



MINISTERIO  
DE SALUD

GOBIERNO  
DE COSTA RICA

Área Rectora de Salud Naranjo

# Análisis de Situación de Salud

Cantón Naranjo

Vigilancia de la Salud

Noviembre 2023

## PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), es un proceso permanente de investigación que involucra tanto a las instituciones con representación en el cantón como a la propia población, que mediante la participación de actores sociales realiza un acercamiento a la realidad del estado de salud de la comunidad.

El ASIS, mediante el conocimiento de lo que pasa en la localidad, permite profundizar en el análisis de los diferentes determinantes de ese estado de salud que se ha identificado, y que se ha ampliado a una concepción más que la ausencia de enfermedad, dando el enfoque en busca de la comprensión de la salud desde la determinación social, mediante el escrutinio de las dimensiones que involucran a toda la sociedad en su entorno: comportamiento, economía, servicios de salud, biología, ambiente, cultura, estructura por mencionar algunas.

Se parte de la caracterización de la comunidad de Naranjo, entendiendo que el contexto histórico ha contribuido a lo que hoy es el cantón, se realizan comparativas de indicadores con el objeto de reconocer cambios en la población, se realiza una priorización a partir de análisis de mortalidad y se complementa con la priorización de problemas identificados por la comunidad, resultando en una caracterización de los problemas locales desde las causas raíz identificadas por expertos. Se inserta un capítulo con enfoque desde salud mental, para profundizar en el análisis de tres de los problemas prioritarios identificados. Se complementa el análisis con una propuesta de líneas de acción para los problemas priorizados.

Mediante el proceso de convocatoria participaron actores sociales del cantón: líderes comunales e institucionales, personal experto y con la conducción del equipo local del Área Rectora, se desarrolla con éxito en el año 2023 el proceso local de ASIS.

El objetivo del ASIS es contribuir a la identificación y caracterización de los determinantes sociales de la salud, su interrelación y tendencias, mediante un análisis que sirva de base para orientar la planificación estratégica y la toma de decisiones en el ámbito local.

Todo este esfuerzo resulta estéril si no se sistematiza y se da a conocer a los mismos interesados en la salud pública: la población, líderes comunales, funcionarios institucionales y demás fuerzas vivas, por lo que este documento espera ser accesible y ser sujeto de consulta.

Cordialmente,

Equipo Área Rectora de Salud Naranjo

## Tabla de contenido

DEFINICIÓN DE INDICADORES .....	1
CAPÍTULO I.....	9
CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO.....	9
ANTECEDENTES POLÍTICO – ADMINISTRATIVOS - GEOGRÁFICOS.....	9
HIDROGRAFÍA.....	10
MEDIO AMBIENTE .....	11
ORGANIZACIÓN POLÍTICA – SOCIAL – DE SERVICIOS - CULTURAL.....	15
SERVICIOS DE SALUD .....	18
TRANSPORTE.....	20
EDUCACIÓN.....	20
ESPACIOS PARA DEPORTE Y RECREACIÓN.....	22
INDICADORES DEMOGRÁFICOS .....	24
INDICADORES SOCIECONÓMICOS .....	31
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.....	43
CAPÍTULO II .....	47
MORBILIDAD.....	47
CAPÍTULO III .....	59
MORTALIDAD GENERAL.....	59
MORTALIDAD SEGÚN CURSO DE VIDA.....	65
MORTALIDAD INFANTIL .....	65
MORTALIDAD EN LA NIÑEZ.....	68
MORTALIDAD EN LA ADOLESCENCIA .....	69
MORTALIDAD EN ADULTOS.....	69
MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES .....	71
CAPÍTULO IV.....	73
SALUD MENTAL .....	73
CAPÍTULO V .....	90
ANÁLISIS PRINCIPALES PROBLEMAS SEGÚN GRUPO DE EDAD DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	90
CONCLUSIONES.....	124
BIBLIOGRAFÍA.....	125
ANEXOS.....	130

## DEFINICIÓN DE INDICADORES

Tabla de indicadores		
Indicadores sociales		
N°	Nombre	Definición
1	Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 15 y más años que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.
2	Índice de desarrollo humano 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).
3	Índice de desarrollo social cantonal (IDS)	Medida resumen de las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, en cuatro dimensiones: económica, participación social, salud y educación. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 100, donde 100 indica el máximo nivel de desarrollo social (basado en MIDEPLAN).
4	Proporción de viviendas individuales ocupadas según zona urbana o rural	Frecuencia relativa de las viviendas individuales ocupadas según zona urbana o rural.
5	Proporción de viviendas individuales según condición de adquisición	Frecuencia relativa de las viviendas individuales ocupadas según condición de adquisición.
6	Porcentaje de viviendas colectivas ocupadas	Frecuencia relativa de las viviendas colectivas ocupadas.
7	Porcentaje de tugurios según zona urbana o rural	Frecuencia relativa de tugurios según zona urbana o rural.
8	Frecuencia relativa de los hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Sin datos.
9	Porcentaje de la población según rama de actividad	Frecuencia relativa de la población según rama de actividad
10	Población de 15 a 64 años, según grado de enseñanza	Frecuencia relativa de la población de 15 a 64 años, según grado de enseñanza
11	Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más	Frecuencia relativa de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más
12	Porcentaje de personas de 12 a 70 años que realizan ejercicio físico	Sin datos

13	Tiempo promedio por persona de actividad física moderada.	Actividad física de esfuerzo moderado: ligera aceleración de la respiración y del ritmo cardiaco al menos 10 minutos consecutivos.
14	Territorios indígenas	No aplica
15	Porcentaje de desertores en educación primaria y secundaria	Sin datos
16	Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años	Sin datos
17	Consumo de drogas en población de 12 a 70 años	Sin datos
18	Consumo de tabaco en población de 12 a 70 años	Sin datos
19	Edad promedio del consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años	Sin datos
20	Edad promedio de inicio en el consumo de alcohol en población de secundaria	Dato nacional (IAFA)
21	Edad promedio de inicio en el consumo de tabaco en población de secundaria	Dato nacional (IAFA)
22	Edad promedio de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en población de secundaria	Dato nacional (IAFA)
23	Prevalencia consumo tabaco en adultos	Dato nacional (MS-GATS)
<b>Indicadores Demográficos</b>		
24	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).
25	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.
26	Razón Mujer-Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total.

27	Razón de dependencia demográfica	Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años más la población de 65 y más años; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años. Todo para un determinado país, territorio o área geográfica, 14 en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS)
28	Razón de envejecimiento	Número de personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total.
29	Proporción de la población urbana	Porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas. La demarcación de zonas urbanas es definida por los países como parte de sus procedimientos censales y se basa usualmente en el tamaño de las localidades y/o la clasificación de áreas como centros administrativos o en función a criterios especiales como densidad poblacional o tipo de actividad económica de sus residentes. No existe una definición de área urbana internacionalmente consensuada y las definiciones operacionales nacionales pueden variar de país a país.
30	Razón de urbanización	Número de personas residentes en zona urbana por cada 100 personas residentes en zona rural.
31	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)
32	Total de nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados
33	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
34	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).
35	Tasa global de fecundidad	Número promedio de hijos e hijas que tendría cada mujer durante sus años reproductivos, si las tasas de fecundidad específicas observadas en el país y año de interés se mantuvieran sin cambios.

36	Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera vivirá 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).
37	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.
38	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).
39	Frecuencia relativa de defunciones en el sitio del accidente de tránsito, según causa probable del percance	Sin datos
40	Incidencia de feminicidios	Sin datos
41	Tasa de mortalidad infantil	Número de defunciones de personas menores de 1 año entre los nacimientos en periodo definido por 1000.
42	Tasa de mortalidad perinatal	Número de defunciones personas con 22 semanas de gestación hasta 7 días después del nacimiento entre los nacimientos en periodo definido por 1000.
43	Tasa de mortalidad neonatal	Número de defunciones de personas desde el momento de su nacimiento hasta los 27 días completos entre los nacimientos en periodo definido por 1000.
44	Tasa de mortalidad posneonatal	Número de defunciones de personas desde los 29 días completos desde su nacimiento hasta menos de 1 año cumplido desde su nacimiento entre los nacimientos en periodo definido por 1000.
45	Razón de mortalidad materna	Relación entre las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo, por 10000 nacimientos.
46	Tasa de mortalidad en personas de 30 a 64 años	La razón entre el número de defunciones en población de 30 a 64 años durante un año específico y la población total en periodo definido por 1000.
47	Tasa de mortalidad en personas de 1 a 9 años	Número de defunciones de personas de 1 a 9 años cumplidos entre el promedio de la población de 1 a 9 años en periodo definido por 10000.
48	Tasa de mortalidad en personas de 10 a 19 años	Número de defunciones de personas de 10 a 19 años cumplidos entre el promedio de la población de 1 a 9 años en periodo definido por 10000.
Indicadores Económicos		
49	Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes	Sin dato cantonal
50	Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema	Sin dato cantonal

51	Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema	Sin dato cantonal
52	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
53	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).
54	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.
55	Ingreso per cápita de los hogares por quintiles	Sin dato cantonal
56	Razón entre el ingreso per cápita de los hogares de los quintiles extremos	Sin dato cantonal
57	Razón de ingreso per cápita según género y los que tienen jefatura femenina	Sin dato cantonal
58	Coeficiente de Gini	Sin dato cantonal
59	Frecuencia relativa de hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Sin dato cantonal
Indicadores Servicios		
60	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.



61	Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento	La población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. El sistema de eliminación de excretas es adecuado cuando es privado y si separan excretas del contacto humano. Instalaciones de saneamiento mejoradas son: conexión al alcantarillado, inodoro para elaboración de compost, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo simple, letrina de pozo mejorada con ventilación. Instalaciones de saneamiento no mejoradas son: sifón con descarga a otro lugar, letrina colgante, letrina pública o compartida, letrina de pozo abierta, letrina de cubo, no hay instalaciones; defecación en el campo. Datos de área urbano y rural según la definición del país.
62	Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo	Sin datos
63	Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud	Frecuencia relativa de nacimientos atendidos en servicios de salud.
64	Proporción de partos atendidos por personal capacitado	Sin datos
65	Razón de médicos	Número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
66	Razón de enfermeras profesionales	Sin datos
67	Razón de camas hospitalaria	Sin datos
68	Razón de atenciones ambulatorias	Sin datos
69	Razón de egresos hospitalarios	Sin datos
70	Número de establecimientos de atención ambulatoria	No se cuenta con establecimientos hospitalarios en el cantón.
71	Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna	Capítulo morbilidad
72	Razón de infecciones nosocomiales	Sin datos
Eventos de notificación obligatoria 2022		
73	Accidentes laborales	Número absoluto de casos
74	Accidentes de tránsito	Número absoluto de casos
75	Dengue	Número absoluto de casos
76	Depresión	Tasa de incidencia
77	Diabetes mellitus	Número absoluto de casos

78	Enfermedad diarreica aguda	Canal endémico
79	Enfermedad renal crónica	Número absoluto de casos
80	Enfermedad tipo influenza	Canal endémico
81	Esquizofrenia	Tasa de incidencia
82	Hipertensión arterial	Número absoluto de casos
83	Infecciones de vía respiratoria superior	Canal endémico
84	Intento de suicidio	Tasa de incidencia
85	Malaria	Número absoluto de casos
86	Índice parasitario anual	No aplica
87	Obesidad	Número absoluto de casos
88	Porcentaje de población de 6 a 12 años según índice de masa corporal	Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal en periodo de tiempo definido.
89	Distribución relativa de la población de 20 a 64 años según índice de masa corporal	Sin datos
90	Suicidio	Tasa de incidencia
91	Trastorno afectivo bipolar	Tasa de incidencia
92	Trastornos Mentales y del Comportamiento por uso de Sustancias Psicoactivas	Tasa de incidencia
93	Tuberculosis	Tasa de incidencia Porcentaje de casos de Tuberculosis pulmonar con baciloscopía
94	Varicela	Número absoluto de casos
95	VIH	Tasa de incidencia Razón hombre-mujer
96	Violencia intrafamiliar	Tasa de incidencia
97	Víctima de delitos sexuales	Número absoluto de víctima de delitos sexuales reportados en periodo de tiempo (OIJ)
98	Incidencia de delitos sexuales por edad y sexo	Sin datos
99	Víctima de homicidio	Número absoluto de víctima de homicidio reportados en periodo de tiempo (OIJ)

100	Porcentaje de los eventos de notificación obligatoria	Distribución relativa de 10 primeros eventos de notificación individual en periodo de tiempo.
101	Delitos contra la propiedad	Número absoluto de delitos contra la propiedad en viviendas reportados en periodo de tiempo (OIJ)
Indicadores ambientales		
102	Zonas protegidas	Espacio geográfico definido, declarado oficialmente y designado con una categoría de manejo en virtud de su importancia natural, cultural y/o socioeconómica, para cumplir con determinados objetivos de conservación y de gestión
103	Índice de desastres locales	Constituye la suma de tres subindicadores calculados con base en las cifras de personas fallecidas (K), personas afectadas (A) y pérdidas económicas (L) en cada municipio del país obtenidas de la base de datos DesInventar, causadas por cuatro tipos de eventos genéricamente denominados: deslizamientos y flujos, fenómenos sismotectónicos, inundaciones y tormentas, y otros. Sin dato local.
104	Manejo de residuos	Frecuencia relativa de manejo de residuos según forma de eliminación.

# CAPÍTULO I

## CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

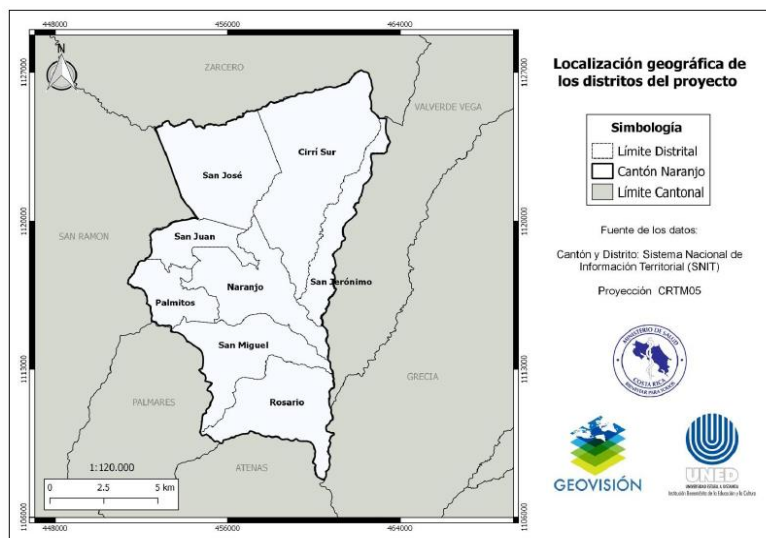
### ANTECEDENTES POLÍTICO – ADMINISTRATIVOS - GEOGRÁFICOS

Naranjo es el cantón número 6 de la provincia de Alajuela en Costa Rica, se fundó como cantón sexto por decreto N°9 del 09 de marzo de 1886. Está localizado al noroeste de la ciudad de Alajuela. Posee una extensión de 126.62 km<sup>2</sup> y está dividido en 8 distritos, que se pueden observar en el mapa 1. El cantón limita al norte con Zarcero, al sur con Atenas, al este con Valverde Vega y Grecia, y al oeste con San Ramón y Palmares. La cabecera de cantón corresponde al distrito 1 Naranjo. (Municipalidad de Naranjo, 2022)

En la administración de don León Cortés Castro (1936-1940), se construyó el edificio de la escuela que actualmente se denomina República de Colombia, en 1957 se constituyó en el Colegio de Naranjo, ambos centros educativos ubicados en el centro de Naranjo que son referentes en el cantón. La cañería se inauguró en 1925 y el alumbrado público eléctrico se instaló en 1935, en la segunda y tercera administración de don Ricardo Jiménez Oreamuno, respectivamente. Los anteriores eventos se resaltan por identificarse como relevantes por actores sociales de la comunidad.

El origen del nombre del cantón se remonta a 1833, cuando el primer colonizador que llegó a la región, don Judas Tadeo Corrales Saénz, encontró unos naranjales en medio de la espesura del bosque que cubrían el actual poblado Candelaria, en la ciudad de Naranjo; motivo por el cual denominó el sitio como Los Naranjos. En el transcurso del tiempo a este topónimo se le omitió el artículo, y cuando se creó el cantón se le asignó sólo el nombre de Naranjo. (Torres, 2007)

Mapa 1. Localización geográfica y límites territoriales del cantón de Naranjo



Fuente: FUNDEPREDI- Geovisión, 2019.

Cuadro 1. Plantilla resumen para la descripción de las características geográficas de la zona a estudiar.

Indicador	Datos de interés			
Extensión territorial	126.62 km <sup>2</sup>			
Organización territorial	Provincia	Cantón	Distritos	
	Alajuela	Naranjo	Naranjo, San Miguel, San José, Cirrí, San Jerónimo, San Juan, El Rosario, Palmitos.	
Límites geográficos	Norte	Sur	Este	Oeste
	Zarcero	Atenas	Valverde Vega	Grecia
Territorios indígenas	No existen territorios indígenas en el cantón, sin embargo, se sabe que para época de recolección de café migran de forma temporal los Ngäbe Buglé, los cuales se instalan en viviendas denominadas baches ubicados en zonas cafetaleras de los distritos de Rosario, San Juan, San Miguel Este, Naranjo Centro.			
Plan regulador	Para diciembre de 2022 se consulta a la Municipalidad de Naranjo, se identifica que hay un documento preliminar.			

Fuente: Municipalidad Naranjo, 2022.

Con la proyección de población al año 2022, la densidad poblacional del cantón corresponde a 393 personas por km<sup>2</sup>. Identificando los distritos de San Jerónimo, San Miguel y El Rosario con los mayores aumentos de densidad poblacional entre los años 2011 y 2022.

Cuadro 2. Densidad poblacional por distrito y cantón.

Cantón y distritos	Área (km <sup>2</sup> )	Población CENSO 2011	Población proyectada 2022
Naranjo	126,62	337,33	393,02
Naranjo	17,26	923,29	1005,10
San Miguel	15,52	300,06	372,55
San José	21,12	149,72	173,58
Cirrí Sur	31,52	144,42	175,54
San Jerónimo	9,12	357,89	446,93
San Juan	6,78	459,29	543,95
Rosario	17,21	218,30	269,49
Palmitos	8,09	527,94	622,13

Fuente: Fuente elaboración propia con datos de INEC.

## HIDROGRAFÍA

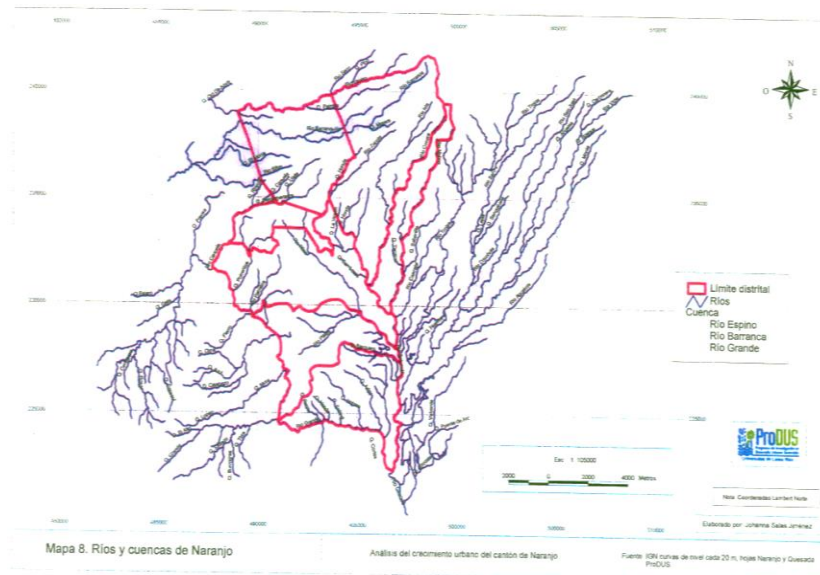
El sistema fluvial del cantón de Naranjo corresponde a las vertientes del Pacífico y del Caribe. A la primera vertiente pertenecen las cuencas de los ríos Grande de Tárcoles y Barranca, la que es drenada por el río Grande con sus afluentes el río Colorado, que nace en la confluencia del río Zapote y la Quebrada Hondo, y se le unen los ríos Pilas, Molino, Cocora; así como las quebradas Arley, Hornos y Potrerillos, estos cuerpos de agua nacen

en el cantón y tienen dirección norte a sur. El río Grande, Colorado y Molino son límites cantonales, el primero con Atenas, Palmares y San Ramón y los otros con Valverde Vega. La cuenca del río Barranca comprende un pequeño sector de 1,01km<sup>2</sup> al noroeste del cantón, la cual es drenada por el río Barranca y sus afluentes los ríos Sifón, Barranquilla, cuyas aguas van de noreste a suroeste.

La vertiente del Caribe corresponde a la subvertiente Norte, la cual pertenece a la cuenca del río San Carlos. El área es drenada por el río Espino con su afluente la quebrada Palmita; esta última nace en el cantón. Ambos cursos de agua presentan un rumbo de noreste a suroeste. El río Espino es límite con el cantón de Zarceró. (Municipalidad de Naranjo, 2022)

La importancia de contar con cuencas hidrográficas va más allá de contribuir con el hábitat de la flora y fauna del cantón, son una fuente de agua para el abastecimiento de la población naranjeña para su consumo y uso en actividades productivas. Naranjo es un cantón rico en recurso hídrico lo cual se considera un factor protector de la salud, con respecto a agua para consumo humano se identifica la existencia de 31 Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales sumado con los acueductos municipales.

Mapa 2. Ríos y cuencas del cantón de Naranjo



Fuente: IGN curvas de nivel cada 20m, hojas Naranjo y Quesada. ProDus, elaborado por Johanna Salas Jiménez en Análisis del Crecimiento Urbano del Cantón de Naranjo.

## MEDIO AMBIENTE

El cantón de Naranjo cuenta con zonas naturales de importancia, dos de ellas corredores biológicos, una zona protegida y un cerro de tipo boscoso. El corredor Biológico Paso de las Nubes cuenta con una pequeña parte de su territorio en la zona norte del cantón, específicamente en el distrito de San José y otra parte en distrito Cirrú, también se conecta con la Zona Protectora El Chayote en Naranjo.

El Corredor Biológico Paso de las Nubes (CBPN) fue oficializado con la creación del Programa Nacional de Corredores Biológicos del SINAC en el año 2006, su primer Comité Local de Gestión se crea en el año 2015 con la participación de representantes de diferentes sectores de los cantones de Zarceró, San Ramón, Naranjo y San Carlos.

Con respecto a la Zona Protegida El Chayote está ubicada en la provincia de Alajuela, entre dos áreas silvestres el Parque Nacional del Agua Juan Castro Blanco y el Parque Nacional Volcán Poás. Tiene un área 841 hectáreas localizadas entre los cantones Zarceró y Naranjo. Dentro de la Zona Protegida El Chayote se encuentra la finca La Chiripa con una extensión de 163 hectáreas que corresponde a un macizo montañoso que funciona como zona de infiltración de aguas y constituye un 20% de la Zona Protegida El Chayote; para los naranjeños es de suma importancia por su riqueza biológica e hídrica.

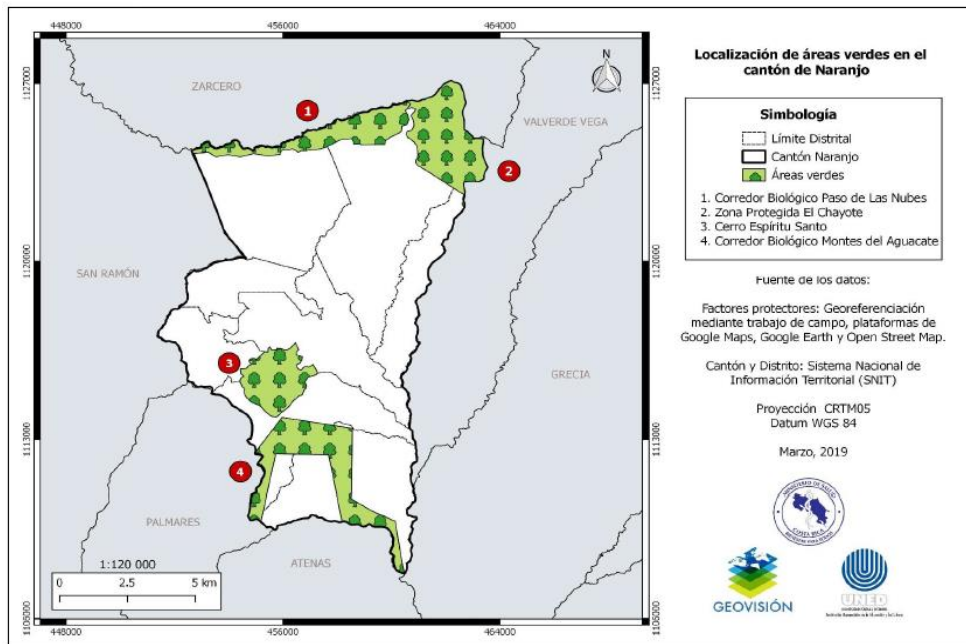
El Chayote, como se le conoce localmente a la Zona Protegida, es visitado por grupos de diferentes edades para la siembra de árboles y realización de caminatas recreativas, ambas actividades motivadas principalmente por Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS), aunque no son la única organización que impulsan este tipo de actividades.

Por su parte el Cerro Espíritu Santo "está situado a una altura de 1363 m.s.n.m., pertenece al sistema montañoso de los Montes del Aguacate...El Cerro Espíritu Santo es uno de los mejores miradores naturales del Valle Central" (Torres, 2007), desde este cerro se puede observar Sarchí, Grecia y Alajuela, también se visualizan volcanes como Poás, Barva, Irazú y Montes del Aguacate.

Visitar el Cerro Espíritu Santo es gratuito y se puede acceder por senderos en zona boscosa, calle pública mediante vehículo, bicicleta o caminatas. "En 1916 se inició la construcción de un monumento a Cristo Rey, impulsados por el sacerdote José del Olmo, Cura Párroco. Se iniciaron los trabajos de un considerable edificio de cemento, una torre de gran altura...era una obra que aumentaría el alcance visual, puesto que estaba diseñada para que sirviera de mirador" (Torres, 2007).

Estas áreas verdes (Mapa 3), se les considera un factor protector de la salud mental y física que puede ser mayormente utilizado para beneficio de la comunidad naranjeña, sus paisajes aportan a la recreación, permite actividades físicas como caminatas, ciclismo y aporta al acondicionamiento físico. Además, de que al ser visitado por grupos favorece a la convivencia.

Mapa 3. Localización de áreas verdes en el cantón de Naranjo.

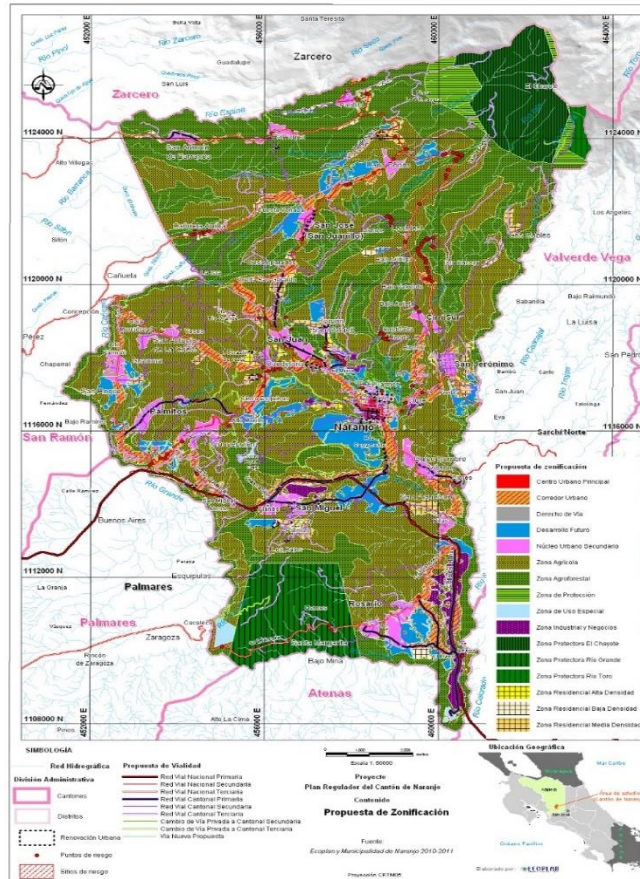


Fuente: Geovisión, 2019.

Con respecto a la zonificación, Naranjo no cuenta con un Plan Regulador aprobado, se aporta el siguiente mapa preliminar, en el cual se diferencia mediante colores la asignación de uso del terreno: en tonos amarillos las zonas residenciales de alta, media y baja densidad poblacional, en color morado las zonas de industrias o negocios, en color fucsia el núcleo urbano secundario, en color celeste oscuro las zonas de desarrollo futuro, en color rojo el centro urbano principal, los puntos rojos son las zonas de riesgo; se puede observar que el color predominante en extensión territorial es el verde musgo, el cual identifica las zonas agrícolas. También se visualiza en color verde con rayas negras verticales las zonas protegidas del cantón (el Chayote y Río Grande).



Mapa 4: Propuesta municipal de zonificación del cantón de Naranjo.



Fuente: Municipalidad de Naranjo.

Como parte del componente ambiental se anota la importancia del manejo integral de los residuos, se reporta un 74,27% utiliza el camión recolector como forma de eliminación de residuos. Resultado de conductas inadecuadas de las personas en la gestión de los residuos se genera daño en la flora, fauna y recursos naturales, se genera contaminación y generación de criaderos de vectores transmisores de agentes patógenos diversos.

Cuadro 3. Frecuencia relativa de manejo de residuos según forma de eliminación, cantón Naranjo, año 2011.

Cantón	Camión recolector	Bota en un hueco o entierran	Quema	Botan en lote baldío	Botan en un río, quebrada o mar	Otro
Naranjo	74.27	9.01	11.72	0.65	0.06	4.29

Fuente: Elaboración propia, datos CENSO 2011, INEC.

## ORGANIZACIÓN POLÍTICA – SOCIAL – DE SERVICIOS - CULTURAL

En la organización política y social de un cantón se cuenta con un gobierno local, elegido de forma democrática por medio de la votación de participación individual, se identifica instituciones públicas que cuentan con presencia a nivel local, esto permite la identificación de autoridades locales que aportan a la organización local desde sus ámbitos de acción.

También se cuenta con la presencia de organizaciones comunales, organizaciones no gubernamentales, grupos de apoyo en temas diversos, se identifica la presencia de líderes comunales, así como grupos religiosos que aportan a la organización de las comunidades.

Cuadro 4. Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales presentes en el cantón Naranjo, 2022.

Tipo de organización	Nombre de institución u organización
Autoridades locales	Municipalidad (Concejo municipal y Alcaldía) Fuerza Pública Ministerio de Salud Área Rectora de Salud de Naranjo Ministerio de Agricultura y Ganadería Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Patronato Nacional de la Infancia Consejo Nacional para la Atención de la Persona con Discapacidad Poder Judicial juzgado Contravencional y de Menor Cuantía de Naranjo Dirección de Policía de Transito
Organizaciones públicas	Ministerio de Educación Pública (supervisiones de circuitos escolares) CEN-CINAI Instituto Costarricense de electricidad Caja Costarricense de Seguro Social Área de Salud Naranjo Instituto Nacional de Aprendizaje Comité Cantonal de Deporte y Recreación Comité Cantonal de la Persona Joven MOPT
ONG, empresa privada y fundaciones	Cámara de Comercio de Naranjo Universidad de las Ciencias y el Arte Bancos (Nacional-BCR-Popular-Mutual Alajuela) Cooperativas (COOPEALIANZA, COOPRONARANJO, COOCIQUE, Cooperativa de Productores y Servicios Múltiples de Naranjo R.L.) Benemérito Cuerpo de Bomberos Comité de Cruz Roja Naranjo Narcóticos anónimos Multiservicios Ecológicos
Grupos Religiosos	Iglesia Católica Iglesia AMEN Iglesia Centro Cristiano Iglesia Bautista Iglesia Guerreros de Jesucristo Salones del Reino de Testigos de Jehová
Partidos políticos cantonales	Acción Naranjeña Acción ciudadana Liberación nacional Frente amplio Unidad social cristiana

Fuente: Municipalidad de Naranjo, base de datos, 2022.

En el cuadro 4 se consignan las instituciones de diferentes sectores en el cantón, lo cual favorece a que la población con los servicios ofertados: salud, agricultura, seguridad, electricidad, agua, internet, atención de denuncias judiciales, proceso de trabajo, atención de situaciones de riesgo a la salud, servicio de alimentación para niños y niñas, todos los distritos cuentan con centros educativos, se cuenta con centros de capacitación técnica y profesional.

Se identifica la presencia de organizaciones no gubernamentales, empresa privada, fundaciones, asociaciones productivas, asociaciones de desarrollo integral (n=16), las cuales aportan al desarrollo distrital, comunal e infraestructura.

Otro tipo de organización existente son las Asociaciones Administradoras de Acueductos (ASADAS), pues el abastecimiento de agua potable no lo hace Acueductos y Alcantarillados, sino que el servicio de agua para consumo humano se gestiona por parte de las ASADAS y la Municipalidad de Naranjo.

Cuadro 5. Asociaciones Administradoras de Acueductos de Naranjo.

Distrito	Asociación Administradora de los Servicios de Acueductos y Alcantarillados Comunales
Naranjo	Acueducto Municipal Naranjo, Acueducto Municipal Tanque Chacón, Acueducto Municipal Tanque El Jardín, Acueducto Municipal Barrio El Carmen, Acueducto Municipal San Rafael, Acueducto Municipal Candelaria, ASADA Dulce Nombre
San Miguel	ASADA San Miguel Oeste, ASADA San Miguel Este, ASADA Linda Vista,
San José	ASADA Cañuela, Asociación Administradora del Acueducto Rural de San José de Naranjo, ASADA San Antonio Barranca, Acueducto Municipal Barranca
Cirí Sur	ASADA Cirí Sur, ASADA Calle Solís, ASADA Llano Bonito, ASADA La Palmita
San Jerónimo	Acueducto Municipal San Jerónimo, ASADA Los Robles, Ente administrador privado ALIMER S.A (acueducto de empresa)
San Juan	ASADA Guarumal Río Grande, ASADA Calle Porozal, ASADA San Juan, ASADA San Antonio de La Cueva, ASADA Muro
El Rosario	ASADA El Rosario, ASADA Santa Margarita
Palmitos	ASADA San Roque, ASADA Palmitos, ASADA Concepción Oeste, ASADA Concepción Este

Fuente: Registro proceso Regulación de la Salud, DARS Naranjo, octubre 2022.

Con base en el reporte del CENSO de 2011, un total de 11.678 viviendas del cantón de Naranjo (99,3% de la población), usa fuentes mejoradas de agua potable, dentro de las que se incluyen las viviendas con agua intra domiciliar. Para ese mismo año, el 99,3% de la población utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas (se refiere al sistema de eliminación de excretas). Como parte de las visitas a los acueductos, se realiza verificación de las condiciones de las nacientes, parte de valorar el riesgo de contaminación es la cercanía a fuentes de aguas negras, por lo que los sistemas de eliminación de excretas deben contar con funcionamiento óptimo.

La oficina local del Ministerio de Agricultura y Ganadería reporta la existencia de organizaciones agro-productoras de café, plantas ornamentales, hortalizas y productos lácteos, sus integrantes se agrupan para fortalecer el desarrollo comercial y productivo, con el fin de un beneficio colectivo como empresarios y fomento de la economía local.

Con respecto a la organización de las instituciones con participación de la comunidad, se cuenta con espacios que abordan temas específicos en población prioritarias y eventos de importancia en salud pública. Ejemplos de estas instancias de coordinación se anotan:

1. Red Interinstitucional Contra Violencia Intrafamiliar
2. Comisión Interinstitucional Local de Vigilancia de la Salud
3. Comisión de Salud y Alimentación Nutricional
4. Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente
5. Red Cantonal de Actividad Física y Salud
6. Comisión de Salud Mental y de Articulación Local interinstitucional de Abordaje del Suicidio
7. Subsistema local de protección a la niñez y adolescencia
8. Comité técnico de gestión integral de residuos
9. Junta de Protección a la Niñez y Adolescencia
10. Comisión interinstitucional del niño y niña agredido
11. Comisiones lideradas por Municipalidad:
  - Comisión de Turismo
  - Comisión Municipal de Emergencias
  - Comisión de Asuntos Sociales
  - Comisión Municipal de Accesibilidad y Discapacidad

El cantón de Naranjo también se caracteriza por expresiones culturales y artísticas como forma de organización social, las cuales se identifican como determinante social de la salud, pues el desarrollo de actividades socioculturales aporta a la salud mental de las personas y a su estado de bienestar general integrador en una comunidad.

A partir de registros de la oficina de gestión cultural de la Municipalidad de Naranjo, se identifica que Naranjo cuenta con un perfil cultural conservador que nace y se desarrolló en torno a la cultura del café, esto se vio reflejado en la conceptualización del trabajo, valores, hábitos, costumbres, que se mantienen. A lo anterior se suma la influencia religiosa de predominio católico. La municipalidad realiza actividades culturales con artistas locales o de la región, estos espacios se han identificado como una manera de reunirse con vecinos y disfrutar de la esencia artística del cantón.

Cuadro 6. Perfil Cultural del Cantón de Naranjo.

Expresiones artísticas	<p>Las expresiones en artes identificadas giran en torno a las disciplinas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Música: interpretación de instrumentos y cantantes</li> <li>• Danza</li> <li>• Actuación</li> <li>• Diseño de moda, reflejada en la costura.</li> <li>• Gastronomía</li> <li>• Fotografía</li> <li>• Arte audio visual</li> </ul>
Juegos	<p>En Naranjo se convivió, y todavía se convive bajo los juegos tradicionales, unos más que otros similares a nivel nacional como carreras de sacos, jackses, brincar suiza, saltar elástico, cromos. Pero también cuentan de otros que casi no se ven como el árbol encebado, el carretón, tirarse en cartón de alguna loma</p> <p>También se tomaban como juegos algunos deportes importantes que le dieron identidad al cantón como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baloncesto ha dejado satisfacciones al cantón, se llegó a tener equipo en primera división.</li> <li>• El fútbol era usual en canchas de barrio donde se reunían los niños de vecindarios a jugar, era solo un juego para ellos. Actualmente toma un auge más profesional transformándose en deporte con la conformación de equipos como el Rosario, el equipo de Naranjo y escuelas de fútbol para niños.</li> </ul>
Grupos culturales	<p>Se registran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de danza urbana, latina y similares; Deyabú, grupo urbano del Colegio de Naranjo.</li> <li>• Grupo Folclórico Flores de Azahar, grupos de danza de escuelas como Eida Vargas Carranza de la Escuela de San Antonio Norte, el grupo de la Escuela Presbítero José del Olmo y el grupo de la Escuela de la Cueva.</li> <li>• Un grupo de teatro (no tiene nombre), actores independientes como Vinicio Vargas.</li> <li>• Cimarrona infantil Escuela de Concepción</li> </ul>
Agrupaciones municipales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Filarmonía Municipal de Naranjo, con una historia de 123 años de fundación.</li> <li>• Banda Municipal de Naranjo</li> <li>• Naranjo Canta</li> </ul>

Fuente: Licda. Ana Beatriz Campo Morgan. Oficina de gestión cultural y promoción comunitaria, Municipalidad de Naranjo 2020.

### SERVICIOS DE SALUD

El cantón de Naranjo cuenta con servicios de salud públicos y privados, aunque se concentran en el distrito central, contribuyen a que las personas no tengan que desplazarse a otros cantones; además de los servicios de atención por parte de profesionales de la salud, se cuenta con espacios de cuidado a menores de edad, adultos mayores, atención a personas con discapacidad, servicios básicos para personas en condición de calle, entre otros.

En el tema de establecimientos dedicados al cuidado, educación y alimentación balanceada y saludable de personas menores de edad en condición de vulnerabilidad socioeconómica, se encuentran 6 centros denominados, Centros de Educación y Nutrición (CEN) (ubicados en las localidades de Candelaria, Palmitos, Barrio San Martín, Barrio Corazón de Jesús,

San Juanillo y El Rosario) así como un Centro Integral de Nutrición y Atención Integral (CINAI) (ubicado en Barrio El Carmen). Se identifican dos Centros de Atención Integral Infantiles de carácter privado, ambos en Naranjo centro.

En Naranjo también se ubica el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) como parte de las Instituciones encargadas de velar por el cuidado de menores y adolescentes en condición de vulnerabilidad, aunado a garantizar el respeto de derechos, su integridad física emocional. El mismo cuenta con una oficina local para trámites administrativos, denuncias y un albergue temporal para adolescentes mujeres adolescentes.

Se cuenta con clínicas y consultorios de atención médica privados (n=15 establecimientos), de los cuales 2 se ubican en los distritos de San Jerónimo y Palmitos. Con respecto al sector público se cuenta con una clínica de la Caja Costarricense de Seguro Social (Área de Salud de Naranjo) cuenta con servicio de laboratorio microbiológico, farmacia, odontología, servicio de urgencias, ambulancias para traslado, Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) centralizados y los ubicados en los distritos corresponden a 12 sectores que conforman el primer nivel de atención. La razón de médicos por Área de Salud Naranjo corresponde a 2 por cada 10000 habitantes para el año 2023.

En complemento a los servicios de salud se identifica a partir de datos de Departamento de Gestión Social de la Municipalidad de Naranjo para el 2022 la conformación de 7 juntas de salud: EBAIS San Jerónimo, EBAIS Cirrí, EBAIS Candelaria, EBAIS San Juanillo, EBAIS Dulce Nombre, EBAIS Concepción y Área de Salud Naranjo.

Naranjo cuenta en el sector privado con servicios de otras disciplinas a los que puede acceder la población sin desplazarse a otros cantones, esto también amplía la disponibilidad de estos servicios a horario nocturno y fines de semana, los cuales se anotan a continuación.

Cuadro 7. Establecimientos con servicio de salud según tipo, cantidad y ubicación.

Tipo de establecimiento	Cantidad	Ubicación
Servicio de Laboratorio Microbiológico y Químico Clínico no hospitalario	5	Naranjo centro
Mamografía	1	Naranjo centro
Radiología	1	Naranjo centro
Servicios de odontología	20	Naranjo centro y San Rafael
Servicio de psicología	3	Naranjo centro
Terapia Física	4	Naranjo centro, Cirrí y San Rafael
Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos	1	Naranjo centro
Ópticas	4	Naranjo centro
Farmacia	12	Naranjo Centro, Cirrí, El Rosario, Candelaria
Consultorio médico	15	Naranjo Centro, Cirrí

Fuente: Registro local ARSN - EAC, establecimientos de salud, 2022.

Se cuenta con registro de establecimientos cuyo objetivo es brindar servicios a población específica como personas con discapacidad (Asociación TalitaCummi, Residencia Privada de Naranjo para Personas con Discapacidad, Hogar San Rafael para Personas con Discapacidad, Hogar TalitaCummi Concepción, Casa Grupal San Jerónimo), atención en etapa post aguda de drogadicción y fármaco adicción (Hogar Feliz por la Salvación del Alcohólico), servicio de alimentación a personas habitantes de calle (Posada El Buen Samaritano), población adulta mayor (Hogar de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores José del Olmo, Centro Diurno para Personas Adultas Mayores), personas con patologías en fase terminal y sus familias (Asociación de Cuidados Paliativos).

## TRANSPORTE

Se entiende por transporte público el servicio de autobuses y de taxis (Asociación de taxistas de Naranjo y Parqueo privado La Amistad porteadores). El servicio de buses que se brinda en Naranjo permite que los distritos estén comunicados con el centro de Naranjo y también propician que dicho cantón se encuentre conectado con los cantones de alrededor y con el Gran Área Metropolitana. (Ver Cuadro 8)

El transporte público representa un medio de comunicación para el desarrollo de las actividades cotidianas acceso a servicios, educación, comercio; como se ha mencionado los principales comercios y servicios se ubican en el distrito central de Naranjo, lo cual implica que las personas de los distritos deban desplazarse para comprar alimento, vestimenta, artículos para hogar y atender su salud, incluso para desplazarse a sus trabajos, por lo tanto el transporte público aporta indirectamente a la salud y economía de las personas.

Cuadro 8. Empresas que brindan servicio de autobús y sus rutas, cantón Naranjo.

Empresa	Ruta
Terminal de buses TUAN	Transportes unidos de Alajuela, Grecia y Naranjo R.L.
Transporte Cubero Bonilla de Cirrú Limitada	Tres rutas: Cirrú, San Jerónimo y los Robles
Taller de mantenimiento privado de autobuses y parqueo (Carbachez)	Naranjo, San Miguel, Palmares y San Ramón
Transporte Naranjo-San José S.A.	Naranjo-Alajuela-San José
Transportes Adriana Vargas e hijos s.a.	Candelaria, San Roque
Transportes (Luis Alberto Benavides Acuña)	San Juanillo, San Rafael, Rosario

Fuente: Base de datos de actores sociales del Área Rectora de Salud de Naranjo, 2022.

## EDUCACIÓN

Con respecto al servicio educativo en Naranjo hay dos supervisiones del Ministerio de Educación Pública (MEP), estos son el Circuito 05 y el Circuito 08, ambos cuentan con kínder, escuelas y colegios, hay representación de centros educativos de primaria en todos los distritos del cantón y secundaria en el distrito de Naranjo, El Rosario y San Jerónimo, acorde a la nómina de centros educativos del MEP se cuenta con 25 centros educativos.

Para el cantón de Naranjo en el año 2011, el 30,35% de la población de 5 años o más asistía a la educación regular, (hombres=30,63% y mujeres=30,23%), a nivel nacional el dato general corresponde a 30,14%.

Cuadro 9. Población de 5 años o más según asistencia a la educación regular, cantón Naranjo, 2011.

Cantón	Total			Asiste			No asiste		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Naranjo	39541	19290	20251	12001	5909	6092	27540	13381	14159

Fuente: Datos INEC, CENSO 2011.

Se cuenta con presencia institucional de educación técnica mediante la sede del Instituto Nacional de Aprendizaje, ubicada en el distrito Cirrí y a nivel universitario se cuenta con sede de la Universidad de las Ciencias y el Arte.

La importancia de los establecimientos educativos en un cantón radica en que primera instancia es un derecho fundamental de las personas, les permite tener conocimientos según el grado de avance, lo cual aporta a su crecimiento en el capital de conocimiento y aporta herramientas para un mejor manejo en temas como la salud, cuidado del medio ambiente y oportunidad de insertarse en el campo laboral.

Según el CENSO del 2000 se contaba en Naranjo con un porcentaje de alfabetización del 94,9%, para el año 2011, se observó un aumento a 97,4 personas que saben leer y escribir por cada 100 habitantes. Para el CENSO del 2011, de la población mayor de 15 años el 3,17% no contaba con ningún grado de enseñanza y el 25,7% contaba con grado universitario.

Cuadro 10. Población de 15 a 64 años, según grado de enseñanza, distribución porcentual, cantón Naranjo, 2011.

Primaria					
Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto
0.71	3.17	7.23	2.65	3.17	23.81
Secundaria					
Sétimo	Octavo	Noveno	Décimo	Undécimo	Doceavo técnico
0.88	3.17	7.05	3.00	12.17	1.41
Parauniversitario			Universitario		
Primero	Segundo	Tercero	Primero	Segundo	Tercero
0.71	0.35	1.59	0.88	2.65	2.12
Universitario					
Cuarto	Quinto	Sexto	Sétimo	Octavo	Noveno
4.23	6.00	4.41	1.41	1.76	2.29

Fuente: Datos INEC, CENSO 2011.



## ESPACIOS PARA DEPORTE Y RECREACIÓN

El deporte y la recreación juegan un papel importante en nuestra sociedad a favor de la salud física y mental de las personas, que un cantón posea espacios públicos y privados para el deporte y la recreación, puede favorecer que la población cuente con condiciones que faciliten comportamientos que contribuyan a su bienestar.

En Naranjo hay asociaciones y grupos deportivos de diferentes disciplinas (fútbol femenino, ajedrez, natación, baloncesto, fútbol sala, gimnasia rítmica, voleibol, tenis de mesa, ciclismo y atletismo), estos grupos en coordinación con el Comité de Cantonal de Deporte y Recreación trabajan con grupos de jóvenes para práctica de deportes y participación en los juegos deportivos nacionales.

La recreación mediante el aprovechamiento de espacios naturales abiertos constituye una opción para llevar a cabo actividad física, socialización e interacción con la naturaleza, para la cual en el cantón existen los espacios verdes que son aprovechados para este efecto. (Ver Mapa 3)

Los centros de acondicionamiento físico son lugares para realizar actividad física, 4 se ubican en distrito Naranjo y 1 en distrito San Juan. Otros espacios identificados para realizar prácticas deportivas, recreativas y culturales a partir de estudio realizado en Naranjo en 2018-2019 por la Universidad Estatal a Distancia (UNED), identificó en el distrito Naranjo 2 academias de baile, 1 estadio, 2 parques, 1 escuela de natación, 1 salón comunal y 9 canchas-plazas de fútbol. En el distrito San Jerónimo se identificó la presencia de 4 canchas-plazas de fútbol, 1 piscina municipal, 1 pista de atletismo, 1 salón comunal y 1 zona de recreación para niños.

Las canchas de fútbol son predominantes en el resto de los distritos y se cuenta con la presencia de 1 salón comunal. La existencia de los establecimientos y espacios descritos para el deporte y la recreación permiten a la población tener opciones para practicar deporte y recreación, lo cual beneficia a la salud.

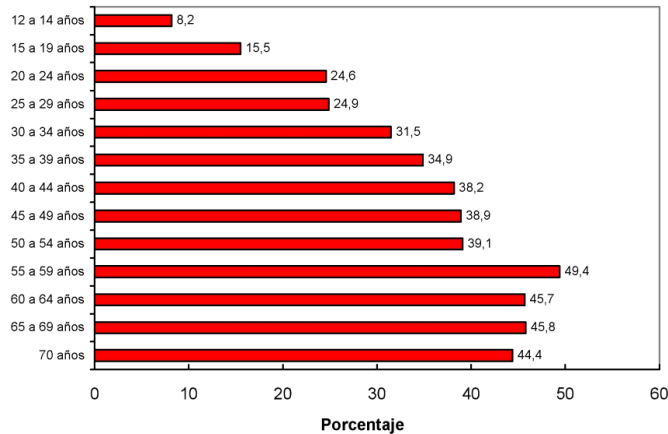
Según el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030 de la Organización Mundial de la Salud, "se ha comprobado que la actividad física regular ayuda a prevenir y tratar enfermedades no transmisibles (ENT) como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer de mama y colon. También ayuda a prevenir la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar. "

Acorde a lo anotado por la OMS, "las nuevas directrices recomiendan por lo menos de 150 a 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada o vigorosa por semana para todos los adultos, incluidas las personas que viven con afecciones crónicas o discapacidad, y un promedio de 60 minutos al día para los niños y adolescentes. "

Para el contexto nacional, se extrae del reporte del Estado del Deporte y la Recreación en Costa Rica 2018, con base en la Encuesta de IAFA 2015, que el porcentaje de personas

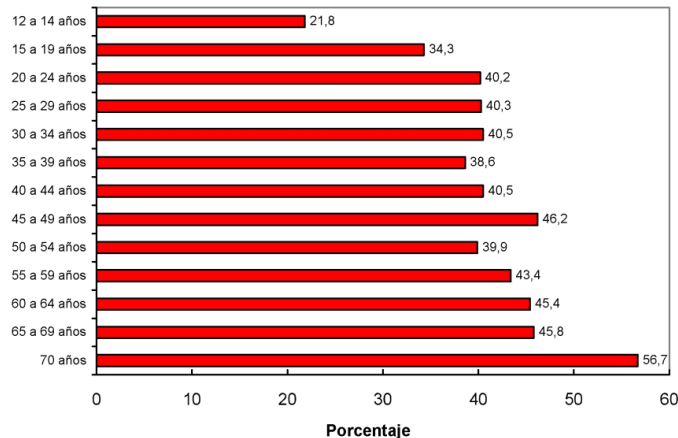
que reportó no hacer ejercicio entre los 12 a 50 años aumenta conforme aumenta la edad, siendo mayor en mujeres que en hombres, esto cambia a partir de los 50 años donde las mujeres empiezan a realizar actividad física con respecto a hombres de la misma edad, pero observando en adultos mayores que alrededor de la mitad no realiza actividad física.

Gráfico 1. Porcentaje de hombres, según grupo de edad, que reportó nunca hacer ejercicio. Datos de encuesta del IAFA, 2015.



Fuente: Estado del Deporte y la Recreación en Costa Rica 2018

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres, según grupo de edad, que reportó nunca hacer ejercicio. Datos de encuesta del IAFA, 2015.



Fuente: Estado del Deporte y la Recreación en Costa Rica 2018

No se cuenta con datos específicos por cantón para el indicador Porcentaje de personas de 12 a 70 años que realizan ejercicio físico, se anota en el Estado del Deporte y la Recreación en Costa Rica 2018 comparativa de cantones ajustando tiempo dedicado a la actividad física moderada, se identifica el cantón de Naranjo cuenta con un tiempo promedio de 3,7 horas por semana de desplazamiento activo, esto lo ubica en el puesto 44 de 81 cantones, por debajo del promedio nacional que es de 3,89 horas por semana de desplazamiento activo.

Se identifica en los datos para escolares que 35,5% cursa con desviaciones de su estado nutricional fuera del rango normal para su edad, principalmente a malnutrición por exceso, resultado en sobrepeso y obesidad. Con respecto a la talla el 95,7% de los escolares cuenta con dato normal para su edad.

Cuadro 11. Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal, cantón Naranjo, año 2016.

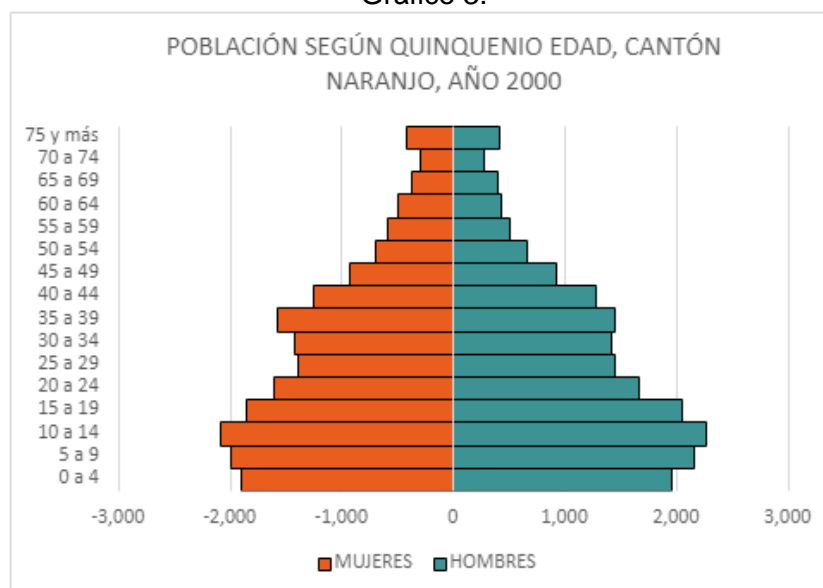
Cantón	Estado nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC)				
	Desnutrición severa	Desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Naranjo	0.30%	1.60%	64.50%	20.70%	12.90%

Fuente: Elaboración propia con datos de Informe Censo Escolar 2016.

## INDICADORES DEMOGRÁFICOS ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

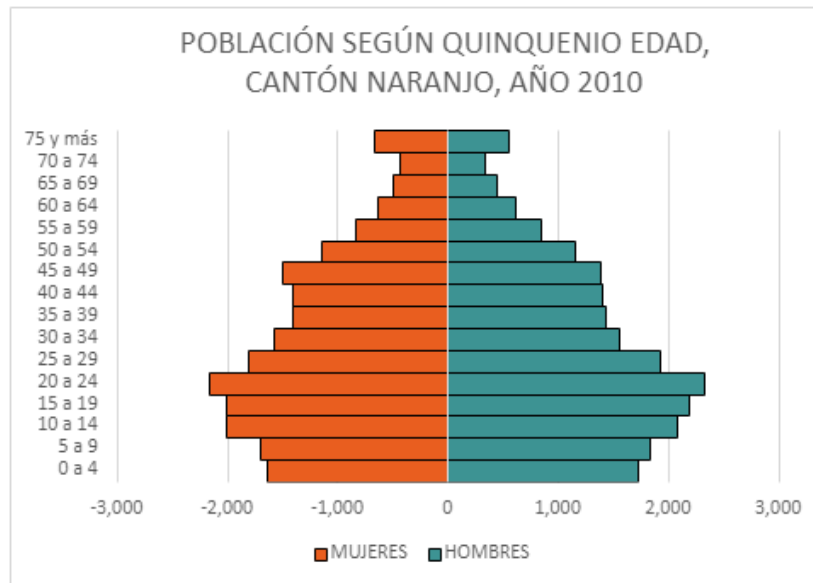
La estructura de la población del cantón de Naranjo sigue la tendencia mundial y nacional de inversión de la pirámide poblacional, esto se puede ver con claridad a partir de los gráficos de población para los años 2000, 2010, 2020 y 2025, en las cuales de forma progresiva se visualiza el acortamiento de la base y el ensanchamiento de la punta de la pirámide. Lo anterior resulta en una desaceleración del crecimiento de la población que también se visualiza en otros indicadores como la baja en la natalidad y fecundidad.

Gráfico 3.



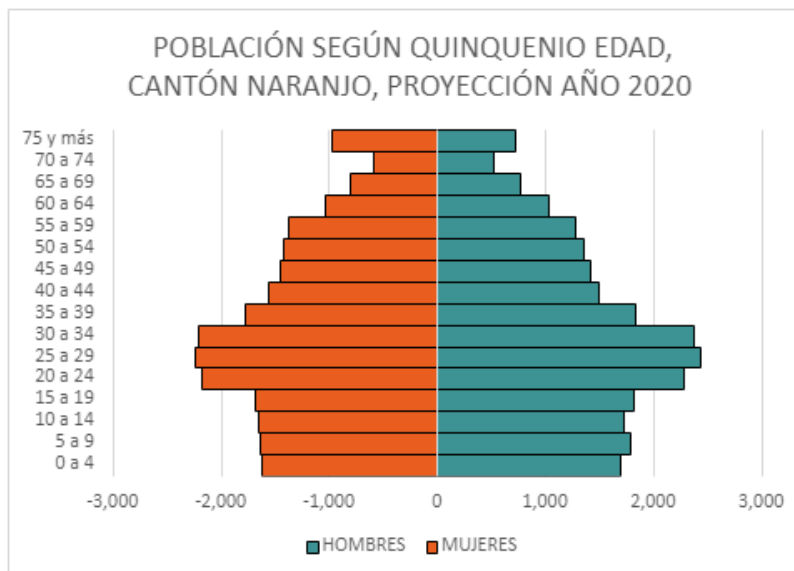
Fuente. Elaboración propia, con datos población INEC, CENSO 2000.

Gráfico 4.



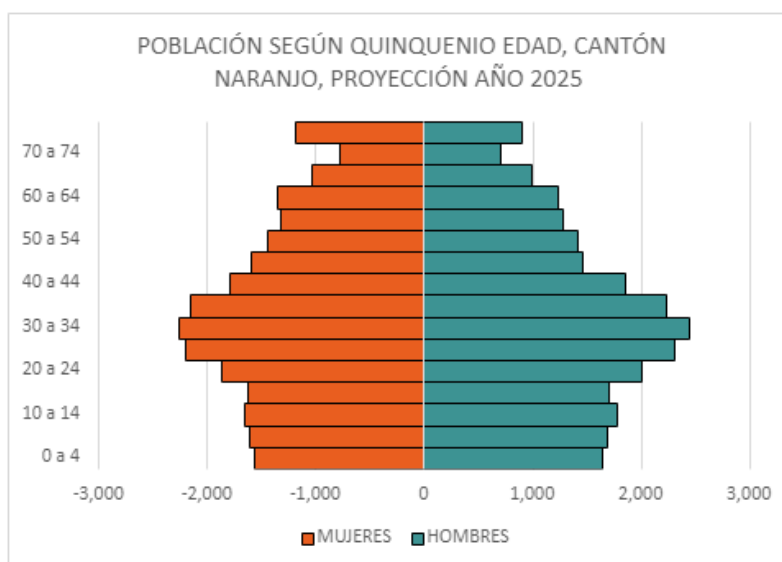
Fuente. Elaboración propia, con datos proyección población INEC, CENSO 2000.

Gráfico 5.



Fuente. Elaboración propia, con datos proyección población INEC, CENSO 2011.

Gráfico 5.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, Consulta de Proyecciones de Población Distritales, <http://services.inec.go.cr/proyeccionpoblacion/fmproyec.aspx>

Al revisar la relación de crecimiento en los grupos de edad por curso de vida comparando el año 2011 con el 2022, se identifica una disminución en el crecimiento para los menores de 19 años, específicamente en los menores de 9 años una disminución de -1,9%, para adolescentes la disminución corresponde a -3,5%. Por el contrario, los grupos de adultos de 20 a 64 años se identifica un aumento de crecimiento de 5,1% y para mayores de 65 años 1,8% para los mismos periodos de tiempo, es lo identificado en las pirámides como envejecimiento de la población, para el año 2022 la razón de envejecimiento del cantón corresponde a 48 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años, un indicador en aumento considerando el dato correspondía a 26 para el año 2011.

Cuadro 12. Distribución relativa de personas por curso de vida, cantón Naranjo, años 2011 y 2022.

Cantón	Fuente datos	Población total	0 a 9 años	%	10 a 19 años	%	20 a 64 años	%	65 y más años	%
Naranjo	Censo 2011	42713	6565	15.4	7290	17.1	24826	58.1	3402	8.0
	Proyección 2022	49764	6700	13.5	6760	13.6	31452	63.2	4852	9.8

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC CENSO 2011, Proyección de población al año 2022.

Con respecto a la razón de dependencia para el año 2022 (personas de 15 años y menos sumado con las personas de 64 años y más, contra las personas de 15 a 64 años), se identifica por cada 100 personas económicamente productivas, hay 43 personas dependientes, el valor para el país en mismo año es de 45 personas dependientes, para el año 2011 la razón de dependencia cantonal era de 47. Para el cantón de Naranjo este dato

tiene variaciones según distrito presentando mayor razón de dependencia los distritos San Miguel y San Jerónimo.

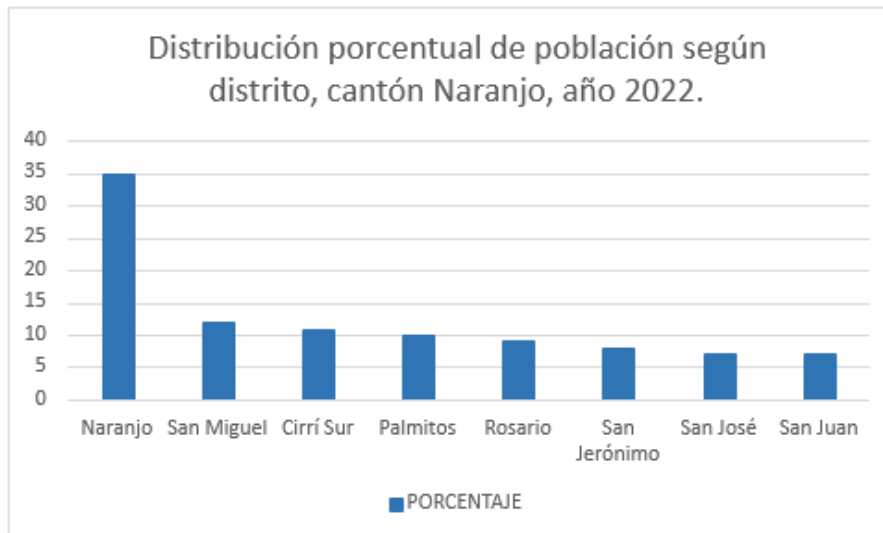
Cuadro 13. Razón de dependencia demográfica a partir de población según grupo de edad, por distrito, cantón Naranjo, 2022.

Unidad geográfica		Población de 0 a 14 años	Población de 65 y más años	Población de 15 a 64 años	Razón dependencia demográfica
Cantón	Naranjo	10107	4852	34805	43
Distrito	Naranjo	3337	1666	12345	41
	San Miguel	1280	536	3966	46
	San José	678	395	2593	41
	Cirrí	1162	549	3822	45
	San Jerónimo	901	377	2798	46
	San Juan	736	379	2573	43
	El Rosario	105	429	3204	45
	Palmitos	1008	521	3504	44

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC CENSO 2011, Proyección de población al año 2022.

Para el cantón de Naranjo, el distrito 1 Naranjo es el que cuenta con mayor porcentaje de habitantes, seguido de San Miguel y Cirrí. Para el cantón en el año 2022 con respecto a la razón mujer-hombre se identifican 99 mujeres por cada 100 hombres, respecto a distritos esto solo difiere para San Juan con 101 mujeres por cada 100 hombres.

Gráfico 7.



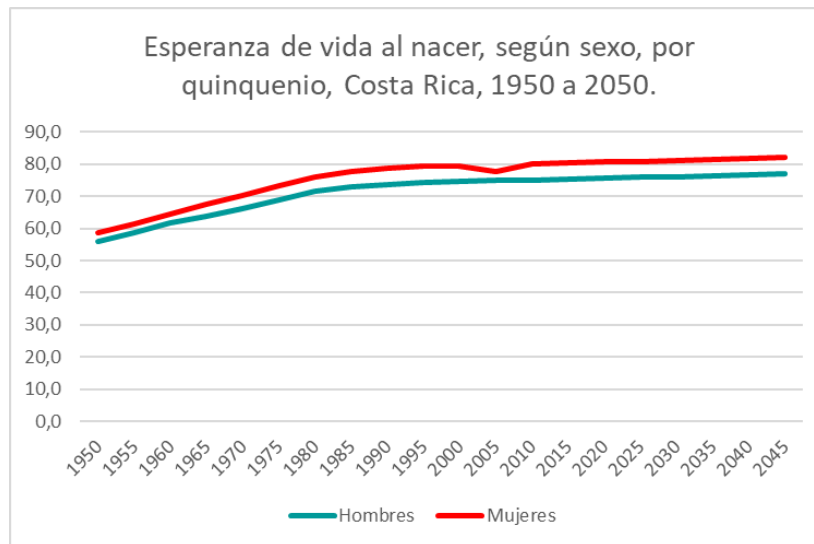
Fuente: Elaboración propia con datos de INEC CENSO 2011, Proyección de población al año 2022.

Para el cantón de Naranjo se cuenta con una población proyectada al año 2021 de 49764 personas, de las cuales 24994 son hombres (50,2%) y 24770 son mujeres (49,8%). Se cuenta con 4117 personas con discapacidad (9,6%) para el año 2011 reportado por el Consejo Nacional para la Atención de la Persona con Discapacidad (CONAPDIS). Para el año 2020, INEC reporta la esperanza de vida al nacer en el país es de 80,6 años, con diferencia de 78,1 años para hombres y 83,2 años para mujeres (no hay dato cantonal). No se cuenta con dato de población indígena ni migrante.

## ESPERANZA DE VIDA

La tendencia de la esperanza de vida en Costa Rica es hacia el aumento en los últimos 70 años, en tanto una persona nacida en los años cincuenta contaba con esperanza de vida alrededor de 57 años, nacer en 1980 correspondía a 71 años y nacer en 2020 contaba con 77 años de esperanza de vida, identificando en las 2 últimas décadas un estancamiento en este indicador.

Gráfico 8

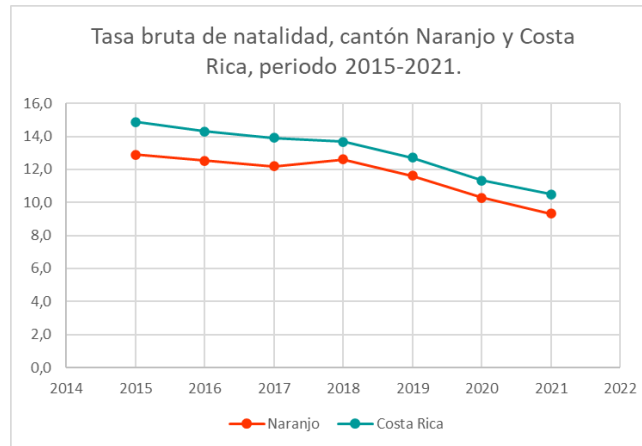


Fuente: Elaboración propia con datos de INEC: Esperanza de vida al nacer, <https://inec.cr/busqueda?searchtext=esperanza%2520de%2520vida%2520al%2520nacer>.

## FECUNDIDAD

Uno de los eventos vitales que se refleja en la distribución poblacional es el número de nacimientos, en Naranjo para el año 2015 se contabilizaron 13 nacimientos por cada 1000 habitantes en comparación con 9 nacimientos para el año 2021, esta tendencia a la disminución en el cantón se presenta de igual manera a nivel nacional.

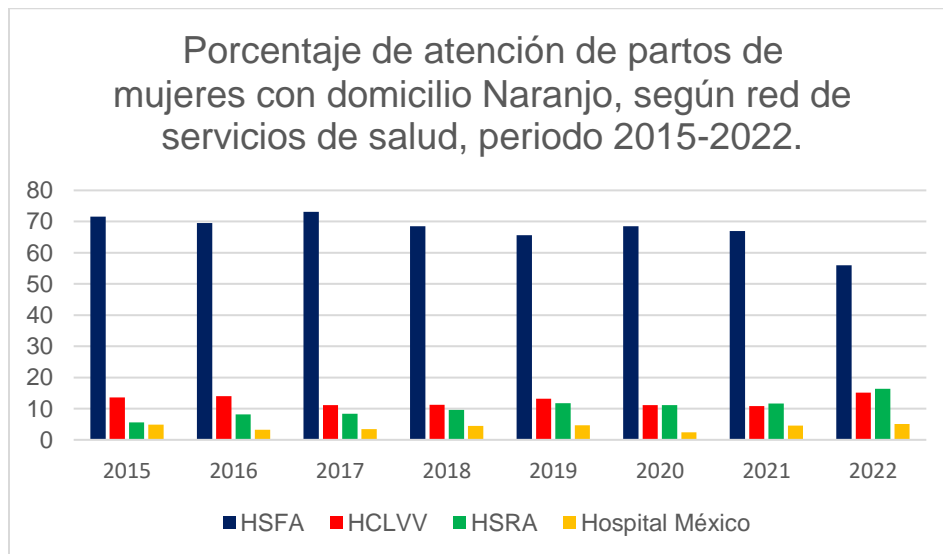
Gráfico 9



Fuente: elaboración propia con datos de Fuente: INEC, <https://inec.cr/busqueda?searchtext=TASA%2520DE%2520NATALIDAD>

No se cuenta en el cantón con servicio de salud público o privado habilitado para la atención de partos. Por la red de servicios de salud los hospitales de referencia son el Hospital San Francisco de Asís (HSFA) en Grecia, donde se atienden la mayoría de los partos de mujeres del cantón, seguido del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega (HCLVV) en San Ramón, en tercer lugar, el Hospital San Rafael de Alajuela (HSRA) y cuarto lugar el Hospital México. En este contexto en el periodo 2015-2022, el 100% de los nacimientos han sido intrahospitalarios, salvo en el año 2016 con 99,66%, 2018 con 99,5% y 2020 con 99,4%.

Gráfico 10

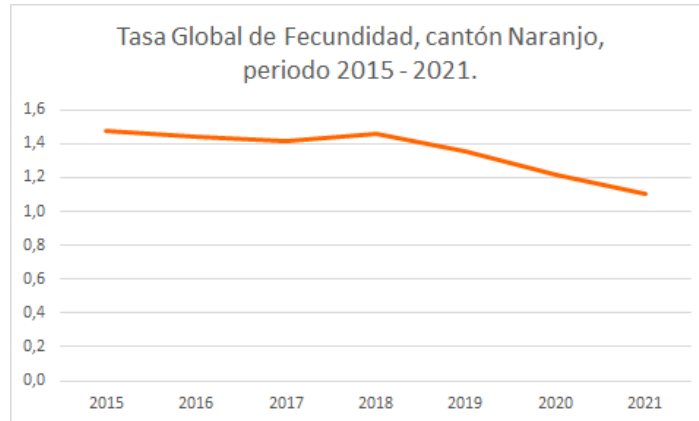


Fuente: elaboración propia con datos de INEC, REDATAM <http://sistemas.inec.cr:8080/bininec/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITNAC&lang=esp>



En el siguiente gráfico se identifica la tendencia a la disminución de la cantidad de hijos por mujer en su periodo de vida fértil, lo que afectará la no reposición de la población actual, manteniendo la tendencia a la inversión de la pirámide poblacional en el cantón.

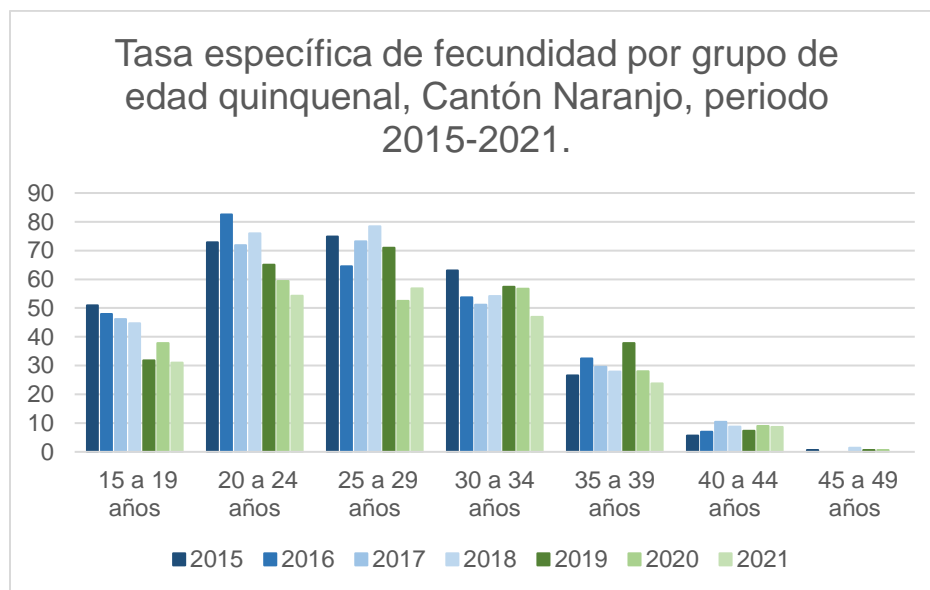
Gráfico 11



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, registros de eventos vitales y proyecciones de población.  
<https://inec.cr/busqueda?searchtext=indicadores%2520demogr%25C3%25A1ficos&page=3>

Mediante la tasa específica de fecundidad se observa para cada grupo de mujeres en edad reproductiva por grupos quinquenales la tendencia a la disminución de nacimientos, esta conducta es deseable en las edades extremas considerando que en la adolescencia se está en proceso de crecimiento, desarrollo y madurez de la persona, por lo que el embarazo como evento y posterior nacimiento tiene una serie de riesgos para la madre y el bebé; en el otro extremo de la vida la existencia de morbilidades presentes en edad adulta principalmente patologías crónicas aportan al riesgo del binomio madre-hijo.

Gráfico 12



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, registros de eventos vitales y proyecciones de población.  
<https://inec.cr/busqueda?searchtext=indicadores%2520demogr%25C3%25A1ficos&page=3>

El comportamiento de la natalidad y fecundidad señalado se refleja en una disminución continua de los nacimientos para el cantón. Para el año 2021, para Naranjo la tasa de crecimiento natural de la población se reporta en 0,4. (INEC)

Cuadro 14. Total de nacimientos, cantón de Naranjo, periodo 2015-2022.

Año	Nacimientos
2015	595
2016	585
2017	576
2018	603
2019	561
2020	502
2021	459
2022	461

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, registros de eventos vitales y proyecciones de población, <https://inec.cr/busqueda?searchtext=TASA%2520DE%2520NATALIDAD>

## INDICADORES SOCIECONÓMICOS

La distribución de la población en sus distritos se relaciona con el desarrollo según sea un distrito predominantemente rural o urbano, ya que esto se relaciona con búsqueda de mayores opciones de trabajo, acceso a los servicios de salud, transporte, educación, entretenimiento, busca de aumento en posibilidades para la subsistencia y mejora de calidad de vida. Para el año 2000 el 69% de la población del cantón se consideraba rural, esto cambia para el CENSO del año 2011, con una disminución de población rural a 46%. La razón de urbanización pasó de 44 en el año 2000 a 116 en el año 2011.

Cuadro 15. Distribución de población cantón Naranjo y distritos, según población urbana y rural.

Unidad geográfica	Población (número absoluto)	Urbana (porcentaje)	Rural (porcentaje)
Naranjo cantón	42713	53.9	46.1
Naranjo	15936	84.5	15.5
San Miguel	4657	49.8	50.2
San José	3162	31.1	68.9
Cirrí Sur	4552	26.2	73.8
San Jerónimo	3264	63.3	36.7
San Juan	3114	41.5	58.5
El Rosario	3757	36.7	63.3
Palmitos	4 271	7.9	92.1

Fuente: Elaboración propia con datos de INEC, CENSO 2011.

El distrito Naranjo es predominantemente urbano, se identifica como el más densamente poblado, existe un traslado de los habitantes de zonas rurales a las urbanas, en búsqueda de mayores opciones de trabajo, acceso a los servicios de salud, transporte, educación, entretenimiento, cambios en busca de mejora de calidad de vida; a pesar de que es conocido que no siempre se logra obtener este tipo de beneficios. Naranjo se sigue considerando como un cantón de origen campesino, cuya actividad predominante es la agrícola, no se identifica un incremento significativo en los sectores secundario (industrial) y terciario (de servicios).

Otro aspecto relacionado con la transición de zona rural a urbana se identifica en el movimiento de inmigración-emigración del cantón, para esto identificamos en el siguiente cuadro como el saldo de migración neto se encuentra en números negativos, es decir, a pesar de que se presenta un movimiento a los interno del cantón en el que sus habitantes de trasladan de un distrito a otro, en números absolutos es mayor el movimiento de personas a emigrar del cantón, con un saldo de migración relativo negativo: por cada 100 personas que habitan en Naranjo 5 se van a movilizar hacia otros lugares fuera del cantón; este fenómeno se mantiene para los cantones vecinos de Zarceró y San Ramón, no así en Palmarejos y Valverde Vega, donde se da una mayor permanencia en el propio cantón.

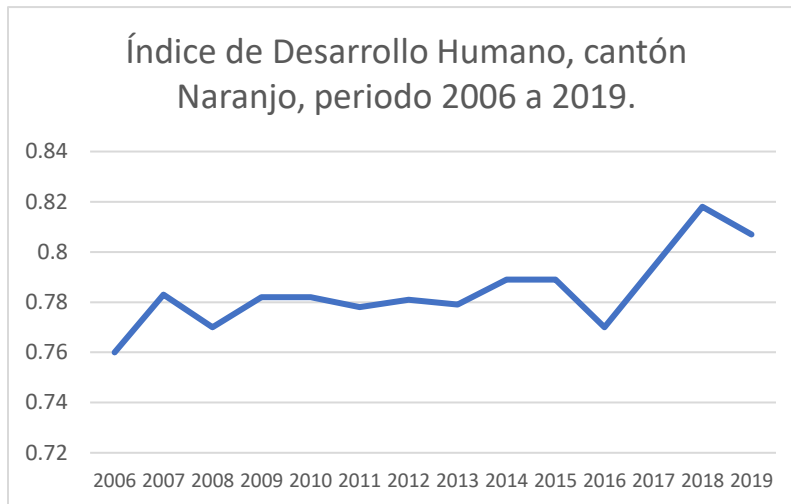
Cuadro 16. Población por sexo cantón de naranjo según característica migratoria desde el nacimiento, año 2011.

Cantón de residencia y sexo	Población total	No migrantes	Inmigrantes internos	Emigrantes internos	Saldo de migración neto	Saldo de migración relativo	Inmigrantes extranjeros
Naranjo	42 713	29 351	10 448	12 645	- 2 197	-5,14	2 914
Hombre	20 903	14 609	4 888	6 061	- 1 173	-5,61	1 406
Mujer	21 810	14 742	5 560	6 584	- 1 024	-4,70	1 508

Fuente: Elaboración propia EVS-ARSN con datos INEC, CENSO 2011.

Con respecto al índice de desarrollo humano cantonal el cual corresponde a 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, en el gráfico 6 se puede observar el comportamiento en el periodo 2006 a 2019.

Gráfico 13.



Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD-Costa Rica y UCR.

Otro indicador corresponde al índice de desarrollo social, según MIDEPLAN se define como el proceso que, “(...) en el transcurso del tiempo, procura alcanzar una mayor calidad de vida de la población, mediante una sociedad más igualitaria, participativa e inclusiva, que garantice una reducción en la brecha que existe en los niveles de bienestar que presentan los diversos grupos sociales y áreas geográficas, para lograr una integración de toda la población a la vida económica, social, política y cultural del país, en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos e incorporando los principios del desarrollo sostenible” (MIDEPLAN, 2017).

Aplicando el concepto anterior al cantón de Naranjo, el índice de desarrollo social es un indicador que brinda una percepción general respecto al estado del cantón en comparación con otros cantones, respecto a la equidad social en cuanto a la accesibilidad de participación ciudadana, educación, salud, seguridad y economía. Por tanto, este indicador permite visualizar las áreas que se están trabajando de forma efectiva para la población y las áreas que se pueden fortalecer al trabajar los factores protectores de la salud.

La calificación otorgada a los distritos sería: la de mayor desarrollo relativo de 67,4 a 100, la de nivel medio de desarrollo relativo de 54,2 a 67,3 y los de nivel bajo de 45,6 a 54,1. En el caso particular del cantón de Naranjo tuvo una puntuación de 64,49, lo cual lo ubica en el nivel medio al igual que los distritos, siendo el menor el distrito Cirrí.

Cuadro 17. Valor y posición Índice Desarrollo Social por distrito, cantón Naranjo, 2017.

Distrito	Valor IDS	Posición <sup>1</sup>
Naranjo	73,05	120
San Miguel	65,37	215
San José	67,63	198
Cirrí Sur	60,48	269
San Jerónimo	65,80	211
San Juan	67,20	201
Rosario	67,05	203
Palmitos	65,10	217

Fuente: Datos de MIDEPLAN, 2017.

Una mejor comprensión de este indicador se observa al desagregar las dimensiones que lo conforman y el aporte al total (económico corresponde a 27,9%, participación electoral a 11,6%, salud corresponde a 21,6%, educación a 26,6% y seguridad aporta el 12,3%).

Cuadro 18. Dimensiones del Índice Desarrollo Social por distrito, cantón Naranjo, 2017.

Distrito	Dimensión IDS 2017				
	Económica	Participación electoral	Salud	Educación	Seguridad
Naranjo	34.89	67.31	72.34	73.56	91.44
San Miguel	27.47	58.73	62.48	74.81	89.38
San José	25.09	65.10	70.81	70.26	96.22
Cirrí Sur	24.56	56.95	70.64	59.61	89.74
San Jerónimo	23.40	60.23	74.92	64.49	100.00
San Juan	30.73	65.33	62.26	68.34	100.00
Rosario	24.53	61.81	66.76	76.72	90.62
Palmito	26.28	60.89	62.91	69.99	98.26

Fuente: Datos de MIDEPLAN, 2017.

Como referencia en la figura 1 se desagregan los elementos considerados para la construcción de cada dimensión del IDS distrital.

<sup>1</sup> De 483 distritos

Figura 1.

Composición del Índice de Desarrollo Social según dimensiones e índices 2017



Fuente: MIDEPLAN, 2017.

Del documento Diagnóstico de Factores Protectores de la Salud se revisó el apartado Medios de Vida Productividad, en el cual se explican los tres sectores de productividad comercial según la actividad realizada. Entre ellos tenemos “Sector Primario que incluye la actividad agrícola y silvicultura realizada en el cantón de Naranjo. Para este sector el cantón de Naranjo se ha caracterizado por tener un terreno fértil para diversos cultivos y desde que fue colonizado en el siglo XIX, ha sido de predominancia de cultivo del café. Por lo cual, históricamente en el cantón de Naranjo ha sido caracterizado mayoritariamente por la caficultura. Como Sector Secundario: incluye la Industria Alimentaria, manufactura, la producción de medicamentos y equipos electrónicos. Finalmente, el Sector Terciario que incluye, servicios profesionales, domésticos, turismo, servicios comerciales al por mayor y al detalle, tecnologías, construcciones, transporte, comunicaciones y energía”. (Diagnóstico de Factores Protectores DARS Naranjo, 2019, p. 23-24)

Según el departamento de Gestión Social de la Municipalidad de Naranjo, las actividades económicas productivas y comerciales predominantes en el sector primario son: agricultura (siembra de café, tomate, lechuga, vegetales, papa, repollo, vainica), granjas avícolas (producción de huevo y pollo), ganadería (especies de engorde, lechería, producción de queso, etc). Esta información concuerda con los datos proporcionados por la Agencia de Extensión Territorial del MAG.

Por su parte la base de datos de patentes de diciembre 2019 facilitada por la Municipalidad, registra que en el cantón de Naranjo se encuentran 1106 comercios patentados, el porcentaje más alto de ubicación de estos se encuentra en el distrito Naranjo en lo que se

denomina "el casco central", siendo los comercios destinados a la venta de abarrotes y distribuidoras de productos la mayor proporción de establecimientos existente.

Con respecto al sector secundario, el cual incluye la industria alimentaria, en esta categoría se cuenta con 9 industrias autorizadas en el cantón. En la categoría de la manufactura se identifican predominantemente comercios dedicados a la fabricación y reparación de artículos varios para un total de 10 fábricas distribuidas en todo el cantón. Además, se cuenta con 29 locales comerciales destinados a la fabricación y exhibición de muebles.

Con respecto al sector terciario a partir de la revisión de las bases de datos tanto de patentes, permisos sanitarios y cámara de comercio, se identifica se encuentra el mayor porcentaje de actividad comercial en el distrito Naranjo, las actividades que predominan son: los locales de abastecedores y abarrotes que solo en el casco central se contabilizan 187 locales, seguido de la actividad de venta de licores, preparación y venta de alimentos como sodas, restaurantes y bares, además servicios profesionales en distintas especialidades, cuidado personal, etc.

El distrito con mayor cantidad de locales comerciales es Naranjo centro, el distrito del Rosario cuenta con más cantidad de bares y restaurantes, este distrito también se caracteriza por contar con lugares de hospedaje y turismo, seguido de los distritos de San Miguel, Cirrú y Palmitos. En Naranjo se desarrolla el turismo rural mediante restaurantes con pesca de tilapias, Hotel Chayote Lodge, Rancho Amalia, Coffe Tour, restaurantes varios y sodas. Los distritos San José, San Juan y San Jerónimo son los distritos con menor desarrollo comercial y productivo, lo anterior con base en el registro de permisos sanitarios de funcionamiento del año 2019.

En cuanto a la ocupación de la población según rama de actividad económica, a continuación, se detalla la distribución la cual se relaciona con los sectores económicos más desarrollados en el cantón:

Cuadro 19. Distribución relativa de la población según rama de actividad, cantón Naranjo, año 2022.

Rama de actividad de trabajo	Porcentaje
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	17,16
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos automotores y motocicletas	17,74
Industrias manufactureras	16,37
Construcción	8,90
Transporte y almacenamiento	5,58
Enseñanza	4,83
Administración pública y defensa, planes de seguridad social	4,66
Actividades de los hogares en calidad de empleadores	4,32
Alojamiento y servicios de comida	3,83
Actividades atención salud humana y asistencia social	3,66
Actividades administrativas y servicios de apoyo	3,32
Otras actividades de servicio	2,00
Suministro electricidad y gas	1,51
Información y comunicación	1,50
Actividades financieras y de seguros	1,44
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1,33
Actividades artísticas de entretenimiento y recreativas	1,03
Suministro agua, gestión desechos	0,50
Actividades inmobiliarias	0,26
Minas y canteras	0,04
Actividades de organizaciones y órganos extraterritorial	0,01

Fuente: Datos de Encuesta Continua de Empleo, II trimestre, 2022. INEC.

La información respectiva al uso de suelos en el cantón de Naranjo es proporcionada por el MAG. Los cuadros que se presentan a continuación se tomaron de la Caracterización del Área de Influencia de la Agencia de Extensión Territorial, la información descrita corresponde al VI Censo Nacional Agropecuario 2014.



Cuadro 20. Uso actual y capacidad de uso del suelo, cantón Naranjo, año 2014.

Actividad agropecuaria y forestal	Uso actual (Ha)	Capacidad de uso del suelo (Ha)
Agrícola	7000	7000
Pecuario	1900	1900
Forestal	450	450
Conservación	550	550
Total	9900	9900

Fuente: VI Censo Nacional Agropecuario 2014.

Con respecto a la actividad agrícola además del cultivo del café, el cantón cuenta con producción de cultivos alternativos en orden de prioridad tales como el tomate, papa, chile con producción son principalmente de consumo local, las plantas ornamentales ocupan un lugar importante en la economía.

Según la Agencia de Extensión Territorial Agropecuaria de Naranjo, el sistema de producción predominante en el área es el cultivo de café convencional, su sistema de comercio consiste en producción, procesamiento y exportación del café y la tecnología utilizada es el beneficiado. Por lo cual para Naranjo la movilización de personas en la época de recolección de café constituye un fenómeno de movilización y estancia transitoria, de personas de otras zonas del país y extranjeros.

Cuadro 21. Actividad agrícola, cantón Naranjo, año 2014.

Actividad	Ha	Producción <sup>2</sup>	Destino de la producción
Café	6100		Exportación
Tomate	49	1260 ton	Feria del agricultor y mercado local
Chile	6	80 ton	Feria del agricultor y mercado local
Papa	45	2270 ton	Intermediario y Feria
Ornamentales	6	Variado	Mercado Nacional y Exportación
Cebolla	5	10 ton	Intermediario y Feria

Fuente: VI Censo Nacional Agropecuario 2014.

Con respecto a la actividad pecuaria, en el siguiente cuadro se describe las actividades de producción animal y el uso que se le da, principalmente para el consumo y comercio nacional, son actividades importantes en la economía ya que genera fuentes de empleo, y se provee a la población de carne, huevo y leche.

<sup>2</sup> Refiérase a la cantidad de producción su respectiva unidad de medida

Cuadro 22. Actividad pecuaria, cantón Naranjo, año 2014.

Actividad	Producción <sup>3</sup>	Ha o Cantidad <sup>4</sup>	Destino de producción
Bovinos de leche	49 ton/día	3090	Plantas procesamiento
Bovinos de carne	70 ton de carne	2045 animales	Plantas procesamiento
Caprinos	48 kg/leche/día	41 cabras	Mercado Local
Porcinos (desarrollo y engorde)	-	2569 cerdos	Plantas procesamiento
Pollo de engorde	19.4 ton/mes	259500 pollos	Plantas procesamiento
Huevo	56 ton/día	696470 gallinas	Mercado Nacional

Fuente: VI Censo Nacional Agropecuario 2014.

En el cuadro 23 se anota el aseguramiento según trabajadores y patronos para junio del 2018, con respecto al total de personas aseguradas en el año 2009 (n=6809), se identifica un aumento del 29% de trabajadores lo cual se relaciona con el aumento de personas en edad productiva.

Cuadro 23. Seguro de salud según patronos, trabajadores y masa cotizante, cantón Naranjo, junio 2018.

Sector Institucional	Patronos	Trabajadores			Masa cotizante (1)		
		Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres
Todos los sectores	610	8819	5777	3042	3535736	2149002	1386734
Empresa privada	535	3220	2428	792	1153575	783400	370175
Instituciones autónomas	25	203	125	78	90069	52450	37619
Gobierno Central	-	813	337	476	831230	346 352	484878
Servicio doméstico	48	51	4	47	7902	771	7131
Trabajador independiente	-	1641	1208	433	668181	503526	164655
Asegurado voluntario	-	1747	780	967	481531	226315	255216

(1) Cifras en miles de colones.

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área de Estadística de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La Encuesta Continua de Empleo del INEC para el III trimestre de 2019 muestra resultados a nivel nacional y regional, no desagrega a nivel cantonal. Al situarse Naranjo dentro de la Región Central, se presentan los datos sobre empleo, subempleo y desempleo de dicha

<sup>3</sup> Refiérase a la cantidad de producción con su respectiva unidad de medida

<sup>4</sup> Refiérase a la cantidad de rendimiento de acuerdo con el cultivo, especie y tipos de producción.

región. Para el III trimestre de 2019, la tasa de ocupación es de 57,3%, siendo más baja para las mujeres (46,5%).

Se identificaron 68 956 hombres y 102 382 mujeres desempleadas con tasas de desempleo respectivamente de 7,5% y 14,9%. Las mujeres también enfrentan mayor subempleo (13,7%) mientras que para los hombres fue de 9,0%. A nivel regional, los ocupados con subempleo alcanzaron 156 066 personas, que corresponde a un 10,9%.

Cuadro 24. Región Central, Tasa de ocupación, tasa de desempleo y porcentaje de ocupados con subempleo, por sexo, III trimestre 2019

Tasas	Sexo		
	Total	Hombre	Mujer
Tasa de ocupación	57,3	68,2	46,5
Tasa de desempleo	10,7	7,5	14,9
Subempleo	10,9	9,0	13,7

Fuente: MTSS, Dirección General de Planificación, Observatorio del Mercado Laboral, con base en datos de la Encuesta Continua de Empleo, III trimestre 2019.

Para el año 2011, en Naranjo 16391 personas mayores de 15 años conforman la fuerza de trabajo o población económicamente activa (PEA), de las cuales el 97,25% tenía ocupación a ese momento. Para el año 2022, en el primer trimestre ese mismo año la tasa de ocupación correspondió a 49,3% y la tasa de desempleo abierto fue de 1,4%. (INEC, REDATAM)

Para el año 2022 la Encuesta Continua de Empleo de II trimestre, identifica para 15971 personas del cantón de Naranjo, la distribución relativa según rama de actividad de trabajo, esto coincide con los sectores económicos más desarrollados previamente descritos.

Cuadro 25. Distribución porcentual de personas según rama de actividad, cantón Naranjo, 2022.

Rama de actividad de trabajo	Porcentaje
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	17,16
Comercio por mayor y menor, reparación vehículos automotores y motocicletas	17,74
Industrias manufactureras	16,37
Construcción	8,90
Transporte y almacenamiento	5,58
Enseñanza	4,83
Administración pública y defensa, planes de seguridad social	4,66
Actividades de los hogares en calidad de empleadores	4,32
Alojamiento y servicios de comida	3,83
Actividades atención salud humana y asistencia social	3,66
Actividades administrativas y servicios de apoyo	3,32
Otras actividades de servicio	2,00
Suministro electricidad y gas	1,51
Información y comunicación	1,50
Actividades financieras y de seguros	1,44
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1,33
Actividades artísticas de entretenimiento y recreativas	1,03
Suministro agua, gestión desechos	0,50
Actividades inmobiliarias	0,26
Minas y canteras	0,04
Actividades de organizaciones y órganos extraterritorial	0,01

Fuente: Datos de INEC, ECE II trimestre 2022.

El empleo y subempleo afecta como determinante de la salud diversos aspectos de la vida de las personas, su capacidad de satisfacción de necesidades básicas se ve comprometida, entre eso está la vivienda. Para el año 2021, en el cantón se identifica casi 2 terceras partes de las viviendas individuales como propias.

Cuadro 26. Viviendas individuales según condición de adquisición, cantón Naranjo, 2021.

Condición vivienda	Cantidad	Porcentaje
Propia totalmente pagada	7261	62,2
Propia pagando a plazos	1687	14,4
Alquilada	1561	13,4
Prestada por motivo de trabajo	500	4,3
Prestada por otro motivo (no paga)	600	5,1
Precario	30	0,3
Otro	39	0,3

Fuente: Datos de INEC, ENAHO, 2021.

En esta misma línea, para el CENSO del 2011 se visualizan las viviendas individuales y tugurios, mayormente ubicadas en zona urbana, los tugurios con valores inferiores al dato provincial y nacional.

Cuadro 26. Viviendas individuales según zona, estado, cantón Naranjo, 2011.

Lugar	Viviendas individuales ocupadas					Tugurios			
	Total	Zona Urbana		Zona Rural		Zona Urbana		Zona Rural	
		N° absoluto	%	N° absoluto	%	N° absoluto	%	N° absoluto	%
Costa Rica	1212851	887190	73,1	325661	26,9	5940	0,48	2205	0,18
Alajuela	237064	147336	62,2	89728	37,8	666	0,28	659	0,27
Naranjo	11678	6355	54,4	5329	45,6	17	0,14	20	0,17

Fuente: Elaboración propia EVS-ARSN a partir de datos CENSO Nacional 2011, INEC.

Se visualiza para el cantón la presencia de viviendas colectivas, esto relacionado con la modalidad de servicio para personas están dirigidos a la atención de población vulnerable, como lo son niños en riesgo identificados por el PANI, adultos mayores y personas con discapacidad. Para esta dimensión es importante tener las viviendas colectivas identificadas ya que constituyen parte de la red de servicios.

Cuadro 28. Distribución de viviendas colectivas por zona, según país, provincia y cantón, año 2011.

Lugar	Total viviendas colectivas ocupadas	Zona Urbana		Zona Rural	
		Número absoluto	Número relativo	Número absoluto	Número relativo
Costa Rica	887	563	63,5	324	36,5
Alajuela	137	72	52,5	65	47,5
Naranjo	6	4	66	2	64

Fuente: Elaboración propia EVS-ARSN con datos CENSO Nacional 2011, INEC.

## IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Se cuenta con mapa de amenazas generado por la Comisión Nacional de Emergencia para el cantón, lo detallado coincide con la identificación de riesgo según Plan de Emergencias de Naranjo 2018 la clasificación de riesgos por zonas.

### 1. Deslizamientos

Las características topográficas y geológicas propias del Cantón de Naranjo hacen que este sea vulnerable a esta clase de incidente.

Los poblados más amenazados son La Radial, 500 metros sur de la Cruz Roja, Candelaria, calle el Mango, calle Villa Real, Barrio el Carmen, Barrio San Martín, Cirrú Sur, calle la Isla, calle Valverde, calle Arrieta, calle Quebrada Honda, Lourdes de Cirrú, calle Bajo Zapote, calle Bajo Zúñiga, calle la Chanchera, Ciudadela Bambú, Concepción, calle la Quesera en San Miguel Oeste, Barranca, Llano Bonito, San Jerónimo, Puente sobre río Colorado, La Palmita, Rosario, San Antonio de la Cueva, Cañuela (por la plaza), calle Barranquilla y calle Islas en San José, calle Versailles San Juan, Calle San Roquillo de San Roque. Además, se debe recalcar que cualquier sitio del cantón, donde se hallan hecho cortes de caminos, o rellenos mal compactados, son vulnerables a este tipo de proceso.

Los efectos más importantes de los deslizamientos son:

- Sepultamiento de viviendas.
- Daño a infraestructura como edificios, viviendas y otros.
- Daño a infraestructura de muro y taludes.
- Daños diversos a caminos.
- Avalanchas de lodo, por saturación de los suelos afectando a estructuras ubicadas cerca de taludes y ríos.
- Daños a cultivo

## 2. Inundaciones

El Cantón de Naranjo posee una red fluvial bien definida, la misma cuenta con un grupo de ríos y quebradas que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón, dicha red de drenaje está compuesta principalmente por los siguientes ríos y quebradas: Río Colorado, Río Matina, Río Pilas, Río Grande, Río Espino, Río Barranca, Río Cócora y Río Zapote, Quebrada Candelaria en Naranjo, Quebrada Rincón en Cañuela, Quebrada la Virgen en San Rafael, Quebrada Tacacal en San Jerónimo, Quebrada la Cueva en Palmitos, Quebrada Desamparados en San José, Quebrada San Lucas en Naranjo y Quebrada La Isla en Cirrí.

El desarrollo urbano en planicies de inundación y en cercanías de cause de los ríos, sin planificación, aumenta el deterioro de las cuencas hidrográficas, a esto se suma la creciente contaminación y la actitud de algunos ciudadanos que lanzan desechos sólidos a los cauces ríos, y alcantarillado provocando el desbordamiento de ríos y quebradas.

Las zonas o barrios más afectados y con alto riesgo por las inundaciones o avalanchas de los ríos y quebradas antes mencionadas son:

- Río Pilas: Caña Dura, Candelaria
- Quebrada San Lucas: Ciudad Naranjo
- Río Cócora: San Jerónimo, Cirí Urbanización las Orquídeas.
- Quebrada Candelaria: Candelaria – Cinco Esquinas
- San Rafael, San Miguel, Barrio el Carmen el Centro, Llano Bonito

Los efectos más importantes de los deslizamientos son:

- Sepultamiento de viviendas.
- Daño a infraestructura como edificios, viviendas y otros.
- Daño a infraestructura de muro y taludes.
- Daños diversos a caminos.
- Avalanchas de lodo, por saturación de los suelos afectando a estructuras ubicadas cerca de taludes y ríos

Cabe destacar que Naranjo presenta una falla que traspasa el cantón, iniciando en Zarcero y continuando por el cantón de Valverde Vega.

## 3. Antecedentes Sísmicos

En la región donde se localiza el cantón de Naranjo, existente una serie de fuentes sísmicas que en repetidas ocasiones han generado eventos sísmicos causando daños diversos a la población del cantón.

Hacia el Sur y a unos 25 km de la ciudad de Naranjo, en 1924 se presentó un evento de considerable magnitud que provocó daños graves en toda la región.

A unos 10 km al Este, de la ciudad de Naranjo, se presenta la traza en superficie de la falla de Alajuela, la cual se estima que fue la responsable de los eventos sísmicos de los años 1851 y 1888, que también causaron daños importantes en la región.

Hacia el Noreste a unos 25 km de Naranjo existe una región que en repetidas ocasiones ha presentado eventos importantes, capaces de provocar daños de consideración, (28 agosto 1911, 6 junio 1912, 9 junio 1912 y 1 setiembre, 1955). En marzo de 1992 un evento sísmico de magnitud apreciable, todo su epicentro muy cerca del puente Rafael Iglesias, causando daño moderado a las viviendas del cantón.

Entre los efectos geológicos más notorios de un evento sísmico de intensidad importante cerca del cantón de Naranjo se destacan: amplificaciones de la intensidad sísmica, en aquellos sitios donde hay rellenos poco compactos o bien suelos que por su origen favorecen este proceso. Los poblados más vulnerables son: San Miguel, Concepción, Los Bajos, Vaca Muerta, Rosario, Hornos, Naranjo Centro.

Deslizamientos de diversa magnitud, sobre todo hacia el Sur y Norte del Cantón donde la pendiente del terreno es muy pronunciada, especialmente aquellos lugares cercanos a los principales ríos. Los poblados más vulnerables son: Candelaria, San Miguel Oeste, San Francisco, Rosario San Jerónimo, Quebrada Honda, Bajo Arrieta, La Isla, San Juanillo, Lourdes. Barranca, El Chayote. Además, se debe mencionar la alta posibilidad de presentarse derrumbes en cortes de caminos. Fracturas en el terreno, los cuales pueden causar daños a viviendas y áreas vitales.

#### 4. Riesgos agroclimáticos

La Agencia de Extensión Territorial de Naranjo ha identificado por distrito riegos climáticos que amenazan las producciones agrícolas, estos se presentan en la siguiente tabla.

Cuadro 29. Factores de riesgo agroclimáticos y zonas de posible afectación, cantón Naranjo.

Zonas de riesgo (distritos, comunidades, territorios)	Factores de Riesgo agroclimáticos		
	Sequía	Inundación	Vientos
Todo el cantón.	x		
Candelaria		x	
Cirrí			x
San José			x
Palmitos	x		
Rosario	x		
San Jerónimo			x

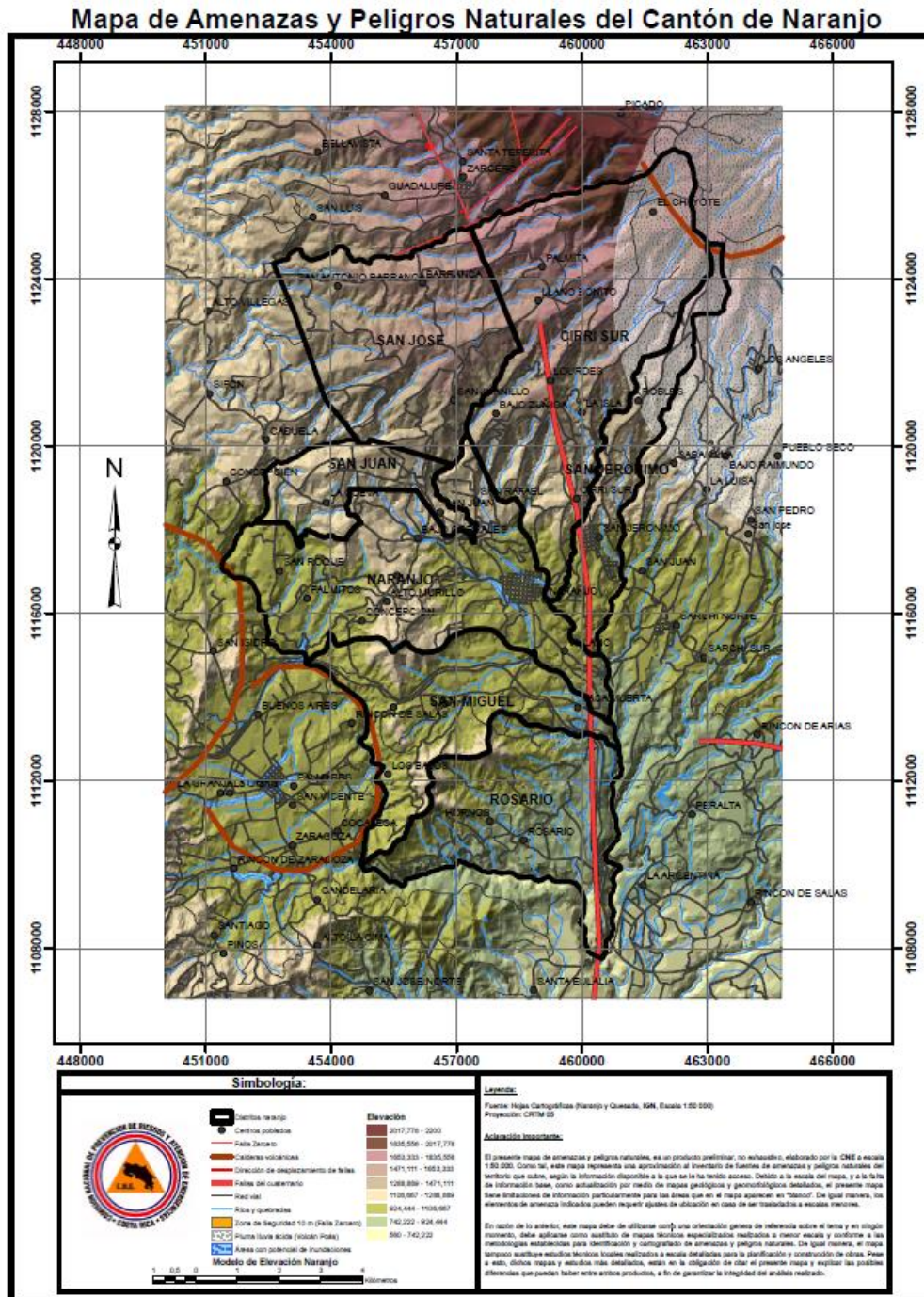
Fuente: Agencia de Extensión Territorial Naranjo (MAG) 2020.

Como se puede observar en el cuadro anterior, existe riesgo de sequía en todo el cantón pues Naranjo se caracteriza por ser caliente tanto en verano como en invierno, afectando los cultivos por sequedad. Sin embargo, por características geográficas de Candelaria influyen en riesgo de inundación en época lluviosa, mientras que los vientos pueden afectar



en los distritos de Cirrí, San José y San Jerónimo, los cuales son zonas altas y montañosas. Esta descripción evidencia que el cantón de Naranjo es diverso en cuanto su geografía y su clima lo cual posibilita la presentación de riesgos agroclimáticos con afectación de la producción agropecuaria, vivienda y servicios.

Mapa 5.

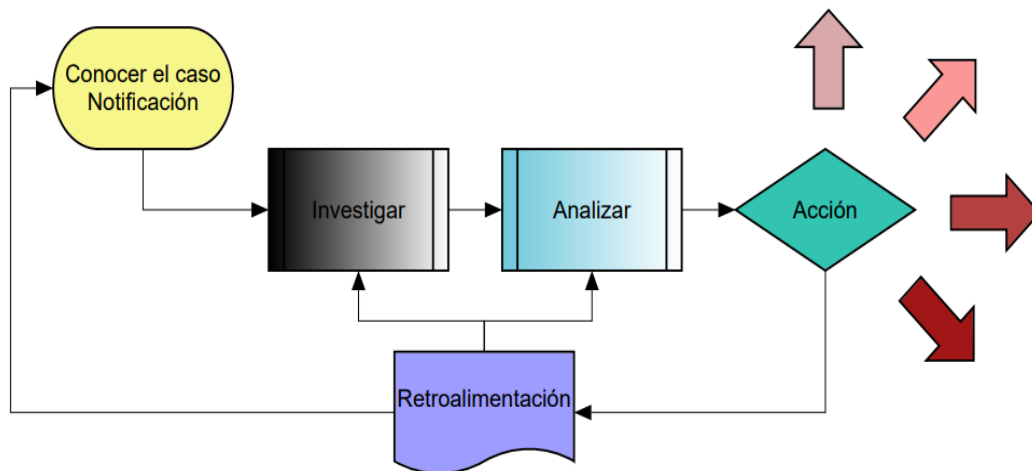


Fuente: Comisión Nacional de Emergencias, recuperado de [https://www.cne.go.cr/reduccion\\_riesgo/mapas\\_amenzas/mapas\\_de\\_amaneza/alajuela/Naranjo.pdf](https://www.cne.go.cr/reduccion_riesgo/mapas_amenzas/mapas_de_amaneza/alajuela/Naranjo.pdf)

## CAPÍTULO II MORBILIDAD

A partir del registro de eventos de reporte individual, que corresponde a los eventos de notificación obligatoria según el Decreto de Vigilancia de la Salud N°40556-S, se realiza caracterización de los principales eventos que se presentaron para el año 2022 en el cantón de Naranjo. Se construye a partir de los datos aportados por los profesionales de salud que brindan servicios a la población con domicilio en nuestra área de atracción, el notificador mayor en volumen corresponde al Área de Salud Naranjo, se cuenta con reportes de otros establecimientos de la CCSS como hospitales de la red de servicios, así como de primer nivel emitidos por otros cantones, se ingresan también los datos que reportan los entes notificadores privados.

Figura 2. Diagrama de proceso de notificación de eventos de importancia en salud pública.



Fuente: Elaboración propia con base en Decreto Ejecutivo N°41120-S.

Para los eventos de reporte individual, en los 10 eventos más frecuentes se identifican principalmente enfermedades crónicas no transmisibles, es importante señalar que los años 2020 a 2021, corresponden a periodos de notificación atípica, ya que el evento de salud prioritario correspondió a COVID-19, se ha valorado el reporte de eventos pudo disminuir, por mantener un enfoque tubular direccionado de los recursos y personal de los servicios de salud a la atención de la pandemia por SARS-Cov2.

Cuadro 30. Distribución relativa de primeros 10 eventos de notificación individual, cantón Naranjo, año 2022.

Eventos Notificación Individual	Porcentaje
Accidentes laborales	20,64
Hipertensión arterial	17,20
Accidentes de tránsito	9,02
Diabetes mellitus	8,19
Obesidad	7,24
Violencia intrafamiliar	7,24
Trastornos Mentales y del Comportamiento por uso de Sustancias Psicoactivas	6,05
Depresión	5,22
Enfermedad renal crónica	3,32
Intento de suicidio	2,97

Fuente: Elaboración propia con datos de registro local eventos de notificación individual, Vigilancia de la Salud, Área Rectora de Salud Naranjo.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

### OBESIDAD

Se tiene un total de 61 personas con este diagnóstico, el 56% corresponde a mujeres, el 54% de la notificación se ubica en personas de 30 a 59 años, corresponde a población adulta que cuenta con 1 factor de riesgo relacionado con otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, que cursan con conductas de riesgo tales como malnutrición por excesivo consumo de calorías, alto consumo de sal, sedentarismo, dislipidemia, consumo de tabaco.

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Con respecto a este evento se tiene un total de 145 personas reportadas con ese diagnóstico, 52% corresponde a mujeres, del total el 49,3% de los casos está adscrito al distrito Naranjo, que es el más densamente poblado, el 66,7% de las personas se ubica en el rango de edad de 30 a 59 años; este evento aporta riesgo para cursar con eventos isquémicos cardio y cerebrovasculares. La tasa de HTA (por 100000 habitantes) en el 2012 fue de 324,3 y para el año 2022 correspondió a 291,4.

## DIABETES MELLITUS

Con respecto a este evento se tiene un total de 69 personas reportadas con ese diagnóstico, 55% corresponde a mujeres, del total el 61% de los casos está adscrito al distrito Naranjo, que es el más densamente poblado, el 82,1% de las personas se ubica en el rango de edad de 65 y más años; este evento es posible esté relacionado con la coexistencia previa de otros eventos crónicos no transmisibles como hipertensión arterial y Diabetes mellitus. La tasa de DM (por 100000 habitantes) en el 2012 fue de 220,7 y para el año 2022 correspondió a 138,4.

## ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Se tiene un total de 28 personas con este diagnóstico, 61% corresponde a hombres, del total el 66% de los casos está adscrito al distrito Naranjo, que es el más densamente poblado, el 71% de las personas se ubica en el rango de edad de 30 a 64 años; este evento aporta riesgo para cursar con eventos isquémicos cardio y cerebrovasculares. La tasa de enfermedad renal crónica para el año 2022 correspondió a 56,3 casos por 100000 habitantes, a nivel nacional este dato corresponde a 126,8 casos por 100000 habitantes.

## ACCIDENTES LABORALES

Con respecto a este evento se tiene un total de 174 personas reportadas con ese diagnóstico, 72% corresponde a hombres, del total el 46,6% de los casos tiene reportado sitio de ocurrencia el distrito Naranjo, el 78,7% de las personas se ubica en el rango de edad de 20 a 49 años, no se identifica reportes de personas menores de 20 años y solo 2 reportes de personas mayores de 65 años. La tasa de accidentes laborales (por 100000 habitantes) en el 2012 fue de 563,1 y para el año 2022 correspondió a 349,7.

## VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Para el año 2022 con respecto a este evento se tiene un total de 61 personas reportadas, 80,3% corresponde a mujeres, del total el 54,1% de los casos tiene reportado sitio de ocurrencia el distrito Naranjo, el 37,7% de las personas se ubica en el rango de edad de 10 a 18 años, en todos los grupos de edad excepto en los menores de 1 año, el reporte es mayor en mujeres.

El reporte de violencia ha variado en el tiempo, al igual que otros eventos disminuyó la notificación durante el periodo de la pandemia por SARS-COV2, se mantuvo la diferencia de tasa con mayor afectación en las mujeres durante el periodo 2018 a 2022. La tasa para la población para el año 2022 correspondió a 12,3 (por 10000 habitantes).

Cuadro 31. Tasa\* de Violencia intrafamiliar según sexo, del periodo 2018 al 2022, cantón Naranjo.

Violencia intrafamiliar	Año									
	2018		2019		2020		2021		2022	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Sexo	24,8	5,4	48,7	15,2	14,8	4,5	15,1	1,6	19,8	4,8
Población	15,1		31,9		9,6		8,3		12,3	

Fuente: Elaboración propia con datos de registro local eventos de notificación individual, Vigilancia de la Salud, Área Rectora de Salud Naranjo. \* TASA POR 10000 HABITANTES

Con respecto al tipo de violencia se identifica que el mayor reporte se concentra en síndromes no especificados de maltrato (65,9%), manteniendo la mayor afectación a mujeres. Con respecto a la clasificación, el reporte difiere con respecto a lo documentado en el ASIS previo, donde para el año 2014 el diagnóstico de síndromes no especificados de maltrato correspondió al 4% del total, siendo el mayor reporte a partir de violencia por abuso psicológico (38%) y en segundo lugar abuso físico (30%).

Cuadro 32. Casos reportados de Violencia intrafamiliar según tipo, por sexo, del periodo 2018 al 2022, cantón Naranjo.

Tipo de violencia intrafamiliar	Año									
	2018		2019		2020		2021		2022	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Abuso físico	12	8	1	1	1	1	1	0	3	3
Abuso psicológico	21	0	8	1	1	0	1	0	5	1
Abuso sexual	8	2	1	0	2	0	0	0	15	0
Negligencia o abandono	8	1	6	2	0	1	3	0	7	3
Otros síndromes de maltrato	10	2	101	33	32	9	32	4	19	5
Subtotal	59	13	117	37	36	11	37	4	49	12
Total	72		154		47		41		61	

Fuente: Elaboración propia con datos en de registro local eventos de notificación individual, Vigilancia de la Salud, Área Rectora de Salud Naranjo.

Otros eventos tales como intento de autoeliminación, depresión, trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, relacionados con la conciencia, conducta y salud mental se ubican en el apartado de salud mental.

## ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Con respecto a este evento se tiene un total de 76 personas reportadas con ese diagnóstico, 72% correspondió a hombres, no se especifica en el registro el sitio de ocurrencia del evento, el 77,6% de las personas se ubicó en el rango de edad de 20 a 59 años, el 7,6% que se reportó 7,6% correspondió a personas menores de edad y el 5,3% a personas de 65 años y más. La tasa de accidentes de tránsito (por 100000 habitantes) en el 2017 fue de 243,3 y para el año 2022 correspondió a 152,7.

## ENFERMEDADES VECTORIALES

### MALARIA

Para el año 2022 se reportaron 2 casos sospechosos de malaria los cuales se descartaron. El cantón de Naranjo cuenta con una estratificación de escenario no receptivo no vulnerable, ya que no se cuenta con el vector ni se han identificado condiciones ambientales para su reproducción. Este evento se mantiene en seguimiento por la dinámica población de permanencia temporal de grupos de población migrante, principalmente nicaragüense e indígena panameña para la recolecta de café, por lo que es factible identificar personas que vengan enfermas; otros años se ha dado seguimiento a casos diagnosticados en otros cantones.

### DENGUE

Durante el año 2022 se recibió un total de 8 casos sospechosos de dengue, solo 1 se confirmó por laboratorio. El reporte de este evento también disminuyó durante el periodo de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, el cantón de Naranjo cuenta con todas las condiciones de ambiente, huésped y agente en presencia de vector para desarrollar esta enfermedad vectorial. El último brote documentado de importancia ocurrió en el año 2015 en Barrio El Carmen, comunidad perteneciente al distrito Naranjo, en años previos se han desarrollado brotes en distrito El Rosario y San Jerónimo. Este evento se identifica como de riesgo potencial para brotes en la población.

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### VARICELA

Para el trienio 2012-2014 se identificó dentro de las 10 primeras causas de notificación de eventos de reporte individual. Durante el 2022 se recibió 23 casos, correspondiendo el 43% a personas menores de 19 años, este dato es relevante pues se espera que sean personas que ya entren en la cohorte de población vacunada a partir del ingreso de este biológico en el esquema básico de vacunación nacional, a partir del año 2007.

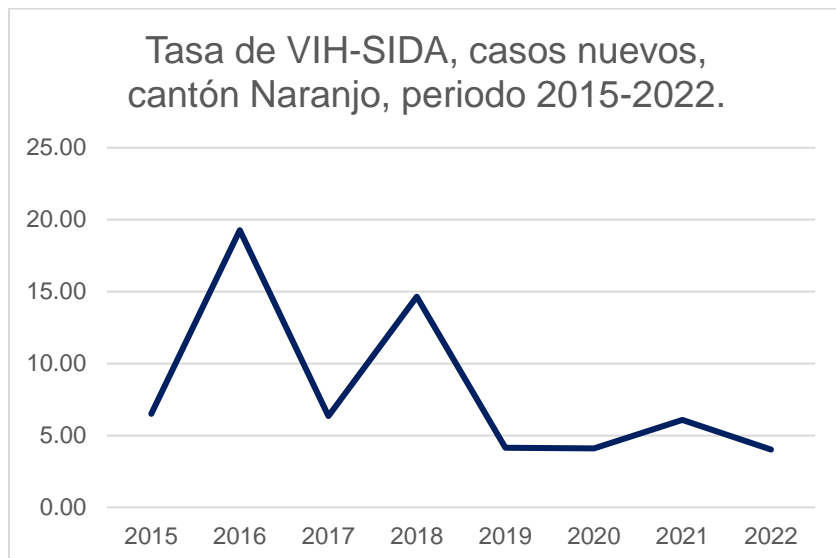
El reporte de otros eventos transmisibles se identifica como mínimo para el año 2022, 1 caso de shigelosis, 1 caso de meningitis viral no especificada, 3 casos de influenza, 1 caso de neumonía por virus respiratorio sincitial, 1 caso de neumonía por rinovirus, 2 casos de hepatitis aguda sin especificar.

### VIH

Para el ASIS anterior no se contó con datos de reporte de casos, actual se cuenta con la tasa para el periodo 2015 a 2022, lo que permite un acercamiento al comportamiento local,

con respecto a la tasa de incidencia VIH-SIDA sobresalen los años 2016 y 2018 con mayor presencia del evento; el 58,1% de los casos se concentra en personas de 20 a 29 años.

Gráfico 14

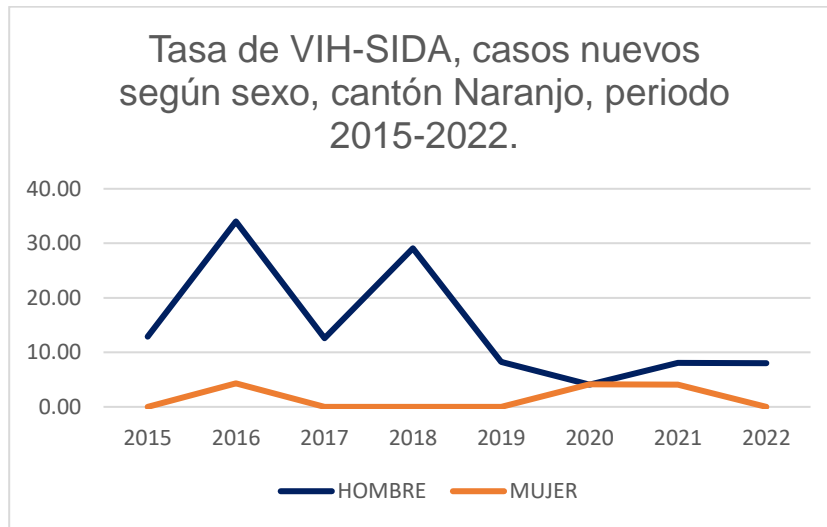


Fuente: Elaboración propia VS-ARS Naranjo, con datos de registro de VIH-DVS.

\* Tasa por 100000 habitantes

Para este evento se identifica un predominio de la presentación del evento en hombres, del total de casos corresponde a 91%, lo que resulta en tasas de incidencia desagregadas mayores con respecto a las mujeres. La razón de hombre-mujer para este evento corresponde a 800 en el año 2016, 100 en el año 2020 y 200 en el año 2021 hombres por cada 100 mujeres. La tasa de mortalidad por VIH para el quinquenio 2015-2019 corresponde a 8,5 casos por 100000 habitantes.

Gráfico 15



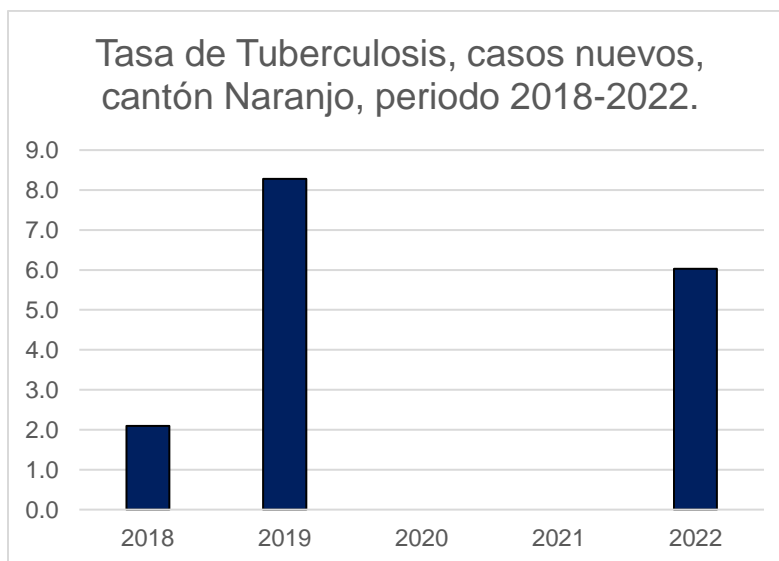
Fuente: Elaboración propia VS-ARS Naranjo, con datos de registro de VIH-DVS.

\* Tasa por 100000 habitantes

## TUBERCULOSIS

Este evento considerado enfermedad reemergente se ha mantenido activo en el cantón, si bien no se reportan fallecidos en el quinquenio 2018 a 2022, se observa la presencia de casos de tuberculosis en población residente y propia del cantón, exceptuando los años 2020 y 2021 que no se reportaron casos.

Gráfico 16



Fuente: Elaboración propia VS-ARS Naranjo, con datos de registro de TB- ASN.

\* Tasa por 100000 habitantes



Del total de casos de tuberculosis en el periodo 2018 a 2022, el 74% son hombres, del total el promedio de edad corresponde a 49 años con un rango de 27 a 82 años. Los distritos con más casos corresponden a Naranjo y San José (37% cada uno), seguidos de San Miguel y El Rosario. El 75% de los casos corresponde a tuberculosis pulmonar (n=6), de estos casos la prueba diagnóstica en el 83% fue la baciloscopia y el 17% diagnosticado mediante PCR de esputo. Todos los casos abordados en ese periodo cuentan con prueba por VIH negativo.

## VACUNAS

“La prevención y el control de las enfermedades inmunoprevenibles constituye una de las prioridades de la salud pública en nuestro país.” (Norma Nacional de Vacunación, 2013) Continuamente se realizan esfuerzos por vigilar los indicadores de cobertura de vacunas en nuestro cantón, de forma que mediante esta medida de prevención se mantenga el control sobre estas enfermedades, evitando su desarrollo y secuelas en la población.

El cantón de Naranjo se ha caracterizado por mantener coberturas mayores al 90% en los diferentes biológicos para población menor de 1 año, tal como se observa en registro del ASIS 2015. Para la vacuna BCG los datos de coberturas son bajos, en análisis generados en el nivel local se ha identificado que uno de los aspectos que influye es la datos de reporte por parte de los establecimientos de salud que prestación de servicio de atención del parto.

Cuadro 33. Cobertura estimada de vacunación en datos porcentuales según esquema básico para Costa Rica en menores de 1 año, cantón Naranjo, 2012-2014.

Vacunas	Año		
	2018	2019	2020
BCG	58	38	35
DPT1	97	98	93
DPT3	93	100	95
VOP3	93	100	95
HIB3	93	100	95
VHB3	76	83	95
NM3	107	102	94

Fuente: Elaboración propia VS-ARSN, base datos vacunas.

La vacunación como proceso se ha complicado por el aumento de tendencia de grupos antivacunas, situación a nivel mundial relacionada con brotes de eventos previamente controlados como sarampión y varicela, aunado a lo anterior durante la pandemia de COVID-19 por los fenómenos de mal información de la población que tiene acceso a redes sociales, que están generando un rechazo a las vacunas en general.

El periodo de la pandemia por COVID-19, redireccionó los recursos del sector salud a la atención de este evento, en condiciones atípicas de la población en cuanto a su

comportamiento, son algunos de los elementos a considerar como limitaciones en la ejecución del proceso de vacunas, que se reflejan en una disminución de las coberturas.

Cuadro 34. Cobertura estimada de vacunación en datos porcentuales según esquema básico para Costa Rica en menores de 1 año, cantón Naranjo, 2018-2020.

Vacunas	Año					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
BCG	94,22	81,80	91,64	Sin datos	Sin datos	91,56
Pentavalente I	89,46	179,59	82,75	Sin datos	Sin datos	104,55
Pentavalente III	90,82	180,95	88,68	Sin datos	Sin datos	100,43
Hepatitis B III	91,33	186,73	88,68	Sin datos	Sin datos	102,60
Neumococo II	81,12	189,97	81,01	Sin datos	Sin datos	107,14
Sarampión-Rubeola I	88,29	188,96	92,49	Sin datos	Sin datos	101,95
Varicela	89,97	194,65	89,42	Sin datos	Sin datos	98,05

Fuente: Elaboración propia VS-ARSN, base datos vacunas.

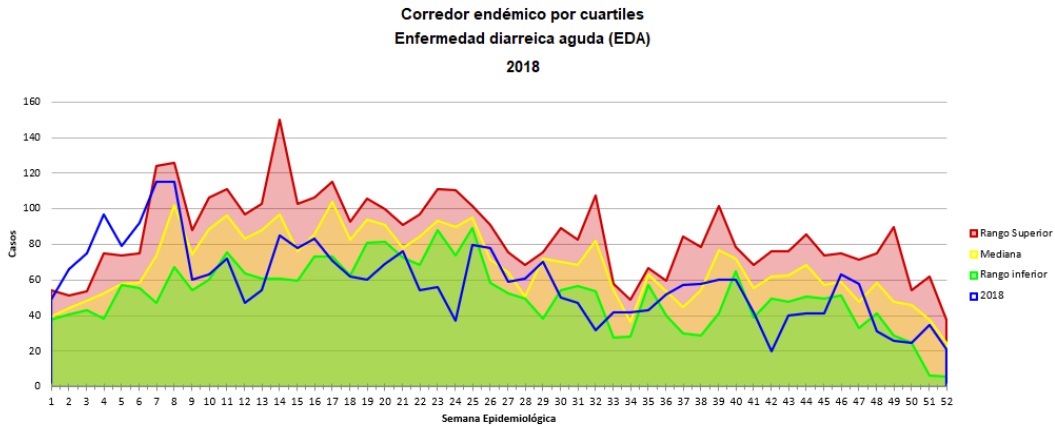
Cuenta el cantón de Naranjo con datos de coberturas extremas principalmente por sobrepasar el 100%. El cantón tiene población atendida por el Área de Salud de Naranjo y por el Área de Salud de Zarcero, lo cual hace más complejo la revisión de datos. Cuenta el Área de Salud Naranjo con Plan Remedial interno (por ejemplo: la captación de usuarios en el escenario del servicio de salud, desplazamiento de personal para captar población cautiva, con la aplicación de monitoreos rápidos en la comunidad, uso de tarjeteros, seguimiento telefónico entre otros), el ajuste de las acciones se valora acorde a los resultados de avance de coberturas.

## CANALES ENDÉMICOS

### ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Este evento corresponde a notificación colectiva, muestra cambios en el tiempo, tal como se observa en el canal endémico del año 2018, los casos variaban de 40 a 60, en su mayoría en la zona segura. Para el año 2022 este evento ha sobrepasado la zona de seguridad a pesar de haberse ajustado, con la eliminación de los años de pandemia (2020-2022) ya que durante ese periodo hubo un subregistro importante; se identifican picos con reporten que van de 60 a 80 casos.

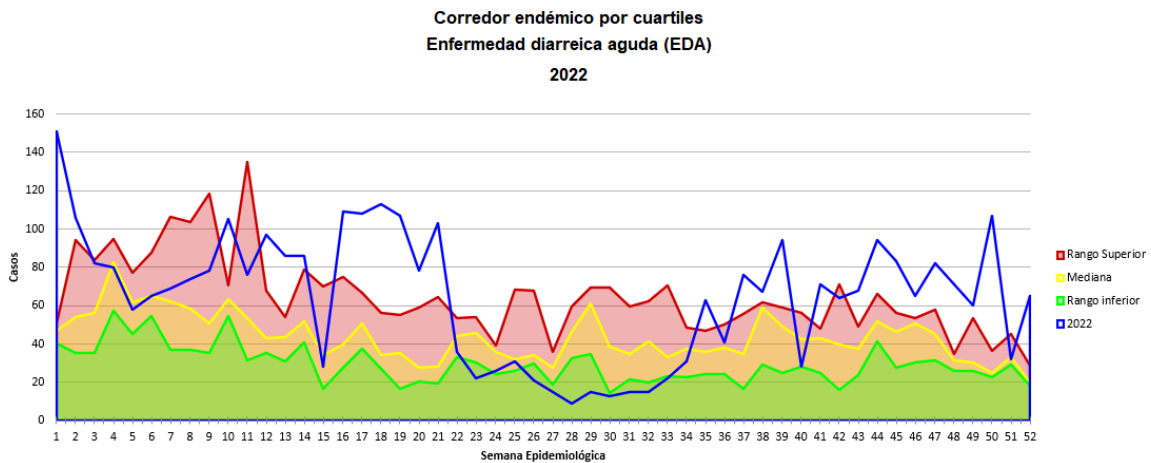
Gráfico 17



Fuente: Fuente registro VE02 VS-ARSN.

Siendo EDA un evento agrupado ha sido difícil identificar los elementos que determina el aumento identificado, por ejemplo los datos se reportan por cantón, cuando es deseable desagregar a unidad geográfica menor incluso por localidad; se considera a los cambios en el personal de salud como parte de las variables que afectan el sistema de información y consecuentemente el canal endémico. Se visualiza la necesidad de contar con canales al menos a nivel de distrito para que sea más sensible orientar donde se da el aumento de casos.

Gráfico 18

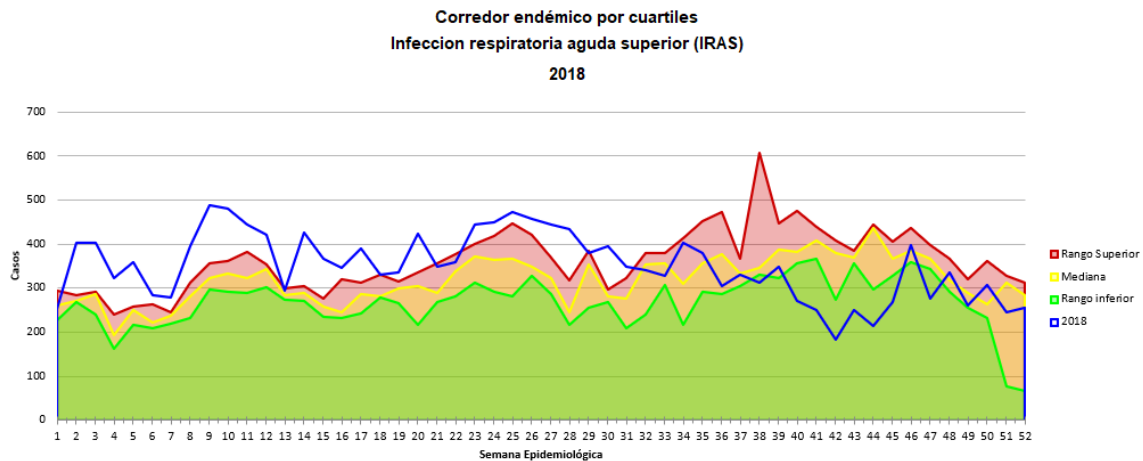


Fuente: Fuente registro VE02 VS-ARSN.

## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES

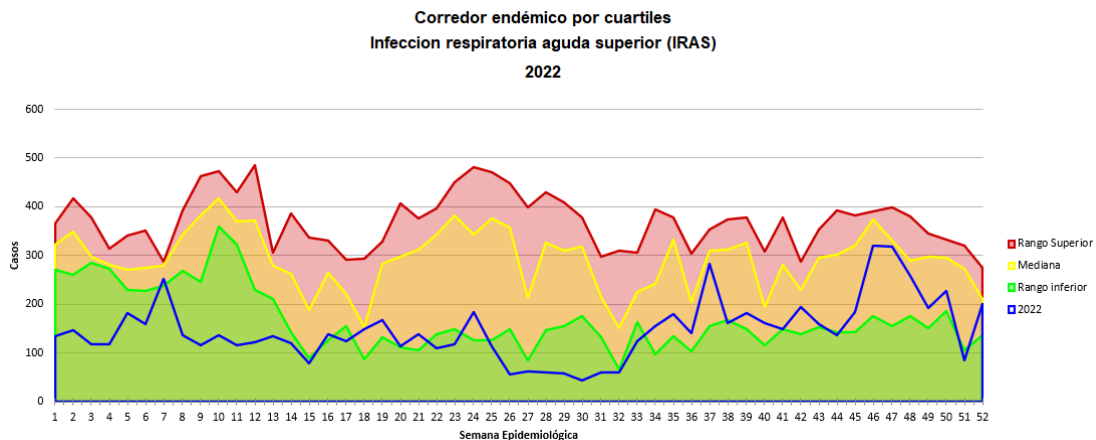
Para el año 2018, se identifica una zona segura amplia de hasta 300 IRAS, situación que se alteró por el evento COVID-19 en el periodo 2020-2022, en el cual se presentó una disminución de reporte de este evento y se entiende la direccionalidad de la vigilancia en visión casi tubular a la atención de la pandemia, motivo cambios en la notificación de los eventos respiratorios, afectando el canal de IRAS.

Gráfico 19



Otro aspecto que afecta el canal de IRAS es el cambio de personal médico que se ha identificado en el servicio de emergencias del Área de Salud, que constituye el principal notificador a nivel local, ya que lleva a subregistros, identificando esto se ha sensibilizado al personal en las definiciones de caso establecidas en el Protocolo de Vigilancia de Influenza y otras virosis respiratorias.

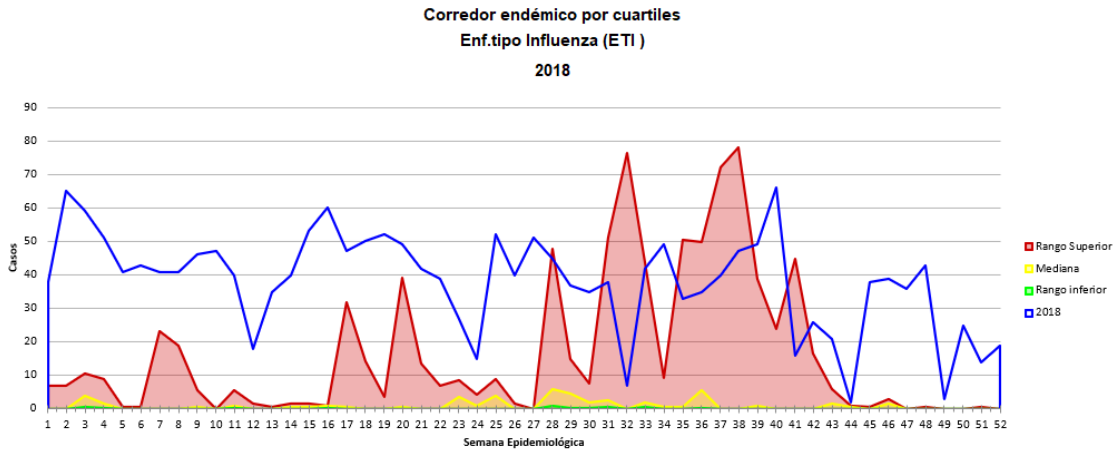
Gráfico 20



## ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

Corresponde las ETI al evento con mayor irregularidad en el registro de forma histórica, de tal manera que en la comparación de los canales endémicos del año 2018 y 2022 se identifica una tendencia a un mínimo reporte, lo cual se ha señalado no como una falta de evento sino como un evento silencioso por falta de notificación.

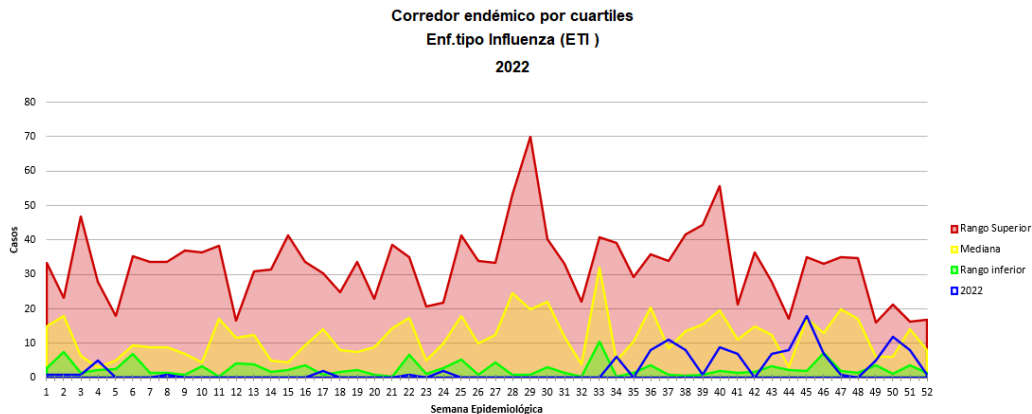
Gráfico 21



Fuente: Fuente registro VE02 VS-ARSN.

En años anteriores también se han identificado desviaciones en la aplicación de la definición operativa de caso por lo que se ha tenido que retomar con el personal de salud del Área de Salud. Al igual que las IRAS, la enfermedad tipo influenza se afectó en su notificación en el periodo de la pandemia por COVID-19. Este canal se considera en proceso de construcción.

Gráfico 22



Fuente: Fuente registro VE02 VS-ARSN.

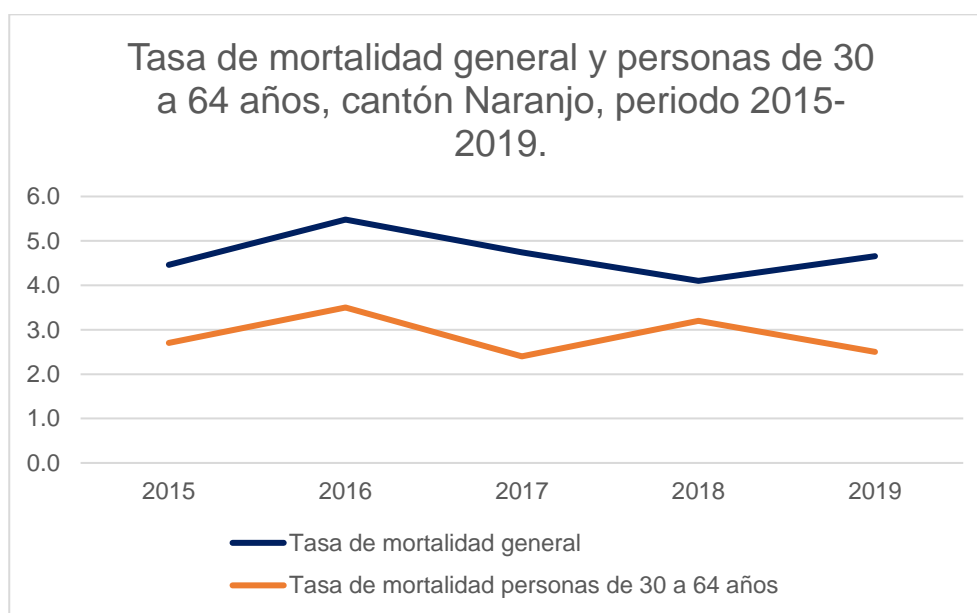
### CAPÍTULO III

#### MORTALIDAD GENERAL

Con respecto al ASIS del 2015, la tasa de mortalidad general en el año 2009 fue de 3,7 por 1000 habitantes, aumentó a 4,2 muertes por 1000 habitantes en el año 2011, manteniendo el valor de 4 fallecimientos en el periodo 2015 a 2019, excepto en el año 2016 donde se identificó aumento a 5,5 fallecimientos por cada 1000 habitantes.

Para el periodo 2015 a 2019 con respecto a la tasa de mortalidad general y la tasa de mortalidad en personas de 30 a 64 años, el año 2016 correspondió al mayor valor para ambos. La mortalidad que se presenta en el grupo de edad de 30 a menos de 65 años se considera prematura, presenta su valor más bajo en el año 2017 con 2,4 muertes por cada 1000 habitantes.

Gráfico 23

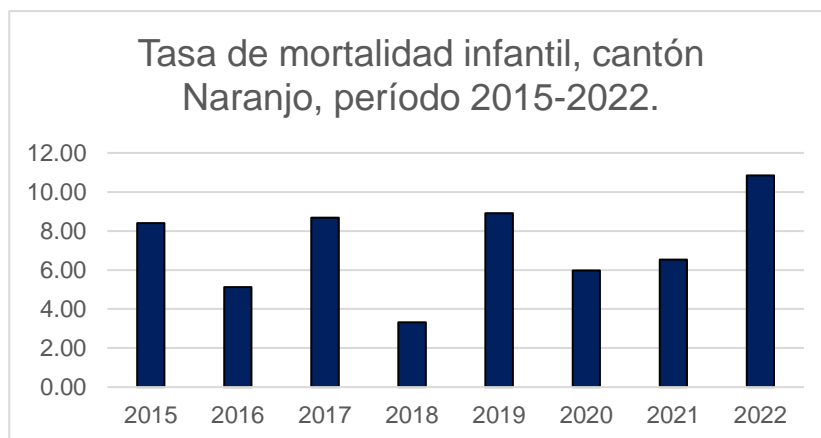


Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS, Población Proyecciones INEC-CENSO 2011.

\*Tasa por 1000 habitantes.

Se identifica no hay una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad infantil, siendo el año 2018 el que presentó la tasa más baja (3,3 muertes x 1000 nacimientos). Para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil del cantón es menor (6,5 muertes x 1000 nacimientos) que la reportada a nivel nacional (9,3 muertes x 1000 nacimientos). Para el año 2022 se registraron 5 casos de muerte infantil dato que se repite en los años 2015, 2017 y 2019, en presencia de menor cantidad de nacimientos, resulta en un aumento de la tasa.

Gráfico 24

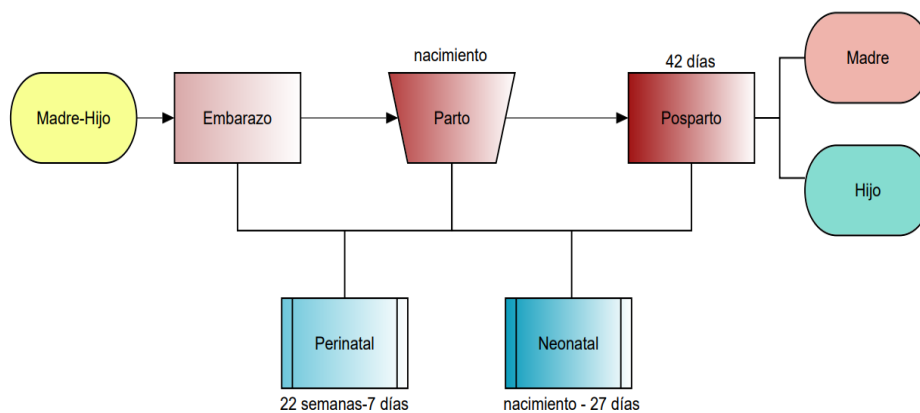


Fuente: Elaboración propia, datos COLEAMMI Naranjo, Nacimientos INEC-REDATAM.

\*Tasa por 1000 nacimientos.

Para el evento de muerte infantil, es importante identificar el periodo en el que se da el fallecimiento, con respecto a su edad gestacional al momento del parto y el periodo de vida posterior al nacimiento, estos tiempos están relacionados con riesgo desde el determinante biológico que aporta de forma importante la falta maduración fetal, estas definiciones están establecidas en el Reglamento de Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materna e Infantil, Decreto Ejecutivo N°41120-S.

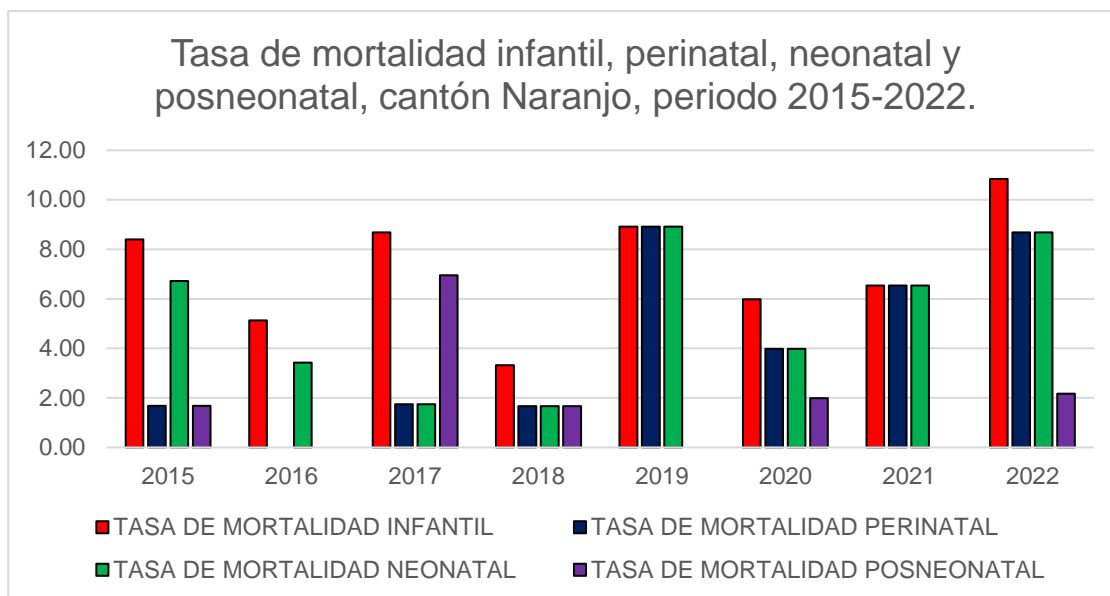
Figura 3. Diagrama de secuencia de periodo perinatal y neonatal.



Fuente: Elaboración propia, definiciones en Decreto Ejecutivo N°41120-S.

Se observa en todos los años hay mortalidad perinatal y neonatal, indicadores que se relacionan con el problema prioritario de prematuridad identificado para personas menores de 1 año. En menor grado se observa la tasa de mortalidad posneonatal, a nivel local relacionadas con condiciones que se manejan con intervención de cuidados paliativos.

Gráfico 25

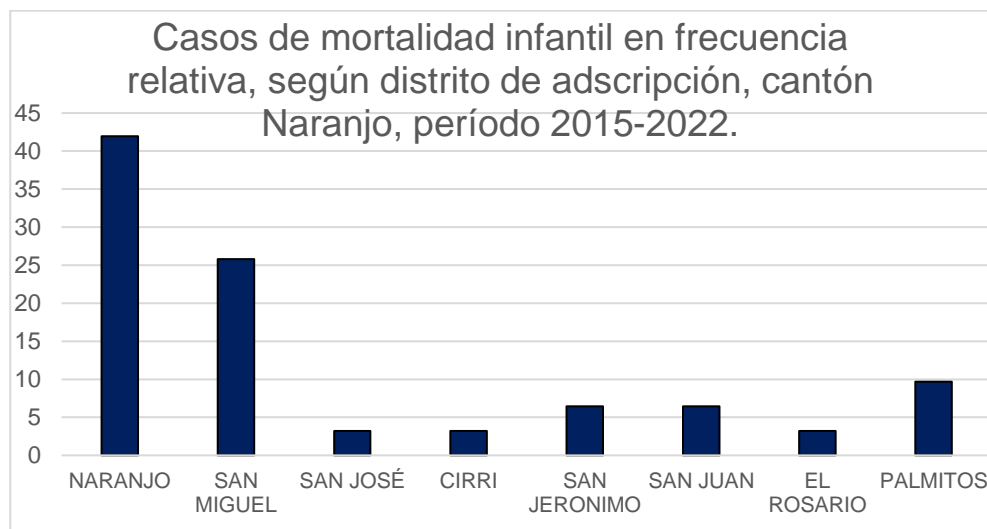


Fuente: Elaboración propia, datos COLEAMMI Naranjo

\*Tasa por 1000 nacimientos.

Se identifica presencia del evento de mortalidad infantil en todos los distritos del cantón, siendo el distrito Naranjo el que cuenta con la mayor concentración de casos seguido del distrito San Miguel.

Gráfico 26



Fuente: Elaboración propia, datos COLEAMMI Naranjo



Para el periodo 2015-2022, la causa principal de muerte infantil corresponde a prematuridad, considerando como la fuente de datos: el diagnóstico de egreso consignado en expediente clínico y el certificado de defunción. Los estudios de caso a nivel local consignan falta de autopsia para este tipo de evento, lo que limita la evidencia documental disponible para complementar los análisis.

Cuadro 35. Casos de mortalidad infantil según causa de fallecimiento, cantón Naranjo, periodo 2015-2022.

Causa de muerte	Caso de mortalidad infantil	
	Número absoluto	Porcentaje
Malformaciones congénitas	12	39
Asfixia perinatal	2	6
Prematuridad	15	48
Otras causas del periodo perinatal	2	6
Total	31	100

Fuente: Elaboración propia, datos COLEAMMI Naranjo

A nivel nacional la razón de mortalidad materna para el año 2016 correspondió a 2,86 defunciones por cada 10000 nacimientos, para el año 2021 aumentó a 4,05 fallecimientos por cada 10000 nacimientos.

Cuadro 36

**Costa Rica. Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2011 - 2021**

Año	Nacimientos	Defunciones maternas	Razón de mortalidad materna <sup>1/</sup>
2011	73 459	18	2,45
2012	73 326	22	3,00
2013	70 550	14	1,98
2014	71 793	21	2,93
2015	71 819	20	2,78
2016	70 004	20	2,86
2017	68 811	16	2,33
2018	68 449	11	1,61
2019	64 274	13	2,02
2020	58 156	20	3,44
2021	54 288	22	4,05

1/ Por diez mil nacimientos.

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2011 - 2021.

A nivel del cantón, con respecto a las muertes de mujeres en el periodo del embarazo, parto y puerperio se identifica 1 evento en el periodo 2015 a 2019, ocurrido en el año 2016, para una razón de mortalidad materna de 17 muertes por cada 10000 nacimientos, se identifica se ha presentado 1 muerte materna cada 5 años. La tasa de mortalidad materna para el año 2016 corresponde a 1 muertes por cada 10000 mujeres en edad fértil.

Tanto para las muertes en general (80 a 85%) como las muertes en personas de 30 a 64 años (69 a 77%), las enfermedades no transmisibles corresponden a la mayor causa global de mortalidad. Para el año 2017 se identifica el valor más bajo de muertes en personas de 30 a 64 años con respecto al total de muertes (n=21,4%) y el año 2018 se identifica el valor más alto (n=34,2%).

Cuadro 37. Muertes generales y en personas de 30 a 64 años, cantón Naranjo, periodo 2015 a 2019.

Evento	Año									
	2015		2016		2017		2018		2019	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Muertes generales	206		256		224		196		225	
Muertes personas de 30 a 64 años	51	24,8	68	26,6	48	21,4	67	34,2	53	23,6

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

Para el quinquenio en estudio, las enfermedades no transmisibles corresponden a la mayor causa global de mortalidad con un 82,5%, por lo que es importante identificar acciones dirigidas a la promoción y prevención desde edades tempranas del ciclo de vida. En segundo lugar, sobresalen los accidentes de tránsito como parte de las causas externas de morbilidad y mortalidad.

Cuadro 38. Mortalidad proporcional según eventos Carga Global de Enfermedad, cantón Naranjo, periodo 2015-2019.

(Cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

Evento	Total, Quinquenio	Tasa Quinquenio	Porcentaje
Enfermedades no transmisibles	918	1942.8	82.5
Causas externas de morbilidad y mortalidad	106	224.3	9.5
Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales.	73	154.5	6.6
Mal definidas	16	33.9	1.4
Total	1113	2355.4	100.0

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

Al considerar las subcategorías se identifica para eventos de enfermedad no transmisible que las enfermedades cardiovasculares aportan el 30,8% de las muertes, seguido de tumores malignos con 22,7%, lo anterior coincide con los reportado en el ASIS nacional para el periodo 2014-2017; en menor porcentaje se recuperan como subgrupos a considerar: enfermedades digestivas, Diabetes mellitus, enfermedades del sistema nervioso y enfermedades respiratorias. Los accidentes de tránsito con 7,1% son los que sobresalen en los eventos de causas externas de morbilidad y mortalidad.

Cuadro 39. Mortalidad proporcional según subcategorías de eventos Carga Global de Enfermedad, cantón Naranjo, periodo 2015-2019.

(Cifras quinquenales, tasa promedio por 100.000 habitantes)

Eventos	Total	Tasa Quinquenio	Porcentaje
<b>ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>	918	1942.8	82.5
Enfermedades cardiovasculares	343	725.9	30.8
Tumores malignos	253	535.4	22.7
Enfermedades digestivas	74	156.6	6.6
Diabetes mellitus	65	137.6	5.8
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	58	122.7	5.2
Enfermedades respiratorias	52	110.0	4.7
Enfermedades del sistema genito-urinario	34	72.0	3.1
Enfermedades del sistema músculo esquelético	12	25.4	1.1
Otros tumores	9	19.0	0.8
Anomalías congénitas	7	14.8	0.6
Otras enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	7	14.8	0.6
Enfermedades de la piel	4	8.5	0.4
<b>CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD</b>	106	224.3	9.5
Accidentes	79	167.2	7.1
Lesiones intencionales	25	52.9	2.2
Eventos (lesiones) de intención no determinada	2	4.2	0.2

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, AFECCIONES MATERNAS, PERINATALES Y NUTRICIONALES	73	154.5	6.6
Infecciones respiratorias	46	97.3	4.1
Enfermedades infecciosas y parasitarias	14	29.6	1.3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	10	21.2	0.9
Deficiencias de la nutrición	2	4.2	0.2
Causas maternas	1	2.1	0.1
MAL DEFINIDAS	16	33.9	1.4
Causas mal definidas	16	33.9	1.4
Total, General	1113	2355.4	100.0

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

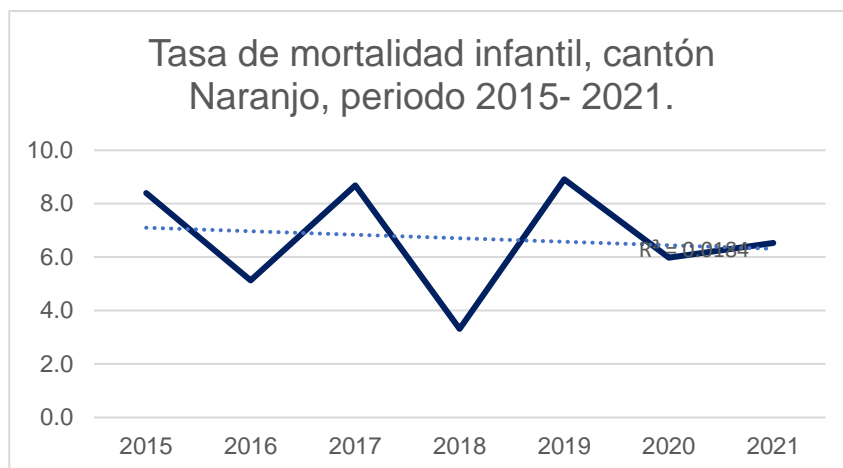
## MORTALIDAD SEGÚN CURSO DE VIDA

### MORTALIDAD INFANTIL

Este indicador se identifica de particular importancia por considerarse una trazadora de los diferentes determinantes de la salud, al reflejar las condiciones de un país en sus distintas dimensiones biológica, social, ambiental, servicios de salud, económica; si bien los mecanismos de análisis de la mortalidad infantil buscan identificar causas del evento desde determinantes biológicos, sociales, ambientales, económicos, culturales, los servicios de salud, las herramientas utilizadas en el análisis son insuficientes en la recolección de datos necesarios, para lograr avanzar en la identificación de elementos que apoyen la profundidad del análisis como se espera.

Para el cantón de Naranjo, la tasa de mortalidad infantil ha presentado variaciones en el periodo 2015 a 2021 sin tendencia a la disminución. Se han presentado casos en todos los distritos del cantón. El distrito Naranjo cuenta 42% del total de casos para el periodo en estudio, seguido de los distritos San Miguel 23% y Palmitos 10%. Con el menor porcentaje de casos (3,2%) se anotan los distritos San José, Cirrú y El Rosario.

Gráfico 27



Fuente: Elaboración propia, datos COLEAMMI Naranjo.

El distrito Naranjo cuenta 42% del total de casos para el periodo en estudio, seguido de los distritos San Miguel 23% y Palmitos 10%, se han presentado casos en todos los distritos del cantón.

Como parte de la caracterización de 31 eventos de muerte infantil analizados en el periodo 2015 a 2022, el 81% se concluyó como no prevenible, el 100% de estos nacimientos fueron hospitalarios, el 97% falleció intrahospitalariamente, el 71% de los nacimientos fueron prematuros, el 97% de las madres tuvo control prenatal y el 74% contó con captación temprana.

Con respecto a las madres el 90% corresponde a mujeres costarricenses, el 6% corresponde a adolescentes (sin ser menores de 15 años), 52% son mujeres de 20 a 34 años y 42% son mujeres mayores de 35 años (solo 1 de más de 40 años). Con respecto a la cantidad de embarazos el 25% de las mujeres eran primigestas, el 41% cursaba con segunda gesta y 1 identificada como gran múltipara con 6 embarazos.

De los recién nacidos el 58% eran mujeres, del total el 26% falleció con menos de 1 día de vida, el 48% eran mayores de 1 día y menores de 28 días de vida, lo anterior coincide con el ASIS nacional, para los datos de periodo 2014 a 2017 mostraron mayor mortalidad en el periodo neonatal con respecto al periodo posneonatal.

Para el periodo 2015 a 2019 dentro de los tres grupos de eventos más frecuentes de mortalidad en niños menores de 1 año sobresalen como causa global de enfermedad el grupo de enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales.

Cuadro 40. Principales causas de mortalidad en personas menores de 1 año, cantón Naranjo, periodo 2015 a 2019.

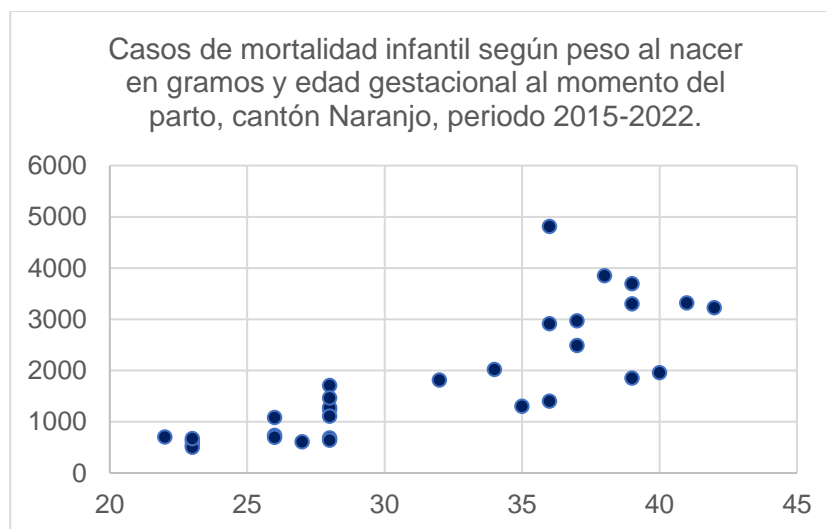
Orden	Evento	Grupo de edad	
		Menor de 1 año	Porcentaje
1	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer (P07)	3	16.7
2	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal (P21, P22, P24)	3	16.7
3	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P52)	2	11.1

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

Para los eventos de mortalidad infantil del periodo 2015 al 2022, se identifica el 71% de los casos cursó con la condición de prematuridad, por este motivo es que se identifica la subcategoría de Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer a partir de la prematuridad como la causa de mortalidad más importante para el grupo de personas menores de 1 año.

Del total de muertes infantiles (n=31) del periodo 2015 a 2022, el 52% tenía edad gestacional al nacimiento de 22 a 28 semanas, en este periodo del embarazo no se ha completado gran parte de los procesos de desarrollo, crecimiento y madurez del feto, bebés nacidos en este periodo cursan con pesos menores a los 1000 gramos, como se puede observar en los datos locales.

Gráfico 28



Fuente: Elaboración propia, datos COLEAMMI Naranjo.

## MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

Para las personas de 1 a 9 años se cuenta con pocos eventos de mortalidad, esto da una tasa de mortalidad de 0,64 muertes por 1000 habitantes para el quinquenio 2015 a 2019. En el proceso de revisión del evento se identifica por parte del equipo técnico local que la primera causa en este grupo de edad corresponde a tumores malignos del tejido hematopoyético.

Cuadro 41. Principales causas de mortalidad en personas de 1 a 9 años, cantón Naranjo, periodo 2015 a 2019.

Orden	Evento	Grupo de edad	
		De 1 a 9 años	Porcentaje
1	Tumores (neoplasias) malignos (C74, C91)	2	50
2	Anemias aplásticas y otras anemias (D61)	1	25
3	Trastornos metabólicos (E75)	1	25

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

Los tumores del sistema hematopoyético y reticuloendotelial encabezan la lista de enfermedades malignas en la población pediátrica. En Costa Rica la incidencia en esta población es de un 41%, siendo el grupo de tumores más frecuentes entre los 0 y 14 años. (Cohen-Rosenstock, 2018)

Dentro de este grupo de tumores se encuentra la leucemia, la cual se define como la proliferación anormal de un grupo celular hematopoyético. Para su diagnóstico se requiere de la presencia de más del 20% de blastos en un aspirado de médula ósea. (Cohen-Rosenstock, 2018) En el siguiente cuadro se visualiza las tasas de incidencia de tumores del sistema hematopoyético en población infantil es mayor en hombres.

Cuadro 42. Tumores del sistema hematopoyéticos, casos nuevos en personas menores de 10 años, Costa Rica, año 2014.

Tumores malignos sistema hematopoyético y reticuloendotelial	Personas por grupo de edad			
	0-4		5-9	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Mujeres	10	5,6	6	3,3
Hombres	17	9,1	11	5,8

Fuente: Datos Registro Nacional de Tumores DVS, elaboración propia VS-ARS Naranjo.

Tasa por 100.000 habitantes.

## MORTALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Para las personas de 10 a 19 años la tasa de mortalidad de 0,54 muertes por 1000 habitantes para el quinquenio 2015 a 2019. En el ASIS anterior, se señala que en el año 2011 no se registraron fallecimientos en personas de 10 a 19 años por tumores. La incidencia más alta de tumores malignos para el año 2014 en hombres adolescentes por sitio de localización fue en orden descendente testículos, tejido hematopoyético y ganglios linfáticos; en el caso de mujeres adolescentes para mismo año, los 3 sitios de mayor incidencia fueron tejido hematopoyético, ganglios linfáticos y cuello uterino.

Para el año 2017, el reporte de la OPS con datos de mortalidad del 2014 a nivel país, plantea diferencia en las causas de mortalidad acorde a división de adolescentes por edad, grupo de 10 a 14 años la causa principal corresponde a tumores malignos de tejidos hematopoyéticos, en grado descendente a lesiones por accidentes de tránsito, malformaciones congénitas y lesiones autoinfligidas, en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años en primer lugar lesiones por asalto, seguido de accidente de tránsito, lesiones autoinfligidas y en cuarto lugar tumores malignos de tejidos hematopoyéticos. (OPS, 2017)

Para curso de vida en adolescencia el equipo local de ASIS definió trabajar con tumores malignos como causa principal de mortalidad, por considerar es necesaria la atención de este grupo poblacional desde el abordaje diferenciado.

Cuadro 43. Principales causas de mortalidad en personas de 10 a 19 años, cantón Naranjo, periodo 2015 a 2019.

Orden	Evento	Grupo de edad	
		De 10 a 19 años	Porcentaje
1	Tumores (neoplasias) malignos (C41, C71)	2	50
2	Accidentes de transporte (V79)	1	25
3	Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas (W40)	1	25

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

## MORTALIDAD EN ADULTOS

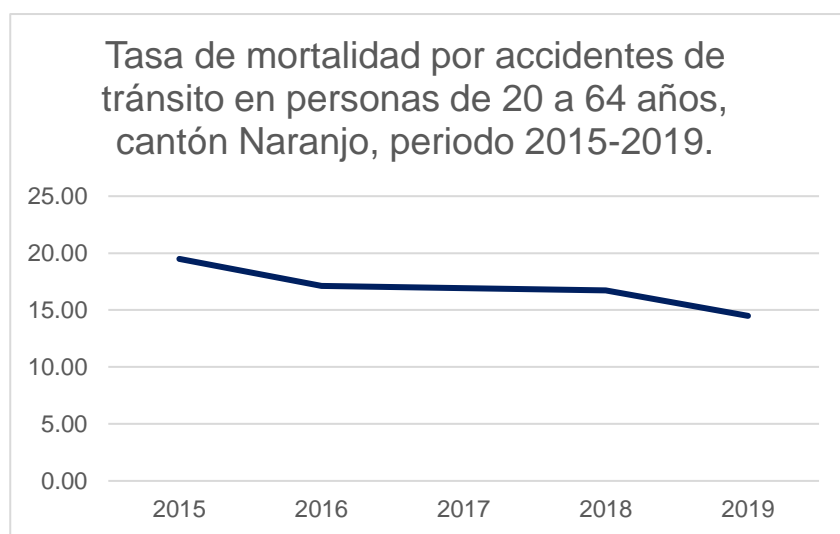
Para este análisis, el equipo técnico local de ASIS a partir de la revisión de mortalidad definió los accidentes de tránsito como el evento prioritario a considerar en adultos de 20 a 64 años, ya que tumores malignos de órganos digestivos se revisará como causa principal de mortalidad en el grupo de edad de 65 años y más.

Es importante considerar que, para los adultos de 20 a 64 años, los tumores de órganos digestivos y las enfermedades isquémicas del corazón, coinciden en conformar parte de los 3 primeros problemas de mortalidad al igual que las personas de 65 años y más; estos eventos cuentan con factores de riesgo a considerar desde edades tempranas, como se ha señalado impulsando acciones de promoción y prevención.



Para el ASIS del año 2015, en el año 2011 los accidentes de tránsito como causa de morbilidad se ubicaron en población de hombres de 20 a 34 años principalmente, se identifica se reportó dentro de las 10 primeras causas de morbilidad del periodo 2010 a 2014. Para el quinquenio 2015 a 2019, se presentaron 37 muertes por esta causa, de las cuales el 89,2% fue en hombres, lo que coincide con años previos una mayor afectación diferenciada con respecto al sexo; la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito muestra poca variación en este mismo periodo.

Gráfico 29



Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

Tasa x 100.000 habitantes

Para adultos de 20 a 64 años se identifica los tumores malignos de los órganos digestivos como primera causa de mortalidad para el periodo 2015 a 2019, dentro de estos diagnósticos los 3 más importantes corresponden a tumor maligno de estómago (4%), colon (3,5%) e hígado-vías biliares (3,5%). Fuera del sistema digestivo los tumores malignos los ubicados en mama (3,8%) y cérvix (2,5%) sobresalen con respecto a otros órganos.

Cuadro 44. Principales causas de mortalidad en personas de 20 a 64 años, cantón Naranjo, periodo 2015 a 2019.

Orden	Evento	Grupo de edad	
		De 20 a 64 años	Porcentaje
1	Tumores malignos de los órganos digestivos (C16, C18, C19, C20, C22, C24, C25, C26)	44	14.0
2	Accidentes de transporte (V09, V29, V49, V89)	37	11.8
3	Enfermedades isquémicas del corazón (I20, I21, I25)	23	7.3

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

Como enfermedad no transmisible para este grupo de edad en tercer lugar de importancia se identifica las enfermedades isquémicas del corazón (EIC=7,3%), otra de las enfermedades no transmisibles que sobresale como causa de mortalidad es la Diabetes mellitus (DM=5,4%). Tanto EIC como DM comparten factores de conducta modificables como consumo de tabaco, ingesta elevada de sodio, actividad física insuficiente y factores metabólicos que aumentan el riesgo tales como hiperglicemia, dislipidemia, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial. (OPS, 2022)

En el ASIS de 2015 se identifican los eventos Hipertensión arterial y Diabetes mellitus dentro de los 10 eventos de reporte individual más importantes para el periodo 2010-2014, lo cual reitera el requerimiento de promover factores protectores desde los primeros años de vida.

#### MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES

Tal como se expone en la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Saludable basado en Curso de la Vida para el periodo 2018-2022, la estructura de la población del país tiene una tendencia hacia el envejecimiento, con una pirámide poblacional con base acortada, esto coincide con el comportamiento local. Se consignó en el ASIS del 2015, la transición de la pirámide poblacional e indicadores demográficos visualizan un aumento de la población mayor de 65 años, en la comparación de años 2000, 2011 y 2025. Esta tendencia de aumento del índice de envejecimiento se prevé continuará en los siguientes años.

A nivel nacional para el año 2021, se reporta que 7 de las 8 principales causas de fallecimiento en personas de 65 y más años, corresponden a enfermedades no transmisibles, se anotan en orden descendente: COVID-19, infarto agudo al miocardio, Diabetes mellitus no especificada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes mellitus no insulino dependiente, tumor maligno de estómago, tumor maligno de próstata e hipertensión esencial. (Ministerio de Salud, 2022)

Para el cantón de Naranjo en el periodo 2015-2019, el 69,4% de los fallecimientos se presentó en personas de 65 y más años. Las causas de mortalidad principales en mismo periodo corresponden a enfermedades no transmisibles (ENT). El equipo técnico local de ASIS definió considerar en adultos de 65 y más años a los tumores malignos de órganos digestivos como evento prioritario, ya que el evento mortalidad por enfermedad isquémica del corazón corresponde a partir del análisis de mortalidad al problema general de la población.

Cuadro 45. Principales causas de mortalidad en personas de 65 y más años, cantón Naranjo, periodo 2015 a 2019.

Orden	Evento	Grupo de edad	
		De 65 y más años	Porcentaje
1	Enfermedades isquémicas del corazón (I20, I21, I25)	150	19.4
2	Tumores malignos de los órganos digestivos (C16, C18, C20, C22, C23, C24, C25, C26)	75	9.7
3	Enfermedades cerebrovasculares (I60, I61, I62, I63, I64, I67, I69)	69	8.9

Fuente: Elaboración propia, datos registro mortalidad DVS.

El cáncer gástrico tiene alto impacto a nivel mundial por su alta morbimortalidad. Tiene componente principalmente ambiental y en menor grado hereditario; lugares con mayor presencia del evento son China, Japón, Europa del Este, países tropicales de América del Sur y Costa Rica. Se identifican los siguientes factores de riesgo: dietéticos (consumo de alimentos altos en sal, ricos en grasas, ahumados, alcohol, falta de ingesta de fibra, frutas y vegetales), historia familiar aporta al 1 a 3% de los casos, lesiones premalignas, infección con *Helicobacter pylori*, obesidad, fumado, hombres, edad avanzada y grupo sanguíneo A. (Rojas-Montoya y Montagné, 2019)

Existen varias teorías donde se describe el aumento del cáncer con el aumento de la edad, ejemplos de estas son: con el aumento de la edad se tiene mayor tiempo de exposición a agentes cancerígenos, susceptibilidad alterada de las células envejecidas a los cancerígenos, disminución de la habilidad para reparar el ADN, activación de oncogenes e inestabilidad genética, disminución en la respuesta inmune. (Flores Núñez, 2017)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone valorar intervenciones costo eficaces desde la visión de salud pública para impactar las ENT: reducción del consumo del tabaco, reducir el consumo nocivo de alcohol, promover una dieta saludable con una menor ingesta de sal, azúcar añadido y grasas trans, promover actividad física; fortalecer las actividades de prevención para las personas que cursan con Diabetes mellitus e hipertensión arterial. (OPS, 2017)

## CAPÍTULO IV

### SALUD MENTAL

#### INTRODUCCIÓN

El presente apartado hará referencia al Análisis de Situación de Salud del cantón de Naranjo, específicamente desde un enfoque de Salud Mental; en donde se expondrá un marco conceptual, estadísticas, problemáticas identificadas, entre otros aspectos relacionados con la problemática de Salud Mental del cantón.

Esto con el fin de visibilizar cómo se presenta y desenvuelve en la población de Naranjo la Salud Mental, cómo las condiciones de vida de las personas en el cantón, el acceso a servicios y todos los factores protectores y de riesgo que posee el cantón, que favorecen o perjudican a la comunidad en relación con su salud mental.

Por ello, el análisis de la morbilidad de la población en Naranjo, en cuanto a esta temática en específico es de suma relevancia, para identificar esos factores que poseen mayor influencia en los ciudadanos, tanto protectores como de riesgo. Dicha identificación se efectuó por medio de los Talleres de ASIS realizados por el Área Rectora de Salud de Naranjo.

#### MARCO CONCEPTUAL

En el siguiente apartado se presentarán ciertos conceptos relacionados a la Salud Mental, los cuales se considera importante conocerlos.

#### SALUD MENTAL

Según la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, establece el siguiente concepto:

La Salud Mental es un producto de construcción social, históricamente determinado, vinculado a las condiciones vida de los diferentes grupos sociales. Hay consenso en admitir que “Salud Mental” es algo más que la ausencia de enfermedad o trastorno, y que está determinada por múltiples factores de orden biológico, psicológico, social y ambiental que interactúan a lo largo de la vida de la persona. [...] Un estado de completo bienestar físico, mental y social, donde se amplían las dimensiones, incorporando a ese bienestar emocional y psicológico en la que cada persona se da cuenta de su propio potencial de hacer uso de habilidades emocionales y cognitivas (conocimiento), funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana. (Ministerio de Salud, 2012, p.34).

Para comprenderlo mejor, debemos conocer cuáles son los determinantes que influyen en su desarrollo.

## Determinantes de la Salud Mental

<b>1. Factores biológicos</b>	<p>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 aspecto orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, estructura poblacional (envejecimiento) y otros. Se destacan los aspectos de biología humana en lo referente a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible, también está relacionado con los procesos de envejecimiento y otros elementos orgánicos. Entre los puntos más llamativos tenemos los aspectos patogénicos más conocidos, ligados con la herencia, como los trastornos bipolares, la esquizofrenia, los trastornos del desarrollo y los procesos demenciales tipos 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.</p>
<b>2. Factores sociales y económicos</b>	<p>Son aquellos aspectos sociales y económicos en las que se desenvuelven la persona y los grupos sociales, que tienen efecto positivo o negativo, sobre su Salud Mental, incluye entre otros, los estilos de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, uso de medicamentos y drogas ilícitas, niveles socialmente tolerados de castigo físico, tipos de familia, prácticas religiosas, vivencias y prácticas de la sexualidad, recreación, organización social y existencia de redes de apoyo, ingreso económico y equidad en su distribución, nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, políticas públicas y organización de las instituciones gubernamentales. Así como la cultura imperante relacionada con la Salud Mental con las diferentes prácticas, conocimientos y actitudes que tienen las personas y grupos sociales con la cuestión del proceso de salud enfermedad-muerte en Salud Mental, los ingresos económicos, nivel educativo aspectos culturales, sedentarismos, alimentación saludable, actividad física, estrés, emociones, aspectos espirituales, conducción temeraria, violencia y discriminación en todas sus manifestaciones. Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.</p>

<b>3. Factores ambientales</b>	<p>Son los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano que modifica el estado de salud de las personas. Se entiende por ambiente humano al espacio donde vive una persona o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia. Se pueden citar 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.</p>
<b>4. Oferta de Servicios de Salud</b>	<p>Son aspectos relacionados con el acceso, equidad, cobertura de atención, personal de Salud Mental, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con las personas usuarias, disponibilidad de recursos materiales, insumos médicos, medicamentos y organización de los servicios. Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados; está relacionado con asignación y distribución inequitativa de los recursos, sucesos adversos, productos para la asistencia sanitaria, listas de espera, burocratización, modelos y organización de la atención, insumos médicos entre otros.</p>

Fuente: Ministerio de Salud, 2012.

## PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL IDENTIFICADOS

En el siguiente apartado se mostrarán estadísticas relacionadas con problemáticas de Salud Mental en la población de Naranjo.

## TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

A continuación, se expondrán datos estadísticos relacionados con enfermedades de Salud Mental que se han presentado en el Cantón de Naranjo en los últimos 6 años. Para obtener las tasas se tomó como base las proyecciones de población a partir del Censo del 2011.

## TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Cuadro 46

Casos reportados de Trastorno Afectivo Bipolar, cantón Naranjo, periodo 2017-2022		
Año	Trastorno Afectivo Bipolar	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	2	0,4
2018	1	0,2
2019	4	0,8
2020	2	0,4
2021	0	0,0
2022	0	0,0

Fuente: Elaboración propia, datos VE-01 Vigilancia de la Salud (VS) Área Rectora de Salud Naranjo (ARSN)

Según la cuadro anterior se identifica una falta de reporte de los casos de Trastorno Afectivo Bipolar en los años 2021 y 2022, siendo el 2019 la tasa más alta y el 2018 con la menor, con calores bajos se visualiza este evento es de reporte infrecuente en el cantón.

## ESQUIZOFRENIA

Cuadro 47

Casos reportados de Esquizofrenia, cantón Naranjo, periodo 2017-2022.		
Año	Esquizofrenia	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	0	0,0
2018*	2	0,4
2019	0	0,0
2020 **	2	0,4
2021***	3	0,6
2022****	1	0,2

Fuente: Elaboración propia, datos VE-01, VS-ARSN

\* Casos reportados por hospital nacional.

\*\* Casos reportados por hospital periférico y hospital privado.

\*\*\* 2 casos reportados por EBAIS, 1 caso por hospital privado.

\*\*\*\*Caso reportado por EBAIS.

En el cuadro anterior se puede visualizar que, no se presentaron casos de esquizofrenia en el año 2017 y 2019; siendo el 2021 la tasa más alta de ese periodo. En relación con la normativa se hace mención de que, este evento solo es de reporte por médicos especialistas en psiquiatría.

## DEPRESIÓN

Cuadro 48

Casos reportados de Depresión, cantón Naranjo, periodo 2017-2022.		
Año	Depresión	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	0	0,0
2018	6	1,3
2019	55	11,4
2020	20	4,1
2021	40	8,1
2022	44	8,8

Fuente: Elaboración propia, datos VE-01, VS-ARSN

Se puede visualizar que en el 2017 no hubo ningún reporte sobre este trastorno. Además, el siguiente año, fue la tasa más baja con un 1,3 y el 2019 la más elevada, con un reporte del 11,4 por cada diez mil habitantes. Estos datos fueron los reportados por los diferentes notificadores a Vigilancia de la Salud del Área Rectora de Salud Naranjo.

## DEMENCIA VASCULAR

Cuadro 49

Casos reportados de Demencia Vascular, cantón Naranjo, periodo 2017-2022.		
Año	Demencia Vascular	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	SIN DATO	
2018	SIN DATO	
2019	0	0,0
2020	2	0,4
2021	0	0,0
2022	1	0,2

Fuente: Elaboración propia, datos Dirección Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

En cuanto a la demencia vascular, para los años 2017 y 2018 no se presentan datos a la Dirección de Vigilancia de la Salud. El 2019 y el 2021 no hubo un reporte de casos y, el 2020 fue el reporte más alto con una tasa de 0,4 casos por cada diez mil habitantes en Naranjo.

## SUICIDIO

Se presentan cuadros estadísticos con datos sobre casos de suicidio en los últimos 6 años. Para obtener las tasas se tomó como base las proyecciones de población a partir del Censo del 2011.



Cuadro 50

Casos reportados de Intento de Suicidio, cantón Naranjo, periodo 2017-2022.		
Año	Intento de Suicidio	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	4	0,8
2018	13	2,7
2019	26	5,4
2020	21	4,3
2021	25	5,1
2022	25	5,0

Fuente: Elaboración propia, datos VE-01, VS-ARSN

Según la tabla anterior sobre el reporte a Vigilancia de la Salud de Naranjo, el 2017 se presentó la menor cantidad de casos, reportándose en el 2019 la tasa más alta (5,4 de casos por cada diez mil habitantes).

Cuadro 51

Casos reportados de Suicidio, cantón Naranjo, periodo 2017-2022		
Año	Suicidio	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	6	1,7
2018	4	0,84
2019	2	0,41
2020	6	1,23
2021	4	0,81
2022	SIN DATO	

Fuente: Elaboración propia, datos Dirección Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

Los casos de suicidio reportados a la Dirección de Vigilancia de la Salud para el periodo 2017 a 2022, tienen una menor cantidad de casos con respecto a los intentos, una persona puede realizar varios intentos de suicidio, no materializarlos, para esto se trabaja a nivel local con la red ILAIS.

Cuadro 52

Casos reportados de Suicidio en Mujeres, cantón Naranjo, periodo 2017-2022		
Año	Suicidio Mujeres	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	0	0,00
2018	0	0,00
2019	0	0,00
2020	1	0,412
2021	1	0,408
2022	SIN DATO	

Fuente: Elaboración propia, datos Dirección Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

En relación con los casos reportados de Suicidio específicamente en mujeres, en los años 2017, 2018, y 2019 no reporta ningún caso a la Dirección de Vigilancia de la Salud, siendo el 2020 y 2021 los únicos años con reportes correspondiente a 1 caso por año.

Cuadro 53

Casos reportados de Suicidio en Hombres, cantón Naranjo, periodo 2017-2022.		
Año	Suicidio Hombres	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	6	2,52
2018	4	1,66
2019	2	0,82
2020	5	2,04
2021	3	1,21
2022	SIN DATO	

Fuente: Elaboración propia, datos Dirección Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

Se visualiza que en 2017 se reportó la mayor cantidad de suicidios en hombres, lo que corresponde a una tasa de 2,52 casos por cada diez mil habitantes.

Realizando una comparación entre ambos cuadros, se puede visualizar que, el sexo masculino es quien conlleva las conductas de intento de suicidio a un acto consumado, evidenciándose más muertes de hombres por suicidio, en comparación con las mujeres.

#### VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Se presentan cuadros estadísticos con datos sobre casos de Violencia Intrafamiliar Para obtener las tasas se tomó como base las proyecciones de población a partir del Censo del 2011 de los datos aportados por el INEC. (Ver cuadro 31)

En la problemática de violencia intrafamiliar, en los últimos 5 años, se reporta un porcentaje más alto en mujeres como víctimas, siendo el 2020 la menor tasa (14,8 casos por cada 10.000 habitantes) y el 2019 la tasa más alta (48,7 casos por cada 10.000 habitantes). En comparación con los hombres el año 2021, fue la tasa más baja y en año 2019 la tasa más alta, con valores por debajo con respecto a las mujeres. De manera general por la tasa de población, el año con mayor afectación por este evento fue el año 2019.

El reporte de casos sobre diferentes tipos de violencia que afectan a la población de Naranjo, catalogados como violencia intrafamiliar (Ver Cuadro 32). El 2018 es el año más alto de casos reportados en abuso físico (n=12), abuso psicológico (n=12) y negligencia (n=8). El abuso sexual en el 2022, se reportaron 15 casos, siendo este el año de mayor cantidad, por último, la categoría de *Otros síndromes de maltrato*, para el año 2019, hay un reporte de 101 casos; lo cual sobre sale drásticamente en comparación con los reportes de años anteriores. Haciendo hincapié que la mayor cantidad de casos la mujer es la víctima en relación con los diferentes tipos de violencia.

## FARMACODEPENDENCIA

Cuadro 54

Casos reportados de Trastornos Mentales y del Comportamiento por uso de Sustancias Psicoactivas, cantón Naranjo, periodo 2017-2022		
Año	Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso de Sustancias Psicoactivas	Tasa (X 10000 Habitantes)
2017	0	0,0
2018	25	5,2
2019	11	2,3
2020	39	8,0
2021	34	6,9
2022	51	10,2

Fuente: Elaboración propia, datos VE-01, VS-ARSN

Con relación a los reportes sobre farmacodependencia, en el 2017 no hubo reporte sobre ello, posteriormente siendo el 2022 con la mayor tasa de 10,2 casos por cada diez mil habitantes y, el 2019 con el menor reporte con una tasa de 2,3 casos por cada diez mil habitantes.

## ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL A NIVEL PÚBLICO

El Área de Salud de Naranjo no cuenta con personal dedicado exclusivamente a Salud Mental, dicho personal se dedica a la Atención Integral en Salud. El personal que posee el Área de Salud es el siguiente:

Cuadro 55

Cantidad de Personal Profesional del Área de Salud de Naranjo, 2023.						
Perfil de Plaza	Psicólogo	Trabajo Social	Enfermera Salud Mental	Médicos Generales	Médicos de Urgencias Médico	Psiquiatra
Total de plazas	01	02	0	13	2	0

Fuente: elaboración propia, datos Dirección Médica Área de Salud Naranjo

Debido a que el cantón de Naranjo no cuenta con Hospital, gran parte de usuarios son referidos al Hospital San Francisco de Asís en Grecia; es por esta razón que se incluye el Recurso Humano que cuenta en esta Área de Salud de Segundo Nivel de Atención, el cual es:

Cuadro 56

Personal Profesional del Hospital San Francisco de Asís de Grecia, 2023	
Tipo de Profesional	Cantidad
Psicólogos	3
Trabajadores Sociales	3
Enfermera Salud Mental	1
Psiquiatras	1
Enfermeras profesionales	48
Médicos (entre generales y especialistas)	74

Fuente: Elaboración propia, datos Dirección Médica Hospital San Francisco de Asís

#### OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL A NIVEL PRIVADO

En el cantón se cuenta con profesionales que laboran en el área de la salud y poseen su propio consultorio; ejerciendo y brindando sus labores en el sector privado, por lo cual en Naranjo hay 12 consultorios privados, los cuales son:

Cuadro 57

Consultorios Médicos Privados, cantón Naranjo, 2023	
Nombre	Ubicación
1. CONSULTORIO MEDICO DRA LISSETH RODRIGUEZ MATAMOROS	NARANJO CENTRO FRENTE AL MAG
2. CONSULTORIO MÉDICO DR. HERRERA	NARANJO, 25 MTS ESTE PARQUE INFANTIL
3. CLINICA SMI	100 MTS DEL COLEGIO DE NARANJO
4. CONSULTORIO MÉDICO SOPORTE MÉDICO INTEGRAL	NARANJO, 100 MTS NORTE DEL COLEGIO DE NARANJO
5. CLÍNICA T -ASSISTE	NARANJO, COSTADO ESTE DEL MINISTERIO DE SALUD
6. CONSULTORIO MÉDICO DR. OMAR ARROYO ARIAS	NARANJO-FRENTE A LA CASA DE LA CULTURA
7. J Y M LABORATORIOS	NARANJO, 125 MTS SURESTE DE LA SUCURSAL DEL ICE
8. CONSULTORIO MÉDICO DR ALFONSO SALAZAR LEIVA	CONTIGUO A LA FARMACIA FARMAS
9. CONSULTORIO SAGRA	NARANJO, COSTADO SUR DEL TEMPLO CATÓLICO
10. CONSULTORIO MEDICO DRA. LEIDY MUÑOZ C.	NARANJO, DIAGONAL A IMPORTADORA MONGE, ALTOS POLLO PARRILLERO

11. CONSULTORIO DE PEDIATRÍA	NARANJO, COSTADO ESTE DE LA IGLESIA CATÓLICA DE NARANJO
12. CLINICA SAN GERARDO DE NARANJO S.A.	NARANJO, 200 MTS OESTE DEL MERCADO MUNICIPAL DE NARANJO

Fuente: Elaboración propia, datos Área Rectora de Salud Naranjo

Asimismo, el cantón de Naranjo se presentan profesionales en psicología que poseen consultorio y ejercen en el sector privado, para un total de cinco profesionales, los cuales son:

Cuadro 58

Consultorios de Psicología Privados, cantón Naranjo, 2023.	
Nombre	Ubicación
1. CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA SMI	NARANJO, 100 MTS NORTE DEL COLEGIO DE NARANJO
2. FUNDACIÓN GOSEN	NARANJO, 75 MTS ESTE DEL ICE
3. POSADA EL BUEN SAMARITANO	NARANJO, 100 MTS NORTE DEL BNCR FRENTE AL KINDER
4. CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA CENTRO DE TERAPIAS MERZ	NARANJO, 400 MTS NORTE DE MAXIPALI, MANO DERECHA CASA AMARILLA
5. COSULTORIO DE PSICOLOGÍA CLINICA SAN GERARDO DE NARANJO S.A.	NARANJO, 200 MTS OESTE DEL MERCADO MUNICIPAL DE NARANJO

Fuente: Elaboración propia, datos Área Rectora de Salud Naranjo

Por último, en el cantón hay un profesional en psiquiatría que ejerce en el sector privado, el cual corresponde a la Clínica San Gerardo, ubicado en el distrito Naranjo, 200 metros oeste del Mercado Municipal.

#### ANÁLISIS DE PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL IDENTIFICADAS EN CANTÓN NARANJO

En el presente apartado se realizará un análisis de las tres problemáticas relacionadas a la Salud Mental en Naranjo, las cuales fueron identificadas por los mismos actores sociales del cantón. Esto se efectúa, puesto que es de suma importancia trabajar en la salud mental de las personas ciudadanas del cantón, priorizando el bienestar y la salud desde un enfoque integral en la población.

“Los riesgos para la salud mental y los factores de protección se encuentran en la sociedad en distintas escalas. Las amenazas locales aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades.” (OMS, 2022, s.p). Es importante poseer conocimiento de la realidad del cantón, sobre cuáles son las principales afectaciones que están presentes en la comunidad, sobre cuáles son las fortalezas, para poder abordar cualquier problemática desde su raíz y realidad.

Las tres problemáticas identificadas son: drogadicción o farmacodependencia, inseguridad ciudadana y accidentes de tránsito.

## DROGADICCIÓN - FARMACODEPENDENCIA

La primera problemática por analizar es drogadicción o la farmacodependencia, la cual fue identificada por los actores sociales que participaron en el primer Taller de ASIS.

Dichas personas indicaron que, como ciudadanos naranjeños, han logrado percibir que una de las grandes problemáticas que perjudica a la comunidad, es la drogadicción, puesto que es un conflicto que afecta gravemente a la persona que consume, así como al contexto ambiente en el que se ve expuesto quien posee la adicción.

Dentro de las experiencias y opiniones de las personas participes del taller, indicaron la existencia de problemáticas que conllevan a una persona a acudir al consumo de drogas; como lo es ser víctima de violencia social o, por ejemplo, de consumo de sustancias psicoactivas desde una temprana edad al sufrir de acoso escolar en centros educativos. Asimismo, señalaron que otro motivo por cual consumen drogas o fármacos, es por el estrés, ya sea por motivos personales, labores, familiares.

Según indica Villareal et al. (2020) esta problemática origina múltiples consecuencias negativas a nivel físico, psicológico y social. El autor indica que, en el mundo más de 250 millones de personas han consumido drogas alguna vez en la vida, de las cuales alrededor de 29,5 millones padecen trastornos o complicaciones como consecuencia del consumo de alguna sustancia ilícita.

Desde el determinante biológico, como la señala el National Institute on Drug Abuse (2020) los científicos evalúan que los genes representan entre un 40% y un 60% del riesgo de adicción de una persona, siendo el peligro más grave en personas adolescentes y en quienes sufren de trastornos mentales. Además, señala que la drogadicción se conoce como una enfermedad crónica del cerebro, que se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, esto a pesar de las consecuencias nocivas en el organismo.

Las personas que poseen problemas de adicción se caracterizan por la dificultad del manejo de sus emociones, lo que puede ocasionar el consumo de drogas como forma de automedicación, para intentar manejar las emociones y provocar ese sentimiento de relajación y bienestar, escapando de su realidad. (Villareal et. al. 2020).

Resultados de la V Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria, señala que “la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol fue de 12,7 años (12,6 en hombres; 12,9 en mujeres), la cual, es menor que la obtenida en el año 2015 para la población total indagada (13,5 años)”. (IAFA, 2019). Los resultados preliminares de la encuesta más reciente en la misma población, señala 14 años como edad en hombres y 15 años en mujeres como la edad de consumo de alcohol por primera vez. (IAFA, 2021)

Con respecto a edad de inicio de fumado en personas de secundaria a nivel nacional, se reporta un promedio de 13,1 años (12,9 en hombres; 13,3 en mujeres). (IAFA, 2019). Los resultados preliminares de la encuesta más reciente en misma población, señala 14 años como edad en que estudiantes de secundaria fumaron cigarrillo por primera vez. (IAFA,

2021). En población adolescente reviste de importancia, el uso de dispositivos de vapeo como experiencia de inicio relacionada con el consumo de tabaco.

A partir de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, se identifica una prevalencia de consumo de tabaco de 8,9% (hombres 13,4%, mujeres 4,4%), lo cual considerando la prevalencia consumo tabaco en años anteriores, 1990 (33%) y 2010 (24,8%), documenta una tendencia a la disminución. De las personas que fumaban tabaco a ese momento 9,6% se ubicaban en área urbana y 7,1% en área rural. (Ministerio de Salud, 2017).

Se documenta variación a las edades de inicio de sustancias psicoactivas en población secundaria, estos datos corresponden al país.

Cuadro 59. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en población de secundaria, Costa Rica, año 2018.

Sustancia psicoactiva	Edad de inicio de consumo
Marihuana	13,4
Cocaína	12,2
Crack	11,5
Hongos alucinógenos	13,7
LSD (dietilamida de ácido lisérgico)	16
Ketamina	14

Fuente: Elaboración propia con datos de IAFA, Datos INEC, V Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria 2018.

En el cantón de Naranjo se reportaron al Área Rectora de Salud de Vigilancia de la Salud (2023), casos de trastornos mentales causados por el consumo de sustancias psicoactivas, donde se percibe una variedad en el total de los reportes durante los últimos 6 años (2017-2022), pero alcanzando para el 2022 la tasa de incidencia más alta de ese periodo.

Tras analizar esta problemática presente en el cantón, se deben tomar acciones que generen factores protectores hacia la población naranjeña, tales como: la educación sobre los efectos de las drogas en el organismo, no automedicarse, educación sobre manejo de emociones, la toma de decisiones; son temáticas importantes a trabajar con los ciudadanos desde temprana edad y con todo tipo de población, ya que es una estrategia para inculcar el no consumo de drogas y el cuidado de la salud mental.

## ACCIDENTES DE TRÁNSITO

En el taller ASIS, los participantes identificaron los accidentes de tránsito como problemática que afecta al cantón desde un enfoque de salud mental, indicando que es una situación constante y preocupante, que afecta a todas las personas de la comunidad y que inclusive pone en riesgo la vida de las personas involucradas directamente con el conflicto y también a terceros.

Señalaron que esta situación se debía a la falta o poca educación vial que las personas poseen, la inapropiada infraestructura vial, así como el inadecuado manejo de emociones,

entre otros aspectos. Todo ello, relacionado con su experiencia como profesionales que se desempeñan en el cantón de Naranjo, logrando percibir e identificar sucesos de este tipo.

Según señalan los autores C. de las Cuevas y Sanz (2009) el conducir es una habilidad compleja que requiere un adecuado procesamiento de la información, además de vigilancia o mantenimiento de la atención, concentración y buena memoria. Así como poseer control sobre los impulsos y prever posibles riesgos, siendo prudente y sensato, con la capacidad para anticipar las acciones de otros usuarios de la carretera.

Por medio de un estudio realizado por el COSEVI y MOPT (2022), indican que para dicho año se presentó en Costa Rica un total de 14.150 accidentes de tránsito, de los cuales, 12.209 de las víctimas resultaron con heridas leves y, 1.941 de las víctimas resultaron con heridas muy graves e inclusive la muerte.

Según el mismo estudio del COSEVI y MOPT (2022), señalan que para el año 2022 se presentaron 287 víctimas por accidentes de tránsito en el cantón de Naranjo. En la mayor cantidad de casos, se evidencia que los afectados fueron los conductores (n=137), motociclistas (n=62), pasajeros de automóvil (n=38), peatón (n=22), pasajero motociclista (n=12), por mencionar algunos.

Se evidencia la gran cantidad de accidentes de tránsito que se presentan a nivel nacional y cantonal, por ello se debe prever factores de riesgo que puedan afectar a la población y evitar víctimas ante esta problemática, abordando temáticas desde el contexto ambiente, político, social, personal y emocional.

Desde un determinante ambiental, el transitar carreteras que posean inadecuadas señalizaciones y congestión, podría ocasionar que, emociones como el estrés, enojo y frustración estén presentes, ocasionando que la cautela en la carretera disminuya e inclusive la persona pueda cometer acciones incorrectas, que pongan en riesgo su integridad y la de las demás personas en las calles del cantón y país, desdeñando lo expuesto anteriormente por los autores C. de las Cuevas y Sanz (2009) acerca de la habilidad para conducir un medio de transporte.

Ligado a ello, en el determinante de comportamiento, en relación con prácticas y actividades que realizan los seres humanos que afectan o benefician su salud, se puede analizar que los individuos podrían tomar decisiones en donde cumplan o violenten las leyes de tránsito, ya sea por desconocimiento o voluntad propia; lo que conlleva al incremento de accidentes de tránsito, como consecuencia del desinterés de las normativas, falta de acceso a la información/leyes y/o un ineficaz proceso de formación en educación vial.

En una intervención interinstitucional se puede tomar acciones que contribuya con la disminución de los accidentes de tránsito, como generar estrategias con instituciones del cantón y país e invertir en reparaciones de carreteras del cantón, así como en la mejora de señalización de las calles; además se debe crear conciencia y capacitaciones para la mejora de la educación vial de la población, tanto de las personas que ya poseen formalmente su licencia para conducir, así como los individuos que en un futuro obtendrán dicho permiso. Otra acción importante, es el adecuado manejo de emociones, brindar



orientación y capacitación sobre cómo gestionar pensamientos y sentimientos cuando se está detrás del volante de un medio de transporte. Es importante crear y visualizar factores protectores para que desde el cantón se puede operar labores que velen por el bienestar de la población.

## INSEGURIDAD CIUDADANA

La última problemática identificada por el grupo de profesionales que participaron del proceso ASIS fue inseguridad ciudadana; exponiendo que este conflicto está presente y afecta a los ciudadanos de una u otra manera.

Estos actores sociales señalaron que, los principales causantes de la inseguridad ciudadana se relacionaban con la falta de valores y de leyes que velan por la seguridad de la población, así como una desigualdad de oportunidades que conllevan al desempleo y por ende a cometer actos delictivos. En este apartado, se analizará las consecuencias en la salud mental de esa inseguridad en la población.

Se puede entender desde el determinante ambiental, que “la seguridad ciudadana tiene como principal significado el no temer una agresión violenta, saber respetada la integridad física y, sobre todo, poder disfrutar de la privacidad del hogar sin miedo a ser asaltado y poder circular tranquilamente por las calles sin temer un robo o una agresión.” (Fuentes, Castellanos, 2020, p. 31).

A raíz de lo anterior se puede analizar que los autores exponen que, el poder transitar en una vía pública, libremente y sin temor o preocupación a ser víctima de actos de delincuencia, debería ser un derecho fundamental para todo ser humano. Las personas poseen rigurosidad al transitar por la ciudad, así como contar con protección dentro de sus viviendas, para evitar ser víctimas de algún daño en lo que supone es su lugar seguro; en todo momento los individuos están en un constante estado de alerta para resguardar su integridad y bienes materiales.

Se debe entender que el orden público no significa lo mismo que seguridad ciudadana; la existencia de leyes y el funcionamiento adecuado de las instituciones gubernamentales, es parte del orden público, pero no se relaciona con poseer un ambiente de convivencia seguro, sin amenazas, con temor a ser violentado, esto es determinado por la ciudadanía. La seguridad ciudadana se relaciona con comprender que, dónde comienza el derecho ajeno termina el propio. (Fuentes, Castellanos, 2020).

El crimen ocasiona que aumenten síntomas de riesgo relacionados con la salud mental, tales como: incremento de indicios de estrés, miedo, preocupación, inseguridad. El estado de alerta en el que permanecen las personas puede ocasionar secuelas en la salud mental, como no conciliar el sueño, aislamiento, aumento o disminución del apetito, dolor de cabeza, altos niveles de desconfianza. (Ruiz, 2022).

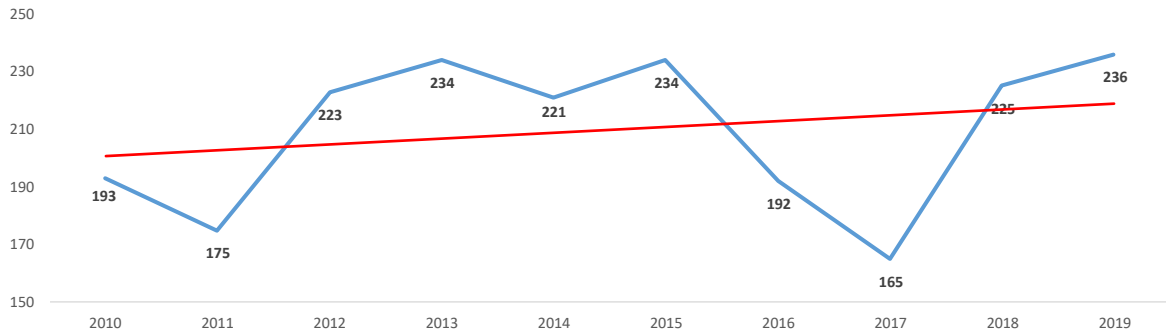
Según lo expuesto anteriormente por el autor Ruíz, se puede indagar que, la sensación de peligro puede llevar a las personas a refugiarse en sus viviendas y, mantener una alerta permanentemente a posibles asaltos o robos, particularmente las viviendas que presentan vulnerabilidad al acceso de intrusos. Desde el determinante social, el individuo toma

medidas para resguardarse y buscar tranquilidad en su comunidad y cantón, percibiéndolo como estilos de vida y decisiones individuales que se ven obligados a tomar para lograr sentirse protegidos.

Se presenta el siguiente grafico sobre actos delictivos en Naranjo

Gráfico 30

Ministerio de Seguridad Pública  
 Grafica lineal de denuncias por delitos contra la propiedad según año  
 Cantón de Naranjo, periodo 2010-2019



Fuente: Ministerio de Seguridad Pública (2022)

Esta estadística refleja los casos de denuncias por delitos ante la propiedad de los naranjeños. En el grafico se puede visualizar las denuncias que se presentaron ante el Organismo de Investigación Judicial del 2010 al 2019 en Naranjo, donde sobresale que el 2019 fue el año con mayor cantidad de denuncias reportadas con 236 y, el 2017 el menor reporte para un total de 165.

Según investigación realizada por el Ministerio de Seguridad Pública (2022), acerca de la identificación de factores de riesgo que afectan la seguridad del cantón, por medio de grupos focales y profesionales en la temática; logran identificar las principales problemáticas, que se relacionan con el riesgo social y el delito en sí mismo, lo cual conlleva a la inseguridad ciudadana en Naranjo, las cuales son:

Riesgo social	Delito
Consumo de drogas	Venta de drogas
Percepción de inseguridad	Robo de personas
Falta de presencia policial	Robo a viviendas
Consumo de alcohol	Conducción temeraria
Personas en situación de calle	Violencia intrafamiliar
Deficiencias en el alumbrado	Hurto / Robo a comercio

Fuente: Ministerio de Seguridad Pública (2022)

Por medio del trabajo ASIS 2023, se logró identificar cuáles son las líneas de acción que se deben ejecutar para combatir la inseguridad ciudadana. Es importante el trabajo interinstitucional, para alcanzar objetivos en común que integren la creación de espacios, donde todas las personas se sientan seguras y ante situaciones graves, orientarles sobre

cómo actuar ante dichas situaciones de riesgo, así como generar redes de apoyo comunales, acudir ante las instituciones responsables, cumplir con las normativas; siempre velando por el bienestar propio y de la población, donde los derechos fundamentales se estén respetando y protegiendo.

#### IDENTIFICAR POBLACIONES CON MAYOR VULNERABILIDAD A LAS AFECCIONES DE SALUD MENTAL

Se identifica que, la población que puede estar en mayor riesgo de verse afectada y vulnerable ante dichas problemáticas mencionadas anteriormente son, las personas menores de edad y personas adultas mayores; así como personas que se ven expuestas a factores de riesgo constantemente e individuos que no tienen acceso a servicios de salud que brinden atención a su condición. Estas personas que no poseen los medios para ser intervenidos se ven gravemente afectados. Además, tomando en consideración que dichas problemáticas no ven edad, sexo, clase social, todas las personas están expuestas a ser víctimas de dichos conflictos.

#### IDENTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

En relación con sistemas que recopilen toda la información referente a Salud Mental en el cantón de Naranjo, esta misma se puede obtener por medio de las Boletas VE-01 de acuerdo con el reglamento de Vigilancia de la Salud 40556-S, boletines epidemiológicos que emite Vigilancia de la Salud, así como datos de la Secretaría Técnica de Salud Mental.

Todos estos son medios por los cuales se obtiene información concerniente a salud mental, ya sean casos, estadísticas, información general, que contribuye a conocer e indagar sobre la condición y realidad del cantón con respecto a la salud mental.

#### CONCLUSIONES

La salud mental es un tema que suele dejarse de lado, las personas no suelen darle la importancia que merece; esto debido a que no comprenden como se relaciona con todos los aspectos de la vida y, además, desconocen de las repercusiones y consecuencias negativas que puede presentar en el organismo si no hay una adecuada salud mental.

Es importante recalcar que una adecuada salud mental no significa no poseer estrés, enojo, miedo, ira o cualquier otra emoción considerada como “mala”; debemos comprender que todas las emociones son adecuadas y las necesitamos; lo que esta “mal”, es como las gestionamos y como actuamos ante la presencia de ellas.

Gracias al análisis y trabajo realizada por medio de ASIS 2023, se puede evidenciar la importancia de crear acciones para el desarrollo de proyectos y programas que incentiven la salud mental, además que la población conozca la importancia sobre ello, romper con los mitos alrededor de la salud mental, espacios para orientar y sensibilizar sobre el tema, trabajos interinstitucionales donde se aborde la importancia de la salud mental, desde las diferentes instituciones y sus respectivas poblaciones meta. Este un trabajo arduo y constante, el cual debe estar incorporado en las acciones y objetivos de las instituciones públicas y entidades privadas del cantón.

A nivel cantonal e institucional, la labor a realizar para incentivar el bienestar integral de la salud mental debe ser una de las acciones prioritarias, puesto que les permitirá a las personas poseer las herramientas emocionales para actuar y afrontar cualquier situación, alcanzando armonía personal, social, cultural, psíquica y desde todo aspecto integral del ser humano.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS PRINCIPALES PROBLEMAS SEGÚN GRUPO DE EDAD DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En este apartado se analizan de los principales eventos a partir de la aplicación de la metodología ASIS, se identificó en el primer taller de trabajo tres problemas con actores sociales clave líderes comunales, luego por parte del equipo local de ASIS se realizó un análisis de priorización de eventos de mortalidad para identificar los principales problemas por curso de vida y un problema general, en consecuencia, se identificaron nueve problemas principales para el cantón de Naranjo. (MS, Guía ASIS, 2019)

Para el análisis de los problemas identificados, se realiza el acercamiento conceptual considerando su abordaje desde la determinación social de la salud, que busca comprender las causas de las causas, con el fin de llegar a la raíz de las acciones necesarias para impactar y mejorar la salud de la población. Este trabajo se realizó en el segundo taller de ASIS, en el cual se trabajó con personas del cantón expertas en los diferentes problemas identificados.

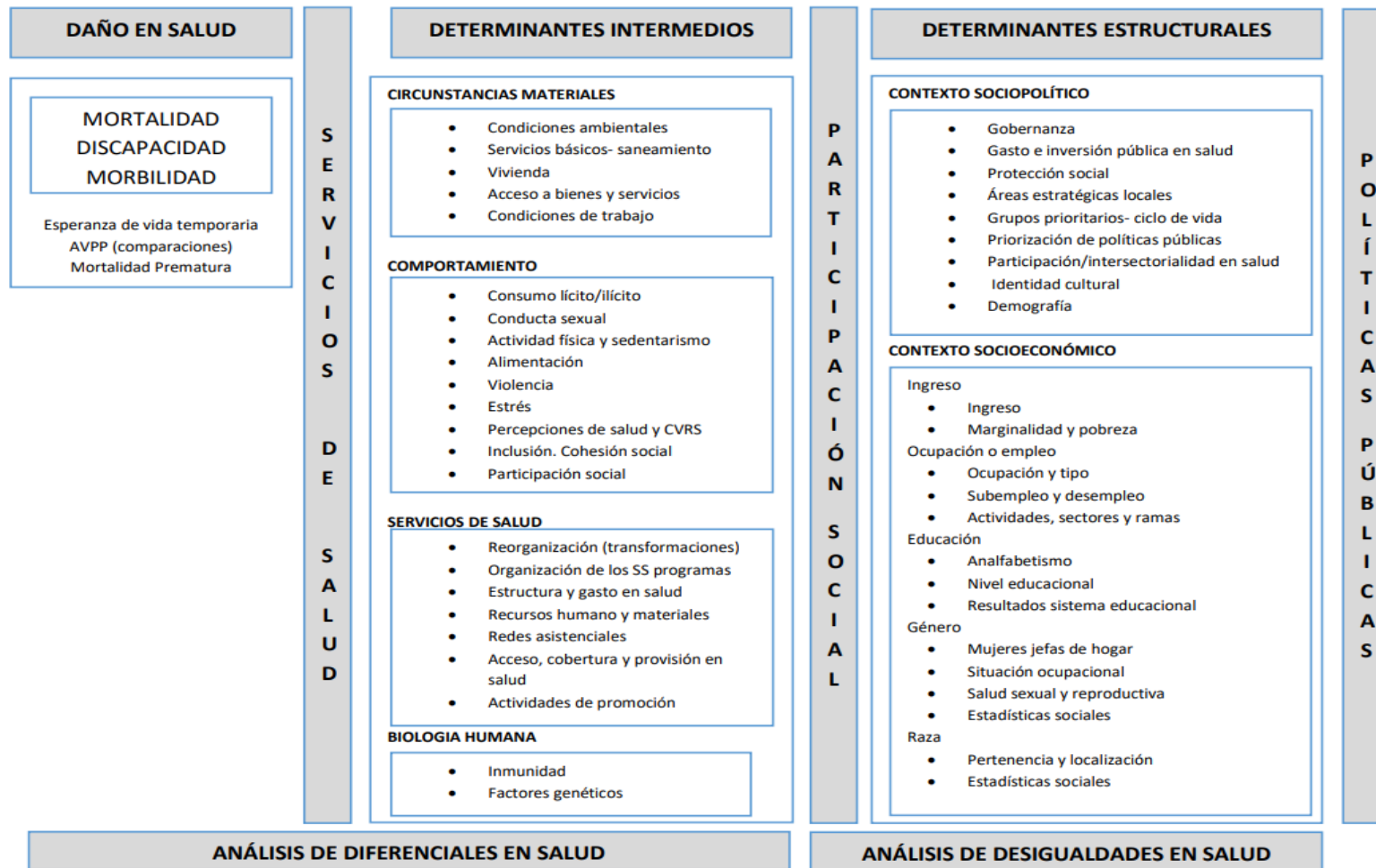
La mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud. Los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes estructurales), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud. Las discrepancias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. (OMS, 2011)

En este documento se incorpora los determinantes sociales de la salud como un enfoque que establece acercamiento explicativo a la complejidad del proceso de salud-enfermedad. Para ese fin se usó una adaptación del Modelo de Determinantes de la Salud de la OMS, que permite incorporar el enfoque de la determinación social, esta adaptación fue realizada por Álvarez, A. (2018) para el desarrollo del Análisis de Situación de Salud que realiza el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) en Cuba. La adaptación de Álvarez resulta ser muy didáctica para trabajar con actores sociales y permite un abordaje más integral para analizar los eventos en salud. (MS, Guía ASIS, 2019) (Ver Diagrama 1).

De igual manera que se han anotado en el ASIS nacional del año 2019, se aportan los componentes principales detallados en esta adaptación del Modelo de Determinantes de la Salud:

- Los determinantes estructurales son el conjunto de factores y condiciones que constituyen el contexto político, económico, social y demográfico del país. Estos factores determinan las inequidades en salud y por ende el comportamiento de determinantes intermedios y del daño en salud. Se configuran a partir la gobernanza local para la salud e incluyen las políticas y actores locales, desarrollo económico, ingresos y situación socioeconómica de la población, valores sociales, educación, empleo, cultura, pobreza y vulnerabilidad social, protección social entre otros factores.
- Los determinantes intermedios son el conjunto de factores y condiciones que constituyen las circunstancias materiales en que se desarrolla la vida, el estudio y el trabajo de la población, así como sus conductas y hábitos de salud, los factores biológicos, y los servicios de salud, deviniendo en riesgos a la salud. Son los tradicionales campos de salud que agrupan factores como son las circunstancias materiales de vida y trabajo (entorno residencial y laboral) los estilos de vida o comportamiento colectivo e individual; la organización de los servicios y la biología humana, factores que favorecen o no la exposición relativa o absoluta a factores de riesgos a la salud, entre otros factores).
- Daño en salud es el efecto que se configura y expresa a partir del comportamiento de los indicadores de algunos factores de riesgo y las variables de morbilidad, mortalidad y discapacidad en salud, componente que comienza a brindar insumos para la posterior identificación de los diferenciales en el cuadro de salud.
- Las desigualdades o diferencias en salud se definen como el efecto que se configura y expresa a partir de brechas o diferencias observables a nivel nacional, territorial o local en el comportamiento de las variables estructurales, intermedias y de daño en salud, a pesar de la voluntad y la acción política para que estas no se produzcan. Esta dimensión se analiza a partir de los llamados ejes de desigualdad social en salud (clase, social, género, grupos de edad, color de la piel, lugar de residencia y etnia, entre otros).

Figura 4. Modelo teórico-metodológico para el análisis de situación de salud según Determinantes Sociales. INHEM. 2017



Fuente: Álvarez, A. Modelo de Determinantes de la Salud de la OMS, adaptación realizada para el desarrollo del Análisis de Situación de Salud que realiza el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Cuba, 2018.

Durante el desarrollo del segundo taller de ASIS con actores sociales expertos, se analizaron los eventos de mortalidad priorizados y los problemas identificados por la comunidad, se utilizó la metodología del Diagrama de Causa-Efecto o de Ishikawa, la cual permite una representación gráfica de las causas de los problemas de salud. Se realizó la revisión para cada problema de los determinantes estructurales (socioeconómicos y sociopolíticos) y los determinantes intermedios (circunstancias materiales de vida, comportamiento, servicios de salud y biología humana). Para cada uno de estos determinantes se identificaron las causas raíz, secundarias y terciarias.

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

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

Para cada problema, los expertos calificaron las causas raíz según criterios de puntuación establecidos (nivel de influencia, importancia e incidencia de las instituciones), se aplicó la metodología de priorización de Pareto para seleccionar las primeras cinco causas raíz de cada problema. (Ver Anexo Resultado de Pareto) Estas primeras causas raíz son las que ejercen un peso más importante en el problema priorizado y las elegidas para la identificación de líneas de acción.

El trabajo de construcción de las líneas de acción se realizó por parte del equipo local de ASIS, a partir de la identificación de factor protector con respecto a cada causa raíz, con el fin de identificar las acciones que incidan en el problema y resulten en una mejora en la salud de la población. Es importante señalar que las líneas de acción propuestas corresponden al escenario de prevención o promoción de la salud.

En el tercer taller ASIS se realizó la presentación de las líneas de acción y se validaron por parte de actores sociales clave, a este taller asistieron tanto líderes comunales como expertos. Se definió a lo interno del equipo local de ASIS que los actores sociales también podían proponer líneas de acción, las cuales se recopilaron en ese espacio.

A continuación, se presenta un análisis de cada problema según las causas raíz priorizadas y las líneas de acción propuestas. Para una mejor comprensión de la complejidad, tanto de los eventos de mortalidad como los problemas identificados por la comunidad, se ponen a disposición los Diagramas de Causa-Efecto correspondientes. (Ver Anexo Diagrama de Ishikawa)



## TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y EL BAJO PESO AL NACER

Para el grupo de personas menores de un año, la corta duración de la gestación y el bajo peso al nacer se identificó como el mayor problema de mortalidad. Esta causa principal de mortalidad coincide con la identificada a nivel nacional para este grupo de edad, así como en otras latitudes.

A nivel mundial nacen cada año 15 millones de niños prematuros y aproximadamente cada año más de un millón de ellos muere a causa de las complicaciones relacionadas con la prematuridad. Los nacimientos prematuros son cada vez más frecuentes y sus causas, involucran no solo la salud materna, sino también factores sociales ambientales, políticos, públicos y económicos entre otros. (Matos-Alviso L.J., 2020)

La prematuridad constituye un grave problema de salud pública por la alta morbimortalidad que afecta a los neonatos tanto en forma temprana como tardía, el contexto de los requerimientos de un prematuro es amplio a nivel familiar, comunal, demandan atención directa de servicios de salud especializados de forma inmediata. (Esquivel Grillo, 1975)

La patología de la prematurez es compleja y difícil de tratar debido a la inmadurez propia de los órganos, lo que repercute en la fisiología del prematuro quien no está aún preparado para llevarla a cabo en forma adecuada, lo que conlleva a la presencia de trastornos y alteraciones muchas de ellas con daño y repercusión permanente traduciéndose en discapacidad. (Matos-Alviso L.J., 2020)

A partir del análisis de este evento con los expertos, se identifica como prioritarios a los determinantes de servicios de salud, comportamiento, sociopolítico y socioeconómico, lo cual es esperado considerando que estrategias para el abordaje de este evento van desde el periodo perinatal, neonatal y posnatal, en una relación binomio madre-hijo con la atención del embarazo, parto y postparto.

El grupo de expertos identificó las siguientes causas raíz como prioritarias: deficiencias en el control prenatal, falta de cobertura de servicios especializados en la atención del neonato de alto riesgo, consumo de sustancias psicoactivas, deficiente salud sexual y reproductiva y falta de gasto e inversión en salud.

En el determinante de servicios de salud, con respecto a la atención de la mujer embarazada, se cuenta a nivel nacional con normativa que respalda la prestación de los servicios de salud a la mujer embarazada, la Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico (Decreto Ejecutivo N°35262-S), define las actividades básicas de la atención siendo prioritario la identificación del riesgo obstétrico y que este sea abordado.

Otro aspecto relacionado con el servicio de salud a nivel local identificado por los expertos va dirigido a que esta consulta se identifica mayormente de captación pasiva, así lo consignan también los análisis de casos de muerte infantil de los últimos 7 años (COLEAMMI Naranjo, 2023). Esto expone que la existencia del servicio de salud no es garantía de que las personas lo visiten, de que las mujeres cuenten con una captación

temprana de su embarazo con el consecuente retraso en la valoración del riesgo obstétrico y su abordaje.

Matos-Alviso y colaboradores coinciden en que "la reducción de los nacimientos prematuros se basa en dos estrategias: la prevención del parto prematuro y el cuidado perinatal. Con el objetivo de disminuir la mortalidad de los prematuros y aumentar su supervivencia y calidad de vida. Para lograrlo se requiere la colaboración de los gobiernos y los organismos internacionales de la salud, sociedad civil, el sector empresarial, profesionales e investigadores de la salud, trabajando conjuntamente. "

Como parte de la dimensión sociopolítica, se identifica la falta de inversión en servicios dirigidos a la atención de neonatos prematuros, como una situación de riesgo para el cantón, ya que no se cuenta con un servicio de salud que brinde atención especializada propia del nivel hospitalario. Las mujeres deben desplazarse por la red de servicios de salud definida a cantones aledaños, en uno de los hospitales de referencia no se cuenta con servicio de neonatología, por lo que estos menores deben trasladarse a otros servicios de salud, lo que les aumenta su riesgo por la movilización, principalmente en los prematuros extremos (menores a 28 semanas de gestación al momento del nacimiento), en los cuales una adecuada infraestructura del lugar de nacimiento y acceso inmediato a unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es crucial para aportar a su supervivencia.

La falta de educación en salud sexual y reproductiva como parte de la dimensión socioeconómica se destaca como componente materno, que se relaciona con otros elementos socioeconómicos tales como la pobreza, la estructura familiar, acceso a alimentos nutritivos, inequidades por género, acceso a empleo y situación laboral, jefatura de hogar, falta de pertenencia y localización temporal en el cantón, son aspectos relacionados con fenómenos locales de migración e inmigración por la recolecta de café y otros cultivos estacionales.

El consumo de sustancias psicoactivas se identificó para la dimensión de comportamiento con una causa raíz prioritaria de abordar, señalando el consumo de tabaco como una de las sustancias a considerar. El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia mediante Encuesta nacional de drogas en estudiantes de secundaria (2015), señala que la edad media para inicio de consumo de tabaco son 13,7 años. El Ministerio de Salud mediante la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (2015) señala que la prevalencia de fumadores activos a ese momento correspondió a 8,9%, con valor de 13,4% en hombres y 4,4% en mujeres.

Con respecto a las mujeres fumadoras se ha descrito que los hijos pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras y que durante un embarazo tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido pretérmino y con bajo peso. (Montero Aguilera et al, 2019)

Las líneas de acción a desarrollar se pueden observar en el siguiente cuadro.

Cuadro 60. Líneas de acción para el abordaje de Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de salud	Deficiencia en el control prenatal.	Conocimiento de los deberes y derechos de acceso a los servicios de salud por parte la población.	Divulgación de deberes y derechos relativos al acceso a los servicios de salud para la mujer durante el embarazo.	CCSS	MUNICIPALIDAD (Oficina de la mujer) MEP PANI CEN-CINAI MS
			Mantener espacios de educación dirigidos a la mujer embarazadas (Curso de preparación para el parto).	CCSS	CEN-CINAI MUNICIPALIDAD (Oficina de la mujer)
		Personal de salud de servicios de atención directa a las personas de la CCSS capacitado en la Norma de control prenatal.	Desarrollar espacios para capacitación continua para el personal de salud de primer nivel de atención.	CCSS	MS
Socioeconómica	Deficiente salud sexual y reproductiva.	Personas cuentan con educación en el ámbito de salud sexual y reproductiva.	Desarrollar programa dirigido a población adolescente sobre salud sexual y reproductiva.	MEP CEN-CINAI	CCSS PANI Asociaciones de desarrollo Oficina de la mujer
Sociopolítico	Falta de gasto e inversión en salud.	Inversión en nuevos servicios de neonatología.	Generar diagnóstico local de la necesidad de acceso a servicio de neonatología.	CCSS	MS Municipalidad
Comportamiento	Consumo de sustancias psicoactivas.	Desarrollo de programas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas.	Desarrollar el tema de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en la consulta prenatal.	CCSS	IAFA CEN-CINAI
			Desarrollar programa de prevención de consumo de drogas en comunidades prioritarias.	IAFA	MEP PANI
		Población practicando hábitos saludables de vida.	Promover en las comunidades el deporte, la actividad física, el arte, la cultura para desarrollar habilidades que mejoren su vida.	Comité cantonal de deportes y recreación. Grupos organizados en deportes en las comunidades. Organizaciones religiosas. Asociaciones de desarrollo.	
Servicios de salud	Falta de cobertura de servicios especializados en la atención del neonato de alto riesgo.	Servicios de salud accesibles para el neonato de alto riesgo.	Generar diagnóstico local de la necesidad de acceso a servicio de neonatología.	CCSS	MS

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO

Se identificó en el capítulo de mortalidad se registran pocos eventos en este grupo de edad. Para las personas de 1 a 9 años, se identifica los tumores del sistema hematopoyético como la causa principal de mortalidad. A partir del trabajo de análisis desarrollado con expertos se identifican las dimensiones de comportamiento, servicios de salud, circunstancias materiales de vida y socioeconómica las que sobresalen, lo que aporta a este evento una multicausalidad.

Como se ha descrito en la literatura, en la dimensión del comportamiento la exposición al humo de tabaco y consumo de tabaco se ha identificado como factor de riesgo para este evento. La población infantil inicia sus primeras exposiciones a expensas de tabaquistas de su grupo familiar más cercano o cuidadores. Con el objetivo de eliminar la exposición se discutió de forma amplia la aplicación de medidas de fiscalización de la publicidad, promoción y patrocinio de este producto, verificación del cumplimiento de espacios libres de humo de tabaco y prevención del consumo de tabaco.

Con respecto al determinante de servicios de salud, la falta de capacitación en el tema tanto para el personal de salud como para los cuidadores se visualizó como una clara oportunidad de mejora desde 2 figuras que tienen relevancia en la detección oportuna de este evento.

Debido a que es una enfermedad que afecta tanto a niños como adolescentes es importante encontrar los factores de riesgo medioambientales atribuibles a dicha patología, para así poder brindar medidas de protección, ofrecer tratamiento especializado, evitar riesgos innecesarios, mejorar la calidad de vida, ofrecer y tener alternativas de tratamientos. (Agramón Velázquez, 2017)

La actividad agrícola corresponde a un aspecto parte de la dinámica local desde la fundación del cantón, principalmente al destinar importantes áreas de terreno al cultivo de café, entre otros. Por lo cual la identificación de exposición a agroquímicos constituye un factor de riesgo y como causa raíz fue identificada por los expertos como una de las básicas para abordar.

La falta de educación en cuidadores para dar seguimiento a estos eventos en las personas menores de edad, también se identifica por los expertos como una causa raíz prioritaria, corresponde a la dimensión socioeconómica, visualizando una vez más, como el abordaje desde los determinantes sociales de la salud, permite una visión más amplia y direccionada de un evento multicausal que usualmente se tiene como biológico.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema de tumores de sistema hematopoyético.

Cuadro 61. Líneas de acción para el abordaje de Tumores del sistema hematopoyético.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Exposición al humo del tabaco.	Comunidades con espacios libres de humo de tabaco.	Ejecutar fiscalización de control de espacios libres de humo de tabaco.	MS MSP Municipalidad	
		Funcionarios públicos empoderados en la aplicación de la normativa vigente.	Capacitación a los funcionarios públicos encargados de aplicar la normativa que fiscaliza la Ley 9028 y sus reglamentos y Ley 10066.	MS	Municipalidad MSP Cámara de comercio
Circunstancias materiales de vida	Exposición a productos agroquímicos.	Buenas prácticas de gestión agrícola.	Realizar campañas de recolección de residuos agroquímicos en fincas.	MAG	Municipalidad Gestores autorizados Dueños de fincas
			Capacitación a trabajadores respecto a adecuado uso de equipo de protección personal, aplicación de productos y buenas prácticas de disposición de recipientes.	MTSS MAG	Productores INS
		Supervisión de venta de productos agroquímicos que comprometan la salud.	Fiscalizar la venta y aplicación de productos agroquímicos prohibidos.	MAG-Fitosanitario MS	Fuerza Pública Centro Agrícola Cantonal
Servicios de salud	Falta de actividades de promoción y prevención	Cuidadores de personas menores de edad educados en signos y síntomas de alarma.	Desarrollar espacio de educación de cuidadores de personas menores de edad en signos y síntomas de alarma.	Asociación de cuidados paliativos de Naranjo.	Club de Leones Naranjo CCSS
Servicios de salud	Falta de conocimiento por parte de recurso humano en servicios de salud de primer nivel de atención.	Personal de salud capacitado en detección y diagnóstico.	Capacitación continua al personal de salud en signos, síntomas de alarma, sospecha y diagnóstico de tumores en personas menores de edad.	CCSS	MS
Socioeconómica	Bajo nivel educativo de padres o encargados de personas menores de edad.	Encargados de personas menores de edad sensibilizados en la importancia del control de salud.	Divulgación de situación local de problema identificado dirigido a encargados para concientizar respecto a la importancia del control médico.	MS	Municipalidad CCSS PANI CEN-CINAI

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## TUMORES MALIGNOS

Para personas de 10 a 19 años el principal problema de mortalidad correspondió a tumores malignos. Estos eventos como parte de grupo de enfermedades no transmisibles, para el grupo de expertos considera importante abordar en la población adolescente los factores de riesgo como la exposición al humo de tabaco, tal como se identifica en personas de 1 a 9 años y en personas mayores de 65 años, con la dificultad en el caso de adolescentes que se perciben como un grupo invisibilizado que poco asiste a valoración en los servicios de salud.

A nivel nacional se cuenta con el Plan Estratégico Nacional para Personas Adolescentes (PENSPA) vigente para el periodo 2021-2030, mediante el que se busca orientar la acción conjunta y articulada de las instituciones públicas y los diferentes actores sociales vinculados al abordaje integral de la salud y el desarrollo integral de la población adolescente. (Ministerio de Salud, 2020) Como un anexo en el PENSPA, se plantean acciones para fortalecer un abordaje integral del cáncer de las personas adolescentes, mayormente dirigidas a la atención de las personas que cursan con el evento.

A partir del trabajo de análisis desarrollado con expertos sobresalen las dimensiones de comportamiento, servicios de salud, circunstancias materiales de vida, biológica y socioeconómica, con algunas causas raíz que coinciden con las identificadas para el grupo de edad de 1 a 9 años.

Para el cantón de Naranjo con la transición de la pirámide poblacional al comparar los años 2000, 2010, 2020 y 2025 se observa una disminución en este grupo de edad, lo cual es el comportamiento identificado a nivel nacional a partir de otros indicadores como la disminución de la tasa bruta de natalidad, la tasa global de fecundidad, y para el cantón de Naranjo en el periodo 2015 a 2021 se identifica una tendencia a la disminución de la tasa específica de fecundidad para mujeres en edad de 15 a 19 años.

En la dimensión del comportamiento el tabaquismo repite como causa raíz, situación que se identifica se agrava con respecto a la población infantil, ya que no solo responde a la exposición al humo de tabaco, sino que es justamente en la adolescencia donde se ha registrado en las encuestas en población estudiantil de secundaria a nivel nacional se inicia el consumo de tabaco.

En la dimensión socioeconómica se identifica el aspecto educativo como un elemento necesario de trabajar. Como consecuencia de la falta de herramientas e información sobre sexualidad segura se identifica el inicio temprano de la actividad sexual, que en lo relativo a la exposición a virus del papiloma humano se ha reportado como factor de riesgo. Para esa causa raíz el grupo de expertos identificó la relevancia de reforzar los procesos educativos en escenarios formales e informales, ya que en estas edades el reforzamiento por parte de miembros externos al núcleo familiar es de gran importancia.

La exposición a agroquímicos también se identificó como una causa raíz para este problema, el cantón de Naranjo cuenta con escenario ambiental de producción agrícola, lo que aporta a la economía y el desarrollo social de asentamientos humanos permanentes y

temporales alrededor de los cultivos. En este contexto la población adolescente se identifica expuesta ante prácticas inadecuadas de la gestión de fincas, específicamente en el manejo de los productos químicos y desechos como recipientes.

Con respecto a la dimensión biológica, los expertos señalaron que es necesario captar a la población adolescente en los servicios de salud, para de forma preventiva identificar si tienen antecedentes heredo familiares de cáncer y valorar si requieren pruebas de tamizaje. En este contexto población adolescente cuenta con la Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia del año 2018 a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante la cual se plantea que la prestación de los servicios sea ajustada a esta población.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema de tumores malignos en población adolescente.

Cuadro 62. Líneas de acción para el abordaje de Tumores malignos.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Fumado.	Adolescentes empoderados en prevención de consumo de tabaco.	Desarrollo programas prevención consumo tabaco.	IAFA	MS MEP
Socioeconómica	Inicio temprano de relaciones sexuales coitales.	Personas adolescentes con conocimiento de los riesgos relacionados al inicio temprano de relaciones sexuales coitales.	Desarrollar temario dirigido a población adolescente sobre prevención de cáncer de cérvix.	MEP	CCSS PANI
			Continuar desarrollando los programadas educativos de afectividad y sexualidad en población adolescente.	MEP	La Familia
Biológico	Enfermedades genéticas.	Población informada respecto a consejo genético.	Visualizar requerimientos de tamizaje genético en tumores malignos en personas con antecedentes genéticos.	CCSS	MS
Servicios de salud	Diagnóstico tardío	Población general educada en materia de cáncer.	Promover espacios educativos en los servicios de salud relativos a prevención de los tipos más frecuentes de cáncer.	CCSS Servicios de salud privados	MS
Circunstancias materiales de vida	Exposición a productos agroquímicos.	Buenas prácticas de gestión agrícola.	Realizar campañas de recolección de residuos agroquímicos en fincas.	MAG	Municipalidad Gestores autorizados Dueños de fincas
			Capacitación a trabajadores respecto a adecuado uso de equipo de protección personal, aplicación de productos y buenas prácticas de disposición de recipientes.	MTSS MAG	Productores INS
		Población informada respecto a signos y síntomas de alarma relacionados con el diagnóstico en personas menores de edad.	Impulsar campañas educativas en redes sociales sobre signos y síntomas de alarma importantes en la detección temprana.	MEP CCSS	Club de Leones Naranjo Municipalidad MS

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.



## TUMORES MALIGNOS DE ÓRGANOS DIGESTIVOS

Para personas de 65 años y más, el principal problema de mortalidad correspondió a tumores malignos de órganos digestivos. Si bien este evento se identificó de relevancia en el grupo de edad de 20 a 64 años, la tasa de incidencia del periodo 2015-2019 para ese grupo correspondió a 135 fallecimientos por cada 10000 personas de 20 a 64 años, contra la tasa de incidencia de 585 fallecimientos por cada 10000 personas adultas mayores.

Según datos de la OMS en 2018, el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, casi una de cada seis defunciones se da por esta causa. Se reporta en el ASIS 2019, en Costa Rica el cáncer es la segunda causa de muerte en el país, y la primera en el caso de mortalidad prematura, los primeros cinco tumores que afectan a la población son: próstata, mama, estómago, colon y pulmón.

Es necesario abordar factores de riesgo desde edades tempranas y mantenerse medidas preventivas. Debe evitarse la exposición al humo del cigarro, los químicos ambientales-ocupacionales y ciertos factores dietéticos como el exceso de grasa, las comidas con exceso de sal, ahumados y en vinagre. Si bien es cierto que los adultos mayores van adquiriendo con el tiempo exposición a varios carcinógenos, siempre hay beneficio en modificar estas costumbres y aumentar la ingesta de la fibra, las vitaminas y los vegetales frescos. (Flores Núñez, 2017)

A partir del trabajo de análisis desarrollado con expertos se identifican las dimensiones de comportamiento, circunstancias materiales de vida y socioeconómica como las que sobresalen. Algunas causas raíz de adultos mayores coinciden con las identificadas en niños y adolescentes, lo anterior es esperable pues hay factores de riesgo comunes al evento tumores identificados como problemas prioritarios en estos 3 periodos de la vida.

Para personas de 65 y más años la dimensión de comportamiento aporta 3 causas raíz, estas corresponden a tabaquismo, mala alimentación y estrés.

El tabaquismo está identificado como factor de riesgo conductual asociado al cáncer. Las encuestas realizadas a nivel nacional señalan 13 años como edad de inicio de fumado en adolescentes, también se identifica exposición crónica a humo de tabaco en los grupos familiares por adultos tabaquistas, exposición temprana en los grupos de pares en personas adolescentes. En escenario comunitario, a pesar de que la normativa nacional mediante la promulgación de la Ley 9028, busca proteger los espacios libres de humo de tabaco, se identifica necesidad de fortalecer el seguimiento y la fiscalización de lo establecido.

La alimentación de mala calidad se identifica como una causa raíz. Las prácticas relacionadas a patrones donde no hay tiempo para cocinar ni compartir los alimentos en casa, pero sí para el uso de dispositivos electrónicos, las jornadas de trabajo extensas y el desplazamiento a los sitios de trabajo, la publicidad de la comida rápida y procesada, los modelos de consumo en redes sociales, motivan a las personas a comprar productos preparados y procesados, esto las expone de forma habitual a la ingesta de alimentos con alto contenido de sal, grasa, mínima cantidad de fibra y agua. En este contexto el cantón de Naranjo se identifica como "dormitorio".

Para el determinante de condiciones materiales de vida, la exposición a productos químicos en la agricultura se identifica como una causa raíz, ya mencionada en el grupo de niños y adolescentes, pues está relacionada con la actividad agrícola, se mantiene como un riesgo para la población. En este contexto reviste de importancia el seguimiento a la gestión de las buenas prácticas agrícolas en fincas para minimizar la exposición tanto por las personas trabajadoras, como sus familiar y usuarios finales de los productos.

Con respecto al determinante socioeconómico, los expertos identifican la marginalidad y pobreza como causa raíz. Se reconoce que en décadas anteriores, las personas contaban con limitadas oportunidades de desarrollo personal, actualmente son personas mayores de 65 años, que en su etapa de adolescencia y adulto joven, el patrón a seguir era iniciar rápido el trabajo remunerado no calificado, como se ha mencionado en la actividad agrícola en el caso de los hombres y de las mujeres el trabajo en oficios domésticos no remunerados, consecuentemente a este momento hay población adulta mayor que no cuenta con medios propios de un régimen de pensión secundaria a un trabajo de toda la vida, si hay ingreso este corresponde al régimen no contributivo lo que le dificulta satisfacer las necesidades.

Esta insatisfacción de necesidades tiene repercusiones en el comportamiento por la poca capacidad adquisitiva y falta de educación resulta en una mala alimentación, falta de empoderamiento en el ámbito personal, falta de autocuidado, falta de asistencia a servicios de salud para contar con valoración y diagnóstico temprano. Los elementos citados son algunos de los considerados por los expertos, con los que se reflexiona sobre la complejidad de abordar el determinante socioeconómico.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema de tumores malignos del sistema digestivos en población adulta mayor.

Cuadro 63. Líneas de acción para el abordaje de Tumores malignos de órganos digestivos.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Tabaquismo	Conocimiento de los efectos en las personas por el consumo de tabaco.	Promover espacios de educación desde el componente de habilidades para la vida en el que se aborde consecuencias del consumo de tabaco en población adolescente y adulto joven.	IAFA	MS Iglesia católica
		Personas tabaquistas con acceso a servicios de atención directa para cesación de fumado.	En primer nivel de atención realizar identificación de personas tabaquistas y generar referencia a segundo nivel de atención para participar en clínicas de cesación de fumado.	CCSS	MS IAFA
		Personas tabaquistas no aseguradas con acceso a servicios de apoyo para cesación de fumado.	En servicios de apoyo dirigidos a población no asegurada identificar personas tabaquistas y referir al IAFA.	Posada El Buen Samaritano IAFA Hogar Feliz por la Salvación del Alcohólico APAMAN	
Comportamiento	Mala alimentación	Población informada en efectos secundarios de consumo de alimentos procesados.	Promover espacios de educación sobre consecuencias del consumo regular de alimentos procesados en educadores como agentes multiplicadores.	Colegio de Nutricionistas	MS MEP CCSS
		Población informada sobre buenos hábitos alimenticios.	Impulsar espacios educativos en grupos cautivos de personas menores de edad dirigidas a la alimentación saludable.	TCU carrera de nutrición	MS
Comportamiento	Estrés	Adultos jóvenes con fortalecimiento en manejo de emociones.	Desarrollar de talleres en manejo de emociones.	INA Universidad de las Ciencias y el Arte	MS
		Usuarios con acceso a servicios de salud mental.	Identificación de usuarios con afectación de salud mental en primer nivel de atención y generar referencia a la Clínica de Salud Mental.	CCSS	MS MEP APAMAN
		Adultos mayores con herramientas de habilidades para la vida.	Desarrollar mediante el trabajo en grupo de personas del Centro Diurno de Adulto Mayor el desarrollo de habilidades para la vida, gestión de emociones y relaciones interpersonales.	APAMAN	CCSS AGECO
Circunstancias materiales de vida	Malas condiciones ambientales	Agricultores con acceso a información sobre buenas prácticas de gestión agrícola.	Capacitación a trabajadores respecto a adecuado uso de equipo de protección personal, aplicación de productos agroquímicos y disposición de recipientes.	MTSS MAG	PRODUCTORES INS

Socioeconómico	Pobreza y marginalidad	Población con educación técnica y formal con acceso a empleo.	Incentivar la divulgación de la oferta de servicios formativos del cantón.	INA Universidad de las Ciencias y el Arte MEP (Colegio Técnico)	UTN
----------------	------------------------	---	--	---	-----

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN

Como problema general de la población, se identifica el evento de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. Para el grupo de 20 a 64 años y para las personas de 65 años y más, este evento se ubica dentro de los 3 primeros eventos de mortalidad. Las tasas de incidencia del periodo 2015-2019 correspondió a 71 fallecimientos en personas de 20 a 64 años por cada 10000 personas y de 1171 fallecimientos por cada 10000 personas de 65 años y más.

Señala la Organización Mundial de la Salud que "las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento." Siendo las enfermedades cardiovasculares las que representan la mayor parte de la mortalidad por enfermedades no transmisibles: 17,9 millones de personas al año. (OMS, 2022)

A nivel nacional, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón corresponde a un problema prioritario de mortalidad. En el ASIS 2019 se anota que "el infarto agudo de miocardio se ubican como una de las principal causas de mortalidad para el grupo de edad de 20 a 64 años, por lo que la Población Económicamente Activa (PEA) del país se está viendo altamente afectada, lo cual tiene consecuencias importantes para el sistema de salud dado el aumento en los gastos médicos, el sistema de protección social por la fuerte reducción de los ingresos a causa de la enfermedad, y las pérdidas económicas generales del país, puesto que la productividad de los trabajadores es reducida por el ausentismo laboral y el aumento en las incapacidades."

Para el abordaje de las enfermedades no transmisibles, se cuenta con la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad, vigente para el periodo 2022-2030, en la cual como parte del diagnóstico se menciona: "existe un reconocimiento de que los principales factores de riesgo conductuales asociados a las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad lo constituyen la insuficiente actividad física, la alimentación poco saludable, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol. A su vez, dichas conductas están vinculadas a la aparición de los principales factores de riesgo metabólico de Enfermedades No Transmisibles: hipertensión (aumento de la tensión arterial), el sobrepeso y la obesidad, hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre) e hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre), donde, según los datos disponibles a nivel mundial, el principal factor de riesgo metabólico en términos de muertes atribuibles, es el aumento de la presión arterial, seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea."

El grupo expertos consultado identificó y priorizó los siguientes determinantes en el análisis del evento: biológico, comportamiento y servicios de salud. Esta revisión está alineada con la evidencia reportada que identifica causas raíz en diferentes dimensiones a partir de los factores de riesgo identificados y que a su vez se repiten en otros eventos dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Para el determinante de comportamiento se identificaron 3 causas raíz: sedentarismo, inadecuada alimentación y tabaquismo. En la revisión por parte de expertos se hizo referencia de forma implícita a la determinación social de estas causas raíz, con el razonamiento: ¿cómo pedimos que las personas realicen actividad física si las plazas están cerradas? ¿cómo pedimos a los niños que se alimenten bien si los encargados no cocinan en casa? ¿cómo pedimos a las personas que defiendan su derecho a espacios libres de humo de tabaco si no están empoderadas? Hay un conocimiento desde los expertos sobre la importancia de influir en las condiciones de vida de las personas, lo cual a su vez perciben como una tarea compleja, que requiere trabajo intersectorial y articulado y participación comunitaria.

Con respecto al determinante biológico los expertos señalan se debe trabajar en el diagnóstico temprano de los riesgos a partir de la valoración profesional del personal de salud, para la causa raíz identificada: antecedentes de enfermedades crónicas desde los antecedentes heredofamiliares y propios mediante el diagnóstico temprano de eventos como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidad.

Finalmente, para el determinante de servicios de salud, los expertos señalan como causa raíz la falta de programas de promoción y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, haciendo énfasis por el inicio temprano de exposición a factores de riesgo, por lo que el requerimiento debe ir dirigido a una consulta diferenciada según el paciente y por etapas de vida, valorando las condiciones de vida de las personas y no solo recetando medicamentos. Lo anterior plantea inquietudes sobre el tiempo de educación destinado a los usuarios y el modelo actual de atención que se conoce como atención primaria pero que se percibe debe revisarse, ya que se percibe la atención médica se está tratando como un producto mecanizado sin individualizar a cada paciente.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema de enfermedad isquémica del corazón como problema general de la población.

Cuadro 64. Líneas de acción para el abordaje de Enfermedad isquémica del corazón.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Biológico	Antecedente hereditario familiar de enfermedades crónicas como factor de riesgo.	Asistencia a consulta médica preventiva.	Divulgación de la importancia de la consulta médica preventiva y facilidades de acceso.	CCSS	Junta de salud Asociación de Desarrollo APAMAN Organizaciones religiosas y comunales Unidad Cuidados Paliativos Naranjo ONG
Comportamiento	Sedentarismo	Práctica regular de actividad física.	Impulsar el desarrollo de Juegos Deportivos Comunales.	Comité Cantonal de Deporte y Recreación	Asociaciones deportivas
			Impulsar la práctica de actividad física regular y deportes en las comunidades.	Comité Cantonal de Deporte y Recreación	Asociaciones deportivas
Comportamiento	Inadecuada alimentación	Población informada en efectos secundarios de consumo de alimentos procesados.	Promover espacios de educación sobre consecuencias del consumo regular de alimentos procesados en educadores como agentes multiplicadores.	Colegio de Nutricionistas	MS MEP
Comportamiento	Tabaquismo-Alcoholismo	Personas con conocimiento de efectos relacionados al consumo de tabaco y alcohol.	Promover espacios educativos sobre los efectos del consumo de tabaco y alcohol en población adolescente y adulto joven.	IIFA	MS Iglesia católica Municipalidad
		Acceso limitado a los productos de alcohol para consumo.	Proponer restricción a los puntos de venta de bebidas alcohólicas a partir de revisión en la legislación (minisúper vrs licorera).	Municipalidad	MS
Servicios de salud	Insuficientes programas de prevención	Población con acceso a programas de prevención.	Identificar necesidades de servicios de prevención acorde a necesidades actuales de la población.	CCSS	MS Municipalidad Junta de salud ONG
		Población con acceso a programas de promoción y prevención.	Realizar 2 eventos al año dirigidos al público de manera accesible sobre servicios básicos de prevención e información de promoción.	Junta de salud Cámara de comercio. Servicios de salud privados (consultorios médicos).	Municipalidad Universidades Organizaciones religiosas ONG CCSS Asociaciones deportivas

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## PROBLEMA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Este corresponde a uno de los 3 problemas identificados por actores sociales líderes de la comunidad, específicamente de todos los problemas propuestos es el que contó con la mayor puntuación en la priorización realizada, en esta se consideraron los elementos de magnitud (entendida como la cantidad de población afectada), gravedad (entendida como la probabilidad de ocasionar daño), oportunidad de solución por parte de los actores sociales, alto interés de la comunidad el resolver ese problema y necesidad sentida de la comunidad de que a su vez el problema generará más demanda de los servicios de salud.

Como puede tener diferentes usos, es importante anotar que se entiende como definición etimológica de la palabra acceso: "acción de acercarse, entrada o paso, entrada al trato o comunicación con alguien". (Diccionario RAE) En este contexto de servicios de salud se pueden generar diferencias entre lo identificado como restricciones en el uso de los servicios, el derecho al servicio propiamente dicho o la oportunidad en que se brinda el servicio.

Borrero y Arrivillaga señalan "numerosos autores en la literatura científica sobre acceso a servicios de salud han señalado que es una noción compleja con gran variedad de interpretaciones." Estas autoras realizan una revisión de literatura para analizar y sistematizar los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud que respaldan la investigación publicada que abarca de 1970 a 2013, en su trabajo llegan a clasificar los estudios en cinco categorías: acceso a servicios de salud en la lógica de los "mínimos decentes", en la lógica de mercado, en la lógica de factores y multicausalidad, en la lógica de necesidades y en la lógica de la justicia social y el derecho a la salud.

Para los actores sociales líderes comunales la falta de acceso a los servicios de salud revistió de interés, por considerar afectaba a un grupo importante de la población, principalmente la atención dirigida a las personas enfermas, entendido por ellos los servicios de salud brindados por la seguridad social, esta preocupación se aumenta con la implementación de cambios en la forma tradicional de las personas de lograr un espacio en un servicio de salud, por la implementación de la plataforma digital de uso personal, este tema predominó en la discusión del grupo.

A partir del análisis de este evento con los expertos, se identifica a los determinantes de la salud: socioeconómico, circunstancias materiales de vida, comportamiento y servicios de salud. Lo que expone multicausalidad de este problema, identificando coincidencia en los elementos que llevaron a proponer este problema por los líderes comunales y el análisis posterior identificación de causas realizado por los expertos.

El grupo de expertos identificó las siguientes causas raíz prioritarias: bajo nivel educativo dificulta acceso al EDUS, falta de acceso a servicio de internet, insuficientes recursos para la prestación de los servicios, insuficiente cobertura y poli consulta.

Con respecto a la causa raíz bajo nivel educativo, los expertos enfatizan en el establecimiento de una barrera tecnológica para contar con el servicio de salud, ya que la forma de "sacar las citas en el seguro" se restringe a la plataforma digital de expediente



digital, conocida como EDUS. Personas con analfabetismo, baja escolaridad, desuso de la lectoescritura, problemas visuales, van a encontrar limitante el ingreso a plataformas que les requieren tareas tales como asignar usuario y clave, con instrucciones escritas en letra pequeña, aunque se cuente con manual de uso. Otro de los aspectos de esta causa raíz hace referencia a la falta de conocimientos en uso de tecnologías presentes en dispositivos electrónicos, para este caso corresponde a sistema de información.

Insuficiente cobertura y recursos insuficientes en el determinante de servicios de salud, se expone como causas raíz ya identificadas de antemano, con la espera de la construcción de la nueva Área de Salud, por las restricciones materiales, estructurales, de equipo, personal de salud que es la que opera actualmente.

La falta de acceso a internet se describe como una causa raíz que constituye una barrera, por lo comentado respecto al uso de plataforma digital para obtener un espacio a la agenda de los servicios de salud de los distritos, ya que un sector de la población que no cuenta con dispositivos electrónicos, también se ha identificado acciones de vandalismo con el robo de cable de la red.

Con respecto a la poli consulta se expone este es un síntoma detrás del comportamiento de las personas, es causa de preocupación identificar que usuarios poli consultantes son personas adultas jóvenes, que asisten a los servicios de salud de forma repetitiva sin cursar con eventos que correspondan a una emergencia, lo cual satura los servicios de salud, principalmente se observa en el servicio de emergencias.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema identificado como prioritario por la comunidad.

Cuadro 65. Líneas de acción para el abordaje de Problema de acceso a los servicios de salud.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Socioeconómico	Bajo nivel educativo dificulta ingreso a EDUS.	Conocimiento de la población sobre uso de la plataforma de ingreso a EDUS.	Facilitar a la población instructivo sobre uso de plataforma de acceso a EDUS.	CCSS	MS
		Campaña de comunicación sobre uso de EDUS.	Desarrollar contenidos audiovisuales, cursos cortos, material impreso y lona informativa dirigida a la población sobre la forma de uso de EDUS.	CCSS Grupos organizados de las comunidades.	MS
			Desarrollar de talleres dirigidos a población con dificultades de acceso con inducción para uso del EDUS.	REMES Área de Salud Naranjo	
Circunstancias materiales de vida	Falta de acceso a internet limita el acceso a EDUS.	Existencia de red de internet funcional.	Divulgación a la población de la importancia de cuidado de la red de internet.	Municipalidad ICE	
Servicios de salud	Insuficientes recursos materiales, espacio y equipo para la prestación de los servicios.	Gobierno local informado sobre la causa raíz.	Visualizar ante la Municipalidad y al CSS la causa raíz identificada por los actores sociales clave.	Municipalidad	MS
		Infraestructura renovada en los servicios de salud.	Gestionar la donación de terrenos para la construcción de edificios propios de la CCSS.	Municipalidad CCSS Asociaciones de desarrollo	MS
			Proponer proyectos de nuevas estructuras para ser incluidos en el portafolio de proyectos.	Municipalidad CCSS Asociaciones de desarrollo	MS
Servicios de salud	Insuficiente cobertura.	Necesidad de existencia de normativa que regule la poli consulta visualizada.	Visibilizar ante la Municipalidad y la CCSS la causa raíz identificada por actores sociales clave.	Municipalidad CCSS	MS
		Asignación de nuevos recursos acorde a requerimientos actuales.	Gestionar la dotación de plazas nuevas para los servicios que ya sobrepasaron su capacidad instalada: 1 EBAIS más, 1 médico general para servicio de urgencias, 1 enfermero para servicio de urgencias, 1 farmacéutico, 1 nuevo laboratorio clínico.	CCSS Junta de salud	MS
Comportamiento	Poli consulta	Población de adultos jóvenes con acceso a herramienta manejo de emociones.	Desarrollar talleres de manejo de emociones en población adulta joven.	INA Universidad de las Ciencias y el Arte.	MS
		Población consciente de uso racional de los servicios de salud.	Desarrollar campaña de uso racional de los servicios de salud en la población general.	CCSS Municipalidad Junta de Salud	MS

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## DROGADICCIÓN – FARMACOADICCIÓN

La problemática de drogadicción y farmacodependencia se presenta tanto a nivel país como a nivel mundial. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, 4.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres, en América Latina y el Caribe, sufren de trastornos causados por el uso de drogas, así como dependencia y otros padecimientos, en algún momento de su vida.

El consumo de sustancias, como el alcohol, tabaco, de uso farmacológico, entre otros, posee como consecuencia, generar una adicción en la persona que las consume, puesto que éstas actúan sobre el sistema nervioso y genera alteraciones en el organismo del individuo, creando la dependencia. Para comprender la problemática del uso de sustancias psicoactivas, es importante visualizar cómo éstas se involucran poco a poco en la vida de las personas que las consumen, hasta que llega a crear una adicción o dependencia.

La drogadicción o farmacodependencia se presenta como un proceso en la vida del individuo; en una primera fase por curiosidad, la persona consume una droga por primera vez, ya sea esta lícita o ilícita; al romper con esa etapa de “miedo” sobre experimentar, la persona involucra la sustancia en su día a día al conocer los efectos en su organismo, según lo que ha experimentado hasta el momento.

Según lo indica la Organización de los Estados Americanos (2013) la persona hace uso regular de la droga, integrándolo en su rutina diaria y al normalizar el uso de esa sustancia, la persona cae en el uso nocivo de la droga, creando una consecuencia negativa en su salud, tanto mental como emocional; para finalmente concluir en una última etapa de dependencia de la droga. Es por esta razón que las adicciones son un proceso paulatino y constante en el organismo de las personas, hasta el momento de crear finalmente la dependencia.

Esto se produce gracias a las reacciones y consecuencias que poseen las drogas ilícitas o lícitas, en el organismo de las personas hasta crear la adicción. El consumo repetitivo de sustancias conlleva a cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central, puesto que genera un aumento de dopamina, induciendo una idea falsa de satisfacción y relajación; producido por la constante liberación de este neurotransmisor provocado por el uso de la droga. (OEA, 2013).

No existe un factor específico que indique qué droga puede desarrollar la adicción por sí sola. Pero existen factores que contribuyen a que el individuo forme una adicción; componentes que de una u otra manera tienen una gran influencia en la consciencia, actitud y comportamiento de una persona.

El ser humano es un ser integral que se compone y desarrolla de diferentes entes o contextos, con los cuales convive directa o indirectamente y de esta manera va creando su propio ser, con base a sus experiencias vividas desde su entorno.

Según la VI Encuesta Nacional de Consumo de Drogas del Instituto Nacional de Farmacodependencia (2018), indica que Urie Bronfenbrenner desarrolla un modelo Socioecológico el cual establece que la conducta humana se compone de los contextos en

los que un individuo se expone y desenvuelve. El autor establece que existen 4 sistemas o niveles en los que el ser humano coexiste, el *Microsistema o nivel individual*, donde se identifican los factores biológicos y personales. El siguiente: *Mesosistema o nivel familia*, son las relaciones sociales cercanas, que tienen el potencial de configurar el comportamiento y la gama de experiencias del individuo. (IAFA, 2018).

Posteriormente, *Exosistema o nivel comunal* es el contexto de la comunidad (relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario). Y por último, *Macrosistema o nivel social*, abarca factores sociales a nivel macro, como las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que determinan los niveles de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad. (IAFA, 2018).

Con base a lo anterior, se puede analizar la existencia de cuatro grandes ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven y de una u otra manera, estos ambientes generan influencia en un individuo. El ser humano es un ser social, a lo largo de toda su vida se ve expuesto a diferentes ámbitos en donde convive y aprende de su entorno, por esta razón como seres que nos adaptamos a la realidad en la que nos encontramos, lo cual pertenece al determinante intermedio de comportamiento de la salud.

Cabe recalcar que esta influencia puede ser positiva o negativa. Si lo visualizamos desde el enfoque de drogadicción o farmacodependencia, el entorno en el que se expone una persona puede ser determinante, por el tipo de influencia que puede recibir, por ejemplo: la presión social para consumir algún tipo de droga, desarrollando problemas emocionales, sociales y de salud en el individuo, sobre no estar claro en cuál es la decisión correcta o el qué pensarán si no se cumple con lo que hacen los demás, las consecuencias en su organismo y realidad social, entre otros aspectos, con respecto al uso de drogas.

Este tipo de análisis fue el que se trabajó y realizó en los talleres de ASIS con profesionales del cantón de Naranjo; cómo esta problemática de salud, como lo es la Drogadicción y Farmacodependencia, genera desde diferentes determinantes de la salud, causantes para que se desarrolle en el cantón esta problemática. Las causas raíz priorizadas fueron: marginalidad y pobreza, violencia social, estrés, falta actividades de promoción y descontrol del seguimiento de enfermedades.

Desde los determinantes estructurales de la salud, se puede visualizar desde el ámbito sociopolítico la falta de interés o desprotección del sector político del país, tanto macro como micro, en lo relacionado a la problemática. Al no brindar atención e invertir, por ejemplo: en instituciones que trabajen con población adicta, desviando la atención a otros problemas, no creando políticas públicas eficientes para combatir con la drogadicción.

En circunstancias materiales de vida, analizando el entorno que rodea y al cual está expuesta un individuo, los profesionales analizan que, al existir una red familiar frágil, al convivir con un entorno expuesto día a día a drogas, hay una mayor disposición a poseer acceso a sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas.

Por otra parte, causante desde el determinante de comportamiento del individuo, indican que la discriminación, falta de oportunidades e inclusive una baja autoestima, pueden

conllevar al consumo de sustancias. Asimismo, señalaron que, el estrés, problemas para manejar las emociones, así como ser víctima de algún tipo de violencia generarían el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas.

En cuanto a los servicios de salud que se poseen en el cantón, los profesionales analizan que existe una falta de interés en la problemática y por consiguiente no se invierte en profesionales especialistas que atiendan el problema. Además de diagnósticos inadecuados y atención o seguimiento ineficiente, que no permiten brindar una atención integral al paciente, conllevando a medicar sin dar la intervención adecuada.

Por último, en relación con el determinante socioeconómico las personas pueden estar expuestas y poseer un fácil acceso a drogas en el cantón según la región en la se encuentran, como en las zonas marginales y con más problemáticas sociales del cantón. Asimismo, los profesionales del taller, lo relación con individuos que no poseen trabajos o carreras universitarias, la presión social y baja autoestima, podría conducir y recurrir fácilmente al uso de fármacos o drogas.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema identificado como prioritario por la comunidad.

Cuadro 66. Líneas de acción para el abordaje de Drogadicción-Farmacoadicción

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Socioeconómica	Marginalidad y pobreza.	Oportunidades laborales.	Divulgación de oferta de programas educativos en comunidades marginales.	INA	
			Promoción de ofertas laborales y emprendimientos.	MUNICIPALIDAD INA MTSS	
Comportamiento	Violencia social	Personas empoderadas con proyecto de vida.	Impulsar talleres dirigidos a población adolescente en temas autocuidado, proyecto de vida, autoestima.	PANI MUNICIPALIDAD IAFA	MS MEP
		Fortalecimiento de habilidades para la vida en la población.	Desarrollar programas de habilidades para la vida, aprendí a valerme por mí mismo y Dynamo en escuelas.	IAFA MEP	
			Formación de agentes multiplicadores de habilidades para la vida y disciplina positiva mediante el desarrollo de programas Guía con Amor y Formación en Habilidades para la vida dirigido a responsables de personas menores de edad y líderes comunales.	IAFA Agentes multiplicadores (AMES) capacitados	Municipalidad de desarrollo Organizaciones comunales y religiosas
Comportamiento	Estrés	Población trabajadora con conocimiento de efectos por consumo de sustancias psicoactivas.	Desarrollar taller sobre efectos del consumo de sustancias psicoactivas.	IAFA Empresa privada del cantón	
		Empresas contribuyen a la salud física y mental de colaboradores.	Capacitar a los gerentes en empresas del cantón sobre la importancia de climas laborales saludables para sus colaboradores.	Cámara de comercio	MTSS Empresas locales MS CCSS Municipalidad
Servicios de salud	Falta de actividades de promoción de la salud	Población utiliza de espacios para realizar recreación y actividad física.	Impulsar el uso de los espacios físicos desde instancias que promuevan la salud.	Municipalidad CCDR Asociaciones de desarrollo Centros acondicionamiento físico y piscinas MEP	ICODER MS RECAFIS
Servicios de salud	Inadecuado control y seguimiento de enfermedades	Oferta de servicios de salud públicos y privados en el cantón.	Capacitación al personal de salud de atención directa a las personas respecto a la prescripción de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes.	Farmacias CCSS IAFA Farmacias del sector privado	MS Colegio de Farmacéuticos

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## ACCIDENTES DE TRANSPORTE

Los accidentes de tránsito se presentan como una problemática que afecta de gran manera a toda la población en el mundo, puesto que lamentablemente, nadie está exento a ello, debido a la gran cantidad de automóviles y todo tipo de vehículos que se encuentran en las carreteras, así como los peatones que hacen uso de estas.

En los países de ingresos medianos y bajos circula aproximadamente el 60% de los vehículos del mundo, en ellos se registra el 93% de las defunciones relacionadas con estas colisiones. [...] Cada año se pierden aproximadamente 1,3 millones de vidas a consecuencia de estas lesiones. Entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y muchos de ellos provocan una discapacidad. (OMS, 2022, s.p).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2022), alrededor de 20 a 50 millones de personas han sufrido un accidente de tránsito, con consecuencias leves o graves en sus vidas, siendo este una estadística elevada.

Día a día las vías de tránsito se encuentran en constante movimiento; son indispensables para que las personas se movilicen y son la conexión para trasladarse de un lugar a otro. Por esta razón debe existir una concientización de educación vial, tanto de los conductores como de los peatones, para aplicarla de la manera correcta y este espacio sea seguro para toda la población.

Lastimosamente, existen muchos accidentes alrededor de esta problemática, siendo así la velocidad; conducción bajo los efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas; la no utilización de cascos, cinturones de seguridad y sistemas de sujeción para niños; distracciones durante la conducción; falta de seguridad de la infraestructura vial; falta de seguridad de los vehículos; cumplimiento insuficiente de las normas de tránsito; algunas de las problemáticas identificadas por la OMS (2022) como los principales causantes de accidentes de tránsito.

Como se puede analizar, son muchos los motivos que conllevan a que se produzcan los accidentes de tránsito, siendo bastantes los implicados: tanto las personas involucradas directamente en el accidente (causante), las personas secundarias (víctimas), terciarios (víctimas que ven afectadas, aunque no directamente) y todos los componentes que se encuentran en la vía de tránsito.

En la siguiente imagen se puede percibir, una estadística sobre los diferentes tipos de accidentes que se presentan a nivel país y la cantidad de personas que se han visto afectadas como consecuencia de ello; siendo las colisiones y el atropello a personas los reportes de muertes más elevado como consecuencia de accidentes de tránsito en el 2022 en el país.

Cuadro 67

Costa Rica: Cantidad y porcentaje de muertes en sitio por año según tipo de accidente, enero-diciembre 2022		
Tipo de Accidente	Muerte en sitio	
	Cantidad	Porcentaje
Total	485	100,0
Atropello a persona	94	19,4
Colisión	223	46,0
Colisión con objeto fijo	56	11,5
Salió de la vía	77	15,9
Otros	4	0,8
Derrape	13	2,7
Vuelco	18	3,7

Fuente: COSEVI, 2022.

Por otra parte, la siguiente tabla indica los diferentes tipos de accidentes que se han presentado en el 2021, específicamente en el cantón de Naranjo para un total de 131 accidentes. En donde se puede visualizar que las colisiones en motocicleta y vehículos son los datos que representan mayor cantidad de accidentes.

Cuadro 68.

Número y porcentaje de accidentes de tránsito con víctimas por clase, según tipo de accidente en Naranjo 2021						
Tipo de Accidente	Clase de Accidente				Total	
	Solo heridos leves		Heridas graves o con muertes			
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	120	100,0	11	100,0	131	100,0
Colisión con motocicleta	44	36,7	7	63,6	51	38,9
Colisión entre vehículos	26	21,7	2	18,2	28	21,4
Vuelco	4	3,3	0	0,0	4	3,1
Colisión con objeto fijo	4	3,3	0	0,0	4	3,1
Atropello animal	1	0,8	0	0,0	1	0,8
Atropello a persona	11	9,2	0	0,0	11	8,4
Colisión con bicicleta	4	3,3	0	0,0	4	3,1
Salió de la vía	8	6,7	1	9,1	9	6,9
Caída de algún ocupante	16	13,3	1	9,1	17	13,0
Objeto sobre vehículo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otros	2	1,7	0	0,0	2	1,5
Desconocido	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: COSEVI, 2022.

Con los datos anteriores, donde se presentan 11 diferentes tipos de accidentes dados en el cantón, se puede entender que no estamos exentos de sufrir ante esta problemática de accidentes de tránsito. Es importante lograr identificar cuáles pueden ser algunos causantes que conllevarían a sufrir un accidente, para así prevenirlos; como ciudadanos debemos tomar conciencia para aplicar una educación vial correcta, desde choferes, hasta peatones, así como mantener y cuidar las vías de tránsito, (aceras, calles, rotulación, entre otros).



Este tipo de análisis es el que se desarrolló en el Segundo Taller de ASIS con los expertos del cantón sobre, cuáles son las principales causantes que conllevan a que esta problemática se presente en el cantón. Dentro de estas, las principales causas raíz que identifican son: violencia, estrés, consumo de sustancias psicoactivas, mala condición de la estructura vial y escasa educación vial.

El grupo de expertos que participaron en el taller, analizan que, desde el determinante de la salud del comportamiento, actos de violencia en las carretas, el estrés y el consumo de sustancias psicoactivas, son causas que provocan la inseguridad en las calles del cantón, incitando el alto número de accidentes. Al decidir conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol/drogas e inclusive con problemas emocionales, la persona no poseerá un juicio claro de su realidad para percibir lo que pasa a su alrededor en la carretera.

En cuanto al determinante de circunstancias materiales, exponen que el ambiente y las condiciones en las que se encuentra las vías de tránsito conlleva a la problemática, las carreteras en mal estado, alcantarillas o acueductos, señalización, inclusive ventas informales a la orilla de las calles, son motivos que conllevan a que los accidentes de tránsito sean cada vez más.

A nivel sociopolítico y socioeconómico, los profesionales indican y analizan que la poca inversión presupuestaria que el gobierno local invierte en las carreteras, así como en esta problemática, y del poco interés de educar en temas viales a la población, contribuye a que no se logre abordar de manera adecuada para disminuir los accidentes.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema identificado como prioritario para el grupo de edad de personas de 20 a 64 años.

Cuadro 69. Líneas de acción para el abordaje de Accidentes de transporte.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Violencia.	Adultos jóvenes con fortalecimiento en manejo de emociones.	Desarrollo de talleres de manejo de emociones.	INA Universidad de las Ciencias y el Arte	MS
		Población en general con conocimiento manejo de emociones.	Impulsar campañas de manejo de emociones.	Asociaciones de desarrollo	Medios de comunicación MEP MSP Municipalidad
Comportamiento	Estrés	Adultos jóvenes con fortalecimiento en manejo de emociones.	Desarrollo de talleres de manejo de emociones.	INA Universidad de las Ciencias y el Arte	MS
Comportamiento	Consumo de sustancias psicoactivas	Conocimiento sobre efectos del consumo de sustancias psicoactivas al conducir.	Desarrollar espacios para divulgar los efectos secundarios del consumo de sustancias psicoactivas al manejar en comunidades prioritarias.	IAFA	INA
Circunstancias materiales de vida	Inadecuada condición de la estructura vial.	Estructura vial en buenas condiciones.	Trabajos de mantenimiento y reparación de la estructura vial.	CONAVI Municipalidad	LANAME
Socioeconómica	Falta de educación vial	Población con conocimiento de educación vial.	Facilitar espacios de educación vial en personas conductoras.	COSEVI Empresas de transporte público	MS
			Visibilizar la necesidad de programa de educación vial desde primaria.	MS	Municipalidad

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## INSEGURIDAD CIUDADANA

Una de las grandes problemáticas que se presentan en el mundo la cual impide que, como seres que conformamos una sociedad, nos impida relacionarnos y desenvolvemos sin preocupaciones y libertad, es la inseguridad ciudadana. Esta se ve influenciada por diferentes factores de riesgo que rodean el contexto y ambiente en un determinado sector, los cuales afectan a la población, envolviéndolos en situaciones de delincuencia y victimización.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, indica que algunas de los factores que conllevan al desarrollo de la inseguridad ciudadana, pueden ser las siguientes:

- Problemas internos como un alto índice de desempleo [...] una creciente desigualdad en los ingresos y una injusticia aparente.
- [...] movimientos de la población, aumento del crimen organizado, presencia de redes de tráfico de drogas o conflictos entre los grupos de criminales por causas de control territorial.
- Un desarrollo urbano rápido o mal planificado y la pobreza urbana.
- Una cultura de impunidad, de instituciones de seguridad no responsables, de corrupción o de un estado de derecho deficiente.
- Una crisis en la gobernanza e instituciones débiles como la policía, el sistema judicial y los servicios de seguridad que no pueden hacer frente o prevenir estos problemas. (PNUD, 2014, s.p.).

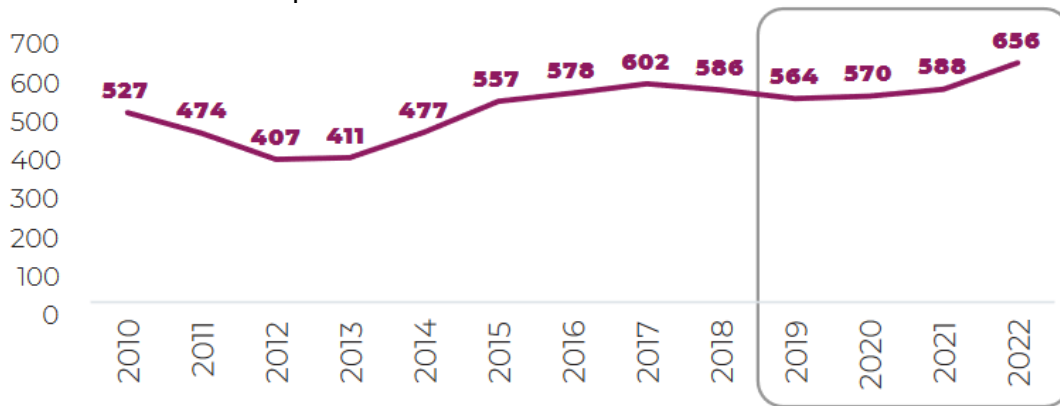
Este tipo de situaciones descritas anteriormente, propician a que la delincuencia y las problemáticas sociales sean mayores, aumentando cada vez más los factores de riesgo si esta clase de conflictos no son intervenidos adecuadamente.

No se trata solo de disminuir los delitos, sino de crear una estrategia profunda e interinstitucional para mejorar la calidad de vida de la población, prevenir la criminalidad, velar por el acceso a un sistema de justicia eficaz y de una educación basada en los valores, el respeto por la ley y la tolerancia. (PNUD, 2014).

Existen varios factores negativos que conducen a las personas a cometer delitos, incrementando la inseguridad; los factores pueden ser a nivel personal o emocional, así como educativos, económicos e inclusive por adicciones de consumo de sustancias psicoactivas entre otros.

Asimismo, existen varios tipos de delitos cometidos que afectan a la población, tales como delitos contra la vida, delitos contra la integridad, delitos contra la propiedad.

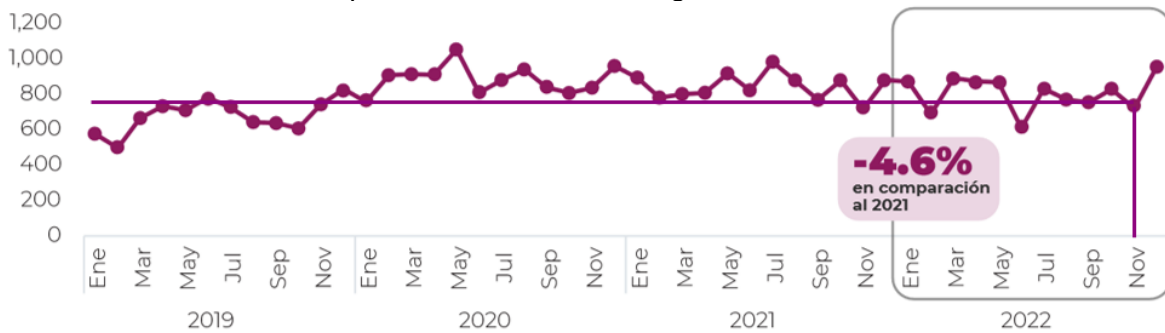
Gráfico 30. Delitos que atentan contra la vida de víctimas en Costa Rica 2010-2022



Fuente: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe, 2023

Se puede visualizar en la imagen que, en relación con delitos que atentan contra la vida de víctimas, en Costa Rica en el año 2022, se reportaron 656 muertes por homicidio, presentándose ese año la mayor cantidad de reportes en relación con estos casos, los cuales abarca desde agresiones, discusiones, riñas, ajustes de cuentas, sicariato, violencia doméstica, entre otros, las cuales culminaron en la muerte de una víctima.

Gráfico 31. Delitos que atentan contra la integridad en Costa Rica 2019-2022



Fuente: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe, 2023

En relación con los delitos que atentan contra la integridad, se refiere a cualquier situación que conlleva al maltrato físico, psicológico, sexual o patrimonial, en el que afecta la integridad de una persona. En la imagen anterior, se puede visualizar en noviembre del año 2022 en Costa Rica se reportaron alrededor de 800 casos.

Por otra parte, la imagen gráfica que se muestra a continuación sobre los delitos contra la propiedad, entendiéndose estos como: asaltos, robos en vivienda, edificios o vehículos, entre otros; a continuación, se puede visualizar el número de denuncias del año 2022 en Costa Rica, siendo la mayor cantidad de delitos, los hurtos con 16.804 denuncias, seguido de asaltos con 10.645 y los robos en vivienda la menor cantidad con 504 denuncias.

Cuadro 73. Denuncias sobre delitos contra la propiedad en Costa Rica en el 2022.



Fuente: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe, 2023

Estas estadísticas es una muestra de los motivos que conllevan a que la ciudadanía sufra de inseguridad en nuestro país y que, las personas deben tomar sus propias medidas para buscar de alguna manera su propia tranquilidad y seguridad, ya que, en cualquier parte del país, zonas donde se suele transitar y en el propio cantón de residencia, no hay certeza de seguridad y de no sufrir estos delitos mencionados.

“La seguridad ciudadana es el proceso de establecer, fortalecer y proteger el orden civil democrático, eliminando las amenazas de violencia en la población y permitiendo una coexistencia segura y pacífica.” (PNUD, 2014, s.p.). Este ideal de seguridad ciudadana, según los actores sociales participes en los Talleres de ASIS, es el que consideran que no está presente en el cantón de Naranjo, puesto que como residentes y profesionales del cantón, conocen la realidad sobre inseguridad ciudadana en la que se desenvuelva Naranjo.

Las principales causas raíz que los actores sociales del Segundo Taller ASIS identificaron como los primordiales que conllevan a la inseguridad ciudadana son: inadecuada gobernanza, desinterés de trabajo comunal, falta de acceso a bienes y servicios, violencia y desempleo.

Desde un determinante sociopolítico indicaron que la inseguridad ciudadana en el cantón se debe a la falta de leyes eficientes que castiguen los crímenes y brinden seguridad a la población, así como la falta de recursos económicos para hacer cumplir de manera eficiente las leyes.

En cuanto a las circunstancias materiales, los actores sociales señalaron que, causas de la inseguridad es el desempleo y falta de oportunidades laborales y el bajo nivel educativo que poseen las personas. En relación con el determinante de comportamiento, los causantes son, la violencia por la falta de valores y de leyes eficientes. La exclusión social por la desigualdad y la falta de acceso a recursos y oportunidades de manera equitativa. En el determinante de servicios de salud, señalaron que el acceso y control de la CCSS se pierde al no poseer empleo y no poder contar con el seguro de atención.

Por último, en el determinante socioeconómico, el desempleo y la falta de oportunidades laborales, así como el aumento de trabajos informales, la falta de acceso al estudio, son causantes que conllevan a la delincuencia y a la inseguridad ciudadana en el cantón.

En el siguiente cuadro se detallan las principales líneas de acción para abordar el problema identificado como prioritario por la comunidad.

Cuadro 70. Líneas de acción para el abordaje de Inseguridad ciudadana.

Dimensión	Causa raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Violencia.	Formación en valores y cultura de paz en encargados legales de personas menores de edad.	Fomentar espacios de educación a encargados de personas menores de edad en valores y cultura de paz.	INNOVO ALYMER Coopronaranjo Molina y Ovares PANI	MS ONG
Circunstancias materiales de vida	Falta de acceso a bienes y servicios.	Población informada sobre los servicios que brindan las instituciones en el cantón.	Realizar catálogo de servicios de las instituciones presentes en el cantón y su divulgación.	MS Municipalidad MSP Poder Judicial PANI Policía de Tránsito Bomberos Cruz Roja CEN-CINAI MTSS	
Sociopolítico	Inadecuada gobernanza	Gobierno local informado sobre situación local seguridad.	Continuidad de la iniciativa Sembremos Seguridad.	Municipalidad	
Sociopolítico	Desinterés en el trabajo comunal.	Población con arraigo Naranjo.	Desarrollar actividades que impulsen la Naranjeñidad.	MEP	MUNICIPALIDAD Instituciones públicas y privadas con sede en el cantón
Socioeconómica	Desempleo.	Población con acceso a educación técnica formal que permite acceder a empleo.	Incentivar la divulgación de oferta de servicios educativos en el cantón.	INA Universidad de las Ciencias y el Arte MEP (Colegio técnico)	Universidad Técnica Nacional
		Población con acceso a información de fuentes de empleo.	Mantener y divulgar la página de empleabilidad de la Municipalidad.	Municipalidad	UTN INA MEP Universidad de las Ciencias y el Arte

Fuente: Equipo Local de ASIS Área Rectora de Salud Naranjo, datos de productos talleres con actores sociales con formato base en la Guía de Metodología ASIS, DVS.

## CONCLUSIONES

En la revisión de los datos aportados en el documento de ASIS-2015 con respecto al actual, es factible identificar cambios en indicadores relacionados con la estructura de la población, estos cambios son necesarios de considerar ya que representan retos en el abordaje de los distintos grupos de población por curso de vida, por tener estos grupos requerimientos diferenciados.

El proceso de envejecimiento de la población en presencia de eventos derivados de enfermedades crónicas no transmisibles se identifica como una problemática local, coincidente con lo reportado a nivel nacional, que requiere un abordaje desde de promoción de la salud en edades tempranas según curso de vida, fortalecimiento de medidas de prevención en diferentes dimensiones, tal como evidenció en los análisis de causa-efecto.

Esto supone retos para todo el aparato institucional, así como para la población, en el contexto local, según el criterio de los propios naranjeños, la participación comunitaria se ha debilitado, por lo que el reto de abordar los diferentes problemas podría ser mayor.

Es necesario generar una cultura local de análisis de situación de salud, donde la situación de salud se convierta en un objeto permanente de investigación que involucre a los actores sociales en la comunidad, para que la salud conscientemente se identifique por el colectivo como un producto social, no solo responsabilidad de instituciones.

Producto del análisis se debe avanzar hacia la acción, al cambio, al movimiento. Para todos los problemas priorizados se desarrollaron propuestas de líneas de acción validadas con actores sociales clave, que se espera aporten a la toma de decisiones, para modular de manera favorable la situación de salud existente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Municipalidad de Naranjo. 2022. Historia del cantón de Naranjo. Recuperado de <https://www.naranjo.go.cr/nuestro-canton/historia/>
2. Torres.J. 2007. Naranjo y su historia. (1835-2004). San José. C.R. EUNED.
3. Agencia de Extensión Agropecuaria Naranjo (MAG). 2019. Caracterización del Área de Influencia de la Agencia de Extensión Agropecuaria.
4. Comisión Local de Emergencia, Naranjo, diciembre 2018, Plan Para La Prevención y Atención de Emergencias del Cantón de Naranjo, Municipalidad de Naranjo.
5. Atlas de Desarrollo Humano Cantonal, PNUD-UCR, recuperado de <https://www.undp.org/es/costa-rica/atlas-de-desarrollo-humano-cantonal-2021>
6. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Índice de Desarrollo Social Cantonal, recuperado de <https://www.mideplan.go.cr/indice-desarrollo-social>, año 2017.
7. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano. Organización Mundial de la Salud. (2019) Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/327897>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
8. Cada movimiento cuenta. Organización Mundial de la Salud. (2020) Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says>
9. Araya V., G.A. (2019). Estado del Deporte y la Recreación en Costa Rica. Oportunidades para la práctica de actividad física con fines de recreación, salud o de rendimiento físico en las comunidades. Informe 2018. San José, Costa Rica: Centro de Investigación en Ciencias del Movimiento Humano (CIMOHU), Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica.
7. Stephanie Cohen-Rosenstock y Kathia Valverde-Muñoz. Pancreatitis aguda como efecto adverso de L-asparaginasa en el tratamiento de la leucemia linfocítica aguda. Acta Médica Costarricense Vol 60 (2), abril-junio 2018
8. Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Incidencia de tumores malignos, Costa Rica, año 2014. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadisticas-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia>



9. Rojas-Montoya y Montagné. Generalidades del cáncer gástrico. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSFA. V.9 N.2: 22-29 ISSN-2215 2741. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192d.pdf>

10. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Crónicas no Transmisibles. 2022. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

11. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Crónicas no Transmisibles. 2017. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-best-buys-para-ent>

12. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Salud de Adolescentes y jóvenes para Costa Rica. 2017. Recuperado de <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/images/profiles/CostaRica-PAHO%20Adolescents%20and%20Youth%20Health%20Country%20Profile%20V5.0-Spa.pdf>

13. Flores Núñez, Dionisio. Envejecimiento y cáncer. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Año 2017 Vol 7 No III. Costa Rica. 2017

14. Ministerio de Salud. Dirección de Planificación. Estrategia nacional para el envejecimiento saludable basado en el curso de vida. 2022-2026. Unidad de Planificación Sectorial. Costa Rica. 2022.

15. Ministerio de Salud (2012) Política Nacional de Salud Mental 2012-2021; San José, Costa Rica: El Ministerio, 2012.

16. Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2022) Autoridades de salud en Costa Rica hacen llamado a reducir estigma y discriminación hacia salud mental. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/7-10-2022-autoridades-salud-costarica-hacen-llamado-reducir-estigma-discriminacion-hacia>

17. Villarreal; Navarro; Muñoz; Rodríguez; Pacheco (2020) Habilidades de la inteligencia emocional en relación con el consumo de drogas ilícitas en adultos: una revisión sistemática. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 22, 2020, pp. 1-10 Pontificia Universidad Javeriana. <https://www.redalyc.org/journal/1452/145274739004/145274739004.pdf>

18. Domínguez Estrada, F., Simón Hernández, J., Minior Granados, M. (2019) Salud Mental y Drogas. Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/4307/6462>

19. National Institute on Drug Abuse (NIH) (2020) Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES NIH. [https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa\\_sp.pdf](https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf)
20. C. de las Cuevas Castresana, E. J. Sanz Álvarez (2009) Enfermedad mental y seguridad vial. Departamentos de Psiquiatría y Farmacología Facultad de Medicina Universidad de La Laguna Santa Cruz de Tenerife. [http://sid.usal.es/docs/F8/ART11353/enfermedad\\_mental\\_seguridad\\_vial.pdf](http://sid.usal.es/docs/F8/ART11353/enfermedad_mental_seguridad_vial.pdf)
21. OMS (2022) Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
22. OPS (2020) “No hay salud sin salud mental”. Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
23. Villarreal Mata Julia Lizeth; Paulina Navarro Oliva Edna Idalia; Muñoz Maldonado Gerardo Enrique; Rodríguez Puente Linda Azucena; Pacheco Pérez Luis Arturo (2020) Habilidades de la inteligencia emocional en relación con el consumo de drogas ilícitas en adultos: una revisión sistemática. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 22, 2020, pp. 1-10 Pontificia Universidad Javeriana. <https://www.redalyc.org/journal/1452/145274739004/145274739004.pdf>
24. Fuentes Águila, M. R., & Castellanos Fuentes, P. E. (2019). La responsabilidad del Estado con la seguridad ciudadana. Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas, 2(2), 27-34. <https://remca.umet.edu.ec/index.php/REMCA/article/view/124/208>
25. Ruiz, J (2022) Los efectos que la inseguridad y el miedo al crimen generan en las personas. Periódico UNAL, Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia. <https://periodico.unal.edu.co/articulos/los-efectos-que-la-inseguridad-y-el-miedo-al-crimen-generan-en-las-personas#:~:text=Varios%20estudios%2C%20y%20en%20pa%C3%ADses,de%20peores%20condiciones%20de%20salud>
26. Ministerio de Seguridad Pública (2022) Estrategia Integral de Prevención para la Seguridad Pública “SEMBREMOS SEGURIDAD”, San José, Costa Rica.
27. V Encuesta Nacional sobre consumo de sustancia psicoactivas en población de Educación Secundaria, 2018. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Área Técnica, Proceso de investigación. --[1a. ed.]-- Costa Rica: IAFA, 2019.
28. Espinoza A., Azalea, Castro C., Roberto, Ugalde M., Federico y Quesada, Mónica. Encuesta global de tabaquismo en adultos. Costa Rica, 2015 / Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. -San José, CR: MS, 2017. Recuperado de

<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Encuesta%20global%20de%20tabaquismo%20en%20adultos.%20Costa%20Rica%202015.pdf>

29. Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. Guía Metodológica para el Análisis de la Situación Integral de Salud en Costa Rica. 2019.

30. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasil. 2011.

31. Esquivel Grillo, Arturo y Ramírez Amaya, Rodolfo. Prematuridad por edad gestacional. Acta Médica Costarricense. 18(2) 89-94; 1975. Recuperado de <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/2221/art2v18n2.pdf?sequence=1>

32. Matos-Alviso L.J. et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. Consecutivo 179. Año 7. Número 3. Septiembre-Diciembre de 2020. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>

33. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Encuesta Nacional de Drogas en Estudiantes de Secundaria. Costa Rica. 2015. Recuperado de [https://www.iafa.go.cr/material\\_de\\_apoyo/infografico-consumo-de-tabaco-en-estudiantes-de-secundaria/](https://www.iafa.go.cr/material_de_apoyo/infografico-consumo-de-tabaco-en-estudiantes-de-secundaria/)

34. Montero Aguilera, Alexis, Ferrer Montoya, Rafael, Paz Delfín, Damaris, Pérez Dajaruch, María, & Díaz Fonseca, Yenía. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed, 23(5), 1155-1173. Recuperado en 11 de octubre de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es&tlng=es).

35. Agramón Velázquez, Rubén. Tesis Factores de riesgo medioambientales asociados a leucemia linfoblástica aguda en niños. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Baja California. 2017.

36. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2021-2030. Segunda edición. Costa Rica. 2020.

37. Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. Análisis de Situación en Salud. Costa Rica. 2019.

38. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2022. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

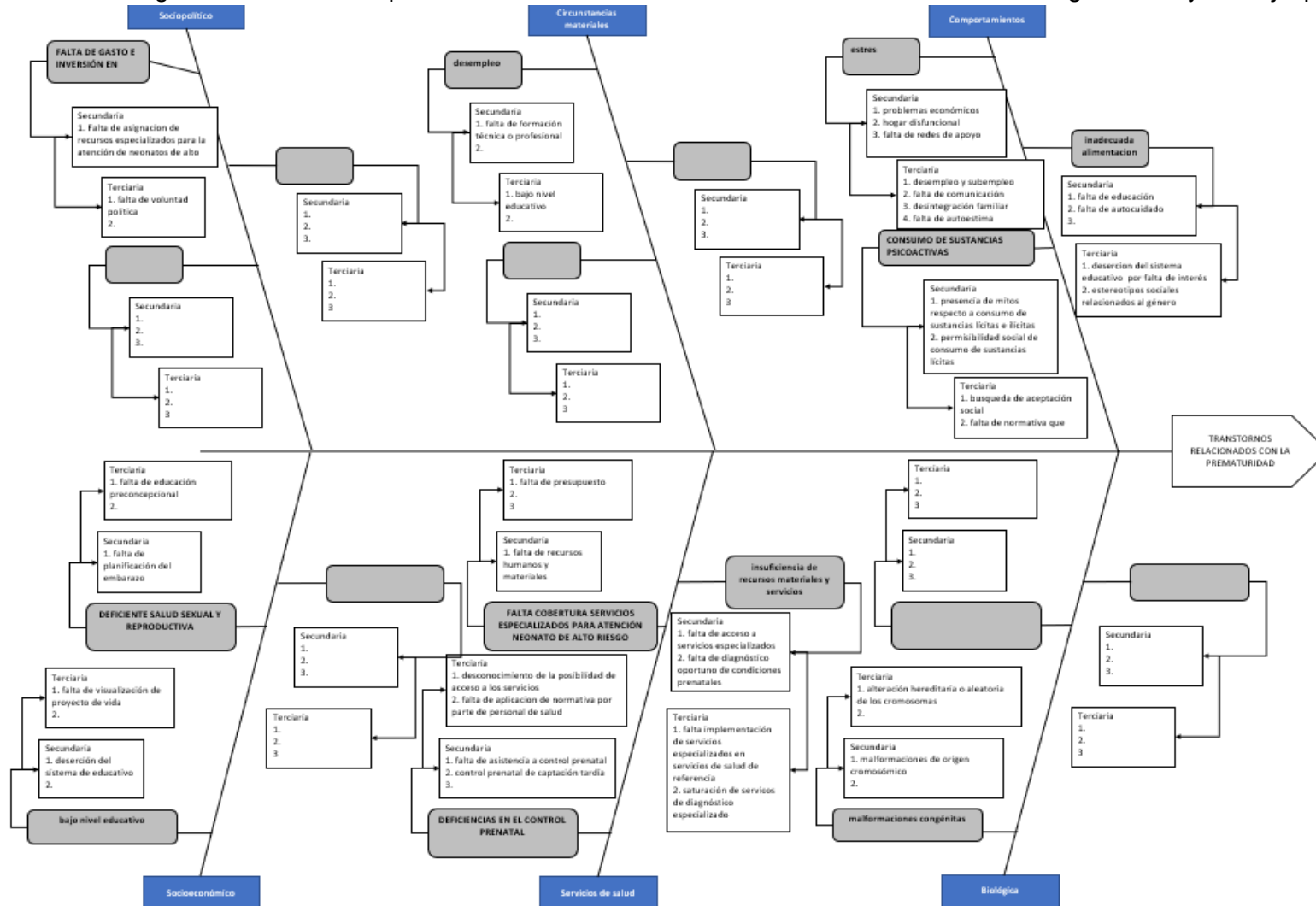
39. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030. Costa Rica. 2021.

40. Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/acceso?m=form>

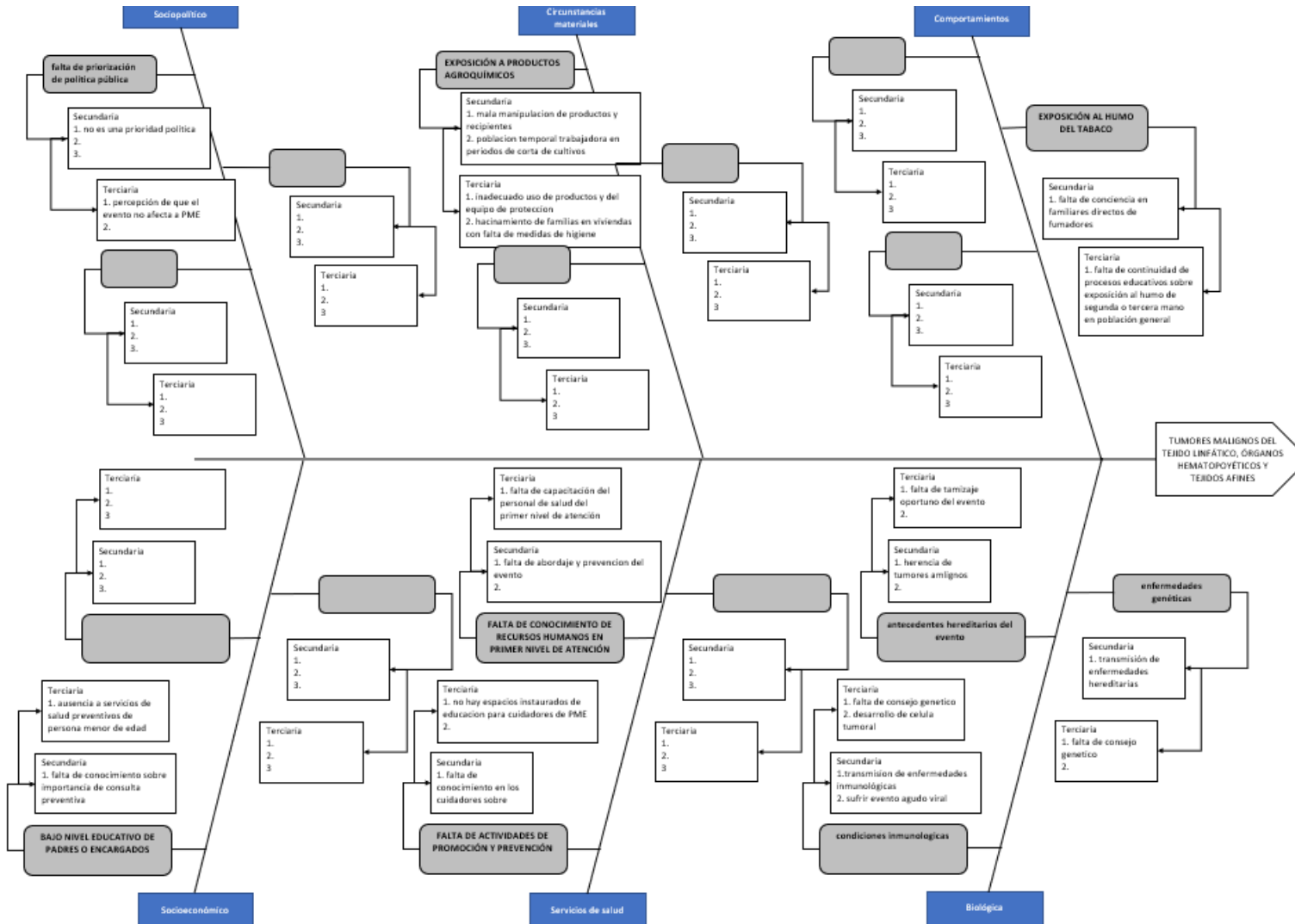
41. Borrero, Yadira y Arrivilliga, Marcela. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(5):e00111415, mai, 2016. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
42. Organización de los Estados Americanos (OEA), (2013). *El Problema de Drogas en las Américas: Estudio. Drogas y Salud Pública*. [http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth\\_esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf)
43. Organización Panamericana de la Salud (OPS), (s.f), *Abuso de Sustancias*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud © Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
44. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), (2018). *VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General 2015*. San José, Costa Rica. <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/Encuesta-Nacional-de-Drogas-2015.pdf>
45. Organización Mundial de la Salud (OMS), (2022) *Traumatismos causados por el tránsito*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
46. Consejo de Seguridad Vial (2022) *Estadísticas de muertes en sitio provisionales en accidentes de tránsito 2022*, COSEVI. [https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/12\\_Estadisticas+muertes+en+sitio+provisoriales\\_2022.pdf/bb4f0f9a-682e-6463-6fee-e4460655aa71?t=1673461190956](https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/12_Estadisticas+muertes+en+sitio+provisoriales_2022.pdf/bb4f0f9a-682e-6463-6fee-e4460655aa71?t=1673461190956)
47. MOPT, COSEVI (2021) *ANUARIO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO CON VÍCTIMAS EN COSTA RICA 2021*. Ministerio de Obras Públicas y Transportes, Consejo de Seguridad Vial. [https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/1\\_Anuario+estad%C3%ADstico+de+accidentes+de+tr%C3%A1nsito+con+v%C3%ADctimas+en+Costa+Rica+2021.pdf/ef2b3260-fa5d-dc72-d7f8-6351f255d281?t=1662576397628](https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/1_Anuario+estad%C3%ADstico+de+accidentes+de+tr%C3%A1nsito+con+v%C3%ADctimas+en+Costa+Rica+2021.pdf/ef2b3260-fa5d-dc72-d7f8-6351f255d281?t=1662576397628)
48. MOPT, COSEVI (2021) *ANUARIO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO CON VÍCTIMAS EN COSTA RICA 2022*. Ministerio de Obras Públicas y Transportes, Consejo de Seguridad Vial. [https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/1\\_Anuario+estad%C3%ADstico+de+accidentes+de+tr%C3%A1nsito+con+v%C3%ADctimas+en+Costa+Rica+2022.pdf/244f71a8-894b-4749-3e8f-5f83159ecf83?t=1696260652440](https://www.csv.go.cr/documents/20126/50694/1_Anuario+estad%C3%ADstico+de+accidentes+de+tr%C3%A1nsito+con+v%C3%ADctimas+en+Costa+Rica+2022.pdf/244f71a8-894b-4749-3e8f-5f83159ecf83?t=1696260652440)
49. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2014) Sinopsis: Seguridad Ciudadana. Prevención de Crisis y Recuperación, PNUD. <https://www.undp.org/es/publications/sinopsis-seguridad-ciudadana>
50. USAID, PNUD (2023) Análisis de seguridad ciudadana en 2022 Costa Rica. *Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina y el Caribe, INFOSEGURA*. <https://infosegura.org/costa-rica/analisis-de-seguridad-ciudadana-2022-costa-rica>

# ANEXOS

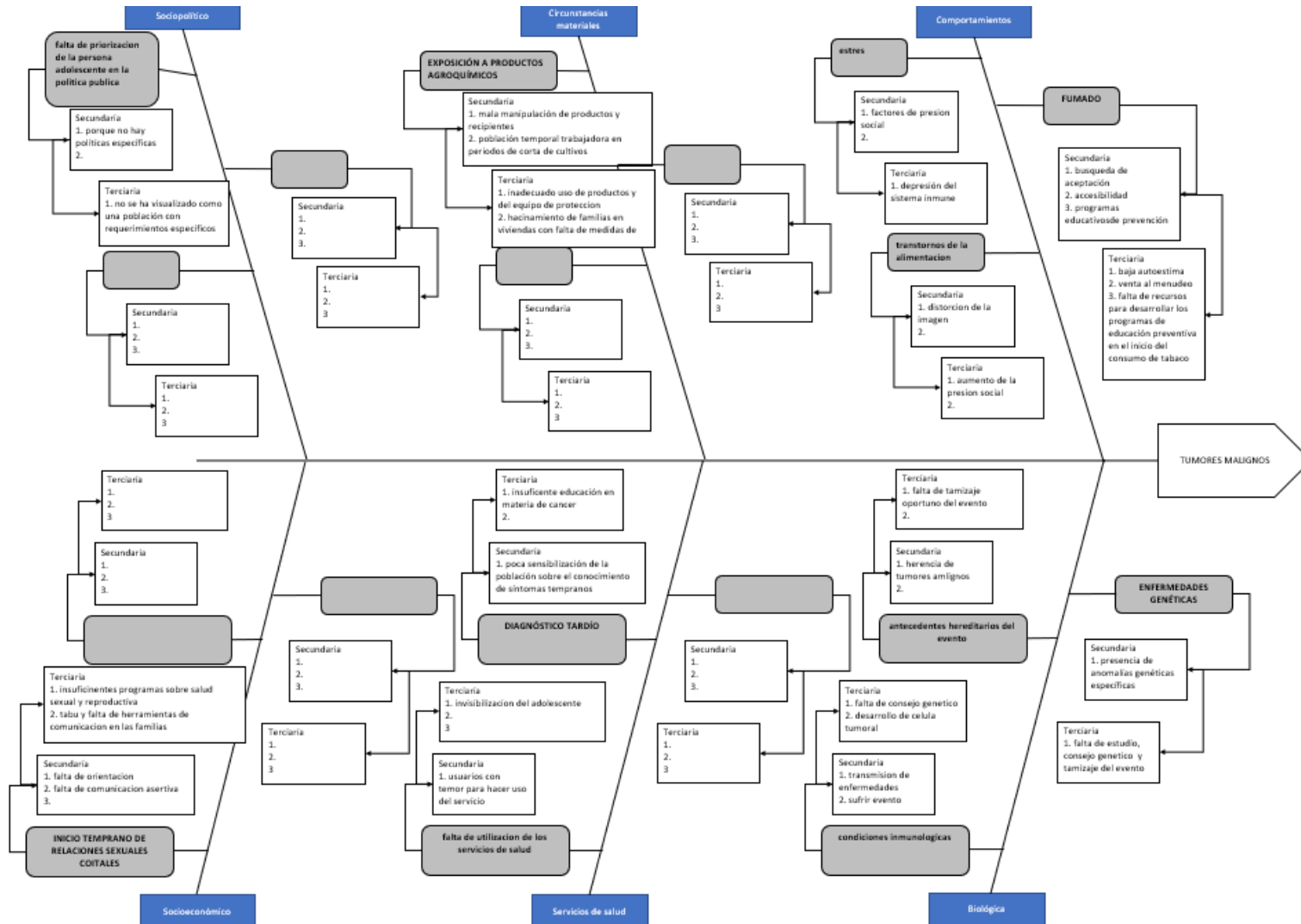
Anexo 1. Diagrama de Ishikawa para Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer.



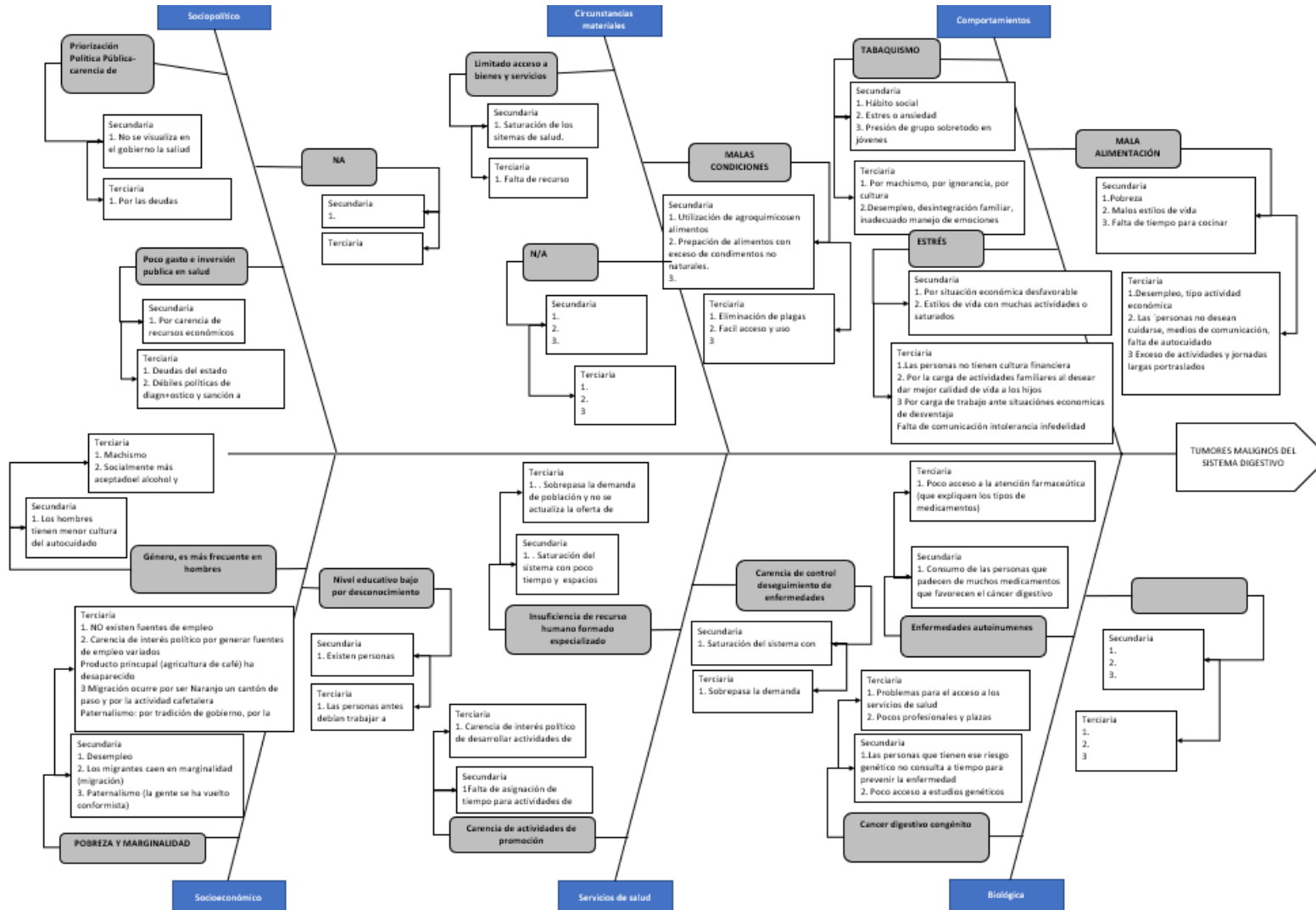
Anexo 2. Diagrama de Ishikawa para Tumores del sistema hematopoyético.



Anexo 3. Diagrama de Ishikawa para Tumores malignos.

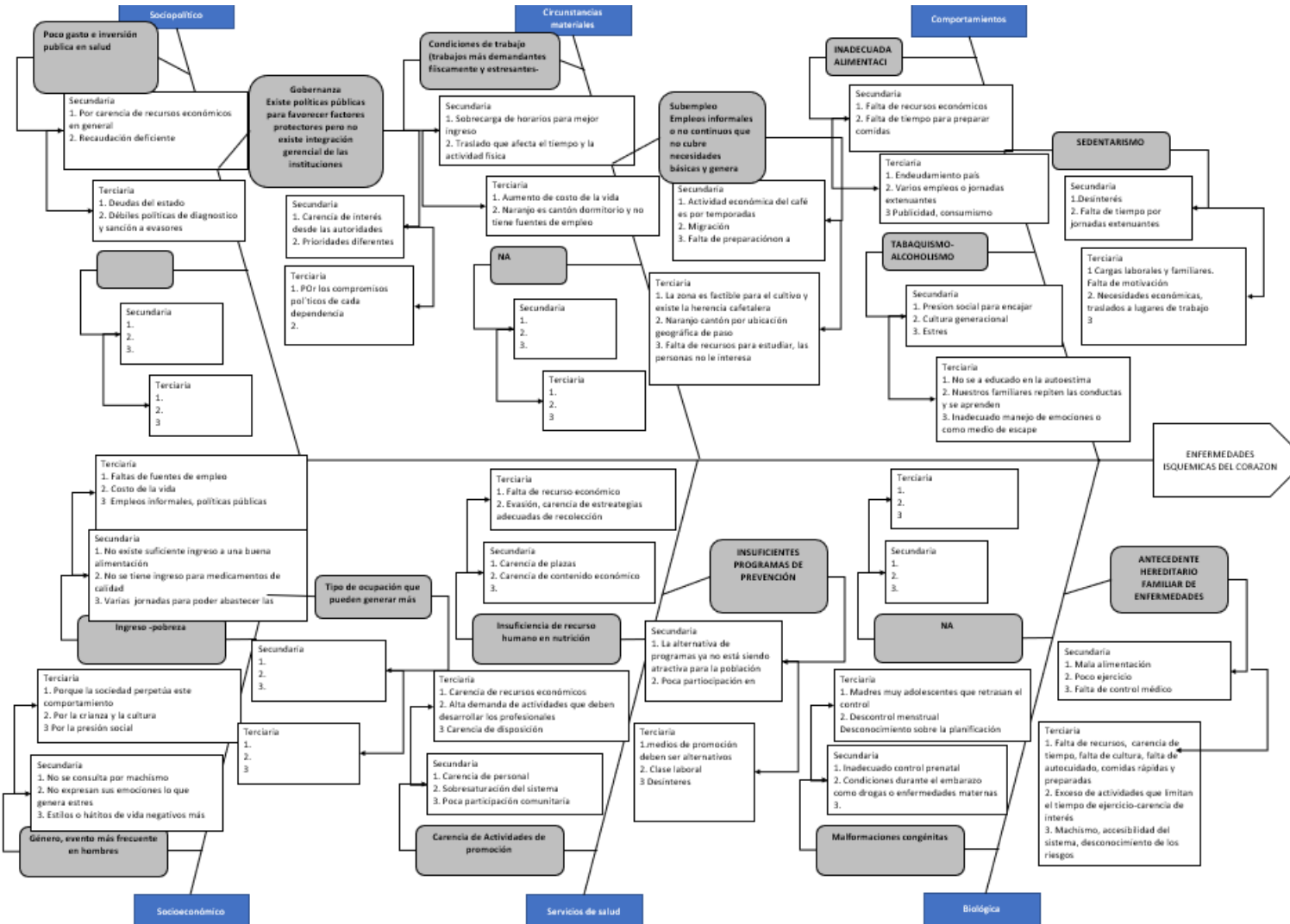


Anexo 4. Diagrama de Ishikawa para Tumores malignos de órganos digestivos.

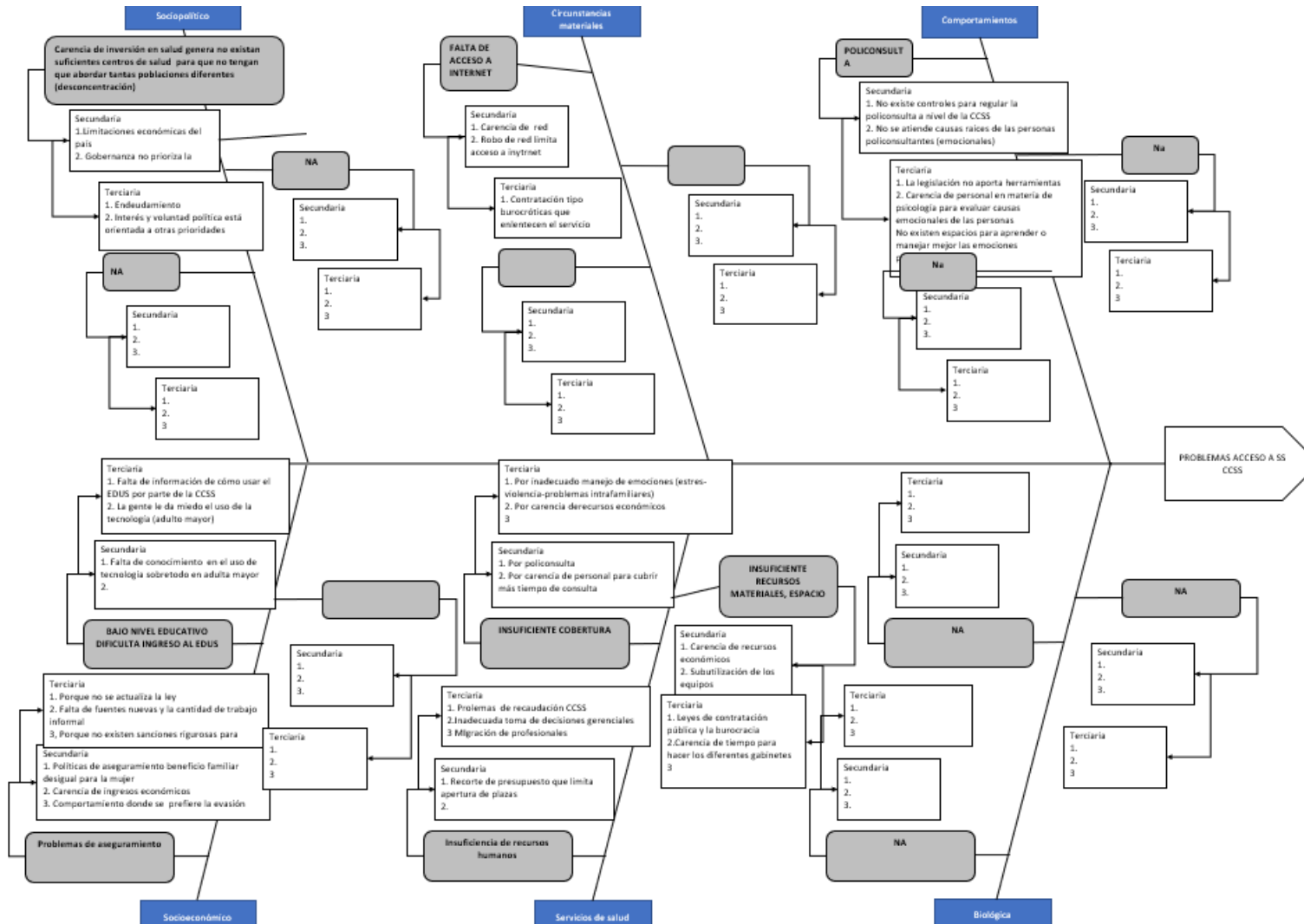




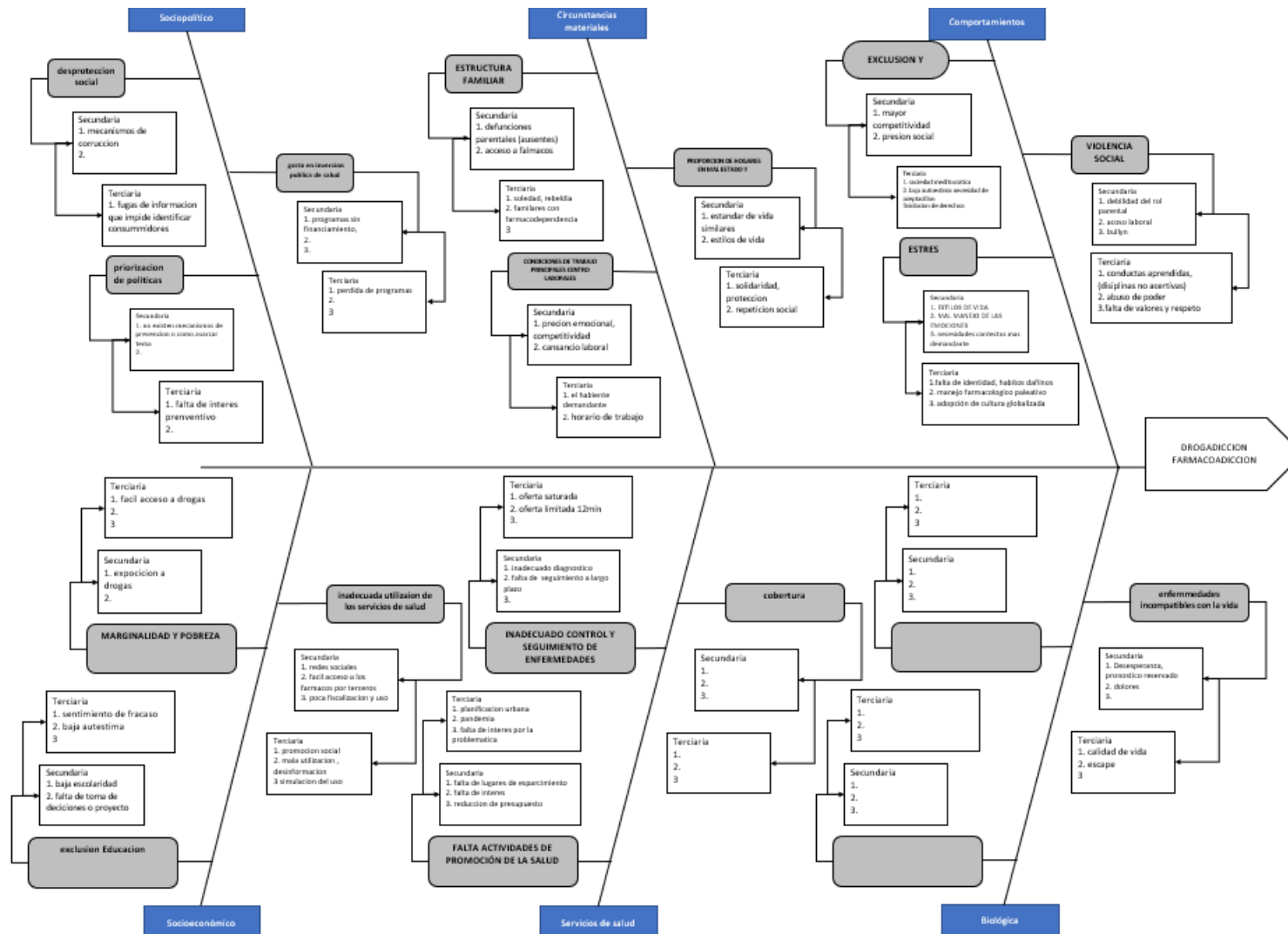
Anexo 5. Diagrama de Ishikawa para Enfermedad isquémica del corazón.



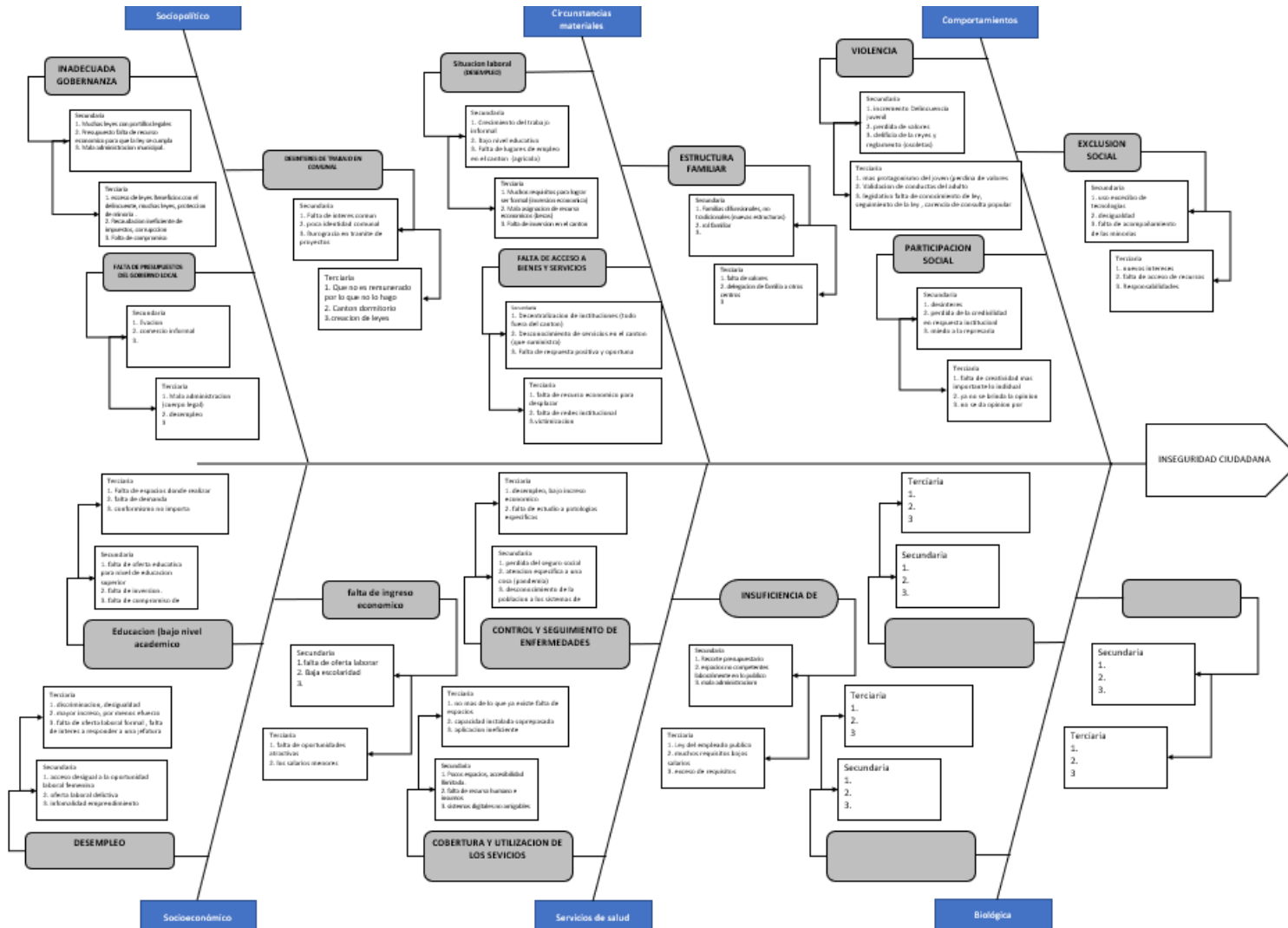
Anexo 6. Diagrama de Ishikawa para Problema de acceso a los servicios de salud.



# Anexo 7. Diagrama de Ishikawa para Drogadicción.



Anexo 8. Diagrama de Ishikawa para Inseguridad ciudadana.



Anexo 9. Diagrama de Ishikawa para Accidentes de tránsito.

