



Ministerio
de **Salud**



ANALISIS DE SITUACION INTEGRAL DE SALUD SARCHI

Area Rectora de Salud de Sarchí

Noviembre 2023

DOCUMENTO TÉCNICO

Documento elaborado por:

Dr. Danilo Granados Alvarado

Dr. Daniel Alvarez Guarín

MPsc. Karol Molina Rojas

Licda. Annette Ramírez González

Licda. Daniela Valverde Navarro

Revisado por:

Dr. Daniel Álvarez Guarín

“Para conocer la salud y la enfermedad, es necesario estudiar al hombre, en su estado normal y en relación al medio en que vive e investigar al mismo tiempo las causas que puedan perturbar el equilibrio entre el hombre y el medio exterior y social.”

Hipócrates (460 – 370 a.c.)

TABLA DE CONTENIDO

1. LISTA DE ABREVIATURAS 8

2. DEFINICIONES OPERACIONALES 9

3. JUSTIFICACION 12

4. PROBLEMA 13

5. OBJETIVOS 14

6. METODOLOGIA 15

7. SELECCION DE LOS INDICADORES 16

8. RESEÑA HISTORICA 25

9. CARACTERIZACION DEL ENTORNO 27

9.1 DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS 27

9.2 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 34

 9.2.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS 34

9.3 DESCRIPCION DE LAS CARACTERTISTICAS SOCIOECONOMICAS 40

 9.3.1 INDICADORES SOCIALES 43

 9.3.2 INDICADORES ECONOMICOS 47

9.4 DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS AMBIENTALES 51

 9.4.1 INDICADORES AMBIENTALES 52

9.5 DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS RELACIONADAS A SALUD	60
9.5.1 INDICADORES DE SERVICIOS DE LA SALUD.....	60
9.5.2 INDICADORES DE MORBILIDAD	64
9.5.3 INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES.....	71
9.6 DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS	76
10. PRIORIZACION DE PROBLEMAS.....	78
10.1 METODOLOGIA DE PRIORIZACION DEL EQUIPO ASIS BASADO EN MORTALIDAD	79
10.2 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD.....	84
10.2.1 SONDEO GENERAL DE PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD	85
10.2.2 VALORIZACION Y SELECCION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS EN LA COMUNIDAD.....	85
11. ANALISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS.....	87
11.1 IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS RAIZ, SUS CAUSAS SECUNDARIAS Y TERCARIAS DEL PROBLEMA DE SALUD	88
11.2 ANALISIS DE LAS CAUSAS RAIZ CON LOS EXPERTOS	90
11.3 ANALISIS DEL EVENTO DE SALUD A TRAVES DE SUS CAUSAS PRIORIZADAS	92
11.3.1 INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.....	92
11.3.2 ASFIXIA DEL NACIMIENTO	94
11.3.3 INHALACION E INGESTION DE OTROS OBJETOS QUE CAUSAN OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	95
11.3.4 LEUCEMIA LINFOIDE	96
11.3.5 CANCER DE ESTOMAGO	96

11.3.6 AFECTACION DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA.....	98
11.3.7 INSEGURIDAD CIUDADANA	100
11.3.8 ESTRUCTURA INADECUADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	101
11.4 IDENTIFICACION DE LAS LINEAS DE ACCION PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAIZ PRIORIZADAS.....	103
12. BIBLIOGRAFIA	118
ANEXO 1.....	120
ANALISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL	120
1. JUSTIFICACION	121
2. INTRODUCCION.....	122
3. MARCO CONCEPTUAL.....	122
4. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL.....	123
4.1 DETERMINANTES BIOLÓGICOS	123
4.2 FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES	123
4.3 DETERMINANTES AMBIENTALES.....	124
4.4 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.....	125
5. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL IDENTIFICADOS.....	125
5.1 INTENTO DE SUICIDIO	126
5.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	129
6. ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	132

6.1 PROYECTOS IMPLEMENTADOS EN EL ÚLTIMO QUINQUENIO CON ENFOQUE DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	133
7. ANALISIS DE LOS TRES PRINCIPALES PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES SOCIALES ESTRATEGICOS.....	133
7.1 AFECTACION DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD	133
7.2 INSEGURIDAD CIUDADANA	135
7.3 ESTRUCTURA INADECUADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	137
8. POBLACIONES CON MAYOR VULNERABILIDAD A LAS AFECCIONES EN SALUD MENTAL	138
9. IDENTIFICACION DE SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD MENTAL	138
10. CONCLUSIONES	139
11. BIBLIOGRAFIA	140

1. LISTA DE ABREVIATURAS

ARS: Área Rectora de Salud

ASIS: Análisis de la Situación Integral en Salud

AYA: Acueductos y Alcantarillados

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

INS: Instituto Nacional de Seguros

MEIC: Ministerio de Economía Industria y Comercio

MOPT: Ministerio de Obras Públicas y Transportes

MS: Ministerio de Salud

MSP: Ministerio de Seguridad Pública

OIJ: Organismo de Investigación Judicial

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

RNT: Registro Nacional de Tumores

SIRNAT: Sistema de Registro Nacional de Tumores

TSE: Tribunal Supremo de Elecciones

UCR: Universidad de Costa Rica

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

Salud

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

Análisis de situación de salud

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

Ciclo de vida

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

Determinantes de la salud

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

Determinantes estructurales

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

Determinantes intermedios

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

Escenario de salud

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

Escenario de riesgo

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

Factores protectores

Se entienden como factores protectores de la salud aquellos recursos personales, sociales, institucionales y del ambiente (biológicos, psicológicos y socioculturales) que favorecen el desarrollo del ser humano y aumentan su resiliencia o capacidad para sobreponerse a los

distintos contratiempos o tragedias a las que se enfrenta e incluso salir fortalecido de la experiencia.

Factores de riesgo

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

Diagrama Ishikawa

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

3. JUSTIFICACION

El Ministerio de Salud por mandato constitucional y como garantes de la salud pública le corresponde liderar promover y articular de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejercer sus potestades de autoridad sanitaria para proteger y mejorar la salud de la población. Para ello se hace necesario extender la mirada de lo local a lo nacional y viceversa; conocer el contexto local y su propia dinámica.

Bajo este marco se procede a actualizar la información cantonal cuyo resultado será el principal referente para la definición de los planes programas y proyectos que responderán a las necesidades y prioridades definidas por su misma población.

Es responsabilidad del Equipo Rector la constante actualización; revisión y análisis de los elementos que intervienen en el estado de Salud de la población para direccionar su quehacer institucional hacia resultados que impacten la calidad de vida de la población del cantón.

Al Área Rectora de Salud de Sarchí le corresponde elaborar y mantener actualizado un diagnóstico cantonal, mismo que debe caracterizarse porque en su contenido se evidencie la participación y aporte de las instituciones y organizaciones locales.

Se trata de un esfuerzo colectivo que conduce el equipo del Área Rectora de Salud, en donde cada institución aporta su información y conocimiento de acuerdo a competencias. Es un insumo indispensable para cualquier Proceso de Planificación Estratégica al cual pueden tener acceso cualquier institución, organización o persona interesada

Las fuentes de información son: bases de datos del Ministerio de Salud, bases de datos locales de diferentes instituciones, Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) y aportes de actores sociales institucionales e intersectoriales.

4. PROBLEMA

La existencia de diversas metodologías de elaboración del ASIS en cada institución, (Ministerio de Salud , Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Universidad de Costa Rica, etc.), fechas de cumplimiento, objetivos y mecanismos de evaluación, así como la falta de coordinación entre los diferentes actores del sector salud y una pobre comunicación con los usuarios de los servicios, deja un panorama complejo, donde las acciones de coordinación no se han logrado implementar hasta la fecha.

Los equipos de trabajo de ASIS utilizan como fuente de información los datos del INEC, Centro Centroamericano de Poblaciones, bases de datos del Ministerio de Salud, entre otros, lo que complica el acceso a los datos, ya que no existe una guía exacta que indique cómo se debe de analizar la información de los indicadores.

5. OBJETIVOS

General

Elaborar un diagnóstico situacional de Salud del Cantón de Sarchí, a fin de disponer de un insumo útil que permita direccionar acciones y toma de decisiones en función de los resultados identificados en base a los determinantes de la salud.

Específicos

- Analizar los eventos de salud y su interrelación con los determinantes sociales de la salud.
- Evidenciar inequidades y desigualdades en salud utilizando las experiencias y conocimientos previos; mediante un proceso que permita generar líneas de acción que orienten la toma de decisiones en salud.

6. METODOLOGIA

Basado en la OPS (OPS, 2012) deben reconocerse algunas premisas para el análisis de la situación de salud como son:

- Los aspectos de contexto determinan las condiciones de vida y salud de la población.
- La forma como se organiza la sociedad y los sistemas de salud para dar respuesta a las necesidades de salud.
- La existencia de diferencias en la distribución de las condiciones de vida y las causas de enfermedad y muerte.
- La posibilidad de identificar la magnitud, el alcance y la gravedad de los problemas de salud en la población.
- La posibilidad de identificar los grupos poblacionales con necesidades sanitarias no satisfechas y de alto riesgo.
- La sugerencia de intervenciones potenciales basadas en el reconocimiento de los factores de riesgo y factores protectores para la evaluación de la efectividad de las intervenciones sustentada en los indicadores epidemiológicos.

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

7. SELECCION DE LOS INDICADORES

Tabla de Indicadores		
Indicadores Sociales		
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
1	Población	Número de habitantes de un país, territorio o área geográfica (total general o para un sexo o grupo etario dados), en un punto de tiempo específico. En términos demográficos es el número total de habitantes que efectivamente viven dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS).
2	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.
3	Razón Mujer - Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres existentes en la población total.
4	Razón de dependencia demográfica	Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años de edad más la población de 65 y más años de edad; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años de edad. Todo para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS)
5	Razón de envejecimiento	Número de personas mayores de 64 años de edad por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total.

6	Proporción de la población urbana	<p>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.</p>
7	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)
8	Total de nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados
9	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
10	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).

11	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).
12	Número total de defunciones	Número total de defunciones esperadas en un año específico, para un determinado país territorio o área geográfica.
13	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.
14	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 Demográficos		
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
15	Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.

16	Índice de desarrollo Humano	Indicador que mide el desarrollo humano de un país a través de dimensiones de salud, educación y economía. se calcula la media geométrica de las tres dimensiones, cuyo resultado es una cifra entre 0 y 1 donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano
17	Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	Medida resumen del progreso medio conseguido por cada cantón en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano de un cantón (Basado en PNUD-Costa Rica y UCR).
18	Índice de desarrollo social cantonal (IDS) y distrital	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).
19	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.

20	Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Relación entre hogares pobres o no pobres que tienen jefatura femenina, respecto al total de hogares en la misma condición de pobreza (pobres y no pobres). Nota: en cada caso se debe especificar el nombre del indicador resultante: porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina y porcentaje de hogares no pobres con jefatura femenina.
----	--	--

Indicadores Económicos

N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
21	Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes	El PIB per cápita (actualmente conocido como Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos mediante el método Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año. El PIB es la suma del valor agregado por todos los productores residentes más todos los impuestos a los productos (menos los subsidios) no incluidos en la valuación del producto más las entradas netas de ingreso primario (remuneración de empleados e ingreso por propiedad) del exterior.
22	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.
23	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.

24	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
25	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).
26	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

Indicadores de Servicios

N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
32	Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Acceso a fuentes mejoradas de agua se define por la disponibilidad de 20 litros de agua por persona al día en una distancia no mayor a 1 kilómetro. Fuentes mejoradas de agua potable mejoradas son: conexión de los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo excavado cubierto, fuente protegida, recolección de agua de lluvia. Fuentes mejoradas de agua potable no mejoradas son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, ríos o estanques, agua suministrada por vendedores, agua embotellada, agua de camión cisterna. Agua embotellada no se considera mejorada debido a las limitaciones en el suministro del agua, no en

		su calidad. Área urbana o rural según definición del país.
33	Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento	<p>La población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. El sistema de eliminación de excretas es adecuado cuando es privado y si separan excretas del contacto humano. Instalaciones de saneamiento mejoradas son: conexión al alcantarillado, inodoro para elaboración de compost, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo simple, letrina de pozo mejorada con ventilación. Instalaciones de saneamiento no mejoradas son: sifón con descarga a otro lugar, letrina colgante, letrina pública o compartida, letrina de pozo abierta, letrina de cubo, no hay instalaciones; defecación en el campo. Datos de área urbano y rural según la definición del país.</p>

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

36	Distribución de servicios de salud	Cantidad total de los servicios de salud que cuenta con permiso de habilitación vigente otorgado por el Ministerio de Salud
Indicadores de salud		
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición
37	Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna	Porcentaje de personas vacunadas según los datos del Programa ampliado de inmunizaciones
38	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
39	Distribución relativa de los eventos de notificación obligatoria	Porcentaje de cada evento respecto a la totalidad para el año 2021
40	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
41	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
42	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

8. RESEÑA HISTORICA

En la época precolombina el territorio que actualmente corresponde al cantón de Sarchí estuvo habitado por indígenas natos, del llamado reino Huetar de Occidente, que en los inicios de la conquista fue dominio del Cacique Garabito. El nombre de Sarchí tiene sus orígenes de las tribus que conformaban esta región, los cuales llamaban a estas tierras “Sarxhí” (desde el vocablo azteca “xalachi”) palabra que significa en la lengua huetar “campo abierto”

Los primeros pobladores que llegaron a Sarchí en septiembre de 1835 eran labradores pobres de Cartago, Alajuela y Heredia, a quienes les fueron asignadas las tierras comprendidas entre el río Trojas y el río Colorado. Esos pobladores se establecieron con su familia según consta en documentos de la época.

El primer registro que se tiene de Sarchí es de 1864, cuando era un distrito de Grecia y contaba con 934 habitantes. La creación de Valverde Vega como cantón se dio el 26 de octubre de 1949, por decreto de la ley # 766, bajo el mandato del presidente Don Otilio Ulate Blanco.

En este lugar se establecieron varios terratenientes. Algunos fundaron de haciendas como: La Luisa, por Francisco Otoya, donde se establecieron las primeras plantaciones de café. La hacienda La Eva, establecida por el señor Remigio Quirós Fonseca. Fue en ésta última donde se ubicó la Segunda Planta Eléctrica de Costa Rica. Estas haciendas posteriormente fueron adquiridas por la Familia Peters y actualmente Hacienda La luisa es propiedad del Sr. Oscar Flores y Beneficio La Eva pertenece al Sr. Eladio Sanabria.

A partir del primer centro de población, que fue Sarchí Norte, se dio un proceso de migración hacia otros lugares que dieron origen a Sarchí Sur, San Pedro, Rodríguez y de manera más tardía en los Bajos de Toro Amarillo.

Un dato relevante en la historia del cantón fue la instalación de la segunda Planta Eléctrica de Costa Rica, la cual estuvo ubicada en la hacienda la Eva, por lo que para el año 1925 ya se contaba con alumbrado público eléctrico; asimismo, dos años después en la administración de don Ricardo Jiménez Oreamuno se inauguró la cañería del cantón.

En 1864, se convierte en distrito y en 1883 contaba con una población de 739 habitantes, 372 hombres y 376 mujeres, según Hebly Inksetter Soto, "Monografía del Cantón de Valverde Vega".

Otras actividades económicas relevantes del cantón fueron el cultivo de caña de azúcar, la fabricación industrial de mecate a partir de la fibra natural (cabulla), extracción de almidón de yuca, fabricación y decoración de carretas, muebles y artesanías confeccionadas con madera de alta calidad.

En estas últimas actividades se hace énfasis ya que el cantón de Sarchí ha sido considerado ícono nacional por ser la cuna de la artesanía; específicamente, en el año 1904 nace en Hacienda la Eva la tradición de la decoración de carretas, símbolo del folklore y arte costarricense, lo cual es un motivo de orgullo para los habitantes de esta localidad.

La primera ermita se construyó en 1886, ubicada en una finca de Don Ramón Carvajal. La parroquia dedicada a Santiago Apóstol en Sarchí Norte se construyó en el año de 1896 en el episcopado de Monseñor don Bernardo Augusto Thiel Hoffman, segundo obispo de Costa Rica.

La Escuela de Sarchí Norte se inauguró en 1964, en la administración de don Francisco Orlich Bolmarich, actualmente tiene el nombre de Escuela de Sarchí Norte.

El Liceo Técnico Profesional Artesanal Francisco J. Orlich, inició sus actividades docentes en Marzo de 1970, en el gobierno de Don José Joaquín Trejos Fernández.

En la actualidad se cuenta con más Centros Educativos como El Colegio Experimental Bilingüe ubicado en Rodríguez, Colegio Virtual ubicado en el Distrito de Toro Amarillo, Colegio Nocturno ubicado en el distrito de Sarchí Norte.

Un dato importante que cabe señalar es que para el año 2019 se aprobó la Ley N° 9658, denominada "Cambio de nomenclatura del Cantón XII de la provincia de Alajuela para que se denomine Sarchí", por lo que el cantón Valverde Vega cambia de nombre y pasa a llamarse Sarchí.

9. CARACTERIZACION DEL ENTORNO

9.1 DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS

Sarchí es el cantón número 12 de la Provincia de Alajuela, está ubicado entre las coordenadas métricas medias 229000-233000 latitud Norte, 497000-501000 longitud Este de la hoja topográfica Naranjo N°. 3346-111 del Instituto Geográfico Nacional. Las coordenadas geográficas medias son: 10 9' 46" latitud Norte, 84 17' 44" longitud Oeste.

Posee una extensión territorial de 122 km², su altitud promedio es de 1.000 metros sobre el nivel del mar. La anchura máxima es de 26 kilómetros, en la dirección Noroeste y Suroeste, desde la confluencia del Río Toro Amarillo con la Quebrada Gata hasta la convergencia de los Ríos Colorado y Sarchí.

Limita al norte con el cantón de Río Cuarto, al sur con los cantones de Grecia y Naranjo, al este con los cantones de Grecia y Poás y al Oeste con Naranjo, Zarceros y San Carlos.

El cantón se asienta en forma global dentro de una unidad geomórfica de origen volcánico, representada por el volcán Poás, la cual corresponde al macizo del mismo nombre; este es el más grande del país, y su máxima altura es de 2.708msnm. Este está constituido geológicamente por materiales de origen volcánico, del período Cuaternario, del Pleistoceno y de la época Holoceno (Instituto de Fomento y Asesoría Municipal [IFAM], s.f.)

Presenta laderas con todo tipo de pendientes. Se encuentran rocas volcánicas de diferente tipo, principalmente de composición andesítica. Su forma se debe a la actividad volcánica que ha sostenido por varias centurias, donde la erosión lo ha afectado en varios lugares, pero su forma actual es exclusivamente el resultado del acumulo de diferentes coladas lávicas y de piroclastos, así como lahares. (Plan Regulador de Valverde Vega, 2001)

En cuanto a la hidrografía, la vertiente del Caribe corresponde a la subvertiente Norte, la cual pertenece a la cuenca del río Sarapiquí, que es drenada por el río Toro con sus afluentes los ríos Segundo, Anonos, Desagüe, Agrío y Gorrión; lo mismo que las quebradas Gata, Grande Quelital, los cuales nacen en el cantón, en las laderas del volcán Poás, las filas Gorrión y los cerros Volcán Viejo y Pelón. También la vertiente del Pacífico corresponde la cuenca del río Grande de Tárcoles, la cual es drenada por los ríos Sarchí, Trojas, Cascajal, Molino, que se unen al río Colorado, los cuales nacen en Valverde Vega, en fila Palmichal y cerro El Tanque, cuyas aguas van de noreste a suroeste (IFAM, s.f.)

Además, cuenta con una gran riqueza territorial, ya que el 65% de su territorio corresponde a los Parques Nacionales Volcán Poás y Juan Castro Blanco. Así como su clima es típico del Valle Central en el centro del cantón, aunque en las partes más elevadas la temperatura es más baja (Ministerio de Agricultura y Ganadería [MAG], 2021).

Políticamente se divide en cinco distritos administrativos (Tabla 1). Según clasificación de Mideplan es un cantón predominantemente rural.

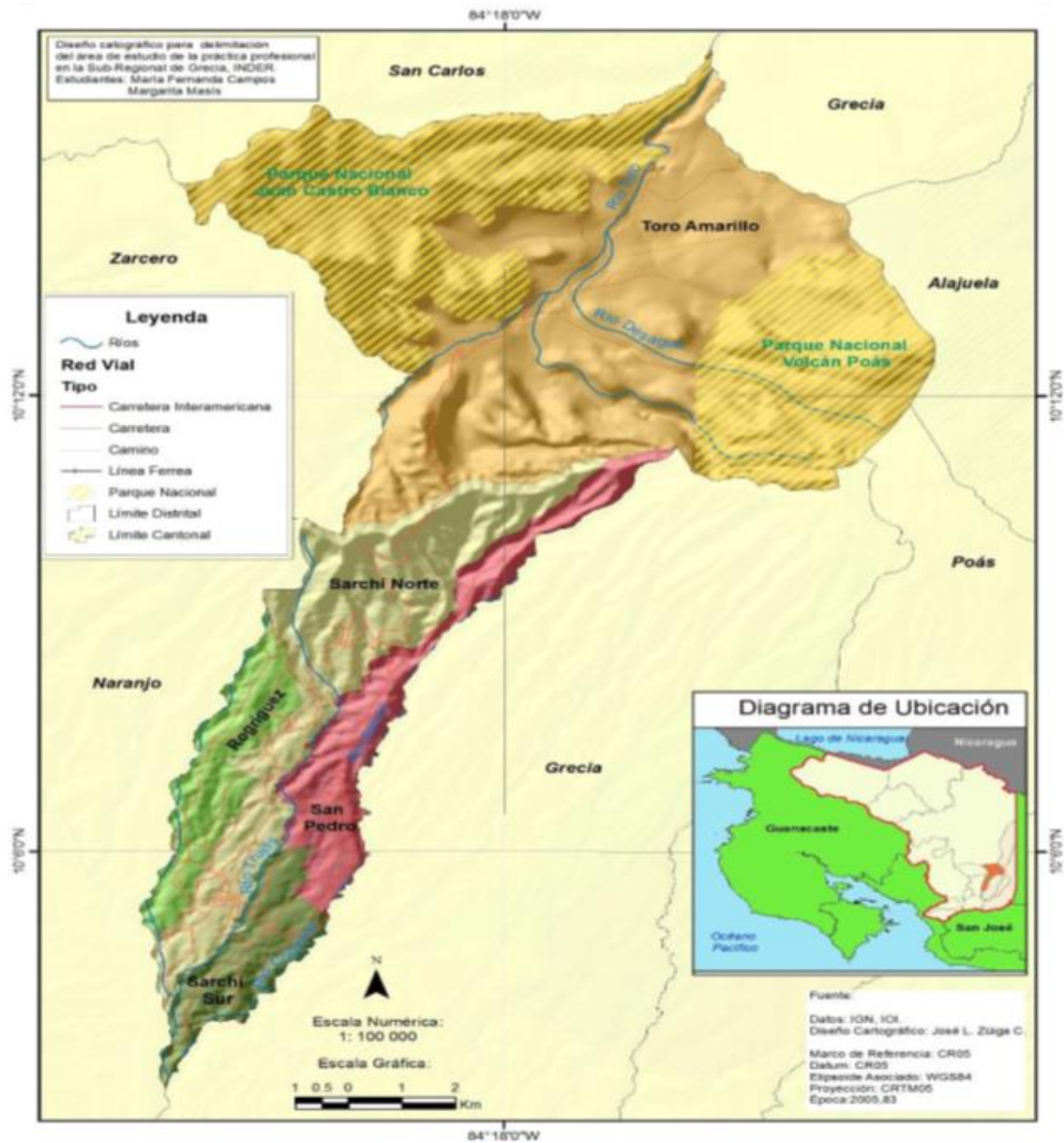
Tabla 1. Sarchí. División Territorial administrativa, superficie y altitud según distritos.

Código	Distrito	Superficie (Km2)	Altitud (msnm)
212 01	Sarchí Norte	15,1	970
212 02	Sarchí Sur	8,5	967
212 03	Toro Amarillo	75	1442
212 04	San Pedro	15,8	1170
212 05	Rodríguez	7,8	1033

Fuente: Elaboración propia con datos de División Territorial Administrativa, Costa Rica.

2017

Figura 1. Mapa del cantón de Sarchí, 2015.



Fuente: Caracterización del Territorio Central Occidental, 2015.

Según el plan regulador de Sarchí (2011), se establecen las siguientes localidades según los distritos del cantón:

- Sarchí Norte: Los Ángeles, Bajo Raimundo, Canto, Hacienda la Eva, Hacienda la Luisa, Rincón Colorado y Sahinal.

- Sarchí Sur: Bajo Trapiche, Ranera, Alto Castro, Coopeoctava, Ratoncillal, Rincón de Alpízar, Rincón de Ulate y Talolinga.
- Toro Amarillo: Bajos del Toro y Alto Palomo.
- San Pedro: Alto Castro, Concha, Pueblo Seco, Talolinga, Trojas.
- Rodríguez: San Juan, Bambú y Sabanilla.

El plan regulador cantonal establece las diferentes zonas y actividades permitidas según los espacios, el mismo permite el ordenamiento de las actividades que se desarrollan en todo el cantón.

Existen diferentes categorías para definir el uso de suelo, según la actividad a desarrollar, el Plan regulador en su capítulo tercero establece Clasificación de zonas, usos y destinos de la siguiente manera.

Uso Residencial: se refiere a la ocupación de la tierra por viviendas unifamiliares, viviendas multifamiliares, apartamentos, condominios, o bien las combinaciones de vivienda-comercio y vivienda-servicio. El uso residencial puede comprender por extensión y afinidad, actividades comerciales, de servicios, comunales y recreativas, que sean compatibles con las viviendas y las personas que en ellas habitan, como por ejemplo pulperías, abastecedores, heladerías, salones de belleza, librerías, alojamiento, guardería, parque infantil y otros.

Uso Agropecuario: corresponde a la ocupación de la tierra por actividades agrícolas y pecuarias, como son cultivos, piscicultura, silvicultura, agroforestería, porcicultura, ganadería, forestal y similares. Son parte de este uso actividades u ocupaciones de la tierra compatibles con el uso agropecuario, como son las viviendas, galerones, abrevaderos y viveros.

Uso Comercial y de Servicios: Esta categoría corresponde a la ocupación de la tierra por actividades o instalaciones para la venta de artículos y prestación de servicios de las empresas y personas, tales como servicios financieros, servicios de reparación y mantenimiento, servicios profesionales diversos, (legales, médicos, ingeniería, arquitectura, económico-contables y de consultoría en general); servicios personales (peluquería, fotografía, lavanderías, servicios funerarios, etc.), servicios de comida y bebida y comercio en general.

Uso Institucional: corresponde a la ocupación de la tierra por actividades o instalaciones de servicios gubernamentales, cultura, deporte, educación o recreación, como por ejemplo escuelas, colegios, universidades, bibliotecas, museos, actividades religiosas y de culto, clínicas, hospitales, policía, bomberos, Cruz Roja, tribunales de justicia.

Uso Industrial: este uso comprende la ocupación de la tierra para la instalación y desarrollo de industria en todos sus tipos o variaciones (salvo las excepciones particulares que se establezcan para el cumplimiento de los fines del Plan Regulador), conforme a la clasificación CIU del Ministerio de Salud establecida en el decreto ejecutivo N° 27569-S.

Uso de Áreas Verdes: comprende la ocupación o reserva de la tierra para protección forestal, cubierta vegetal o bosque remanente, márgenes de ríos, quebradas o humedales, parques urbanos, áreas de riesgo natural, recursos hídricos y los terrenos de zonas protegidas.

Uso Vial: corresponde al uso de la tierra para las instalaciones de infraestructura, concretamente las vías de comunicación de la Red Vial Nacional y la Red Vial Cantonal, vías de circulación peatonal, aparcamientos e instalaciones complementarias que forman parte del derecho de vía.

Zonificación

El propósito de esta zonificación es procurar el desarrollo armónico de las funciones urbanas y consolidar las tendencias existentes en la actualidad en los cuadrantes urbanos de Sarchí Norte, Toro Amarillo, San Pedro, Sarchí Sur y Rodríguez; asimismo, concentrar usos urbanos de mayor especialización y con mayor área de influencia.

La Zona Mixta: Residencial-Comercial: Comprende los espacios inmediatos a la Zona Urbana de Comercio y Residencial.

Zona Institucional: El establecimiento de esta zona busca regular el estado de estos terrenos en su situación actual y prever las necesidades futuras de la comunidad, para diversos usos de carácter recreativo, cultural, seguridad, salud, servicios del Estado y otros.

Zona Comercial: El establecimiento de esta zona busca reservar espacios para el desarrollo de actividades estrictamente comerciales.

Zona de Expansión Urbana: La zona de expansión urbana son terrenos previstos para el desarrollo de urbanizaciones futuras.

Zona Rural Concentrada: Comprende espacios a lo largo de carreteras, calles y caminos que cuenten con servicios públicos, donde actualmente se concentran viviendas a ambos lados en cada uno de los distritos.

Zona Industrial, de Comercio y Servicios Es un espacio concentrado para el desarrollo de actividades industriales y artesanales.

Zona Agropecuaria: Esta zona corresponde a espacios de borde y terrenos al interior de otras zonas para mantener las actividades agropecuarias.

Zona Agroecoturística-Residencial: Esta zona ha sido establecida para fomentar un ordenamiento mixto del territorio; consolidar el desarrollo territorial en quintas de bajas densidades y lotes grandes que sirvan de amortiguamiento a los terrenos más frágiles del Cantón.

Zona Agroforestal: Esta zona corresponde a terrenos que por su condición de pendiente presentan aptitud para la conservación forestal o bien la explotación de esta misma naturaleza.

Zona de Parque Ecoturístico: Comprende terrenos ubicados en el distrito Toro Amarillo, hacia el noroeste del centro urbano y que limitan con parte del Parque Nacional Juan Castro Blanco, a lo largo de la cuenca media del Río Segundo.

Zona de Protección Forestal: Comprende espacios con bosques en el cantón y las áreas de protección que por ley se ubican a ambos lados de los ríos y quebradas y alrededor de los manantiales, con excepción de aquellas que se encuentran dentro de los límites de los parques nacionales.

Zona Parque Urbano: Esta zona será destinada al uso recreativo, ambiental y cultural de la ciudadanía del cantón y la población en general.

Zona de Amortiguamiento de Zonas Protegidas: Comprende una franja de 200 metros paralela a los límites de los Parques Nacionales Juan Castro Blanco y Volcán Poás, así como de las Zonas Protectoras Río Toro y El Chayote, El propósito de esta zona es el de

prevenir, contener y/o mitigar el impacto directo e indirecto del desarrollo de actividades humanas sobre los límites de las Zonas Protegidas, por medio de un espacio de borde.

Zona de Parque Nacional: Comprende los terrenos que en el Cantón forman parte del Parque Nacional Juan Castro Blanco y Parque Nacional Volcán Poás, localizados en el distrito de Toro Amarillo.

Zona Vial. Comprende todas los caminos y carreteras de carácter público, local, regional o nacional que se encuentran en el Cantón.

Servicios públicos

En la actualidad hay presencia de más de diez instituciones públicas, unas con presencia física en el cantón y otras con sede en Grecia o Naranjo, como es el caso del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) e Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). Cada una de ellas con su propia dinámica de acuerdo con sus competencias, sin embargo, se mantiene una interacción constante, donde cabe destacar se han logrado importantes alianzas institucionales para el desarrollo de proyectos, actividades o atención de emergencias.

Se suman a estos actores sociales, organizaciones comunales y empresas privadas que también colaboran con la dinámica del desarrollo local.

La tabla que se presenta a continuación muestra las instituciones con las que se mantiene una estrecha relación interinstitucional.

Tabla 2. Instituciones y organizaciones con representación en Sarchí y su sede, 2018
(Ministerios, Instituciones Autónomas y organizaciones comunales)

Institución	Ubicación
Ministerio de Educación Pública (MEP)	Sarchí
Ministerio Agricultura y Ganadería (MAG)	Sarchí
M. Cultura y Juventud (Comité de Persona Joven)	Sarchí
Instituto Nacional Seguros (INS)	Sarchí
Caja Costarricense Seguro Social (CCSS)	Sarchí
Instituto Mixto Ayuda Social (IMAS)	Grecia
Ministerio Ambiente y Energía (MINAE)	Sarchí (Toro Amarillo)
Patronato Nacional Infancia (PANI)	Naranjo
Ministerio de Gobernación	Sarchí
Ministerio de Justicia (Alcaldía de faltas y contravenciones)	Sarchí
Cruz Roja Costarricense	Sarchí
Instituto Costarricense Electricidad (ICE)	Sarchí
Acueductos y Alcantarillados (AYA)	San José
Ministerio de Obras Públicas y Transporte (MOPT)	Grecia
Ministerio de Salud	Sarchí
Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)	Sarchí
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	Sarchí
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Sarchí
Cuerpo de Bomberos de Costa Rica	Sarchí

Fuente: Elaboración propia con datos del Análisis de Situación de Salud de Sarchí, 2018.

9.2 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

9.2.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS

La población total de Sarchí al 30 de junio del 2022 es de 22 596 personas, según la proyección poblacional del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), de las cuales 11 446 (50,6%) son hombres y 11 150 mujeres (49,4%) traduciéndose en una razón hombre/mujer de 102 hombres por cada 100 mujeres en el Cantón.

Con respecto a la distribución de la población de Sarchí por grupos según curso de vida, existen proporciones equivalentes en el grupo de edad infantil (0-9 años) y adolescente (10-19), 13.2% en cada uno. El grueso de la población del cantón se encuentra conformado por adultos con edades comprendidas entre los 20 a 64 años (64.1 %); los adultos mayores

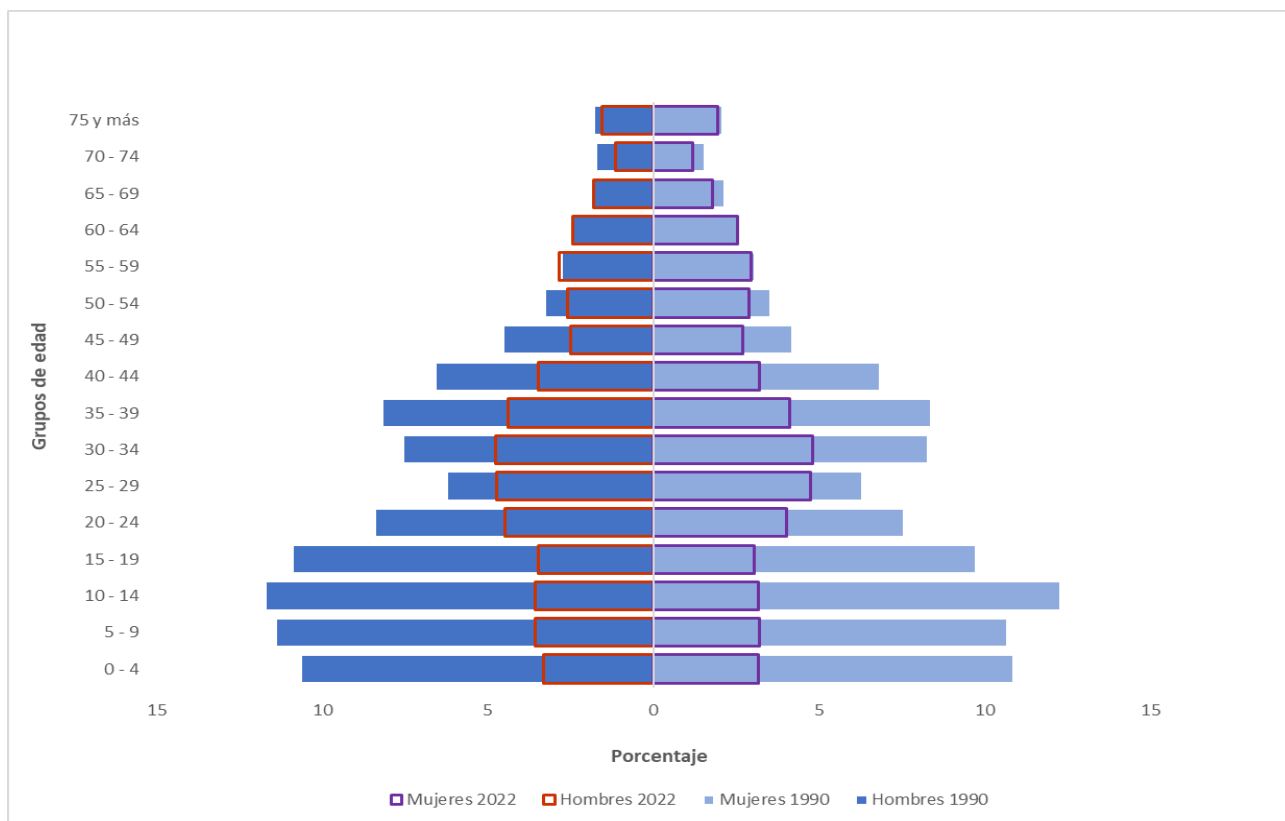
conforman el grupo etario con menor proporción poblacional según curso de vida (9.4 %) como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Proporción de población según curso de vida, Sarchí, Costa Rica, 2022.

Grupo etario (años)	Cantidad de población	Porcentaje
0-9	2 992	13,2
10-19	2 991	13,2
20-64	14 486	64,1
65 y más	2 127	9,4
Total	22596	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), proyección poblacional, 2022

Figura 2. Distribución de población según grupos de edad y sexo, Sarchí, Costa Rica, 2022.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), proyección poblacional, 2022

En la figura 2 se visualiza una base piramidal conformada por la población de Sarchí según grupos de edad y sexo en dos momentos distintos, la población de 1990 se representa con barras horizontales de tonos azules, y la población para el 2022 se representa con barras horizontales contorneadas.

Según su forma, para el año 1990, se observa una pirámide progresiva con una base ancha representada por los grupos de edad juvenil (0-19 años), lo cual indica una alta proporción de niños y adolescentes, y que se estrecha progresivamente conforme avanzan los grupos de edad. De lo anterior se concluye una alta natalidad para esa época.

Para el 2022 se observa una pirámide regresiva, la base se acorta en los grupos de edad juvenil y se ensancha en el centro de la pirámide (20 a 40 años). Llama la atención el ensanchamiento que ocurre en su cúspide, a los 75 años y más, reflejando una alta esperanza de vida, el cual es más significativo en mujeres.

Esperanza de vida

Para el 2023 la esperanza de vida en Costa Rica se sitúa en 81 años en promedio. En hombres la esperanza de vida es 78.4 años y en mujeres, 83.6 años.

Razón de dependencia demográfica

Este concepto se refiere al porcentaje de la población que por su edad esta económicamente inactiva; incluye todas las personas mayores de 65 años y las menores de quince.

En Sarchí, por cada 100 personas hay 42 que no laboran por tanto dependen de la población económicamente activa.

Razón de envejecimiento

El índice de envejecimiento de un cantón refleja el número de adultos mayores por cada cien habitantes menores de 15 años, en Sarchí la razón de envejecimiento para el año 2022 es de 47 adultos por cada 100 personas menores de 15 años según la proyección poblacional del INEC.

Proporción de la población urbana

La clasificación del territorio nacional según áreas urbanas y rurales tiene el propósito de medir los cambios en la distribución espacial de la población, lo cual está asociado con la dinámica social y económica de dichas áreas y en particular con el fenómeno de la urbanización. En Costa Rica las definiciones censales de urbano y rural se hacen con base en criterios físicos y funcionales tales como la presencia y disponibilidad de distintos servicios urbanos y el grado de concentración o dispersión de viviendas y población en el territorio.

En Sarchí, para el 2011, un 63% de los habitantes se encontraban ubicados en zona rural y un 37 % en zona urbana. De la ubicación de la población según los distritos del cantón, se observa que en todos existe mayor prevalencia de habitantes en zona rural sobre zona urbana (tabla 4).

Tabla 4. Población por tipo de zona según distritos de Sarchí, 2011.

Cantón y distritos	Total	Zona urbana		Zona Rural	
		N	%	N	%
Sarchí	18 085	6 699	37	11 386	63
Sarchi Norte	7 140	3 363	47	3 777	53
Sarchi Sur	5 143	1 935	38	3 208	62
San Pedro	3 408	1 052	31	2 356	69
Rodríguez	2 121	281	13	1 840	87
Toro Amarillo	273	68	25	205	75

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

Tabla 5: Población estimada al 30 de junio de cada año, nacimientos, defunciones y tasas por mil, Sarchí, Costa Rica, 2020-2021.

Indicadores	2020	2021
Población	22 166	22 392
Nacimientos	233	173
Tasa bruta de natalidad	10,5	7,7
Defunciones	103	144
Tasa bruta de mortalidad	4,64	6,4
Tasa de crecimiento natural de la población	0,58	0,1

Fuente: INEC, Sistema de consulta en línea de estadísticas de nacimientos 2000-2021

Al comparar los datos de los años 2020-2021 se observa una disminución en el número de nacimientos y un aumento en el número de defunciones para el 2021 con relación al año anterior, dando por resultado una tasa de crecimiento natural de la población mínima para el 2021. (Tabla 5)

Tasa de Natalidad cantonal

La tasa de natalidad nacional para el 2021 fue de 10 nacimientos por cada mil habitantes; En Sarchí para el mismo año, se obtiene una tasa de 7 nacimientos por cada mil habitantes evidenciándose un descenso en la tasa de natalidad al compararla con el 2020, donde se obtuvo una tasa de 10 nacimientos por cada mil habitantes (Tabla 5).

Al desagregar los nacimientos ocurridos en Sarchí durante el 2021 según sus distritos se observa que un 77% (133/173) de los nacimientos ocurrieron en los distritos de Sarchí Norte y Sarchí Sur (Tabla 6). Los distritos de Rodríguez y Toro Amarillo registraron la menor cantidad de nacimientos, nueve y cinco respectivamente.

Tabla 6. Nacimientos según distritos de Sarchí, 2021

Distrito	Nacimientos	
	N	%
Sarchí Norte	71	41
Sarchí Sur	62	35,8
San Pedro	26	15,0
Rodriguez	9	5,2
Toro Amarillo	5	2,9
Total	173	100

Fuente: INEC, Sistema de consulta en línea de estadísticas de nacimientos 2021.

Tasa de Mortalidad cantonal

Para el 2021, en promedio fallecieron 6 personas por cada mil habitantes coincidiendo con la tasa de mortalidad a nivel nacional.

Densidad poblacional

La densidad poblacional es el promedio de habitantes por unidad de superficie de una geografía determinada, generalmente expresada como habitantes entre kilómetro cuadrado de superficie.

Sarchí cuenta con una población de 22 596 y una extensión de 122 km² para una densidad poblacional de 185 habitantes por km² (tabla 7), por lo que se considera que existe una excelente proporción entre el espacio con que se cuenta y la población.

Al analizar la densidad poblacional distrital se determina que Sarchí Sur es el distrito con mayor densidad poblacional (792 habitantes por km²) seguido de Sarchí Norte (554 habitantes por km²). Todos los distritos registran una tendencia al aumento de la densidad poblacional para el 2022, siendo Toro Amarillo el distrito con menor densidad poblacional (5 habitantes por km²) considerando su gran extensión territorial de 75 km².

Tabla 7. Población y Densidad poblacional (habitantes/km²) según distritos de Sarchí, 2021-2022.

Territorio	Superficie (Km2)	2021		2022	
		Población (N)	Densidad poblacional	Población (N)	Densidad poblacional
Sarchí	122	22 392	183,5	22 596	185,2
Sarchí Norte	15,1	8 339	551,9	8 382	554,7
Sarchí Sur	8,3	6 466	783,8	6 539	792,6
Toro Amarillo	75,0	379	5,1	380	5,1
San Pedro	15,8	4 412	279,2	4 463	282,5
Rodríguez	7,8	2 796	358,5	2 832	363,1

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2021-2022

9.3 DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS

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

Organización política local

En Sarchí las instituciones presentes se pueden sectorizar en salud (Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Cruz Roja, EBAIS, consultorios privados, entre otros), CEN-CINAI, seguridad (Ministerio de Seguridad Pública, Comités de Seguridad Comunitaria. También se posee una Biblioteca Pública y una Casa de la Cultura (Arce Chaves et al., 2015).

Cada comunidad tiene su propia forma de tomar las decisiones que corresponden al desarrollo del cantón, partiendo de que el Gobierno Local es la máxima autoridad política y como tal debe conducir los planes de desarrollo locales como lo establece la Ley de desconcentración N°8801 (CCCI) Consejos Cantonales de Coordinación Interinstitucional, contando para ello con el respaldo material y humano de las instituciones, organizaciones y población civil.

Organización social

Dentro de los aspectos culturales surge la actividad artesanal, como las carretas, la creación de artesanías y la fabricación de muebles, siendo la producción y comercialización de estos un factor de identificación comunal, por tal motivo a este cantón se le conoce como la “cuna de la artesanía nacional”, lo que genera un atractivo turístico único (Arce Chaves et al., 2015).

Asimismo, dentro de los grupos organizados se encuentran las Asociaciones Comunales, actualmente existen 13 detallando a continuación:

- Asociación de Desarrollo Integral De Alto Castro de Sarchí Sur
- Asociación de Desarrollo Integral de Bajos del Toro Amarillo
- Asociación de Desarrollo Integral de Calle Concha de San Pedro
- Asociación de Desarrollo Integral de Sarchí Sur
- Asociación de Desarrollo Integral de San José de Trojas
- Asociación de Desarrollo Integral de San Juan de Rodríguez
- Asociación de Desarrollo Integral de San Pedro
- Asociación de Desarrollo Integral de San Miguel
- Asociación de Desarrollo Integral de Sabanillas de San Juan
- Asociación de Desarrollo Integral de La Luisa
- Asociación de Desarrollo Integral de Rincón de Alpizar de Sarchí Sur
- Asociación de Desarrollo Integral de San Rafael de Sarchí Norte
- Asociación De Desarrollo Específica Pro Construcción / Mantenimiento/ Acueducto* Caminos Los Ángeles (Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad [DINADECO], 2023)

Adicionalmente existen organizaciones y programas relacionados con acciones para la protección del ambiente (Arce Chaves et al., 2015).

Organización socioeconómica

La economía cantonal fue desarrollada a partir de la actividad cafetalera, no obstante, en la actualidad se distinguen otras actividades importantes como son el cultivo de la caña de azúcar, la industria de fabricación de mecate a partir de la fibra natural conocida como cabuya, la extracción de almidón de yuca, la fabricación y decoración de carretas, la

construcción y venta de muebles y artesanías finamente acabadas y la exportación de plantas ornamentales.

Algunas actividades que se desarrollan en el cantón son la Feria del Agricultor y Feria de la Artesanía. Estas ferias funcionan como atractivo turístico e ingreso económico, tanto para los artesanos como agricultores de la zona, ya que dan a conocer los productos que dan identidad al cantón (Arce Chaves et al., 2015).

En cuanto a las actividades productivas se encuentra el cultivo de café, la caña de azúcar, hortalizas y plantas ornamentales. Otras actividades en menor medida son ganado bovino, porcino, avícola y acuicultura (truchas) (Arce Chaves et al., 2015).

Al igual, se destaca la fabricación con madera y la atención a turistas. El segundo se asocia a la presencia de cataratas donde existen actividades deportivas y recreativas. Otras actividades de las que se benefician los hoteles son cabalgata, rappel, pesca, caminatas (Arce Chaves et al., 2015).

Asimismo, las actividades se relacionan entre ellas por lo que hay un gran número de servicios de alimentación (restaurantes, sodas, heladerías, entre otros) que sirven a las personas que visitan el cantón (Arce Chaves et al., 2015).

A pesar del gran potencial, Sarchí es considerada una “zona de paso”, lo que reduce las posibilidades de visitas turísticas (Arce Chaves et al., 2015).

Un ejemplo de los establecimientos predominantes en Sarchí son los minisúper, abastecedores, supermercados, sodas, comidas rápidas restaurantes, fabricación y venta de muebles, artesanías o la venta y prestación de servicios básicos (Arce Chaves et al., 2015).

Sarchí Norte concentra la mayoría de la población, del comercio y los servicios, incluyendo la sede del Concejo Municipal; cubre un área de 15.11 km² una altitud de 970 msnm.

Sarchí Sur es la segunda ciudad en importancia; concentra la mayor oferta del comercio de muebles y artesanías. Tiene un área de 8.25 km² con una altura de 967 msnm.

Toro Amarillo es el tercer distrito, pero el principal en área, ya que abarca 75,03 Km² o bien el 62% del área cantonal; constituye el espacio más rezagado a nivel de desarrollo y

población concentra el mayor espacio dedicado a la conservación y protección de recursos naturales a través de cuatro áreas silvestres protegidas. Es el distrito con mayores atractivos turísticos naturales, especialmente los ríos, cataratas, bosques, fauna silvestre, paisaje y vida rural.

San Pedro constituye un espacio de transición entre las zonas urbanas y las zonas de características más bien rurales; el mayor porcentaje de su territorio mantiene usos agrícolas. Comprende un área de 15,80 km².

Rodríguez constituye el distrito con menor área (6,06 Km²) en el cual los usos dominantes son el residencial y el agrícola; para las personas visitantes constituye uno de los puntos de entrada al cantón, no obstante, su desarrollo productivo es ciertamente limitado.

9.3.1 INDICADORES SOCIALES

Tasa de alfabetización

Para el 2021, Costa Rica obtuvo una tasa de alfabetización de 97.6%; en Sarchí y ante una población encuestada de 15 368 habitantes, se registra una tasa de alfabetización de 97 % en mayores de 10 años (Tabla 8).

Tabla 8: Condición de alfabetismo según territorio, Costa Rica, 2011.

País/Provincia/Cantón	Total	Alfabeta	Analfabeta	% Alfabetismo
Costa Rica	3 620 938	3 534 208	86 730	97,6
Alajuela	710 509	689 104	21 405	97
Sarchí	15 368	14 911	457	97

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

Índice de desarrollo humano (IDH)

El índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador que da a conocer de manera resumida el grado de progreso de un determinado lugar, basándose en tres aspectos básicos del desarrollo humano.

- A) La esperanza de vida
- B) Nivel de educación
- C) El ingreso per cápita de la zona.

Este indicador se divide en categoría y se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano. (Tabla 9).

Tabla 9: Categorías de desarrollo humano según rangos.

Categorías	Valores
Muy Alto Desarrollo humano	0,800 o más
Alto Desarrollo Humano	De 0,700 a 0,799
Medio Desarrollo Humano	De 0,550 a 0,699
Bajo Desarrollo Humano	Menos de 0,550

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD 2021/2022.

Para Costa Rica, en el 2019, el índice de desarrollo humano fue 0,819 situándose en el puesto 58 del ranking de desarrollo humano (IDH) por países.

Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)

Para el 2019, Sarchí obtiene un índice de desarrollo humano cantonal de 0.783 (alto desarrollo humano), situándose en la posición 55 sobre 82 cantones; no obstante, llama la atención el descenso en el IDHc ocurrido a partir del año 2015, en el cual se obtiene un máximo histórico de 0.816. (Tabla 10).

Tabla 10. Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc) y posición cantonal por año, Sarchí. 2010-2019.

Año	IDH Sarchí	Posición Cantonal
2010	0,767	45°
2011	0,800	28°
2012	0,779	46°
2013	0,803	30°
2014	0,771	47°
2015	0,816	34°
2016	0,802	33°
2017	0,784	47°
2018	0,790	48°
2019	0,783	55°

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de datosmacro.com

Índice de Desarrollo Social

El Índice de Desarrollo Social (IDS) tiene como objetivo ordenar los distritos y cantones de Costa Rica según su nivel de desarrollo social, el resultado final de este índice permite contribuir a la asignación y la reorientación de recursos del Estado.

Para el 2017, Sarchí obtuvo un índice de desarrollo social de 67,19 posicionándose en el puesto 29 sobre 82 cantones.

Respecto al índice social distrital, Sarchí Norte es el distrito que presenta un mayor índice de desarrollo social, seguido por San Pedro y Rodríguez, siendo Sarchí Sur y Toro Amarillo los distritos con un índice de desarrollo social menor.

Tabla 11. Índice de desarrollo Social de Sarchí y sus distritos, 2017.

Cantón/Distrito	IDS 2017
Sarchí	67,19
Sarchi Norte	74,34
Sarchi Sur	64,43
San Pedro	72,91
Rodriguez	71,45
Toro Amarillo	57,98

Fuente: MIDEPLAN, índice de desarrollo Social 2017

Proporción de viviendas según tenencia

Se entiende por tenencia a la relación que existe entre los residentes y la propiedad de la vivienda, sin referencia al terreno en el cual está ubicada la misma.

Tabla 12. Proporción de viviendas según tipo de tenencia, Sarchí, 2011.

Tipo de tenencia	Total	Porcentaje
Propia totalmente pagada	3096	61,26
Propia pagando a plazos	585	11,57
Alquilada	827	16,36
Prestada por motivo de trabajo	201	3,98
Prestada por otro motivo (no paga	219	4,33
En precario	2	0,04
Otro	124	2,45
Total	5054	100

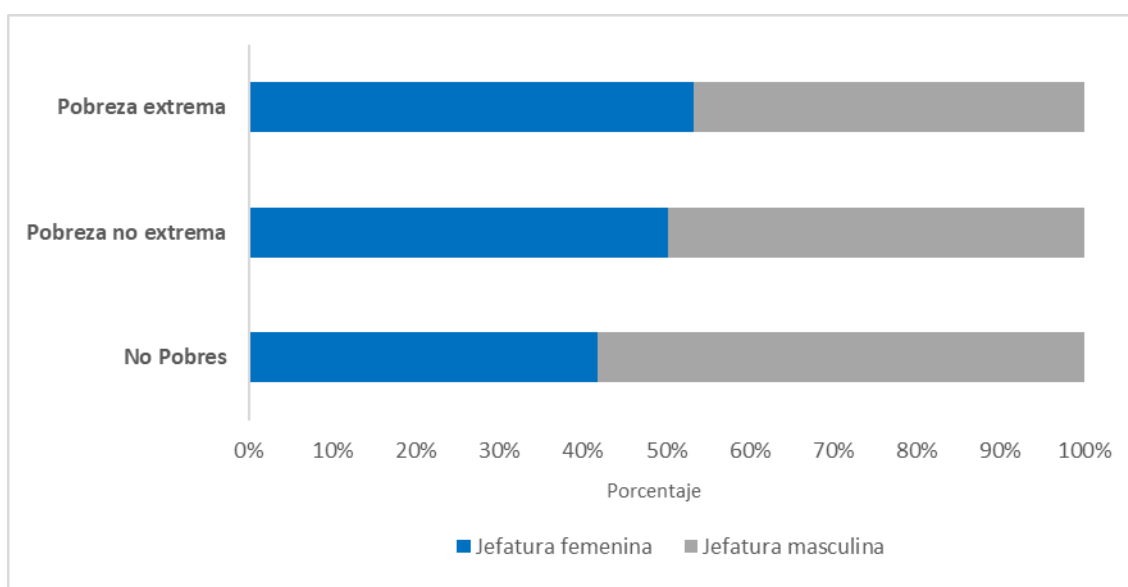
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), 2011.

Pese a que los datos recabados corresponden a la encuesta Nacional del hogar del 2011, llama la atención que la mayor proporción de casas encuestadas correspondían a casas propias totalmente pagadas (61.3%) seguido de la tenencia por condición de alquiler (16.4%); aunado a ello hay una cantidad importante de la población con casa propia pagando a plazos (11,6%) reflejando la iniciativa de las personas de contar con casa propia.

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

Al determinar el sexo de la jefatura de un hogar según su condición de vida para la Región Central de Costa Rica según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2021, se observa que en los hogares no pobres predomina la jefatura masculina mientras que la jefatura femenina predomina en hogares en condición de pobreza y pobreza extrema (figura 3).

Figura 3. Distribución de jefatura de hogar por sexo según nivel económico, Región Central, Costa Rica, 2021.



Fuente: INEC. Encuesta Nacional de Hogares, 2021.

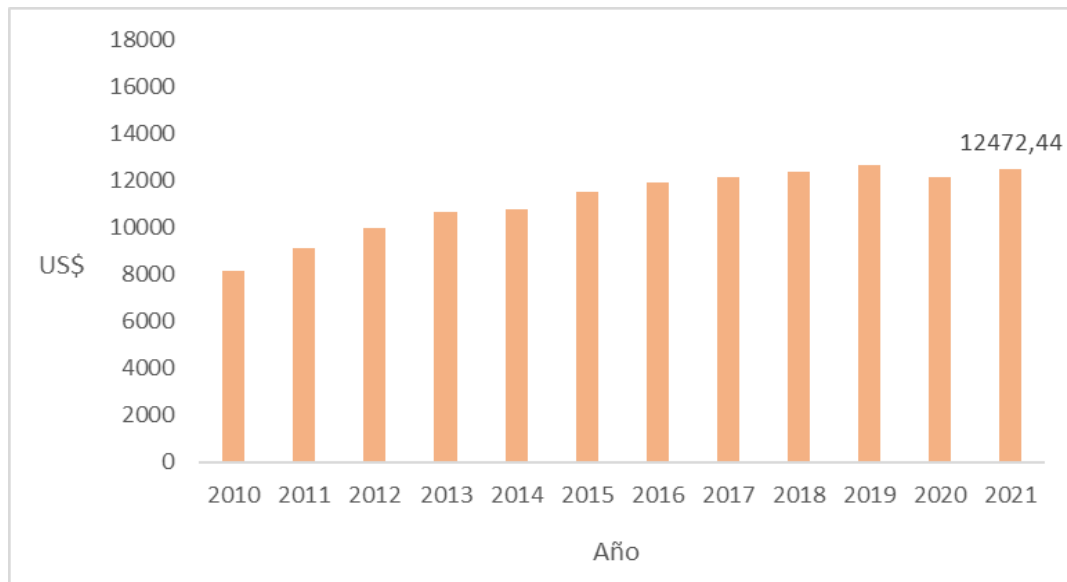
9.3.2 INDICADORES ECONOMICOS

Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes

El Producto Interior Bruto (PIB) mide el valor de todos los bienes y servicios producidos en un período (normalmente un año) en una economía. El PIB es un indicador que se utiliza para conocer la riqueza que genera un país.

Por otra parte, el PIB per cápita o renta per cápita mide la relación existente entre el nivel de renta de un país y su población.

Figura 4: Producto interno bruto (PIB) per cápita en Costa Rica. Periodo 2010-2021

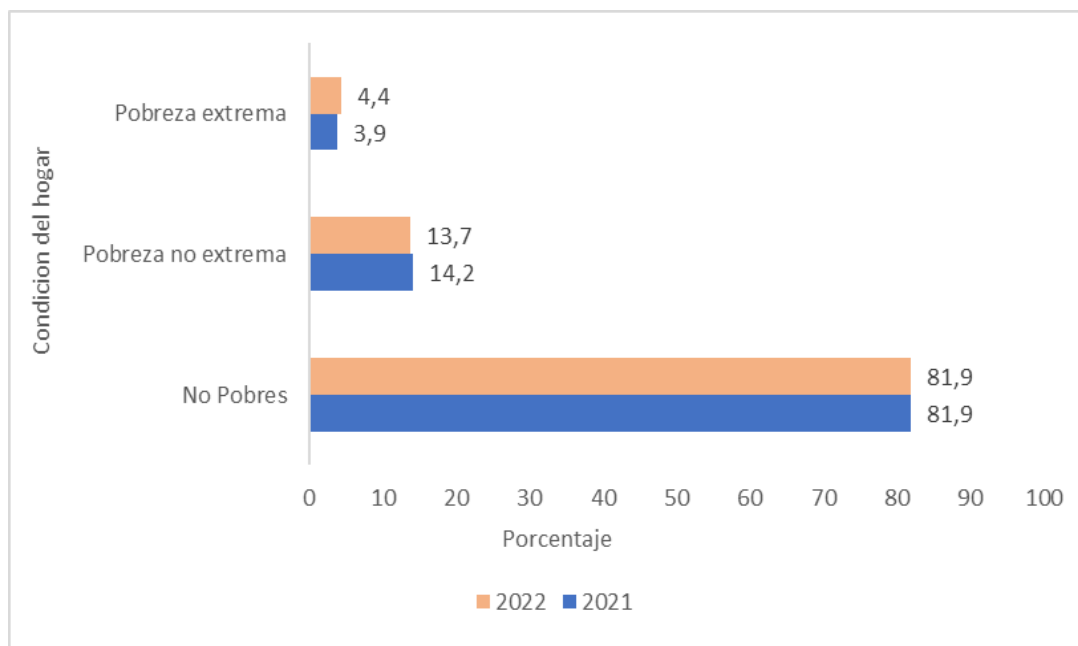


Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

La figura 4 muestra la evolución del PIB per cápita nacional a partir del 2010 en donde se observa un crecimiento gradual hasta el 2020, en donde sufre una disminución considerable, posiblemente relacionada a las repercusiones económicas globales generadas por pandemia por COVID-19. Para el 2021, el PIB per cápita nacional fue de \$12 472.

Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema y extrema

Figura 5. Condición del hogar según nivel económico, región Central, Costa Rica, 2021-2022.



Fuente: INEC. Encuesta Nacional de Hogares, Costa Rica, 2021 y 2022.

La figura numero 5 nos muestra la condición del hogar según nivel económico en la Región Central para los años 2021 y 2022.

Para el 2022 existe un 81.9% de hogares en condición no pobre y un 13.7% en condición de pobreza, pero no extrema. Respecto a los hogares en condición de pobreza extrema, se registra un aumento de 0,5% para el 2022 en comparación al año anterior.

Los siguientes indicadores económicos locales se basan en datos obtenidos del X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del 2011

Población económicamente activa (PEA)

La población económicamente activa, corresponde a la cantidad de personas que se encuentra en la etapa de la vida laborable o productiva.

Según el X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del 2011, 6927 personas constituían la población económicamente activa de Sarchí.

Tabla 13: Población económicamente activa Sarchí, Costa Rica, 2011.

<i>Cantón</i>	<i>Población ocupada de 15 años y más</i>	<i>Población desempleada de 15 años y más</i>	<i>Población Económicamente activa</i>
Sarchí	6713	214	6927

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, 2011.

Tasa de ocupación cantonal

Corresponde al porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. En Sarchí se registra una tasa de ocupación de 49,2% para el 2011.

Tabla 14. Tasa de ocupación en Sarchí, Costa Rica, 2011.

<i>Cantón</i>	<i>Población ocupada de 15 años y más</i>	<i>Población en edad de trabajar de 15 años y más</i>	<i>Tasa de ocupación</i>
Sarchí	6713	13645	49,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, 2011

Tasa de desempleo abierto cantonal

Corresponde al porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo. En Sarchí se registra una tasa de desempleo abierto de 1,6 % para el 2011.

Tabla 15. Tasa de desempleo abierto en Sarchí, Costa Rica, 2011.

<i>Cantón</i>	<i>Población desempleada de 15 años y más</i>	<i>Población en edad de trabajar de 15 años y más</i>	<i>Tasa de desempleo abierto</i>
Sarchí	214	13645	1,6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, 2011.

9.4 DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS AMBIENTALES

La salud ambiental es fundamental para el control y la prevención de enfermedades, ya que actúa para mantener seguras las comunidades al enfocarse en el agua potable, la seguridad alimentaria y el saneamiento (National Center for Environmental Health, Division of Environmental Health Science and Practice, 2022).

Aunado a lo anterior, es que un medio ambiente saludable es vital para “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” como lo indica el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.).

A razón de esto es valiosa la salud pública ambiental, la cual es “la intersección entre el medioambiente y la salud pública aborda los factores ambientales que influyen en la salud humana, y que incluyen factores físicos, químicos y biológicos, y todos los comportamientos relacionados con estos”, este conjunto es conocido como determinantes ambientales de la salud (OPS, s.f.).

La atención de los temas relacionados al agua, saneamiento e higiene, calidad del aire, seguridad química y acción por el clima debe fomentarse, dado que las amenazas a estos pueden tener efectos adversos en la salud y el bienestar de la población (OPS, s.f.).

En Costa Rica, se pretende abordar esta temática incluyendo indicadores ambientales en el Análisis de la Situación de Salud, los cuales permiten conocer la situación actual a nivel

país, provincial o cantonal, los cuales contienen datos sobre agua potable, saneamiento, manejo de residuos, entre otros.

9.4.1 INDICADORES AMBIENTALES

A continuación, se desarrollan los indicadores ambientales correspondientes al cantón de Sarchí.

Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable

El agua potable es “toda aquella agua tratada que cumple con los valores recomendables o máximos establecidos de acuerdo con parámetros tales como son: estéticos, organolépticos, físicos, químicos, biológicos y microbiológicos y que al ser consumida por la población no causa daño a la salud” (AyA, 2017, como se citó en Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN], 2018, p.5)

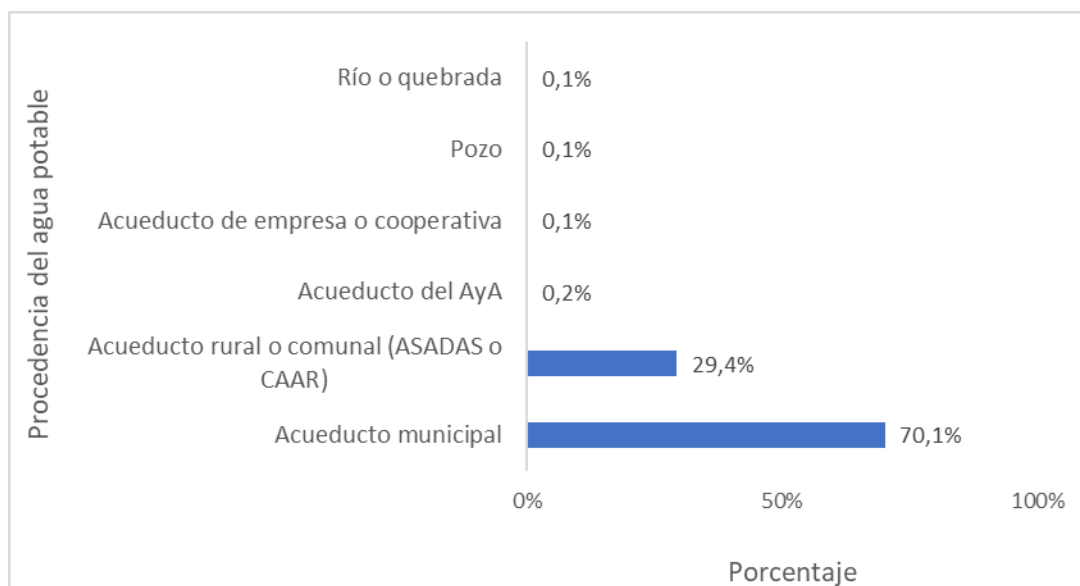
A nivel de América Latina, aproximadamente 28 millones de personas carecen de acceso a una fuente de agua mejorada. Este número es de destacar ya que el Objetivo del Desarrollo Sostenible 6 se refiere a “Garantizar la disponibilidad del agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos” (OPS, s.f., Hoja Informativa).

En Costa Rica 92,4% de población tiene acceso a agua potable, sin embargo aún existen desigualdades, lo que deja a un grupo de personas comprendido por niños, niñas, mujeres, personas con discapacidad y adultas mayores con vulnerabilidad, el cual representa cerca de 350 000 individuos debido a que no logran abastecer sus necesidades básicas ni las de las familias, lo que les genera desafíos ante la falta de agua potable, especialmente ante la emergencia climática, es decir, sequías, temperaturas extremas, tormentas y huracanes (Naciones Unidas Costa Rica, 2020).

En Sarchí, la potabilidad del agua tiene un nivel 3 y una prioridad intermedia, es decir la calidad, cloración y evaluación del agua en el año 2019 tiene una clasificación entre 75% y 89,9%. (Mora Alvarado y Portuguez Barquero, 2020).

La procedencia del agua potable en este cantón corresponde a acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR), acueducto municipal, acueducto de AyA, acueducto de empresa o cooperativa, un pozo, un río o quebrada (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2011).

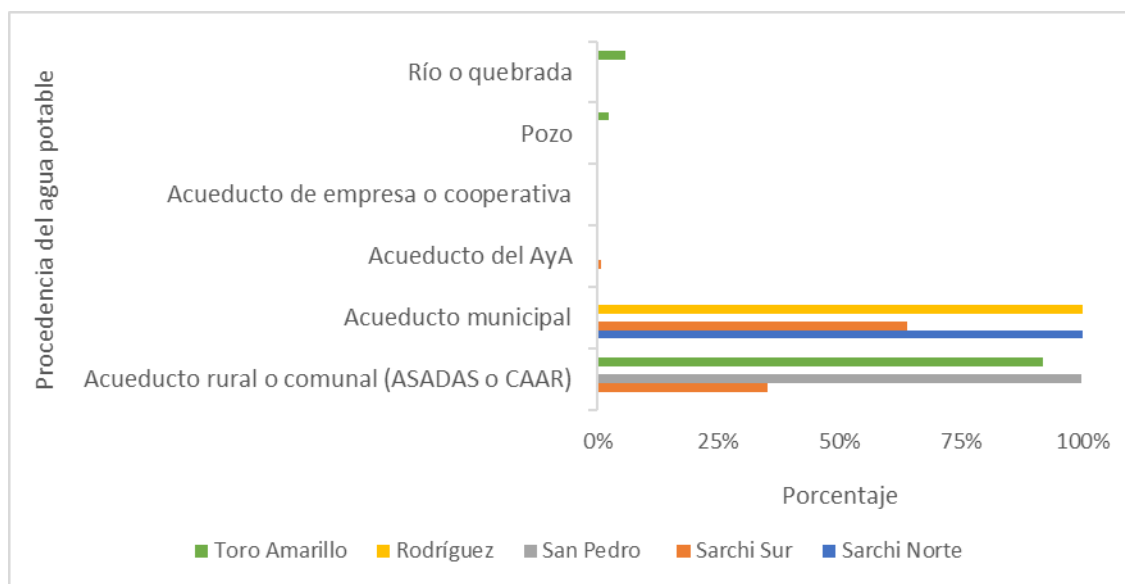
Figura 7. Procedencia del agua del cantón de Sarchí, Costa Rica, 2011.



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2011.

La figura 7, muestra como en Sarchí la población mayoritariamente obtiene su agua potable de Asociaciones Administradoras de los Sistemas de Acueductos y Alcantarillados Comunales (ASADAS) o de Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAAR), seguido por el Acueducto Municipal, mientras las otras procedencias representan en conjunto un 0,5%.

Figura 8. Procedencia del agua según distritos de Sarchí, Costa Rica, 2011.



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2011.

La figura 8, exhibe como en Sarchí Norte y Rodríguez solamente el acueducto municipal abastece el agua potable de la población, en Sarchí Sur principalmente suministra el acueducto municipal seguido por las ASADAS o CAAR, en San Pedro y Toro Amarillo casi en su totalidad las ASADAS o CAAR.

Dentro de las ASADAS del cantón se encuentran Calle Concha, Alto Castro, San Rafael, Los Ángeles, San Pedro, Trojas, Toro Amarillo, El INVU y Cinco Manzanas.

En cuanto al Acueducto Municipal administrado por la Municipalidad de Sarchí, brinda el servicio a los sectores de Sarchí Norte, La Eva, El Estadio, Calle Canto, La Luisa, Pueblo Nuevo, San Juan, Sabanilla, Calle Bambú, Sarchí Sur, San Miguel y Rincón de Alpizar. En este se garantiza la calidad realizando diariamente análisis fisicoquímicos y microbiológicos, que demuestran que el agua suministrada, es apta para el consumo humano, cumpliendo con los parámetros establecidos por la ley (Municipalidad de Sarchí, 2019).

Por último, en Sarchí los acueductos comunales abastecen a casi 8 500 habitantes, aunque es el cantón donde menor cantidad de ASADAS certifican la calidad del agua que distribuyen, para el año 2013 solo el 22% recibió agua potable, 71% agua sin evaluar y 7%

consumió agua no potable. Los acueductos comunales existentes le suministran agua al 40% de la población, por lo que más de 8 000 personas podrían estar en una situación de riesgo (Badilla Vargas y Solórzano Vargas, 2020).

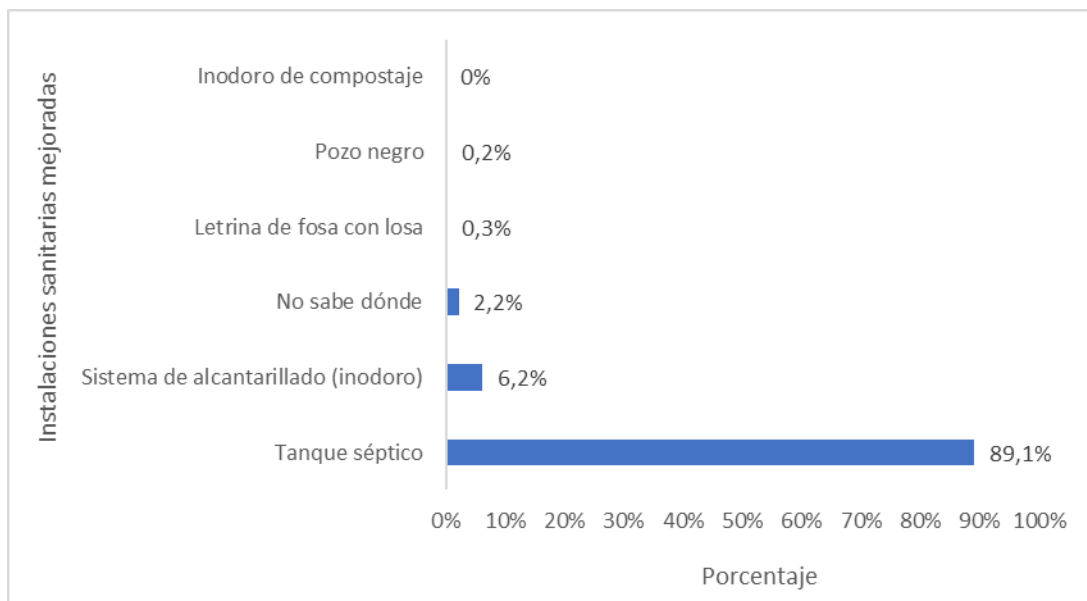
Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento

En América Latina 15,6 millones de personas aún practican la defecación al aire. Esta acción se debe erradicar, debido a que el Objetivo del Desarrollo Sostenible 6 establece que es significativo “Garantizar la disponibilidad del agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos” (OPS, s.f. Hoja Informativa).

A nivel país, cabe destacar que el 97,9% de las personas cuentan con servicio sanitario conectado a alcantarillado o tanque séptico. El saneamiento es importante para la salud, la conservación del recurso hídrico, el cuidado del medio ambiente y para la equidad en el desarrollo humano (MIDEPLAN, 2018).

En la provincia de Alajuela, la población posee instalaciones de saneamiento mejoradas y no mejoradas, la primera categoría incluyendo la mayoría con un 98% y la segunda un 2% (INEC et al., 2019).

Figura 9. Instalaciones sanitarias mejoradas en la provincia de Alajuela, Costa Rica, 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018 (EMNA), 2019.

La figura 9, señala que el tanque séptico es el tipo de instalación más utilizada en la provincia de Alajuela, seguida por el sistema de alcantarillado, mientras un grupo de personas no conoce que instalación mejorada emplean en su hogar.

A razón de que existe un 2% de población que utiliza instalaciones no mejoradas, Badilla Vargas y Solórzano Vargas (2020) comentan que es vital reducir la contaminación de las fuentes de agua, por lo que deben mejorar sustantivamente los sistemas de alcantarillado sanitario y promover el adecuado tratamiento de aguas residuales domésticas e industriales en la Región Occidente.

Al igual se recomienda en Sarchí planificar el envío de aguas servidas, negras y pluviales provenientes de las diferentes urbanizaciones que aumentan el caudal de los ríos (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias Costa Rica [CNE], s.f.), ya que uno de los problemas ambientales en Sarchí es la contaminación de los ríos generada por actividades como talleres y porquerizas (Arce Chaves et al., 2015).

Manejo de residuos

Un residuo es cualquier “material sólido, semisólido, líquido o gas, cuyo generador o poseedor debe o requiere deshacerse de él y que puede o debe ser valorizado o tratado responsablemente o, en su defecto, ser manejado por sistemas de disposición final adecuados” (Asamblea Legislativa, 2021, Definiciones, párr.9). La gestión de estos está asociada a los ODS 11 “Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles” (OPS, s.f., Hoja Informativa).

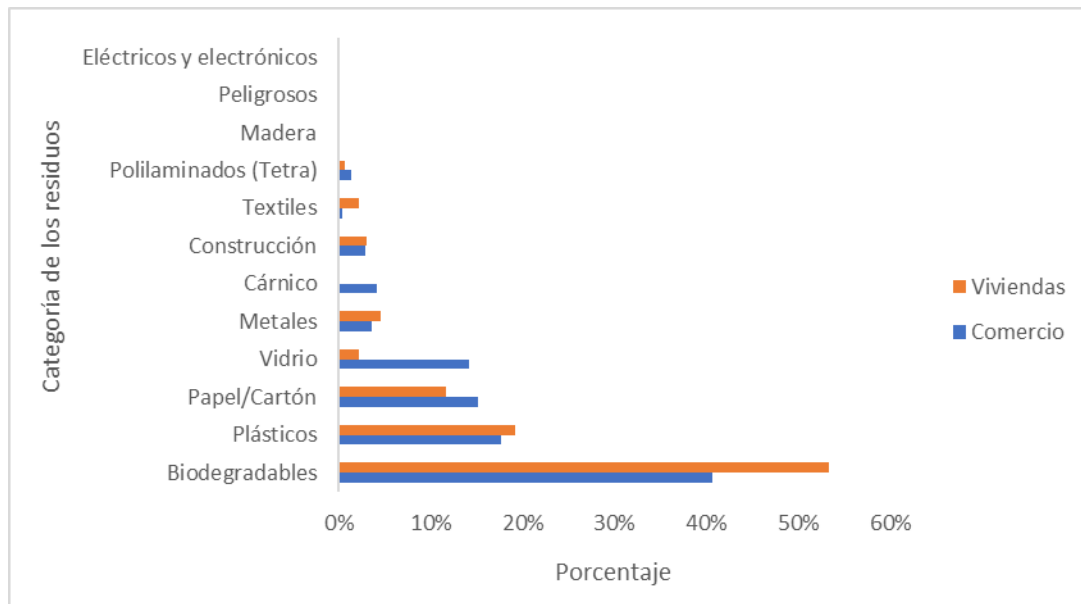
En el año 2021 la población costarricense produjo un total de 1 618 533 toneladas de residuos ordinarios aumentando un 11% en comparación con el 2020 en donde se originaron 1 459 288 toneladas de residuos ordinarios (Ministerio de Salud, 2023). La provincia de Alajuela fue la segunda con mayor generación de residuos ordinarios con un total de 328 588 toneladas en el 2020 (Ministerio de Salud, 2022).

En Sarchí para el año 2021, “la generación diaria por persona (generación per cápita por día) ponderado para el sector residencial es de 0.49 kg/hab*día. Este valor contempla el

aporte de los comercios/industrias a la generación per cápita (0.092 kg/hab*día). (Municipalidad de Sarchí, 2022, p.14).

En la estimación diaria se obtuvo que se generan 10 884.75 kg/día (10.88 T/día) de residuos sólidos, correspondiendo 2 051.55 kg/día a la generación en comercios y 8 833.20 kg/día a las viviendas (Municipalidad de Sarchí, 2022).

Figura 10. Composición de los residuos en el cantón de Sarchí, Costa Rica, 2021.

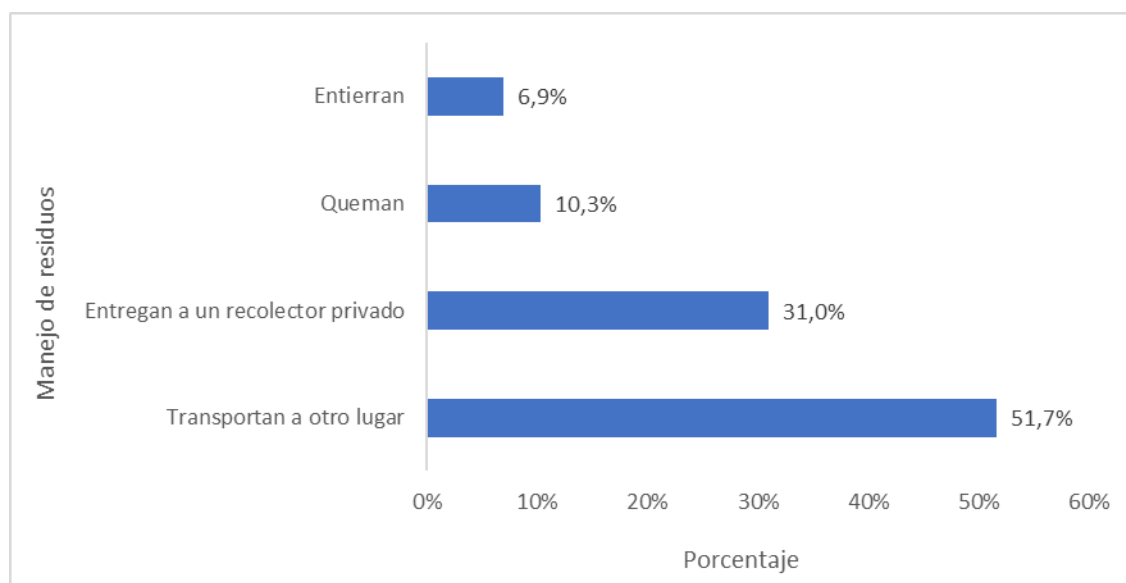


Fuente: Elaboración propia con datos del Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos Sarchí, 2022.

Cabe destacar que, en Sarchí se presentan los servicios de recolección de residuos valorizables, residuos de manejo especial (no tradicional) y por medio composteras rotativas en hogares se gestionan los residuos orgánicos (291 núcleos familiares) (Municipalidad de Sarchí, 2022).

Un indicador importante es el porcentaje de cobertura de recolección de residuos por parte de la Municipalidad de Sarchí de 95,6%, por tanto, 4,4% de la población no tiene cobertura de este servicio, por lo que las personas utilizan otros medios de disposición como lo son transportar a otro lugar, entregar a un recolector privado, quemar y enterrar (Municipalidad de Sarchí, 2022).

Figura 11. Manejo de los residuos sólidos en caso de no recibir recolección en el cantón de Sarchí, Costa Rica, 2019.



Fuente: Elaboración propia con datos del Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos Sarchí, 2022.

La figura 11, demuestra que la población encuestada (53 personas) en el sondeo de opinión dirigido del Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos de Sarchí que no recibe el servicio de camión recolector procede a eliminar los residuos primeramente transportándolos a otro lugar y a lo último que recurren es a enterrarlos.

Áreas Silvestres Protegidas

Parque Nacional del Agua Juan Castro Blanco (PNAJCB)

En el Área de Conservación Arenal Huetar Norte (ACAHN) se encuentra ubicado el Parque Nacional del Agua Juan Castro Blanco (PNAJCB), correspondiente a un Área Terrestre Protegida desde el 9 de junio de 1992 con un total de 14290,397 hectáreas (Ha), establecida por la Ley de Creación del Parque Nacional del Agua, Juan Castro Blanco N° 7297 (Sistema Nacional de Áreas de Conservación [SINAC], 2021).

Dentro de la importancia de la creación de este Parque Nacional es su gran riqueza hídrica para el abastecimiento de agua potable y otros usos que beneficia a varios cantones, dentro

de los que se encuentra Sarchí y la generación de energía de las Hidroeléctricas Altrojas y Toro I en los Bajos del Toro (SINAC, 2021).

Además, con el Plan General de Manejo del Parque Nacional se aborda el Programa de Recursos Naturales (gestión del riesgo, producción sostenible, investigación), el Programa Social (educación ambiental, comunicación, turismo, gestión comunitaria) y el Programa Administrativo-Financiero (SINAC, 2021).

Finalmente, en el distrito de Toro Amarillo se encuentra, el puesto operativo Sector Bajos del Toro (Estación Biológica Volcán Viejo) (SINAC, 2021).

Parque Nacional Volcán Poás

El Parque Nacional Volcán Poás forma parte del Área de Conservación Central (ACC), este fue establecido en 1955, ratificado en 1970 y se amplió su extensión en 1994 mediante el Decreto Ejecutivo No. 22961-MIRENEM Amplia límites del Parque Nacional Volcán Poás, llegando a 6506 Ha. El término Poás se deriva del nombre púas, debido a la existencia de algunas plantas o un pueblo cercano al macizo.

Este tiene una gran importancia como atractivo natural para el turismo nacional como internacional. Dentro de sus atractivos están el cráter principal, cono Von Frantzius, laguna Botos (cerrada actualmente), aves, mamíferos y la flora (SINAC, s.f.-a).

En el cantón de Sarchí hay 1951 Ha pertenecientes al Parque Nacional ubicadas en el distrito de Toro Amarillo (SINAC, 2008)

Zona Protegida Río Toro

La Zona Protectora Río Toro (ZPRT) limita al oeste con la Zona Protectora El Chayote; al este, con el Parque Nacional Volcán Poás; al norte, con el Parque Nacional Juan Castro Blanco y, al sur, con la Reserva Forestal Grecia. Así, se constituye un bloque de conservación importante en el centro del territorio (SINAC, 2019).

Esta se ubica en la provincia de Alajuela, en los cantones de Sarchí (Toro Amarillo, Sarchí Norte y San Pedro), Zarcero y Naranjo (SINAC, 2019).

También es zona de recarga de importancia por el abastecimiento de agua potable que brinda a las poblaciones a lo largo de la cuenca, adicionalmente por la generación eléctrica principalmente en el Complejo Hidroeléctrico Río Toro (SINAC, 2019).

Zona Protegida El Chayote

La Zona Protectora El Chayote es la única zona de carga que abastece de agua potable a las poblaciones de Naranjo, Zarceró y Sarchí. Además, es una zona de descarga donde se encuentran una gran cantidad de nacientes que son aprovechadas para consumo humano, industria, riego y actividades agropecuarias (SINAC, 2019).

Reserva Forestal Grecia (Bosque del Niño)

La Reserva Forestal Grecia tiene gran importancia para la conservación del recurso hídrico de los cantones de Grecia, Poás y Sarchí; así como para la conservación de suelos. Además, protege uno de los reductos de bosque, que forma parte de la zona de amortiguamiento del Parque Nacional Volcán Poás. (SINAC, s.f.-b).

9.5 DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS RELACIONADAS A SALUD

9.5.1 INDICADORES DE SERVICIOS DE LA SALUD

La prevención y control de las enfermedades es una de las principales prioridades de la salud pública en Costa Rica. El país ha sido pionero al introducir nuevos planes y proyectos en función de mejorar los servicios de salud, estos esfuerzos se han tomado mediante decisiones basadas en evidencia científica y el análisis de nuestra situación de salud.

En las últimas décadas se ha producido un cambio importante en la mentalidad de las personas sobre la salud. Hoy la definición de salud integra distintos aspectos de la vida de las personas, no solo su organismo, sino también su afectividad, sus emociones, sus relaciones con el entorno, su bienestar, su equilibrio y su estilo de vida.

El protagonismo en la conservación de la salud ha pasado a centrarse en el paciente, creando una nueva relación médico-paciente, en la que el profesional debe también informar y orientar los procesos salud-enfermedad, sus determinantes, y la respuesta social a esas condiciones de salud.

Sarchí cuenta con cinco distritos los cuales a nivel de servicios de salud abordan de acuerdo con las problemáticas cualitativas y cuantitativas evidentes en cada uno de ellos

La información, y especialmente la información de calidad, es la mejor vía para la seguridad y equilibrio colectivo, y la mejor ayuda para la conservación de la salud pública.

A continuación, se detallan indicadores de servicios de la salud desde la perspectiva cantonal.

Distribución de servicios de salud

Tabla 16: Distribución de los servicios de salud habilitados en Sarchí, Costa Rica, 2023.

Servicios de salud	Cantidad	Porcentaje
Consulta ambulatoria odontología general o especializado	16	34,8
Consulta en medicina general o especializada	12	26,1
Centros de atención integral	6	13
Farmacias comunitarias	3	6,5
Consulta ambulatoria en terapia física	2	4,3
Centros diurnos para el adulto mayor	2	4,3
Laboratorio de microbiología y química clínica	2	4,3
Consulta ambulatoria en psicología	1	2,2
Hogar de larga estancia para el adulto mayor	1	2,2
Servicio de cuidado paliativo	1	2,2
Total	46	100

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos, Area Rectora de Salud de Sarchí, Ministerio de Salud, Costa Rica. 2023

La tabla 16, revela que la mayoría de los servicios de salud presentes en el cantón corresponden a consulta odontológica y consulta médica, pero se puede apreciar que la población tiene acceso a distintos tipos de servicios según sus necesidades.

Proporción de nacimientos por número de consultas prenatales recibidas

Tabla 17. Consultas prenatales recibidas por cada nacimiento en Sarchí, Costa Rica, 2021.

Número de Consultas prenatales	Nacimientos	Porcentaje
Uno	1	0,6
Dos	5	2,9
Tres	3	1,7
Cuatro	2	1,2
Cinco	3	1,7
Seis	24	13,9
Siete	26	15,0
Ocho	28	16,2
Nueve	39	22,5
10 y más	38	22,0
Ignorado	4	2,3
Total	173	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), estadísticas de nacimientos 2021. REDATAM

La tabla 17 muestra que un 91% (158/173) de los nacimientos ocurridos en Sarchí durante el 2021 obtuvieron cinco o más consultas prenatales, lo cual se traduce en un adecuado control prenatal. En contraparte un 8% (11/173) de los nacimientos obtuvo menos de cinco consultas prenatales.

Proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado

Tabla 18. Proporción de partos atendidos por personal capacitado, Sarchí, Costa Rica, 2021.

Tipo de atención	Nacimientos	Porcentaje
Profesional en enfermería obstétrica	121	69,9
Profesional en medicina gineco-obstetra	29	16,8
Profesional en enfermería	13	7,5
Profesional en medicina	9	5,2
Otra persona	1	0,6
Total	173	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), estadísticas de nacimientos 2021. REDATAM

Para el 2021 en Sarchí, el 99% de los partos se atendieron por personal de salud calificado, encabezado por el/la profesional en enfermería obstétrica, lo cual indica que posiblemente fueron partos sin complicaciones médicas.

Cobertura de vacunación en menores de un año

La vacunación es una de las medidas más importantes para proteger la salud de los niños y prevenir enfermedades graves y potencialmente mortales, la vacunación es segura, efectiva y debe ser una prioridad para los padres.

En Costa Rica las vacunas son gratuitas y están disponibles en todas las áreas de salud de la C.C.S.S.

El esquema básico de vacunación Nacional en menores de un año se encuentra conformado por las siguientes vacunas y sus respectivas dosis.

- BCG (1 dosis)
- Vacuna contra la Hepatitis B (3 dosis)
- Vacuna Pentavalente (3 dosis): protege contra Polio, Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tétanos y Tosferina. (3 dosis)
- Neumococo 13 Valente (2 dosis)
- Rotavirus (2 dosis)

Tabla 19. Cobertura de vacunación en menores de 1 año según esquema oficial de vacunación, Sarchí, Costa Rica, 2022.

Periodo	Vacuna	Meta	Dosis aplicadas	% de logro
2 meses	Hepatitis B II dosis	173	204	117,9
	Rotavirus I dosis	173	203	117,3
	Pentavalente I dosis	173	200	115,6
	Neumococo I dosis	173	201	116,2
4 meses	Pentavalente II dosis	173	193	111,6
	Rotavirus II dosis	173	193	111,6
	Neumococo II dosis	173	192	111,0
6 meses	Hepatitis B II dosis	173	184	106,4
	Pentavalente III dosis	173	191	110,4

Fuente: Area de Salud de Sarchí, Caja Costarricense de Seguro Social, 2023.

La meta de cobertura de vacunación en niños menores de 1 año para el 2022 se basó en los nacimientos registrados según el INEC, en el año 2021.

Se observa el sobrecumplimiento de cobertura de vacunas en la población menor de un año, esto se debe al contexto local ya que se presentan diversos factores que incrementan la cantidad total de niños menores de un año que recibieron vacuna, población migrante en época de recolecta de café, grupo familiares que se integran al cantón entre otros.

9.5.2 INDICADORES DE MORBILIDAD

La Vigilancia en Salud Pública consiste en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública. En Costa Rica existe el decreto 40556-s “Reglamento de Vigilancia de la Salud”, el cual contempla el tiempo y forma en que deben ser reportadas las enfermedades para garantizar un análisis de la situación local temprano y ejecutar acciones oportunas.

Eventos de notificación obligatoria

Los eventos de notificación obligatoria permiten el registro de datos estadísticos que muestren la frecuencia con la cual ocurren las enfermedades lo cual, a su vez, ayuda a los profesionales en salud a identificar las tendencias de las enfermedades y a su vez controlar los diferentes eventos.

Basados en el decreto 40556-S, las Áreas Rectoras de Salud deben garantizar que el componente local del proceso Vigilancia de la Salud se ejecute de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Este equipo realiza la selección, recopilación, integración, análisis y difusión de la información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias, para la toma oportuna de decisiones.

Incidencia de eventos de notificación individual

Tabla 20. Incidencia de eventos de notificación obligatoria individual según diagnóstico de notificación, Sarchí, Costa Rica, 2022. (Tasa por 10 000 habitantes).

Evento notificado	Casos	Tasa
COVID-19	285	126,1
ACCIDENTES LABORALES	190	84,1
HIPERTENSION ARTERIAL	104	46,0
OBESIDAD	54	23,9
DIABETES MELLITUS	43	19,0
DEPRESION	36	15,9
VICTIMA ACCIDENTE TRANSITO	31	13,7
INTENTO DE SUICIDIO	22	9,7
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	20	8,9
INFECCIONES ASOCIADAS A ATENCION EN SALUD	16	7,1
EMBARAZO DE ALTO RIESGO	14	6,2
NEGLIGENCIA Y ABANDONO	13	5,8
SIFILIS	12	5,3
VARICELA	9	4,0
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	9	4,0
QUEMADURAS	7	3,1
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	7	3,1
INFECCION GONOCOCICA	6	2,7
DENGUE	5	2,2
DESNUTRICION	4	1,8
RESISTENCIA A LOS BETALACTAMICOS	3	1,3
DEMENCIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2	0,9
DISTIMIA	2	0,9
TRASTORNOS GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO	2	0,9
ENFERMEDAD CHAGAS	1	0,4
ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	1	0,4
HEPATITIS	1	0,4
INFECCION ANOGENITAL DEBIDO A VIRUS DEL HERPES	1	0,4
INFECCION MENINGOCOCICA	1	0,4
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	1	0,4

Fuente: Base de datos de eventos de notificación obligatoria individual, Area Rectora de Salud de Sarchí, Ministerio de Salud, 2022.

La tabla 20 se encuentra conformada por eventos de notificación individual presentados en Sarchí durante el 2022, sin embargo, es posible que las cifras de cada evento estén

subrepresentadas en comparación a la realidad cantonal debido al sub cumplimiento de notificación por parte de todos los entes notificadores, no obstante, permite analizar la frecuencia de eventos relacionados a salud pública de la comunidad reportados y su comportamiento.

Durante el 2022 se registraron 902 eventos de notificación obligatoria individuales a través de boleta VE-01, siendo COVID-19 el evento con mayor cantidad de notificaciones (N=285), seguido de accidentes laborales (N=190).

Luego se encuentran tres condiciones de morbilidad cada vez más prevalentes en la sociedad costarricense, hipertensión arterial (N=104), Obesidad (N=54) y diabetes mellitus (N=43).

Llama la atención el registro de una cantidad considerable de eventos asociados a la salud mental durante el 2022, 36 casos de depresión y 22 intentos de suicidio.

También se observan eventos de notificación atribuidos a enfermedades de transmisión sexual como lo son sífilis (N=12) e infección gonocócica (N=6).

Además, la tabla 18 revela la gran variedad de eventos registrados en Sarchí durante el 2022, se encuentran enfermedades infectocontagiosas, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades asociadas a la salud mental, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

Eventos de notificación colectiva

En el Reglamento de Vigilancia de la Salud, decreto 40556-S, existe otra categoría de eventos denominados eventos de notificación colectiva, la tabla 18 muestra la cantidad de casos presentados por evento en Sarchí durante el 2022.

Tabla 21. Casos registrados según evento de notificación colectiva, Sarchí, Costa Rica, 2022.

Evento	Casos
Infeccion respiratoria aguda superior (IRAS)	4578
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	1147
Parasitosis intestinal sin especificar	61
Conjuntivitis Infecciosa No Hemorrágica	16
Accidentes ofidicos	10
Giardiasis	10
Amebiasis	4
Enf.tipo Influenza (ETI)	2
Enterobiasis	2
Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte	1
Total	5831

Fuente: Base de datos de eventos de notificación obligatoria colectiva, Area Rectora de Salud de Sarchí, Ministerio de Salud, 2022.

La infección respiratoria aguda superior (IRAS) fue el evento con mayor presentación durante el 2022, registrando 4578 casos, seguido de la enfermedad diarreica aguda con 1147 casos registrados.

Tasa de incidencia de las principales neoplasias malignas

Para el año 2016, se registraron 25 casos relacionados a tumores malignos en población masculina del cantón. De la tabla 21 se determina que el cáncer de piel fue el cáncer con mayor incidencia en la población masculina para ese año, traducándose a una tasa de incidencia de 74 casos por cada 100 000 habitantes.

Tabla 22. Casos y tasa de incidencia de tumores malignos en hombres, Sarchí, Costa Rica, 2016. (Tasa por 100 000 habitantes)

Clasificación	Casos	Tasa
Piel	8	74,18
Glándula prostática	3	27,82
Vejiga Urinaria	3	27,82
Estómago	2	18,55
Ganglios linfáticos	2	18,55
Testículos	2	18,55
Glándula tiroides	1	9,27
Otras	4	37,09
Total	25	231,82

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Unidad de Indicadores de la Salud, Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2016.

En mujeres, al igual que en hombres, coincide que el cáncer piel es el tipo de cáncer con mayor incidencia, sin embargo, en mujeres la tasa de incidencia es mayor (105 casos por cada 100 000 habitantes). El cáncer de mamá se posiciona de segundo con una tasa de incidencia de 38 casos por cada 100 000 habitantes. (Tabla 23)

Tabla 23. Casos y tasa de incidencia de tumores malignos en mujeres, Sarchí, Costa Rica, 2016. (Tasa por 100 000 habitantes)

Clasificación	Casos	Tasa
Piel	11	105,25
Mama	4	38,27
Colón	2	19,14
Glándula tiroides	1	9,57
Cuello Uterino	1	9,57
Estómago	1	9,57
Otras localizaciones	1	9,57
Total	21	200,94

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Unidad de Indicadores de la Salud, Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2016

Tasa de incidencia de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Costa Rica tiene como eje fundamental, buscar estrategias para eliminar la epidemia del VIH para el año 2030. Este compromiso forma parte de la estrategia de ONUSIDA 2016-2021, la cual es una de las primeras del sistema de las Naciones Unidas que está alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y se centra en reducir de forma drástica las nuevas infecciones y cambiar la trayectoria de la epidemia (Consejo Nacional de Atención Integral de VIH y SIDA [CONASIDA] y Ministerio de Salud, 2018)

En Costa Rica, según datos oficiales de ONUSIDA 2020, se estimó que hay aproximadamente 16.000 adultos y niños con VIH [14.000 - 17.000], de los cuales 8.308 están en tratamiento antirretroviral, es decir, un 53% [48 - 58]. (CONASIDA y Ministerio de Salud, 2020)

Para el 2020 se registraron 919 nuevos casos de VIH, lo cual evidenció una disminución de 299 nuevos casos en comparación con 2019. De la misma forma, se presentó una reducción de la tasa de nuevos diagnósticos de VIH de 24,1% en 2019 a 18% en 2020, evidenciando una reducción del 6.1 puntos porcentuales, lo cual se puede atribuir a la crisis sanitaria vivida por la COVID-19, la cual trajo consigo afectación en los servicios de salud, ya que se destinaron a la atención de la pandemia. (CONASIDA y Ministerio de Salud, 2020)

En Sarchí, para el período 2015-2022, se registraron 15 nuevos diagnósticos de VIH (12 hombres y 3 mujeres). Del total de nuevos diagnósticos de VIH, el 80% se presentaron en el sexo masculino (Tabla 25). El grupo de edad con más diagnósticos confirmados (ambos sexos) fue el de 20 a 34 años, con 8 nuevos diagnósticos por VIH (Figura 12).

Tabla 24. Casos nuevos de VIH y tasa de incidencia por año en Sarchí, 2015-2022. (Tasa por 100 000 habitantes).

Año	Diagnósticos	Tasa de incidencia
2015	2	9,5
2016	4	18,8
2017	1	4,7
2018	3	13,8
2019	1	4,6
2020	0	0
2021	2	8,9
2022	2	8,9

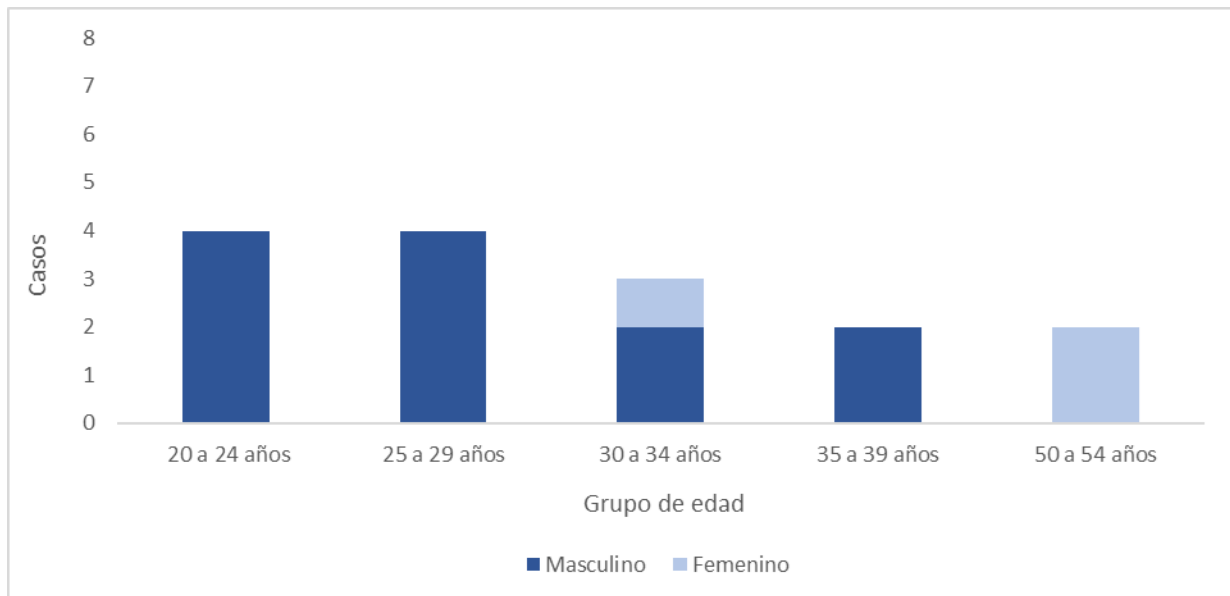
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica.

Tabla 25. Casos nuevos de VIH y distribución por sexo, Sarchi, 2015-2022.

Sexo	Casos	Porcentaje
Masculino	12	80
Femenino	3	20
Total	15	100

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica.

Figura 12. Nuevos casos de VIH diagnosticados según grupo etario y sexo, Sarchí, 2015-2022.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica.

9.5.3 INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES

Porcentaje de personas de 12 a 70 años que realizan ejercicio físico

En Costa Rica, para los años 2014 y 2015 el estudio de Gómez et al. (2023), refleja que más de un tercio de la población urbana costarricense que formó parte del Estudio Latino Americano de Nutrición y Salud no cumplió con las recomendaciones de actividad física establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

Los hombres y las mujeres que son activos físicamente son aquellos que hacen ejercicio 3 ó 4 veces o 5 ó más veces por semana (Araya Vargas, 2019).

Tabla 26. Porcentaje de hombre y mujeres activos físicamente y que no hacen ejercicio, según grupo de edad, 2015.

Años	Activos		No hacen ejercicio	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
12 a 14	50,2	25,1	8,2	21,8
15 a 19	51,5	26,6	15,5	34,3
20 a 24	37,4	26,1	24,6	40,2
25 a 29	36,7	30,4	24,9	40,3
30 a 34	30,1	29,3	31,5	40,5
35 a 39	30,3	34,4	34,9	38,6
40 a 44	28,2	36,2	38,2	40,5
45 a 49	34,7	31,9	38,9	46,2
50 a 54	34,4	36,3	39,1	39,9
55 a 59	34,5	35,5	49,4	43,4
60 a 64	35,4	33,6	45,7	45,4
65 a 69	34,4	32,5	45,8	45,8
70	34,3	21,7	44,4	56,7

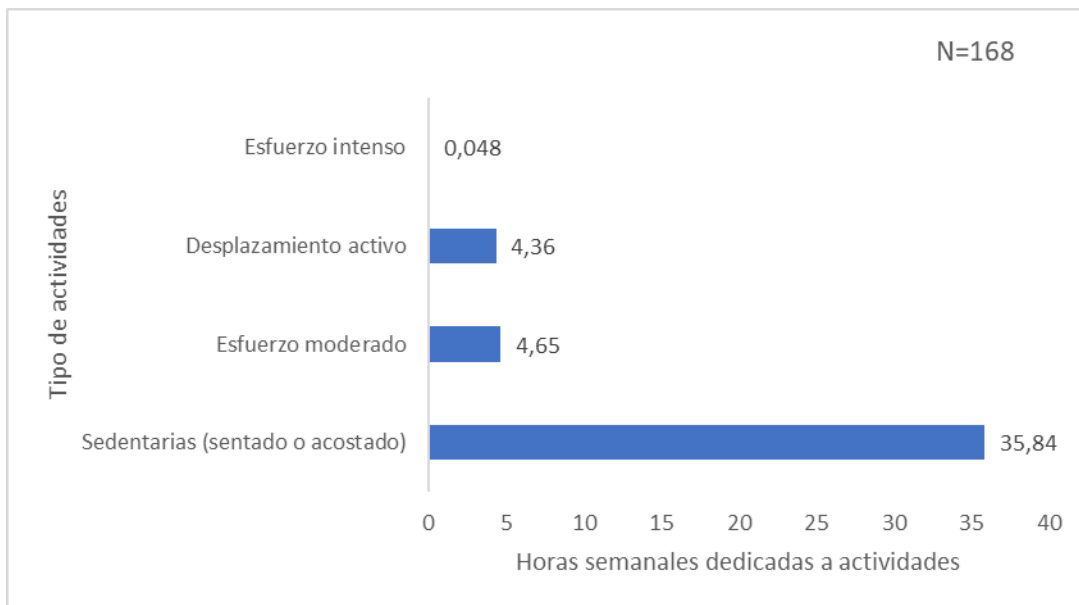
Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del Estado del Deporte y la Recreación en Costa Rica, 2019.

La tabla 26, muestra que los hombres y las mujeres más activos se encuentran en la edad de 15 a 19 años y 50 a 54 años respectivamente, mientras los menos activos se encuentran en las edades de 40 a 44 años en hombres y 70 años en mujeres. En promedio los hombres son más activos que las mujeres.

También exhibe los hombres y mujeres que no hacen ejercicio son mayoritariamente en las edades de 55 a 59 años y 70 años, respectivamente, pero en promedio las mujeres no hacen ejercicio en mayor medida que los hombres.

En referencia al cantón de Sarchí, la población realiza actividades como el desplazamiento activo, actividades que requieren esfuerzo intenso, actividades que exigen esfuerzo moderado y actividades sedentarias (pasar sentado o acostado) (Araya Vargas, 2019).

Figura 13. Horas por semana dedicadas a actividades en Sarchí, Costa Rica, 2015.



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del Estado del Deporte y la Recreación en Costa Rica, 2019.

En cuanto a la figura 13, se detalla que la población de Sarchí emplea la mayoría de las horas semanales en actividades sedentarias superando en aproximadamente 7 veces, las horas empleadas para desplazamiento activo y esfuerzo moderado.

Adicionalmente, el esfuerzo intenso recomendado por la OMS es de 75 minutos por semana, mientras en Sarchí las personas alcanzan 0,048 horas/semana (Araya Vargas, 2019), es decir, 28,8 minutos semanales de esfuerzo intenso.

Por último, es valioso que las personas habitantes de los distritos aprovechen los espacios públicos accesibles para realizar ejercicio como son las plazas, los parques infantiles, el Centro Recreativo Municipal o recurrir a espacios privados como gimnasios, senderos, entre otros.

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

El estado nutricional es un indicador fundamental debido a que muestra la correlación entre el desarrollo socioeconómico, la alimentación, educación y salud que afecta a la población dependiendo de los determinantes sociales y condiciones de desigualdad. Por tanto, la nutrición influye directamente en el crecimiento, desarrollo físico y mental, especialmente en los períodos críticos de crecimiento y desarrollo (etapa preescolar y escolar) (Ministerio de Salud et al., 2016).

Aunado a lo antedicho, es relevante conocer el estado nutricional de la población de 6 a 12 años, principalmente por la prevalencia de sobrepeso y obesidad mostrada en los últimos censos (Ministerio de Salud et al., 2016).

Tabla 27. Porcentaje del Estado nutricional (Índice de Masa Corporal) según edad, 2015.

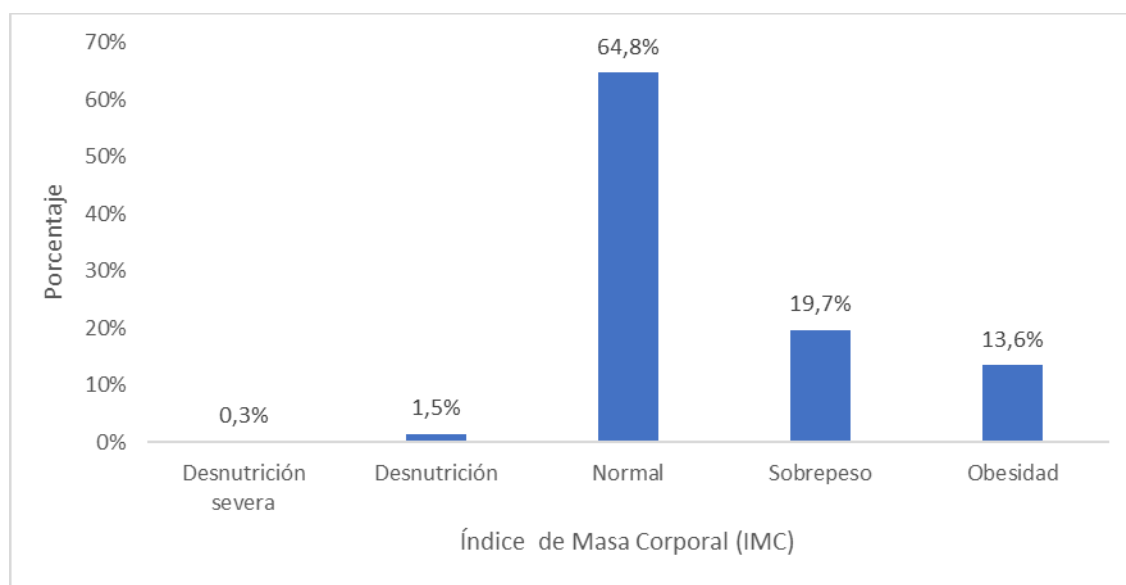
Años	Estado nutricional (IMC)				
	Desnutrición severa %	Desnutrición %	Normal %	Sobrepeso %	Obesidad %
6	0,3	1,5	70,2	15,7	12,3
7	0,2	1,3	67,7	16,3	14,4
8	0,3	1,3	63,3	17,9	17,2
9	0,3	1,2	60,5	19,2	18,7
10	0,3	1,5	58,9	20,7	18,6

11	0,4	1,8	58,8	21,6	17,4
12	0,5	2,1	61,4	21,4	14,6

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de resultados Censo Escolar de Peso-Talla, 2016.

La tabla 27, indica que la mayoría de los escolares entre 6 a 12 años poseen un Índice de Masa Corporal (IMC) normal, seguido por el sobrepeso y la obesidad, los cuales presentan mayores porcentajes en las edades de 9 a 12 años. En la provincia de Alajuela persiste la tendencia mostrada a nivel nacional.

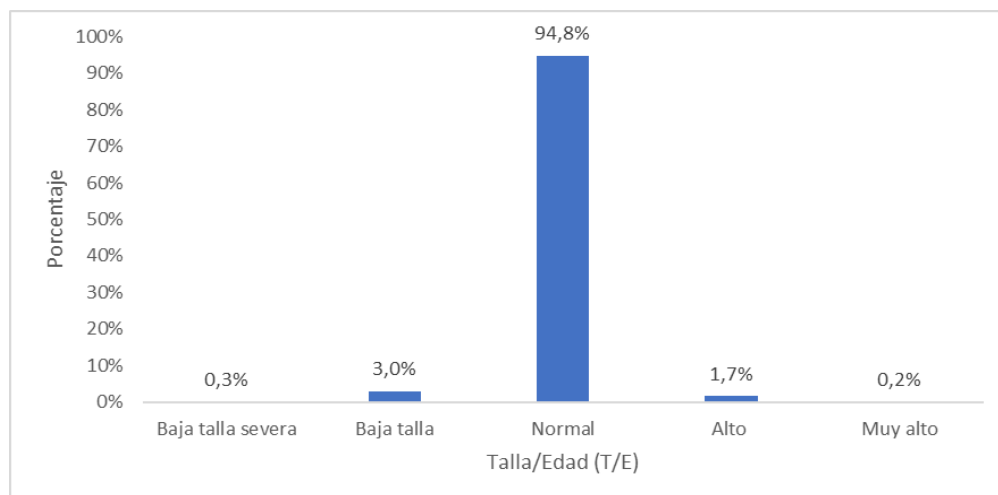
Figura 14. Índice de Masa Corporal (IMC) en escolares de 6 a 12 años en la provincia de Alajuela, Costa Rica, 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de resultados Censo Escolar de Peso-Talla, 2016.

La figura 14, establece que la mayoría de escolares tienen un IMC normal, a pesar de que es destacable el porcentaje de sobrepeso y obesidad.

Figura 15. Talla según edad en escolares de 6 a 12 años en la provincia de Alajuela, Costa Rica, 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de resultados Censo Escolar de Peso-Talla, 2016.

La figura 15, muestra que la mayoría de escolares de 6 a 12 años presenta una talla normal para su edad en la provincia de Alajuela. En Sarchí, los distritos siguen la tendencia mostrada en la provincia mencionada.

Tabla 28. Índice de Masa Corporal (IMC) en escolares de 6 a 12 años según distritos de Sarchí, Costa Rica, 2016.

Índice de Masa Corporal (IMC)					
Distrito	Desnutrición severa %	Desnutrición %	Normal %	Sobrepeso %	Obesidad %
Rodríguez	0	1,1	63,6	15,3	19,9
San Pedro	0	0,7	63,9	20,6	14,9
Sarchí Norte	0,6	1,5	60,4	20,4	17,1
Sarchí Sur	0	1,8	65,7	17,9	14,7
Toro Amarillo	0	4,3	56,5	26,1	13,0

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de resultados Censo Escolar de Peso-Talla, 2016.

La tabla 28, exhibe que en los cinco distritos el IMC en escolares con edades entre 6 a 12 años es normal, seguido en porcentaje por el sobrepeso y la obesidad.

Tabla 29: Talla para la Edad (T/E) en escolares de 6 a 12 años según distritos de Sarchí, Costa Rica, 2016.

Distrito	Talla para la Edad (T/E)				
	Baja talla severa %	Baja talla %	Normal %	Alto %	Muy alto %
Rodríguez	0	4,5	93,2	2,3	0
San Pedro	0	3,7	95,3	0,7	0,3
Sarchí Norte	0,2	2,5	94,4	2,5	0,4
Sarchí Sur	0,4	3,2	94,0	2,0	0,4
Toro Amarillo	0	0	100	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de resultados Censo Escolar de Peso-Talla, 2016.

La tabla 29, indica que en los cinco distritos la T/E en escolares con edades entre 6 a 12 años en su mayoría es normal.

Con relación a lo mostrado anteriormente se puede deducir que la tendencia se repite a nivel nacional, provincial y cantonal.

9.6 DESCRIPCION DE CARACTERISTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS

Riesgos Hidrológicos

Inundaciones

Sarchí posee una red fluvial que contempla los ríos de Sarchí, Molino, Trojas, Cascajal, Toro, Anonos, Gorrión y la quebrada Sabanilla, los cuales pueden afectar a las zonas o barrios de Trojas, San Pedro, Sarchí Sur, San Rafael, San Juan, Sabanilla, Rincón Colorado, Sarchí Sur, La Luisa, Trojas, San Juan, Sarchí Norte, Bambú, San Juan y Bajos del Toro, por el alto riesgo a inundaciones o avalanchas (MAG, 2021)

Lo cual se ve aumentado por prácticas humanas como el desarrollo urbano en forma desordenada y sin ninguna planificación, y al margen de las leyes que regulan el desarrollo urbano y forestal, así como el lanzamiento de desechos sólidos a los cauces (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias Costa Rica [CNE], s.f.).

Deslizamientos

En el norte del cantón se presentan deslizamientos de diversa magnitud (MAG, 2021), debido a que la topografía y geología del suelo favorecen la inestabilidad de los mismos, presentando un riesgo mayor para San Juan, Sarchí, San Pedro, Los Ángeles (Invu), Alto Palomo, Bajos del Toro (CNE, s.f.).

Riesgos geológicos

Actividades sísmicas

En el cantón existen fuentes sísmicas, hacia el norte se presentaron eventos en la región de Bajos del Toro en los años 1911, 1912 y 1955, alcanzando magnitudes que provocaron daños de consideración (CNE, s.f.). Hacia el este existe un sistema de fallas (Alajuela), que han generado actividad en los años 1851 y 1888 (MAG, 2021).

Al igual se puede percibir eventos por subducción de las Placas Cocos-Caribe y causar daños importantes, como en el año 2012 donde varias viviendas localizadas en terrenos quebrados, rellenos informales o sobre pilotes presentaron agrietamientos y daños severos que necesitaron de reparaciones considerables para ser habitables de nuevo (CNE, s.f.).

Los poblados más vulnerables son Sarchí Norte y Sur, Alto Palomo, Trojas, Los Ángeles, La Luisa, San Pedro y San Juan, por las características del suelo, es decir, poco compactos o tipo de origen. Asimismo, los cortes en caminos y tajos en cualquier lugar del cantón vuelven vulnerables dicho espacio (CNE, s.f.).

Amenaza volcánica

El Volcán Poás se encuentra a 28 km de Sarchí, este ha afectado al cantón principalmente por altas emisiones de gases o las cenizas que pueden llegar a ciertos lugares, lo que puede generar daños en actividades como la agricultura y ganadería.

Degradación ambiental

Erosión

Suelos como los de las comunidades de Rincón de Alpizar y Alto Castro se erosionan fácilmente por sus características, lo que ha generado taludes que evolucionan en forma de barrancos y lomas muy alargadas de fuertes flancos y superficie superior convexa, paralelas a los valles fluviales en el sentido de la pendiente, las cuales constituyen un límite o línea divisoria de aguas, proclives a la formación de deslizamientos (Álvarez Vargas y Hernández Rojas, 2016).

Deforestación

En las cuencas altas y medias se produce la deforestación, la cual va ligada a inundaciones y avalanchas, aumentado por la ocupación de las planicies de inundación de los ríos, con precarios y asentamientos humanos (CNE, s.f.)

Riesgos de origen antrópico

Orden Público

De marzo del 2020 a febrero del 2021 se contemplaron 48 denuncias por delitos contra la propiedad relacionadas con hurto, asalto, robo a vehículo, robo a edificación y robo de vehículo, siendo Sarchí Sur el más afectado (45,83%), seguido por Sarchí Norte (33,33%), luego San Pedro (12,5%) y Toro Amarillo (6,25%) y finalmente Rodríguez (2,08%) (Fuerza Pública, 2021).

El cantón no cuenta con actividades extractivas, mientras que las actividades productivas que generan emisiones atmosféricas y/o vertido a cuerpos de agua, se encuentran reguladas y cumplen con la presentación de los reportes operacionales y límites máximos admisibles de los parámetros establecidos según corresponda.

10. PRIORIZACION DE PROBLEMAS

La priorización de problemas es un paso importante en el análisis ya que permite seleccionar las distintas alternativas de soluciones, en base a la ponderación de opciones y aplicación

de criterios para dar mayor peso a los problemas que nos encontremos. Se trata de un momento clave para tomar decisiones y clasificar problemas. Nos enseña a cómo ser más productivos en el trabajo, cómo tomar decisiones importantes y definir las causas y efectos de situaciones problemáticas para aplicar estrategias más acertadas.

Para la realización de la priorización de problemas de Sarchí se tomaron de base los datos de mortalidad por parte del equipo técnico y la priorización con la comunidad y los actores sociales.

A continuación, se detalla la metodología utilizada.

10.1 METODOLOGIA DE PRIORIZACION DEL EQUIPO ASIS BASADO EN MORTALIDAD

Se utilizó la mortalidad como parámetro general para la priorización en una primera etapa de ASIS, ya que se estableció como prioridad analizar las causas de la mortalidad en la población de Sarchí y cuáles son las estrategias más adecuadas para abordar dichos diferenciales en la salud. Se definió como periodo de preferencia el quinquenio 2015-2019, esto por cuanto los datos oficiales y dada la variabilidad de algunos eventos en dependencia del año que se consulten, el orden de los eventos puede variar significativamente.

Como fuente de información para mortalidad, se utilizaron las bases de mortalidad anuales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para los años 2015-2019.

Se clasificó los grupos de edad según curso de vida acorde con lo que contempla la legislación nacional y según la información disponible:

- Menores de 1 año
- Niñez 1-9 años
- Adolescencia 10-19 años
- Persona adulta 20-64 años
- Persona adulta mayor, 65 años y más

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

- Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales

- Enfermedades no transmisibles
- Causas externas de morbilidad y mortalidad
- Causas Mal definidas

Se calcularon las tasas de mortalidad simple por 10.000 habitantes para los grupos y subgrupos de GBD general y según los grupos de edad definidos.

Para la determinación de las causas de muertes específicas se utilizó como referencia la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) versión 2015.

Posteriormente se agruparon causas de mortalidad según CIE-10 para los distintos grupos de edad, se enfatizó en las tres primeras causas de mortalidad según grupo de edad y la primera causa de mortalidad de manera general.

En los siguientes cuadros se detallan los resultados de la metodología implementada para la priorización de problemas de mortalidad en Sarchí.

Tabla 30. Sarchi: Mortalidad proporcional según eventos de Carga Global de Enfermedad 2015-2019 (Cifras quinquenales, tasa promedio por 10.000 habitantes)

Eventos	Total quinquenio	Tasa Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	399	186	83,13
Causas externas de morbilidad y mortalidad	42	20	8,75
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales	32	15	6,67
Mal definidas	7	3	1,46
Total	480	224	100

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

A nivel global, las enfermedades no transmisibles, son la principal causa de muerte y discapacidad y se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas

condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables.

Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental.

En Sarchí, durante el periodo 2015-2019, se registraron 480 fallecimientos, un 83 % (399/480) se atribuyó a enfermedades no transmisibles. (Tabla 30).

Al desagregar las causas de mortalidad por eventos de causa global en el Cantón (tabla 31) se observa que la principal causa de mortalidad se debe a enfermedades cardiovasculares con un 29% (66/480) de fallecimientos asociados a esta causa seguido por tumores malignos que representan un 25% (56/580) de los fallecimientos.

Tabla 31. Sarchí: Mortalidad proporcional según eventos de carga global de enfermedad 2015-2019 (Cifras quinquenales, tasa promedio por 10 000 habitantes).

Eventos	Total Quinquenio	Tasa Quinquenio	Porcentaje
1.Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricior	32	15	6,67
Infecciones respiratorias	17	8	3,54
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	9	4	1,88
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6	3	1,25
2.Enfermedades no transmisibles	399	186	83,13
Enfermedades cardiovasculares	141	66	29,38
Tumores malignos	121	56	25,21
Enfermedades respiratorias	32	15	6,67
Enfermedades digestivas	28	13	5,83
Diabetes mellitus	25	12	5,21
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	20	9	4,17
Enfermedades del sistema genito-urinario	13	6	2,71
Enfermedades del sistema músculo esquelético	8	4	1,67
Anomalías congénitas	6	3	1,25
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	3	1	0,63
Otros tumores	2	1	0,42
3.Causas externas de morbilidad y mortalidad	42	20	8,75
Accidentes	29	14	6,04
Lesiones intencionales	11	5	2,29
Eventos (lesiones) de intención no determinada	2	1	0,42
4.Mal definidas	7	3	1,46
Causas mal definidas	7	3	1,46
Total general	480	224	100,00

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

Tabla 32. Sarchi: Priorización de eventos, según mortalidad proporcional por grupos de edad por curso de vida, 2015-2019 (números absolutos).

Orden N°	Evento (Codigo CIE-10)	Grupos de edad	
		Menos de 1 año	Porcentaje
1	P21 - Asfixia del nacimiento	3	25,00%
2	P22 - Dificultad respiratoria del recién nacido	2	16,67%
3	P27 - Enfermedad respiratoria crónica originada en el período perinatal	2	16,67%
Orden N°	Evento (Codigo CIE-10)	1 a 9 años	Porcentaje
1	K75 - Otras enfermedades inflamatorias del hígado	1	20,00%
2	A41 - Otras septicemias	1	20,00%
3	W80 - Inhalación e ingestión de otros objetos que causan obstrucción de las vías respiratorias	1	20,00%
Orden N°	Evento (Codigo CIE-10)	10 a 19 años	Porcentaje
1	C91 - Leucemia linfoide	1	50,00%
2	C64 - Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	1	50,00%
Orden N°	Evento (Codigo CIE-10)	20 a 64 años	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo del miocardio	12	8,00%
2	C16 - Tumor maligno del estómago	12	8,00%
3	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	5	3,33%
Orden N°	Evento (Codigo CIE-10)	65 años y más	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo del miocardio	24	7,72%
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	22	7,07%
3	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	18	5,79%
Orden N°	Evento (Codigo CIE-10)	Total General	Porcentaje
1	I21 - Infarto agudo del miocardio	36	7,50%
2	I25 - Enfermedad isquémica crónica del corazón	26	5,41%
3	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	21	4,37%

Fuente: INEC-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salu

A partir de los hallazgos de la tabla 32, el equipo técnico ASIS de Sarchí priorizó para cada grupo de edad por curso de vida, el evento con mayor carga de mortalidad asociado (Tabla 33).

Tabla 33. Problemas priorizados por mortalidad según CIE-10, Sarchí Costa Rica, 2015-2019.

Clasificación	Problemas
General	I21 - Infarto agudo del miocardio
Menores de un año	P21 - Asfixia del nacimiento
1 a 9 años	W80 - Inhalación e ingestión de otros objetos que causan obstrucción de las vías respiratorias
10 a 19 años	C91 - Leucemia linfoide
20 a 64 años	C16 - Tumor maligno del estómago
65 y más	I21 - Infarto agudo del miocardio

Fuente: Elaboración propia con datos de mortalidad, Análisis de Situación Integral de Salud, Área Rectora de Salud de Sarchí, Ministerio de Salud, Costa Rica. 2015-2019.

10.2 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD

La priorización de los problemas de salud de la comunidad es un paso importante para conocer e identificar desde la comunidad lo que afecta su salud.

Se realizó un mapeo de actores sociales comunitarios que incluyó representantes reconocidos formalmente como gobiernos locales, instituciones educativas, organizaciones sociales de base, pero también a personas que a pesar de no gozar de reconocimiento formal tienen legitimidad social como: líderes comunales, líderes religiosos, entre otros, y además, considerando que existiera representatividad de distintos sectores sociales.

Se desarrolló un taller de trabajo con actores sociales comunitarios; el objetivo del taller consistía en obtener tres problemas de salud en la comunidad y consistía en dos procesos metodológicos diferentes:

10.2.1 SONDEO GENERAL DE PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD

Para ello se utilizó la técnica del grupo nominal en la cual cada participante anotaba y exponía los tres principales problemas de salud que consideran afectan a la comunidad. Posteriormente se realizó un consolidado del total de los problemas de salud expuestos por los participantes.

Seguidamente, a partir del consolidado de problemas de salud expuestos por los actores sociales, debían elegir los cinco problemas de salud que consideraran eran los más importantes y jerarquizarlos mediante la asignación de puntaje en donde 5 puntos correspondía al problema de mayor importancia y 1 el de menor importancia.

Posteriormente se seleccionaron los 10 problemas de salud que obtuvieron un mayor puntaje.

10.2.2 VALORIZACION Y SELECCION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS EN LA COMUNIDAD

Una vez que el grupo definió los 10 principales problemas de salud de la comunidad, cada participante de manera individual calificó cada uno de los problemas de salud, según los siguientes criterios expresados en la tabla 34.

Tabla 34. Criterios de priorización de los problemas de salud en la comunidad de Sarchí, 2023.

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

Fuente: Guía metodológica para la elaboración del Análisis de Situación Integral de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica, 2019.

Finalmente se obtuvo un puntaje total para cada problema de salud, según las calificaciones individuales de todos los participantes.

Se procedió a extraer los 3 problemas de salud que obtuvieron el mayor puntaje y se sumaron a la lista de problemas priorizados por el Equipo Local. (Tabla 34).

Tabla 34. Problemas de salud priorizados por la comunidad, Sarchí, Costa Rica, 2023.

Problema de salud	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Total
Afectación de la salud mental en la comunidad	12	13	13	14	15	14	13	13	14	121
Inseguridad ciudadana	15	14	13	12	14	10	14	14	13	119
Estructura inadecuada para la atención en salud	11	14	13	13	15	15	11	13	13	118

Fuente: Elaboración propia con datos del Análisis de Situación Integral de la Salud, Área Rectora de Salud de Sarchí, Ministerio de Salud, 2023.

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

El objetivo final de los 5 porqués era determinar las causas del problema para poder solucionarlo de forma eficaz.

11. ANALISIS DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

Para el análisis de los problemas priorizados, se tomó en cuenta los cinco problemas de mortalidad priorizados por el Equipo Local, el problema de mortalidad general y los tres problemas identificados en la comunidad.

Para realizar dicho análisis se usó como método el diagrama causa-efecto (diagrama de Ishikawa), la cual es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales asociadas a un problema de salud.

Este diagrama contempla cuatro niveles:

- Nivel 1: Dimensiones retomando una parte del Modelo teórico-metodológico para el análisis de situación de salud según Determinantes Sociales INHEM. 2019, adaptación más didáctica del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Nivel 2: Causas raíz del problema de salud por dimensión
- Nivel 3. Causas secundarias
- Nivel 4: Causas terciarias

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

Las dimensiones son las siguientes: factores sociopolíticos, factores socioeconómicos, factores biológicos, comportamiento, circunstancias materiales de vida y servicios de salud.

Para cada una de las dimensiones indicadas se analizaron las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciaria.

11.1 IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS RAIZ, SUS CAUSAS SECUNDARIAS Y TERCIARIAS DEL PROBLEMA DE SALUD

Para llevar a cabo este paso, se realizó un taller con actores sociales institucionales del cantón con el objetivo de determinar las causas raíz de cada problema de salud identificado y cada una de sus causas secundarias y terciarias, tomando en cuenta las siguientes definiciones:

Causas raíz: es aquella causa que, en la literatura científica, organismos internacionales y la experiencia en el campo del experto la identifica como un factor de riesgo alto para el problema de salud.

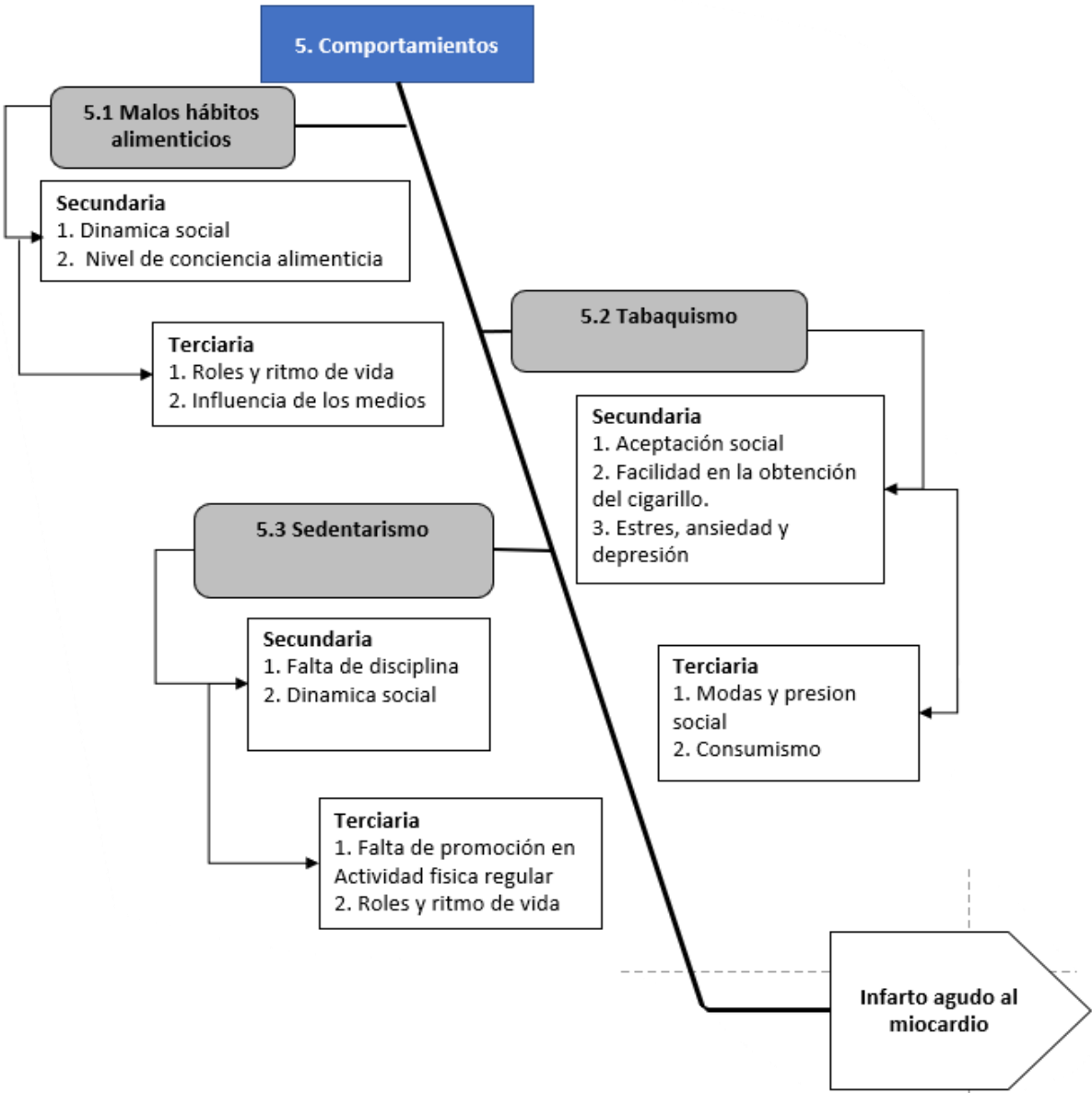
Causas secundarias: son aquellas causas que responden al porqué se presenta la causa raíz en la población.

Causas terciarias: son aquellas causas que responden al porqué se presentan las causas secundarias en la población.

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

A manera de contextualizar, en la figura 16 se presenta el análisis realizado al problema de salud “infarto agudo al miocardio” en la dimensión de comportamiento y las causas raíz, secundarias y terciarias identificadas mediante el diagrama causa-efecto.

Figura 16. Análisis de infarto agudo al miocardio en la dimensión de comportamientos según determinantes sociales de la salud.



11.2 ANALISIS DE LAS CAUSAS RAIZ CON LOS EXPERTOS

Una vez analizados los problemas de salud mediante el diagrama causa-efecto, se procedió a priorizar cada causa raíz identificada para determinar cuales tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud utilizando como metodología el diagrama de Pareto, para ello se designaron tres criterios de priorización con un respectivo puntaje (Tabla 35) y los actores sociales del cantón involucrados en el taller calificaron cada causa raíz identificada de cada problema de salud.

Tabla 35. Criterios de priorización para las causas raíz, ASIS, 2023.

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

Alta	5
3. Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz: ¿Qué nivel de incidencia tiene las instituciones que existen en la comunidad para el abordaje de la causa raíz	
Incidencia baja	3
Incidencia media	7
Incidencia alta	10

Fuente: Guía metodológica para la elaboración del Análisis de Situación Integral de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica, 2019.

Como resultado final, se obtuvo una priorización de las principales causas raíz con mayor grado de impacto sobre cada problema de salud identificado en el ASIS. (Tabla 29 y 30)

Tabla 29. Causas raíz según priorización de problemas de la comunidad, Sarchí, Costa Rica, 2023.

Problema de salud priorizado	Determinante	Causa raíz
Afectación en la salud mental de la comunidad	Circunstancias materiales	Falta de espacios seguros para la recreación y el ocio
	Comportamientos	Falta de educación en habilidades para la vida
	Servicios de Salud	Falta de recurso humano especializado
	Servicios de Salud	Falta de promoción de la salud mental
	Sociopolítico	Falta de articulación interinstitucional
Inseguridad ciudadana	Circunstancias materiales	Espacios propicios para cometer delitos
	Circunstancias materiales	Deficiencia de alumbrado público
	Comportamiento	Consumo de sustancias lícitas e ilícitas
	Comportamiento	Percepción de inseguridad ciudadana
	Socioeconómico	Falta de empleo
Estructura inadecuada para la atención en salud	Circunstancias materiales	Tiempo limitado de consulta por paciente
	Circunstancias materiales	Dificultad en la obtención de citas
	Circunstancias materiales	Hacinamiento
	Servicios de salud	Recurso Material Insuficiente
	Servicios de salud	Recurso humano insuficiente

Fuente: Elaboración propia con datos del Taller ASIS con actores comunitarios, Sarchí, Costa Rica, 2023.

Tabla 30. Causas raíz según priorización de problema por mortalidad, Sarchí, Costa Rica, 2023.

Problema de salud priorizado	Determinante	Causa raíz
Asfixia del nacimiento	Biológico	Factores de riesgo maternos
	Socioeconómico	Falta de educación prenatal
Inhalación e ingestión de otros objetos que causan obstrucción de las vías respiratorias	Comportamiento	Facil acceso a objetos peligrosos
	Socioeconómico	Poco conocimiento en primeros auxilios
Leucemia mieloide	Servicios de la salud	Detección tardía de la enfermedad
Tumor maligno de estómago	Comportamiento	Tabaquismo
	Comportamiento	Obesidad y sedentarismo
	Comportamiento	Consumo elevado de alimentos procesados
	Biológico	Antecedente heredofamiliar de primer grado
	Biológico	Infección por Helicobacter pylori
Infarto agudo al miocardio	Sociopolítica	Falta de acciones y políticas que impulsen el deporte y recreación gratuita
	Socioeconómica	Falta de educación alimentaria
	Circunstancias materiales	Ausencia de espacios recreativos y deportivos seguros
	Comportamiento	Malos hábitos alimenticios
	Comportamiento	Sedentarismo

Fuente: Elaboración propia con datos del Taller ASIS con expertos institucionales, Sarchí, Costa Rica, 2023.

11.3 ANALISIS DEL EVENTO DE SALUD A TRAVES DE SUS CAUSAS PRIORIZADAS

Retomando la información generada mediante la metodología de Pareto se procede a realizar un análisis de cada problema de salud priorizado.

11.3.1 INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte a nivel global y en Costa Rica no es la excepción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que estas enfermedades son las responsables del 31% de los fallecimientos mundiales, con más de 17 millones de muertes al

año, duplicando la mortalidad generada por todos los tipos de cáncer unidos.

Dentro de las enfermedades cardiovasculares se encuentra un evento que conlleva a una alta carga de morbilidad y mortalidad, el infarto agudo al miocardio (IAM).

Según datos nacionales para el año 2019, la tasa de mortalidad por IAM fue de 33 fallecimientos para cada 100 000 mil habitantes. En Sarchí, para ese mismo año, la tasa de mortalidad debido a infarto agudo al miocardio fue de 4 fallecimientos por cada 10 000 habitantes. Durante el quinquenio 2015-2019, en Sarchí, se registraron 36 fallecimientos por IAM, 97% (34/35) de las defunciones ocurrieron en personas mayores de 50 años (mediana de 75 años) y 65% de las defunciones ocurrieron en el sexo masculino.

El infarto agudo al miocardio tiene causas médicas y biológicas bien definidas, sin embargo, también es importante considerar otros determinantes sociales de la salud para comprender cómo factores externos pueden influir en la predisposición, incidencia y consecuencias de esta afección en la población del cantón.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para abordar la salud y la enfermedad. Estos determinantes varían entre poblaciones e individuos y pueden tener un impacto significativo en la salud de las personas y en la aparición de eventos y enfermedades como el infarto agudo al miocardio.

Los determinantes sociales de la salud se catalogan en dos grandes grupos:

Estructurales: Determinante sociopolítico y determinante socioeconómico.

Intermedios: Circunstancias materiales de vida, Servicios de la salud, comportamientos y determinantes biológicos.

Tomando en cuenta lo anterior, los eventos cardiovasculares incluyendo el infarto agudo al miocardio, son altamente determinados por factores asociados a los hábitos de vida y alimenticios del individuo (*determinante de comportamiento*); el sedentarismo, una dieta diaria con exceso de calorías y

hábitos nocivos como el tabaquismo son factores que aumentan el riesgo cardiovascular de una persona, por ende, el riesgo de presentar a largo plazo, un infarto agudo al miocardio.

Respecto al *determinante socioeconómico*, específicamente en el ámbito educativo, la falta de sensibilización hacia el consumo de alimentos saludables y nutritivos, aunado a la globalización, mercadotecnia, accesibilidad y precios bajos de los alimentos procesados incluyendo la comida chatarra, conlleva a la preferencia de estos, siendo alimentos con un valor nutritivo bajo y con altas concentraciones de grasas saturadas, sodio, azúcares entre otros componentes que elevan el factor de riesgo cardiovascular.

La falta de espacios recreativos y deportivos seguros (determinante de *circunstancias materiales de vida*) dificultan el acceso y limitan las opciones para la realización de actividad física.

Tomando en cuenta las causas en el contexto local que impactan sobre la incidencia de la enfermedad, se deben dirigir acciones recreativas, educativas y supervisadas por personal capacitado para mejorar el estilo de vida de la población.

11.3.2 ASFIXIA DEL NACIMIENTO

La asfixia perinatal (AP) es una afección médica que se produce cuando un feto o recién nacido experimenta una falta de oxígeno antes, durante o después del parto. Esta falta de oxígeno puede tener graves consecuencias que incluyen desde la discapacidad física y mental hasta la muerte.

Constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial en recién nacidos. Cada año aproximadamente 4 millones de niños nacen con AP, resultando en un millón de muertes. En los afectados puede causar serias consecuencias neurológicas, como la parálisis cerebral, el retardo mental y la epilepsia. Por sus implicaciones, clínicas, sociales y económicas, para quienes lo padecen y a sus cuidadores, esta se considera como un condicionante del desarrollo educativo del niño, social y económico para la familia.

En Sarchí, durante el quinquenio 2015-2019, se registraron 12 fallecimientos en menores de un año, 25% de los fallecimientos (3/12) se debieron a asfixia perinatal.

Los determinantes sociales de la salud asociados a la asfixia perinatal abarcan factores de riesgo biológicos maternos (hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones urinarias, anemia entre otros) biológicos fetales (prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas) además de factores asociados a aspectos sociodemográficos como la pobreza, escolaridad baja, analfabetismo.

11.3.3 INHALACION E INGESTION DE OTROS OBJETOS QUE CAUSAN OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

La aspiración de un cuerpo extraño a la vía aérea es un accidente frecuente entre los 18 meses y 3 años, pudiendo presentarse como una emergencia, causa importante de morbilidad y en ocasiones de mortalidad, requiriendo por lo tanto diagnóstico y tratamiento precoz.

El objeto aspirado con mayor frecuencia suele ser de origen vegetal (maní, almendras, trozos de fruta), también han sido descritos trozos de carne, botones, tapa de lápices, tornillos, piezas de juguete pequeñas, entre muchos otros objetos de la vida diaria.

Además, existe un mayor riesgo por ahogamiento parcial en menores de 4 años, porque la curiosidad puede llevarlos fácilmente a caer por accidente en el agua de piscinas y/o baldes grandes, de los cuales no pueden escapar.

Los niños presentan características que favorecen la aspiración de un cuerpo extraño; a partir de los 6 meses llevan objetos a la boca, entre los 8 y 10 meses son capaces de hacer pinza entre el índice y el pulgar, curiosidad, inmadurez de la masticación-deglución y luego del año, la capacidad de deambulación. Por todos estos factores la mayor incidencia es en menores de 3 años (80% de los casos), especialmente entre 1 y 2 años.

De todos los accidentes mortales en niños menores de 4 años el 7% son debidos a aspiración de cuerpo extraño. Esta cifra alcanza el 40% en menores de 1 año. (Maggiolo Massione, et al. 2017)

11.3.4 LEUCEMIA LINFOIDE

El cuerpo está formado por millones de células, de diferentes tipos tamaños y funciones. Estas células se dividen, formando los tejidos y los órganos. Cuando las células envejecen o sufren algún daño, mueren y son reemplazadas por otras nuevas. En algunas ocasiones, puede ocurrir que este proceso se des controle. (Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia, 2023).

La leucemia es un tipo de cáncer que afecta a las células de la sangre, se define como aguda o crónica teniendo en cuenta el tiempo de evolución de la enfermedad y se define como linfoide o mielóide en función del tipo de célula que la origina.

Este es el Cáncer infantil más frecuente en niños de 2 a 5 años, también se presenta en adolescentes y adultos mayores, siendo más común en masculinos de raza blanca.

Se entiende por factor de riesgo toda aquella circunstancia que aumenta las posibilidades de que una persona desarrolle la enfermedad.

Respecto a los factores de riesgo de la leucemia linfoide, se encuentran:

- Factores genéticos (alteración de cromosomas)
- Estar expuesto a los rayos X antes del nacimiento.
- Estar expuesto a radiaciones ionizantes, como en el caso de la radioterapia a altas dosis o la exposición a radiaciones nucleares no controladas.
- Ciertas sustancias químicas, como por ejemplo benceno, sustancias alquilantes, nitrosoureas o cloramfenicol.
- Haber tenido un tratamiento anterior con quimioterapia.

En Sarchí, durante el quinquenio 2015-2019, se presentó un fallecimiento debido a leucemia linfoide, tratándose de un masculino de 14 años.

11.3.5 CÁNCER DE ESTÓMAGO

A nivel global, durante el último siglo, la incidencia de casos nuevos de cáncer gástrico ha venido en descenso, sin embargo, continúa afectando a un millón

de casos nuevos cada año y ocasionando 800 000 decesos, afectando en mayor proporción a la población de países en vías de desarrollo.

Costa Rica ocupa el puesto número 11 a nivel mundial en incidencia anual de cáncer gástrico y según datos de la Agencia Internacional para el Estudio de Cáncer (IARC) de la OMS, el cáncer gástrico ocupa el primer lugar de muertes por cáncer en el país. (Dávila Meneses, et al. 2018)

Cada año fallecen por esta causa 750 costarricenses y se diagnostican con esa enfermedad unos 950 casos nuevos. En hombres, es el segundo tipo de cáncer en incidencia, pero primero en mortalidad mientras que en mujeres es el tercero en incidencia, pero el segundo en mortalidad. (Instituto de investigaciones en Salud (INISA), Universidad de Costa Rica (s.f.)

En Sarchí, durante el quinquenio 2015-2019, se registraron 20 fallecimientos por tumores malignos de estómago, siendo la edad promedio de los afectados 61.7 años, así mismo, 65% (13/20) de los casos registrados fueron en el sexo masculino.

Dentro de los factores de riesgo que aumentan las probabilidades de presentar cáncer gástrico se encuentran factores de riesgo genéticos, infecciosos y ambientales, siendo estos últimos, los factores relacionados a comportamientos y hábitos que se pueden modificar desde el nivel individual.

La infección por la bacteria *Helicobacter pylori* en la capa mucosa del estómago es el factor de riesgo que está mayoritariamente relacionado con el cáncer de estómago. Se estima que la infección está presente en un 50% de la población mundial (Csendes A, Figueroa M, 2017). La infección generalmente ocurre antes de los 5 años y la infección por la bacteria está altamente influenciada por el saneamiento ambiental y hábitos de alimentación.

Aunado a esto, otros factores de riesgo modificables con una asociación probable en la aparición de cáncer gástrico son el consumo de bebidas alcohólicas, con una ingesta diaria mayor a 45 g de etanol por día (aproximadamente tres bebidas por día). La ingesta de sal en términos generales se ha relacionado no solo con cáncer gástrico, pero además con el riesgo de padecer de hipertensión arterial y eventos cerebrovasculares; la evidencia sugiere que existe una causa probable entre el consumo elevado

de alimentos con altos contenidos de sal y/o preservantes y la probabilidad de padecer de cáncer gástrico.

Como parte de la priorización de los actores sociales del Cantón de Sarchí, se concluye que el Cáncer de estómago es una de las problemáticas presentes en la zona por lo tanto la captación debe ser oportuna.

11.3.6 AFECTACION DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, existen diferentes definiciones relacionadas a la Salud Mental, en su mayoría coinciden en que la salud mental, no es solamente la ausencia de las enfermedades o de trastornos mentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental 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”.

Para ello es importante contemplar la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, los cuales son determinantes que influyen en el disfrute de un estado de salud óptimo.

Se entiende por determinante, aquellos factores que promueven la Salud Mental o por el contrario tienen un impacto negativo, tales como las circunstancias o condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, envejecen y cómo estas circunstancias intervienen en el estilo de vida de la población.

La salud integral del ser humano sufre alteraciones por diversos factores que afectan su calidad de vida.

El deterioro de la Salud Mental que se ha presentado en los últimos tiempos ha permitido variar la manera de concebir a la misma y evolucionar de un sistema de atención hospitalaria – medico centrista hacia la producción de la salud desde el ámbito comunal.

Siendo así que para el año 2001 la OMS plantea nuevas políticas internacionales para abordar la salud mental desde otro enfoque, creando un marco donde se resalta 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, las mismas vigentes hasta hoy en día.

La salud mental contribuye al capital humano, social, económico y a las funciones de la sociedad aportando a la productividad y generando un recurso primordial para familias, comunidades y país en general.

El aumento de problemas en salud mental a nivel local trae consigo implicaciones no solamente en la calidad de vida de las personas que la padecen, si no también reflejándose en un nivel más amplio, donde converge el ámbito familiar y comunal.

Los problemas de salud mental tienen impacto en la economía ya que son algunas de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y comprometen la capacidad de las personas afectadas, para estudiar, trabajar y participar plenamente en sus comunidades.

Además de su impacto en la salud, los problemas de salud mental pueden llevar al desempleo, la pobreza, la falta de vivienda, al consumo de sustancias y tener importantes consecuencias sociales y económicas para la familia y la comunidad.

La depresión y la ansiedad implican no solamente un costo al estado, el costo emocional para las personas que lo padecen y las afectaciones que esta condición acarrea para sus familias, es un nivel que difícilmente podemos cuantificar.

Al mismo tiempo la salud mental está intrínsecamente ligada a muchas enfermedades físicas, tanto transmisibles como no transmisibles. Por ejemplo, los problemas de salud mental pueden aumentar el riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión y diabetes.

El trabajo en mejorar la Salud Mental lleva implícito prevenir situaciones de violencia en todas sus manifestaciones, delincuencia, matonismo (Bullying), deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigmas asociados a ciertas patologías, mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y no menos importante unir esfuerzos

para mejorar los espacios públicos donde las personas puedan recrearse, hacer actividad física y deporte de manera segura.

11.3.7 INSEGURIDAD CIUDADANA

Según la Real Academia Española (RAE) la *inseguridad* implica la existencia de un peligro, de un riesgo o refleja alguna duda sobre un asunto determinado.

Al referirse al término de inseguridad comunitaria se hace referencia al temor que sobrelleva la población a sufrir posibles ataques o atentados a su integridad física, asaltos, agresiones u otros flagelos a su integridad, como consecuencia del alto grado de delincuencia o debido al aumento de personas en consumo de sustancias que permanecen en la calle.

La inseguridad ciudadana no solo afecta, la integridad y la tranquilidad de las personas, sino también tiene un impacto negativo en la economía y su desarrollo, pues incide negativamente en el capital humano, las inversiones, el empleo, turismo y las posibilidades de crecimiento, esto sin dejar de lado el impacto que conlleva en la salud física y mental de las personas.

En general hay una percepción de inseguridad y pérdida de credibilidad en el deber ser de los sistemas sociales e institucionales, mismos que contribuyen en mayor o menor grado en la pérdida de seguridad; problemáticas familiares, sistema educativo desactualizado, participación comunal limitada, un sistema de seguridad que no cuenta con recursos suficientes para enfrentar la problemática, un sistema judicial cada vez más limitado para poder ejercer su rol y un sistema penitenciario que no rehabilita.

Estas deficiencias expresadas por actores sociales, comunales e institucionales en los procesos de construcción del ASIS, hace que debamos buscar estrategias que nos permitan incidir en los diferentes ámbitos a nivel preventivo, articulando acciones y oportunidades con los principales actores sociales, la familia, la escuela e instituciones representadas a nivel local, no es una problemática que pueda solucionarse únicamente con la presencia de más policías.

El concepto de seguridad ciudadana no sólo debe abarcar lo referente a la delincuencia y violencia en las calles, como comúnmente se maneja, sino que

debe tomar en cuenta la situación del empleo, la vivienda, las condiciones de salud y educación, y todos los aspectos de la vida que abarcan la seguridad básica de los ciudadanos. (Dobles)

Es decir, este fenómeno hay que verlo de manera integral y no reducirlo a un solo *aspecto*. Es importante comprender que el tema de la inseguridad ciudadana es un problema de orden social originado por una crisis de valores que vive nuestra sociedad, un problema de alcance multidimensional y multicausal que no se puede intervenir en una sola dirección.

Los esfuerzos deben ser articulados para combatir la disminución de la pobreza, la desigualdad social e implementar iniciativas que promuevan la permanencia de los adolescentes en los centros educativos, mejorar los mercados laborales y crear programas de promoción y prevención en apoyo a las familias y las diferentes situaciones que les aquejan.

11.3.8 ESTRUCTURA INADECUADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para efectos del análisis de este problema, se tomarán en consideración dos escenarios diferentes

1. En lo concerniente a espacios públicos destinados a brindar acceso a los servicios de salud.
2. A la Estructura organizacional de los servicios de Salud.

Los espacios públicos destinados a brindar servicios de salud son conocidos como centros de salud, a nivel local contamos con cuatro EBAIS y el Área de Salud.

Dentro de las normas de regulación se establece que los centros de salud deben disponer de un entorno físico apropiado, deben contar con instalaciones para el agua, la energía, el saneamiento, la higiene de las manos, la eliminación de desechos que sean fiables y seguras.

Los lugares de trabajo en los cuales se concentra un número importante de personas en espacios reducidos tienen asociados factores de riesgo de diversa índole, entre los cuales podemos destacar: factores ambientales, factores biomecánicos y psicosociales.

El ambiente de trabajo no sólo involucra, relaciones cordiales y respetuosa con pares, sino también el espacio físico donde se desenvuelven los trabajadores.

Un espacio inadecuado podría derivar en factores de riesgo producto de las condiciones de seguridad, de espacio y otros elementos que, estando presentes en las condiciones de trabajo, pueden producir daños a la salud del trabajador y en la calidad del servicio que se brinda.

La demanda en los servicios que se brindan desde el primer nivel de atención ha proliferado, en cantidad y complejidad, los centros de salud han tenido dificultades para atender las demandas nuevas, complejas y cada vez mayores.

En el cantón, algunos servicios como los de salud mental, nutrición, familia, siguen estando centralizados, derivando el abordaje de estas en hospitales.

Si bien es cierto la estructura organizacional actual, contempla la atención integral de la salud, la mayoría de las comunidades, sistemas sociales y de salud desatiende la promoción y la prevención de la salud física, mental, alimentación, rutinas de controles preventivos y hábitos saludables.

La ruta crítica que transita una persona usuaria de los servicios de salud, al requerir apoyo para abordar situaciones que atentan contra su salud, dista mucho de ser un recurso eficiente, las largas listas de espera, la saturación de los servicios de salud mental del sistema público evidencia la fragilidad de los sistemas de salud, que intentan atender las necesidades de una población que cada vez aumenta más su demanda.

Para lograr reducir el sufrimiento, preservar la dignidad de las personas usuarias de los servicios y miembros de una comunidad, necesitamos impulsar la ambiciosa transformación de los servicios de salud, para ello es necesario realizar un esfuerzo concertado y articulado para evidenciar la necesidad de ampliar los servicios con otras disciplinas tales como: psicología, nutrición, promoción social, atención familiar integral, así como contar con los servicios de laboratorio en la atención primaria.

11.4 IDENTIFICACION DE LAS LINEAS DE ACCION PARA INCIDIR SOBRE LAS CAUSAS RAIZ PRIORIZADAS

El equipo local del ASIS procedió a identificar los factores protectores y líneas de acciones para las causas raíz identificadas en cada problema de salud priorizado.

La traducción de causa raíz a factor protector se realizó preguntándose: *¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?*

Una vez reconocido el factor protector se procedió a la identificación de las líneas de acción necesarias para mantener, fortalecer o reproducir este factor. Para lo cual fue necesario tomar como referencia las causas secundarias y terciarias de la causa raíz, puesto que éstas brindan información sobre las acciones específicas que pueden incidir sobre el problema de salud. Es importante aclarar que las líneas de acción responden al ámbito de la prevención o promoción de la salud.

En la figura 14 se muestran los problemas de salud problema de salud con sus causas raíz, factores protectores y líneas de acción.

Figura 14. Identificación de factor de protección y líneas de acción a los problemas de salud priorizados

Problema de salud: Infarto Agudo al Miocardio

Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Sociopolítica	Falta de acciones y políticas que impulsen el deporte y recreación gratuita	Práctica del deporte y la recreación gratuita	Cumplir a cabalidad con las lecciones de educación física en los centros educativos.	MEP	RECAFIS Juntas de educación
			Proponer la conformación de una subcomisión mixta con enfoque de promover la recreación de forma gratuita y segura desde el CCCI.	Municipalidad de Sarchí Comité Cantonal de Deportes	Un representante de cada asociación de desarrollo comunal de Sarchí
Socioeconómico	Falta de educación alimentaria	Promoción de la educación alimentaria	Impulsar alianzas MEP-MAG para la promoción de huertas escolares y programas de hidroponía	MAG MEP	Municipalidad de Sarchi CEN-CINAI
Circunstancias materiales de vida	Ausencia de espacios recreativos y deportivos	Espacios recreativos y deportivos seguros en el cantón	Identificación de áreas para la recreación y el deporte existentes	Municipalidad de Sarchí Comité Cantonal de Deportes	

	seguros		mediante un inventario de espacios recreativos por comunidad y distritos del cantón que contemple el estado actual de las mismas.		
			Acondicionar espacios comunales para realizar actividades recreativas y deportivas mediante la promoción de alianzas.	DINADECO Asociaciones de desarrollo comunales Municipalidad de Sarchí	Comité Cantonal de la Persona Joven Empresa privada Comité Cantonal de Deportes RECAFIS
Circunstancias materiales de vida	Sedentarismo	Promoción de la actividad física	Creación de programas cooperativos que promuevan la actividad física.	Comité Cantonal de deportes MEP CCSS Municipalidad de Sarchí MINSA Comité cantonal de Persona Joven	RECAFIS
Comportamiento	Malos hábitos alimenticios	Promoción de la educación alimentaria	Promoción de alimentación saludable en centros educativos.	MEP CEN-CINAI	Municipalidad de Sarchi, Ministerio de Salud (Reglamento de sodas escolares)

			Divulgar información sobre alimentación saludable mediante distintos canales de comunicación.	Municipalidad de Sarchí CEN-CINAI	
--	--	--	---	--------------------------------------	--

Problema de salud: Afectación de la salud mental en la comunidad					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de Salud	Falta de recurso humano especializado	Recurso humano especializado	Solicitar a las autoridades competentes gestionar los esfuerzos necesarios para que el Área de Salud de Sarchí sea dotado de recurso humano especializado en salud mental.	Ministerio de Salud CCSS	Municipalidad de Sarchí
			Solicitar apoyo del gobierno local en programas y	Municipalidad de Sarchí	Ministerio de Salud

			acciones que promuevan la salud mental en la comunidad.		CCSS
Circunstancias materiales de vida	Falta de espacios seguros para la recreación y el ocio	Existencia de espacios seguros para la recreación y el ocio	Identificación de espacios existentes para la recreación y el deporte mediante un inventario de espacios recreativos por comunidad y distritos del cantón que contemple el estado actual de las mismas.	Municipalidad de Sarchí Comité Cantonal de Deportes	Ministerio de Salud Fuerza pública
			Acondicionar espacios comunales para realizar actividades recreativas y deportivas mediante la promoción de alianzas.	DINADECO Asociaciones de desarrollo comunal	Municipalidad de Sarchí Comité Cantonal de la Persona Joven Empresa privada Comité Cantonal de Deportes, RECAFIS PANI
Sociopolítico	Falta de articulación interinstitucional	Articulación interinstitucional	Identificar las acciones que cada institución local realiza en función de la salud mental en promoción, prevención, atención y reinserción.	Ministerio de Salud CCSS Fuerza Pública Municipalidad de Sarchí	

				MEP PANI IAFA INA	
			Socializar de las acciones identificadas por cada institución.	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud CCSS Fuerza Pública Municipalidad de Sarchí MEP PANI IAFA INA Biblioteca Municipal
Servicios de Salud	Falta de promoción de la salud mental	Promover la salud mental	Crear estrategias de promoción de la salud mental dirigidas a toda la población.	Municipalidad de Sarchí Ministerio de Salud CCSS	
			Establecer canales de comunicación y divulgación de las actividades que se ejecuten en el cantón en función de la salud mental.	Municipalidad de Sarchí Ministerio de Salud CCSS Organizaciones religiosas Asociaciones de	

				desarrollo comunal	
Comportamientos	Falta de educación en habilidades para la vida	Promover las habilidades para la vida	Generar espacios socioeducativos orientados al conocimiento y aplicación de las habilidades para la vida.	Ministerio de Salud IAFA PANI Municipalidad de Sarchí CCSS IMAS INA Fuerza Pública	ONG´s del cantón

Problema de salud: Inseguridad ciudadana

Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Socioeconómico	Falta de empleo	Oportunidades laborales	Realizar un diagnóstico del potencial laboral cantonal	Municipalidad de Sarchí	INA MINSA Fuerza Pública
Comportamiento	Consumo de sustancias lícitas e ilícitas	Regulación del consumo de sustancias lícitas e ilícitas	Realizar un diagnóstico del número de expendios de venta de licor en el cantón	Ministerio de Salud Municipalidad de Sarchí IAFA	
Circunstancias materiales de vida	Deficiencia de alumbrado público	Alumbrado público	Articular con el programa "sembramos seguridad" y el ICE	ICE	Municipalidad de Sarchí Fuerza Pública
Circunstancias materiales de vida	Espacios propicios para cometer delitos	Espacios seguros	Definir cuales espacios inseguros tienen dueño registral para asentar responsabilidades	Municipalidad de Sarchí	Fuerza Pública

Comportamiento	Percepción de inseguridad ciudadana	Mejoras en seguridad ciudadana	Articular programas y alianzas público-privadas que influyan en la seguridad ciudadana	Municipalidad de Sarchí Ministerio de Salud Fuerza Pública	
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--	--	--

Problema de salud: Estructura inadecuada de servicios de la salud					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Circunstancias materiales	Tiempo limitado de consulta por paciente	Aumento del tiempo de consulta	Optimizar el uso del recurso humano en los centros de atención	CCSS	
Servicios de salud	Recurso Material Insuficiente	Contar con recurso material suficiente	Evidenciar la falta de recurso material ante niveles superiores	CCSS	
			Verificar trámites internos innecesarios para la obtención de citas		

Circunstancias materiales	Dificultad en la obtención de citas	Mejorar la información para obtención de citas	Elaborar guía/brochure informativo para obtención de citas mediante aplicación EDUS y socializarlo en los distintos canales de comunicación cantonal	CCSS	Municipalidad de Sarchí Organizaciones religiosas Ministerio de Salud
Servicios de salud	Recurso humano insuficiente	Dotar con recurso humano suficiente al Área de Salud de Sarchí	Gestionar la dotación de recurso humano necesario en el Área de Salud de Sarchí	CCSS Municipalidad de Sarchí Autoridades políticas de la zona	
Circunstancias materiales	Hacinamiento	Contar con espacio físico suficiente	Evidenciar la necesidad de contar con espacios físicos suficientes para el desempeño de las funciones del personal de salud y la atención de los usuarios	CCSS	

Problema de salud: Tumor maligno de estómago

Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamientos	Tabaquismo	Regulación del consumo de tabaco	Regulación del consumo de tabaco en Sarchí	Ministerio de Salud	Fuerza Pública Municipalidad de Sarchí Comunidad
Comportamientos	Obesidad y sedentarismo	Actividad física regular	Promover la importancia de realizar actividad física de manera regular	CCSS Ministerio de Salud Municipalidad de Sarchí Comité Cantonal de deportes MEP	Asociaciones de desarrollo comunal
			Creación de programas cooperativos que promuevan la actividad física	Comité Cantonal de deportes MEP CCSS Municipalidad de Sarchí Ministerio de Salud	RECAFIS

Comportamientos	Consumo elevado de alimentos procesados	Disminución del consumo de alimentos procesados	Promover la lectura de la información nutricional de los alimentos	MEP CEN-CINAI CCSS	Ministerio de Salud
Biológico	Antecedente familiar de primer grado	Conocer el grado de parentesco de un familiar	Generar recordatorio para garantizar chequeo preventivo y tamizajes según edad	CCSS Municipalidad de Sarchí Organizaciones religiosas	Ministerio de Salud MEP
Biológico	Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	Eradicar al microorganismo	Realizar tamizaje anual a pacientes	CCSS	

Problema de salud: Asfixia del nacimiento					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Biológica	Factores de riesgo maternos	Vigilancia obstétrica adecuada	Clasificar a los embarazos según su nivel de riesgo y referir al nivel de atención correspondiente	CCSS consultorios médicos privados	

Biológica	Factores de riesgo maternos	Control prenatal óptimo	Brindar un control prenatal oportuno y de calidad que contemple los factores de riesgo asociados a cada caso	CCSS consultorios médicos privados	
Socioeconómica	Falta de educación prenatal	Educación prenatal	Educar a la familia gestante sobre factores protectores y de riesgo durante el periodo prenatal.	CCSS Consultorios médicos privados	

Problema de salud: Inhalación e ingestión de otros objetos que causan obstrucción de las vías respiratorias

Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Comportamiento	Fácil acceso a objetos y lugares peligrosos	Control de objetos y lugares de riesgo	Divulgar información relacionada a riesgos en los hogares, redes de cuidado, centros de atención, entre otros.	Municipalidad de Sarchí CCSS MEP Cuerpo de bomberos CEN-CINAI	Asociaciones de desarrollo comunal
Socioeconómico	Poco conocimiento en primeros auxilios	Primeros auxilios básicos	Realizar talleres y divulgar información sobre primeros auxilios básicos	Cruz Roja de Sarchí CCSS MEP	Asociaciones de desarrollo comunal

Problema de salud: Leucemia Linfoide

Dimensión	Causas raíz	Factor protector ¿Cuál es la acción contraria que disminuye la causa raíz?	Líneas de acción ¿Qué acciones pueden desarrollarse para mantener, fortalecer o reproducir el factor protector?	Actor responsable ¿Cuál es el actor que debe asumir esa acción?	Actor colaborador ¿Qué actor o actores pueden facilitar o apoyar esa acción?
Servicios de la salud	Detección tardía de la enfermedad	Detección precoz	Educar a los profesionales de la salud del primer nivel de atención	CCSS	Ministerio de Salud

			sobre la enfermedad y la importancia sobre la detección precoz.		
--	--	--	---	--	--

12. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto de Fomento y Asesoría Municipal, (s.f.). Valverde Vega. https://www.ifam.go.cr/?page_id=478
2. Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad. (2023). *Listado de Asociaciones*. http://dinadecodevcopia.addax.cc/zf_ConsultaPublica/ndex/listado
3. Ministerio de Agricultura y Ganadería. (2021). *Descripción de Agencia Extensión Agropecuaria de Sarchí*. <https://www.mag.go.cr/regiones/centraloccidental/Caracterizacion-AEA-Sarchi.pdf>
4. Ivarez Vargas, L.E. y Hernández Rojas, A.P. (2016). *Análisis del escenario y percepción del riesgo por inestabilidad de laderas en las comunidades Rincón de Alpízar y Alto Castro, Sarchí, Costa Rica, durante el periodo 2014- 2015* [Tesis de Maestría Profesional, Universidad de Costa Rica]. Kérwá Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/80920/Tesis%20Lisbeth%20%C3%81lvarez%20y%20Paula%20Hern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Fuerza Pública. (2021). *Informe final cantón Sarchí*. Ministerio de Seguridad Pública. https://www.seguridadpublica.go.cr/ministerio/sembremos_seg/informes/sembremos_seguridad/2021/Sarchi/inf_final_Sarchi.pdf
6. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia (2023). *La leucemia*. AEAL Unidos somos más fuertes. Recuperado el 8 de noviembre de 2023 de <http://www.aeal.es/leucemia-mieloide-aguda-espana/2-la-leucemia/>
7. Dávila Meneses, A., Quintanilla Retana, F., Castillo Araya, K., Sánchez Ortiz, L., Barquero Uriarte, T. y Romero Zúñiga, J.J. (2018). Caracterización clínica y epidemiológica de la población tamizada en el centro de detección temprana de cáncer gástrico, Costa Rica: período 1996-2015. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 27(2), 68-81.

<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/1080/art03v27n2.pdf?sequence=1>

8. Guerrero Portilla, L. (2 de mayo de 2023). *INISA encuentra factor de riesgo para cáncer gástrico en población costarricense*. Instituto de Investigaciones en Salud Universidad de Costa Rica. <https://inisa.ucr.ac.cr/es/noticias/227-inisa-encuentra-factor-de-riesgo-para-c%C3%A1ncer-g%C3%A1strico-en-poblaci%C3%B3n-costarricense>
9. Csendes, A. y Figueroa, M. (2017). Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Revista chilena de cirugía*, 69(6), 502-507. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.014>
10. Inoue, M. (2021). Public Health Interventions for Gastric Cancer Control. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 31(3), 441–449. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2021.03.002>
11. World Cancer Research Fund International. (2018). *Diet, nutrition, physical activity and stomach cancer*. <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/stomach-cancer-report.pdf>
12. Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. (s.f.). *Salud*. Junta de Andalucía OSMAN. Recuperado el 8 de noviembre de 2023 de <http://www.osman.es/diccionario/definicion.php?id=13966>
13. Maggiolo, J., Rubilar, L. y Girardi, G. (2021). Cuerpo extraño en la vía aérea en pediatría. *Neumología Pediátrica*, 10(3), 106–110. <https://doi.org/10.51451/np.v10i3.350>



Ministerio
de **Salud**



ANEXO 1

ANALISIS SITUACIONAL INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL

Area Rectora de Salud de Sarchí

Noviembre 2023

1. JUSTIFICACION

El presente apartado es parte integral del ASIS local, se realiza como un anexo en cumplimiento a la directriz emitida por la Dirección de Vigilancia de la Salud mediante el oficio MS-DVS-111-2023, en respuesta a consulta realizada por la Secretaría Técnica de Salud Mental en marzo del 2023.

En la cual la Dirección de Vigilancia de la Salud da el aval para que se integre al final del documento ASIS un apartado denominado: "Estado de salud mental de la población" el cual contiene los elementos que la Secretaría Técnica de Salud Mental consideró oportuno solicitar a las Áreas Rectoras.

2. INTRODUCCION

El presente documento es un apartado integrado al Análisis de la Situación Integral de la Salud del Cantón, se realiza mediante un anexo a solicitud de la Secretaría Técnica de Salud Mental, cómo parte de la importancia de visualizar la problemática en Salud Mental y tener un concepto más integral del enfoque de Salud.

La guía metodológica para la elaboración del ASIS involucra a los actores sociales para la identificación de las prioridades en salud mental que existen en el cantón, al igual que permite analizar tanto los factores protectores como los factores de riesgo que los actores sociales comunales e institucionales identifiquen como tales.

En el presente apartado se muestran algunos datos estadísticos, análisis y líneas de acción que fueron recopilados y desarrollados mediante consultadas, análisis estadísticos y talleres con los actores sociales, los resultados se consideran valiosos para tener en cuenta al momento de abordar los problemas identificados en salud mental.

Para la recopilación de la información se contó con diferentes insumos brindados por la Secretaría Técnica de Salud Mental y la Dirección de Vigilancia de la Salud, además de realizar consultas a diferentes fuentes de información y bases de datos con los que cuenta las instituciones públicas, entre ellas se pueden mencionar, el Instituto Nacional de Estadística y Censo, Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Ambiente y Energía, Municipalidad, páginas de estadística de la Universidad de Costa Rica, entre algunas otras.

Debido a las diferencias con la que cada institución realiza la recopilación de la información, los periodos de consulta presentan variaciones.

3. MARCO CONCEPTUAL

Para este documento, tal cual lo solicita la guía, el Concepto de Salud Mental que se utiliza es el que se define en la Política Nacional de Salud Mental 2012-

2021; el mismo se define 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.

La definición de Salud Mental parte de que tiene diversos determinantes que influyen positiva o negativamente en la salud, tales como lo son: biológicos, económicos, de conciencia y conducta y los de oferta de servicios.

4. DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

4.1 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 y otros. Igualmente involucra aspectos de biología humana, los hábitos de vida y la influencia del entorno, estos aspectos interfieren en el código genético y actúan como factores epigenéticos.

Las alteraciones epigenéticas son desencadenadas por factores ambientales y mediadas por enzimas cuya actividad se podría modificar con los fármacos adecuados en lo referente a la herencia genética que no suele ser modificable, 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 las más representativas. 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.

4.2 FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES

Estos determinantes se agrupan aspectos sociales y económicos en las que se desenvuelven la persona y los grupos sociales, y vincula la influencia

positiva o negativa que ejerce sobre su Salud Mental. Incluye entre otros, 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, sedentarismos, alimentación saludable, actividad física, estrés, emociones, aspectos espirituales, conducción temeraria, violencia y discriminación en todas sus manifestaciones.

Al igual que el nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, políticas públicas y organización de las instituciones gubernamentales.

Sin dejar de lado los estilos de vida, las decisiones individuales, los hábitos alimentarios, el uso de medicamentos y drogas ilícitas, castigo físico, los tipos de familia, las prácticas religiosas, las vivencias y prácticas de la sexualidad, las formas de recreación, la organización social y la existencia de redes de apoyo, el ingreso económico y equidad en su distribución, así como la cultura imperante relacionada con la Salud Mental con las diferentes prácticas.

Los pilares básicos de la Salud Mental son el deporte, la actividad física, la recreación y la utilización efectiva del tiempo libre. Desde el punto de vista de la Salud Mental se hace necesario mantener y fortalecer estos pilares. Es en este determinante en el cual la mediante las actividades de promoción, atención primaria y organización comunal, se lograrían impactos en una filosofía de vida, que promueva las salud física y mental como un valor irrenunciable.

4.3 DETERMINANTES AMBIENTALES

Es importante identificar que el ambiente humano, el espacio donde vive una persona o grupo humano; el ambiente, tanto construido como sin intervenir, puede promover interacción social, cohesión comunal y Salud Mental, 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.

4.4 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 1: Distribución de los servicios de salud habilitados en Sarchí, Costa Rica, 2023.

Servicios de salud	Cantidad	Porcentaje
Consulta ambulatoria odontología general o especializado	16	34,8
Consulta en medicina general o especializada	12	26,1
Centros de atención integral	6	13
Farmacias comunitarias	3	6,5
Consulta ambulatoria en terapia física	2	4,3
Centros diurnos para el adulto mayor	2	4,3
Laboratorio de microbiología y química clínica	2	4,3
Consulta ambulatoria en psicología	1	2,2
Hogar de larga estancia para el adulto mayor	1	2,2
Servicio de cuidado paliativo	1	2,2
Total	46	100

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos, Area Rectora de Salud de Sarchí, Ministerio de Salud, Costa Rica. 2023

Como se puede observar en la tabla, en el cantón no se cuenta con una oferta de servicios en salud mental, que pueda cubrir las necesidades de la población.

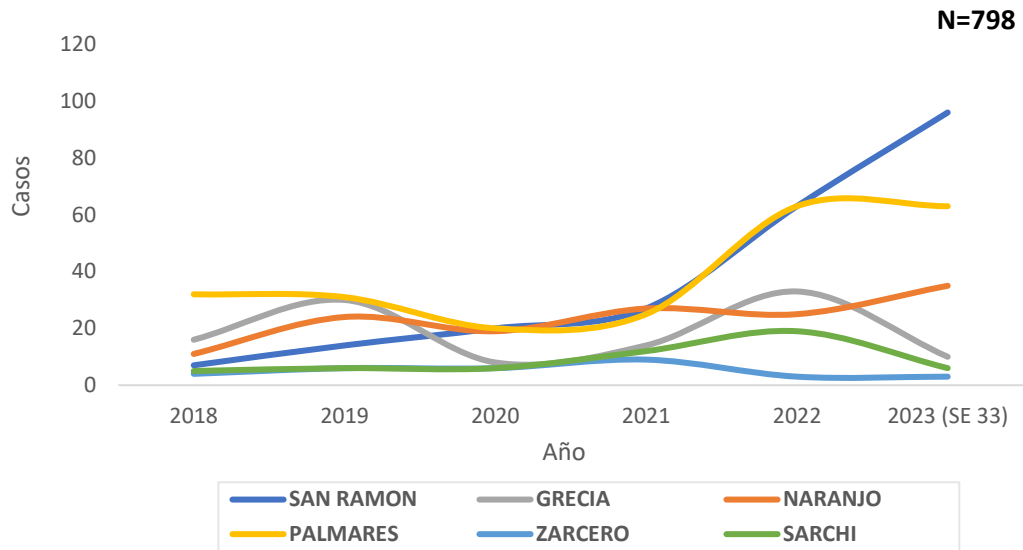
5. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL IDENTIFICADOS

A continuación, se presentan los indicadores que muestran un fragmento de la realidad local en cuanto a reportes asociados a afectación de la salud mental, basados en fuentes de datos oficiales de nivel central y local, información que según el reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto 40556-S, establece los eventos de notificación obligatoria.

5.1 INTENTO DE SUICIDIO

Es importante mencionar que existe un subnotificación del evento y las gráficas son realizadas con datos oficiales de intentos de suicidio reportados a nivel central y local.

Figura 1. Intentos de suicidio reportados para los cantones de la Región Central de Occidente de Alajuela por año, 2018-2023 (SE 33).



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

La Gráfica nos muestra la tendencia en el comportamiento de intentos de suicidio reportados en seis cantones de occidente, en el último quinquenio y hasta la semana epidemiológica 33 del 2023.

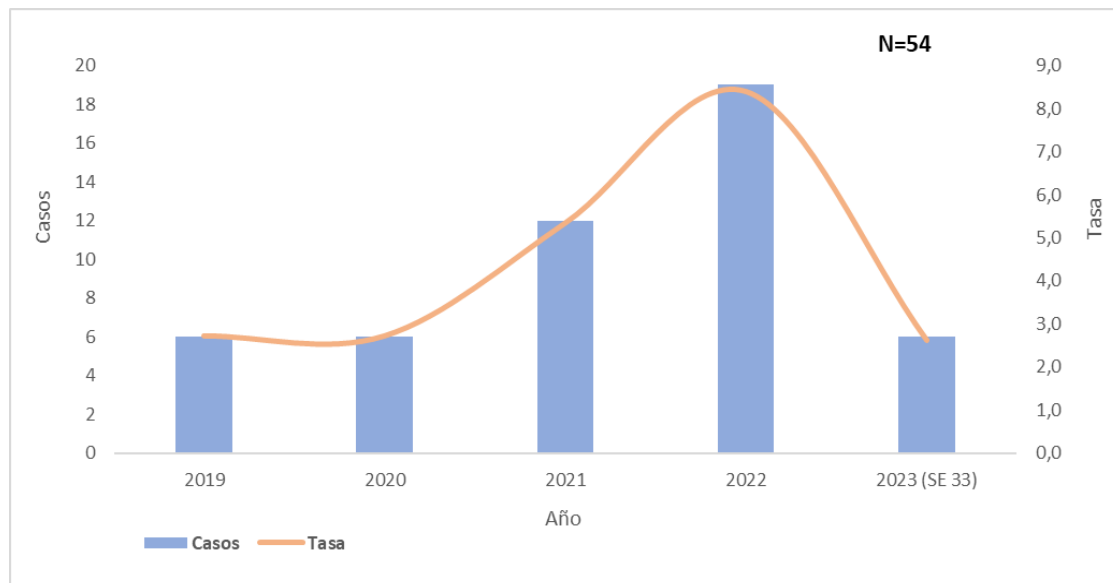
Se realizó un total de 798 reportes de intento de suicidios en los 6 cantones representados en la gráfica; se observa un incremento en el número de casos para el cantón a partir el año 2020.

También se puede observar cómo esta conducta ha ido en aumento, presentando su nivel más alto en el año 2022.

Pese a la creación del Decreto ejecutivo 40881-S Normativa Nacional para la articulación interinstitucional en el abordaje integral del comportamiento suicida, el cual en el artículo N. 11, establece la obligatoriedad a las instituciones del estado a notificar este tipo de eventos, no ha sido posible

tener datos más reales, por ello se habla de un subregistro ya que la realidad puede ser mucho mayor.

Figura 2. Intentos de suicidio y tasa de incidencia en Sarchí, 2019-2023 (SE 33) (Tasa por 10.000 habitantes)



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

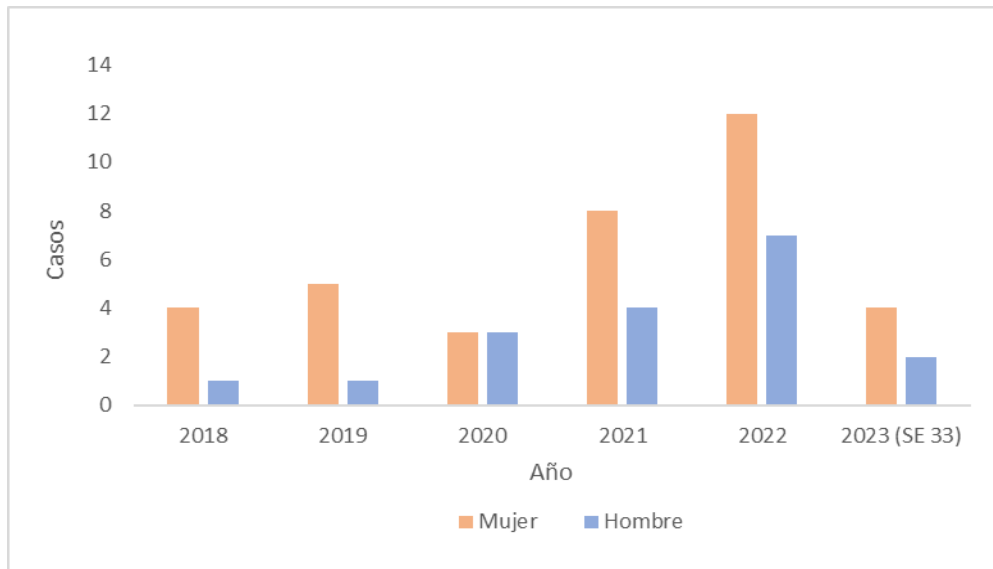
En la figura 2 podemos observar cómo la tendencia de los eventos de intento de suicidio va en aumento, estos resultados podrían ser asociados a la sensibilización de los actores sociales, sobre la obligatoriedad que tienen de reportar este tipo de eventos y en cumplimiento del Decreto ejecutivo 40881-S Normativa Nacional para la articulación interinstitucional en el abordaje integral del comportamiento suicida.

Sin embargo, no todos los Actores Sociales públicos y privados realizan el reporte correspondiente.

Pese a que aún no han llegado los reportes oficiales del organismo de investigación judicial, referente a los suicidios consumados, para octubre del 2023 se contabilizan cuatro decesos por suicidio en el año.

Condición que hace pensar en que los eventos de intento de suicidio pueden ser mucho mayores a los reportados.

Figura 3. Intentos de suicidio según sexo y año en Sarchí, 2018-2023 (SE 33).



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

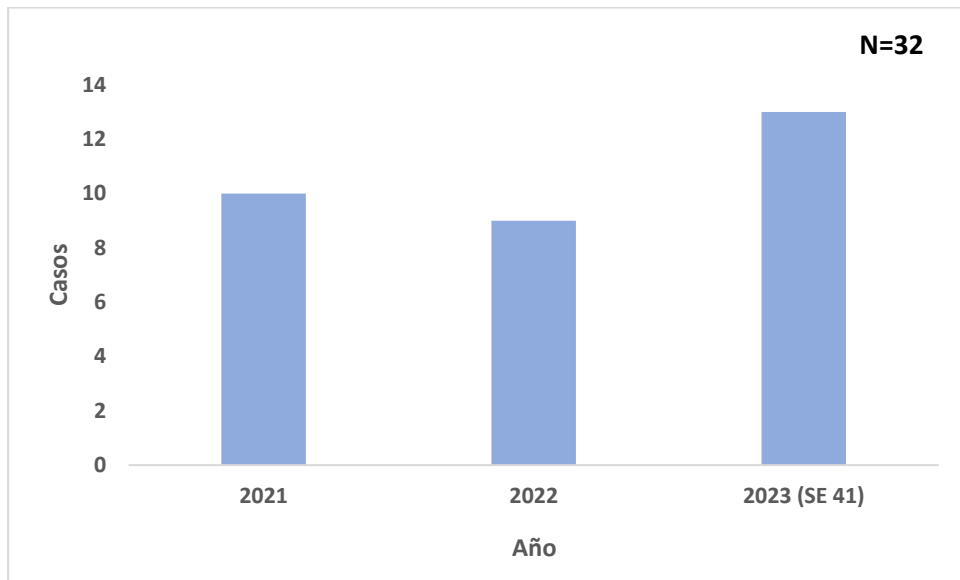
A pesar de que en la mayoría de los países el suicidio es más frecuente en hombres, las estadísticas generalmente revelan que las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. Tales diferencias explican que los hombres son mayormente efectivos en su intento por la letalidad del método y existe una mayor tendencia en las mujeres para buscar ayuda.

Como se observa en la gráfica hay más eventos reportados en mujeres que en hombres, presentándose, el mayor número de reportes de intentos de suicidio en el año 2022.

Para el 2023 se observa un comportamiento más similar, entre hombres y mujeres, sin embargo, para octubre del 2023 se contabilizan cuatro suicidios consumados por varones en el cantón.

5.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Figura 4. Casos reportados de Violencia Intrafamiliar por año, Sarchí, 2021-2023 (SE 41)



Fuente: Base de eventos de notificación individual (VE01), Área Rectora de Salud de Sarchí

La figura 4 nos muestra el número de eventos reportados mediante la boleta de notificación obligatoria (VE01), en los últimos tres años, eventos que van en un aumento considerable para el 2023 en comparación de los dos años anteriores.

En este evento, también se presenta la limitante ya que no todas las entidades reportan los casos atendidos por situaciones de violencia, lo que hace que exista un subregistro de casos en el cantón y la incidencia de este tipo de eventos puede ser mayor.

Tabla 2. Casos de Violencia Intrafamiliar según diagnóstico específico en Sarchí, 2021-2023 (SE 41).

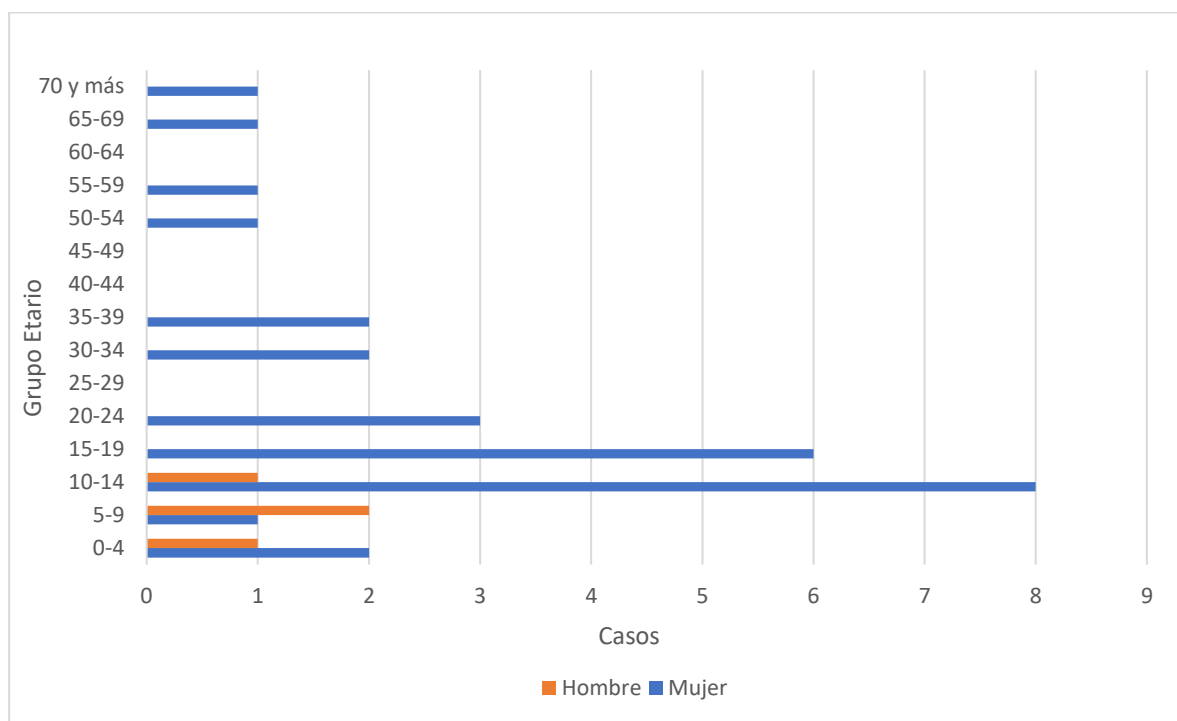
DIAGNOSTICO ESPECIFICO	CANTIDAD
ABUSO FISICO	8
ABUSO SEXUAL	8
ABUSO PSICOLÓGICO	4
NEGLIGENCIA O ABANDONO	4
O SÍNDROMES MALTRATO POR OTRA PERSONA ESPECIFICADA	3
OTROS SÍNDROMES DEL MALTRATO	2
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	2
VIOLENCIA PATRIMONIAL	1
TOTAL	32

Fuente: Base de eventos de notificación individual (VE01), Área Rectora de Salud de Sarchí.

La tabla 2 nos muestra las diferentes manifestaciones de violencia que han sido reportadas desde el año 2021 hasta la semana epidemiológica número 41 del 2023, en total se han reportado treinta y dos notificaciones, mediante la boleta de notificación obligatoria VE01, de las cuales los eventos por abuso físico y sexual son los eventos con mayor presencia, seguidos por los eventos de abuso psicológico y negligencia y abandono.

Los eventos de violencia están incluidos en los eventos que las entidades públicas y privadas están obligadas a reportar, según lo establece el reglamento de Vigilancia Epidemiológica 40556-S, sin embargo, no todas lo hacen, creando una brecha incuantificable entre los eventos notificados y los eventos atendidos por los mismos.

Figura 5. Casos de Violencia Intrafamiliar según sexo y grupo de edad de la víctima, Sarchí, 2021-2023 (SE 41)



Fuente: Base de eventos de notificación individual (VE01), Área Rectora de Salud de Sarchí

La figura 5 nos muestra los casos de Violencia Intrafamiliar según sexo y grupo de edad de la víctima, según las notificaciones recibidas en los últimos tres años.

Pudiéndose observar que las mujeres son las mayormente agredidas en los diferentes grupos etarios, concentrándose el mayor grado de vulnerabilidad en las mujeres menores de 19 años.

La grafica nos muestra como los niños varones de 5 a 9 años, son los que presentan mayor reporte de casos por violencia.

6. ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Sarchí a nivel público no cuenta con servicio de profesionales en Salud Mental, pese a los esfuerzos que ha realizado la Dirección del Área de Salud, no ha contado con la asignación de presupuesto para tener una persona para ampliar la oferta de servicios.

Por ubicación, la atención a nivel de Salud Mental de la población de Sarchí es referida para su atención a un segundo nivel, el cual corresponde al Hospital San Francisco de ASIS, el mismo cuenta con un psiquiatra y dos psicólogas, las cuales están destacadas en Grecia y cubren la población de Grecia, Sarchí y Naranjo.

A nivel privado existen 2 consultorios en psicología que ejercen la profesión en consultorios particulares.

Actualmente se cuenta con una alianza público privado, que estableció la Municipalidad con la asociación Mujeres Unidad en Salud y Desarrollo (MUSADE), quienes son 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 atención en trabajo social, psicología; principalmente a mujeres víctimas de todo tipo de violencia. El Objetivo de la organización 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. A través de programas y recursos diseñados específicamente para este propósito, buscamos inspirar a las mujeres a creer en sí mismas plenamente, eliminando cualquier duda y violencia sobre sus vidas.

A nivel local existe la Instancia Local de Articulación para el abordaje integral del intento suicida (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 suicida, los intentos suicidas y sobrevivientes de suicidio.

Otra comisión que funciona es la RISAD – SAID Sistema de Atención Integral del desarrollo del niño y la niña. RISA, son las Redes locales, conformada por CCSS, MEP, PANI, CEN-CINAI, cuyo objetivo es la detección temprana de los problemas del desarrollo y problemas de aprendizaje en población en edad preescolar y escolar.

6.1 PROYECTOS IMPLEMENTADOS EN EL ÚLTIMO QUINQUENIO CON ENFOQUE DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

- Talleres en habilidades para la vida en las escuelas y colegios del Cantón.
- Taller “Aprendiendo a Valerme por mí mismo Salud Mental” Proyecto desarrollado por el Subsistema de protección enfocado a adolescentes.
- En Articulación Municipalidad y la Universidad de Costa Rica, sede de Occidente se ejecutaron 8 talleres con diferentes temas en promoción y prevención de la Salud Mental.
- Proyecto “Porque me quiero cuida mi salud mental, enfocado a adolescentes y sus familias” desarrollado por la Junta de Protección de Niñez y adolescencia y subsistema de protección.
- Desde la articulación interinstitucional con las comisiones que conforman la Comisión de Salud Mental, todos los años se elabora un plan de trabajo, el cual contempla acciones en prevención y promoción.

7. ANALISIS DE LOS TRES PRINCIPALES PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA COMUNIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES SOCIALES ESTRATEGICOS.

La metodología aplicada permitió que los actores sociales identificaran situaciones que para ellos la existencia de estos problemas, repercuten directamente en su salud física y mental. Los tres problemas priorizados fueron:

7.1 AFECTACION DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, existen diferentes definiciones relacionadas a la Salud Mental, en su mayoría coinciden en que la salud mental, no es solamente la ausencia de las enfermedades o de trastornos mentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental 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”.

Para ello es importante contemplar la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, los cuales son determinantes que influyen en el disfrute de un estado de salud óptimo.

Se entiende por determinante, aquellos factores que promueven la Salud Mental o por el contrario tienen un impacto negativo, tales como las circunstancias o condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, envejecen y cómo estas circunstancias intervienen en el estilo de vida de la población.

La salud integral del ser humano sufre alteraciones por diversos factores que afectan su calidad de vida.

El deterioro de la Salud Mental que se ha presentado en los últimos tiempos ha permitido variar la manera de concebir a la misma y evolucionar de un sistema de atención hospitalaria – médico centrista hacia la producción de la salud desde el ámbito comunal.

Siendo así que para el año 2001 la OMS plantean nuevas políticas internacionales para abordar la salud mental desde otro enfoque, creando un marco donde se resalta 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, las mismas vigentes hasta hoy en día. (2)

La salud mental contribuye al capital humano, social, económico y a las funciones de la sociedad aportando a la productividad y generando un recurso primordial para familias, comunidades y país en general.

El aumento de problemas en salud mental a nivel local trae consigo implicaciones no solamente en la calidad de vida de las personas que la padecen, si no también reflejándose en un nivel más amplio, donde converge el ámbito familiar y comunal.

Los problemas de salud mental tienen impacto en la economía ya que son algunas de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y comprometen la capacidad de las personas afectadas, para estudiar, trabajar y participar plenamente en sus comunidades (5).

Además de su impacto en la salud, los problemas de salud mental pueden llevar al desempleo, la pobreza, la falta de vivienda, al consumo de sustancias y tener importantes consecuencias sociales y económicas para la familia y la comunidad.

La depresión y la ansiedad implican no solamente un costo al estado, el costo emocional para las personas que lo padecen y las afectaciones que esta condición acarrea para sus familias, es un nivel que difícilmente podemos cuantificar.

Al mismo tiempo la salud mental está intrínsecamente ligada a muchas enfermedades físicas, tanto transmisibles como no transmisibles. Por ejemplo, los problemas de salud mental pueden aumentar el riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión y diabetes.

El trabajo en mejorar la Salud Mental lleva implícito prevenir situaciones de violencia en todas sus manifestaciones, delincuencia, matonismo (Bullying), deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigmas asociados a ciertas patologías, mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y no menos importante unir esfuerzos para mejorar los espacios públicos donde las personas puedan recrearse, hacer actividad física y deporte de manera segura.

7.2 INSEGURIDAD CIUDADANA

Según la Real Academia Española (RAE) la *inseguridad* implica la existencia de un peligro, de un riesgo o refleja alguna duda sobre un asunto determinado.

Al referirse al término de inseguridad comunitaria se hace referencia al temor que sobrelleva la población a sufrir posibles ataques o atentados a su integridad física, asaltos, agresiones u otros flagelos a su integridad, como consecuencia del alto grado de delincuencia o debido al aumento de personas en consumo de sustancias que permanecen en la calle.

La inseguridad ciudadana no solo afecta, la integridad y la tranquilidad de las personas, sino también tiene un impacto negativo en la economía y su desarrollo, pues incide negativamente en el capital humano, las inversiones, el empleo, turismo y las posibilidades de crecimiento, esto sin dejar de lado el impacto que conlleva en la salud física y mental de las personas.

En general hay una percepción de inseguridad y pérdida de credibilidad en el deber ser de los sistemas sociales e institucionales, mismos que contribuyen en mayor o menor grado en la pérdida de seguridad; problemáticas familiares, sistema educativo desactualizado, participación comunal limitada, un sistema de seguridad que no cuenta con recursos suficientes para enfrentar la problemática, un sistema judicial cada vez más limitado para poder ejercer su rol y un sistema penitenciario que no rehabilita.

Estas deficiencias expresadas por actores sociales, comunales e institucionales en los procesos de construcción del ASIS, hace que debamos buscar estrategias que nos permitan incidir en los diferentes ámbitos a nivel preventivo, articulando acciones y oportunidades con los principales actores sociales, la familia, la escuela e instituciones representadas a nivel local, no es una problemática que pueda solucionarse únicamente con la presencia de más policías.

El concepto de seguridad ciudadana no sólo debe abarcar lo referente a la delincuencia y violencia en las calles, como comúnmente se maneja, sino que debe tomar en cuenta la situación del empleo, la vivienda, las condiciones de salud y educación, y todos los aspectos de la vida que abarcan la seguridad básica de los ciudadanos. (Dobles)

Es decir, este fenómeno hay que verlo de manera integral y no reducirlo a un solo *aspecto*. Es importante comprender que el tema de la inseguridad ciudadana es un problema de orden social originado por una crisis de valores que vive nuestra sociedad, un problema de alcance multidimensional y multicausal que no se puede intervenir en una sola dirección.

Los esfuerzos deben ser articulados para combatir la disminución de la pobreza, la desigualdad social e implementar iniciativas que promuevan la permanencia de los adolescentes en los centros educativos, mejorar los mercados laborales y crear programas de promoción y prevención en apoyo a las familias y las diferentes situaciones que les aquejan.

7.3 ESTRUCTURA INADECUADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para efectos del análisis de este problema, se tomarán en consideración dos escenarios diferentes

1. En lo concerniente a espacios públicos destinados a brindar acceso a los servicios de salud.
2. Los espacios públicos destinados a brindar servicios de salud son conocidos como centros de salud, a nivel local contamos con cuatro EBAIS y el Área de Salud.

Dentro de las normas de regulación se establece que los centros de salud deben disponer de un entorno físico apropiado, deben contar con instalaciones para el agua, la energía, el saneamiento, la higiene de las manos, la eliminación de desechos que sean fiables y seguras.

Los lugares de trabajo en los cuales se concentra un número importante de personas en espacios reducidos tienen asociados factores de riesgo de diversa índole, entre los cuales podemos destacar: factores ambientales, factores biomecánicos y psicosociales.

El ambiente de trabajo no sólo involucra, relaciones cordiales y respetuosa con pares, sino también el espacio físico donde se desenvuelven los trabajadores.

Un espacio inadecuado podría derivar en factores de riesgo producto de las condiciones de seguridad, de espacio y otros elementos que, estando presentes en las condiciones de trabajo, pueden producir daños a la salud del trabajador y en la calidad del servicio que se brinda.

La demanda en los servicios que se brindan desde el primer nivel de atención ha proliferado, en cantidad y complejidad, los centros de salud han tenido dificultades para atender las demandas nuevas, complejas y cada vez mayores.

En el cantón, algunos servicios como los de salud mental, nutrición, familia, siguen estando centralizados, derivando el abordaje de estas en hospitales.

Si bien es cierto la estructura organizacional actual, contempla la atención integral de la salud la mayoría de las comunidades, sistemas sociales y de salud desatiende la promoción y la

prevención de la salud física, mental, alimentación, rutinas de controles preventivos y hábitos saludables.

La ruta crítica que transita una persona usuaria de los servicios de salud, al requerir apoyo para abordar situaciones que atentan contra su salud, dista mucho de ser un recurso eficiente, las largas listas de espera, la saturación de los servicios de salud mental del sistema público evidencia la fragilidad de los sistemas de salud, que intentan atender las necesidades de una población que cada vez aumenta más su demanda.

Para lograr reducir el sufrimiento, preservar la dignidad de las personas usuarias de los servicios y miembros de una comunidad, necesitamos impulsar la ambiciosa transformación de los servicios de salud, para ello es necesario realizar un esfuerzo concertado y articulado para evidenciar la necesidad de ampliar los servicios con otras disciplinas tales como: Psicología, Nutrición, Promoción Social, Atención Familiar integrar, así como contar con los servicios de laboratorio en la atención primaria.

8. POBLACIONES CON MAYOR VULNERABILIDAD A LAS AFECCIONES EN SALUD MENTAL

Según los datos de la figura 5, refleja que la población más vulnerable en salud mental es la considerada en el grupo de 10 a 19. Es en este grupo donde se observa la mayor cantidad de casos de violencia reportados y principalmente en mujeres.

Además, en la figura 3 se puede observar cómo los intentos de suicidios se presentan mayormente en mujeres.

Se puede establecer una relación donde las mujeres y en general las personas que son víctimas de violencia tienen un mayor grado de afectación en su salud mental.

9. IDENTIFICACION DE SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD MENTAL

El sistema de información en salud mental se alimenta de las bases de datos VE-01, Reglamento Vigilancia de la Salud, decreto N° 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.

10. CONCLUSIONES

La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental y es parte integral de nuestro bienestar general.

La salud mental está determinada por una compleja interacción de factores de vulnerabilidad individuales, sociales y estructurales. La exposición desfavorable a circunstancias sociales, Políticas, ambientales, económicas, a la pobreza, la violencia y la desigualdad, también aumenta el riesgo de sufrir afectación de la salud mental.

Buscar incidir sobre los determinantes de la salud mental requiere a veces adoptar medidas en sectores distintos y con una visión integral de la salud, por ejemplo, integrar los programas de promoción y prevención involucrando a sectores como salud, educación, trabajo, justicia, medio ambiente, ayuda social, seguridad gobierno local

Los riesgos de sufrir afectaciones en la salud mental pueden manifestarse en cualquier etapa de la vida, sin embargo, es importante mencionar que las que ocurren durante los períodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son particularmente perjudiciales. Por ejemplo, se sabe que la violencia, la negligencia, los abusos, el consumo desmedido de sustancias, el acoso escolar entre otros, perjudican la salud infantil, lo cual se convierte en un importante factor de riesgo para la presencia afectaciones de la salud mental.

Es importante tener en consideración que los factores de protección se deben mantener y potenciar durante toda la vida. Orientar los esfuerzos de articulación interinstitucional en el trabajo de promoción y prevención de las salud, para fomentar las habilidades para la vida, potenciar los atributos sociales y emocionales individuales, así como la interacción social positiva, la seguridad en las comunidades, la educación de calidad, el trabajo digno en calidad de infraestructura y ambiente, entre otros, son aspectos estratégicos a integrar en los diferentes planes, programas o proyectos a desarrollar.

Fortalecer las alianzas y acciones para orientar el trabajo hacia la promoción de la salud buscando potenciar en las personas y las comunidades la capacidad para identificar,

controlar y utilizar los recursos necesarios para la mejora de la calidad de vida, desde lo individual y colectivo.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. (2016). Determinantes de Salud. (Internet): http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es
2. Definición de salud mental según la OMS - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 14 de septiembre de 2023]. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=definici%C3%B3n+de+salud+mental+seg%C3%BAn+la+oms>.
3. Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
4. Transformar la salud mental para todos [Internet]. Pan American Health Organization; 2023. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5
5. Salud Mental: fortalecer. Respuesta 17 Junio 2022. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Carreón, Javier (2013) teoría de la seguridad pública y percepción del delito. Profesor UNAM, Escuela Nacional de Trabajo Social. México
7. 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-crisis-politica-social-y-economica-que-vive-costa-rica/>.
8. “Existe una relación entre suicidio y pobreza o desempleo” [Internet]. elDiario.es. 2014 [citado el 20 de septiembre de 2023]. Recuperado en: https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/existe-relacion-suicidio-pobreza-desempleo_1_4617145.html.
9. Pan American Health Organization. prevención del Suicidio: Herramientas para a participación comunitaria. Pan American Health Organization; 2021.

10. Merton, R. (1939) Teoría y estructura social. *Fuentes*: Organismo de Investigación Judicial, Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres y Acceso a la Justicia y Encuesta nacional de seguridad ciudadana en Costa Rica 2022