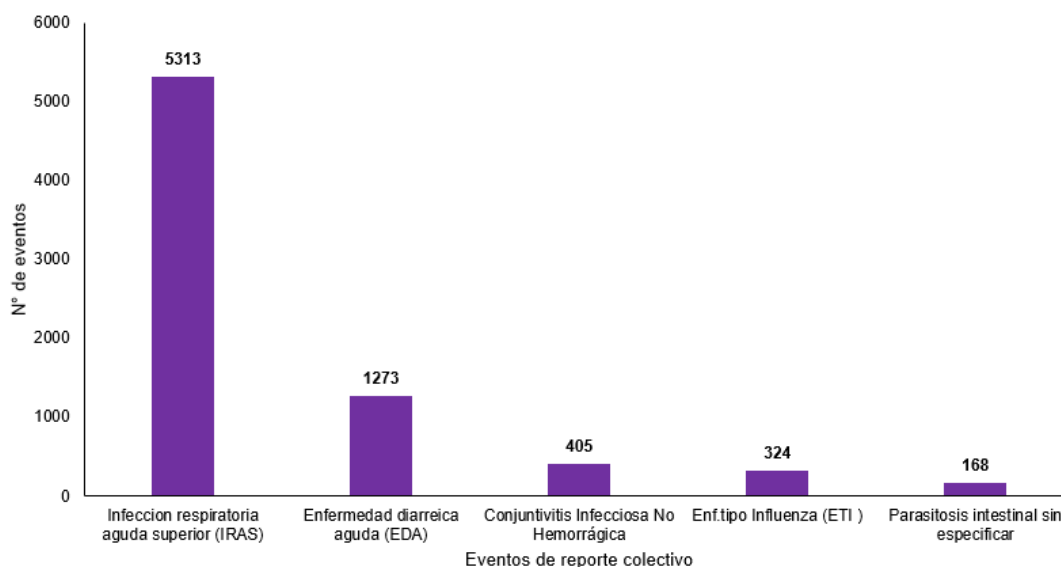
Eventos de notificación obligatoria, 2022

El Reglamento de Vigilancia de la Salud, interpuesto en el decreto 40556-S, se realiza con el objetivo de “regular la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, con el fin de que autoridades y diferentes actores sociales, cuenten con información de calidad para permitir la toma de decisiones basada en evidencia positivamente en el estado de salud de la población” (10).

En los artículos 34, 35 y 36 se indica la obligatoriedad de la notificación de los eventos por parte de los actores sociales tanto públicos como privados; y en el artículo 37, se indican los eventos de salud de notificación obligatoria, divididos por grupos, boleta y tiempo de notificación (10).

Para el 2022, en la boleta colectiva VE-02 se registraron 7 526 reportes, y 10 eventos reportados, y los 5 más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas superiores (70,6%), enfermedad diarreica aguda (16,9%), conjuntivitis no hemorrágica (5,4%), enfermedad tipo influenza (4,3%) y parasitosis intestinal (2,2%).

Figura 28. Principales eventos reportados en boleta colectiva, San Ramón, 2022



Fuente: Vigilancia de la salud, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2022

Los reportes en la boleta individual VE-01 abarca diferentes eventos, para el año 2022 se notificaron 3 366 registros, de los cuales el 34,5% son considerados no transmisibles y el 65,5% enfermedades transmisibles.

En la figura 29 se muestran los principales eventos no transmisibles y enfermedades transmisibles reportadas durante ese año a la DARS-SR, tanto por entes públicos como privados.

Malaria

Con respecto a la enfermedad del paludismo, San Ramón tiene más de 5 años de no presentar un caso confirmado por la enfermedad, tanto autóctono como importado, aun así se considera un cantón con estratificación 3 en la mayor parte del territorio, por tanto, tiene riesgo demográfico por movimiento de personas migrantes principalmente por trabajos en agricultura, como corta de caña, recolecta de café, yuca y piña, sin embargo no hay presencia del vector, a excepción del distrito de Peñas Blancas y parte del distrito de San Lorenzo, en los cuales si se tiene las condiciones ambientales para la presencia del vector.

El índice parasitario anual malárico para la provincia de Alajuela, donde pertenece el cantón, era de 0,007 por 1 000 habitantes para el 2013.

Figura 29. Principales eventos No-transmisibles y Transmisibles reportados al Área Rectora de Salud de San Ramón, durante el 2022

Eventos No-Transmisibles	Frecuencia	Proporción
Violencia intrafamiliar	233	6,92%
Hipertensión arterial	200	5,94%
Accidentes laborales	186	5,53%
Víctima accidente tránsito	162	4,81%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	92	2,73%
Diabetes mellitus	69	2,05%
Intento de suicidio	63	1,87%
Depresión	35	1,04%
Obesidad	31	0,92%
Embarazo de alto riesgo	20	0,59%
Enfermedad renal crónica	14	0,42%
Negligencia y abandono	13	0,39%
Sospecha de violacion sexual	12	0,36%
Quemaduras	11	0,33%
Eventos Transmisibles		
Infecciones asociadas a atención en salud	111	3,30%
Leishmaniasis	50	1,49%
Varicela	24	0,71%
Influenza	14	0,42%
Sífilis	11	0,33%
VIH y VIH avanzado	9	0,27%
Dengue	8	0,24%
Síndrome respiratorio agudo severo	8	0,24%
Hepatitis	6	0,18%
Infección gonocócica	6	0,18%
Infecciones por virus de papiloma humano	6	0,18%
Neumonías	5	0,15%
Leptospirosis	4	0,12%
Eventos No-Transmisibles		
	Frecuencia	Proporción
Violencia intrafamiliar	233	6,92%
Hipertensión arterial	200	5,94%
Accidentes laborales	186	5,53%
Víctima accidente tránsito	162	4,81%

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	92	2,73%
Diabetes mellitus	69	2,05%
Intento de suicidio	63	1,87%
Depresión	35	1,04%
Obesidad	31	0,92%
Embarazo de alto riesgo	20	0,59%
Enfermedad renal crónica	14	0,42%
Negligencia y abandono	13	0,39%
Sospecha de violacion sexual	12	0,36%
Quemaduras	11	0,33%

Eventos Transmisibles

Infecciones asociadas a atención en salud	111	3,30%
Leishmaniasis	50	1,49%
Varicela	24	0,71%
Influenza	14	0,42%
Sífilis	11	0,33%
VIH y VIH avanzado	9	0,27%
Dengue	8	0,24%
Síndrome respiratorio agudo severo	8	0,24%
Hepatitis	6	0,18%
Infección gonocócica	6	0,18%
Infecciones por virus de papiloma humano	6	0,18%
Neumonías	5	0,15%
Leptospirosis	4	0,12%

Fuente: Vigilancia de la salud, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2022

La tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria para el 2022 es de 351,4 eventos por cada 10 000 habitantes.

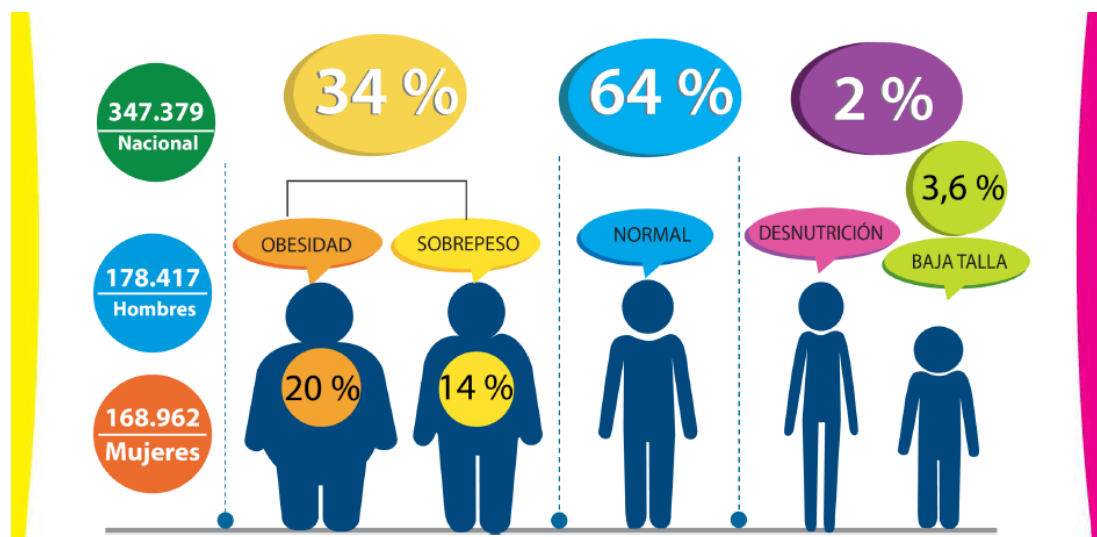
Obesidad y sedentarismo

El exceso de peso corporal es un problema de la salud que va en aumento en los últimos años a nivel mundial y Costa Rica no es la excepción. De las preocupaciones más relevantes es que es uno de los principales factores de riesgo para las ECNT, y está alcanzando a la población en general.

El valor promedio del IMC en la población urbana de Costa Rica entre los 20 a 64 años es de 28,4 kg/m², para los hombres es de 27,4 kg/m² y para las mujeres de 29,4 kg/m².

En el Censo Escolar Peso/Talla del 2016, con una cobertura de poco más del 90%, arroja los siguientes resultados, donde un 34% de la población escolar se encuentra con sobrepeso u obesidad (11).

Figura 30. Estado nutricional según Índice de Masa Corporal en población de 6 a 12 años, Costa Rica, 2016



Fuente: Censo Escolar Peso/Talla 2016, Costa Rica

La falta de actividad física es considerada junto con la obesidad como un factor de riesgo para las ECNT, y a consecuencia de la globalización, los avances y alcances tecnológicos y la urbanización, se ha producido cambios en la realización de actividad física. Para el cantón San Ramón un 66,8% de las personas encuestadas del IAFA 2015 afirmaron realizar actividad física de esfuerzo moderado, y un 31,1% de esfuerzo intenso.

CEN-CINAI en San Ramón

El cantón cuenta con 9 CEN y 2 CINAI, en los cuales para 2023, están activas 51 madres-bebés, con un rango de edad de 14 a 20 años, con un promedio de edad de 17,6 años; a quienes se proveen entrega de leche, kit de estimulación temprana (estrategia 4), sesiones educativas y alimentación, las cuales llegan mediante referencias de parte del primer nivel de atención de la CCSS, por tanto, se indica que están ofreciendo 100,0% de cobertura.

Los CEN activos son: San Ramón, La Unión, Alfaro, Piedades Sur, San Juan, San Isidro, Chachagua, Invu y Abanico, y los CINAI activos son: San Ramón y Valle Escondido.

Incidencia de Neoplasias Malignas

Las neoplasias malignas o cáncer son términos que abarcan un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo, según los indica la OMS.

Además, el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo, debido a su rápida multiplicación de células anormales que se llega a extender más allá de sus límites habituales e invadir otras partes del cuerpo.

En la siguiente figura se resumen las principales neoplasias reportadas para el cantón en el 2016.

Figura 31. Frecuencia y tasa de incidencia por 100 000 habitantes de las principales neoplasias malignas según sexo, en San Ramón, 2016

Neoplasias/Sexo	Frecuencia	Tasa Incidencia
<i>Mujer</i>	121	272,0
Piel	18	87,7
Otras localizaciones	21	47,2
Mama	18	40,5
Cervix	10	22,5
Glándula Tiroides	8	18,0
Estómago	7	15,7
Útero	6	13,5
Colon	6	13,5
<i>Hombre</i>	106	234,4
Piel	42	92,9
Glándula Prostática	29	64,1
Estómago	10	22,1
Otras localizaciones	8	17,7
Colon	5	11,1
Recto	5	11,1

Fuente: Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud

Virus de Inmunodeficiencia Humana

La infección por el VIH ataca los glóbulos blancos de nuestro sistema inmunitario, debilitándolo y provocando con mayor facilidad el contraer otras enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis o algunos tipos de cáncer, provocando en su fase más avanzada el SIDA.

Entre los años 2015 al 2022, se registran 66 casos confirmados por VIH en San Ramón, con las siguientes distribuciones según sexo, grupos de edad y distritos.

Figura 32. Número de casos por VIH, según grupo de edad y sexo, en San Ramón, del 2015 al 2022

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
Menores de 14 años	0	1	1
15 a 19 años	6	0	6
20 a 24 años	9	1	10
25 a 29 años	12	1	13
30 a 34 años	4	1	5
35 a 39 años	5	1	6
40 a 44 años	6	2	8
45 a 49 años	1	2	3
50 a 54 años	4	1	5
55 a 59 años	1	1	2
60 a 64 años	1	1	2
65 a 69 años	2	0	2
70 a 74 años	0	1	1
75 años y más	0	1	1
Desconocidos	1	0	1
Total	52	14	66

Fuente: Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud

Figura 33. Número de casos por VIH, según distrito, en San Ramón, del 2015 al 2022

Distrito	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
20201: San Ramon	4	3	6	6	1	2	2	2	26
20202: Santiago	0	0	0	0	0	0	0	1	1
20203: San Juan	3	1	3	1	3	3	0	0	14
20204: Piedades Norte	0	1	2	0	0	1	0	0	4
20207: San Isidro	1	0	0	1	1	0	0	0	3
20208: Angeles	1	0	1	1	0	0	0	1	4
20209: Alfaro	0	2	1	3	0	0	0	0	6
20210: Volio	0	1	0	0	0	0	0	2	3
20211: Concepcion	0	0	2	0	0	0	1	0	3
20213: Peñas Blancas	0	1	0	0	0	0	0	1	2
202: San Ramón (cantón)	9	9	15	12	5	6	3	7	66

Fuente: Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud

Para el 2022, se reportaron 7 casos de VIH con una tasa de incidencia de 0,73 casos por 10 000 habitantes, a razón de 4 hombres por cada mujer con el diagnóstico.

Tuberculosis

La enfermedad infecciosa de la tuberculosis, causada por una bacteria que principalmente afecta a los pulmones, que en personas con un sistema inmunitario íntegro se puede presentar de manera asintomática, sin embargo, en quienes tiene un sistema inmune debilitado puede manifestarse con tos activa, dolores en tórax, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. Su transmisión es de persona a persona por medio del aire.

En el cantón en el periodo 2021 al I semestre del 2023 sólo se han reportado 2 casos positivos por la enfermedad, uno por recaída y otro considerado caso nuevo, ambos casos tenía riesgo social y desigualdades socioeconómicas, además de tener comorbilidades que predisponían a manifestarse la enfermedad, como se describió anteriormente. Sin embargo, bajo la supervisión adecuada cumplen con el tratamiento indicado para la erradicación de la enfermedad.

Capítulo V. Descripción de Características de Presencia de Riesgos

Residuos Sólidos

En el cantón San Ramón se cuenta con dos Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos Sólidos. El primero corresponde a la Municipalidad de San Ramón que abarca trece distritos, el segundo al Concejo de distrito de Peñas Blancas. Estos documentos alinean las acciones cantonales, gubernamentales y privadas en el tema de residuos sólidos, mediante actividades ajustadas a las condiciones del cantón y se encuentran debidamente implementados.

Durante la etapa de elaboración y ejecución, el Ministerio de Salud tuvo participación, asumiendo por un lado su rol rector, mediante la fiscalización y como de actor social involucrado y comprometido en la construcción y en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

El sistema de recolección de residuos sólidos abarca la mayor parte de la población, mediante la recolección municipal, además existe un potencial importante para el fortalecimiento del sistema de recolección de residuos separados dentro del cantón, tanto por iniciativas del gobierno local, así como empresas dedicadas a la recuperación de residuos.

En el 2018 se estimaba que para el cantón San Ramón la generación de residuos sólidos alcanzaba 27 959 toneladas de residuos anuales, los cuales se disponían en el relleno sanitario del cantón, el cual se encontraba en etapa de cierre técnico, no contabilizándose en ese momento los residuos que fueron reciclados durante ese periodo. Actualmente los residuos ordinarios son trasladados para su disposición final y tratamiento en el relleno sanitario de Tecno Ambiente, ubicado en el cantón Montes de Oro.

Para los siguientes años se ha dado una mayor cobertura en recolección y separación de los residuos por parte de la Municipalidad de San Ramón y el Concejo de distrito de Peñas Blancas.

Como se puede observar en la siguiente figura, durante el periodo que comprende del 2019 al 2022, se recolectó un promedio 22 433 toneladas anuales, observando una disminución con respecto al promedio recolectado en el año 2018.

Figura 34. Recolección municipal de residuos y recuperación de residuos, del 2020 al 2022

Años (2020-2022)	Recolección de residuos ordinarios
2020	22400 ton/ anuales
2021	22200 ton/ anuales
2022	22700 ton/ anuales

Fuente. Unidad de Gestión Ambiental, Municipalidad de San Ramón. 2023

Se estima que en el cantón se cuenta con una cantidad total de 40 541 generadores de residuos categorizados de la siguiente manera.

Figura 35. Generadores de residuos según tipo de actividad, 2023

Tipo de actividad	Cantidad de generadores
Residencial	37 327
Comercial	3 214
Total	40 541

Fuente. Unidad de Gestión Ambiental, Municipalidad de San Ramón. 2023

Es importante indicar que toda actividad comercial, está regulada por el Ministerio de Salud y debe cumplir con los programas de manejo de residuos, según lo estipulado en el Reglamento a la Ley de Gestión Integral de Residuos, razón por la cual muchos de los residuos generados, son valorizables o de tipo especial, lo que obliga a que sean separados desde la fuente y entregados a Gestores Autorizados, para que los mismos no terminen en el Relleno Sanitario de la Empresa Tecno Ambiente, ubicada en Miramar de Montes de Oro o en vertederos clandestinos. De esta forma se reduce el impacto negativo al ambiente que genera la disposición de cierto tipo de residuos, como el vidrio, aluminio y plástico.

Por otro lado, las prácticas utilizadas para gestionar los residuos sólidos ordinarios por los habitantes del cantón han permitido que se generen y mantengan actividades de diversos centros de acopio de residuos ordinarios: PET, papel, plástico, aluminio, como otras empresas dedicadas a recuperar hierro y diversos metales. Cabe destacar que si bien no hay datos exactos de la cantidad de material recuperado, algunas de estos registran aproximados de más de doscientas toneladas anuales.

Figura 36. Centros de recuperación, cantidad de material procesado, 2019

Centro de recuperación	Material procesado por mes (aprox.)	Material procesado por mes (aprox.)
TUAMA	24 ton	288
Recicladora Valle Ecológico Ltda.	15 ton	180
Centro de Acopio JR	80 ton	960
Reciclajes de Occidente	420 ton	5 040

Fuente: Práctica profesional. Estudiante Paulina Campos Guzmán. Gestión de Recursos Naturales. 2019. Universidad de Costa Rica.

Perdurar estos modelos de separación y recuperación de residuos potenciaría la permanencia de los servicios ofrecidos por el centro de acopio del gobierno local, así como de las empresas del propio cantón que están interesadas en aumentar su capacidad de comercialización de materiales reciclables.

En el cantón San Ramón se mantiene por parte de la Municipalidad de San Ramón y el Concejo de Distrito de Peñas Blancas una recolección selectiva, por lo que se recuperó durante los años del 2019 al 2022 un promedio anual de 264 toneladas de material de reciclaje, lo que representa aproximadamente un 1,2% del total recolectado.

Figura 37. Cantidad de material reciclable recuperado por el Concejo Municipal del distrito de Peñas Blancas, del 2019 al 2022

Años	Recuperación Municipal de residuos
2019	221,5 ton/ anuales
2020	292,5 ton/ anuales
2021	316,5 ton/ anuales
2022	225,5 ton/ anuales

Fuente. Unidad de Gestión Ambiental Municipalidad de San Ramón y Concejo de Distrito de Peñas Blancas. 2023.

Se hace necesario mencionar, con respecto a este tema que a nivel nacional se cuenta también con normativa importante, que se aboca a reducir la disposición irregular de los residuos de tipo especial como llantas, fluorescentes, aparatos electrónicos, aceite lubricante usado, baterías, entre otros, para lo cual se cuenta también en el cantón con Gestores Autorizados que recolectan y trasladan a las respectivas unidades de cumplimiento estos residuos, de tal forma que sean tratados o reciclados conforme a lo establecido en la normativa.

Fuentes mejoradas de agua potable.

De acuerdo con los datos obtenidos en el X Censo Nacional de Población y Vivienda (2011), San Ramón presenta un 95,7 % de las viviendas que obtienen su agua de consumo a través de una conexión intradomiciliaria proveniente de un acueducto. Este resultado es especialmente importante, ya que, aunque el agua no necesariamente es potable, sí indica que un alto porcentaje de la población ramonense consume agua que tiene un riesgo mínimo para la salud.

Figura 38. Viviendas que utilizan instalaciones mejoradas de abastecimiento de agua en el cantón San Ramón, 2011

Tipo de servicio	Cantidad de viviendas
Acueducto de AyA	12 929
Acueducto rural o comunal	8 928
Pozo	180
Acueducto municipal	160
Acueducto de empresa o cooperativa	107
Total, de viviendas censadas	23 301
Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable	95,7

Fuente: Censo, 2011

De un total de 23 301 viviendas censadas, existen 22 300 que consumen agua de un sistema que está siendo administrada por AyA, o ha sido delegada a algún otro ente administrador particularmente ASADAS que se encuentran dando el servicio en los distritos aledaños al distrito central.

San Ramon cuenta con cinco fuentes mejoradas de agua de manejo de AyA, pero a su vez ha delegado en cuarenta y seis ASADAS la administración de acueductos distribuidos en distintos distritos del cantón.

Figura 39. Entes administradores de las fuentes de agua según distrito, 2023

Distrito	Ente administrador de una fuente mejorada de agua
San Ramón	AyA San Ramón, Bajo Barrantes AyA San Juan AyA El Chayote, San Juan
Piedades Norte	AyA Piedades Norte
Santiago	ASADA Santiago Sur ASADA Santiago Norte y Centro ASADA Balboa ASADA CALEMA ASADA Rio Jesús ASADA Angostura, San José del Higuerón.
San Juan	AyA San Juan AyA El Chayote, San Juan
Piedades Norte	AyA Piedades Norte ASADA Bajo Zúñiga
Piedades Sur	ASADA El Socorro de Piedades Sur ASADA Potrerillos de Piedades Sur ASADA Bajo Barrantes ASADA Burial Piedades Sur ASADA El Salvador, Piedades Sur ASADA Alto El Carmen, Piedades Sur ASADA Quebradillas, La Guaria, San Francisco ASADA Piedades Sur y San Miguel
San Rafael	ASADA Berlín ASADA San Rafael Rincón Orozco ASADA Llano Brenes. ASADA San Rafael. ASADA Calle Zamora
San Isidro	ASADA San Isidro ASADA La Guaria de San Isidro de San Ramón
Los Ángeles	ASADA Ángeles Sur ASADA Ángeles Norte, Alto Villegas
Alfaro	AyA San Ramón, Bajo Barrantes
Volio	ASADA Volio
Concepción	ASADA Concepción
Zapotál	ASADA San Antonio de Zapotal ASADA Carrera Buena ASADA Las Parcelas.
Peñas Blancas	ASADA El Castillo ASADA El Millón ASADA Santa Gertrudis ASADA Jaurí ASADA San Martín El Bosque ASADA San Francisco/Burrito/ Carmen ASADA Cerro Alegre Chachagua ASADA Chachagua ASADA Las Delicias San Juan y la Altura de Peñas Blancas ASADA San Isidro Peñas Blancas ASADA La Bruja El Carmen
San Lorenzo	ASADA Valle Azul /Criques ASADA Bajo Rodríguez

Fuente. Base de datos Área Rectora de Salud de San Ramón. Datos correspondientes al censo 2011.

Aguas residuales.

Según la Dirección de Gestión de Calidad Ambiental (DIGECA) del Ministerio de Ambiente, estima que el consumo promedio diario de un costarricense es equivalente a 200 litros de agua el consumo promedio de agua por miembro. Existen estudios de macro medición de consumo de agua elaborados por AyA que estima el consumo mensual en 27,7 m³/mes para un grupo familiar de cinco personas. Tomando la media poblacional del INEC que establece 4,6 personas por vivienda, encontramos valores muy similares en el consumo de agua.

Según la cantidad de viviendas del 2011, como los estudios realizados en distintas entidades el consumo familiar de agua en el cantón San Ramón da un valor de 643 107,6 consumidos mensualmente (m³/mes) en este cantón, de los cuales gran parte de las aguas que gastamos es retornada en aguas residuales provenientes de las actividades de las viviendas.

Según la norma técnica de agua potable y saneamiento del AyA se estima que del agua que consumimos un 80,0% es retornada como aguas residuales y solamente un 15,0% es de uso de los servicios sanitarios (96 466,14 m³/mes) que van a un tanque séptico, el restante proviene del lavado de ropa, uso de la ducha, lavatorios, lavado de autos y preparación de alimentos (54 5641 m³/mes) de los cuales menos del 3,0% son canalizados a sistemas intradomiciliares (drenajes), del restante son dispuestas de manera inadecuada a alcantarillas, cordones pluviales y tuberías hasta llegar a las quebradas que se conectan a ríos del cantón sin ningún tratamiento previo.

Particularmente la situación de las aguas residuales es uno de los mayores problemas ambientales y de salud, aunque la población lo ve como un fenómeno normal, el cual es considerado como problema cuando se compromete un interés personal caso particular de la información recolectada durante varios periodos por el Ministerio de Salud.

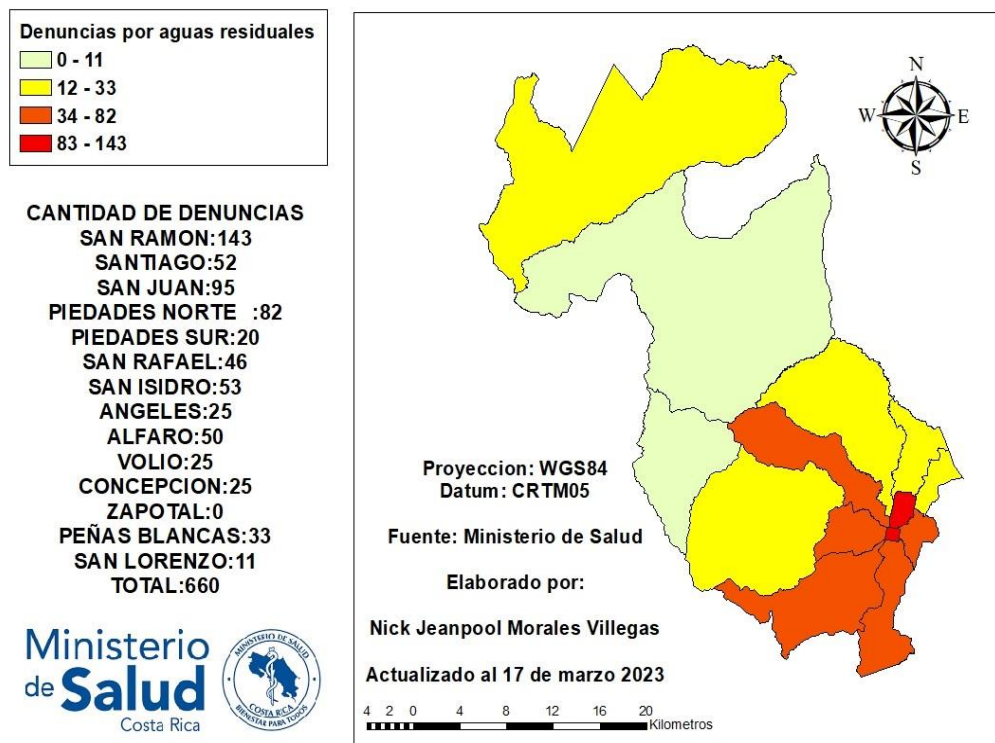
Figura 40. Número de denuncias presentadas al Área Rectora de Salud de San Ramón, por distrito, entre el 2019 y 2022

Distritos	Cantidad de denuncias por año											
	2019			2020			2021			2022		
	Total	A. R	%	Total	A. R	%	Total	A.R.	%	Total	A. R	%
San Ramón	110	43	39	64	39	61	107	31	29	72	30	42
Santiago	31	16	52	14	11	79	35	15	43	23	10	43
San Juan	49	15	31	58	36	62	70	25	36	42	19	45
Piedades Norte	35	16	46	34	19	56	48	28	58	40	19	48
Piedades Sur	12	8	67	5	4	80	12	5	42	10	3	30
San Rafael	22	14	64	18	5	28	33	16	48	17	11	65
San Isidro	22	8	36	15	10	67	38	19	50	35	16	46
Ángeles	18	8	44	9	4	44	24	6	25	28	7	25
Alfaro	22	10	45	17	9	53	31	8	26	33	23	70
Volio	11	7	64	5	4	80	18	7	39	13	7	54
Concepción	10	4	40	10	2	20	15	8	53	17	11	65
Zapotal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Peñas Blancas	14	6	43	12	3	25	36	13	36	25	11	44
San Lorenzo	2	1	50	3	3	100	2	2	100	8	5	63
Total	358	156	44	264	149	56	469	183	39	363	172	47

Fuente: Regulación de Servicios y Atención al cliente, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Figura 41. Disposición irregular de aguas residuales en el cantón San Ramón, según denuncias, periodo 2019-2022

Cantidad de denuncias por aguas residuales en el cantón de San Ramón 2019-2022



Fuente: Regulación de Servicios y Atención al cliente, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Como se puede observar en las figuras 40 y 41 la problemática relacionada con la disposición irregular de aguas residuales y fundamentalmente por las servidas, prevalecen

en todo el cantón, con relevancia en los distritos con mayor concentración de personas, dentro de los que se encuentran San Ramón, San Juan, Santiago seguido de Piedades Norte y Alfaro.

Sin embargo, la problemática que se da por el inadecuado manejo de las aguas residuales presenta diversos escenarios, tal es el caso del distrito central de San Ramón por donde atraviesa la Quebrada Estero que es uno de los cuerpos de agua mayor impactados por las descargas irregulares de aguas servidas, debido a la concentración importante de viviendas y comercios que incumplen con la normativa en el manejo de las aguas residuales, esto debido a una mala práctica que viene ejecutándose desde hace muchos años por parte de la población, aunado a las construcciones ilegales o irregulares, aspecto que ha generado que la problemática no pueda abordarse de forma individual, lo que exige a las instituciones, buscar soluciones integrales con el objetivo de crear sistemas colectivos de tratamiento de las aguas residuales.

También se puede observar que otro de los distritos impactados con esta problemática es San Juan, ya que en este se encuentran localizados caseríos o comunidades que presentan serios problemas en el manejo de las aguas residuales como lo son Urbanización Bajo Tejares, Cáritas y Calle Tigrilla; seguido de los distritos de Piedades Norte y Alfaro, sitios en donde se localizan varias urbanizaciones que presentan serios problemas con el manejo de sus aguas servidas como, Copán, Las Lomas, La Libertad, Los Olivos, J. Orlich, y Medalla Milagrosa. De igual manera en los diferentes distritos nos encontramos con varios asentamientos o precarios que están declarados como tal en el Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, dentro de los que se encuentran Calle Managua, Cáritas de La Unión y urbanizaciones como El Progreso que han generado un gran impacto negativo en las diferentes fuentes de agua superficial que existen en el cantón, como lo son Quebrada Gata, Quebrada Caballero, entre otras.

La construcción de un alcantarillado sanitario, ligado a una planta de tratamiento municipal, sería la intervención más positiva y significativa en el abordaje de esta problemática, ya que se reduciría considerablemente el impacto ambiental provocado por el tratamiento ineficiente de aguas negras, por el uso de sistemas de tanque séptico convencionales y posiblemente muy antiguos, así como por la disposición directa de las aguas servidas a los cuerpos de agua superficial. Esta problemática se ha magnificado tanto a nivel del cantón, que hace obligatoria la intervención interinstitucional de esta problemática.

Priorización de los problemas en mortalidad

Utilizando las bases de mortalidad anual del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, de los años 2015 al 2019, agrupando las poblaciones en 5 grupos de edad, y clasificando los eventos según grupos y subgrupos de carga global de enfermedad, se realiza la priorización de los problemas basados en las principales causas de mortalidad en el cantón. Las cuales se muestran en las siguientes figuras.

Figura 42. Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad, en San Ramón, del 2015 al 2019

Eventos	Total quinquenio	Tasa quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	1718	1892,8	83,2%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	206	227,0	10,0%
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	122	134,4	5,9%
Mal definidas	19	20,9	0,9%
Total general	2065	2275,1	100,0%

Fuente: INEC y Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Figura 43. Mortalidad proporcional según eventos y subeventos de carga global de enfermedad, en San Ramón, del 2015 al 2019

Eventos	Total quinquenio	Tasa quinquenio	Porcentaje
<i>Enfermedades no transmisibles</i>	1718	1892,8	83,2%
Enfermedades cardiovasculares	608	669,9	29,4%
Tumores malignos	485	534,3	23,5%
Enfermedades digestivas	156	171,9	7,6%
Enfermedades respiratorias	122	134,4	5,9%
Diabetes mellitus	107	117,9	5,2%
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	94	103,6	4,6%
Enfermedades del sistema genito-urinario	67	73,8	3,2%
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	21	23,1	1,0%
Anomalías congénitas	20	22,0	1,0%
Otros tumores	16	17,6	0,8%
Enfermedades del sistema músculo esquelético	14	15,4	0,7%
Enfermedades de la piel	8	8,8	0,4%
<i>Causas externas de morbilidad y mortalidad</i>	206	227,0	10,0%
Accidentes	134	147,6	6,5%
Lesiones intencionales	68	74,9	3,3%
Eventos (lesiones) de intención no determinada	4	4,4	0,2%
<i>Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales</i>	122	134,4	5,9%
Infecciones respiratorias	60	66,1	2,9%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	34	37,5	1,6%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	24	26,4	1,2%
Deficiencias de la nutrición	3	3,3	0,1%
Causas maternas	1	1,1	0,0%
<i>Mal definidas</i>	19	20,9	0,9%
Causas mal definidas	19	20,9	0,9%
Total general	2065	2275,1	100%

Fuente: INEC y Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Es importante que las ECNT son las principales causas de muertes en el cantón, las cuales pueden ser prevenibles, con el mejoramiento en el estilo de vida, según la medicina basada en evidencia; la obesidad, el sedentarismo, el fumado activo y pasivo, el estrés personal y laboral son parte de esos factores de riesgo modificables para la reducción de estas muertes.

Figura 44. Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad y por curso de vida, en San Ramón, del 2015 al 2019

Orden N°	Evento (código CIE-10)	Grupos de edad	
		Menos de 1 año	Porcentaje
1	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	9	19,6%
2	P52 - Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	5	10,9%
3	Q89 - Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	5	10,9%
		1 a 9 años	Porcentaje
1	W74 - Ahogamiento y sumersión no especificados	2	11,8%
2	J18 - Neumonía, organismo no especificado	2	11,8%
3	E75 - Trastornos del metabolismo de los esfingolípidos y otros trastornos por almacenamiento de lípidos	2	11,8%
		10 a 19 años	Porcentaje
1	X70 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	5	18,5%
2	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	4	14,8%
3	C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	2	7,4%
		20 a 64 años	Porcentaje
1	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	56	9,4%
2	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	39	6,6%
3	E14 - Diabetes mellitus	26	4,4%
		65 años y más	Porcentaje
1	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	176	12,8%
2	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	82	5,9%
3	E14 - Diabetes mellitus	81	5,9%
		General	Porcentaje
1	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	206	10,0%
2	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	86	4,2%
3	I11 - Enfermedad cardíaca hipertensiva	79	3,8%

Fuente: INEC y Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Figura 45. Agrupación de códigos según enfermedades priorizadas para el ASIS, en San Ramón, del 2015 al 2019

Códigos, Grupos y subgrupos CIE-10	Enfermedad que representa	Cuenta	Porcentaje
I20 - I25	Enfermedad isquémica	231	11,2%
E11 - E14	Diabetes mellitus	100	4,8%
J40 - J47	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	97	4,7%
I65 - I69	Enfermedad Cerebrovascular	66	3,2%
V00 - V89	Accidentes de tránsito	64	3,1%
J12 - J18	Neumonía	57	2,8%
X60 - X84	Lesión autoinfligida intencionalmente	41	2,0%
X91 - Y00	Agresiones (arma de fuego, objeto cortante, objeto romo, ahorcamiento, ahogamiento, otros)	26	1,3%
P05 - P08	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	9	0,4%
W65 - W74	Ahogamiento y sumersión	8	0,4%
P20 - P28	Trastornos respiratorios específicos de periodo perinatal (dificultad respiratoria del recién nacido, asfixia del nacimiento)	7	0,3%

Fuente: INEC y Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Durante el quinquenio 2015 a 2019, ocurrieron 2 065 muertes en San Ramón que, según las agrupaciones por edad establecidos, en 2.2% fue en menores de 1 año (46/2065), 0.8% en menores de 1 a 9 años (17/2065), 1.3% en el grupo de 10 a 19 años (27/2065), 28.8% en los de 20 a 64 años (595/2065) y el 66.8% en los mayores de 65 años (1380/2065).

Las causas de muerte a analizar por grupo de edad son las siguientes:

- Grupo de menores de 1 año: Prematuridad y bajo peso al nacer
- Grupo de 1 a 9 años: Las infecciones respiratorias agudas de vías superiores, aunque no constituyen una de las principales causas de mortalidad, han surgido como un factor de interés en este grupo de población. Dado que no se ha identificado una causa prioritaria en el ámbito de la salud, y en consonancia con las alertas epidemiológicas emitidas por el Ministerio de Salud, el equipo encargado del ASIS ha decidido emprender un análisis de esta morbilidad en dicha población.
- Grupo de 10 a 19 años: Suicidio
- Grupo de 20 a 64 años: Enfermedad isquémica crónica del corazón
- Grupo de mayores de 65 años: Enfermedad isquémica crónica del corazón

Los tumores malignos representan el 23.5% de las muertes en el cantón con una variedad de subgrupos, siendo el tumor maligno en estómago (12.0%), en colon (10.5%), en próstata (9.9%), en bronquios y pulmón (7.2%) y en hígado y vías biliares intrahepáticas (6.4%) los de mayor frecuencia.

Figura 46. Agrupación de códigos según los subgrupos de tumores malignos, en San Ramón, del 2015 al 2019

Código, Grupo, Subgrupo y tumor maligno que representa	N° muertes	Porcentaje
C00 - C75 Tumores malignos	485	100%
C16 - Tumor maligno del estómago	58	12,0%
C18 - Tumor maligno del colon	51	10,5%
C61 - Tumor maligno de la próstata	48	9,9%
C34 - Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	35	7,2%
C77-C80 - Tumor maligno de sitios no especificados	32	6,6%
C22 - Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	31	6,4%
C50 - Tumor maligno de la mama	31	6,4%
C25 - Tumor maligno del páncreas	25	5,2%
C19-C20 - Tumor maligno del recto	21	4,3%
C81-C85 - Linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado	21	4,3%
C71 - Tumor maligno del encéfalo	16	3,3%
C53 - Tumor maligno del cuello del útero	10	2,1%
C43-C44 - Melanoma maligno de la piel	10	2,1%
C54-C55 - Tumor maligno del cuerpo del útero	9	1,9%
C64 - Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	8	1,6%
C92 - Leucemia mielóide	8	1,6%
C90 - Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	6	1,2%
C23-C24 - Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares	6	1,2%
C15 - Tumor maligno del esófago	5	1,0%
C26 - Tumor maligno de otros sitios y de los mal definidos de los órganos digestivos	5	1,0%
C41 - Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios	5	1,0%
C56 - Tumor maligno del ovario	5	1,0%
C67 - Tumor maligno de la vejiga urinaria	5	1,0%
C91 - Leucemia linfóide	5	1,0%
C94-C95 - Leucemia de células de tipo no especificado	4	0,8%
C48 - Tumor maligno del peritoneo y del retroperitoneo	3	0,6%
C32 - Tumor maligno de la laringe	2	0,4%
C38 - Tumor maligno del corazón, del mediastino y de la pleura	2	0,4%
C57 - Tumor maligno de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados	2	0,4%
C69 - Tumor maligno del ojo y sus anexos	2	0,4%
C74 - Tumor maligno de la glándula suprarrenal	2	0,4%
C07-C08 - Tumor maligno de otras glándulas salivales mayores y de las no especificadas	2	0,4%
C11-C13 - Tumor maligno de la faringe	2	0,4%
C02 - Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la lengua	1	0,2%
C09 - Tumor maligno de la amígdala	1	0,2%
C40 - Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros	1	0,2%
C49 - Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos	1	0,2%
C62 - Tumor maligno del testículo	1	0,2%
C72 - Tumor maligno de la médula espinal, de los nervios craneales y de otras partes c	1	0,2%
C73 - Tumor maligno de la glándula tiroidea	1	0,2%
C96 - Otros tumores malignos y los no especificados del tejido linfático, de los órganos	1	0,2%

Fuente: INEC y Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Priorización de los problemas de salud con la comunidad

La priorización de los problemas de la comunidad se realiza posterior a una elección de actores sociales y líderes comunales del cantón, quienes mediante una reflexión individual expusieron su preocupante en la comunidad. Luego, mediante los criterios de priorización de problemas expuestos se priorizan los 10 principales, los cuales de igual manera fueron expuestos a otra valorización grupal de los “5 porqués”, extrayendo los siguientes tres problemas de salud en San Ramón:

- Deficiencia en la ejecución de las políticas públicas establecidas en salud mental (desarrollado en el ASIS de Salud Mental)
- Deficiencia en los programas de promoción y prevención del cáncer en adulto joven y adultez.
- Debilitamiento de los servicios de salud

Análisis de los problemas priorizados

Con actores sociales profesionales y expertos en los problemas priorizados seleccionados tanto por mortalidad como por la comunidad, se realiza un análisis utilizando el diagrama Causa-Efecto como herramienta para determinar las causas reales y potenciales problemas de salud, abordado en 6 dimensiones: biológica, comportamiento, servicios de salud, circunstancias materiales, socioeconómica y sociopolítica.

Figura 47: Problemas priorizados de Salud para San Ramón, 2023

Problema	Grupo de edad	Priorizado
Deficiencia en la ejecución de las políticas públicas establecidas en salud mental	General	Comunidad
Deficiencia en los programas de promoción y prevención del cáncer en adulto joven y adultez	12 a 64 años	Comunidad
Debilitamiento de los servicios de salud	General	Comunidad
Inadecuado manejo y disposición de aguas residuales	General	Equipo ASIS
Prematurez y bajo peso al nacer	Menores de 1 año	Mortalidad
Infecciones respiratorias agudas superiores	1 a 9 años	Equipo ASIS
Suicidio	10 a 19 años	Mortalidad
Enfermedad isquémica crónica del corazón	20 a 64 años	Mortalidad
Enfermedad isquémica crónica del corazón	> 65 años	Mortalidad

Fuente: Equipo ASIS, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

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

Figura 48. Diagrama Causa y Efecto: Deficiencia en la ejecución de las políticas públicas establecidas en salud mental

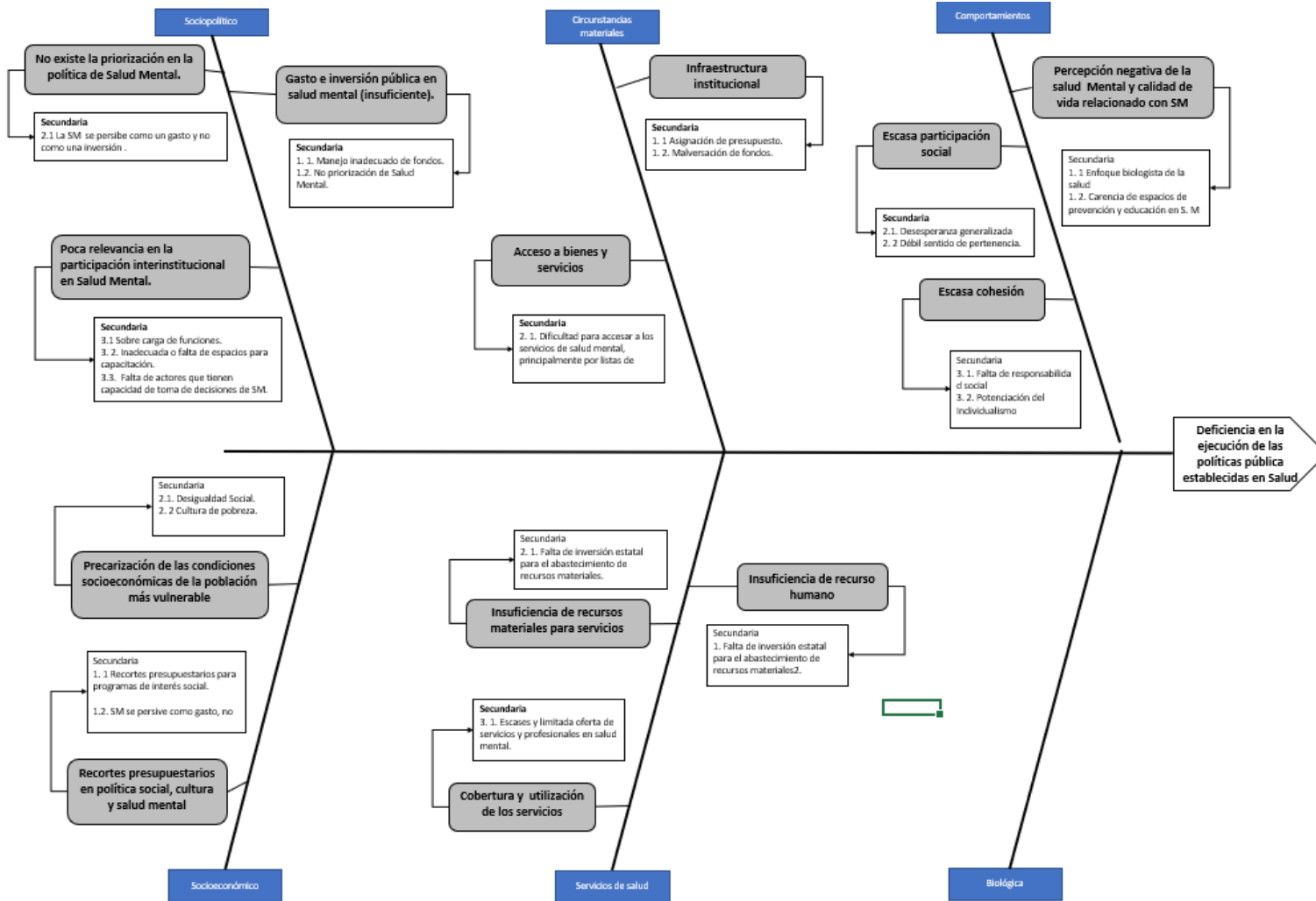


Figura 49. Diagrama Causa y Efecto: Deficiencia en los programas de promoción y prevención del cáncer en adulto joven y adultez

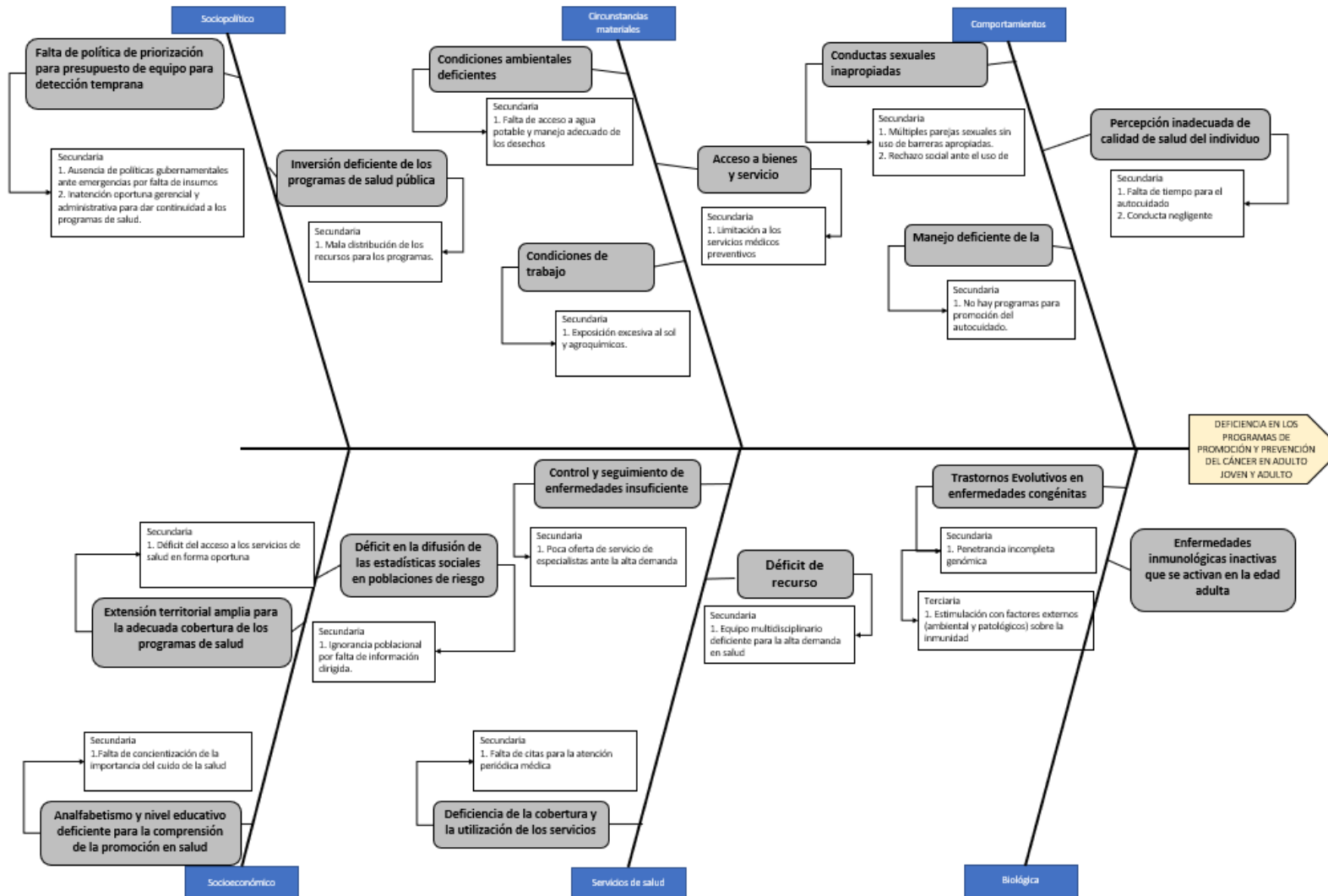


Figura 50. Diagrama Causa y Efecto: Debilitamiento de los servicios de salud

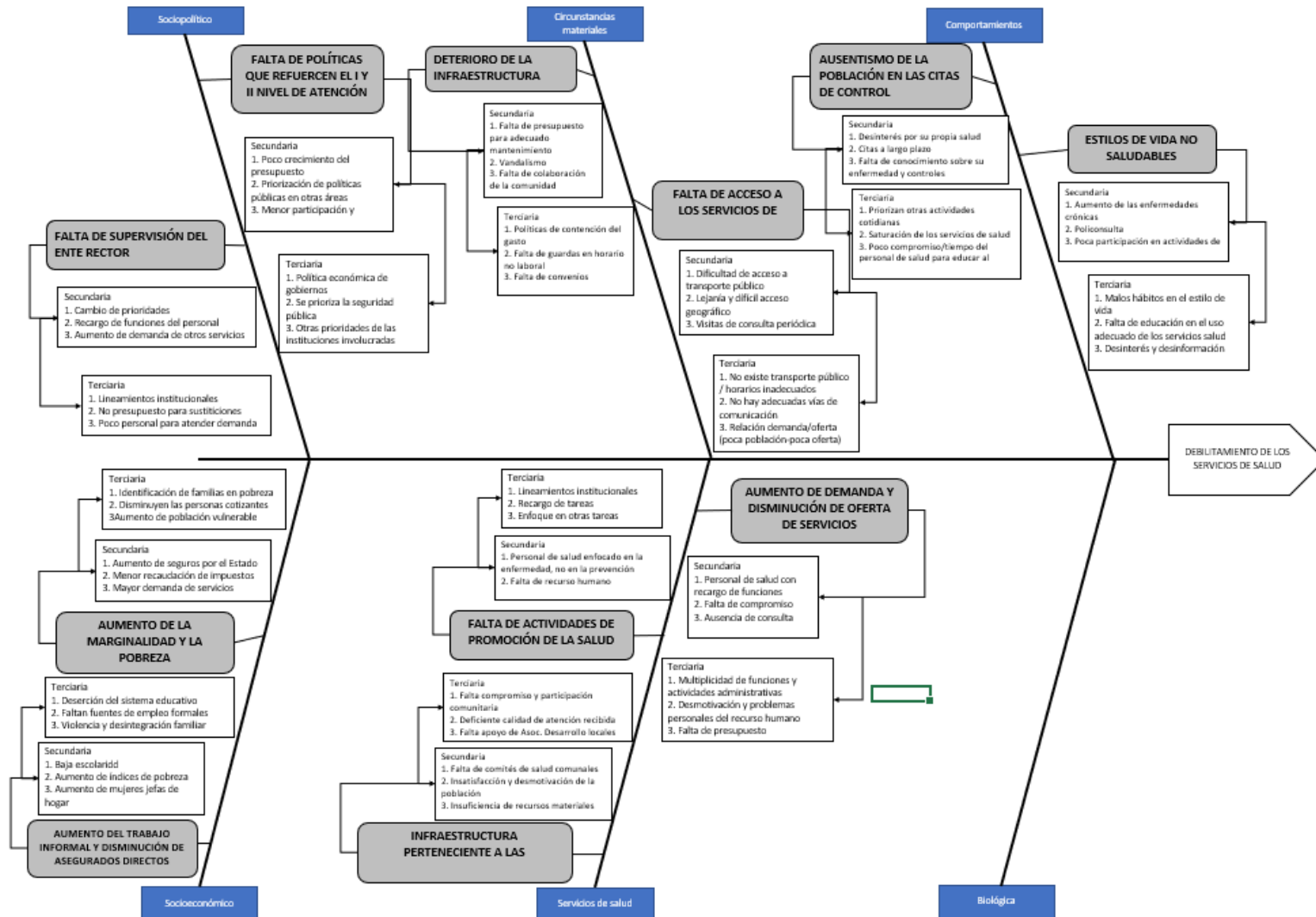


Figura 51. Diagrama Causa y Efecto: Inadecuado manejo y disposición de aguas residuales

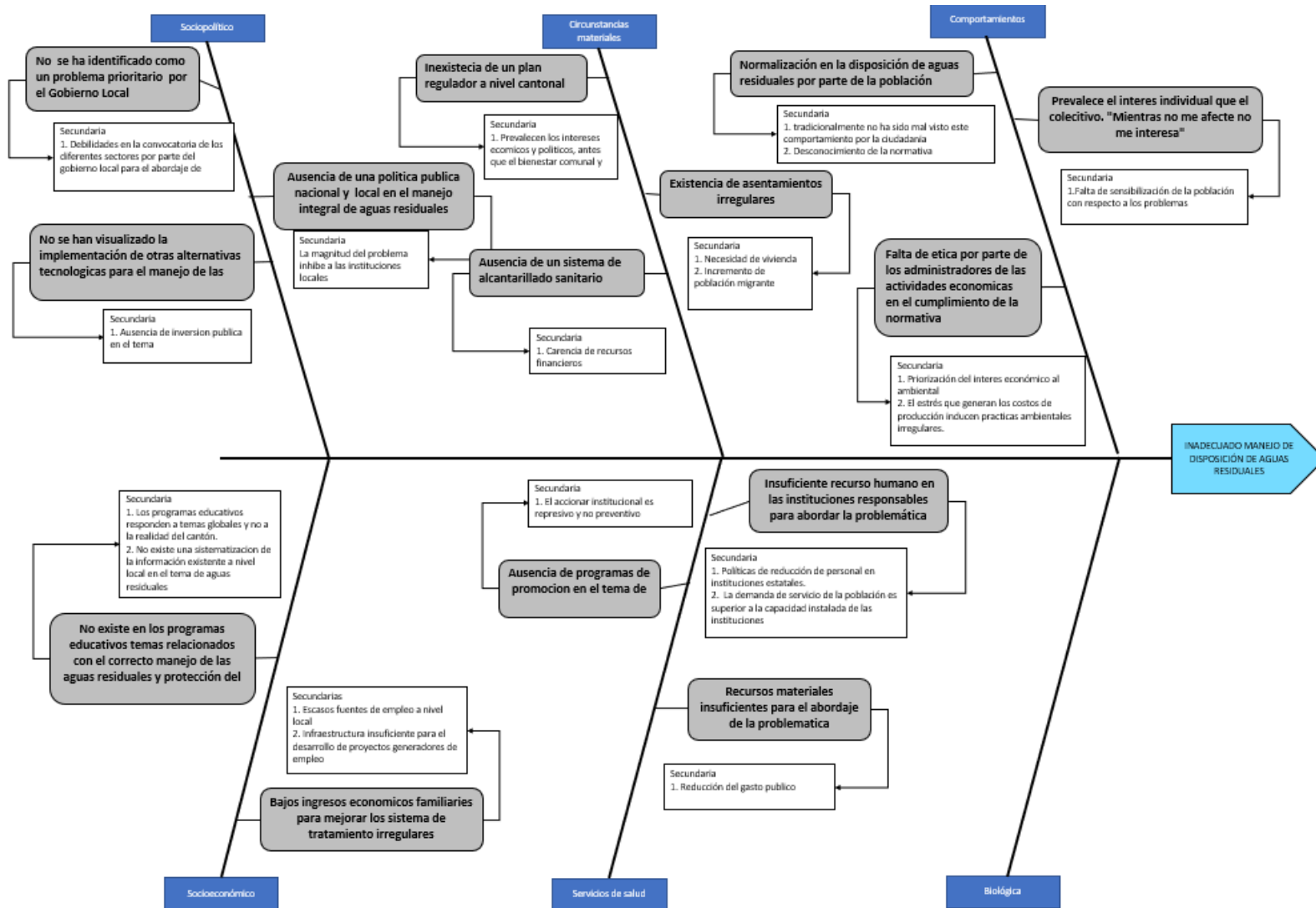


Figura 52. Diagrama Causa y Efecto: Prematuridad y bajo peso al nacer, en menores de 1 año

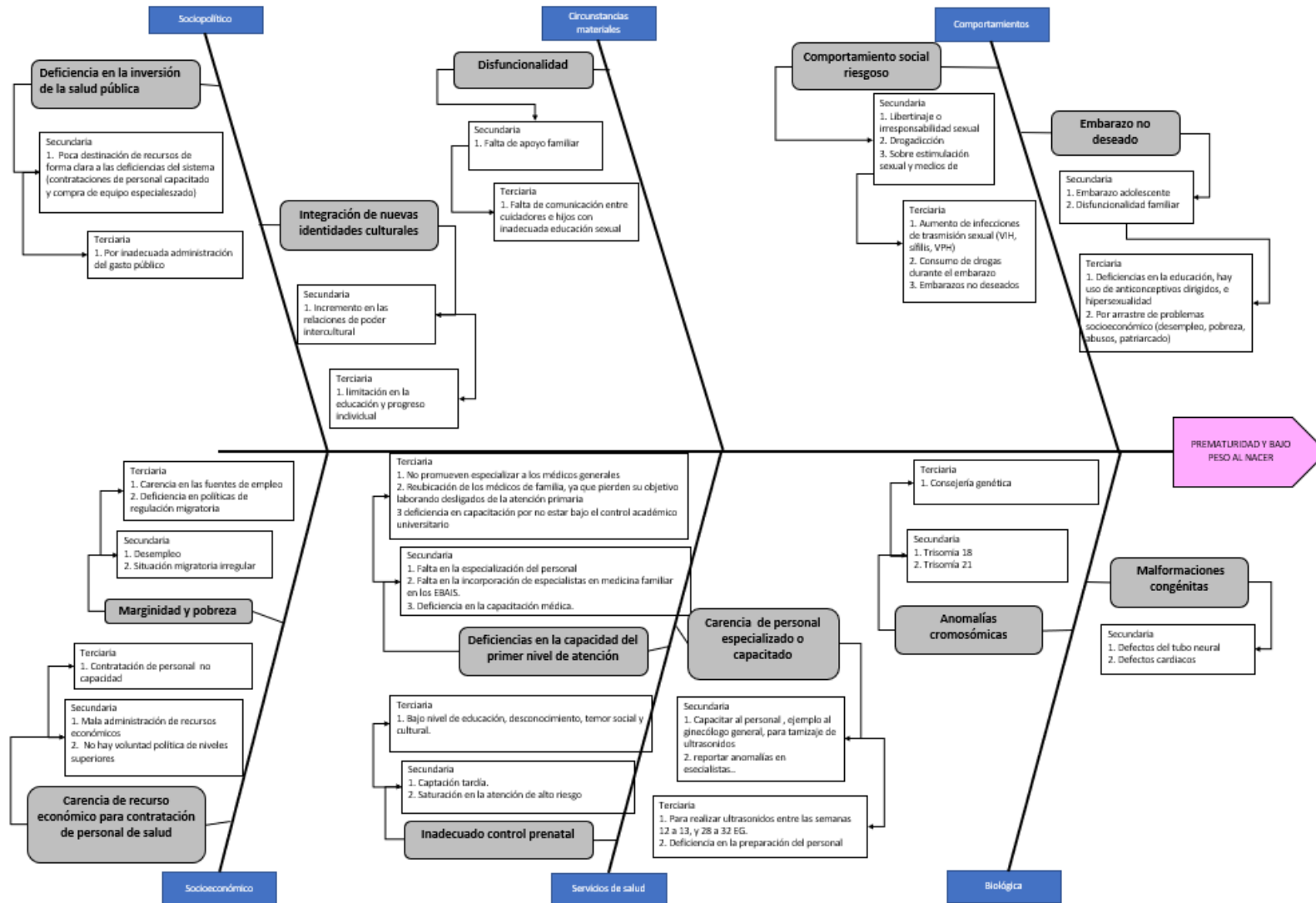


Figura 53. Diagrama Causa y Efecto: Infecciones respiratorias agudas superiores en 1 a 9 años

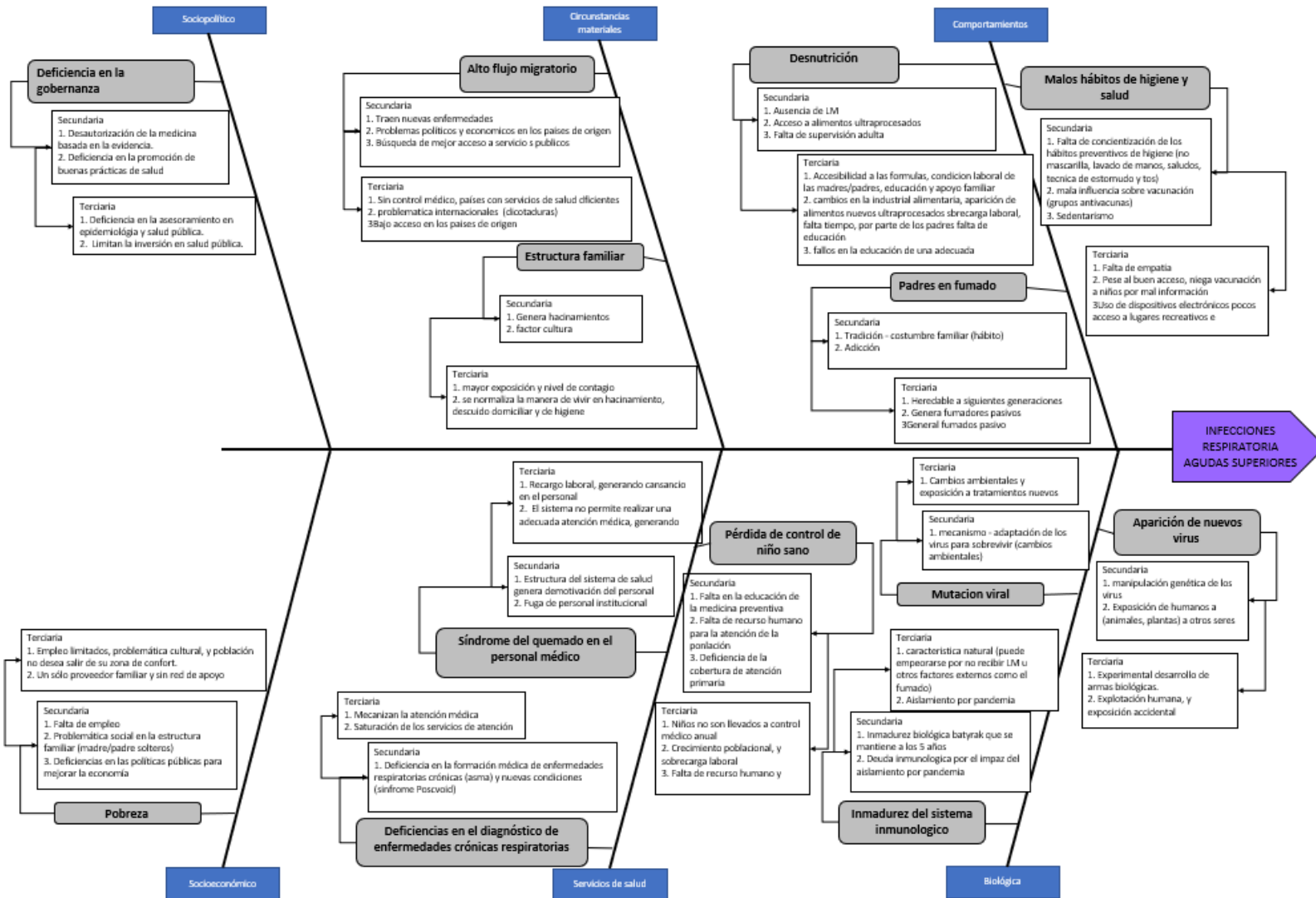


Figura 54. Diagrama Causa y Efecto: Suicidios en personas de 10 a 19 años

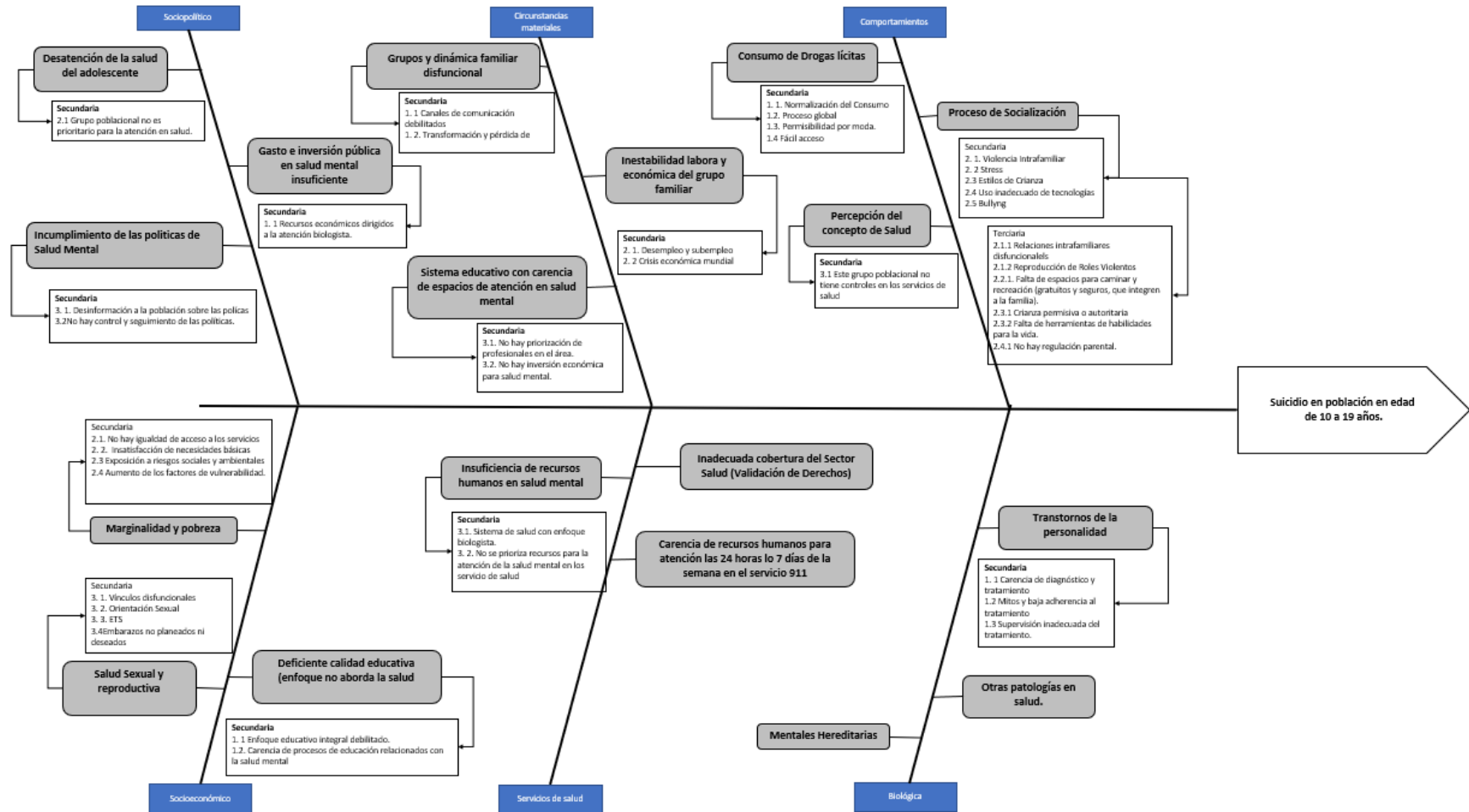


Figura 55. Diagrama Causa y Efecto: Enfermedad crónica isquémica del corazón entre 20 a 64 años

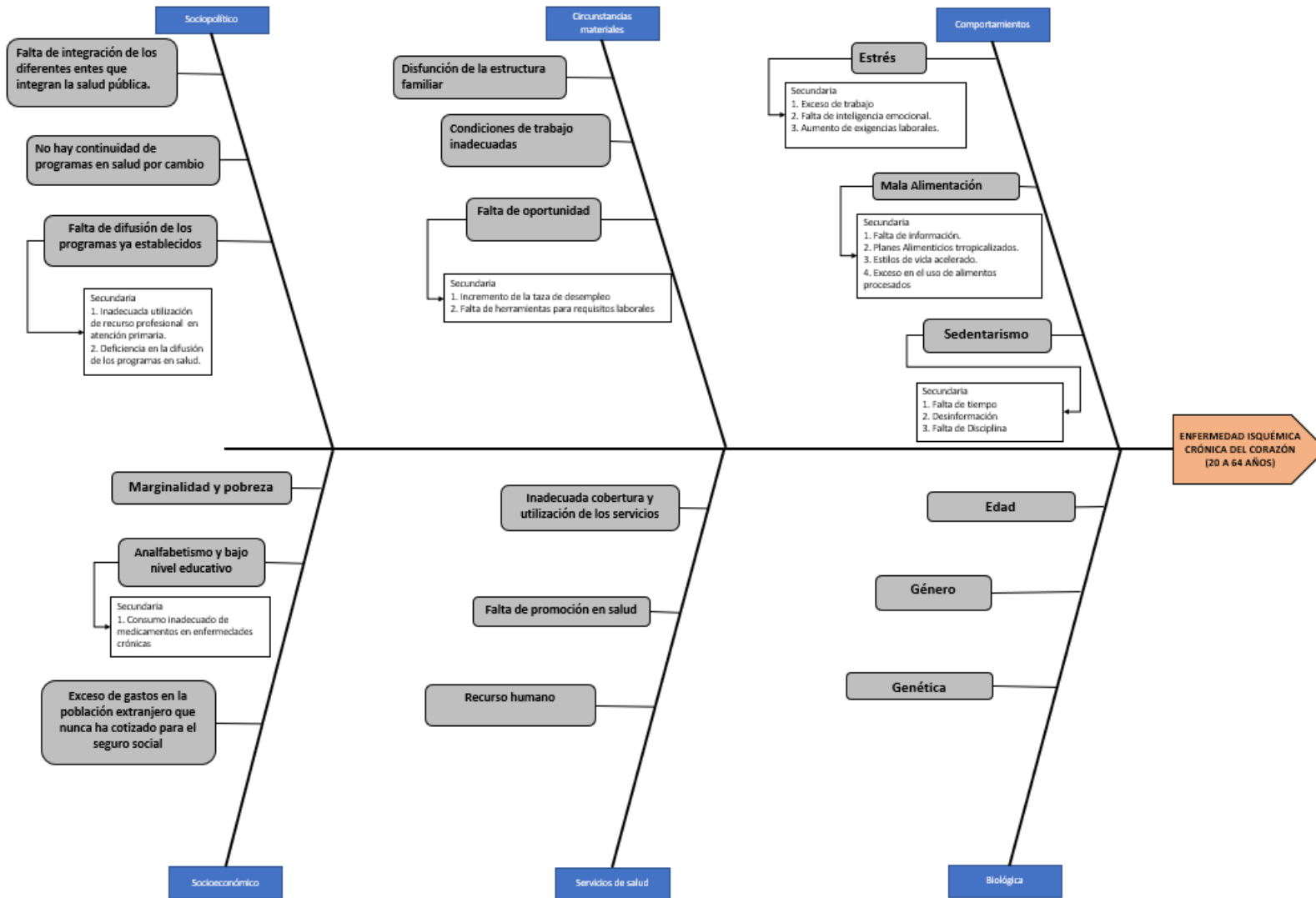
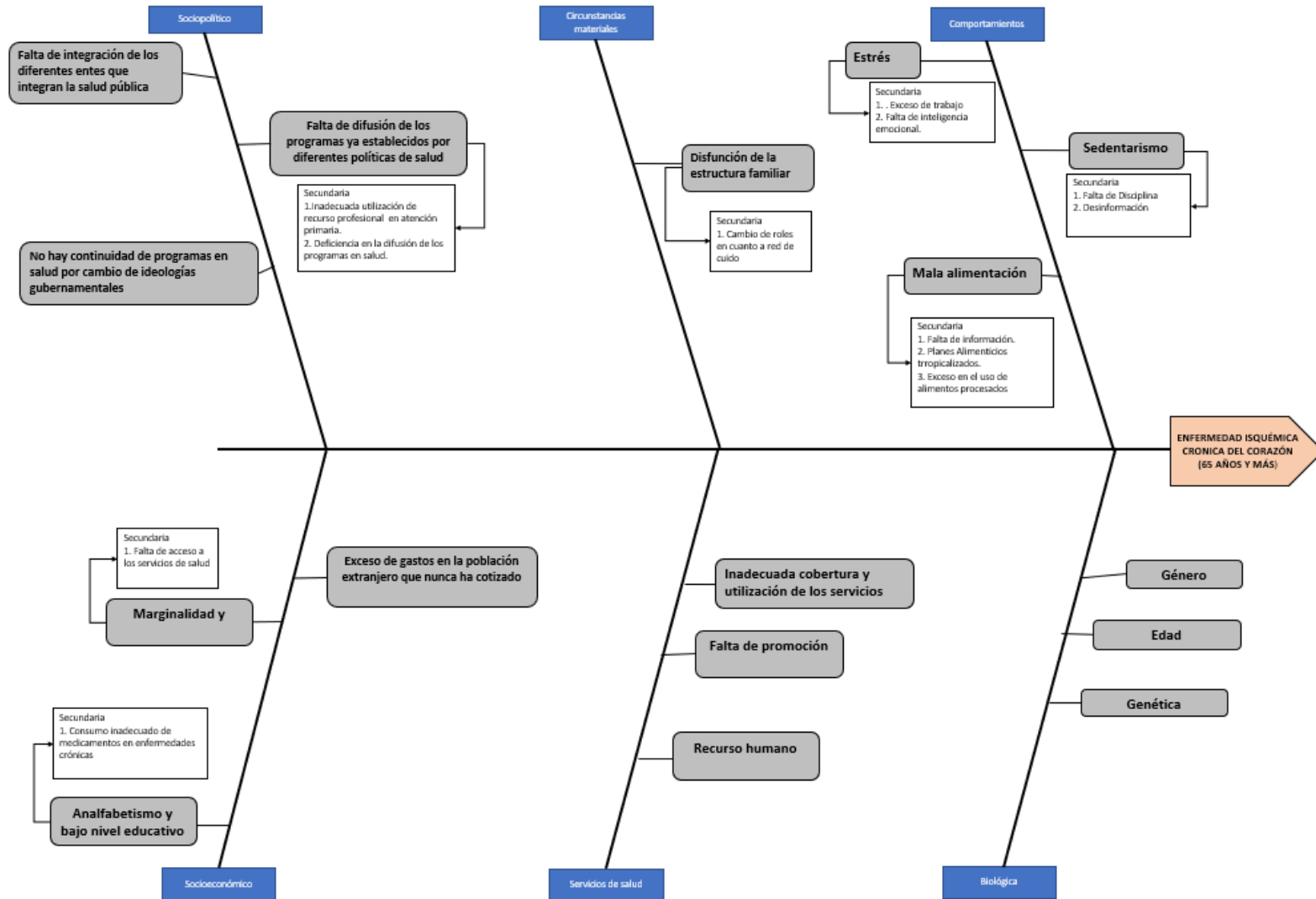


Figura 56. Diagrama Causa y Efecto: Enfermedad crónica isquémica del corazón entre 65 años y más



Análisis de las causas raíz con criterios de priorización

Tras el análisis de las causas raíz los profesionales emitieron sus criterios en el nivel de influencia, de importancia y de incidencia de las instituciones en la solución de esa causa y se expuso a la priorización por medio de la metodología de Pareto, obteniendo las causas raíz principales para la identificación de los factores de protección y líneas de acción.

Figura 57. Causas raíz priorizadas según análisis de Pareto de los problemas identificados para el cantón de San Ramón, 2023

Problema	Determinante (dimensión)	Causa raíz priorizada
<i>Deficiencia en la ejecución de las políticas públicas establecidas en salud mental</i>		
	Factores socioeconómicos	Precarización de las condiciones socioeconómicas de la población más vulnerable
	Servicios de Salud	Insuficientes recursos materiales necesarios
	Servicios de Salud	Insuficiente recurso humano
	Servicios de Salud	Pobre cobertura y utilización de los servicios
<i>Deficiencia en los programas de promoción y prevención del cáncer en adulto joven y adultez</i>		
	Factores Socioeconómicos	Déficit en la difusión de las estadísticas sociales en poblaciones de riesgo
	Circunstancias materiales de vida	Condiciones ambientales deficientes
	Factores Socioeconómicos	Analfabetismo y nivel educativo deficiente para la comprensión de la promoción en salud
	Comportamiento	Conductas sexuales inapropiadas
	Servicios de Salud	Deficiencia de la cobertura y la utilización de los servicios
<i>Debilitamiento de los servicios de salud</i>		
	Comportamiento	Estilos de vida no saludables
	Factores Socioeconómicos	Aumento del trabajo informal y disminución de asegurados directos
	Servicios de salud	Aumento de la demanda y disminución de oferta SS
	Servicios de Salud	Falta de actividades de promoción de la salud
<i>Inadecuado manejo y disposición de aguas residuales</i>		
	Factores sociopolíticos	Ausencia de una política pública en el manejo integral de aguas residuales
	Comportamientos	Normalización en la disposición irregular de aguas residuales por parte de la población
	Comportamiento	Prevalece el interés individual que el colectivo "mientras no me afecte no me interesa"
	Circunstancias materiales de vida	Ausencia de un sistema de alcantarillado sanitario
	Circunstancias materiales de vida	Inexistencia de un plan regulador
<i>Prematuridad y bajo peso al nacer (menores de 1 año)</i>		
	Factores sociopolíticos	Deficiencia en la inversión de salud pública
	Factores socioeconómicos	Carencia de recurso económico para contratación de personal de salud
	Comportamiento	Embarazo no deseado
	Servicios de Salud	Deficiencia en primer nivel de atención
	Servicios de Salud	Carencia de personal especializado o capacitado
<i>Infecciones respiratorias agudas superiores (1 a 9 años)</i>		
	Comportamiento	Malnutrición
	Comportamiento	Fumado en los padres
	Comportamiento	Malos hábitos de higiene y salud
	Factores socioeconómicos	Pobreza
<i>Suicidio (10 a 19 años)</i>		
	Factores Biológicos	Enfermedades mentales hereditarias
	Factores Biológicos	Trastornos de la personalidad
	Comportamientos	Procesos de socialización
	Circunstancias materiales de vida	Dinámicas familiares disfuncionales
<i>Enfermedad isquémica crónica del corazón (20 a 64 años)</i>		
	Factores sociopolíticos	Falta de difusión de programas ya establecidos por diferentes políticas de salud
	Factores sociopolíticos	Falta de integración de los diferentes entes que integran la salud pública
	Comportamiento	Estrés
	Comportamiento	Sedentarismo
	Comportamiento	Mala alimentación
<i>Enfermedad isquémica crónica del corazón (65 años y más)</i>		
	Comportamiento	Estrés
	Comportamiento	Sedentarismo
	Comportamiento	Mala alimentación
	Servicios de Salud	Recurso humano insuficiente
	Servicios de Salud	La falta de promoción en salud

Fuente: Equipo ASIS, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón

Identificación y validación de las líneas de acción y factor de protección sobre las causas raíz priorizadas

A continuación, se expondrán las líneas de acción y factor de protección para los problemas y causas raíz priorizada, cabe indicar que el problema de deficiencia en la ejecución de las políticas públicas establecidas en salud mental y el suicidio en el grupo de edad de 10 a 19 años, se desarrollarán en el apartado de ASIS de Salud Mental, en la siguiente sección.

Debilitamiento de los Servicios de Salud

¿Qué entendemos por servicios de salud?

Los servicios de salud son actividades específicas o prestaciones que brindan asistencia sanitaria, como las campañas de vacunación, la educación para la salud, las consultas médicas, pero también pueden ser el agrupamiento de varias actividades, por ejemplo, los servicios de salud prenatales donde no sólo se recibirán consultas prenatales, sino que también se vacunará contra el tétanos, etc. Un servicio de salud tiene por finalidad la realización concreta de actividades, con la ayuda de recursos materiales, humanos y logísticos, orientados al mantenimiento, restauración y promoción de la salud de las personas. (12,13)

Los servicios de salud públicos en Costa Rica son provistos principalmente por la CCSS a través de los EBAIS, las clínicas y los hospitales. En el ámbito de la atención médica también forma parte del sector salud el INS, aunque éste ofrece un servicio más especializado en emergencias y tratamiento traumatológico. Por lo general, cuando la población habla de los servicios de salud, se refiere a aquellos que otorga la CCSS, y así se entiende en este apartado.

Desde hace varios años se ha venido posicionando entre la opinión pública, a través de los medios de información masiva, un discurso que habla de la crisis de los servicios de salud e incluso de la quiebra de la CCSS, de sus dificultades financieras y de la deuda que tiene el Gobierno con la institución, situaciones que no solo ponen en peligro los regímenes de salud sino también los de pensiones, así como el mantenimiento y la renovación de su infraestructura y el recurso humano.

De acuerdo con un estudio de Cuentas de Salud, elaborado por el Ministerio de Salud y la CCSS con la colaboración de la OPS, entre 2011 y 2016 el país experimentó un gasto

creciente en su sistema de salud, a una tasa promedio de crecimiento de 5,9% por año. En el 2016 el gasto total en salud representó un 7,8% del PIB nacional, aún por debajo del promedio de los países miembros de la OCDE que llegó a 9,0% del PIB en ese año, aunque por encima del promedio de los países de América Latina y el Caribe (6,48% del PIB en 2015) (14).

Según ese mismo estudio, un 69,6% del gasto total en salud en el año 2016 correspondió a la CCSS, mientras que el gasto de los hogares representó un 21,4% del total. El gasto en salud se dirigió sobre todo a la atención curativa, atención de rehabilitación, servicios de atención de larga duración, servicios auxiliares, bienes médicos, atención preventiva, gobernanza, administración y financiamiento del sistema de salud y otros servicios de salud no especificados. Proporcionalmente, la mayor cantidad de recursos se destinó hacia la atención curativa (47,8% del gasto total en salud); en segundo lugar, a los bienes médicos (16,6%), mientras que la atención preventiva se ubicó en tercer lugar con un 14,8%. Estos últimos corresponden a los gastos efectuados por las áreas de salud del primer nivel.

La fuente de financiamiento de la CCSS son las contribuciones sociales, es decir, los recursos que se perciben por medio de patronos, empleados, trabajadores independientes, pensionados y el Estado, ya sea de carácter obligatorio o voluntario; también se financia con los recursos provenientes de regímenes no contributivos que son provistos por el Estado a través del FODESAF, así como con cargas específicas a las actividades de venta de cigarrillos (Ley 9028), licores y lotería electrónica.

La Constitución Política del país establece (Art. 73) el seguro de salud universal para todos los habitantes, por lo que idealmente se entiende que las prestaciones de salud cubren al 100% de la población, es decir, toda persona que requiera atención médica puede acudir a los servicios de emergencia y no se le puede negar. Hay diversas situaciones que reflejan que los servicios de salud necesitan detalles por mejorar o modificar. Por ejemplo, se mencionan los largos tiempos de espera que las personas usuarias deben soportar para someterse a cirugías y otros procedimientos, que en algunos casos llegan a superar los 3 años, así como el acceso limitado para poblaciones como personas migrantes, población indígena y afrodescendiente, personas en situación de calle y residentes extranjeros. Aunque se garantiza la cobertura universal, la situación con el acceso a los servicios de salud se complica en algunas zonas rurales, además, por la gran distancia a los EBAIS y las dificultades que presentan los malos caminos. (14)

En este aspecto se menciona también que, en el primer nivel de atención primaria (EBAIS), existe una oferta limitada de horarios, pues solo se otorgan citas para la mañana e inicios de la tarde y para poder conseguir una cita los pacientes deben hacer largas filas desde tempranas horas de la madrugada, lo cual no garantiza un cupo porque solo se brinda una cantidad específica de citas por día. Este obstáculo provoca que algunas personas asistan directamente al servicio de emergencias para realizar consultas que corresponden a la atención primaria, lo cual contribuye al congestionamiento de los hospitales.

“Entre los años 1980 y 2000 la inversión en infraestructura y equipamiento en salud fue escasa, por lo que la demanda superó gradualmente la oferta de servicios de primer nivel y de algunas atenciones hospitalarias.” (15) Esto llevó a la CCSS a contratar los servicios que las personas usuarias requerían a proveedores externos, entre ellos cooperativas y otras entidades privadas.

Como lo menciona Ávila-Agüero (6), una atención primaria deficiente induce la saturación de los siguientes niveles de atención, aumenta los costos y genera la insatisfacción de las personas usuarias porque no encuentran solución a sus problemas. “Los costos que requiere un nivel de atención primaria como el actual son elevados, y siendo poco eficientes es lógico observar cómo aumentan las listas de espera, y cómo los casos que pueden manejarse a nivel primario se complican y requieren una medicina más especializada. Este es, sin duda, un círculo peligroso y pernicioso.”

Otro punto de discusión se refiere a la calidad del servicio de salud que reciben las personas usuarias, el cual resulta un “tema pendiente”, y sobre el cual se destaca la falta de articulación e integralidad del sistema que debiera ejercerse con mayor eficacia desde el Ministerio de Salud. La función que cumple el MS hasta ahora sobre la habilitación de los servicios de salud, en la cual se verifican los requisitos mínimos en cuanto a personal, equipo y documentación, es importante pero no necesariamente es un indicador de la calidad de la provisión del servicio (14).

Sobre la situación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, un estudio del BID (17) reconoce mejoras en la cobertura universal de salud y en el acceso a los servicios, aunque también menciona algunos desafíos persistentes, entre los cuales se encuentra precisamente la mala calidad de los servicios de salud, que afecta de forma principal a las personas ubicadas en los quintiles de ingreso más pobres. Dicho estudio anota que la

calidad de la prestación de los servicios de salud es fundamental para un sistema de salud eficiente y equitativo, y a pesar de la expansión del acceso y de una distribución más equitativa de los servicios esenciales, “la calidad de la atención y la productividad son típicamente bajas”, estimándose entre un 60%-70% las muertes prevenibles que se podrían atribuir a una atención de baja calidad, mientras que el resto se atribuyen a las dificultades de acceso en los países de ingresos bajos y medianos (17).

En el mundo, la OMS (17) calcula que 1 800 millones de personas, es decir, el 24,0% de la población mundial, viven en contextos frágiles que presentan dificultades para la prestación de servicios de salud esenciales de calidad, y en los cuales se registra una gran proporción de las muertes maternas, infantiles y neonatales que podrían ser evitadas. Además, las estructuras esenciales para que las personas usuarias tengan una atención de calidad son insuficientes: 1 de cada 8 centros sanitarios no tiene abastecimiento de agua, 1 de cada 5 no tiene servicio de saneamiento y 1 de cada 6 no tiene instalaciones para lavarse las manos en los puntos de atención.

En el caso concreto del cantón San Ramón, los actores sociales convocados en el primer taller del proceso ASIS señalaron como debilidades de los servicios de salud aspectos puntuales como la falta de personal médico (general y especializado), la falta de dispensario farmacéutico, los horarios de atención que no se ajustan a las necesidades de la población (no se da atención vespertina), las largas distancias para acudir a los servicios hospitalarios especializados, e incluso el deterioro de las infraestructuras físicas donde se recibe la atención médica: mobiliario en mal estado, edificaciones antiguas, hacinamiento.

El grupo de expertos consultados en el segundo taller del proceso ASIS identificó y priorizó las siguientes causas raíz del debilitamiento de los servicios de salud: 1) Estilos de vida no saludables (determinante de comportamiento); 2) Aumento del trabajo informal y disminución de asegurados directos (determinante socioeconómico); 3) Aumento de la demanda y disminución de la oferta de servicios de salud (determinante de servicios de salud); 4) Falta de actividades de promoción de la salud (determinante de servicios de salud); y 5) Aumento de la marginalidad y la pobreza (determinante socioeconómico).

1. Estilos de vida no saludables

Los estilos de vida no saludables afectan a los servicios de salud, mientras que los saturan personas con patologías fácilmente evitables.

La Organización Mundial de la Salud define los estilos de vida saludables como una "forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" (19). De tal modo, un estilo de vida depende básicamente del comportamiento personal, mediado por los factores culturales y las costumbres, pero también influyen las condiciones del entorno donde las personas se desenvuelven, las cuales repercuten en los patrones de socialización.

Un estilo de vida saludable incluye comportamientos, actitudes y hábitos como, por ejemplo, la práctica habitual de ejercicio físico, dormir el tiempo adecuado, una alimentación balanceada y saludable que contenga frutas y vegetales, no consumir alcohol ni tabaco y disminuir el consumo de sal, azúcares y grasas (19). También comprende el disfrute del tiempo libre, realizar actividades de socialización y procurar una alta autoestima.

Los estilos de vida no saludables provocan enfermedades crónicas tales como la obesidad, el estrés, las afecciones cerebrovasculares y cardiovasculares, la hipertensión, el cáncer de pulmón, las enfermedades crónicas respiratorias infecciosas, el infarto agudo de miocardio y la diabetes, entre otras.

Uno de los enfoques que intentan concientizar a la población en los beneficios de los estilos de vida saludable es la promoción de la salud, una estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades personales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo. La promoción de la salud pretende que las personas y colectivos asuman una mejor calidad de vida, y tiene en cuenta que los seres humanos somos tanto entidades biológicas como entidades sociales que requieren ser intervenidas por el personal profesional de la salud para lograr personas y comunidades saludables (20).

Es necesario mantener hábitos de vida saludables que generen mecanismos de protección a las personas ante el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. Las personas que mantienen hábitos de vida poco saludables llegan, con el paso del tiempo, a desarrollar enfermedades no solo del tipo hipocinéticas, sino también enfermedades asociadas a problemas de tipo neurológico, como el Alzheimer y el Parkinson (21).

2. Aumento del trabajo informal y disminución de los asegurados directos

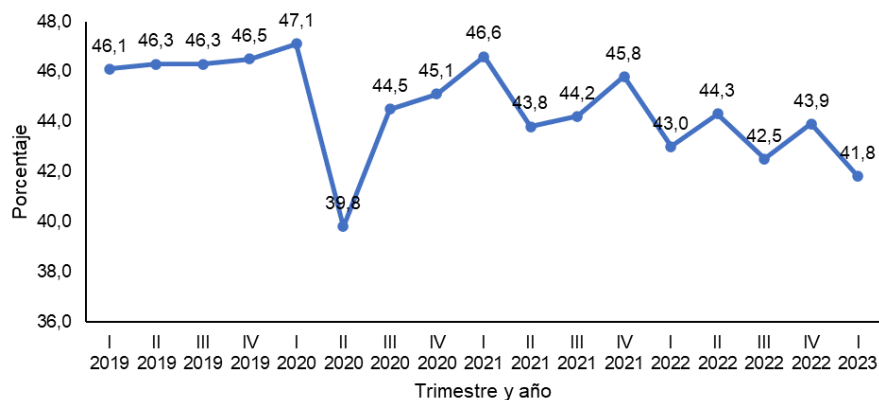
El fenómeno del trabajo informal (empleo informal) abarca en Costa Rica a más del 40% del total de la población ocupada, identificándose para ello dos causas principales: la

pérdida de capacidad de los sectores productivos para generar empleo y los problemas en el alcance del sistema educativo medio (secundaria) y alto (formación técnica y universitaria) (22).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos mide la informalidad tomando en cuenta a personas trabajadoras por cuenta propia, empleadoras con empresas no constituidas en sociedad, trabajadoras por cuenta propia ocasionales, ayudantes no remuneradas y personas asalariadas que no están aseguradas por su empleador, que reciben su pago en especie o que fueron remuneradas una única vez (13).

Entre el 2019 y el 2023, la población con empleo informal osciló entre un 46,1% y un 41,8% del total de la población ocupada del país; las cifras extremas de ese período se alcanzaron coincidentemente en el año 2020: un 47,1% en el primer trimestre y un 30,8% en el segundo trimestre. Esa pronunciada disminución se explicaría quizá por el impacto de las medidas sanitarias debidas a la emergencia por Covid-19.

Figura 58. Costa Rica. Población con empleo informal como porcentaje de la población ocupada total, por trimestre, del 2019 al 2023



Fuente: Planificación institucional, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, con datos de INEC, Encuesta Continua de Empleo

Los impactos más importantes de un empleo informal son la desprotección social y la alta vulnerabilidad ante la carencia de seguridad social, pues la falta de cotización impide no solo el acceso a los servicios públicos de salud, sino que inhabilita a esta población para el goce de una pensión.

Precisamente, la falta de cotización de esta población en el sistema de seguridad social provoca una disminución de los ingresos para la Caja Costarricense de Seguro Social, lo

que aunado a la deuda que tiene el Gobierno Central y a la morosidad de los ya cotizantes, significa un riesgo de liquidez monetaria para asumir las mejoras que la entidad necesita en todos sus ámbitos, y que repercute también en la disponibilidad de los servicios de salud para la población.

A pesar de cierta polémica sobre la presunta 'quiebra' de la CCSS, una auditoría externa realizada por una empresa reconocida internacionalmente, a petición de la Junta Directiva, arroja datos que muestran un superávit histórico de ₡435 790 millones en 2019, ₡170 974 millones en 2020, ₡179 826 millones 2021, y ₡268 654 millones 2022 (oficio PE-0344-2023, del 4 de febrero 2023) (13). Sin embargo, y según el artículo citado, la gran duda de la CCSS no está en su situación presente sino en la futura, por tres principales razones: dicha institución tiene que realizar inversiones importantes para renovar su infraestructura; la demografía costarricense está cambiando hacia una población de mayor edad; y la gestión de sus obligaciones aún no se hace de forma apropiada (24).

3. Aumento de la demanda y disminución de oferta de servicios de salud

La mayor demanda de servicios de salud se explica por la mayor prevalencia de multimorbilidades por el aumento del envejecimiento de la población, provocada por una esperanza de vida más longeva: 66,9 años en 1970; 79,9 años en 2015; 81 años en 2023 (27). Aunado a ello, la tasa de fecundidad ha venido descendiendo paulatinamente, pasando de 2,31 en el 2001 a 1,31 en el 2021 (26), aportando otro elemento que contribuye al envejecimiento de la población. De esta forma, las personas usuarias consultan con mayor frecuencia por situaciones multicausales debidas a su proceso de envejecimiento, así como a enfermedades crónicas provocadas por su estilo de vida.

Por otra parte, la demanda de servicios de mayor complejidad sobrepasa la disponibilidad, por lo que el acceso a ellos resulta más difícil. La continuidad del proceso asistencial entre los diversos niveles de atención (desde el primer nivel hasta el tercero y viceversa, es decir, referencia y contrarreferencia) no siempre se puede dar de forma oportuna porque la oferta es limitada, por lo que no hay forma de garantizar la continuidad del cuidado o el acceso a los servicios en el lugar más indicado, lo que genera en ocasiones desigualdades e inequidades en ese acceso (14). Una muestra de esto son las largas listas de espera para tener oportunidad de atención en diversas especialidades médicas.

Existe entre la ciudadanía “la percepción de que salud es igual a atención de la enfermedad, las comunidades exigen atención médica a sus problemas, sin privilegiar los programas de educación, prevención y promoción de la salud. Por ello se debe replantear el trabajo que los EBAIS realizan y los componentes de educación, prevención y promoción de la salud, deben realizar con el enfoque de determinantes para lograr la participación de los diferentes actores sociales. Una tarea pendiente es analizar si los EBAIS han cumplido con las metas propuestas en 1995, y eso es fundamental para conocer sus costos reales y justificarlos, o bien, para replantear el programa en su totalidad. Este trabajo debe ser hecho por el Ministerio de Salud, mediante la dirección de garantía al acceso con calidad de los servicios de salud, y sin duda, la misma CCSS debe también reflexionar al respecto” (16).

4. Falta de actividades de promoción de la salud

La promoción de la salud está íntimamente relacionada con los hábitos saludables para la vida, como ya se dijo. Aunque los hábitos o estilos de vida refieren a una conducta personal, dicha conducta está mediada por situaciones económicas, sociales, políticas y culturales del contexto en que viven las personas. Por ello, la promoción de la salud implica no solo un cambio en las conductas individuales sino también en las conductas sociales, abarcando de forma integral todos los ámbitos del tejido social.

“Dado que el comportamiento humano no se da en un vacío, la promoción de la salud debe tener lugar en un contexto socioeconómico específico. La promoción de la salud procura crear condiciones en las que las personas pueden ser saludables promoviendo y reforzando los comportamientos positivos, teniendo en cuenta las relaciones causales recíprocas que incluyen factores comportamentales, sociales, económicos y ambientales. Estos factores están sumamente interrelacionados y permiten crear un contexto que puede hacer posible la salud, facilitarla y promoverla, o inhibirla.” (25)

La OPS identifica, en el documento citado, varias situaciones que inciden en la debilidad de los servicios de promoción de la salud, entre ellas la falta de compromiso y de acciones conjuntas de largo plazo entre los diversos sectores institucionales, la limitada participación de la comunidad, así como su escaso empoderamiento, además de la insuficiente visibilización de la eficacia de la promoción de la salud entre la población. Todo ello “obstaculiza una acción sostenible que trascienda los períodos políticos” (25), por lo que no se puede hablar de una política de país, es decir, de una estrategia que no esté supeditada a los cambios de humor de las autoridades que diseñan los planes nacionales de salud.

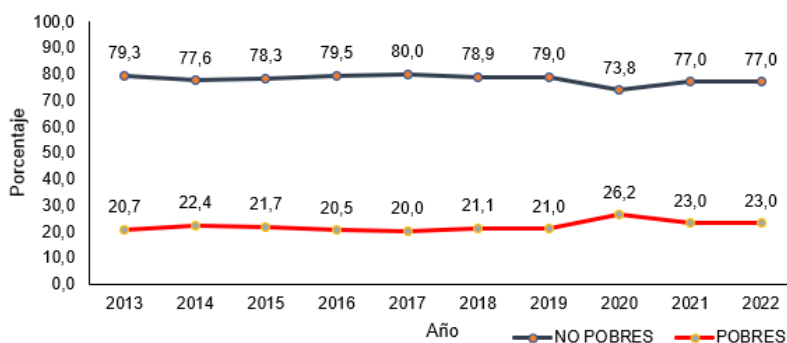
5. Aumento de la marginalidad y pobreza

Un estudio sobre pobreza y desigualdad (28) muestra que hay dos problemas principales que convergen en la situación de la pobreza en Costa Rica: el estancamiento económico y el aumento en la desigualdad de los ingresos. Durante el último cuarto de siglo el país ha sido incapaz de superar el umbral de la pobreza y más bien ha visto el aumento de la desigualdad en la distribución y concentración de la riqueza, por lo que no todos los hogares se han favorecido con una estrategia de desarrollo que se basa en el sector externo de la economía, donde se privilegia el aumento de las exportaciones de productos no tradicionales, la atracción de la inversión extranjera directa y las relaciones comerciales a través de tratados bilaterales o multilaterales.

En el ensanchamiento de las brechas de desigualdad han contribuido los problemas y las asimetrías espaciales para que la población pueda acceder a empleo productivo, a los servicios públicos y a recursos productivos; esta disparidad se acentúa entre el área urbana y el área rural en el país, viéndose “claramente reflejada en diferencias regionales significativas en cuanto al comportamiento de los indicadores socioeconómicos más importantes, como el de pobreza, distribución del ingreso, empleo (especialmente formal), acceso a la salud, al sistema de educación formal, vivienda y nuevas tecnologías” (28)

Como se mencionó antes, se presenta un estancamiento en la pobreza en una cifra que ha rondado desde hace muchos años el 20 % de la población, la cual se ha visto acompañada por una creciente desigualdad en la distribución de los ingresos. Estos dos problemas estructurales se agudizan más cuando se comparan las poblaciones fuera del Gran Área Metropolitana.

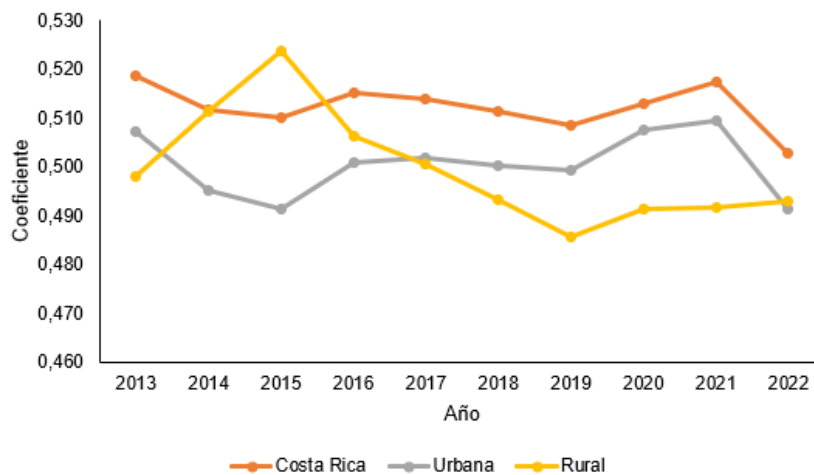
Figura 59. Costa Rica. Distribución relativa de los hogares por nivel de pobreza según año, de julio 2013 al 2022



Fuente: Planificación institucional, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, según datos del INEC, ENAHO. 2022

La desigualdad es medida principalmente por el coeficiente de Gini. Esta medida indica, para un valor 0, la perfecta igualdad entre la población, es decir, el ideal donde todos los hogares o las personas tienen el mismo ingreso; cuando el valor indica 1 significa la perfecta desigualdad, es decir, que un hogar o una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno. Una variación de 2 centésimas del coeficiente de Gini equivale a una distribución de un 7% de la riqueza del sector más pobre al más rico.

Figura 60. Costa Rica. Coeficiente de Gini por hogar según zona y año, julio 2013 al 2022



Fuente: Planificación institucional, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, según datos del INEC, ENAHO. 2022

En la figura 60 se puede observar el comportamiento del coeficiente de Gini en Costa Rica durante el período de 2013 a 2022. El mismo ha tendido a disminuir ligeramente durante ese período, pasando de 0.519 en el año 2013 a 0,503 en el 2022.

Figura 61. Identificación de factores de protección y líneas de acción en la debilidad de los servicios de salud

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Estilos de vida no saludables	Actividad física regular	Contar con espacios públicos adecuados y seguros para realizar actividad física	Municipalidad	ICODER, CCDD, Fuerza Pública, CCSS, Comités comunales
		Mejores hábitos alimenticios	Desarrollar campañas periódicas (semestrales) para fomentar mejores hábitos de alimentación	CCSS	Red de cuido, MEP UCR (Promoción de la Salud), UACA (Educación física), U San José (Gastronomía y Nutrición), INA (Nutrición)
Socioeconómica	Aumento del trabajo informal y disminución de los asegurados directos	Mejores índices de formalidad	Ofrecer procesos de capacitación para las personas en situación informal que posibiliten su inserción formal	INA Municipalidad	CCSS (orientación sobre tipos de seguros), Municipalidad, ONG
			Fortalecer la fiscalización laboral para determinar el cumplimiento de normativas	Ministerio de Trabajo	CCSS
		Acceso a la seguridad social	Crear mecanismos que permitan a los trabajadores mayor acceso a seguridad social	CCSS	Gerencia Médica de CCSS
Servicios de salud	Aumento de la demanda y disminución de oferta de servicios de salud	Mejor oferta de los servicios de salud	Brindar servicio vespertino en los EBAIS	CCSS	Contratación de terceros
			Mejorar la dinámica de funciones para aliviar las cargas de trabajo y procurar un personal motivado	CCSS	Contratación de terceros
Servicios de la salud	Falta de actividades de promoción de la salud	Desarrollo de la promoción de la salud	Realizar campañas periódicas (trimestral) de promoción de la salud en 4 escenarios: familia, comunidad, centros educativos y sector salud	CCSS	MEP, Municipalidad, Asociaciones de Desarrollo, UCR Ministerio de Cultura, SINEM, Medios de información
Sociopolítica	Aumento de la marginalidad y pobreza	Acceso a recursos y servicios	Fortalecimiento de grupos comunitarios para el emprendimiento cooperativo	DINADECO	INFOCOOP, Asociaciones de Desarrollo, Municipalidad, INA IMAS, INDER

Fuente: Planificación institucional y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Deficiencia en los programas de promoción y prevención del cáncer en adulto joven y adultez

Dimensiones con sus Causas raíz

Socioeconómico

Déficit en la difusión de las estadísticas sociales en poblaciones de riesgo: al no haber mayor divulgación a nivel institucional sobre el tema de cómo prevenir el cáncer, o de cómo realizar actividades que aseguran mejor calidad de vida a las personas sanas y que no se da aporte de presupuesto de la institución (31).

La institución encargada en nuestro país es la CCSS para generar publicidad sobre los tipos de cáncer, en qué edades predominan o aparecen o por género cuales se dan en hombres y mujeres a la población, esto genera una ignorancia poblacional por falta de información dirigida por lo que no se da una toma de conciencia de las personas para el autocuidado para evitar que aparezcan las neoplasias.

-Analfabetismo y nivel educativo deficiente para la comprensión de la promoción en salud: debido a la extensión territorial del cantón se da una afectación para una adecuada cobertura de los programas en salud, ya que en pueblos lejanos de las cabeceras de cantón donde no hay servicios de salud instalados, fijos y que en algunas comunidades la atención médica se da por medio de la dinámica de lo que se llama visita periódica; (que es cuando un equipo interdisciplinario de salud llega a ese lugar más alejado) y que lo hace una o dos veces al mes, generando un déficit al acceso a los servicios de salud en forma oportuna, y como consecuencia no se llega a toda la población la información sobre estilos de vida saludable, información sobre los diferentes tipos de cáncer, signos y síntomas de alerta temprana para consultar, unido a esto está el bajo nivel educativo de las personas que se obtiene de la misma situación de la lejanía de los pueblos y hay poco acceso a la educación, por lo que lleva a que las personas se deben dedicar a trabajar en el campo a temprana edad y se mantiene que las mujeres quedan atendiendo labores domésticas y atención de niños ocasionando desconocimiento del tema de la importancia del cuidado de la salud desde la infancia durante la juventud, adultez y en la vejez (32).

Circunstancias materiales:

-Condiciones ambientales deficientes: Como posible causa en el deterioro de la prevención y promoción del cáncer está relacionado los hábitos de las personas, costumbres de la población que no dan un adecuado manejo de los desechos, así como por desconocimiento de cómo desecharlos, ocasionando problemas de contaminación de ríos o quebradas,

como es por ejemplo fincas de crianza de cerdos, pollos que fácilmente depositan los desechos hacia estos lugares y que no estén regulados por las instituciones correspondientes, es decir tienen una actividad de manera clandestina y al estar contaminando las fuentes de agua de la cual personas toman de ella de manera constante sin saber el riesgo que corren exponiéndose ante esta situación y que al pasar del tiempo pueda generar afectación en la salud física.

Así como también se presenta en la población del cantón el problema de falta de acceso a agua potable lo que conlleva a las personas a tener que tomar fuentes de agua no tratadas desconociendo de la importancia de la potabilidad, por años y esto va a generar problemas de salud que puedan terminar en tipos de neoplasias. Por ejemplo, existen neoplasias que afectan a nivel de sistema digestivo principalmente en el órgano del estómago, el cual es ocasionado por una bacteria que se adquiere del agua y que ocasiona lesiones de tipo ulcerosa en las paredes del estómago, que si no se trata adecuadamente las personas llegarán a padecer de constantes crisis de gastritis agudas, gastritis crónicas y que evolucionarán a cáncer gástrico. La bacteria es conocida con el nombre *Helicobacter pylori* (33).

Condiciones de trabajo: Existen empresas donde se da educación de cuidado personal a los funcionarios, o se transmite información sobre estilos de vida saludable, manejo del estrés y sobre salud mental, pero son ciertas y pocas empresas o trabajos privados que aplican técnicas o espacios para sus trabajadores en el cantón San Ramón.

También agregar, sobre las condiciones de trabajo que tienen los funcionarios públicos de la salud a nivel de centros médicos como es en los EBAIS, puestos de salud y clínica de especialidades, refiriéndose en cuanto a las condiciones estructurales de los edificios los cuales no tienen adecuada ventilación ni iluminación, además son espacios ya no adecuados para la cantidad de personas que diariamente ingresan, ya que la población ha aumentado, espacios de las oficinas muy juntos y que con el ruido de las mismas personas, equipos y demás alteran el mismo sonido ambiente donde laboran los funcionarios que afectan en gran parte sus calidades de vida y que llegan a caer en la falta de atención a sí mismos, ya que esas condiciones laborales resultan en cansancio mental y físico llevando al trabajador a no realizar algún tipo de hábito saludable después de su jornada laboral, no realiza deporte, a descuidar su alimentación usando alimentos procesados rápidos de

cocinar y sumado a esto que el patrono no le brinda espacios de autocuidado durante sus horas de servicio.

Al referirnos a las condiciones de trabajo, en otros ámbitos laborales que se presentan en el cantón ramonense, está la exposición diaria al sol como son los trabajos en el campo a lo que no se les instruye adecuadamente sobre la protección solar que debe tenerse. Se da en actividades clandestinas no usan o no dan indicaciones a los trabajadores a cumplir con ciertas reglas para la prevención de cáncer de piel, por ejemplo.

Adicionalmente se puede mencionar en cuanto al manejo inadecuado de los agroquímicos en las empresas principalmente de tipo clandestino, ya que las personas al tener su actividad para generarse ingresos económicos, utiliza los agroquímicos de forma incorrecta sin los cuidados ni equipos necesarios para evitar el contacto con las sustancias que al cabo de los años por la exposición va a generarle deterioro en la salud a los trabajadores, lamentablemente algunos por desconocimiento y/o por negligencia.

Servicios de salud:

-En nuestro país la institución encargada de brindar la atención en salud a la población en general corresponde a la CCSS, la cual aplica un sistema de atención dedicada a una gran cantidad de patologías (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemias, etc.) dedicándose a detectarlas, reportarlas y tratarlas, es decir cuando ya tenemos la enfermedad y no se da una atención ciudadana a la pre - enfermedad en pro de evitar la presencia de cáncer en las personas.

Junto a lo anteriormente mencionado se presenta como una causa raíz la deficiencia de la cobertura y la utilización de los servicio presentándose la situación de falta de citas para la atención periódica médica, lo que ha llevado a que la institución ha dado prioridad a atender a generaciones, esto quiere decir, se le da la cobertura a los niños en sus edades tempranas, a los adultos mayores y adulto joven con patología ya detectada y hay un impasse de atención a las personas jóvenes y adulto joven sanos como con el fin de brindarles educación en el autocuidado personal, en cuanto a llevar estilos de vida saludable, deporte, recreación con el fin de prevenir enfermedades.

Generándose así una alta demanda en la atención de los pacientes de ahí la falta de citas debido a la saturación de los servicios, por lo que no se da la oportunidad para la institución

de brindar espacios para dar un servicio más directo a la población en promoción a la salud y abarcar más población.

Así como también se da en la institución el servicio de especialistas pero que se concentran en lugares centrales y no se dirigen hacia las zonas más alejadas del país incluyendo especialistas o profesionales en promoción de la salud.

Comportamiento

-Conductas sexuales inapropiadas; debido a la pérdida de valores en la ciudadanía que lleva a comportamientos desordenados y a la poca información sobre enfermedades de transmisión sexual a la población, esto hace que se incrementen los casos de cáncer en personas jóvenes, por ejemplo, existe el cáncer que se da por la presencia del virus del papiloma humano, siendo un virus que se transmite por relaciones sexuales y que es el más común (34).

Mucho tiene que ver la falta de realización de más campañas o ferias de salud a la población sobre dicho tema sobre realizarse una detección temprana de lesiones que pueden alertar a las personas de la posibilidad de padecer de algún tipo de cáncer y así llevar un tratamiento que evite llegar a ese próximo nivel, una neoplasia. Persisten tabús y mitos ideas en ciertas partes de la población costarricense, que siguen llevando a la población al descuido de su cuerpo, por no usar la protección debida para evitar contagiarse de alguna enfermedad.

Esas conductas sexuales inapropiadas que se menciona en la dimensión de comportamiento, y que pueden llevar a la aparición de neoplasias son situaciones como múltiples parejas sexuales, sin uso de barreras apropiadas y el rechazo social ante el uso de métodos de barrera (35).

Así como manifiestan las participantes en la elaboración de este análisis es la percepción inadecuada de calidad de salud del individuo se da debido a la falta de esa información sobre prevención y promoción en salud contra el cáncer, por lo que el individuo no busca tiempo para el autocuidado o toma una conducta negligente al desconocer que inadecuadas prácticas de tipo sexual pueden llevar a crear patologías graves e incluso hasta la muerte.

Además, se suma a esto a que el individuo realiza un manejo deficiente de la canalización del estrés debido a que no hay programas para promoción del autocuidado implementado

en el país por ninguna institución gubernamental y de tipo no gubernamental se da, pero a un alto costo o que solo está accesible a una población económicamente estable.

Factores sociopolíticos

-En esta dimensión se expone como una causa la falta de política de priorización para presupuesto de equipo para detección temprana; al no darse una prioridad, por parte del gobierno de invertir en programas para detección temprana de cáncer, va a contribuir a aumentos de casos de neoplasias donde se van a generar listas de esperas de la atención de estos.

Además, se aporta como una causa importante la inatención oportuna gerencial y administrativa para dar continuidad a los programas de salud.

Resultando esto último en una inadecuada utilización de recurso profesional en atención primaria o mala distribución de los recursos humanos para los programas.

Figura 62. Identificación de factores de protección y líneas de acción en la deficiencia en los programas de promoción y prevención del cáncer en adulto joven y adultez

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Socioeconómicos	Déficit en la difusión de las estadísticas sociales en poblaciones de riesgo	Inversión económica en la divulgación de las estadísticas sociales en las poblaciones de riesgo	Crear publicidad en redes sociales sobre las estadísticas de cáncer en este grupo poblacional	CCSS	MINSA, INEC
Circunstancias materiales	Condiciones ambientales deficientes	Mejorar las condiciones ambientales en viviendas y lugares de trabajo	Regulación de los servicios que brindan el abastecimiento del agua a viviendas	AYA ASADAS	MTSS, MAG, SENASA
			Regulación de establecimientos de producción formales e informales	MINSA	
Socioeconómicos	Analfabetismo y nivel educativo deficiente para la comprensión de la promoción en salud	Inversión económica en publicidad para incentivar la concientización de la población en el cuidado de la salud.	Extender la publicidad sobre el cuidado de la salud a las zonas más alejadas de los distritos del cantón. Elaborar panfletos lúdicos para la población que sean más impactantes en el mensaje.	CCSS MINSA	CCSS, Asociaciones de Desarrollo, Comités comunales, ONG (FUNCAVIDA y UNBOUD)
Comportamiento	Conductas sexuales inapropiadas	Sensibilizar a la población sobre valores morales	Informar a la población sobre las consecuencias, riesgos que se adquieren por actitudes irresponsables.	CCSS, PANI, INAMU	Iglesias, MEP, ONG (MUSADE) Junta de Salud Pro-Hospital y Pro-Área
		Sensibilizar a la población al uso responsable y adecuado de barreras de protección	Informar a la población sobre las diferentes barreras de protección y su importancia.	CCSS	MEP
Servicios de Salud	Deficiencia de la cobertura y la utilización de los servicios	Ampliar la atención médica en EBAIS	Brindar mayor accesibilidad a citas para la atención periódica médica	Gobierno, CCSS	CCSS, Asociación de Desarrollo, ONG
		Ampliar de personal profesional	Dotar de profesionales en el campo de actividad física para desarrollar más proyectos en promoción de la salud		

Fuente: Regulación de Servicios y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Inadecuada disposición y manejo de las aguas residuales

Las aguas residuales, entendidas estas como los vertidos líquidos provenientes del uso doméstico del agua –aguas negras no colectadas, representan un grave y profundo problema nacional. Esto provocado por la desatención a que ha sido sometida esta temática, motivado por el desinterés público, poca cultura ambiental, atraso educativo e informativo y en general rezago de las instituciones responsables de la aplicación y control de la legislación vigente.

Las principales fuentes de contaminación de esos ríos son los aportes provenientes de las aguas residuales de origen doméstico, industrial y agrícola, cuyos efluentes sin tratamiento o semi-tratados se mezclan con el caudal de éstos a lo largo de su recorrido (36), misma situación que se puede apreciar en las diversas quebradas que atraviesan el cantón San Ramón.

En el caso particular del cantón San Ramón las aguas residuales de uso domiciliario se caracterizan por un tratamiento individual, donde las aguas provenientes de los servicios sanitarios van a tanque séptico y drenajes, sin embargo, en el caso particular de las aguas residuales generadas en el hogar y provenientes de otras actividades (lavado de ropa, baño, lavatorios, lavado de autos) son dispuestos en su mayoría al cordón pluvial sin ningún tratamiento. Estas aguas residuales descargadas en forma cruda o con tratamientos primarios (apenas con tamizaje y sedimentación), aportan a los cuerpos de agua materia orgánica, amplia gama de microorganismos, sólidos en suspensión, detergentes, grasas, aceites y metales pesados principalmente, que como es lógico no cumplen la calidad necesaria para ser descargada al ambiente (36).

Es claro que la contaminación ambiental es el resultado de múltiples factores de origen antropogénico y que la reducción del problema requiere la participación de los diferentes actores sociales, gestiones ambientales y un cambio de la visión ante el reto que presenta la contaminación ambiental por las aguas residuales no tratadas particularmente de uso domiciliario.

Los actores sociales convocados en ambiente fueron depurando durante los tres talleres del ASIS diversos temas que afectan al cantón San Ramón, particularmente se asentó en la problemática cantonal de la disposición de las aguas residuales, se logró apreciar desde diferentes dimensiones causas que han implicado el deterioro a la salud y al ambiente por el mal manejo de las aguas residuales, estos se plasmaron como: la ausencia de una política pública en el manejo integral de las aguas residuales; ausencia de programas de

promoción en la población para el manejo integral de las aguas residuales; habituación de la disposición irregular de aguas residuales por parte de la población; inexistencia de un plan regulador; ausencia de un sistema de alcantarillado sanitario.

Factores sociopolíticos: causa raíz.

Ausencia de una política pública en el manejo integral de aguas residuales.

Ciertamente, aunque existen a nivel del país una serie de normas, reglamentos y leyes relacionados tanto en la protección el manejo del recurso hídrico, así también se han desarrollado normas en donde se resaltan obligaciones y responsabilidades en cuanto la disposición de las aguas residuales, se considera por parte de los actores sociales que la magnitud de este problema inhibe a las instituciones locales en el abordaje de este, desde los gobiernos locales particularmente en San Ramón no existe una política cantonal que ofrezca estrategias y soluciones en cuanto las aguas residuales, por ello, es de consideración la necesidad de impulsar la creación de políticas locales para el manejo integral de las aguas residuales.

El fortalecimiento institucional y normativo para el saneamiento de aguas es clave para el desarrollo de la política y responde al primer objetivo específico: “Lograr la articulación del sector de saneamiento y tratamiento de aguas residuales de acuerdo con la revisión normativa y con la coordinación y fortalecimiento de las instituciones”. Tal como se evidenció en el diagnóstico, las competencias y roles de las instituciones, se encuentran en muchos casos, cruzados, desarticulados y poco definidos (37).

Servicios de Salud: causa raíz.

Ausencia de programas de promoción en la población para el manejo integral de aguas residuales

La Ley Orgánica del Ambiente y la Ley General de Salud promueven la protección del ambiente y el mejoramiento de la salud pública con base en los principios de prevención, acceso a la información, participación pública y sostenibilidad. Sin embargo, la participación de la sociedad civil en el logro de estos propósitos es poca o escasa pues la educación ambiental o promoción no ha permeado los programas de la educación formal e informal, de forma tal que se sensibilice a los diferentes actores sociales en la protección del ambiente.

Los planes de estudio del MEP en las áreas de Ciencias y Estudios Sociales toman en cuenta el tema de la contaminación de los cuerpos de agua desde la perspectiva del ser humano y su interacción con la naturaleza y la contaminación de los ríos (38).

Se consideró que la ausencia de programas de promoción en la población para mejorar de manera integral las aguas residuales, ha generado un accionar institucional represivo y no preventivo, el enfoque para el manejo de las aguas residuales se extendió a la creación de normas y reglamentos, sin embargo, la socialización de la problemática en busca de crear conciencia en los individuos se ha dejado de lado.

Actores sociales como el MEP tienen la obligación de impulsar programas a nivel educativo tanto a nivel de primaria como secundaria, en la gestión de aguas residuales, tanto así en las materias de ciencias y estudios sociales; por otra parte, es importante la sensibilización de la población en general. Los programas muestran los efectos nocivos de los agroquímicos en fuentes de agua, pero no el impacto en la salud, ecología y sostenibilidad del recurso por las aguas ordinarias, y el mal manejo de los residuos (39).

El programa de Estudios Sociales de Educación Diversificada promueve la concientización del uso racional de fuentes de agua y hace énfasis en casos de contaminación, sin analizar la contaminación cotidiana que se realiza en los hogares costarricenses.

Este tipo de enfoque es bueno para la formación del individuo, pero según los registros de AyA, en los alcantarillados se han encontrado grandes cantidades de residuos; al mismo tiempo, muchos sistemas de tratamiento públicos y privados reciben exceso de sólidos en las unidades primarias de tratamiento. Lo anterior indica que la formación no está llevando a la población al entendimiento de las acciones preventivas concretas para mitigar el impacto de las actividades humanas. (36)

En lo que respecta a la formación de profesionales, (38) señala que en Costa Rica los responsables del diseño de los sistemas de tratamiento de aguas residuales son ingenieros civiles y arquitectos, con el apoyo de ingenieros químicos, biotecnólogos, microbiólogos, etc. Ninguna universidad brinda la carrera de Ingeniería Sanitaria ni posgrado en la materia, por lo que existe un vacío en la formación de los profesionales idóneos para el desarrollo de proyectos de saneamiento.

Comportamiento: causa raíz

Habitación de la disposición irregular de aguas residuales por parte de la población.

La habitualidad existe en nuestra vida personal, como también a nivel de sociedad, y esto se debe a que lo que se hace por costumbre o repetición frecuente se habitúa como lo que es (40), de igual manera se normaliza. La normalización, en sociología, es el proceso por el cual ciertos comportamientos e ideas se hacen considerar "normales" a través de la repetición, la ideología, la propaganda u otros medios, muchas veces llegando a tal punto que son consideradas naturales y se dan por sentado sin cuestionamiento (41). Si bien el país cuenta con una amplia normativa que regula el manejo y disposición de las aguas residuales, esta no ha sido la herramienta para afrontar la problemática de la mala disposición de las aguas residuales.

Las instituciones cuentan con una baja capacidad de fiscalización de los proyectos constructivos (viviendas, edificios y otros) instituciones como: Municipalidades, Ministerio de Salud, Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos, aunque deban ser garantes del cumplimiento de las leyes no es hasta tanto aparecen denuncias que dichas instituciones fiscalizan la disposición de aguas residuales, facilitando que por la costumbre se sigan disponiendo las aguas residuales de forma incorrecta.

La falta de promoción por parte de las instituciones ha dado pie a una normalidad en la población en cuanto el mal manejo de las aguas residuales. Esta habitualidad donde la población vive su día a día disponiendo las aguas residuales de sus viviendas o establecimientos al cordón pluvial sin ningún tratamiento, se ha convertido en lo "habitual".

La percepción influenciada del entorno, que tiene como asiento un pensamiento individual dónde se frasean líneas como "*si todo mundo lo hace, yo también*", "*siempre hemos tirado el agua al caño*", "*eso no me afecta*".

Dicha situación es un reto en el comportamiento de la comunidad, debido a que para la sociedad lo habitual es disponer las aguas residuales de forma inadecuada, aunque estas afecten el bien común, esto deja al equipo de expertos con la posición de que para poder contrarrestar esa normalización, se requiere de una fiscalización responsable en los proyectos de construcción y ejercicio rector del Ministerio de Salud.

Circunstancias materiales de vida: causa raíz

Inexistencia de un plan regulador

El fin principal de establecer y poner en ejecución un plan regulador, por parte de una municipalidad, es ni más ni menos que tratar de poner orden a su área administrativa, en lo referente al uso del suelo. San Ramón como tal se ha mantenido durante años trabajando en la elaboración de un plan regulador para el cantón, sin embargo, el plan regulador se ha enfocado más a determinar son las áreas urbanas, rurales, industriales, domiciliarias, así como zonas de protección, entre otros; no obstante, en el tema de aguas residuales existe una gran debilidad, esto a sabiendas de sitios que históricamente presentan problemas de infiltración donde se han desarrollado asentamientos que actualmente mantienen serios problemas con la disposición de aguas residuales, pero se continúan otorgando permisos de construcción en dichos terrenos.

Un Plan Regulador es uno de los instrumentos que establece una limitación al uso privado de un área geográfica específica, con base en el interés común y al amparo del Artículo 50 de la Constitución, que establece que se debe procurar un ambiente sano y ecológicamente equilibrado para los ciudadanos (36). Si bien el fin del plan regulador es el bienestar comunal y ambiental, los participantes del sector ambiental consideran que estos se ven sesgados ante intereses económicos y políticos que se encuentran vivos en las municipalidades, y toma poco interés el tema ambiental y en particular el manejo de las aguas residuales que nadie desea asumir.

Ausencia de un sistema de alcantarillado sanitario

La prioridad dada por Costa Rica al agua potable durante 40 años ha incidido en un bajísimo rubro de inversión en alcantarillados sanitarios y en sus respectivos procesos de tratamiento; es decir, por requerimientos de Salud Pública se privilegió el agua potable y no se tuvo la capacidad como país de construir en forma paralela los sistemas de alcantarillados sanitarios y sus plantas de tratamiento de aguas residuales (42). El análisis del equipo de expertos que participaron en el ASIS visualiza. Esa falta de inversión por acueductos y alcantarillados en la construcción de sistemas de alcantarillado sanitario en las ciudades, esa falta de inversión y el crecimiento urbanístico han generado una disparidad entre el agua que consumimos y el agua que desechamos, hoy consumiendo agua de gran calidad, pero retornando al ambiente aguas residuales sin tratar. En el tema

de las aguas residuales se constata que estas son canalizadas directamente a ríos, esteros y quebradas, con los correspondientes impactos en los ecosistemas y en la salud humana, sin que se disponga de plantas o sistemas de tratamiento. En lo que se refiere a servicios sanitarios, predominan las viviendas con tanque séptico o sistema de alcantarillado (43).

Los sistemas individuales construidos para las viviendas se han vuelto menos fiables y menos eficientes, más en aquellos terrenos que no tienen condiciones para que sean instalados. El cantón San Ramón cuenta con varias zonas, urbanizaciones y terrenos con potencial de desarrollo urbanístico que no cuentan con características para seguir empleando sistemas individuales de tratamiento de aguas residuales, y con ello solo potenciamos la generación de nuevos focos de contaminación por aguas residuales. Es de suma necesidad que se plasmen proyectos de alcantarillado sanitario, sin embargo, existe una limitante financiera debido a los altos costos y complejidad que tiene actualmente la construcción de un alcantarillado sanitario para este cantón.

Los sistemas de tanque séptico, en su concepción técnica, cumplirían con esta función esencial; sin embargo, aun con altas coberturas en tanque séptico, esto no es garantía para que exista una adecuada asistencia y supervisión en su construcción, ni de que se tenga el área suficiente para los sistemas de infiltración, o de que se ubiquen a una adecuada distancia de la vivienda, o bien, que se construyan con las dimensiones y los materiales adecuados técnicamente (37).

Figura 63. Identificación de factores de protección y líneas de acción en la inadecuada disposición y manejo de las aguas residuales

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítica	Ausencia de una política pública en el manejo integral de aguas residuales	Existencia y aplicación de una política pública local en el manejo integral de aguas residuales	Impulsar a través del Concejo cantonal de Coordinación interinstitucional la creación de una política local para el manejo integral de aguas residuales.	Municipalidad, CCCI, Comisión Agropecuaria y del Ambiente.	AyA, SENASA, MAG, SENARA INDER, ASADAS MINAE, Universidades, MEP, CCSS, INA, ONG
Servicios de Salud	Ausencia de programas de promoción en la población para el manejo integral de aguas residuales	Programas de promoción para sensibilizar a la población en el manejo integral de las aguas residuales	Establecer a través de la Política Local para el manejo integral de aguas residuales programas de promoción dirigidos a la población en general.	CCCI, MINSA, Municipalidad, AyA	AyA, MINAE, MEP, INA, Universidades, CCSS, ONG
			Diseñar una propuesta para los actores sociales involucrados sobre la necesidad de promover el manejo de las aguas residuales a nivel cantonal.		
			Impulsar programas de promoción a nivel educativo (primaria y secundaria) en gestión de aguas residuales.		
Comportamiento	Habitación de la disposición irregular de aguas residuales por parte de la población	Manejo integral de las aguas residuales por parte de la población	Ejercer rectoría en las instituciones por parte del Ministerio de Salud	Ministerio de Salud (Rector). Municipalidad. Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos.	A y A, MINAE, Universidades
			Fiscalización responsable de los proyectos de construcción, en coordinación con los actores sociales responsables		
Circunstancias materiales de vida	Inexistencia de un plan regulador	Ejecución de un plan regulador dentro del cantón de San Ramón	Impulsar a través del Concejo Cantonal de Coordinación Interinstitucional la aprobación e implementación del Plan Regulador dentro del cantón de San Ramón que contemple el tema de aguas residuales	Municipalidad, CCCI, AyA, MINSA	MEP, Municipalidad, Asociaciones de Desarrollo, UCR, Cámara de comercio, ONG, MINAE
			Impulsar la creación de un banco de datos para sitios no aptos para construcción con sistemas individuales para disposición de aguas residuales		

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Circunstancias materiales de vida	Ausencia de un sistema de alcantarillado sanitario	Existencia de un sistema de alcantarillado sanitario con su sistema de tratamiento para las aguas residuales.	Impulsar a través del Gobierno Local la construcción del sistema de alcantarillado sanitario en el casco urbano del cantón de San Ramón.	MINSA, Municipalidad, CCCI, AyA	MEP, Municipalidad, Asociaciones de Desarrollo, UCR, MINAE, Otros

Fuente: Regulación de Servicios y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Prematuridad y bajo peso al nacer: principal causa de mortalidad en menores de 1 año

Un nacimiento prematuro es el ocurrido antes de completar las 37 semanas de edad gestacional. Se estima que para el 2020 se dio el nacimiento de 13,4 millones de niños prematuros a nivel mundial, y son las complicaciones derivadas de ésta la principal causa de mortalidad entre los menores de 5 años; para el 2019 se estima que 900 000 vidas se perdieron debido a esta causa y sus complicaciones, no obstante, se considera que tres cuartas partes de estos fallecimientos pudieron prevenirse con intervenciones disponibles que son costo-eficaces (44).

El BPN es aquel inferior a los 2500 gramos, el cual continúa siendo un problema importante de la salud pública en el mundo, asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo; a nivel mundial entre el 15% a 20% de los niños nacidos presentan BPN, aproximadamente más de 20 millones de neonatos anualmente (45).

Para el 2015, un estudio realizado en Perú indica que, en las últimas dos décadas, la atención perinatal se ha enfocado en mejorar la supervivencia de los fetos y neonatos de alto riesgo, ya que la prematuridad y el BPN son las morbilidades con mayores tasas de mortalidad neonatal, inclusive en los primeros 7 días de vida. Además, estudios indican la existencia de factores asociados a estos dos eventos como los hábitos, factores socioeconómicos, antecedentes obstétricos maternos o enfermedades asociadas a la gestación (46).

Según el Diagrama de Causa-Efecto para la prematuridad y BPN se cumple la relación multicausal en los determinantes que repercuten sobre el evento de salud analizado.

La deficiencia en la inversión para la salud pública puede provocar carencias en el sistema, para contratación del personal especializado. así como la adquisición de equipo de alta tecnología, siendo la inadecuada administración del gasto público uno de los determinantes sociopolíticos de este evento, así mismo la integración de nuevas identidades culturales, las cuales llegan a generar un incremento en las relaciones de poder intercultural limitando la educación y el progreso individual.

El efecto del determinante socioeconómico, en parte consecuencia del sociopolítico, la carencia de recurso económico para la contratación de personal de salud repercute en una inadecuada administración del presupuesto, o baja voluntad política en los niveles superiores para el mejoramiento institucional. Además, la carencia de empleo y las deficiencias en las políticas de regulación migratoria están provocando un aumento en la marginalidad y pobreza, como se evidenció en un análisis de los factores de riesgo de

prematuridad realizado en Costa Rica en el 2001, en donde se halla una asociación significativa entre el índice de desarrollo social bajo con la incidencia del parto prematuro (47).

En los servicios de salud se denota una serie de carencias, y es la correlación entre la deficiencia en capacidad del primer nivel de atención y la carencia de personal capacitado causantes de un inadecuado control prenatal.

Otros factores de riesgo asociados con la prematuridad y el BPN, tales como la hipertensión arterial materna, la ruptura prematura de membranas y los embarazos gemelares, pueden no estar siendo adecuadamente identificados en el primer nivel de atención o en servicios de emergencia debido a deficiencias en la formación médica. El fortalecimiento de la capacitación de médicos generales y especialistas en medicina de familia mediante un programa y control académico universitario podría contribuir a reducir la brecha de sesgo (48).

Además, de la inclusión de un médico especialista en obstetricia para la atención de referencias más mediata, fortaleciendo de igual manera el tamizaje de ultrasonidos fetal para la detección temprana de anomalías fetales, y aumentar la frecuencia de ecografías, realizando uno finalizando el I trimestre (12 a 13 semanas de edad gestacional) y otro iniciando el III trimestre (28 a 32 semanas de edad gestacional); en la literatura científica se indica que los hallazgos en ultrasonidos estuvo relacionado con la inminencia de prematuridad en las gestantes, resultando ser una prueba altamente sensible con un valor predictivo negativo y excelentes funciones de prueba de exclusión (48).

Ante el determinante de las circunstancias materiales, se considera la disfuncionalidad familiar en adolescentes embarazadas como una causante importante, debido a su falta de apoyo familiar y deficiencias en la comunicación entre los cuidadores e hijos asociado a una inadecuada educación sexual. Un estudio en Venezuela demuestra que de las adolescentes que inician relaciones sexuales precoces, el 86% provienen de familias disfuncionales; así mismo un ensayo clínico en México señala que la disfuncionalidad establece dificultades de la identidad, baja autoestima y consecuencias en el desarrollo psicosocial del adolescente (49,50).

En el análisis de los determinantes de comportamientos, se identifican dos problemas raíz de relevancia significativa. En primer lugar, el comportamiento social riesgoso, actualmente

caracterizado por un grado de libertinaje e irresponsabilidad sexual, a menudo asociado con el consumo de drogas y una sobreestimulación sexual facilitada por medios de comunicación como las redes sociales y la música. Este tipo de comportamiento puede llevar a las mujeres a exponerse a ITS, las cuales, a su vez, se han relacionado con prematuridad y bajo peso al nacer debido a sus complicaciones, tales como ruptura prematura de membranas, sepsis neonatal y consumo de drogas durante el embarazo.

En segundo lugar, se encuentra la circunstancia del embarazo no deseado per se, que suele manifestarse en familias disfuncionales o en casos de embarazos en adolescentes. Estas situaciones se ven influenciadas por deficiencias en la educación sexual, incluyendo el uso inadecuado de anticonceptivos y una cultura de hipersexualidad. Adicionalmente, están asociadas a problemas socioeconómicos arraigados, como desempleo, pobreza, violencia intrafamiliar y patriarcado (49,51).

Como causas raíz al determinante biológico se encuentran las anomalías cromosómicas y malformaciones congénitas en el embarazo, las cuales abarcan una serie de patologías, por ejemplo, trisomías 18 y trisomía 21, defectos del tubo neural y cardíacos; estos son factores neonatales asociados a su mortalidad, los cuales sí tienen asociación con el BPN de los neonatos (52,53). Ante estos determinantes, puesto que no son prevenibles, el diagnóstico oportuno y seguimiento procura plantear mejoras en las estrategias que logren disminuir la morbimortalidad y la discapacidad que ellas generan, estimulando y generando un grupo organizado especializado de trabajo para establecer consejería genética a los futuros padres (54).

El grupo de expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la mortalidad por prematuridad y BPN en el grupo de edad de menores de 1 año:

- 1) Deficiencia en la inversión de salud pública (determinante sociopolítico)
- 2) Carencia de recurso económico para contratación de personal de salud (determinante socioeconómico)
- 3) Embarazo no deseado (determinante comportamiento)
- 4) Deficiencia en primer nivel de atención (determinante servicios de salud)
- 5) Carencia de personal especializado o capacitado (determinante servicios de salud)

Figura 64. Identificación de factores de protección y líneas de acción de la prematuridad y bajo peso al nacer en menores de 1 año

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	Deficiencia en la inversión de salud pública	Establecer los controles en inversión de la administración de la salud pública	Llevar registros de lista de ingreso, permanencia y producción del recurso humano en el servicio de salud	CCSS	Contraloría de servicios, MINSA
Socioeconómico	Carencia de recurso económico para contratación de personal de salud	Adecuada administración de las finanzas destinadas al recurso humano en salud	Llevar un control de la distribución de los recursos económicos.	CCSS	Gerencia médica y financiera de la CCSS
Comportamiento	Embarazo no deseado	Educación sexual	Fortalecer el programa educativo desde la niñez y adolescencia Reintegrar el programa educativo de la CCSS a las escuelas.	MEP	CCSS, PANI, Red de cuidado, universidades públicas y privadas
		Educación en planificación familiar	Ampliar el acceso a la educación en planificación familiar Acceso gratuito a toda la población	CCSS	INAMU, ENASERE
Servicio de salud	Deficiencia en primer nivel de atención	Ampliar los programas de atención en embarazadas	Incluir exámenes complementarios especializados en todos los embarazos en I y III trimestre.	CCSS	Gerencia médica de la CCSS
Servicio de salud	Carencia de personal especializado o capacitado	Especializar al personal actual en medicina familiar, ginecoobstetricia, perinatología, neonatología	Fortalecer el crecimiento académico en el personal de salud del primer nivel de atención	CCSS	CMC, CENDEISS, UCR posgrados, OPS
			Incentivar al especialista a fortalecer conocimiento adquiridos con capacitaciones continuas		
			Incentivar al especialista a fortalecer conocimiento adquiridos con capacitaciones continuas		

Fuente: Vigilancia de la Salud y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Infecciones respiratorias superiores agudas en grupo de edad de 1 a 9 años

Las IRAS son de las principales causas de enfermedad, hospitalización e incluso muerte en los niños a nivel mundial, siendo el virus el agente biológico más frecuente (55).

De acuerdo con datos de la OMS, las epidemias anuales de infecciones por el virus de la influenza resultan en 3 a 5 millones de casos graves y entre 290 000 y 650 000 defunciones (56). Además, hasta marzo de 2023, la OMS reporta aproximadamente 761,1 millones de casos de infecciones por el virus SARS-CoV-2 y 6,9 millones de fallecimientos atribuidos a esta infección a nivel mundial (57).

La etiología viral constituye el origen del 80,0% a 90,0% de las IRAS, siendo los agentes causales adenovirus, coronavirus, virus respiratorio sincicial, parainfluenza e influenza (56). Dentro de la diversidad de virus que afectan el tracto respiratorio, algunos adquieren mayor relevancia debido al potencial impacto que pueden tener, como es el caso del virus influenza y, más recientemente, de los coronavirus.

El comportamiento epidemiológico de las IRAS se caracteriza por seguir un patrón estacional, además exponerse a cambios y mutaciones en los virus que las producen, o bien resistencia antibiótica en las bacterias, las cepas nuevas provocan una elevación de las tasas de ataque, siendo las poblaciones extremas las más susceptibles, en las cuales se encuentran los menores de edad (58).

Englobando esta enfermedad en el grupo de edad entre 1 a 9 años, en 6 dimensiones, como la sociopolítica, socioeconómica, circunstancias materiales, servicios de salud, comportamiento y biológico, en un grupo de profesionales expertos en el tema se denotan estas observaciones.

En el determinante sociopolítico se considera que hay una deficiencia en la gobernanza, ya que la toma de decisiones para la salud pública, en ocasiones, desautoriza la medicina basada en evidencia y la promoción de las buenas prácticas de salud; por ejemplo, para el periodo de pandemia, según la literatura científica, se visualizaron algunas debilidades mencionando la falta de preparación de los gobiernos en aspectos de fragilidad de las entidades a cargo de la vigilancia epidemiológica, la desautorización de líderes que negaban la situación perteneciendo a entidades del gobierno y salud, debilidad en enfocar temas locales y comunales que se conectaban con la trazabilidad del virus, la falta de empoderamiento del primer nivel de atención y poca claridad en la definición de los objetivos y funciones en el contexto de la pandemia (59).

En el aspecto socioeconómico, la pobreza viene a ser un problema global para este tipo de enfermedades, la cual es influenciada por la falta de empleo, por la problemática social que conlleva la estructura familiar que está compuesta por una madre o padre soltero, y una deficiencia en las políticas públicas en donde se enfoque en la mejora de la economía familiar; en un estudio en Argentina hallaron una fuerte asociación en la morbilidad y la mortalidad con la distribución del ingreso y desigualdad en la atención de los servicios (60).

En las circunstancias materiales el alto flujo migratorio ya sea por problemas políticos y económicos en el país de origen o en búsqueda de mejor acceso a los servicios públicos, acarrea nuevas enfermedades, las cuales muchas veces traen un pobre control médico o epidemiológico.

Además, acá la estructura familiar es un influyente, ya que actualmente en los hogares, por las deficiencias económicas lleva a la convivencia de varias familias en un mismo hogar, aumentando la exposición y contagio de enfermedades respiratorias por el hacinamiento y el descuido de la higiene domiciliar.

En los servicios de salud se denotaron tres aspectos importantes que pueden estar influyendo de forma directa con la morbilidad de las enfermedades respiratorias en este grupo de edad.

El síndrome del quemado en el personal médico, por una estructura del sistema de salud por desmotivación hay importante fuga del personal institucional, esto por recargo laboral, generando sobrecarga en el personal de salud; y un sistema que no permite una adecuada atención médica, lo que genera frustración en el personal (61).

La pérdida en el control de niño sano, debido a la falta de educación de la medicina preventiva en los padres de familia; la deficiencia en el recurso humano y económico por falta de planificación sobre el crecimiento poblacional del cantón, generando por ende la sobrecarga laboral y la plétora en los servicios de salud.

Por último, en esta dimensión se toma en cuenta las deficiencias en el diagnóstico de enfermedades crónicas respiratorias en este grupo de edad, ya sea por falta en la formación médica, así como la aparición de nuevas condiciones, como por ejemplo, el síndrome post - COVID, ambas asociadas a la limitante en el tiempo efectivo de atención médica, por lo que mecanizan la consulta y se saturan los servicios de salud.

En la dimensión del comportamiento se consideran tres factores de riesgo físico-socioambientales en la recurrencia de las infecciones respiratorias, como lo son: el tabaquismo en algunos de los padres, ya sea por hábito familiar, adicción o mala educación provocando que los menores de edad sean fumadores pasivos; la malnutrición con la ausencia de lactancia materna, el acceso a alimentos ultra procesados y la falta de supervisión adulta para la elección de los alimentos llevan a los niños y niñas a un sistema inmunitario debilitado y a la exposición de sustancia químicas y preservantes con alta capacidad alergénica; y los malos hábitos de higiene y salud en el hogar, producen una falta de concientización de los hábitos preventivos como el uso de mascarilla, lavado de manos y aplicación del protocolo del estornudo y tos, además una mala influencia ante la vacunación de enfermedades inmunoprevenibles y el sedentarismo por el uso de dispositivos electrónicos y el poco acceso a lugares recreativos por la falta de ellos o por la inseguridad en el cantón (62).

Aun así, existen una gran cantidad de factores de riesgo asociados a esta recurrencia como lo son el hacinamiento, asistencia a círculos infantiles y la baja escolaridad de los padres, puntos mencionados en las dimensiones anteriores (62).

Para la dimensión biológica, se identifican como causas raíz la aparición de nuevos virus, por manipulación genética de estos microorganismos experimentales, con exposición a animales y humanos de forma incidental o accidental.

En los últimos años, los especialistas en pediatría han observado un aumento en la agresividad de los virus respiratorios, lo cual puede deberse a una mutación en ellos, como un mecanismo natural de adaptación de los virus por sobrevivir cambios ambientales o por exposición a tratamientos nuevos, esto asociado a una inmadurez del sistema inmunológico por diferentes factores de riesgo ya mencionados, asociado a una deuda inmunológica por el impasse del aislamiento por pandemia.

El grupo de expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de las infecciones respiratorias agudas superiores en el grupo de edad de menores de 1 año a 9 años:

- 1) Malnutrición
- 2) Fumado en los padres
- 3) Malos hábitos de higiene y salud
- 4) Pobreza

Figura 65. Identificación de factores de protección y líneas de acción de las infecciones respiratorias agudas superiores en menores de 1 a 9 años

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Malnutrición	Educación en nutrición para niños	Contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno-infantil	CEN-CINAI	CCSS, MINSA, MEP, Municipalidad
			Crear programas de educación nutricional en niños para padres, con el fin de incentivar a la alimentación balanceada desde las edades tempranas.		
Comportamiento	Fumado en los padres	Disminuir o eliminar el consumo del fumado	Concientizar a la población adulta sobre las consecuencias y el alcance del fumado, en el fumador pasivo.	IAFA	CCSS MINSA UCR Universidades privadas
			Fortalecer los programas de no fumado para abarcar el mayor número de población fumadora		
			Realizar estudios recientes sobre la población fumadora activa, para trabajar sobre evidencia actualizada		
Comportamiento	Malos hábitos de higiene y salud	Educación en adecuados hábitos de higiene y prevención en salud	Realizar educación continua sobre los adecuados hábitos de higiene, con la aplicación correcta del protocolo de tos y estornudo, lavado de manos.	MEP	CCSS, MINSA, Municipalidad, Cámara de Comercio Ramonense
			Mejorar las metodologías y comunicación con los padres, ante el ausentismo de sus hijos por enfermedad.		
			Fortalecer por medio de redes sociales, líderes comunales e influencers del cantón la importancia de la aplicación correcta del protocolo de tos y estornudo, lavado de manos		
Socioeconómica	Pobreza	Acceso a recursos y servicios	Fortalecimiento de grupos comunitarios para el emprendimiento cooperativo	DINADECO, Cámara de Comercio Ramonense	INFOCOOP, Asociaciones de Desarrollo, Municipalidad, INA, IMAS, INDER

Fuente: Vigilancia de la Salud y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón en el grupo de edad de 20 a 64 años

Según datos preliminares de la Dirección de Vigilancia de la Salud, los fallecimientos por infarto agudo de miocardio aumentaron en un 11,0% durante el año 2022, contabilizando un total de 2 144 casos ese año y 1.928 en el 2021.

Del total de fallecimientos durante el 2022, 869 corresponden a mujeres (40, 0%) y 1 275 a hombres. (60,0%). Asimismo, el grupo etario más afectado son las personas mayores de 75 años, las cuales registran 1 178 defunciones del total reportado en el 2022.

El infarto agudo de miocardio (IAM) es un tipo de cardiopatía isquémica (CI) es decir, una enfermedad provocada por el deterioro y la obstrucción de las arterias del corazón. Los infartos suelen producirse en personas con factores de riesgo, tales como edad avanzada, altos índices de colesterol (LDL), tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial.

Entre los síntomas más comunes podemos destacar, dolor muy fuerte y opresión en el pecho, que puede aparecer de forma brusca o durante el ejercicio. De igual modo, puede presentarse dolor en la mandíbula, cuello, espalda, brazo izquierdo, zona abdominal, mareo intenso, sudor, cansancio, latidos anormales del corazón, dificultad para respirar, náuseas, vómitos, entre otros.

Por lo que este tipo de patología se considera uno de los problemas de mortalidad predominante en el país y de suma importancia de analizar en este trabajo denominado ASIS del cantón San Ramón.

Factores sociopolíticos

La falta de difusión de programas ya establecidos por diferentes políticas de salud, que se genera debido a los cambios de ideologías gubernamentales, ya que algunos no permiten darles continuidad a esos programas, quedando en desventaja la población para informarse sobre medidas de salud para prevenir la enfermedad isquémica crónica del corazón.

Además, se presenta una inadecuada utilización de recurso profesional en la atención primaria por estas mismas políticas de salud, ya que se toma personal de salud para realizar tramitologías más administrativas que médicas.

Otra causa desde el punto de vista sociopolítico que afecta es la falta de integración de los diferentes entes que integran la salud pública; las diferentes instituciones responsables, entre ellas CCSS, IAFA, INS, Red de Cuido, entre otras, se han ido enfocando con el fin de atender más la enfermedad y no el cómo prevenirla para evitar que se desarrolle en la población de nuestro cantón y del país en general.

Comportamiento

Estrés: debido al ritmo de vida acelerado de las personas por las diferentes situaciones familiares (cuido de niños, cuidado de adultos mayores y/o cuidado de familiares con algún padecimiento) junto con las cargas laborales, se ven sometidas a altos grados de estrés, generando alteraciones en su sistema cardiaco que en algunos casos los perciben y se detecta alguna enfermedad, y en otros casos peor no detectan su problema de salud lo cual puede llevar a consecuencias lamentables y tristes (63).

Esto se da también por una falta de inteligencia emocional que no les permite a las personas saber manejar situaciones de estrés ni controlar emociones ocasionándoles alteraciones bioquímicas que pueden desencadenarse y sufrir la enfermedad isquémica cardiaca.

También se determina otra causa que contribuye a la aparición de la enfermedad cardiaca isquémica del corazón como es el aumento de exigencias laborales, entiéndase las personas que se ven sometidas a tener que ampliar sus currículos de vida con estudios, especializaciones, más idiomas para poder competir y obtener un trabajo, ya que las empresas lo solicitan. Ejemplo de esto se ha visto en las ferias de empleo, donde les dan los requisitos para concursar para un puesto de trabajo que en algunas empresas les piden un tercer idioma para poder concursar.

Sedentarismo: nuevamente se suma esta causa como productora de la enfermedad y debido a la falta de tiempo por el exceso de trabajo u obligaciones se deja la actividad física de lado, así como también la desinformación de la población sobre la importancia del ejercicio a toda edad y no solo por mantener una silueta bonita o que el ejercicio es para los jóvenes y que también por desconocer las diferentes opciones de ejercicio que existen, técnicas o juegos, las personas consideran que sólo con dinero se puede hacer ejercicio.

Aunado a este tema o causa está también la falta de disciplina de realizar rutinas, programas o esquemas de ejercicio, en la población no hay una constante en cuanto a practicar el ejercicio. “Esto se traduce en un riesgo importante para la salud: es la causa del 6,0% de los fallecimientos del planeta -3,2 millones de personas mueren cada año por no practicar actividades físicas-. De hecho, según la agencia de Naciones Unidas, las personas sedentarias tienen entre un 20,0 y un 30,0% más de probabilidades de morir en edad temprana que las no sedentarias” (64)

Mala alimentación: la información sobre buena alimentación no está siendo dirigida a la población en general en el cantón, debido a la incidencia de esta enfermedad que se está exponiendo en este documento, la población está desconociendo sobre los grupos de alimentos adecuados y saludables, sobre qué debe contener un plato balanceado, tanto de porciones como de periodicidad, qué se pueden comer en los diferentes grupos de alimentos, lo que lleva a una mala nutrición de las personas y a la aparición de enfermedades de tipo cardiovasculares en personas jóvenes, ocasionando daño a órganos e inclusive llevando al fallecimiento (65).

Además, en cuanto a la atención en los servicios de salud, no existe una consulta nutricional a nivel de la institución CCSS para todos los pacientes, no a todos les corresponde una referencia para que lo atienda la persona especialista en nutrición, se da esa atención a ciertos grupos que se les está tratando por una o varias patologías ya instaladas en sus vidas y no hay un grupo de personas sanas que reciban una atención en los servicios de salud meramente de promoción y prevención de la enfermedad cardiovascular.

Por otro lado, se habla de planes alimenticios tropicalizados, planes alimenticios ajustados a las personas de acuerdo con los alimentos que se tienen en cada país, ya que esto no le permite a la población realizar adecuados planes de alimentación. Las personas recurren al exceso en el uso de alimentos procesados por ser más rápido y práctico de preparar y consumir, según lo expuesto por los expertos reportan esta situación en la población ramonense. Esto por cuanto no se tienen datos exactos de los verdaderos hábitos alimentarios de la población, ya que la última encuesta nacional de nutrición fue realizada en 2008-2009 (66).

Además, se suma el estilo de vida acelerado en la actualidad debido a horarios de trabajos extensos, movilización o traslados largos hacia sus hogares por el alto tránsito en carreteras, lo cual no les permite tener mejores hábitos alimentarios, esto les dificulta recurrir a alimentos saludables y variados. También influyen las diferentes condiciones económicas de las personas pues puede que no estén al alcance de sus manos el poder adquirirlos y/o el costo también puede ser alto para sus bolsillos.

Figura 66. Identificación de factores de protección y líneas de acción de la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón en el grupo de edad de 20 a 64 años

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítica	Falta de difusión de programas ya establecidos por diferentes políticas de salud	Fortalecer los programas de salud independientemente de cambios en las políticas en salud.	Brindar una mejor y amplia difusión de los programas en salud en todo el territorio del cantón Promover campañas de salud entre los distritos por ejemplo "Domingos en movimiento".	CCSS	Asociaciones de Desarrollo, MEP, CILOVIS, Juntas de Salud, ONG
Sociopolítica	Falta de integración de los diferentes entes que integran la salud pública	Participación de diferentes entes en pro de la salud pública	Hacer una articulación entre los servicios de especialidades para integrar la atención médica en la población.	CCSS	HCLVV, Área de Salud de San Ramón
Comportamiento	Estrés	Incentivar la inteligencia emocional a nivel de ambientes laborales	Brindar espacios en salud mental en todo tipo de ambientes laborales	Secretaría técnica Salud Mental	MINSA, MTSS
Comportamiento	Sedentarismo	Motivar a la realización de actividad física	Realizar eventos comunales y/o distritales mensuales de actividades físicas a la población	ICODER	CCSS MS ONG'S GIMNASIOS ONG (FUNCAVIDA)
Comportamiento	Mala alimentación	Brindar a la población adulta joven y adulta información adecuada sobre la buena alimentación	Realizar periódicamente campañas de estilos de vida saludable a la población en los servicios de salud, salones comunales, parques o plazas de distrito	CCSS Colegio profesional de Nutrición	CCSS Medios de comunicación (Televisión, Radio y Redes Sociales)

Fuente: Regulación de Servicios de Salud y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón en el grupo de edad mayores 65 años

Comportamiento:

Estrés: en este grupo etario, el cual es más afectado por la enfermedad y es en la que se dan la mayoría de los fallecimientos, el mal manejo de las emociones es causante de esta patología contribuye a generarla y ese mal manejo de las emociones tiene que ver con situaciones personales, intrafamiliares y económicas que sufre este grupo de población.

Actualmente se está presentando un cambio en sus ritmos o estilos de vida según refieren las participantes de este ASIS, en donde se da cambio de roles en la estructura familiar como es que el adulto mayor debe encargarse del mantenimiento y cuidado del resto del grupo familiar debido a diversas situaciones que les suceden a los otros miembros familiares y acuden a esta persona para solventar muchas necesidades, desde socioeducativas hasta económicos.

Por lo que, algunas personas mayores no pueden tomar tiempo para recrearse, aprovechar espacios donde instituciones dan ejercicios o charlas para este grupo de edad. No se logran orientar en cuanto a mejor calidad de vida, autocuidado, estilos de vida saludable y si ya han adquirido enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemias y otras, sumará para desarrollar la enfermedad isquémica crónica del corazón.

Sedentarismo: la población adulta mayor al no haber recibido desde temprana edad información ni educación de la importancia de la actividad física y sus beneficios, no llega a lograr incorporarla o realizarla en la vejez, le es más difícil.

Existen actualmente grupos o instituciones como la UCR, preparadores físicos de manera privada dedicados a dar ejercicios, caminatas, cursos de baile, grupos en promoción de la salud, como es el programa de la CCSS, actividades que realizan los centros de cuidado del adulto mayor que existen en el cantón, dos establecimientos de larga estancia y uno con un estilo diurno, donde llevan profesionales en terapia física y salud ocupacional para el adulto mayor. Generalmente en el mes del adulto mayor, que se celebra todos los años en octubre, hay opciones para ellos. Se debería informar más a la población sobre este tipo de actividades y a nivel de servicios de salud extender la atención con ese enfoque.

Mala alimentación: en cuanto a esta causa, si la población geriátrica desconoce de adecuados hábitos alimentarios van a tener por ende descuido de su estado nutricional, llevándolos a exceso en los niveles de colesterol, sodio por alto consumo de sal, altos

niveles de glucosa, todos en sangre, ocasionándoles llegar a padecer la enfermedad que estamos en análisis en este documento, tanto si es población de altos como de bajos recursos económicos.

A esta causa le adicionamos también que la persona tenga una salud bucal afectada, por lo que va a ser una situación muy agravante en su salud en general, ya que las personas al no tener su dentición completa y/o con las pocas piezas dentales que mantenga le va a generar mala alimentación, llegará a tolerar y poder consumir ciertos tipos de alimentos que alterarán o no podrá mantener un adecuado estado nutricional de salud. Así como en esta edad pueden tener cambios en el gusto y el olfato y a las personas les puede generar o creer que los alimentos cambian de sabor, también se da que los medicamentos que esta población utiliza afectan la sensación de sabor de los alimentos, que incluso les hace que el apetito se vea afectado y van perdiendo el interés por alimentarse (67).

Otro detonante de una mala alimentación son sus cambios en el organismo, no sólo a nivel bucal si no a nivel gastrointestinal, ya que su sistema digestivo cambia y no tolera ciertos componentes de los alimentos, lo que contribuye a que no se pueda nutrir adecuadamente ya sea porque el tejido intestinal no absorbe bien las sustancias y al sufrir esta situación disminuyen o hasta dejan de consumir alimentos.

En cuanto a la familia o cuidadores que viven con el adulto mayor, también juegan un papel muy importante en cuanto a conocimiento sobre la buena alimentación de este grupo de edad para darle la atención debida en este tema.

Servicio de Salud:

Recurso humano insuficiente: el faltante de personal de salud capacitado y profesional en las instituciones gubernamentales para la atención a esta población es de suma importancia para poder dar ese abordaje integral, para poder ofrecerles mejor calidad de vida tanto a ellos como a sus familiares, cuidadores y allegados, ya que todo va en una misma línea de beneficios.

En este trabajo sumó de manera importante como una causa raíz que lleva a esta patología, así como se hace la observación que también hay profesionales en geriatría y de diversas subespecialidades en geriatría concentrados en la gran área metropolitana, quedándose el resto de las zonas del país con faltante para esa atención, por lo que eso hace que se

alarguen las citas de atención a las personas. Lo que lleva a pensar y proponer que se deben gestionar mejores planes en cuanto a la cobertura en los servicios de salud del país.

La falta de promoción en salud: como última causa raíz analizada de esta patología en este ASIS y no de menos importancia, ha afectado en la salud de los adultos mayores en nuestro cantón debido a que es muy reciente el tema o la especialidad a nivel del país, en donde se están iniciando nuevas carreras para preparar profesionales en este campo, no se cuenta con muchos profesionales en promoción de la salud en la CCSS ni en otras instituciones del sector salud que pueden aportar actividades a desarrollarse en diferentes comunidades del cantón, por lo que la cobertura para la atención de la población es limitada; por lo tanto, la población desconoce muchos beneficios que se obtendrían de ser atendidos por un profesional en este campo o de los programas que ofrece esta área de la salud a una población.

Para ir cerrando sobre el tema, se ha dado un fenómeno por largos años de atender la enfermedad en diferentes instituciones del sector salud, lo que ha llevado a generar y dar recursos tanto humanos como económicos para esto, y se llega a determinar en este trabajo que se debe dar una priorización de brindar promoción de la salud a esta población y en general para llegar a reducir listas de espera, evitar saturar los diferentes servicios de salud, mejorar la calidad de vida de las personas, se pueda generarle al cantón mejores inversiones en salud y a la vez lo que va a llegar a obtenerse una mejor salud mental a nuestros mismos trabajadores de la salud, brindando así una atención asertiva para la población ramonense.

Figura 67. Identificación de factores de protección y líneas de acción de la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón en el grupo de edad mayores 65 años

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Estrés	Aplicar la inteligencia emocional en el ámbito personal y familiar	Brindar espacios en salud mental específicos para este grupo etario	CCSS	UCR, CCSS Juntas de Salud
Comportamiento	Sedentarismo	Motivar a la realización de actividad física	Realizar eventos comunales y/o distritales mensuales de actividades físicas a la población	ICODER	CCSS, MINSA, Secretaría Técnica en Salud Mental, Gimnasios, AGECO
Comportamiento	Mala alimentación	Brindar a la población adulta mayor más información sobre buena alimentación	Realizar periódicamente campañas de salud con estilos de vida saludable para adultos mayores específicamente	CCSS, Colegio profesional de nutricionistas	CCSS AGECO
Servicios de Salud	Recurso humano insuficiente	Dotar de personal los servicios de salud	Contratar más personal especialista en geriatría	Gobierno CCSS	CCSS
			Descentralizar especialistas de geriatría hacia niveles regionales		
Servicios de Salud	La falta de promoción en salud	Enfocarse en hacer más promoción de salud a la población	Contratar más personal especializado en promoción de la salud.	Gobierno CCSS	CCSS Juntas de Salud Cuidadores
		Educar a cuidadores del adulto mayor tomando en cuenta la rotación de familiares para el cuidado (informarlos a todos)			

Fuente: Regulación de Servicios de Salud y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Análisis de Situación Integral de Salud Mental

Introducción

Este documento es un anexo solicitado por la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud, el cual debe ir junto con el Análisis de la Situación Integral de la Salud del cantón.

Para la producción de este documento se consultaron diversas fuentes de información: bases de datos institucionales (Ministerio de Salud, INEC, CCSS, MINAE, Municipalidad, entre otros), e informes oficiales. Es importante aclarar que los periodos de consulta varían en cada institución debido a que la mayoría realizan las estadísticas de forma diferente.

Igual que en años anteriores se realiza consulta a los actores sociales para la definición de las prioridades de salud mental en el cantón, tanto de los factores favorecedores como los factores de riesgo.

Dicho documento presenta estadísticas, análisis, cuadros con líneas de acción que, en consulta con los actores sociales, se considera trascendentales ejecutar para atender los problemas identificados en salud mental.

Marco conceptual

El concepto de Salud Mental que se utiliza para este documento es el que se define en la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021; el mismo se aborda como el proceso de bienestar y de 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.

Es por ello, por lo que la definición de Salud Mental al igual que el de salud, parte de que esta tiene diversos determinantes como son: biológicos, económicos, de conciencia y conducta y los de oferta de servicios; los que a continuación se detallan:

Determinantes de la Salud Mental

Determinantes biológicos

Son todos aquellos elementos de la salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, estructura poblacional (envejecimiento) y otros. Se destacan los aspectos de biología humana en lo referente a la herencia genética que no suele ser modificable (con la tecnología médica disponible); también está relacionado con los procesos de envejecimiento y otros elementos orgánicos. Entre los puntos que se destacan están los aspectos patogénicos más conocidos, ligados con la herencia, como los trastornos bipolares, la esquizofrenia, los trastornos del desarrollo y los procesos demenciales tipo de Alzheimer, seniles y vasculares como los más representativos. También los trastornos metabólicos que, si no son diagnosticados tempranamente, generarían trastornos neuropsiquiátricos de difícil manejo biopsicosocial. La investigación está dirigida a la búsqueda de las causas, así como en la identificación de los aspectos salutogénicos.

Factores sociales, económicos y culturales

Son aquellos aspectos sociales y económicos en los que se desenvuelven la persona y los grupos sociales, que tienen efecto positivo o negativo, sobre su Salud Mental. Incluye entre otros, los estilos de vida, las decisiones individuales, los hábitos alimentarios, el uso de medicamentos y drogas ilícitas, los niveles socialmente tolerados de castigo físico, los tipos de familia, las prácticas religiosas, las vivencias y prácticas de la sexualidad, la formas de recreación, la organización social y la existencia de redes de apoyo, el ingreso económico y equidad en su distribución, nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, políticas públicas y organización de las instituciones gubernamentales. Así como la cultura imperante relacionada con la Salud Mental con las diferentes prácticas, conocimientos y actitudes que tienen las personas y grupos sociales con la cuestión del proceso de salud enfermedad-muerte en Salud Mental, los ingresos económicos, nivel educativo, aspectos culturales, sedentarismo, alimentación saludable, actividad física, estrés, emociones, aspectos espirituales, conducción temeraria, violencia y discriminación en todas sus manifestaciones.

Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.

Determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud

Son aspectos relacionados con el acceso, equidad, cobertura de atención de la Salud Mental. Tiene que ver con la cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con las personas usuarias de los servicios de salud mental, así como con la disponibilidad de recursos materiales, insumos médicos, medicamentos y organización de los servicios.

Este determinante es el que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población. Está relacionado con asignación y distribución inequitativa de los recursos, sucesos adversos, productos para la asistencia sanitaria, listas de espera, burocratización, modelos y organización de la atención, insumos médicos, entre otros.

Determinantes ambientales

Se entiende por ambiente humano el espacio donde vive una persona o grupo humano; incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia, como son: la seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, la interrelación con otras especies, las condiciones de saneamiento básico, la posibilidad de contacto con plaguicidas, urbanización, las zonas verdes para el esparcimiento, la recreación y el deporte y la geobiología, entre otros.

Principales problemas de salud mental identificados

La salud mental es definida por la OMS como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (68).

Es así como para el año 2001, esta organización plantea nuevas políticas internacionales para el abordaje de la salud mental, entre las que propone la transformación del sistema manicomial hacia la atención de los padecimientos mentales en comunidad. Desde este marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental en las comunidades, con un abordaje integral basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario (69).

Este planteamiento obliga al reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con trastornos mentales a nivel de barrios, caseríos y comunidades. Sin embargo, en estos lugares no se cuenta con las estrategias para brindar el apoyo que estas personas requieren.

En el caso de Costa Rica en el año 1991 mediante Decreto N° 20665-S, se reconoce la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica. En el 2013, el país se incorpora al Observatorio Centroamericano de la Conducta Suicida y para el 2018, mediante Decreto 41383, se emite el Reglamento de organización y funcionamiento de la Secretaría Técnica Salud Mental.

Con estos antecedentes en el 2011 se presenta la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, la cual establece los principios, enfoques y lineamientos para la elaboración de los planes, programas y proyección en salud mental. Esta política establece cuatro determinantes: biológico, ambientales, socio económico y cultural y de sistemas y servicios de salud.

Con la construcción de esta política, se considera el concepto de Salud Mental propio del país, lo que sirve de base para plantear un modelo de promoción y atención integral de la Salud Mental centrado en la comunidad, avanzando hacia términos relacionados con estilos

de vida, actividades y otras acciones que promueven el bienestar de los individuos, la comunidad y la sociedad.

Sin embargo, al hacer referencia a la salud mental inmediatamente se apela a enfermedades, trastornos y otros desórdenes de la psiquis del individuo tales como: Trastorno Afectivo Bipolar, Esquizofrenia, Intento de suicidio y Depresión.

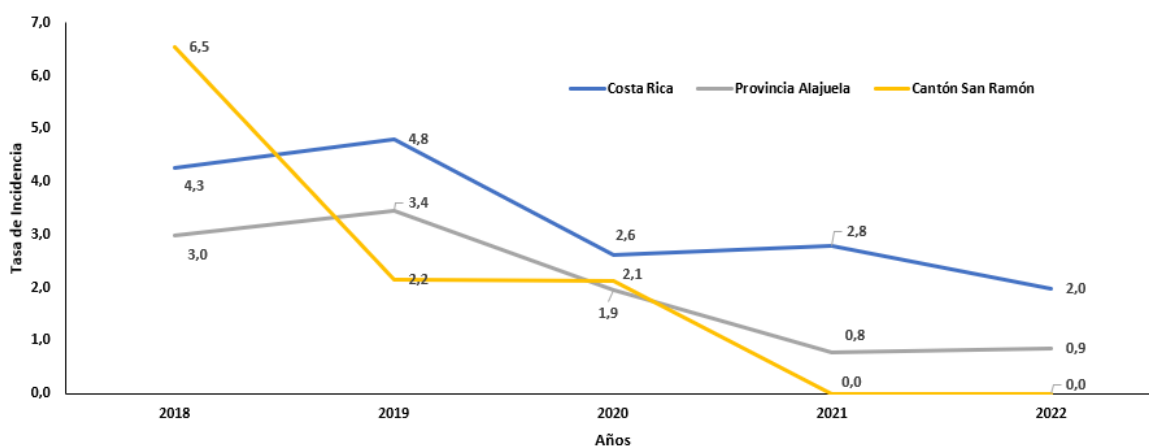
Indicadores de Salud Mental

A continuación, se presentan los indicadores que reflejan estados de enfermedad mental y que frecuentemente se apelan a ellos cuando se refiere a salud mental; estos son:

El Trastorno Afectivo Bipolar

Es una enfermedad que se considera como una afección mental en la cual una persona tiene cambios marcados o extremos en el estado de ánimo. Los períodos de sentirse triste y deprimido pueden alternar con períodos de excitación y actividad intensa o de sentirse malhumorado e irritable (70).

Figura 68. Comparación de la Tasa de Trastorno Afectivo Bipolar, Costa Rica, Alajuela y San Ramón, del 2018 – 2022



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud 2023.

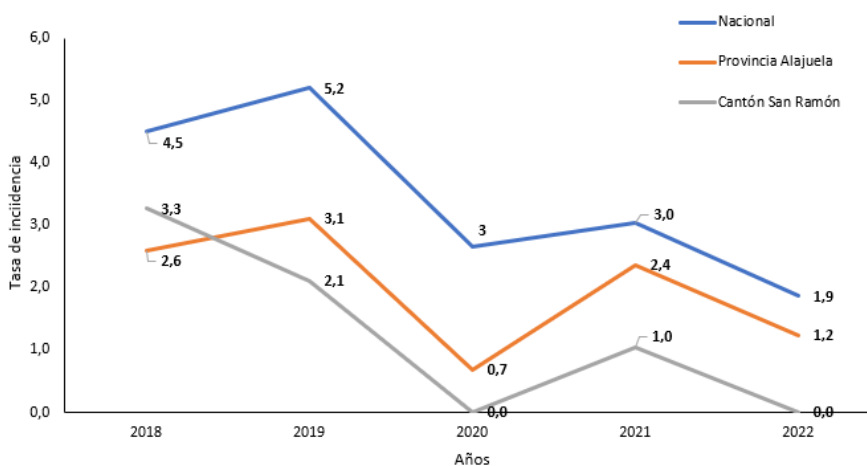
En la figura 68 se observa la comparación del reporte quinquenal de este trastorno tanto en el país como en la provincia y el cantón; en el mismo se denota que durante el periodo de la pre-Pandemia por COVID-19 se tenía una tasa de 6,5 para luego ir en decreciendo, lo que se puede atribuir a que para este periodo la atención médica disminuyó por las siguientes razones: exigencias de los protocolos de seguridad contra el COVID, mayor énfasis a pacientes con infecciones respiratorias, pensión de un psiquiatra de consulta externa y renuncia del otro psiquiatra de consulta externa; por lo que hubo un periodo sin atención directa de psiquiatría.

Esquizofrenia

Esta es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustiante para ellas, sus familiares y amigos (71).

De la siguiente figura se deduce que, durante el quinquenio en estudio, el año con mayor repunte, en los tres niveles de intervención fue el 2019 que coincide al previo a la pandemia por COVID-19. Para el 2020, en los tres niveles se observa un descenso, el que puede estar asociado a la prioridad de la notificación por COVID-19.

Figura 69. Comparación de tasa de incidencia de esquizofrenia. Costa Rica, Alajuela y San Ramón, del 2018 al 2022

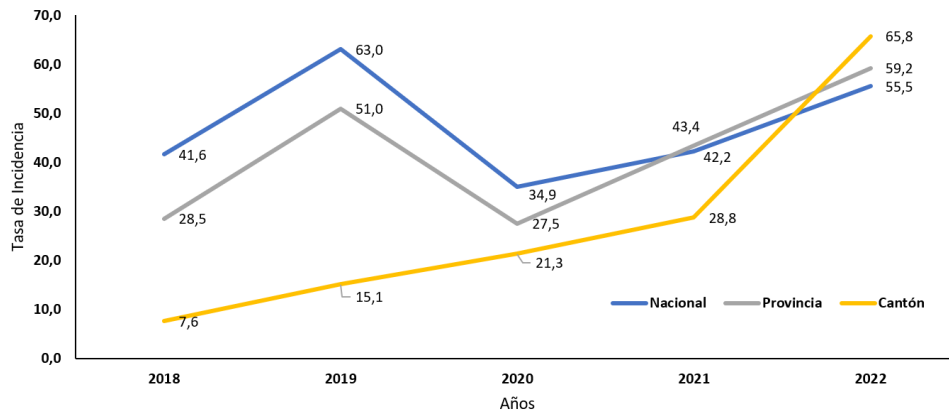


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud 2023.

Intento de Suicidio

Este es el acto destinado a terminar con la propia vida, pero en el que el sujeto sobrevive, por la razón que sea (72). A continuación, se presenta la tasa de intentos suicidas a nivel del país, provincia y cantón durante el período 2018 – 2022.

Figura 70. Comparación de la tasa de incidencia del intento de suicidio, Costa Rica, Alajuela y San Ramón. 2018 - 2022



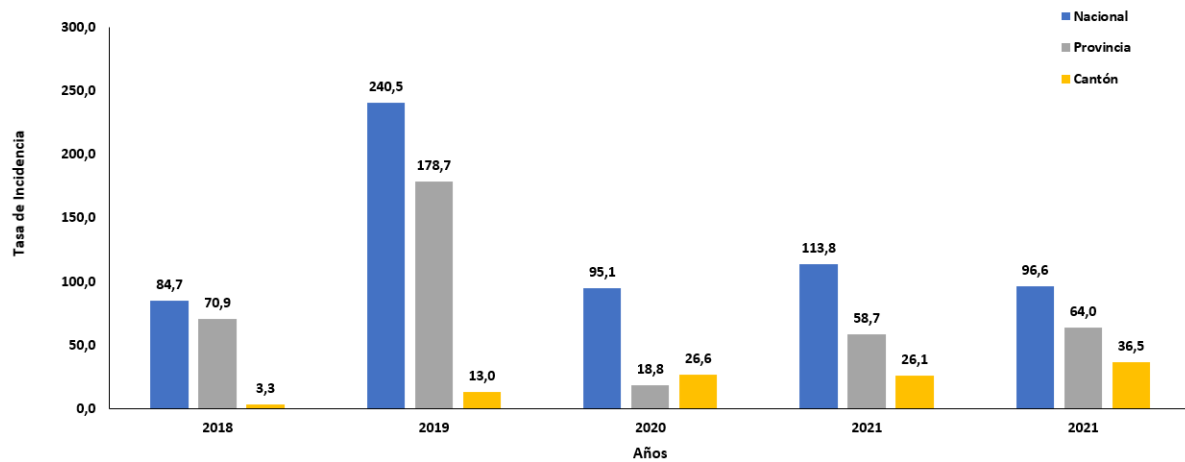
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud 2023.

En el año 2022 a nivel nacional se reporta un total de 2 896 intentos de suicidio, en la provincia Alajuela 625 y en el cantón 63 reportes (73). Con respecto al incremento de reportes del 2022, se atribuye a dos acontecimientos: la creación del Decreto Ejecutivo 40881-S Normativa Nacional para la articulación interinstitucional en el abordaje integral del comportamiento suicida, el que obliga a las instituciones del Estado costarricense a abordar y notificar este tipo de eventos; y por otro lado, la sensibilización de los actores sociales sobre la obligatoriedad que tienen de reportar este tipo de eventos.

Depresión

Enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (73).

Figura 71. Comparación de la tasa de incidencia por depresión, Costa Rica, Alajuela, San Ramón, del 2018 al 2022



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud 2023.

De la figura 71 se deduce que durante el quinquenio que se ha venido analizando, al igual que en los gráficos anteriores, es en el 2019 donde se da un mayor repunte de notificaciones, que para este caso es incidencia por depresión.

Organización de servicios de salud mental

Oferta de servicios de salud mental a nivel público

En San Ramón la oferta de servicios de salud mental a nivel público cuenta con dos psiquiatras en la consulta externa, una psicóloga a nivel del primer nivel y un equipo interdisciplinario en el segundo nivel de atención; éste último se ubica en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega y está conformado por: una trabajadora social, una psicóloga, un médico de familia y según se requiera participa el psiquiatra de consulta externa. En el nivel privado existe un consultorio de psiquiatría privado y 20 psicólogas que ejercen la profesión en consultorios particulares.

Oferta de servicios de salud mental a nivel privado

Se cuenta con la asociación MUSADE, que es una organización de mujeres de base comunitaria, feminista, sin fines de lucro, fundada en 1986, en defensa y tutela de los derechos de las mujeres. Esta asociación brinda un abordaje en trabajo social, psicología, ocupacional y en derecho, principalmente a mujeres víctimas de todo tipo de violencia. El objetivo es promover el bienestar y la igualdad de género para el empoderamiento de las mujeres. La misión es fortalecer la autoestima y la confianza de cada mujer, recordándoles constantemente su inmenso valor y poder. A través de programas y recursos diseñados específicamente para este propósito, se busca inspirar a las mujeres a creer en sí mismas plenamente, eliminando cualquier duda sobre su valía.

MUSADE tiene tres proyectos: Superando Barreras en este proyecto participan adolescentes hijos(as) de las mujeres que asisten a los grupos de apoyo, de las personas que se atienden individualmente, también participan jóvenes referidos de diferentes instituciones como el PANI, Tribunales de Justicia, el Área de Salud de la CCSS, escuelas y colegios. El objetivo es estimular el liderazgo joven a través de procesos de capacitación e integración para hacer una lectura de la realidad local y ejercer ciudadanía activa, al mismo tiempo se implementan distintas actividades artísticas para complementar su proceso de formación de una manera integral. La metodología utilizada para las capacitaciones se apoya en la formación integral de los jóvenes, combinando talleres con temáticas como autoestima, sexualidad y drogas con distintas disciplinas artísticas.

La REMOC surge como una alternativa socio-productiva femenina para mujeres en contexto de pobreza y de violencia, es un programa en el que las mujeres encuentran apoyo para sus necesidades económicas y sociales a través de la participación directa y solidaria. Este proyecto reúne un grupo de mujeres con conocimientos en manualidades y elaboración de artesanías. Ellas tienen un espacio físico en las instalaciones de la organización, donde llevan los productos que elaboran y son puestos a la venta para ayudarse en sus necesidades de sobrevivencia económica.

Encuentros de Mujeres: son actividades que permiten que las mujeres se desliguen, aunque sea por unas horas, de las responsabilidades familiares. La participación en estos encuentros no está restringida por grupo etario, étnicos ni preferencia sexual.

Las acciones que se ejecutan en MUSADE como propuestas al cambio son diversas y los encuentros de mujeres propician la generación de ideas e intercambio, compartiendo de manera libre y desde la perspectiva femenina experiencias personales, familiares y organizacionales.

Redes comunitarias

Dame Una Oportunidad (DUO)

Fundada en el año 2018, debido a que en esos años un número importante de personas consumaron suicidio, principalmente en la zona de occidente. Ante este escenario un grupo de profesionales en psicología decide reunirse para pensar en una alternativa que frenara o informara en la temática del suicidio. Es entonces que nace DUO, con lo cual se aclama a las personas que están pasando una situación difícil que permitan a sus familiares, amistades o cualquier persona con quien sientan seguridad escucharlos, guiarles y apoyarles. Actualmente se busca ampliar las personas comprometidas con la causa, buscando profesionales de otras carreras que se hagan partícipes en esta importante labor. La asociación trabaja de forma gratuita en la prevención del suicidio, siendo un apoyo para quienes han perdido el sentido de la vida. Las integrantes han encontrado en este trabajo una forma de apoyar y retribuir a la sociedad, al tiempo que trabajan sus propias vivencias en la temática, convirtiendo el dolor en acciones de prevención y amor.

Asociación Sonrisa

Esta organización tiene la misión de fomentar la vida a través de la educación y la concientización del suicidio desde un enfoque preventivo, así como el apoyo emocional

para las personas que atraviesan un duelo por esta causa. Con el objetivo de que las personas se sientan valoradas, comprendidas y apoyadas en momentos de crisis, y en la que la prevención del suicidio sea una prioridad en la comunidad. Tienen la visión de llegar a ser líderes en la promoción de la salud mental y el bienestar emocional, donde el suicidio sea prevenible y la posvención sea efectiva, trabajando en colaboración con organizaciones, profesionales de la salud y la comunidad en general.

Dentro de las metas planteadas está eliminar el estigma asociado con los problemas de salud mental y promover una sociedad compasiva y solidaria en la que cada individuo encuentre el apoyo necesario para superar sus dificultades emocionales, construir una red de esperanza donde cada persona tenga acceso a recursos adecuados y un entorno de apoyo en momentos de crisis.

Esta asociación realiza la tarea de intervención y apoyo mediante la disposición de recursos para el patrocinio o subvención de terapias psicológicas para personas de escasos recursos que estén luchando contra pensamientos suicidas o atravesando un duelo por suicidio, brindan sesiones de acompañamiento individuales o grupales para trabajar la obtención de herramientas emocionales, educación de intervención en crisis, elaboración del duelo por suicidio, entre otras. Mediante la posvención: brindando apoyo y recursos a los supervivientes de suicidio por medio del acompañamiento a través de las 15 tareas del duelo. Colaboración: Trabajar en colaboración con otras organizaciones y profesionales de la salud por medio de la creación de un directorio que permita brindar recursos a las personas en cualquier lugar del territorio nacional.

Instancia Local de Articulación para el abordaje integral del intento suicida (ILAIS)

En el nivel local funciona la ILAIS, integrada por representantes de las diferentes instituciones, organizaciones y grupos con competencias en la promoción de factores protectores y la prevención, atención y seguimiento del riesgo y los intentos suicidas.

Sistema de Atención Integral del desarrollo del niño y la niña (RISAD – SAIS)

La comisión RISAD – SAID, y RISA, son las redes locales, conformada por CCSS, MEP, PANI, CEN- CINAI y universidades del Estado y recientemente se anexó a las Redes de Cuido de la Municipalidad de San Ramón para la detección y referencia temprana de los problemas de aprendizaje en población en edad escolar.

Proyectos implementados en el último quinquenio con enfoque de promoción y prevención en salud mental

- Talleres de intervención en crisis por riesgo suicida a docentes del Colegio Técnico de Calle Zamora. San Ramón 2019. Avalado y financiado por la Secretaría Técnica de Salud Mental.
- Taller “Aprendiendo Salud Mental” Proyecto virtual dirigido por una enfermera especialista en salud mental del Hospital Nacional Psiquiátrico, quien desarrolló tres sesiones durante el mes de septiembre 2021.
- En diciembre del 2021 se ejecutó el II Taller: “Sensibilización sobre la Salud Mental comunitaria dirigida a vecinos de Barrio Belén, San Ramón, en coordinación con la Universidad de Costa Rica, sede de Occidente, ejecutado por tres estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad de Costa Rica- Sede de Occidente.
- En este 2023 se está elaborando un proyecto con la escuela de Diseño Gráfico de la Universidad de Costa Rica – Sede de Occidente, denominado: Diseño de una estrategia de comunicación sobre la Instancia Local de Articulación interinstitucional para el abordaje integral del evento suicida.

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

En cuanto el análisis por los actores sociales, estos solo señalaron un problema relacionado con la Salud Mental: la deficiencia en las Políticas Públicas de Salud Mental.

Deficiencia en la ejecución de las Políticas Públicas de Salud Mental

Previo al análisis de la deficiencia en las Políticas Públicas de la Salud Mental, es necesario definir qué son las Políticas Públicas; estas son un curso de acción propositivo establecido para responder a un problema o un conjunto de problemas de interés público que atañen a personas o colectivos de la sociedad. Son el reconocimiento de elementos que apoyan la transformación deseada en un tema importante que demanda la intervención del Estado, mediante la clarificación de objetivos y acciones.

En cuanto a la Política Pública de Salud Mental, se define como las asociaciones de acciones para el abordaje del proceso salud enfermedad, no solo desde la perspectiva de la atención del daño sino también desde la salud pública, con el objetivo de intervenir las condiciones de vida y aquellos factores psicosociales relacionados con la conducta humana. Estos factores también se denominan determinantes de la salud dentro de los cuales están: Comportamiento del individuo, Servicios de Salud, Circunstancias Materiales, Sociopolítico y socio económicas.

Para identificar las causas raíz que interfieren en el desarrollo de la Política Pública en Salud Mental, se ejecutó un taller con actores sociales; en éste se clasifican según determinantes los siguientes factores: comportamiento: en este se indicó que se tiene una percepción negativa de la Salud Mental con un predominio del enfoque biológico de la salud, también se señaló la carencia de espacios de prevención y educación en Salud Mental. Como segunda causa se denota la escasa participación social con una desesperanza generalizada y un débil sentido de pertenencia de los individuos a su grupo social y su comunidad y una escasa cohesión social, referida esta como la falta de responsabilidad social y una potencialización del individualismo.

En cuanto a circunstancias materiales, se marcó la dificultad del acceso a bienes y servicios, ello por las largas listas de espera, insuficiente infraestructura institucional y una inadecuada asignación de presupuesto. Un tercer factor anotado es el socioeconómico, que contempla la precarización de la población más vulnerable que, por sus bajos ingresos, se

ven expuestos a elevados niveles de inseguridad e indefensión ante la pobreza y la mala distribución del ingreso al que se enfrentan desde siempre.

En el apartado determinantes de servicios de salud se analiza que, pese a que en la Política Nacional de Salud Mental se establece que la prestación de los servicios debe ser con cobertura total, la disposición de recursos humanos y materiales para la ejecución de las acciones definidas en los objetivos y líneas de acción es insuficiente. Esta escasa provisión de recursos debilita la puesta en práctica de los planes, programas y proyectos establecidos en la misma. Si bien es cierto los lineamientos y ejes temáticos, directrices, acciones, responsables y plazos de ejecución están claramente establecidos, esto no garantiza que los actores sociales encargados de la ejecución de dicha política cuenten con los recursos para ejecutarlos.

Es en el primer y segundo nivel de atención donde más se evidencia esta escasez de recursos, de igual manera las condiciones con que cuentan las instituciones para desarrollar acciones de promoción, atención y prevención de la salud mental. En este sentido se ha identificado que, no solo a nivel del cantón sino a nivel país, hay un alto porcentaje de la población con dificultad para el acceso a los servicios de salud, principalmente por no contar con el beneficio del seguro social. Este estado de no aseguramiento no permite a las personas acceder a la atención de medicina general ni de especialistas y aún en aquellos casos que si cuentan con este beneficio, la mayoría de las veces deben someterse a largas listas de espera.

Otro desafío identificado es la falta de sostenibilidad en el financiamiento de los servicios públicos de salud, así como la poca relevancia en la participación intersectorial en la ejecución de la Política Pública en Salud Mental. Pese a que existen leyes, decretos y normas que obligan a las instituciones del Estado a tener representación en cada comisión, comité, instancia u organización, que se define para el abordaje de esta situación, no todas las instituciones tienen el compromiso, la disposición ni el interés de conformarlas y de asistir con la regularidad requerida. Una de las principales justificaciones o argumentaciones es la sobrecarga de labores y exigencias en los planes de trabajo institucionales. Se ha identificado que prevalece la cultura del trabajo individual, por lo que al profesional se le dificulta el trabajo en equipo o no es lo suficientemente fuerte que se requiere para abordar problemas comunes.

Figura 72. Identificación de factores de protección y líneas de acción de la deficiencia en la ejecución de las Políticas Públicas de Salud Mental

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Socioeconómicos	Precarización de las condiciones socioeconómicas de la población más vulnerable	Mejor condición socioeconómica de la población	Capacitación en inglés para la fuerza laboral	INA	MTSS Empresa privada
			Generación de fuentes de empleo	Gobierno local	ONG
Servicios de Salud	Insuficientes recursos materiales necesarios	Ampliar la inversión en recursos materiales en los servicios de salud	Evidenciar la carencia de los recursos materiales en los servicios de salud.	CCSS MINSA	Estado
Servicios de Salud	Insuficiente recurso humano	Aumentar el número recursos humanos en los servicios de salud	Justificar la necesidad de contar con más recurso humano en los servicios de salud	MINSA CCSS	Estado
Servicios de Salud	Pobre cobertura y utilización de los servicios	Ampliar cobertura y la utilización de los servicios en salud	Ampliar horarios de atención de especialista en psiquiatría. Contratación de especialistas mediante venta de servicios a la CCSS	CCSS	Cooperativas en salud

Fuente: Planificación estratégica y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Identificación de la población con mayor vulnerabilidad a las afecciones en salud mental

Según los datos del INEC analizados por el grupo de expertos del Área Rectora de Salud de San Ramón, la población más vulnerable en salud mental es la considerada en el grupo de 10 a 19. Es en este grupo de edad donde la tasa de mortalidad por suicidio alcanza mayor proporción: 14,29% durante el periodo 2015 – 2019.

Suicidio: principal causa de muerte en población de 10 a 19 años

Previo al análisis de esta situación se debe tener en cuenta que el concepto de suicidio esta mediado por la región, la religión, el honor y el sentido de la vida.

Tradicionalmente, las religiones judeocristianas lo consideraban un pecado, debido a su creencia en la santidad de la vida. En algunos países asiáticos, durante la era de los samuráis, el harakiri se respetaba como una manera de resarcir un fracaso o como una forma de protesta. También en algunas regiones de la India, aún se practica el Satí (inmolación de la viuda en la pira funeraria de su marido recién fallecido, ya fuera voluntariamente o por presión de la familia o la sociedad). Por el contrario, en los países occidentales, la actitud con respecto al evento suicida es de compasión a quien comete el hecho, así como con sus familiares.

El suicidio se define como un acto por el que una persona deliberadamente se quita la vida. Los estudios indican que esta conducta tiene una fuerte relación con factores asociados a la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo, abuso de sustancias psicoactivas y psicotrópicos (74). En la población señalada se encuentran situaciones de negligencia, abuso y maltrato parental, la pobre comunicación emocional y el abandono afectivo que impacta en la población menor de edad. Además, se señala la correspondencia de este comportamiento con diversos factores estresantes, como dificultades financieras o problemas en las relaciones interpersonales; se afirma que a menor nivel socioeconómico mayor riesgo de suicidio. Sin embargo, este factor no se define como determinante, puesto que existen víctimas de suicidio de todas las clases sociales.

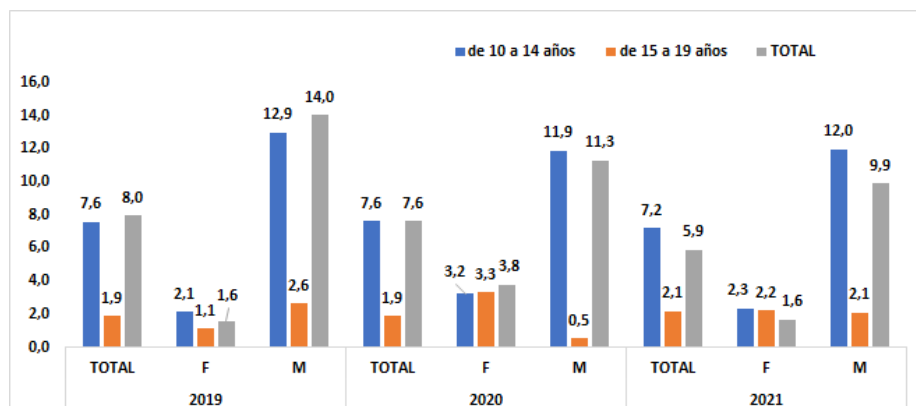
Para el 2021, la OPS y la OMS consideraron el evento del suicidio, como una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Según publicación de estas organizaciones, cada año más de 703 000 personas se quitan la vida a nivel mundial, lo que corresponde a un suicidio cada 40 segundos (75).

Costa Rica no escapa a este fenómeno; es por ello que en el 2013 se incorporó al Observatorio Centroamericano de la Conducta Suicida y desde entonces se inician los análisis de las tendencias y comportamiento de los suicidios para definir estrategias regionales en salud pública destinadas a la disminución de este evento. El 22 de febrero del 2018 se publica el Alcance 38 a la Gaceta 34 el Decreto No. 40881-S Oficialización de la normativa nacional para la articulación interinstitucional del abordaje del comportamiento suicida, el que obliga a la creación en cada cantón del país de una de estas instancias a nivel local.

Según los datos reportados durante el período 2010 al 2013, en el país hubo un promedio de 318 suicidios por año, de los cuales el 85,8% fueron hombres. En relación con el lugar donde ocurre el hecho, en el 51,6% es en la vivienda; y como método utilizado se identificó que en el 58,8% corresponde a ahorcamiento; setiembre es el mes cuando más ocurren, con un 9,9% del total de suicidios en ambos sexos. En cuanto al día de ocurrencia, los estudios refieren que son los fines de semana, con un 47,4% y respecto a la distribución por regiones, sobresalen la Central Sur y Central Este con el 52,6% del total de casos. Los datos reportados por provincias de residencia son: San José y Cartago notifican el 55,7% de casos. Según registros los 10 cantones con mayor número de casos son: Cartago 50, Vásquez de Coronado 45, San Ramón 42, Goicoechea 36, Pococí 31, Paraíso 24, Oreamuno 24, Liberia 22, Pérez Zeledón 19 y Puriscal 17 diecisiete casos (76).

A nivel del cantón se cuenta con datos desde el 2010 hasta el 2021 y a continuación se presentan (77).

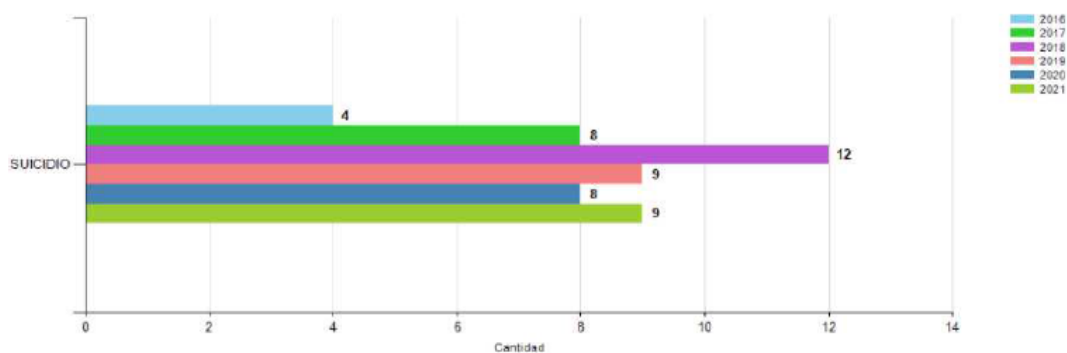
Figura 73. Tasa de mortalidad por suicidio, Costa Rica, Alajuela y San Ramón, del 2010 al 2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo 2021.

También se cuenta con datos específicos facilitados por la Delegación del OIJ.

Figura 74. Suicidios ocurridos en el cantón de San Ramón, del año 2016 al 2021



Fuente: Unidad de Análisis Criminal Organismo de Investigación Judicial Regional

Durante el periodo registrado por el OIJ, se contabilizaron un total de 50 casos por suicidios, lo que denota un aumento en la incidencia de estos casos en un 125,0% aproximadamente, entre los años 2016 al 2021.

Figura 75. Suicidios ocurridos en el cantón de San Ramón según distrito, del 2016 -2021

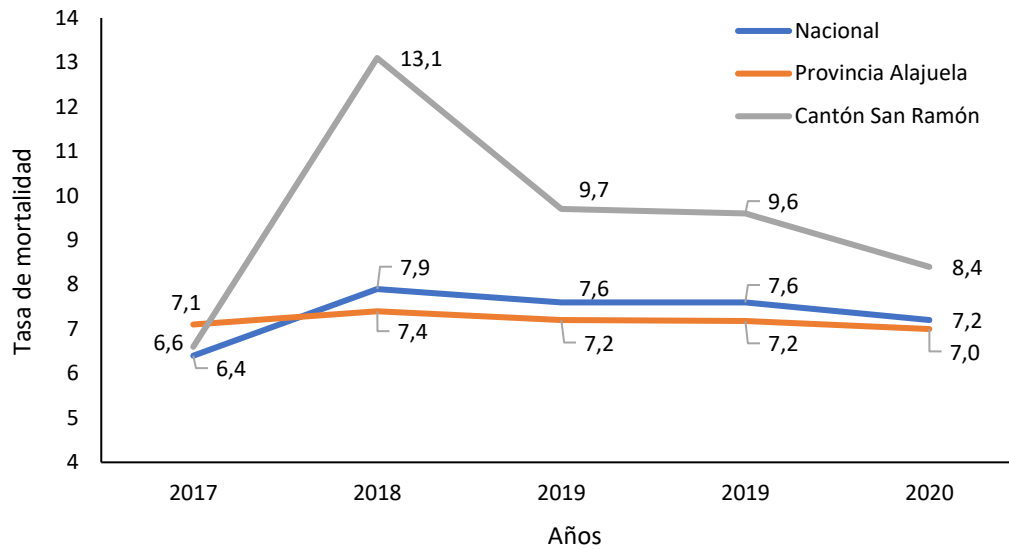
Distrito	Cantidad
SAN JUAN	9
SAN RAMON	7
SAN RAFAEL	6
PIEDADES SUR	5
ANGELES	5
PIEDADES NORTE	4
PENAS BLANCAS	4
SAN ISIDRO	3
ALFARO	3
SANTIAGO	2
VOLIO	1
SAN LORENZO	1
Total	50

Fuente: Unidad de Análisis Criminal Organismo de Investigación Judicial Regional.

Observando el cuadro anterior, se denota que los distritos con mayor incidencia por suicidio son San Juan, San Ramón centro y San Rafael los que representan el 44,0% de la incidencia de atenciones en el cantón.

En cuanto a la tasa comparativa entre el nivel nacional, provincial y cantonal se tiene que en el periodo comprendido entre el 2017 a 2020 se tiene el siguiente gráfico.

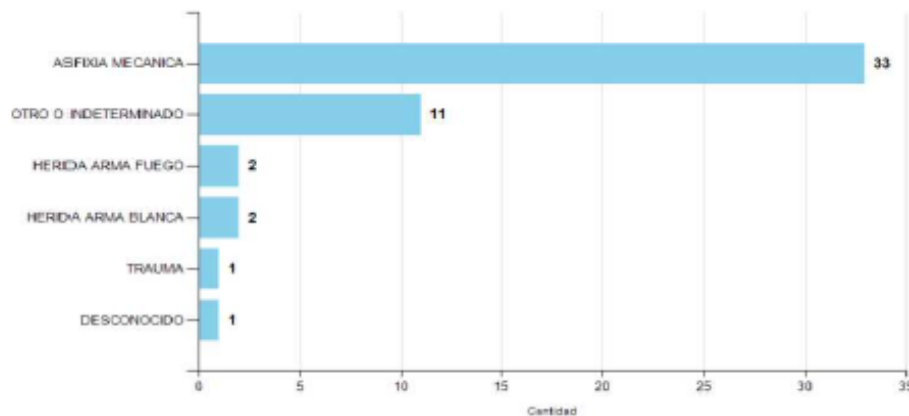
Figura 76. Datos comparativos según tasa de mortalidad (x 100 000 habitantes) por suicidio, Costa Rica, Alajuela y San Ramón 2017 -2020



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo 2021

Para el 2021 se registra un total de 311 suicidios a nivel del país, lo que implica una tasa de 12,0 por 100 000 personas; para ese mismo año en el cantón se presentaron 8 casos con una tasa de 8,4 por 1 000 habitantes.

Figura 77. Métodos utilizados para la aplicación de la letalidad en casos registrados San Ramón, del 2017 al 2020



Fuente: Unidad de Análisis Criminal Organismo de Investigación Judicial Regional.

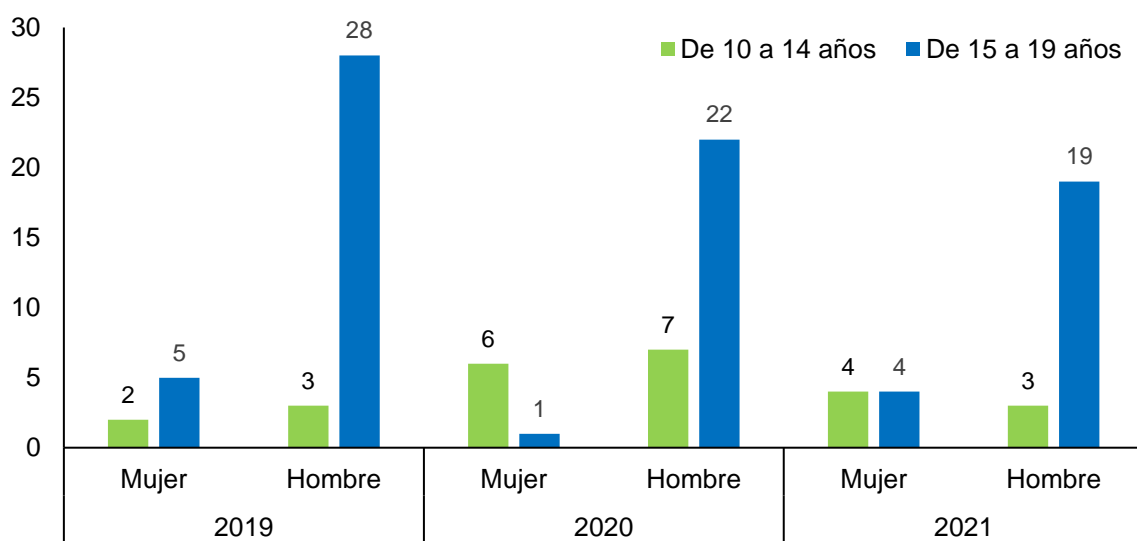
En cuanto al método utilizado para cesar con la vida, el OIJ determinó que en la mayoría de los casos se utilizó la asfixia mecánica (ahorcadura) con un 14,9%, seguido de otro o

indeterminado, que en realidad se trata, en la mayoría de los casos, de intoxicación por venenos, medicinas u otras sustancias y en tercer puesto las heridas por arma de fuego.

“El reloj criminal” es un término utilizado por el OIJ que representa la relación temporal de la incidencia criminal expresada en intervalos cíclicos de tiempo, siendo que se reporta lo siguiente: en el cantón San Ramón ocurre 1 suicidio cada 44 días aproximadamente (76).

En cuanto a la edad de ocurrencia, según datos del INEC, es entre los 10 y los 19 años donde más se presentan estos eventos.

Figura 78. Suicidio según grupo de edad, San Ramón, del 2019 al 2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo 2021.

Posterior a la identificación del problema según datos aportados por INEC, se convoca al Segundo taller con actores social: “Juicio de Expertos para priorización de problemas”. En esta actividad se identifican los siguientes determinantes:

Biológicos: los trastornos de la personalidad, dentro de ellos:

- Carencia de diagnóstico y tratamiento
- Mitos y baja adherencia al tratamiento
- Supervisión inadecuada del tratamiento
- Enfermedades Mentales Hereditarias y otras patologías en salud

Comportamientos:

- a) Consumo de drogas lícitas o ilícitas
- b) Normalización del consumo de sustancias psicoactivas
- c) Proceso global social y económico
- d) Permisibilidad por moda
- e) Fácil acceso a drogas
- f) Proceso de Socialización en los estudios de secundaria
- g) Violencia Intrafamiliar
- h) Estilos de crianza
- i) Uso inadecuado de tecnologías y bullying
- j) Relaciones intrafamiliares disfuncionales
- k) Reproducción de roles violentos

Circunstancias materiales de vida:

- a) Falta de espacios para caminar y recreación (gratuitos y seguros, que integren a la familia)
- b) Crianza permisiva o autoritaria
- c) Carecía de habilidades la vida
- d) Poca o nula regulación parental con acceso a toda información sin control
- e) Pobre percepción del concepto de Salud

Figura 79. Identificación de factores de protección y líneas de acción del suicidio entre los 10 a 19 años

Dimensión	Causa raíz	Factores protectores	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológica	Enfermedades mentales hereditarias	Identificación de personas que portan enfermedades mentales heredadas. Líneas de investigación	Asesoría a las personas que presentan enfermedades mentales sobre la posibilidad de heredarlas.	RISAS SAID CCSS	MEP Iglesias ONG UCR y otras casas de enseñanza.
			Educación en planificación familiar.		
			Incluir en los cursos prematrimoniales el tema de enfermedades mentales hereditarias.		
			Detección temprana de trastornos afectivo-conductuales.		
Biológica	Trastornos de la personalidad	Atención temprana de personas con indicadores de trastornos de personalidad.	Ampliar el número de profesionales del segundo nivel de atención en medicina familiar, psicología y psiquiatría para que brinden una atención temprana y oportuna a la población que presenta trastornos de personalidad.	CCSS	Contratación de este tipo de profesionales a terceros
Comportamiento	Procesos de socialización	Uso adecuado de tecnologías.	Regulación del uso del celular en los centros educativos.	MEP, Comisión de Salud Mental, ILAIS, Red de cuidado del gobierno local.	Grupos juveniles, Guías y Scout, IMAS Iglesias de diferentes denominaciones, ILAIS, Comisión Salud Mental.
			Estilos de crianza		
			Charlas sobre dinámicas familiares adecuadas.		
			Procesos de formación humana.		
			Publicidad en redes sociales sobre importancia de las dinámicas familiares funcionales		
Circunstancias materiales de vida	Pobreza	Creación de más espacios recreativos.	Mejorar calidad de vida	Estado Municipalidad	
	Falta de lugares para la recreación				

Fuente: Planificación estratégica y colaboradores, Dirección Área Rectora de Salud de San Ramón, 2023

Identificación de sistemas de Información en salud mental

El sistema de información en salud mental se alimenta de las bases de datos VE.01 Reglamento Vigilancia de la Salud N.º 40556-S, los Boletines Epidemiológicos que emite la Dirección Nacional de Vigilancia de la Salud, datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y la Secretaría Técnica de Salud Mental, Reportes de la Política de Fuerza Pública y el Organismo de Investigación Judicial.

Conclusiones

La salud pública es la ciencia de promover la salud, prevenir las enfermedades y prolongar la vida a través de esfuerzos organizados desde la sociedad, lo colectivo y lo individual. En este sentido, se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Al hablar de salud se está haciendo referencia al componente de salud mental, tal como lo ha señalado la OMS: *“No hay salud sin Salud Mental”*. En este sentido las acciones medulares para el mejoramiento de la salud se basan en que la salud mental es parte integral de la salud.

La Promoción de la Salud Mental debe ser el campo más amplio; ésta, al igual que la promoción de la salud, involucra acciones que orientan a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables y a crear las condiciones adecuadas de vida. La atención e intervención de los Determinantes de la salud son una responsabilidad social y por ende del Estado. No se debe esperar un impacto de la Promoción de la Salud si solo se aborda desde lo individual.

Bibliografía consultada

- (1) Municipalidad de San Ramón [Internet]. Google.com. [citado el 26 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://sites.google.com/sanramondigital.net/sanramongocr>
- (2) Inicio [Internet]. INEC. [citado el 26 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://inec.cr/>
- (3) Ministerio de Salud Colombia. Importancia e interpretación de la pirámide poblacional Vol.3 N°5 [Internet]. 2015 sep. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/boletin-asis-Vol.-3-No.%205.pdf
- (4) Ministerio de Salud Costa Rica. Reglamento del el Sistema Nacional sobre la Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil (Decreto No. 41120-S). 15 de junio de 2018.
- (5) Municipalidad de San Ramón - Historia del municipio [Internet]. Google.com. [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://sites.google.com/sanramondigital.net/sanramongocr/gobierno-local/historia-del-municipio>
- (6) PNUD Conocimiento – Repositorio de proyectos y documentación [Internet]. Pnud-conocimiento.cr. [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://pnud-conocimiento.cr/>
- (7) Estadísticas Policiales [Internet]. Poder-judicial.go.cr. Organismo de Investigación Judicial - OIJ; 2018 [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://sitiooj.poder-judicial.go.cr/index.php/apertura/transparencia/estadisticas-policiales>
- (8) Vacunas e inmunización: ¿qué es la vacunación? [Internet]. Who.int. [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination?adgroupsurvey=%7badgroupsurvey%7d&qclid=CjwKCAjw44mlBhAQEiwAqP3eVnXtalrGoDkly822q2qfXb2O4xkKKNuSm0_b2yUpNICJlq9OwFr-XBoC4iYQAvD_BwE
- (9) Valenzuela MT. Importancia de las vacunas en salud pública: hitos y nuevos desafíos. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2020;31(3):233–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300407>
- (10) Ministerio de Salud Costa Rica. Reglamento de Vigilancia de la Salud (Decreto No. 40556-S). 23 de agosto de 2017.
- (11) Herrera-Monge MF, Álvarez Bogantes C, Sánchez Ureña B, Herrera-González E, Villalobos Víquez G, Vargas Tenorio J. Análisis de sobrepeso y obesidad, niveles de actividad física y autoestima en la niñez del II ciclo escolar del cantón central de Heredia, Costa Rica. Poblac Salud Mesoam [Internet]. 2019; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v17i1.35323>
- (12) Comité Internacional Cruz Roja. Los servicios de salud: en el nivel primario [Internet]. Agosto 2006 [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yybauwpx>
- (13) FUDE. El servicio de salud y sus profesionales [Internet]. Sin fecha [citado el 20 de julio de 2023]; Disponible en: <https://tinyurl.com/mrx378au>
- (14) OPS. Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal [Internet]. Paho.org. 2019 [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3vzwn4hy>
- (15) OPS. Perfil del sistema de servicios de salud en Costa Rica [Internet]. San José: OPS; 2004 [citado el 21 julio 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ym8s3zph>
- (16) Ávila-Aguero M. L. La problemática de la Caja Costarricense de Seguro Social desde la óptica de los determinantes de la salud. Acta méd. Costarricense [Internet]. septiembre de 2013 [citado el 17 de julio de 2023]; 55(3): 139-142. Disponible en: <https://tinyurl.com/3utj4knp>.
- (17) Savenoff W, Bernal P, Distrutti M, Goyeneche L, Bernal C. Más allá de la normalidad: los desafíos para el sector salud en América Latina y el Caribe que expuso el COVID-19 [Internet]. Mayo 2022 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/27ajz83w>
- (18) OMS. Servicios sanitarios de calidad [Internet]. Agosto 2020 [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrxjeiw8>
- (19) Cerón, C. Editorial. Univ. Salud vol. 14 no. 2. Pasto Jul/Dic 2012, p. 115.
- (20) OMS/OPS, 2019. Hábitos de vida saludable: asesoramiento para los pacientes.
- (21) Pérez Aguilar S. Promoción de estrategias para el desarrollo de estilos de vida saludable y sostenible. Enfoque (Panamá) [Internet]. diciembre de 2012 [citado el 21 de julio de 2023];12(7):54–63. Disponible en: <https://tinyurl.com/emx46c8c>
- (22) Salas Cabrera J. Estilos de vida saludable: un derecho fundamental en la vida del ser humano. RLDH [Internet] 10 jun 2016 [citado el 26 de junio de 2023]. 26(2):37-1, Disponible en: <https://tinyurl.com/uswxev8y>

- (23) Artavia L., Solano J, y Campos M. 03/05/2022. La informalidad laboral en Costa Rica tras el paso del Covid-19. Escuela de Economía, UNA. Revisado en <https://tinyurl.com/2bbn4xkm>.
- (24) INEC. Encuesta Continua de Empleo [Internet]. 2023 [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2s3s3md4>
- (25) Cordero Parra, M. Seminario Universidad, 22/02/2023. Estados financieros del Seguro de Salud de la CCSS muestran un superávit y no una “quiebra”. Consultado en: <https://tinyurl.com/47sdtm6t>
- (26) OPS/OMS. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 [Internet]. OPS. Washington; 2022 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yfatpfyr>
- (27) OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud [Internet]. 2017 feb [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yysfrbcf>
- (28) INEC. Panorama demográfico 2021 [Internet]. San José; dic 2022 [citado el 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/m8fwbkxd>
- (29) Arias, R., Sánchez, L. y Rodríguez, M. 2020. Pobreza y desigualdad en Costa Rica: una mirada más allá de la distribución de los ingresos. Estudios del Desarrollo Social. 8(1) enero-abril 2020. La Habana. Consultado en: <https://tinyurl.com/yc82y3r7>
- (30) Costongs C. ¿Pueden los tiempos de crisis brindar una oportunidad de cambio para la salud y el bienestar? [Internet]. EuroHealthNet Magazine. 2022 [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2ez37msm>
- (31) Asociación Canadiense De Salud Pública. (1996). Enfocando la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud. Documento de estudio, Consejo Directivo. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm>
- (32) Conferencia Internacional Sobre La Promoción De La Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm>
- (33) Montero-Campos, V. Helicobacter pylori en Costa Rica, más de una década de investigaciones. Tecnología en Marcha. Especial 2019. 25 Aniversario del Centro de Investigación en Biotecnología. Pág 94-103. <https://doi.org/10.18845/tm.v32i9.46361> Microbióloga. Centro de Investigación en Biotecnología, Escuela de Biología, Instituto Tecnológico de Costa Rica, Costa Rica. Correo electrónico: vmontero@itcr.ac.cr. <https://orcid.org/0000-0002-2666-5030>
- (34) Papiloma humano [Internet]. Plannedparenthood.org. [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vph>
- (35) Prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente [Internet]. Healthychildren.org. [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/sexually-transmitted/Paginas/sexually-transmitted-infections-prevention.aspx>
- (36) Revista del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados [Internet]. Aya.go.cr. [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.aya.go.cr/centroDocumetacion/Revista%20Hidrognesis/Revista%20Hidrog%C3%A9nesis%20Vol.%205%20N%C2%B0%201.%20Julio%202007.pdf>
- (37) Aya.go.cr. [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.aya.go.cr/Noticias/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Saneamiento%20en%20Aguas%20Residuales%20marzo%202017.pdf>
- (38) Angulo, F. (2013). Manejo, disposición y desecho de las aguas residuales en Costa Rica. Costa Rica: Estado de la Nación.
- (39) MEP. (2016). Programas de Estudios Sociales Tercer Ciclo de la Educación General Básica y Educación Diversificada y Técnica. Costa Rica: Ministerio de Educación Pública.
- (40) “habitualidad”. s/f. Poder-judicial.go.cr. Consultado el 27 de octubre de 2023. <https://dictionariosual.poder-judicial.go.cr/index.php/diccionario/39841:habitualidad>.
- (41) Wikipedia contributors. s/f. “Normalización (sociología)”. Wikipedia, The Free Encyclopedia. [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Normalizaci%C3%B3n_\(sociolog%C3%ADa\)&oldid=152749706](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Normalizaci%C3%B3n_(sociolog%C3%ADa)&oldid=152749706).
- (42) Ods, Análisis Relacionado Con. s/f. “Agua y Saneamiento 2030”. Ods.cr. Consultado el 27 de octubre de 2023. https://ods.cr/sites/default/files/documentos/cr_agua_y_saneamiento_2030-analisis_relacionado_a_los_ods.pdf.
- (43) Playa Hermosa –, El Coco –, Bahía Azul. s/f. “Plan Regulador Integral”. Ict.go.cr. Consultado el 27 de octubre de 2023. <https://www.ict.go.cr/es/documentos-institucionales/zona-mar%C3%ADtimo-terrestre/provincia-guanacaste/carrillo/playa-azul/965-pri-playa-hermosa-el-coco-bah%C3%ADa-azul-documento/file.html>.
- (44) “Nacimientos prematuros”. s/f. Who.int. Consultado el 29 de agosto de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

- (45) Food Safety. 30 de diciembre de 2014. "Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer". Who.int. World Health Organization. 30 de diciembre de 2014. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5>.
- (46) Trelles, Juan. 2015. "Prematuridad y bajo peso al nacer: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia". Revista peruana de ginecología y obstetricia 41 (2): 56–61. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v41i1724>.
- (47) Goldstein Sandoval, Bernardo, y Carmen Zaglui Matta. 2003. "Análisis de los factores de riesgo de prematuridad en el Hospital Calderón Guardia de enero a agosto 2001". Revista costarricense de salud pública 12 (21): 23–30. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292003000100006.
- (48) Alfredo, Santana Hugo Abreu Yoel. 2018. "Efectividad del ultrasonido transvaginal en la predicción de trabajo de parto pretérmino en gestantes con 22 semanas". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, junio de 2018.
- (49) Duarte-Contreras, Alberto, y Alvaro Barreto-López. 1985. "Factores determinantes del embarazo en adolescentes solteras". Revista colombiana de obstetricia y ginecologia 36 (5): 291–306. <https://doi.org/10.18597/rcog.1784>.
- (50) Stern, Claudio. 1997. "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica". Salud publica de Mexico 39 (2). <https://doi.org/10.1590/s0036-36341997000200008>.
- (51) Ventura, Cisneros, y Lucero Nataly. 2017. "Infecciones de transmisión sexual y su relación en parto pretérmino por rotura prematura de membranas, Hospital Regional de Ica 2016". Universidad Alas Peruanas.
- (52) Mendoza Tascón, Luis Alfonso, Daniela Gómez Giraldo, David Gómez Giraldo, Miguel Ángel Osorio Ruiz, Eder Antonio Villamarín Betancourth, y Martha Deyfilia Arias Guatibonza. 2017. "Determinantes Biológicos de Mortalidad Neonatal, En Una Población de Mujeres Adolescentes y Adultas de Un Hospital En Colombia". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia 82 (4): 424–37. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000400424>.
- (53) Insfran, Guillermo, Raúl Aveiro, Alejandra Gomez, Pedro Melgarejo, Jeanine Bazzano, Jorge Gustavo Hernández Córdova, Federico Martínez, et al. 2022. "Asociación entre bajo peso al nacer y malformaciones congénitas". Revista cubana de medicina militar. <https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/5923>.
- (54) Vallejo-Ardila, Dora Lucía. 2014. "Consejería genética y diagnóstico prenatal: recomendaciones y futuras perspectivas para Colombia". Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES 1 (2): 125. <https://doi.org/10.20320/rfcsudes.v1i2.224>.
- (55) Zhu, Guohong, Dan Xu, Yuanyuan Zhang, Tianlin Wang, Lingyan Zhang, Weizhong Gu, y Meiping Shen. 2021. "Epidemiological Characteristics of Four Common Respiratory Viral Infections in Children". Virology Journal 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12985-020-01475-y>.
- (56) Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios [Internet]. Paho.org. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios>
- (57) Mar 11. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. Paho.org. [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- (58) Grupo Técnico Nacional de Influenza. Protocolo Nacional para la Vigilancia de personas con Influenza y otras virosis respiratorias. 2018 jul.
- (59) Sojo A. Pandemia y/o pandemónium. Encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global. Documentos de Trabajo [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33960/issn-e.1885-9119.dt37>
- (60) Vista de Pobreza, enfermedad y muerte en Argentina [Internet]. Edu.ar. [citado el 26 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7106/8180>
- (61) Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2015 [citado el 26 de octubre de 2023];32(1):119–24. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152015000100014&script=sci_arttext
- (62) Pérez Sánchez M, Fundora Hernández H, Notario Rodríguez M, Rabaza Pérez J, Hernández Sánchez M de LÁ, Rodríguez Bertheau A. Factores de riesgo inmunopidemiológicos en niños con infecciones respiratorias recurrentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2011 [citado el 26 de octubre de 2023];83(3):225–35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312011000300002&script=sci_arttext
- (63) Cómo perjudica el estrés a la salud del corazón y qué debe hacer al respecto [Internet]. Baptisthealth.net. [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://baptisthealth.net/es/baptist-health-news/how-stress-hurts-your-heart-health-and-what-you-should-do-about-it>

- (64) Beatriz. Estos son los riesgos del sedentarismo para tu corazón [Internet]. Fundación Española del Corazón. 2019 [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/3453-estos-son-los-riesgos-del-sedentarismo-para-tu-corazon.html>
- (65) Costa Rica a un paso de estar más enferma [Internet]. Universidad de Costa Rica. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/06/07/costa-rica-a-un-paso-de-estar-mas-enferma.html>
- (66) Guevara-Villalobos D, Céspedes-Vindas C, Flores-Soto N, Úbeda-Carrasquilla L, Chinnock A, Gómez G. Hábitos alimentarios de la población urbana costarricense. Acta méd costarric [Internet]. 2019 [citado el 31 de octubre de 2023];61(4):152–9. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000400152
- (67) Alimentación saludable para personas mayores [Internet]. National Institute on Aging. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/alimentacion-saludable-personas-mayores>
- (68) Definición de salud mental según la OMS - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=definici%C3%B3n+de+salud+mental+seg%C3%BAAn+la+oms>.
- (69) Transformar la salud mental para todos [Internet]. Pan American Health Organization; 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5
- (70) Trastorno afectivo bipolar - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=trastorno+afectivo+bipolar>.
- (71) Esquizofrenia - Google search [Internet]. Google.com. [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=esquizofrenia>.
- (72) Wikipedia contributors. Intento de suicidio [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Intento_de_suicidio&oldid=141002040.
- (73) La crisis política, social y económica que vive Costa Rica [Internet]. Semanario Universidad. 2020 [citado el 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://semanariouniversidad.com/opinion/la-tesis-politica-social-y-economica-que-vive-costa-rica/>.
- (74) Es E. “Existe una relación entre suicidio y pobreza o desempleo” [Internet]. elDiario.es. 2014 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/existe-relacion-suicidio-pobreza-desempleo_1_4617145.html.
- (75) Pan American Health Organization. Prevención del Suicidio: Herramientas para la participación comunitaria. Pan American Health Organization; 2021.
- (76) Inec.cr. [citado el 16 de agosto de 2023]. Disponible en: https://inec.cr/wwwisis/documentos/INEC/Estadisticas_Vitales/Estadisticas_Vitales_2013.pdf.
- (77) Organismo de Investigación Judicial. Rodríguez Chavarría César Antonio. Casos de Suicidios en el Cantón San Ramón Periodo del año 2016 al año 2021