



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

Área Rectora de Salud Abangares

Análisis de Situación Integral de Salud

Noviembre 2023

Documento técnico elaborado por Equipo ARS Abangares

Dra. Dalia Moriel Rojas Cabezas

Dra. Ariana Fernández Sandoval

Dra. Kattia Morales Martínez

Lcda. Karen Marcela Flores Jiménez

Dr. Ricardo Díaz Cajina

Ing. Hammryns Vargas Viales

Ing. Luis Enrique Araya Alomar

Dirección de Área Rectora de Salud Abangares

ars.abangares@misalud.go.cr

4003-7937

Costado sur del parque central, Las Juntas de Abangares, Guanacaste

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIONES OPERACIONALES	2
CAPITULO I	4
Caracterización histórica, física y geográfica.	4
Capitulo II	11
Selección de los indicadores	11
Indicadores Sociales	11
Indicadores Demográficos	13
Indicadores Económicos	14
Indicadores Servicios	15
Otros Indicadores.....	16
CAPITULO III	21
Caracterización del entorno	21
Descripción de las características geográficas	21
Descripción de las características demográficas	21
Total de población por distritos y zona, Abangares, Año 2021	22
Descripción de las características socioeconómicas	22
Organización política local (actores)	22
• Perfil cultural: creencias religiosas, idiomas, expresiones artísticas, conocimientos culinarios, juegos y recreación.....	24
Organización socioeconómica:.....	24
Descripción de las características de presencia de riesgos.....	25
Incidentes presentados en el cantón, 2020-2021	26
CAPITULO IV	28

Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas.....	28
Menores de 1 año: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (P07).....	28
Líneas de acción para el abordaje de trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (P07).....	31
De 1 a 9 años: Leucemia mieloide (C92).....	32
Líneas de acción para el abordaje de Leucemia Mieloide.....	36
De 10 a 19 años: Motociclistas lesionados en otros accidentes de tránsito (V29).....	36
Líneas de acción para el abordaje de Motociclistas lesionados en otros accidentes de tránsito.....	38
De 20 a 64 años: Accidentes de vehículo de motor o sin motor (V89).....	41
Líneas de acción para el abordaje de Accidentes de vehículo de motor o sin motor (V89).....	49
Mayores de 65 años: Otras enfermedades obstructivas crónicas (J44).....	52
Líneas de acción para el abordaje de Otras enfermedades obstructivas crónicas (J44).....	54
Problema general: Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón (I25).....	56
Líneas de acción para abordaje de Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón (I25).....	59
PROBLEMAS PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD.....	60
Falta de Disponibilidad de Agua Potable.....	60
Líneas de acción para el abordaje de Disponibilidad de agua potable.....	62
Drogadicción.....	65
Líneas de acción para el abordaje de Drogadicción.....	74
Contaminación del agua.....	75
Líneas de acción para el abordaje de Contaminación del agua.....	79

CAPITULO V.....	82
ASIS SALUD MENTAL ABANGARES	82
CONCLUSIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	107
ANEXOS	111

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como propósito la elaboración del Análisis Situacional de Salud (ASIS) del Área Rectora de Salud de Abangares, que es un proceso de recolección y análisis de información para caracterizar el perfil de salud del cantón, donde en conjunto con los actores sociales se van a identificar, caracterizar y seleccionar los problemas de salud prioritarios del área y se van a plantear propuestas de soluciones o alternativas de cambio.

Pretende constituirse en una herramienta de apoyo a la gestión de los servicios de salud local y actores sociales del cantón, tendientes a mejorar la calidad de vida de la población.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Salud

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

Análisis de situación de salud

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

Ciclo de vida

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

Determinantes de la salud

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

Determinantes estructurales

Mecanismos de la estratificación social que asigna a los actores individuales posiciones sociales diferentes con implicaciones en el acceso a servicios sociales, la salud, la educación, las políticas de empleo, financieras, los sistemas legales, normas culturales, de género y los arreglos institucionales. Son los modos con los cuales se implementa y se mantiene la distribución desigual de poder, riqueza y riesgos de salud. 7

Determinantes intermedios

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

Escenario de salud

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

Escenario de riesgo

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

Factores protectores

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

Factores de riesgo

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

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

CAPITULO I

Caracterización histórica, física y geográfica.

Aspectos Históricos.

En la época precolombina el territorio que actualmente corresponde al cantón de Abangares, estuvo habitado por indígenas del llamado grupo de los corobicíes, que en los inicios de la conquista fue dominio del cacique Avancari.

Don Gil González Dávila en 1522 llegó al asiento de este cacique, ubicado en donde hoy se encuentra Abangaritos. En 1554 los indios de los caciques Avancari y Chomes se presentaron ante el corregidor de Nicoya Don Pedro Ordoñez, con muestras de paz y obediencia al rey de España.

La historia del Cantón de Abangares, está muy relacionada con el auge minero en la explotación del oro. En 1885 don Juan Vicente Acosta Chávez oriundo de San Ramón tomó posesión de la mina de oro que había descubierto el año anterior, la cual la denominó Tres Hermanos e inició sus operaciones en 1887. Dos años después fue adquirida por una compañía inglesa. La influencia de extranjeros se hizo sentir profundamente en el hoy cantón de Abangares como consecuencia del descubrimiento de las minas de oro. Las condiciones de trabajo impuestas en la explotación minera fueron muy duras, originando una alta mortalidad por enfermedades y situaciones de seguridad inadecuadas, que en 1912 provocaron la primera huelga obrera en el país.

Respondiendo a las necesidades de una población con muy rápido crecimiento los vecinos gestionaron la apertura de una escuela la cual se instaló en 1888 en el terreno que hoy ocupa el Gimnasio Municipal. En el Distrito de La Sierra también se abrió una escuela, que al principio fue financiada por la Compañía Minera y posteriormente por el Gobierno.

En el poblado de las Juntas, hubo un cementerio, donde está ubicada la Escuela Central y abarcaba otros terrenos aledaños, y posteriormente se trasladó dónde está actualmente ya que se hacía necesario ampliar la llamada Calle del Comercio, esto aconteció en 1910. En el aspecto religioso debemos señalar, que siendo muchas familias del Valle Central y dadas sus creencias, pronto los llevó a construir una pequeña Ermita la cual era visitada esporádicamente por el Presbítero Luis Leipold, cura párroco de Cañas.

En el gobierno de don Alfredo González Flores, el cuatro de junio de 1915, en la Ley nº 13, se erigió como cantón número siete de la provincia de Guanacaste, con cuatro distritos. Se designó como cabecera la población de las Juntas

En La Sierra, la compañía tenía funcionando un hospital muy bien instalado, cuyo primer médico fue el Dr. Edgar Montealegre Iglesias, quien se destacó por su labor humanitaria entre los mineros, según consta en las actas municipales de 1916, también fue contratado por la Primera Municipalidad del Cantón, para que visitara a los enfermos de las Juntas, cuatro veces al mes, con un salario de 100 colones mensuales.

La Municipalidad tuvo muchas labores a su cargo, todas ellas encomiables, puesto que tenía que satisfacer una comunidad que crecía aceleradamente y que necesitaba mejoras, entre estas los primeros cuadrantes, bajo la dirección de Ricardo Pintti y la construcción de la primera cañería que fue tomada de la Finca de don Celín Meckbel, en 1916.

El alumbrado público se inauguró en 1918, con carburas grandes de farol, para su mantenimiento la municipalidad pagaba un farolero, este nuevo servicio se logró por medio de un contrato entre la Municipalidad y los señores Celín Meckbel Ayub y Hall Meckbel Carom, quien fue el primer Diputado por el cantón de Abangares. Con los años se hizo necesario construir una nueva Escuela, que se inauguró en 1931, en el lugar que ocupa actualmente la Escuela Central.

La Iglesia fue una nueva meta de los pobladores, que con sus contribuciones lograron construirla entre 1952 y 1957, año en que se inauguró.

A partir de 1938 empezó a funcionar una radioemisora en onda corta, propiedad de don Rubén Venegas, donde se daban citas a artistas locales y regionales, como don Aníbal Reni y “Los Papalanes”, famoso dúo que interpretaba música popular, así como otros jóvenes valores de la época. Fue clausurada en 1942.

En 1942 fue creada la Unidad Sanitaria. Este centro de Salud se estableció con ayuda del Servicio Cooperativo de Los Estados Unidos, posteriormente fue creado el Centro Rural de Asistencia Dr. Edgar Montealegre Iglesia que daba atención preventiva, curativa y tenía una sección internamientos: pediatría, medicina de mujeres, de hombres, sala de maternidad y servicios de urgencias las veinticuatro horas del día. Fue demolido y en 1982 se edificó la moderna estructura que hoy funge como tal.

En 1961 como una necesidad se construyó el Colegio Técnico Profesional Agropecuario de Abangares, que prestó servicios a todo el cantón. Actualmente se cambió la especialidad a Colegio Técnico Profesional (CTP) y ofrece seis carreras técnicas en su horario diurno:

- Ejecutivo para Centros de Servicios.
- Contabilidad
- Electrónica
- Turismo Rural
- Turismo Ecológico
- Informática en Soporte

Sección nocturna:

- Electrónica
- Secretariado Ejecutivo
- Informática en Software

El 1 de julio de 1965 se inauguró la primera Clínica de la CCSS, para dar atención a la población asegurada.

Ministerio de Salud como Ente Rector

El Sistema de Salud en Costa Rica se encuentra en un proceso constante de modernización y ajuste. Desde la década de los años sesenta, cuando se formuló el primer Plan Nacional de Salud y se promulgó la Ley General de Salud de 1973.

En los años ochenta ocurrieron hechos que contribuyeron a integrar el Sistema Nacional de Salud y separar las funciones dentro del sector, entre las que se pueden citar la decisión de traspasar los servicios hospitalarios del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), la promulgación de un decreto para la sectorización en 1983 y la formulación del Reglamento del Sistema Nacional de Salud en la década de los años noventa se fortaleció el marco legal para la rectoría Ministerial mediante la ley 7374, se transfirió la mayoría de los programas preventivos del MS a la CCSS y se inició la reforma del Sector Salud.

El 26 de julio de 1996 se da en Abangares la reestructuración de los Servicios de Salud tal como lo plantea el decreto. El Área de Salud de Abangares CCSS toma la atención Integral a las personas con la creación de los cinco EBAIS: Este, Oeste, Semiurbano, San Rafael y Colorado y el Ministerio de Salud asume la Rectoría de la Producción Social de la Salud.

Contexto Físico natural

El cantón de Abangares es el séptimo de la provincia de Guanacaste, situado a 10° a 16° latitud noroeste y 85° latitud oeste. Fue creado mediante decreto número 13, el 4 de junio de 1915

Límites:

Este: San Ramón y Puntarenas

Norte: Tilarán

Sur: Puntarenas

Noroeste: Cañas

Suroeste: Golfo de Nicoya.

Su extensión territorial es de 675.76 Km², presenta una temperatura promedio que van de 25° C a 30,8 ° C, una humedad relativa de 77,5%, vientos de 9,1 Km / hora y una precipitación de 1857,1 mm.

División Administrativa:

El cantón de Abangares está dividida políticamente en cuatro distritos: Distrito Primero Las Juntas, tiene un área geográfica de 229,35 Km².

Distrito Segundo La Sierra con un área geográfica de 141,47 Km².

Distrito Tercero San Juan con un área geográfica de 109,17 Km².

Distrito Cuarto Colorado con un área geográfica de 195.77 Km².

Topografía del cantón

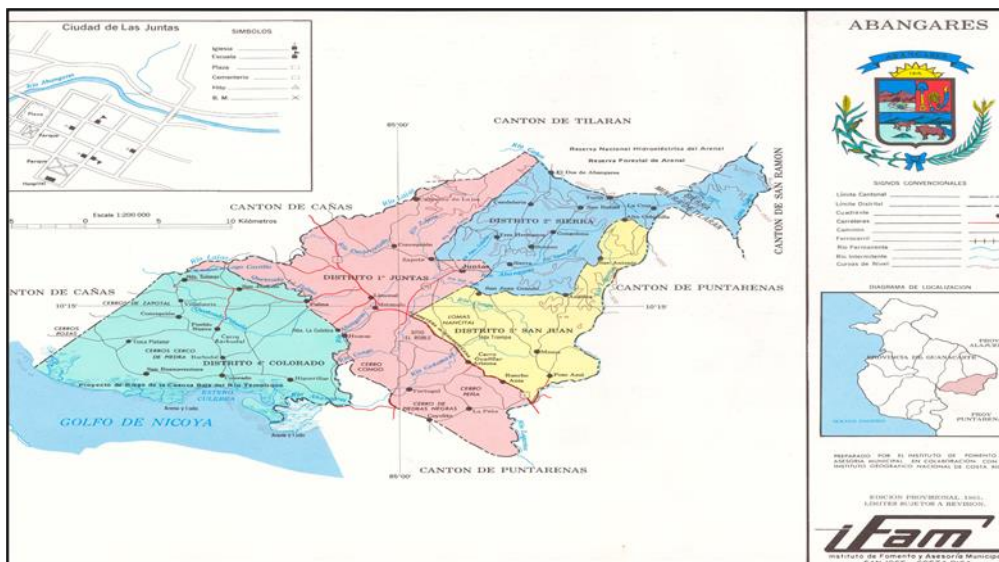
Abangares presenta tres zonas geográficas bien definidas:

Zona alta: Comprendida entre los 1.000 y 1.600 metros sobre el nivel del mar con clima fresco y frío que en algunas épocas del año alcanzan una temperatura de 13° centígrados.

Zona media: Comprendida entre los 500 y 1.000 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 22° centígrados.

Zona baja: Comprendida entre los 0 y 500 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura promedio de 30° centígrados.

Figura N°1



Actividad Minera

Es importante destacar que en el cantón de Abangares, la actividad minera es una fuente de contaminación ambiental. Desde finales del Siglo XIX esta actividad se ha constituido en una de las principales actividades económicas del cantón.

El descubrimiento de las minas de oro en Abangares se debe a Juan Vicente Acosta Chaves, pero es Juan Alvarado Acosta (primo) que mediante escrito del 24 de noviembre de 1884 denuncia ante el Juez de Hacienda una mina de oro ubicada en la

jurisdicción de Cañas. Pocos días después, el primero cedió sus derechos al segundo por la suma de cien pesos.

Juan Vicente Acosta siguió con el trámite y el 08 de abril de 1885, el alcalde Constitucional de Cañas, le dio posesión de la mina.

Abangares procede del cantón de Cañas, el cual fue establecido como tal mediante decreto ejecutivo N° 9 del 12 de julio de 1878. Por medio de la Ley N° 13 del 04 de junio de 1915, Abangares se erige como cantón número siete de la provincia de Guanacaste, conformado por cuatro distritos y se designó como cabecera la población de Las Juntas.

Como se podrá notar, el cantón de Abangares surge de la actividad minera de oro la cual es parte de la cultura del cantón, en donde por razones de falta de fuentes de empleo las personas se dedican a la actividad, generando toda una industria de proceso (rastras) que ha ido en crecimiento muy difícil de determinar y las cifras han aumentado, hasta llegar al menos a las 200 rastras según censo de rastra aportado por la Dirección de Geología y Minas mediante oficio DGM/SD-095-2012 de fecha 25 de junio del 2012.

La cantidad de “coligalleros” o personas que se dedican a la extracción del oro ha sido muy incierta y los datos fluctúan según la fuente; **“cifras preliminares de la Municipalidad local revelan que hay entre 250 y 300 “coligalleros”, o trabajadores artesanales del oro...” (La Nación, 2008)**

De igual manera, otra fuente indica: **“Unas 700 familias del cantón dependen de este oficio, heredado desde hace 130 años y que desde el año 2000 realizan por su cuenta...” (La Nación, 2010)**

La Nación 2015 indica: **“(...) se calcula que hay de 750 a 800 coligalleros.”**

En el memorando DGM/CMRPC-03/2010 se indica en sus conclusiones: **“Actualmente hay unos 700 oreros la cifra se incrementó el año pasado a falta de fuentes de empleos en la localidad...”**

Con respecto a los subproductos del proceso de beneficiamiento del mineral aurífero en las rastras, según el memorando DGM/CMRPC-03/2010 **“Se continúa con el censo de rastras encontrando que a la fecha hay 108 rastras censadas, que generan al menos 100 t / mes y 1200 toneladas de lamas por año contaminadas con mercurio.”**

El memorando indica que **“...se analizaron 30 muestras de sedimentos fluviales para detectar metales pesados...De estas muestras 18 resultaron con mercurio. La presencia de mercurio se detectó en los sedimentos de los ríos Abangares, Santa Lucía, Aguacaliente y en las quebradas Gongolona, El Colegio y Montoya...De diez muestras de sedimentos fluviales del río Abangares, siete resultaron con mercurio...”**

Este importante memorando realizado por la Geóloga Sirzabel Ruiz Barrantes de fecha 08 de enero del 2010, es muy revelador en dar información aproximada de donde no ha existido, generando una idea de la situación de la contaminación ambiental y a la salud humana. Dicho informe se construye con base a análisis químicos de los cuales incluye un muestreo de sangre en algunos oreros artesanales: ***“Se analizó la sangre de 60 pacientes para detectar la presencia de mercurio, siete (7) pacientes sobrepasaron el límite de detección de 0.3 ug/dL.”***

Con respecto a la cantidad de mercurio utilizado en el proceso de beneficiamiento del mineral en las rastras, el memorando DGM/CMRPC-03/2010 de enero del 2010 indica que cada rastra utiliza 54 kilogramos de mercurio por mes, para 54 rastras censadas, pero se desconoce la cantidad real existentes.

“El Colegio de Geólogos dice que en Abangares se usan 150 kilogramos de mercurio al mes” esta referencia es tomada de La Nación del 21 de noviembre del 2010 en la página 6A, que es una cifra mucho más modesta que la manifestada en el memorando DGM/CMRPC-03/2010.

El tema ha trascendido de lo local a lo nacional, a pesar de ser un hecho muy particular del cantón de Abangares, de tal manera, que mediante la Ley N° 8904 publicada en La Gaceta N° 29 del 10 de febrero del 2011, se hace una reforma del segundo párrafo y adición de varios párrafos al artículo 8°; adición 8 bis; adición del inciso f) al artículo 65, y reforma del inciso k) del artículo 103 del Código de Minería, Ley N° 6797, de 4 de octubre de 1982, y sus reformas.

Con esta ley se declara a Costa Rica país libre de minería metálica a cielo abierto y abre una oportunidad para que estos grupos de oreros artesanales debidamente organizados en cooperativas tengan acceso a la exploración y concesiones mineras a pequeña escala para subsistencia familiar, artesanal y coligallera, según reza la ley 8904.

Le ley viene a definir a la minería de pequeña escala como ***“Se entiende como minería de pequeña escala para subsistencia familiar la extracción subterránea que se realiza mediante trabajo colectivo manual y mecanizado, donde el volumen a extraer lo establece la Dirección de Geologías y Minas de acuerdo con los estudios técnicos-geológicos presentado en la solicitud de la concesión, tomando en cuenta la utilización de técnicas modernas de explotación para maximizar la extracción metálica y la protección del ambiente, consecuentemente con el desarrollo sostenible...”***

Como respuesta al transitorio VI de la Ley 8904, se prepara un reglamento por parte de la Dirección de Geologías y Minas con las disposiciones generales que deben cumplir los grupos de oreros organizados en cooperativas y se emite el Decreto Ejecutivo N° 37225-MINAE publicado en el Alcance N° 115 del 21 de agosto del 2012, decreto **“Reglamento de la actividad de la minería artesanal y en pequeña escala para subsistencia familiar por parte de cooperativas mineras”**.

El decreto ejecutivo establece en su disposición transitoria lo siguiente:

“Transitorio I.- Todas las personas físicas que se encuentren realizando labores de minería en pequeña escala y artesanal y operando rastras a la fecha de la publicación del presente reglamento, contarán con un año de plazo para agremiarse en cooperativas, y cumplir con las disposiciones de este reglamento.”

Con respecto a la normativa aplicable al uso del mercurio y cianuro en la actividad minera de Abangares, mediante oficio DRS-UN-660-12 de fecha 17 de julio del 2012 por parte de la Unidad de Normalización de la Dirección de Regulación del Ministerio de Salud, enlista los decretos, reglamentos y leyes aplicables a la actividad minera de Abangares en lo referente al uso de las sustancias químicas del proceso de beneficiamiento del mineral.

Se tiene expectativa de regular la actividad minera artesanal en Abangares con normativa, buscando generar riqueza a lo interno del cantón y un desarrollo turístico como distrito joyero aún no desarrollado, pero que requiere que la actividad minera artesanal de subsistencia familiar se ordene para lograr esta visión de cantón, disminuyendo el impacto negativo al ambiente y a la salud humana.

Cuencas y Áreas protegidas del cantón de Abangares

El Cantón de Abangares es drenado principalmente por las cuencas de los ríos Abangares, Lajas y Lagarto.

Cuenca del río Abangares

Es la cuenca más importante del cantón de Abangares, originada en la confluencia del río Aguas Claras, Gongolona y Boston, que presentan un rumbo noreste y sureste, al que se les unen luego los ríos Agua Caliente, Santa Lucía, San Juan, Congo y Cañamazo, desembocando en el Golfo de Nicoya.

El río Aguas Claras es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano, del que se toma el agua para el acueducto de Las Juntas, que alimenta a una población de aproximadamente 7.000 habitantes.

En 1950 este río daba 100 litros de agua por segundo y en la actualidad según estudios realizados por la UCR da 25 litros por segundo, disminuyendo su caudal en un 75%.

Capítulo II

Selección de los indicadores

Cuadro 1

Indicadores Sociales															
Indicador	Resultados														
Tasa de alfabetización	La tasa de alfabetización de Abangares es de un 95,5 Fuente: Censo 2011														
índice de desarrollo humano (IDH)	Para Abangares en el año 2019 es de 0,969(Atlas de DHC 2021, UCR, EEs, Sinirube, PNUD)														
índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	Para Abangares en el año 2019 es de 0,790, con esta cifra se ubica en la posición 50 respecto a los 82 cantones del país y en la categoría ALTO.														
índice de desarrollo social (IDS)	<p>Abangares tiene un índice de Desarrollo Social Cantonal de 44,65, el cual lo ubicó en la posición 52 del total de cantones del país y en el sexto lugar en la provincia de Guanacaste.</p> <p>Índice de Desarrollo Social Cantonal, según División Territorial Administrativa, 2017</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cantón</th> <th>IDS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liberia</td> <td>43,37</td> </tr> <tr> <td>Nicoya</td> <td>42,46</td> </tr> <tr> <td>Santa Cruz</td> <td>61,11</td> </tr> <tr> <td>Bagaces</td> <td>48,81</td> </tr> <tr> <td>Carrillo</td> <td>67,65</td> </tr> <tr> <td>Cañas</td> <td>20,10</td> </tr> </tbody> </table>	Cantón	IDS	Liberia	43,37	Nicoya	42,46	Santa Cruz	61,11	Bagaces	48,81	Carrillo	67,65	Cañas	20,10
Cantón	IDS														
Liberia	43,37														
Nicoya	42,46														
Santa Cruz	61,11														
Bagaces	48,81														
Carrillo	67,65														
Cañas	20,10														

		Abangares Tilarán Nandayure La Cruz Hojancha	44,65 53,29 42,21 30,41 60,65																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Distrito</th> <th>Valor</th> <th>Posición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sierra</td> <td>51,38</td> <td>370</td> </tr> <tr> <td>Juntas</td> <td>56,40</td> <td>310</td> </tr> <tr> <td>San Juan</td> <td>57,91</td> <td>297</td> </tr> <tr> <td>Colorado</td> <td>62,73</td> <td>245</td> </tr> </tbody> </table>	Distrito	Valor	Posición	Sierra	51,38	370	Juntas	56,40	310	San Juan	57,91	297	Colorado	62,73	245			
Distrito	Valor	Posición																	
Sierra	51,38	370																	
Juntas	56,40	310																	
San Juan	57,91	297																	
Colorado	62,73	245																	
	Fuente: MIDEPLAN 2017																		
	Índice de Desarrollo Social Distrital Según Nivel de Desarrollo, Abangares, 2017.																		
	Fuente: MIDEPLAN 2017																		
	Respecto al IDS distrital tenemos que los distritos de la Sierra, Juntas y San Juan se encuentran en un nivel bajo de desarrollo y solamente el distrito de Colorado se posiciona en un nivel medio de desarrollo (tomando en cuenta que su valor se ubica en el rango entre 62,02-76,87) y en una posición más alta a nivel nacional, en relación con los otros tres distritos del cantón de Abangares.																		
Proporción de viviendas individuales ocupadas según categoría o subcategorías	El total de viviendas ocupadas en el cantón de Abangares es de 5311 67,1% Viviendas propias totalmente pagada. 6,5% Vivienda propia pagando a plazos. 11,9% viviendas alquiladas. 1,0% Viviendas en precarios. 0,5% otro tipo de tenencia. Fuente: Censo 2011																		

Cuadro 2

Indicadores Demográficos																																																					
Indicador	Resultados																																																				
Población	El cantón de Abangares cuenta según la proyección poblacional para el año 2022 un total de 20.282 habitantes (INEC-proyección poblacional 2022)																																																				
Composición poblacional por grupos de edad y sexo	<p>En Abangares la composición poblacional según sexo y edad es la siguiente:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Grupo de edad</th> <th style="text-align: center;">Mujeres 49,7%</th> <th style="text-align: center;">Hombres 50,3%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">0 - 4</td><td style="text-align: center;">3,50%</td><td style="text-align: center;">3,80%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5 - 9</td><td style="text-align: center;">3,50%</td><td style="text-align: center;">4%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10 - 14</td><td style="text-align: center;">3,70%</td><td style="text-align: center;">3,90%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">15 - 19</td><td style="text-align: center;">3,70%</td><td style="text-align: center;">3,90%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20 - 24</td><td style="text-align: center;">4%</td><td style="text-align: center;">4%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25 - 29</td><td style="text-align: center;">5%</td><td style="text-align: center;">4,30%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30 - 34</td><td style="text-align: center;">4,20%</td><td style="text-align: center;">4,10%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35 - 39</td><td style="text-align: center;">4%</td><td style="text-align: center;">3,80%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40 - 44</td><td style="text-align: center;">3,20%</td><td style="text-align: center;">3,20%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">45 - 49</td><td style="text-align: center;">2,80%</td><td style="text-align: center;">2,80%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50 - 54</td><td style="text-align: center;">2,80%</td><td style="text-align: center;">2,60%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">55 - 59</td><td style="text-align: center;">2,50%</td><td style="text-align: center;">2,60%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60 - 64</td><td style="text-align: center;">2,10%</td><td style="text-align: center;">2,30%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">65 - 69</td><td style="text-align: center;">1,60%</td><td style="text-align: center;">1,70%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70 - 74</td><td style="text-align: center;">1,20%</td><td style="text-align: center;">1,30%</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">75 y más</td><td style="text-align: center;">1,90%</td><td style="text-align: center;">2%</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Fuente: Proyección poblacional 2022 INEC</p>		Grupo de edad	Mujeres 49,7%	Hombres 50,3%	0 - 4	3,50%	3,80%	5 - 9	3,50%	4%	10 - 14	3,70%	3,90%	15 - 19	3,70%	3,90%	20 - 24	4%	4%	25 - 29	5%	4,30%	30 - 34	4,20%	4,10%	35 - 39	4%	3,80%	40 - 44	3,20%	3,20%	45 - 49	2,80%	2,80%	50 - 54	2,80%	2,60%	55 - 59	2,50%	2,60%	60 - 64	2,10%	2,30%	65 - 69	1,60%	1,70%	70 - 74	1,20%	1,30%	75 y más	1,90%	2%
Grupo de edad	Mujeres 49,7%	Hombres 50,3%																																																			
0 - 4	3,50%	3,80%																																																			
5 - 9	3,50%	4%																																																			
10 - 14	3,70%	3,90%																																																			
15 - 19	3,70%	3,90%																																																			
20 - 24	4%	4%																																																			
25 - 29	5%	4,30%																																																			
30 - 34	4,20%	4,10%																																																			
35 - 39	4%	3,80%																																																			
40 - 44	3,20%	3,20%																																																			
45 - 49	2,80%	2,80%																																																			
50 - 54	2,80%	2,60%																																																			
55 - 59	2,50%	2,60%																																																			
60 - 64	2,10%	2,30%																																																			
65 - 69	1,60%	1,70%																																																			
70 - 74	1,20%	1,30%																																																			
75 y más	1,90%	2%																																																			
Razón Mujer- Hombre	En Abangares existen 98,5 mujeres por cada 100 hombres Fuente: Proyección poblacional 2022 INEC																																																				
Razón de dependencia demográfica	En Abangares hay 48.1 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas. Fuente: Proyección poblacional 2022 INEC																																																				
Razón de envejecimiento	En Abangares Existen 43,1 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15 años. Fuente: Proyección poblacional 2022 INEC																																																				
Proporción de la población urbana	30.4% de la población abangareña reside en zona urbana Fuente: INEC																																																				

Proporción de personas por curso de vida	Proporción curso de vida Abangares: 1-9: 15,1%; 10-19: 15,2%; 20-64: 59,9% ;65 y más: 9,8% Fuente: Proyección poblacional 2022 INEC
Tasa de fecundidad total	1,76 por mujer, tasa nacional (INEC-2013).
Total de nacimientos	243 nacimientos durante el 2021 (INEC-2021).
Tasa de natalidad	En Abangares para el 2021 se dieron 12,1 nacimiento por cada 1000 habitantes (INEC-2021).
Tasa de crecimiento natural de la población	En el cantón la tasa de crecimiento natural de la población es de 0.5 (INEC-2021).
Tasa global de fecundidad	1,76 por mujer (INEC-2013).
Esperanza de vida al nacer	80,9 años, es la esperanza de vida al nacer en Costa Rica (INEC-2022).
Tasa cruda de mortalidad	En 2021, en Abangares se produjeron 7 muertes por cada 1000 habitantes.
Densidad de población	31,4 personas por Km ² en el cantón de Abangares (INEC-2022).

Cuadro 3

Indicadores Económicos	
Indicador	Resultados
Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema	CR: 16,7% de hogares se encontraba en pobreza NO extrema
Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema	CR: 6,3% de hogares se encontraba en pobreza extrema
Población económicamente activa (PEA)	6279 personas conforman la fuerza de trabajo o población económicamente activa en Abangares
Tasa de ocupación	En Abangares la tasa de ocupación es de 33,7%
Tasa de desempleo abierto	En Abangares 13 personas de cada 100 en la fuerza de trabajo de 15 años y más se encontraban desempleadas para el I Trimestre del 2022

Cuadro 4

Indicadores Servicios	
Indicador	Resultados
Proporción de la población que usa fuentes de agua mejoradas	En Abangares un 93,5% de la población utiliza fuentes de aguas mejoradas. Fuente: Censo 2011, INEC
Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento	En Abangares el 98,1% utiliza instalaciones de mejoradas de saneamiento. Fuente: Censo 2011, INEC
Proporción de la población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo	207 embarazadas en el cantón recibieron al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo. Un 98,5% de la población de nacidos vivos en Abangares, para el año 2021 Fuente: ASA y ASC
Proporción de partos atendidos por personal capacitado	En el año 2021 se atendieron en el Área de Salud de Abangares un total de 11 partos. El 100% atendidos por personal capacitado Fuente: ASA y ASC
Razón de médicos	En el cantón hay un total de 14 médicos, lo que representa una razón de 6,99 médicos por cada 10000 habitantes. Fuente: ASA y ASC
Razón de enfermeras profesionales	En el cantón hay un total de 4 enfermeras profesionales, lo que representa una razón de 1,9 médicos por cada 10000 habitantes. Fuente: ASA y ASC
Razón de odontólogos	En el cantón hay un total de 6 odontólogos, lo que representa una razón de 2,9 médicos por cada 10000 habitantes. Fuente: ASA y ASC
Razón de atenciones ambulatorias	Para el 2021 se registraron 3353 atenciones ambulatorias por cada 1000 habitantes. Fuente: ASA y ASC
Número de establecimientos de atención ambulatoria	En el cantón de Abangares hay 2 establecimientos de atención ambulatoria del primer nivel.

Cuadro 5

Otros Indicadores	
Indicador	Resultados
<p>Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más</p>	<p>El 27,8% de la población de 5 años y más asiste a la educación regular en Abangares. Fuente: Censo 2011, INEC</p>
<p>Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal *(Para población de 6-12 años del censo escolar 2016)</p>	<p>En el cantón de Abangares el IMC en población de 6-12 años es el siguiente</p> <p>Estado Nutricional Por IMC Desnutrición severa 0,3% Desnutrición 2,3% Normal 67,8% Sobrepeso16,9% Obesidad13,2%</p> <p>Talla/ edad Baja talla severa 0,5% Baja talla 2,3% Normal94,9% Alto2,0% Muy alto 0,3%</p> <p>Fuente: Censo escolar, 2016</p>

Cobertura de vacunas en menores de un año por tipo de vacuna	GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN META	TIPO DE VACUNA	N°	% COBERTURA
	<i>Menores 1 año</i> Nacimientos esperados	256	<i>BCG</i>	171	66.7
			<i>PENTA1</i>	238	92.9
			<i>PENTA3</i>	279	108.9
			<i>VHB1</i>	175	68.3
			<i>VHB3</i>	265	103.5
			<i>Neumo1</i>	234	91.4
			<i>Neumo2</i>	249	97.2
			<i>Rotavirus 1</i>	233	91
			<i>Rotavirus 2</i>	246	96
	<i>15 meses</i>	254	<i>SRP1</i>	247	97.2
			<i>Varicela</i>	253	99.6
	<i>7 años</i>	257	<i>SRP2</i>	259	100.7
	<i>4 años</i>	277	<i>Tetravalente</i>	263	94.9
<i>10 años</i>	295	<i>Ref. DT</i>	265	89.8	
	152	<i>VPH1</i>	99	65.1	
		<i>VPH2</i>	24	15.7	
Fuente: Promoción de la Salud (DARSA).					
Distribución relativa de los eventos de notificación obligatoria	DISTRIBUCION RELATIVA DE LOS ENVENTOS VE01, ABANGARES 2021				
	EVENTOS VE01			%	
	ACCIDENTES DE TRANSITO			28	
	ACCIDENTE LABORAL			25	
	HTA			9,5	
	EMBARAZO DE ALTO RIESGO			7,5	
	VIF			5	
	DEPRESION			4,2	
	ERC			4	
	DM			3,8	
	DENGUE			3	
	TRANST. MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS			2,6	
	QUEMADURAS			1,3	
	OBESIDAD			1,1	
	INTENTO DE SUICIDIO			1	
ITS			1		

VARICELA	0,9
DESNUTRICIÓN	0,9
LEPTOSPIROSIS	0,3
INTOXICACIONES ALIMENTARIAS	0,2
DEMENCIAS	0,1
ESQUIZOFRENIA	0,1
INFECCIONES INTESTINALES	0,1
ZIKA	0,1
OTROS TRANSTORNOS PSICOLOGICOS	0,1
PAROTIDITIS	0,1
SHIGUELOSIS	0,1
TOTAL	100
FUENTE: VIGILANCIA DE LA SALUD, DARS ABANGARES	

Tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria	TASA DE INCIDENCIA DE LOS ENVENTOS VE01, ABANGARES 2021	
	EVENTOS VE01	TA/1000 HABITANTES
	ACCIDENTES DE TRANSITO	14,7
	ACCIDENTE LABORAL	13,2
	HTA	5,1
	EMBARAZO DE ALTO RIESGO	4
	VIF	2,4
	DEPRESION	2,2
	ERC	2,1
	DM	2
	DENGUE	1,4
	TRANST. MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS	1,4
	QUEMADURAS	0,7
	OBESIDAD	0,6
	INTENTO DE SUICIDIO	0,5
	ITS	0,5
	VARICELA	0,4
	DESNUTRICIÓN	0,4
	LEPTOSPIROSIS	0,2
	INTOXICACIONES ALIMENTARIAS	0,1
DEMENCIAS	0,1	
ESQUIZOFRENIA	0,1	
INFECCIONES INTESTINALES	0,1	

	ZIKA		0,1				
	OTROS TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS		0,1				
	PAROTIDITIS		0,1				
	SHIGUELOSIS		0,1				
	TOTAL		53,3				
	FUENTE: VIGILANCIA DE LA SALUD, DARS ABANGARES						
Tasa de incidencia de las principales Neoplasias malignas	PRINCIPALES NEOPLASIAS MALIGNAS						
	HOMBRES		MUJERES				
	NEOPLASIAS	TASA/ 1000HAB	NEOPLASIAS	TASA/ 1000HAB			
	PIEL	0,3	PIEL	0,4			
	GLANDULA PROSTATICA	0,9	MAMAS	0,5			
	ESTOMAGO	0,2	TIROIDES	0,1			
	COLON	0,2	OVARIO	0,1			
	VEJIGA URINARIA	0,2	OTRAS LOCALIZACIONES	0,3			
	BRONQUIOS Y PULMON	0,1					
	RECTO	0,1					
	SIST HEMATOPOYETICO Y RETICULOENDOT.	0,1					
	TESTICULOS	0,1					
	TIROIDES	0,1					
	OTRAS LOCALIZACIONES	1,1					
	TOTAL	3,4	TOTAL	1,4			
	FUENTE: DATOS REGISTRO NACIONAL DE TUMORES, 2016						
Abangares SIDA y VIH	ABANGARES CASOS VIH Y SIDA SEGÚN AÑO Y DISTRITO 2015-2022						
		2015	2016	2017	2018	2020	2022
	507: Abangares	2	3	2	1	1	1
	50701: Las Juntas		1		1	1	
	50702: Sierra			2			
	50703: San Juan						1
	50704: Colorado	2	2				
	Total, general	2	3	2	1	1	1

ABANGARES CASOS VIH Y SIDA SEGUN EDAD Y SEXO, 2015-2022

	HOMBRE	MUJER	Total, general
05. 20 a 24 años		1	1
06. 25 a 29 años	1		1
07. 30 a 34 años	1		1
Total, general	2	1	3

FUENTE: DATOS DE REGISTRO NACIONAL DE VIH Y SIDA, 2015-2022

FUENTE: DATOS DE REGISTRO NACIONAL DE VIH Y SIDA, 2015-2022

CAPITULO III

Caracterización del entorno

Cuadro 6

Descripción de las características geográficas

Indicador	Datos de interés				
Extensión territorial	Abangares tiene una extensión territorial es de 675.76 Km2.				
Organización territorial	Provincia	Cantón	Distritos		
	Guanacaste	Abangares situado a 10° a 16° latitud noroeste y 85° latitud oeste.Su extensión territorial es de 675.76 Km2.	Distrito Primero Las Juntas , tiene un área geográfica de 229,35 Km2. Distrito Segundo La Sierra con un área geográfica de 141,47 Km2. Distrito Tercero San Juan con un área geográfica de 109,17 Km2. Distrito Cuarto Colorado con una área geográfica de 195.77 Km2		
Límites geográficos	Norte	Sur	Este	Suroeste	Noroeste
	Tilaran	Puntarenas	San Ramon y Puntarenas	Golfo de Nicoya	Cañas
Territorios indígenas	Abangares no posee territorio indígena				
Plan regulador	Abangares no cuenta con plan regulador				

Cuadro 7

Descripción de las características demográficas

Indicador	Total (N)		Sexo				Zona de residencia			
	N	%	Hombre		Mujer		Urbana		Rural	
Población Total 2022	20282									
Migrantes	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Indígenas	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Discapacitados	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Indigentes	10	0,05	8	80	2	20	8	80	2	20
Por ciclo de vida	20282		10216	50,4	####	49,6	SD	SD	SD	SD
0 a 9 años	3066		1572	51,2	1494	48,8	SD	SD	SD	SD
10 a 19 años	3086		1589	51,5	1497	48,5	SD	SD	SD	SD
20 a 64 años	12147		6038	49,7	6109	50,3	SD	SD	SD	SD
65 y más	1983		1017	51,3	968	48,7	SD	SD	SD	SD

Esperanza de vida al nacer	80,6	78,1	83,2	SD	SD	SD	SD
Tasa de natalidad	12,1						
Tasa de mortalidad	7						
Tasa de fecundidad	1,76						

Cuadro 8

Total de población por distritos y zona, Abangares, Año 2021

Sexo			
Cantón y Distrito	Total	Mujeres	Hombres
Abangares	20154	10168	9986
Las Juntas	10379	5244	5135
Sierra	2805	1408	1397
San Juan	1842	931	911
Colorado	5128	2585	2543

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

Descripción de las características socioeconómicas

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

Organización política local (actores)

• Autoridades locales

a-**Municipalidad de Abangares** integrada por un alcalde y su concejo respectivo, conformado por regidores y síndicos, que gobierna y administra los intereses y servicios de los ciudadanos de los distritos de Las Juntas, San Juan y Sierra.

b-**Consejo Municipal de Distrito de Colorado**, cuya administración es exclusiva para el distrito que le da su nombre; Colorado.

De esta manera los 4 distritos del cantón cuentan con un gobierno local.

Organizaciones públicas

CCSS, Ministerio de Salud, Fuerza Pública, MEP, MAG, CEN, Banco Popular, Banco Nacional, Asociaciones de Desarrollo Cantonal, ICE, Comité Cantonal de Deportes, Correos de Costa Rica, Poder Judicial, CECUDI, Bomberos, Cruz Roja

• ONG, empresa privada y fundaciones

No existen ONG ni fundaciones locales.

Respecto a empresa privada, se encuentran como mayores empleadores: Cementos progreso Costa Rica S.A.(CEMPRO), BOLPA Supermercados, Palí, Megasuper, Banco popular, Banco Nacional, COONAPROSAL, Centro Plaza Limonal (cuenta con variedad de establecimientos, como restaurantes de comida rápida, farmacia, productos de cuidado personal y belleza, otros); COOPELDOS, empresa autobusera Pulmitan de Liberia.

• Partidos políticos cantonales

P.U.A. PARTIDO UNICO ABANGAREÑO

Organización social

• Participación social comunitaria formal e informal: grupos de jóvenes, asociaciones culturales, asociaciones artísticas, sindicatos, asociaciones comunales, entre otras.

Grupo de Adultos Mayores Abangareño Feliz, Grupo de Adultos Mayores Aires del Golfo, Red de Mujeres Emprendedoras, Comités de Salud y Juntas de Salud, Comités de Seguridad Comunitaria, Comité de la Persona Joven, Asociación de Cultura, Unión Cantonal de asociaciones de Desarrollo de Abangares(UNCADA); a la cual están afiliadas la mayoría de las Asociación de Desarrollo de las diferentes localidades del cantón, entre ellas: Las Juntas, Pozo Azul, Lourdes, San Juan Chiquito, San Rafael, San Juan Grande, La Palma, etc.

Asociación Solidarista de Empleados de la Municipalidad Abangares (ASEMABA), Sindicato Trabajadores Municipales de Abangares Guanacaste (SITRAMAG)

Grupo de Proyección Folclórica Lluvia de Oro, Banda Folclórica Municipal de Colorado, Escuela de Música Jesús Watson Saborío.

• Participación social en la toma de decisiones de la Municipalidad, Juntas de Salud, Comité Cantonal de Deporte y Recreación y otros espacios identificados.

En el ámbito municipal, los regidores y síndicos presentan proyectos de interés comunal y participan en la toma de decisiones al aprobar o desaprobado los mismos, así como el presupuesto municipal y las solicitudes específicas de las comunidades. Abangares posee una particularidad; al tener un gobierno local para tres de sus distritos y el cuarto distrito que cuenta con su propio Consejo Municipal de Distrito, con todo un equipo de trabajo y recursos propios.

También se cuenta con un Comité Cantonal de Deporte y Recreación, que opera con dineros municipales y del ICODER, tienen a cargo la administración de esos recursos económicos, así como de infraestructura deportiva y recreativa, elaboran y ejecutan proyectos de interés comunal, en diferentes disciplinas deportivas, apoyan actividades de diferentes grupos u organizaciones de acuerdo a solicitudes, fortaleciendo alianzas, diversificando su accionar en beneficio de los diferentes grupos poblacionales y maximizando la utilización de los recursos.

Al contar el cantón con dos Áreas de Salud de la CCSS, existen dos Juntas de Salud, que velan por la buena administración de los recursos, así como de la calidad de la atención que brindan los servicios de salud, para garantizar calidad de vida de sus poblaciones adscritas.

Existen varias asociaciones de desarrollo en las diferentes localidades del cantón, que trabajan con recursos provenientes de DINADECO, distribuidos a nivel local por la Unión Cantonal de Asociaciones de Desarrollo de Abangares(UNCADA) y los que obtienen directamente mediante la realización de actividades lucrativas, con los que ejecutan proyectos de desarrollo comunal y colaboran aportando recursos a diferentes grupos u organizaciones que lo solicitan, ayudando al bienestar de las comunidades.

Además, se cuenta con otras asociaciones como: Asociación del Hogar de Ancianos San Jorge y Obras Parroquiales de Abangares.

- **Perfil cultural: creencias religiosas, idiomas, expresiones artísticas, conocimientos culinarios, juegos y recreación.**

Las religiones que se practican en el cantón principalmente son: católica, Evangélica, adventista, Testigos de Jehová.

Organización socioeconómica:

- **Actividades económicas, productivas y comerciales predominantes**

Distrito Sierra: Las actividades económicas que se desarrollan principalmente son cultivos de café y agricultura, turismo aventura y turismo rural, minería, ganadería de leche.

Distrito Las Juntas: Minería, comercio (tiendas de venta de ropa y zapatos, supermercados, librerías, restaurantes, otros), ganadería.

Distrito San Juan: Minería, agricultura, ganadería.

Distrito Colorado: Pesca, ganadería, agricultura, industria y comercio.

- **Nivel de empleo y desempleo**

En el año 2011 la población ocupada de 15 años y más de Abangares fue de 5.977 personas, lo que corresponde al 44,9%, siendo la población masculina la que cuenta con mayor oportunidad de empleo para un 69,2%, mientras que la tasa de mujeres ocupadas es de 24,3%.

En cuanto a desempleo, encontramos el mismo comportamiento; las mujeres tienen la tasa más baja que los hombres, pero es importante recalcar que la posición de empleo remunerado en las mujeres es menor o bien dicho de otra forma; el porcentaje de mujeres fuera de la fuerza de trabajo (75,0%) es mayor que la de los hombres (30,4%).

Cuadro 9

Población empleada y desempleada, Abangares, 2011.

Población ocupada de 15 años y más	Tasa de ocupación	Población masculina, ocupada de 15 años y más	Tasa de ocupación masculina	Población femenina, ocupada de 15 años y más	Tasa de ocupación femenina	Tasa de desempleo abierto	Tasa de desempleo abierto masculino
5.977	44,9	4.342	69,2	1.635	24,3	4,8	5,6

Fuente: Datos INEC

Medios de comunicación y transporte

Los medios de comunicación utilizados son: televisión, radio, teléfono fijo y móvil, redes sociales con el acceso a internet, como Facebook, WhatsApp, entre otras.

Medios de transporte públicos: Taxi, autobús.

Descripción de las características de presencia de riesgos

Como parte de la caracterización del entorno en que se desarrolla el cantón de Abangares se debe de revisar, discutir y analizar las características y componentes de la presencia de riesgos en este cantón. Como en cualquier otro lugar, Abangares no está exento de la presencia de riesgos, causas y sus consecuencias, por esta razón y como parte de las variables que deben analizarse durante la elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud es de suma importancia realizar una descripción de las características de presencia de riesgos que pueden afectar directa e indirectamente al cantón de Abangares.

En este apartado y como complemento al Análisis de Situación Integral de Salud se debe mencionar que durante el presente año la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), han puesto a disposición del Ministerio de Salud la herramienta de Evaluación Integrada y Estratégica del Riesgo de Emergencias y Desastres en Salud denominada por sus siglas inglés: "STAR", la cual ha proporcionado los elementos necesarios para identificar y analizar los riesgos a los que

se puede enfrentar el sector salud en la Región Chorotega y en las Áreas Rectoras facilitando los posibles escenarios a los que potencialmente nos podríamos enfrentar.

Este tipo de herramientas tienen un impacto directo y positivo en el manejo de la información en tiempo real, de la toma de decisiones y atención de emergencias a nivel nacional y local ya que cuando la población se ve amenazada ante emergencias sanitarias, el Ministerio de Salud debe articular con el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, la organización del Sector Salud con criterios políticos, administrativos y técnicos para dirigir y establecer las responsabilidades, fortaleciendo las capacidades de gestión del conocimiento para la toma de decisiones y para establecer los compromisos necesarios para que se otorgue una respuesta oportuna a la población cuando se requiera.

De conformidad con lo anterior, a continuación, se realizará una descripción de las características de presencia de riesgos que históricamente han afectado al cantón de Abangares y a su población.

El perfil de riesgos multi amenaza que caracteriza a nuestro país y a sus distintos cantones incluye riesgos de origen natural, de origen antrópico y de origen ambiental, cada uno de estos perfiles está compuesto de múltiples amenazas y riesgos vinculados a escenarios de vulnerabilidad.

En el presente caso y tomando como referencia los riesgos y amenazas que históricamente han afectado al cantón de Abangares, es posible realizar la siguiente descripción de características de presencia de riesgos:

Cuadro 10

Incidentes presentados en el cantón, 2020-2021

Tipo de incidente	Subtipo del incidente	Incidente	2020	2021	2022
Médico	Accidente	acuático con lesionados	2	-	-
		de vehículo automotor con lesionado	110	155	180
		atropellamiento	7	18	10
	Traumáticos	caída	49	50	65
		electrocutado/lesión por corriente eléctrica	1	-	3
		lesionada arma/agresión	14	16	12
		mordedura de animal	18	2	5
		quemaduras	2	4	2
		traumatismos múltiples	128	127	79
		traumatismo de tórax (pecho y/o espalda)	2	3	1
	Clínicos	urgencia por enfermedad general	1239	1265	1260
		descompensación de la diabetes/deshidratación	6	11	29
		paro cardiorrespiratorio	-	2	7

	infarto/urgencia cardiológica	11	24	27
	intoxicación/sobredosis/envenenamiento por sustancias	17	24	17
	fallecido de causa natural	24	32	13
	Epidemias (COVID)	105	145	15
Total		1735	1878	1725

Tipo de incidente	Subtipo del incidente	Incidente	2020	2021	2022
Protección Civil	Auxilio	animales sueltos	1	1	-
		desbordamiento de río	4	1	4
		fugas y derrames de sustancias químicas (escape gas LP)	4	5	8
	Ambiente	inundaciones	5	-	6
		desbordamiento de río	3	-	3
		árbol caído o por caer	9	20	13
	Incendios	en casa de habitación	9	20	7
		en comercio	3	-	-
		Forestales	1	2	6
		Quema Urbana (charal)	142	90	120
		quema contralada (agrícola)	4	4	20
	Total			185	143

Tipo de incidente	Subtipo del incidente	Incidente	2020	2021	2022
Seguridad	Actos relacionados con la vida y la integridad personal	Persona Agresiva	11	11	25
		Suicidio	-	2	3
	Disturbios y alteración del orden público	Por persona alcoholizada	7	4	5
Total			18	17	33

Reportes de Incidentes por parte de la Benemérita Cruz Roja de Abangares y el Benemérito Cuerpo de Bomberos, Estación Las Juntas se reportaron incidentes por parte del Comité Municipal de Emergencias de Abangares, no obstante; en la información suministrada no se indicó el tipo de evento, solo datos numéricos de los mismos; donde se reportan 153 Incidentes en el año 2022.

CAPITULO IV

Análisis del evento de salud a través de sus causas priorizadas

Menores de 1 año: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (P07)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como “un peso al nacer inferior a 2500 gramos. El bajo peso al nacer sigue siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso”.

Es importante precisar que “el bajo peso al nacer incrementa el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos. En distintos estudios se observa que la desnutrición es el mayor contribuyente de la mortalidad infantil y de la niñez en edad preescolar (50-60%). A través del certificado de nacido vivo el cual contiene información sobre la madre y antecedentes de la gestación, variables sociodemográficas y variables específicas del nacimiento que permiten caracterizar el comportamiento del evento en el tiempo, se establece como fuente de información para identificar los casos con bajo peso al nacer a término”. (Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, 2015)

Cabe señalar que el peso al nacer es un factor muy importante para la supervivencia de un individuo. La prematuridad y el bajo peso al nacer aumentan considerablemente la mortalidad infantil. En los países industrializados, estos padecimientos son algunos de los mayores predictores de la mortalidad neonatal. Diferentes factores maternos, como la edad, la desnutrición de la madre, la raza, embarazos en la adolescencia, infecciones de la madre y del feto, un tardío control prenatal que puede deberse al poco acceso de servicios de salud, el consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo, incrementan considerablemente el riesgo de nacimientos de niños con bajo peso. (Revista Costarricense de Ciencias Médicas, 2004).

Según la OPS (2009), se ha señalado que la madre que no asiste a su control prenatal de manera precoz y periódica o recibe un control deficiente tiene mayores posibilidades de morbilidad y mortalidad perinatal, materna y neonatal. El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, en un ambiente de emergencia obstétrica y atención neonatal institucional calificada

Al igual que la atención prenatal adecuada, la atención adecuada del parto y del recién nacido resultan de vital importancia para reducir la mortalidad en bebés de corta gestación y bajo peso al nacer, dadas las complicaciones para el recién nacido.

Cabe señalar que, “una de las poblaciones que presenta mayor riesgo de parto prematuro son las adolescentes. Las madres adolescentes (de 10 a 19 años) tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años, y los bebés de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave”. (OMS, 2022).

En línea con lo anterior, se detallan algunos datos brindados por el Área de Salud de Abangares y el informe de niños de bajo peso referidos del Hospital Enrique Baltodano Briceño durante los años 2018 al 2022 en el cantón de Abangares los cuales son los siguientes:

Cuadro 11

Niños con bajo peso al nacer referidos por el HEBB al AS Abangares durante el 2018-2022

MES/AÑO	2018	2019	2020	2021	2022
Enero	0	2	0	0	2
Febrero	0	1	3	2	2
Marzo	0	0	0	0	1
Abril	1	2	2	1	0
Mayo	1	1	1	0	2
Junio	2	2	0	2	1
Julio	0	1	0	1	0
Agosto	2	1	1	0	1
Setiembre	1	0	0	0	0
Octubre	3	0	1	1	1
Noviembre	0	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	1	0
TOTAL	10	10	8	8	10

Fuente: Área de Salud de Abangares

Por otra parte, los datos correspondientes al Área de Salud de Colorado son:

Cuadro 12

Niños con bajo peso al nacer referidos por el HEBB al AS Colorado durante el 2018-2022

MES/AÑO	2018	2019	2020	2021	2022
Abril	0	1	1	0	0
Mayo	1	0	0	1	0
Julio	0	2	1	0	0
Agosto	0	0	0	0	1
Diciembre	0	0	0	2	0
TOTAL	1	3	2	3	1

Fuente: Área de Salud de Colorado

Uno de cada diez niños nace antes de las 37 semanas de gestación. Garantizarles atención básica, temperatura adecuada, leche materna y un seguimiento integral, son clave para prevenir complicaciones y asegurarles un desarrollo saludable.

"Los bebés prematuros son aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación. Son niños que llegan al mundo sin completar su desarrollo dentro del útero materno, por lo que son más vulnerables que quienes lo hacen a término. Si bien no todos los prematuros tienen el mismo riesgo de sufrir complicaciones, éstas son una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años y son las responsables de discapacidades físicas, neurológicas o de aprendizaje, con consecuencias para toda la vida". (OPS/OMS – CLAP 2019)

El grupo de expertos consultado identifico y priorizo las siguientes causa raíz de: Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer. 1.2 Debilitamiento de los programas de salud (determinante sociopolítico) como causas secundarias se mencionan poca inversión en los programas en salud y poca participación intersectorial en salud. 2.2 Falta de educación en salud sexual y reproductivo (determinante socioeconómico) como causa secundaria se puede mencionar programas deficientes dirigidos a la población y la falta de comunicación familiar. 4.2 Faltante de especialista en gineco -obstetricia en la región (determinante servicios de salud), que a su vez se asocia por parte de los expertos a causas secundarias a falta de formación de ginecólogos a nivel nacional por parte del CENDEISS. 6.2 Diabetes gestacional (determinante biológico), como causas secundarias los expertos mencionan predisposición genética, manejo inadecuado y obesidad. 6.3 Preclamsia (determinante biológico), se logran identificar causas secundarias como predisposición genética, manejo inadecuado, hipertensión arterial.

A continuación, se presentan las principales líneas de acción según determinante y causa raíz priorizadas por el grupo de expertos.

Cuadro 13

Líneas de acción para el abordaje de trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer (P07)

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	1.2. Debilitamiento de programas de salud	Promover programas de educación de salud a mujeres adolescentes y adultas.	Efectuar actividades educativas para concientizar sobre la importancia del peso saludable al nacer y las medidas que deben realizarse para prevenir el bajo peso, en las mujeres en el programa control prenatal.	CCSS	Ministerio de Salud
Socioeconómico	2.2. Falta de educación sexual	Implementar programas de educación sexual en los colegios.	Reforzar el programa clínica del adolescente con el abordaje del tema de educación sexual y atención.	CCSS	Ministerio de Salud Ministerio de Educación Pública
			Reforzar el programa de educación sexual en la consulta de planificación familiar.	CCSS	Ministerio de Salud.
Servicios de salud	6.2. Faltante de especialistas en gineco-obstetricia	Aumentar la cantidad de especialistas en gineco-obstetricia en el segundo y tercer nivel.	Gestionar la creación de plazas de especialistas en gineco-obstetricia en la región.	CCSS	Ministerio de Salud

Biológico	3.2. Diabetes gestacional	Adecuado control prenatal durante el embarazo.	Reforzar la educación y la identificación de factores de riesgo en el programa de control prenatal.	CCSS	Ministerio de Salud
Biológico	3.3. Preeclampsia	Adecuado control prenatal durante el embarazo	Reforzar la educación y la identificación de factores de riesgo en el programa de control prenatal	CCSS	Ministerio de Salud

De 1 a 9 años: Leucemia mieloide (C92)

A nivel mundial, el cáncer es una de las causas de muerte en la población infantil y adolescentes; por año se diagnostican un aproximado de 280,000 niños por cáncer y para América Latina y el Caribe por lo menos se diagnostican 29.000 niños de los cuales 10.00 fallecerán.

Los tipos más comunes de cáncer infantil son la leucemia, el cáncer de cerebro, el linfoma y el tumor de Wilms; “Por lo general, en el cáncer infantil no existe la prevención primaria, ni detección mediante cribado.” (PAHO, 2023)

El cáncer infantil tiene diferente pronóstico de vida según el nivel de ingreso de los países; por ejemplo, el 80% de los niños con cáncer en países de alto ingreso se curan en comparación con el aproximadamente 20% de niños con cáncer en los países de mediano y bajo ingresos logran curarse.

Es importante resaltar que las defunciones evitables en los niños con cáncer en aquellos países de bajos y medianos ingresos se debe a la falta de diagnóstico, al diagnóstico incorrecto, diagnósticos tardíos, difícil acceso a la atención en servicios de salud, abandono del tratamiento, muerte por toxicidad del tratamiento y mayores tasas de recidivas.

En resumen, el impacto de las muertes por cáncer infantil se debe a las desigualdades y en la dificultad económica de los países; y esto debe y puede cambiar por lo que el objetivo es lograr una detección temprana por parte del personal sanitario de los servicios de salud.

El perfil del cáncer en la niñez en Costa Rica al 16 de septiembre de 2021, según la Organización Panamericana de la Salud, se indica que el 17.6% de las muertes en los niños y adolescentes es debido al cáncer, con 237 casos nuevos de cáncer infantil al año con 52 muertes anuales en menores de 20 años, de los cuales la Leucemia linfoblástica aguda (LLA) es el principal tipo de cáncer detectado con un 27.7% del total de los casos de cáncer infantil y con una sobrevivencia neta entre el 80 – 89%.

Las leucemias se clasifican según varios aspectos; a saber: la velocidad de la progresión, el tipo de células afectadas, tipos de leucemias más importantes, otros desordenes mieloides crónicos y otros tipos de leucemias raras.

1. Leucemias según la velocidad de progresión:
 - a. Leucemias agudas: su incidencia es más alta en hombre que en mujeres y aumenta con la edad (en adultos) y comienzan cuando algunas células blancas pierden o dañan su secuencia de ADN y permanecen inmaduras por lo que se les llama blásticas. Requieren de tratamiento rápido y agresivo.
 - b. Leucemias crónicas: su incidencia es más alta en hombre que en mujeres y aumenta lentamente con la edad (en adultos), son de evolución lenta y asintomática con afectación de células sanguíneas más maduras.
2. Leucemias según tipo de células afectadas:
 - a. Leucemias linfocíticas: afectan a los linfocitos que forman los tejidos linfáticos.
 - b. Leucemias mielógenas: afectan las células mieloides, las células que más adelante se convierten en eritrocitos, leucocitos y megacariocitos.
3. Leucemias según sus tipos:
 - a. Leucemia linfocítica aguda: es la más común en niños y representa el 75% de los casos de leucemias en la niñez.
 - b. Leucemia linfocítica crónica: es común en adultos y casi nunca afecta a los niños.
 - c. Leucemia mielóide aguda: ocurre en niños y adultos y se le conoce como leucemia aguda no linfocítica.
 - d. Leucemia mielóide crónica: afecta principalmente a los adultos y se asocia con una anomalía cromosómica llamada Cromosoma Filadelfia.
4. Leucemias por otros desordenes mieloides crónicos: incluye los síndromes mielodisplásicos, desordenes mieloproliferativos y la mielofibrosis.
5. Otros tipos raros de leucemias: incluyen la leucemia de células velludas y la leucemia crónica mielomonocítica.

En el presente caso, en el cantón de Abangares, Guanacaste, se presenta un caso de muerte en el curso de vida de 1 a 9 años de leucemia mielóide, código CIE 10 C92, en el quinquenio 2018-2022. Este es un tipo de leucemia que no se encuentra dentro de la principal causa de cáncer infantil por leucemias en Costa Rica, la cual es la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) con un aproximado de 18% de causa de muerte en el grupo pediátrico.

Las causas raíz que fueron identificadas en el taller de expertos para el caso de mortalidad en el curso de vida de 1 a 9 años, leucemia mieloide, fueron; a saber:

- Factores ambientales (3.1) del cual se logran identificar dos causas secundarias, las cuales son: exposición a ciertas sustancias químicas (3.1.1.) y exposición de radiación (3.1.2.), que se insertan dentro de las circunstancias materiales de los determinantes intermedio.
- Factores de estilos de vida (5.1) del cual se logran identificar tres causas secundarias, las cuales son: carencia de estilos de vida saludables (5.1.1.), exposición al alcohol durante el embarazo (5.1.2.) y exposición al tabaco durante el embarazo (5.1.3.) que se insertan dentro del comportamiento de los determinantes intermedio.
- Enfermedades genéticas (6.1) de la cual se logra identificar una causa secundaria, la cual a saber es: Síndromes genéticos (6.1.1.) que se insertan dentro de la biología humana el cual es un determinante intermedio.
- Género (6.2) del cual se logra identificar una causa secundaria, la cual a saber es: predominancia en sexo masculino (6.2.1.) que se insertan dentro de la biología humana el cual es un determinante intermedio.
- Antecedentes heredo familiares (6.3.) del cual se logra identificar una causa secundaria, la cual a saber es: mayor predisposición hereditaria (6.3.1.) que se insertan dentro de la biología humana el cual es un determinante intermedio.

Este tipo de leucemias (LMA), según la clasificación de Morales, (Morales, C. et ál, 2010) es una Leucemia Mieloide Aguda o Leucemia Aguda no Linfocítica en niños y se debe a que la médula ósea produce células madre mieloideas que se convierte en un glóbulo blanco inmadura (mieloblasto), los cuales se acumulen en la sangre y la médula ósea generando poco espacio para las otras tres líneas celulares sanguíneas normales lo que puede provocar infecciones, anemias o sangramiento fáciles.

Los factores de riesgos identificados según el Instituto Nacional del Cáncer del Gobierno de Estados Unidos para la investigación del cáncer, para la leucemia mieloide agua, son los siguientes:

- Tener un hermano o hermana (en especial, si es gemelo) con leucemia.
- Tener antecedentes personales de insuficiencia de la médula ósea.
- Tener antecedentes personales de SMD.
- Haber recibido quimioterapia o radioterapia antes.
- Haber estado expuesto a radiación ionizante o sustancias químicas, como el benceno.
- Tener ciertos síndromes o trastornos hereditarios, como los siguientes:
 - Síndrome de Down.
 - Anemia aplásica.
 - Anemia de Fanconi.
 - Neurofibromatosis tipo 1.

- *Síndrome de Noonan.*
- *Síndrome de Shwachman-Diamond.*
- *Anemia de Diamond-Blackfan.*
- *Disqueratosis congénita.*
- *Síndrome de Li-Fraumeni (Instituto Nacional del Cáncer, 2022)*

Como se puede observar, las causas raíces identificadas por los expertos están documentadas según el Instituto Nacional del Cáncer del Gobierno de Estados Unidos para la investigación del cáncer como son la exposición a radiaciones ionizantes y exposición a sustancias químicas como el benceno que se encuentran dentro de los factores ambientales; igualmente tienen un contenido genético como ciertos síndromes y trastornos hereditarios como partes de los componentes biológicos de los determinantes sociales del análisis de situación de salud.

En referencia a la causa raíz identificada por los expertos como carencia de estilos de vida saludables y exposición de tabaco y alcohol en la madre en estado de embarazo, la Organización Panamericana de la Salud cita que por lo general en el cáncer infantil no existe prevención, por lo que en septiembre del año 2018, la Asamblea General de las Naciones Unidas, la OMS anunció un nuevo esfuerzo e iniciativa mundial de la OMS contra el cáncer infantil, cuyo objetivo es alcanzar una tasa de supervivencia de al menos 60% para los niños con cáncer al año 2030 por lo que se hace necesario realizar esfuerzos mundiales, regionales y nacionales para la implementación de intervenciones estratégicas de la OMS denominadas CURE all por sus siglas en ingles.

El enfoque de los paquetes técnicos de CURE all son los siguientes:

1. Centros de excelencia
2. Cobertura universal
3. Regimiento de tratamiento
4. Evaluación y monitoreo
5. Abogacía
6. Ligado de financiamiento y
7. Ligado de gobernanza.

La única causa raíz que en el análisis de Pareto alcanza un porcentaje de 80% que puede denotar un mayor grado de impacto sobre la sobrevida de este problema de salud es sobre los estilos de vida saludables (5.1) pero entendemos de la literatura revisada, que el cáncer infantil, sobre todo la leucemia, no tiene prevención primaria modificando estilos de vida ya que sus causas primarias son genéticas y heredofamiliares, por lo que la estrategia y líneas de acción a tomar es el diagnóstico temprano para mejorar la sobrevida como se propone por la OMS en el 2018. En resumen, el impacto de las muertes por cáncer infantil se debe a las desigualdades y en la dificultad económica de los países; y esto debe y puede cambiar por lo que el objetivo es lograr una detección temprana por parte de los servicios de salud.

Cuadro 14

Líneas de acción para el abordaje de Leucemia Mieloide

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Contexto sociopolítico	4.1 Estilo de vida (grupos prioritarios-ciclos de vida)	Detección temprana	Fortalecimiento de la atención primaria en la detección temprana del cáncer infantil	CCSS	HNN Ministerio de Salud

De 10 a 19 años: Motociclistas lesionados en otros accidentes de tránsito (V29)

En Costa Rica, los hombres motociclistas entre 15-39 años, laboralmente activos son el grupo etario que registra más muertes en carretera, durante el año 2022, Según el Semanario Universidad (UCR) en su artículo digital del 19 de junio 2023¹.

Dentro del perfil epidemiológico, elaborado también con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) sobresale también una vulnerabilidad en carretera ligada a la profesión y al acceso económico de cada uno de los motociclistas que circulan en carretera

La mortalidad en un accidente de tránsito se incrementa según la clase de labor u profesión que desempeñe; siendo que, un motociclista que desarrolle o trabaje en ocupaciones elementales como la de peones y ayudantes de cocina con un salario promedio de ₡256.290.00 colones encajaría por su perfil dentro del 30% de fallecidos reportados para el 2022, mientras que, un profesional con cargo gerencial con un salario promedio de ₡2.543.471.00 colones encaja dentro del 0% (con nula participación) de fallecido reportados para el 2021, esto evidentemente nos llama poderosamente la atención no solo en cuanto a las brechas salariales, sino también a la vulnerabilidad en la que nosotros como Estado Costarricense durante años hemos dejado en temas de movilidad a quienes más riesgo enfrentan por su condición socioeconómica”, destacó la directora ejecutiva del Cosevi, Cindy Coto.

Lo anterior es muy relacionado al tema de la salud mental, donde se visualiza el estrés como una posible causa de los accidentes de motociclistas generado por bajos recursos

económicos y a la escasa preparación académica, ya que, según el INEC la mortalidad incrementa cuando la persona desempeña oficios básicos con acceso a salarios mínimos, por lo que, se puede intuir que por los horarios de trabajo tienen poco tiempo de descanso, debido a bajos recursos económicos las motocicletas serían el medio de transporte al que tendrían más acceso por ser de menor costo, podrían adquirirlas de segunda mano, en mal estado o con poco mantenimiento y en la parte educativa, se podría visualizar una débil preparación vial por parte de las personas que conducen este tipo de transporte, aumentando así los factores de riesgo.

Profundizando un poco más sobre el tema de salud mental en la página web de Scielo la Biblioteca Científica Electrónica en línea, podemos encontrar:

Patologías mentales relacionadas con accidentes de tránsito²:

Lo que se recomienda es que cuando se valoren las patologías mentales derivadas de accidentes de tránsito, deben de estar basadas en las actuales clasificaciones internacionales el DSM IV y el CIE-10.

Las categorías diagnósticas relacionadas que se describirán a continuación no son las únicas, pero con las que consideramos que con más frecuencia se relacionan:

Los Trastornos Mentales orgánicos que incluyen: Alucinosis Orgánica, Síndrome Post Conmocional, Trastorno de Personalidad Orgánico, Demencia debida a Traumatismo Craneal, Trastornos del Humor (Afectivo) Orgánico.

Los Trastornos Neuróticos que incluyen: Trastorno Disociativo, Trastorno de Pánico, Fobia Específica.

Reacciones a Estrés grave y Trastornos de Adaptación que incluyen: Reacción a Estrés Agudo, Trastorno de Estrés Post Traumático y Trastorno de Adaptación.

Retomando el análisis de causa y efecto realizado por los expertos, en el evento los motociclistas lesionados en accidentes de tránsito en el cantón de Abangares, se determina la relación o influencia de los determinantes sociales según el grupo etario, en este caso, son personas de 10 a 19 años.

En el determinante Comportamental se priorizo la causa raíz el consumo ilícito de sustancias psicoactivas debido a la presión de grupo o de pares que tienen las personas menores de edad, además de las conductas aprendidas a nivel familiar. En este determinante también juega un papel importante la salud mental de los jóvenes, como gestionan el estrés y sus emociones lo que influye en la capacidad para la toma de decisiones más acertadas.

Siguiendo en los determinantes intermedios, las Circunstancias materiales de vida tienen como causas raíces, el Aumento de número de personas menores de edad circulando en motocicletas, y sub empleo y deserción escolar; se observa una relación con la actividad minero en el cantón de Abangares, las personas menores de edad que proceden de familias mineras trabajan en las minas y con esto tienen un ingreso económico informal, el cual incide en la compra de vehículos como las motocicletas, muchas en estados deficientes y sin papeles al día, aunado a esto, los menores de 18 no cuentan con licencia para conducir.

Por otra parte, los Servicios de Salud son otro determinante intermedio identificado, el cual tiene causas secundarias y terciarias, como el Aumento de accidentes de tránsito de motocicleta atendidos en servicio de urgencias y la oferta Insuficiente de servicios de promoción de la salud orientados a la seguridad vial. Esto puede estar ligado al uso de sustancias psicoactivas, al irrespeto a la autoridad ya que según esta población muchas personas conducen sin la legalidad (licencia, marchamo, revisión técnica), a la falta de educación vial oportuna y al mal estado de las motocicletas.

Como determinante estructural tenemos el Contexto Sociopolítico, en el cual como causa raíz se identificó la Poca presencia de policía de tránsito en la zona, esto debido a Limitada inversión pública en la contratación de recursos, por el déficit en gasto público que afecta a las instituciones. Resumiendo, se visualiza la carencia de oficiales de tránsito para atender de forma permanente todos los cantones de Guanacaste y por ende Abangares, por lo que no se regula de forma eficaz los papeles al día de los vehículos, el estado de los conductores y la portación de licencia de conducir.

Este análisis realizado por los expertos participantes brinda una guía hacia donde se deben dirigir las acciones para lograr soluciones reales y locales a estos eventos de salud pública.

Cuadro 15

Líneas de acción para el abordaje de Motociclistas lesionados en otros accidentes de tránsito.

Dimensión	Causas Raíz	Factor Protector	Líneas de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador
Comportamiento	5.3 Consumo ilícito de sustancias psicoactivas	Recreación y convivencia familiar sana	Programa de educación en la prevención de consumo de drogas y sus efectos nocivos en la salud	IAFA	Ministerio de Salud UNCADA CCSS (Áreas de Salud Colorado y Abangares) ADEPSA

			Promover espacios de recreación y deporte para los niños y adolescentes en el cantón	Municipalidad Abangares Concejo Municipal Distrito Colorado Fuerza Publica Comité Cantonal Deporte y Recreación	
			Implementar acciones de seguridad social en el cantón (operativos regulares, fortalecimiento comités seguridad comunitaria)	Policía de Tránsito Fuerza Publica	
Circunstancias Materiales	3.1 Aumento de número de personas menores de edad circulando en motocicletas	Aplicación de la Ley de Transito	Campaña Educación Vial	Policía de Tránsito Fuerza Publica	Ministerio de Salud CCSS
			Operativos regulares	Policía de Tránsito Fuerza Publica	
Circunstancias Materiales	3.2 Subempleo y deserción escolar	Disciplina y Limites	Ferias vocacionales cantonales (programas de estudio, carreras técnicas y cursos existentes en el cantón)	MEP PANI	Ministerio de Salud Municipalidad CCSS Fuerza Publica

			Promoción deberes y derechos personas menores de edad incluyendo conceptos de Trabajo Infantil y Trabajo adolescente peligroso	PANI	
			Denuncia de casos de trabajo infantil o trabajo adolescente peligroso.	Ministerio de Trabajo (OATIA) PANI	
Servicios de Salud	4.1 Cobertura y utilización de los servicios de salud	Promoción de la Salud	Creación de una plaza de Promotor de la Salud, Psicología o trabajo Social con enfoque de promoción y prevención de la Salud.	CCSS	Municipalidad de Abangares Ministerio de Salud
Sociopolítico	1.1 Poca presencia de policía de tránsito en la zona	Mayor Presencia de Policía de Transito	Solicitar al COSEVI –MOPT mayor presencia de policía de tránsito en el cantón de Abangares, principalmente distrito Las Juntas	Municipalidad de Abangares Policía de Transito	Fuerza Publica
			Articulación Policía Transito con Fuerza Pública para operativos frecuentes	Fuerza Publica Policía de Transito	

De 20 a 64 años: Accidentes de vehículo de motor o sin motor (V89)

Según la Organización Mundial de la Salud, “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.

Las lesiones causadas por el tránsito ocasionan pérdidas económicas considerables para las personas, sus familias y los países en su conjunto. Esas pérdidas son consecuencia de los costos del tratamiento y de la pérdida de productividad de las personas que mueren o quedan discapacitadas por sus lesiones, y del tiempo de trabajo o estudio que los familiares de los lesionados deben distraer para atenderlos. Las colisiones debidas al tránsito cuestan a la mayoría de los países el 3% de su PIB.

Grupos de riesgo

En función de la situación socioeconómica

Más del 90% de las defunciones causadas por accidentes de tránsito se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Las tasas más elevadas se registran en África y las más bajas en Europa. Incluso en los países de ingresos altos, las personas de nivel socioeconómico más bajo corren más riesgo de verse involucradas en estas colisiones.

En función de la edad

Los traumatismos debidos al tránsito son la principal causa de mortalidad entre los niños y los jóvenes de cinco a 29 años.

En función del sexo

Desde una edad temprana, los varones tienen más probabilidades que las mujeres de verse involucrados en colisiones causadas por el tránsito. Unas tres cuartas partes (73%) de todas las defunciones por esta causa son de varones menores de 25 años, que tienen tres veces más probabilidades de fallecer por esta razón que las mujeres jóvenes.

Factores de riesgo

El enfoque de sistema seguro: tener en cuenta el error humano

El enfoque de sistema seguro aboga por un sistema de transporte seguro para todos los usuarios de las carreteras. Ese enfoque tiene en cuenta la vulnerabilidad de las personas a las lesiones graves causadas por el tránsito, y reconoce que el sistema se debería concebir para tolerar el error humano. Los elementos más importantes de este enfoque son la seguridad de las vías y los arcenes, la circulación a velocidades seguras y la

seguridad de los vehículos y los usuarios, todo lo cual se deberán enfocar a poner fin a las colisiones mortales y reducir el número de traumatismos graves.

La velocidad

- *Hay una relación proporcional entre el aumento de la velocidad media y la probabilidad de que ocurra una colisión, así como con la gravedad de sus consecuencias. Por ejemplo, cada aumento del 1% en la velocidad media da lugar a incrementos del 4% en el riesgo de que se produzca una colisión mortal y del 3% en el riesgo de colisión grave.*
- *El riesgo de muerte para los peatones atropellados frontalmente por un automóvil aumenta rápidamente (por ejemplo, si pasamos de 50 km/h a 65 km/h, se multiplica por 4,5 veces).*
- *En los impactos laterales entre automóviles que circulan a 65 km/h, el riesgo de mortalidad para los ocupantes es del 85%.*

Conducción bajo los efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas

- *Conducir bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga o sustancia psicoactiva aumenta el riesgo de que se produzca una colisión que cause muertes o lesiones graves.*
- *En los casos de conducción bajo los efectos del alcohol, el riesgo de colisión es notorio incluso con concentraciones bajas de la sustancia en la sangre y aumenta considerablemente cuando la concentración del conductor es de 0,04 g/dl o más.*
- *Cuando el conductor ha tomado drogas, el riesgo de colisión aumenta en diversos grados en función de la sustancia psicoactiva. Por ejemplo, el riesgo de accidente mortal de una persona que haya tomado anfetaminas es unas cinco veces superior al de un conductor que no las haya consumido.*

No utilización de cascos, cinturones de seguridad y sistemas de sujeción para niños

- *El uso correcto del casco puede dar lugar a reducciones del 42% en el riesgo de traumatismos mortales y del 69% en el riesgo de traumatismos craneales.*
- *Asimismo, ponerse el cinturón de seguridad reduce entre un 45% y un 50% el riesgo de muerte entre los conductores y los ocupantes de los asientos delanteros; en el caso de los ocupantes de los asientos traseros, este descenso es de un 25%.*
- *Además, los sistemas de sujeción para niños permiten reducir en un 60 % el riesgo de muerte.*

Distracciones durante la conducción

Existen muchos tipos de distracciones que pueden afectar a la conducción. La distracción provocada por el uso de teléfonos celulares es un motivo de preocupación cada vez mayor en el ámbito de la seguridad vial.

- *Los conductores que usan el teléfono mientras conducen tienen cuatro veces más probabilidades de verse involucrados en una colisión que los que no lo hacen. Esta distracción hace que se reduzca la velocidad de reacción (sobre todo para frenar, pero también frente a las señales de tránsito) y que el vehículo tenga tendencia a no mantenerse en el carril correcto y a no guardar las debidas distancias.*
- *Utilizar el mano libre no es mucho más seguro que sujetar el teléfono en la mano, y enviar mensajes de texto durante la conducción aumenta considerablemente el riesgo de colisión.*

Falta de seguridad de la infraestructura vial

El trazado vial puede afectar considerablemente a la seguridad. Teóricamente, todas las vías se deberían concebir teniendo en cuenta la seguridad de todos los usuarios. Esto supondría velar por que hubiera servicios adecuados para peatones, ciclistas y motociclistas. Las aceras, los carriles para bicicletas, los cruces seguros y otras medidas de ordenamiento del tránsito pueden ser fundamentales para reducir el riesgo de lesiones entre los usuarios.

Falta de seguridad de los vehículos

La seguridad de los vehículos es esencial para evitar colisiones y reducir la probabilidad de que se produzcan traumatismos graves. Si las prescripciones de las Naciones Unidas en materia de seguridad de los vehículos se aplicaran a los criterios nacionales de fabricación y producción, se podrían salvar muchas vidas. Por ejemplo, tales prescripciones exigen que los fabricantes de vehículos cumplan normas relativas a los impactos frontales y laterales, incluyan el control electrónico de la estabilidad (para prevenir el sobreviraje) y equipen todos los vehículos con airbags y cinturones de seguridad. Sin esas normas básicas, el riesgo de que se produzcan colisiones y traumatismos aumenta considerablemente, tanto para los ocupantes del vehículo como para quienes están fuera de él.

Atención insuficiente tras las colisiones

Las demoras para detectar la necesidad de ofrecer asistencia y para su prestación a las víctimas de las colisiones de tránsito aumentan la gravedad de las lesiones. La atención a estos traumatismos puede tener plazos críticos: unos pocos minutos de demora pueden impedir que salvar una vida. Para mejorar la atención posterior a las colisiones

es necesario asegurarse de que se da acceso a tiempo a la atención prehospitalaria y mejorar la calidad de la atención prehospitalaria y hospitalaria, por ejemplo, mediante programas de formación especializada.

Cumplimiento insuficiente de las normas de tránsito

Si no se aplican las normas de tránsito que regulan la conducción bajo los efectos del alcohol, el uso del cinturón de seguridad, los límites de velocidad, el empleo de cascos y los sistemas de sujeción para niños, no se podrá lograr la reducción prevista de defunciones y traumatismos debidos al tránsito relacionados con comportamientos específicos. Por consiguiente, si no se hacen cumplir las normas de tránsito, o si se percibe que no se hacen cumplir, es probable que no se las respete y, consiguientemente, será muy poco probable que influyan en los comportamientos.

Para que estas normas se apliquen es preciso establecer, actualizar regularmente y aplicar normas de prevención de los factores de riesgo mencionados en los niveles nacional, municipal y local. Ello incluye también la definición de sanciones apropiadas”³.

El panorama en Costa Rica no es distante, a diario se escucha en los diferentes medios de comunicación nacional la gran cantidad de noticias relacionadas a accidentes de tránsito. Las lesiones ocasionadas causan pérdidas económicas a las personas, traumatismos importantes y en el peor escenario la muerte.

Para el cantón de Abangares, se tiene una estadística alta de mortalidad por lesiones originadas en diferentes accidentes de vehículo con o sin motor, para ejemplificar se investigó en el sitio web del Consejo de Seguridad Vial (COSEVI), específicamente en el Anuario Estadístico de Accidentes de Tránsito con Víctimas para el 2021, se tienen las siguientes imágenes con cuadros informativos elaborados por el COSEVI⁴.

³ Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries> (Traumatismos ocasionados por el tránsito, Organización Mundial de la Salud, 20 de junio 2022)

Cuadro 16

Cuadro 6-421 Abangares: número y porcentaje de personas involucradas en accidentes de tránsito con víctimas por tipo de lesión, según rol en 2021

Rol	Tipo de lesión											
	Total		Muerte		Herido grave		Herido leve		Ileso		Lesión Ignorada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	181	100,0	7	100,0	34	100,0	75	100,0	65	100,0	0	0,0
Motociclista	37	20,4	3	42,9	10	29,4	20	26,7	4	6,2	0	0,0
Ciclista	6	3,3	0	0,0	0	0,0	3	4,0	3	4,6	0	0,0
Conductor	80	44,2	2	28,6	7	20,6	17	22,7	54	83,1	0	0,0
Pasajero carro	39	21,5	0	0,0	14	41,2	21	28,0	4	6,2	0	0,0
Peatón	7	3,9	1	14,3	3	8,8	3	4,0	0	0,0	0	0,0
Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pasajero bus o microbús	4	2,2	0	0,0	0	0,0	4	5,3	0	0,0	0	0,0
Pasajero bicicleta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pasajero moto	6	3,3	1	14,3	0	0,0	5	6,7	0	0,0	0	0,0
Dueño de propiedad	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocido	2	1,1	0	0,0	0	0,0	2	2,7	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cosevi. Área de Investigación y Estadística.

Cuadro 17

Cuadro 6-423 Abangares: número y porcentaje de personas involucradas en accidentes de tránsito con víctimas por tipo de lesión, según sexo en 2021

Sexo	Tipo de lesión											
	Total		Muerte		Herido grave		Herido leve		Ileso		Lesión Ignorada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	181	100,0	7	100,0	34	100,0	75	100,0	65	100,0	0	0,0
Hombre	141	77,9	6	85,7	31	91,2	54	72,0	50	76,9	0	0,0
Mujer	34	18,8	1	14,3	3	8,8	20	26,7	10	15,4	0	0,0
Desconocido	6	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	5	7,7	0	0,0

Fuente: Cosevi. Área de Investigación y Estadística.

Cuadro 18

Cuadro 6-422 Abangares: número y porcentaje de personas involucradas en accidentes de tránsito con víctimas por tipo de lesión, según grupo de edad quinquenal en 2021

Edad quinquenal	Tipo de lesión											
	Total		Muerte		Herido grave		Herido leve		Ileso		Lesión ignorada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	181	100,0	7	100,0	34	100,0	75	100,0	65	100,0	0	0,0
De 0 a 4	4	2,2	0	0,0	3	8,8	0	0,0	1	1,5	0	0,0
De 5 a 9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
De 10 a 14	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0
De 15 a 19	7	3,9	0	0,0	2	5,9	5	6,7	0	0,0	0	0,0
De 20 a 24	12	6,6	1	14,3	4	11,8	4	5,3	3	4,6	0	0,0
De 25 a 29	16	8,8	3	42,9	1	2,9	7	9,3	5	7,7	0	0,0
De 30 a 34	18	9,9	0	0,0	2	5,9	5	6,7	11	16,9	0	0,0
De 35 a 39	24	13,3	0	0,0	5	14,7	10	13,3	9	13,8	0	0,0
De 40 a 44	18	9,9	0	0,0	1	2,9	8	10,7	9	13,8	0	0,0
De 45 a 49	19	10,5	0	0,0	6	17,6	4	5,3	9	13,8	0	0,0
De 50 a 54	13	7,2	1	14,3	2	5,9	6	8,0	4	6,2	0	0,0
De 55 a 59	16	8,8	0	0,0	2	5,9	10	13,3	4	6,2	0	0,0
De 60 a 64	5	2,8	1	14,3	1	2,9	2	2,7	1	1,5	0	0,0
De 65 a 69	8	4,4	1	14,3	0	0,0	5	6,7	2	3,1	0	0,0
De 70 a 74	2	1,1	0	0,0	1	2,9	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Mayor a 75	2	1,1	0	0,0	0	0,0	2	2,7	0	0,0	0	0,0
Desconocida	16	8,8	0	0,0	4	11,8	5	6,7	7	10,8	0	0,0

Fuente: Cosevi. Área de Investigación y Estadística.

Cuadro 19

Cuadro 6-424 Abangares: número y porcentaje de accidentes de tránsito con víctimas por clase, según mes en 2021

Mes	Clase de accidente					
	Total		Solo heridos leves		Con muertos o graves	
	n	%	n	%	n	%
Total	75	100,0	45	100,0	30	100,0
Enero	1	1,3	1	2,2	0	0,0
Febrero	4	5,3	2	4,4	2	6,7
Marzo	5	6,7	3	6,7	2	6,7
Abril	9	12,0	6	13,3	3	10,0
Mayo	7	9,3	6	13,3	1	3,3
Junio	8	10,7	7	15,6	1	3,3
Julio	6	8,0	3	6,7	3	10,0
Agosto	6	8,0	3	6,7	3	10,0
Setiembre	6	8,0	2	4,4	4	13,3
Octubre	5	6,7	3	6,7	2	6,7
Noviembre	10	13,3	5	11,1	5	16,7
Diciembre	8	10,7	4	8,9	4	13,3

Fuente: Cosevi. Área de Investigación y Estadística.

Cuadro 20

Cuadro 6-425 Abangares: número y porcentaje de accidentes de tránsito con víctimas por clase, según franja horaria en 2021

Franja horaria	Clase de accidente					
	Total		Solo heridos leves		Con muertos o graves	
	n	%	n	%	n	%
Total	75	100,0	45	100,0	30	100,0
00:00-05:59	10	13,3	4	8,9	6	20,0
06:00-11:59	21	28,0	13	28,9	8	26,7
12:00-17:59	18	24,0	11	24,4	7	23,3
18:00-23:59	26	34,7	17	37,8	9	30,0

Fuente: Cosevi. Área de Investigación y Estadística.

Cuadro 21

Cuadro 6-427 Abangares: número y porcentaje de accidentes de tránsito con víctimas por clase, según tipo de accidente en 2021

Tipo de accidente	Clase de accidente					
	Total		Solo heridos leves		Con muertos o graves	
	n	%	n	%	n	%
Total	75	100,0	45	100,0	30	100,0
Colisión con motocicleta	23	30,7	12	26,7	11	36,7
Colisión entre vehículos	19	25,3	10	22,2	9	30,0
Vuelco	4	5,3	2	4,4	2	6,7
Colisión con objeto fijo	2	2,7	1	2,2	1	3,3
Atropello animal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Atropello a persona	6	8,0	2	4,4	4	13,3
Colisión con bicicleta	3	4,0	3	6,7	0	0,0
Salió de la vía	13	17,3	11	24,4	2	6,7
Caida de algún ocupante	2	2,7	2	4,4	0	0,0
Objeto sobre vehículo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otros	3	4,0	2	4,4	1	3,3
Desconocido	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Cosevi. Área de Investigación y Estadística.

Cuadro 22

Cuadro 6-426 Abangares: número y porcentaje de accidentes de tránsito con víctimas por clase, según día en 2021

Día de la semana	Clase de accidente					
	Total		Solo heridos leves		Con muertos o graves	
	n	%	n	%	n	%
Total	75	100,0	45	100,0	30	100,0
Domingo	17	22,7	10	22,2	7	23,3
Lunes	11	14,7	5	11,1	6	20,0
Martes	12	16,0	9	20,0	3	10,0
Miércoles	5	6,7	4	8,9	1	3,3
Jueves	9	12,0	5	11,1	4	13,3
Viernes	11	14,7	6	13,3	5	16,7
Sábado	10	13,3	6	13,3	4	13,3

Fuente: Cosevi. Área de Investigación y Estadística.

Analizando la información anterior del año 2021, las personas involucradas en accidentes de tránsito son principalmente conductores, seguido de motociclistas y pasajeros, de estas personas el 77% se encuentran en edades de 20 a 64 años. En la imagen con el cuadro 6-423 se muestra que el 77.9% son hombres los involucrados en accidentes de tránsito y que en los meses del año donde ocurrieron mayor cantidad de accidentes en el 2021 fueron abril, junio, noviembre y diciembre. La franja horaria donde ocurrieron más accidentes es de 18:00hrs a las 23: 59hrs y el porcentaje mayor de accidentes fue por colisiones de motocicletas, con el mayor porcentaje de heridos graves o muertes, por otra parte los días domingos tuvo el mayor porcentaje de accidentes.

Ante el alto porcentaje de accidentes de vehículos, es que este evento viene como el problema mortalidad prioritario para la población de 20 a 64 años de edad, por lo que dentro del proceso de la metodología ASIS, se le solicitó un análisis a un grupo de expertos en el tema, el cual arrojó que existen 5 causas raíz que lo definen, las cuales son las siguientes:

En el Determinante estructural se encuentra el Contexto socio político:

-Poca presencia de policía de tránsito en la zona, debido a la poca inversión pública en contratación de recurso humano, como causa secundaria. Aunque el sector público este un poco limitado en recursos económico, se debe buscar estrategias educación y prevención de accidentes, así como una vigilancia regular.

Determinantes intermedios, específicamente comportamiento.

-Prácticas y comportamientos temerarios: los expertos atribuyen esta causa al consumo de drogas y alcohol, así como a la falta de responsabilidad ciudadana y de la débil educación vial.

-Manejo Temerario: muy relacionada a la anterior, los expertos indican que la causa secundaria está relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas y a una actitud irresponsable por parte de los conductores/as.

-Violencia: las causas secundarias identificadas son el estrés, la falta de tolerancia y como causa terciaria el mal manejo de las emociones.

Este determinante y sus causas están estrechamente relacionado al componente de salud mental, donde nuevamente el estrés figura, pero además se complementa con la débil gestión de las emociones de los conductores, que a su vez desencadena en situaciones de violencia y mortalidad en carretera.

En el Determinante estructural se encuentra el contexto socioeconómico.

-Limitada Educación Vial: los expertos indicaron que falta educación vial desde primaria y secundaria es un factor importante, así como la carencia de recursos para procesos educativos.

Con este panorama, se proponen algunas líneas de acción que brinden una guía hacia donde se deben dirigir acciones que prevengan o minimicen los impactos del evento analizado.

Cuadro 23

Líneas de acción para el abordaje de Accidentes de vehículo de motor o sin motor (V89).

Dimensión	Causas Raíz	Factor Protector	Líneas de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador
Contexto Sociopolítico	Poca presencia de policía de tránsito en la zona	Policía de Tránsito destacada en el cantón	Asignación de recursos para la contratación de oficiales de tránsito	COSEVI MOPT Policía de Transito	Municipalidad de Abangares
			Articulación interinstitucional para la solicitud de mayor presencia de policía de tránsito en el cantón.	CCCI Abangares	

Comportamiento	Prácticas y comportamientos temerarios	Actividades educativas, recreativas y deportivas	Implementar una estrategia cantonal de recuperación de espacios públicos con realización de actividades recreativas y educativas a través del posicionamiento del sentido de pertenencia.	Municipalidad de Abangares Concejo Municipal Distrito Colorado	Instituciones públicas Organizaciones locales: Comité Cantonal de Deporte y Recreación, RECAFIS, UNCADA, Asociaciones, Comités
Comportamiento	Manejo Temerario	Conocimiento y divulgación de los factores de riesgo	Campaña de Comunicación en redes sociales sobre Seguridad y educación Vial	COSEVI – Policía de Tránsito Fuerza Publica	Instituciones públicas Organizaciones locales: Comité Cantonal de Deporte y Recreación, RECAFIS, UNCADA, Asociaciones, Comités

Comportamiento	Violencia	Desarrollo de Programas a nivel cantonal sobre prevención de la Violencia	Fortalecimiento económico y apoyo político de la Oficina de la Mujer de la Municipalidad de Abangares para el desarrollo de procesos educativos sostenibles en prevención de la violencia, Masculinidades saludables y cultura de paz.	Municipalidad de Abangares	Red Prevención de la Violencia Instituciones Públicas Organizaciones locales: Comité Cantonal de Deporte y Recreación, RECAFIS, UNCADA, Asociaciones, Comités.
			Creación de Oficina de la Mujer o de Gestión Social con contenido presupuestario en el distrito Colorado para la implementación de acciones en prevención de la violencia, masculinidades saludables y cultura de paz.	Concejo Municipal Distrito Colorado	
Socioeconómico	Limitada Educación Vial	Educación Vial	Desarrollar campañas de educación vial en carretera en las zonas de mayor riesgo	COSEVI de Policía Tránsito Fuerza Publica	Instituciones Públicas Organizaciones locales: Comité Cantonal de

		Realizar operativos de tránsito regulares en el cantón de Abangares	COSEVI de Policía de Tránsito Fuerza Publica	Deporte y Recreación, RECAFIS, UNCADA, Asociaciones, Comités.
--	--	---	--	---

Mayores de 65 años: Otras enfermedades obstructivas crónicas (J44)

La Organización Mundial de la Salud establece que *la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una “enfermedad pulmonar común que reduce el flujo de aire y causa problemas respiratorios. A veces se denomina «enfisema» o «bronquitis crónica». El enfisema generalmente se refiere a la destrucción de los pequeños sacos de aire al final de las vías respiratorias en los pulmones. La bronquitis crónica se refiere a una tos crónica con la producción de flema resultante de la inflamación en las vías respiratorias. La EPOC y el asma comparten síntomas comunes (tos, sibilancias y dificultad para respirar) y las personas pueden tener ambas afecciones. En las personas con EPOC, la mucosidad puede dañar u obstruir los pulmones. Los síntomas pueden ser tos (a veces con esputo), problemas para respirar, sibilancias y fatiga.”*⁵

Dentro de las causas más comunes de esta enfermedad se encuentra el consumo de tabaco, la contaminación del aire en el hogar y el medio ambiente, los productos químicos en el lugar de trabajo y la exposición al polvo y otros contaminantes ambientales son los factores de riesgo más importantes. (OPS, 2021). Sin embargo, para estudiar la EPOC es importante conocer los antecedentes de exposición a los factores de riesgo y la identificación de la presencia de los principales síntomas; además es esencial una historia clínica bien detallada, que permita recabar la mayor cantidad de información del paciente, así como efectuar una espirometría para establecer el diagnóstico. (Martínez, Rojas & Lázaro, 2020).

Es importante precisar que, “La EPOC actualmente ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Su prevalencia depende del país, la edad y el sexo, pero se aproxima a 10% en personas mayores de 40 años. En 2012 fallecieron más de 3 millones de personas por esta causa y se prevé que para el año 2030 sea la tercera causa de muerte debido a la exposición continua a los factores de riesgo y al envejecimiento de la población. Los datos reportados sobre la prevalencia de la EPOC dependen de la zona geográfica y de los criterios diagnósticos utilizados. Afecta más a hombres que a mujeres, pero esta diferencia puede cambiar, ya que en los países desarrollados cada vez más mujeres han adquirido el hábito de fumar; y en los países en desarrollo, las mujeres no fumadoras están expuestas a productos de la combustión de biomasa.” (Martínez, Rojas & Lázaro, 2020).

⁵ [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Los datos expuestos a nivel internacional son concordantes con la situación de Costa Rica, siendo que, de conformidad con lo indicado en el Análisis de la Situación Integral en Salud del Ministerio de Salud elaborado en el 2019, la EPOC corresponde a la tercera causa de mortalidad en personas de mayores de 65 años, siendo que todos los fallecidos por esta enfermedad el 95% ha sido en personas mayores a esa edad. Lo anterior, producto de la exposición repetitiva a diversos irritantes, dentro de los cuales figura el humo del cigarrillo, el humo de cocinas de leña y otros propios de la industria como gases o químicos.

En complemento se tiene que, a nivel del cantón de Abangares en un promedio de 3.75% la población más afectada sería las personas con edades de más de 65 años, y solamente un promedio de 0.125% corresponde a personas con edad de 20 a 64 años. Asimismo, el Área de Salud de Abangares tiene identificado que en el 2019 se contaron con 59 casos de personas diagnosticadas con EPOC, en el 2020 con 33, en el 2021 con 36 y en el 2022 con 19. En ese sentido, se identifica que la tendencia en los últimos 4 años ha sido una disminución de casos, tal es el caso que en el 2022 se tuvo menos de la mitad de los casos reportados en el 2019.

Cabe señalar que, en muchas ocasiones las condiciones sociales, económicas y del sistema de salud influyen directamente en esta población, ya que su falta de atención por parte de especialistas en la región, así como una inadecuada administración del tratamiento perjudica negativamente en su recuperación.

A nivel nacional el uso de cigarrillos contribuye en mayor medida a la enfermedad. Sin embargo, es importante indicar que el país en el año 2014 promovió la Ley General para el Control de Tabaco y sus efectos Nocivos en la Salud, Ley N.º 9028, la cual ha venido a regular el uso del tabaco en su presentación, el consumo en diversos lugares, así como la promoción de este.

Con respecto a su tratamiento, se pueden emplear medicamentos para tratar la EPOC, los cuales corresponden a tratamientos farmacológicos individualizado, los cuales reducen los síntomas, la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones. No obstante, es importante precisar que, hasta la fecha, no hay ningún medicamento que modifique el deterioro a largo plazo de la función pulmonar (Martínez, Rojas & Lázaro, 2020).

Finalmente, se resalta que la EPOC no es curable, pero el tratamiento permite retrasar la progresión de la enfermedad; sin embargo, un tratamiento adecuado y oportuno, así como a la rehabilitación pulmonar, ayuda a controlar los síntomas y permite mejorar la calidad de vida de las personas con la enfermedad. (OPS, 2019).

Como parte del diagnóstico, se consultó a un grupo de expertos, los cuales identifiqué y priorizo las siguientes causas raíz de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las cuales en el análisis de Pareto alcanzan un porcentaje de 80% y corresponden a: 4.1 Carencia programas de cesación de fumado (determinante servicios de salud) con respecto a esto se tiene como causa terciaria que no se cuenta a nivel local con programa de cesación de fumado. 4.2 Faltante de especialistas neumólogos en la región

(determinante servicios de salud) actualmente en el cantón no se cuenta con neumólogos que puedan facilitar las consultas de este tipo de pacientes. 5.1 Consumo de tabaco pasivo o activo. (determinante comportamiento), los expertos asocian esto a una causa terciaria que sería el comportamiento aprendido y el inicio temprano del tabaquismo. 5.2 Poca adherencia al tratamiento (determinante comportamiento), como causa secundaria mencionan la falta de conciencia del autocuidado.

A continuación, se presentan las principales líneas de acción según determinante y causa raíz priorizadas por el grupo de expertos.

Cuadro 24

Líneas de acción para el abordaje de Otras enfermedades obstructivas crónicas (J44)

Dimensión	Causas Raíz	Factor Protector	Líneas de Acción	Actor Responsable	Actor Colaborador
Comportamiento	4.1 Consumo tabaco activo y pasivo.	Estilos de vida saludables.	Brindar educación acerca de los efectos dañinos del fumado.	CCSS	Ministerio de salud Ministerio de Educación Pública
			Regular espacios públicos y privados en la aplicación de la ley 9028.	MS	Fuerza Pública
Comportamiento	4.2 Poca adherencia al tratamiento	Estilos de vida saludables.	Brindar educación al paciente acerca de su enfermedad y los beneficios de una correcta adherencia al tratamiento.	CCSS	Ministerio de Salud Ministerio de Educación Pública
			Educar a la familia para que puedan brindar soporte emocional al paciente durante su tratamiento.	CCSS	Ministerio de Salud

Servicios de Salud	de	6.1 Carencia de programa de cese al fumado	Fortalecer la Atención Primaria en Salud para la atención de las enfermedades no transmisibles (ENTO)	Mejorar la atención primaria de salud y el trabajo articulado con actores sociales del sistema de salud, para el fortalecimiento de la calidad de la atención de las ENTO en la población	CCSS	Ministerio de Salud Gerencia Médica CCSS.
				Formulación e implementación de Campañas de comunicación para la promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo.	Ministerio de Salud: Unidad de Planificación Sectorial y la Unidad de comunicación	Comisión Nacional Intersectorial de ENTO
Servicios de Salud.	de	6.2 Faltantes de especialistas en neumología en la región.	Aumentar la cantidad de especialistas en neumología en el segundo y tercer nivel.	Gestionar la creación de plazas de especialistas en neumología en la región.	CCSS	Ministerio de Salud

Problema general: Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón (I25)

La enfermedad isquémica del corazón es definida según lo Organización Panamericana de la Salud como: las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis. Una acumulación de placa grasosa que se espesa y endurece en las paredes arteriales, que puede inhibir el flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos y puede conducir a un ataque al corazón, dolor de pecho (angina) o derrame cerebral... (PAHO, 2023)

A nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares son las más mortíferas del mundo; anualmente ocurren la muerte de 17,3 millones de vidas y se espera que para 2030, unos 23.6 millones de personas pueden morir por estas enfermedades.

Según la Dra. Montero Brenes y colaboradores, esta enfermedad es la causa de más muertes y discapacidad en el mundo; en Costa Rica es la principal causa de mortalidad superando a las enfermedades transmisibles que predominaban antes del año 2000, y que a partir de este año se considera la principal causa de muerte en Costa Rica, similar a las causas de muertes de países desarrollados.

En Costa Rica, las Enfermedades No Transmisibles ocupan la primera causa de muerte, morbilidad y discapacidad según datos del Ministerio de Salud al 18 de enero de 2023. Para el año 2019, las Enfermedades No Transmisibles representaron el 80.73% de causas de defunciones a nivel nacional; siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor proporción con un 31.74%, seguidas por el cáncer con un 26.58%.

El problema de salud general identificado en el cantón de Abangares es la enfermedad isquémica crónica del corazón y del aporte dado por los expertos, las causas raíz que en el análisis de Pareto alcanzan un porcentaje de 80% que pueden incidir sobre el problema de salud son los siguientes:

1. Debilitamiento de los programas de salud (1.1)
2. Aumento de la enfermedad arterioesclerótica (3.1)
3. Sedentarismo (4.1)
4. Hábitos de alimentación inadecuados (4.2)

Con respecto a la causa raíz identificada de Debilitamiento de los programas de salud (1.1), es un factor sociopolítico del cual se logra identificar causas secundarias, las cuales son: poca inversión en los programas de salud (1.1.1), poca participación intersectorial en salud (1.1.2) y poca capacidad instalada (1.1.3); que a su vez se le asocia por parte de los expertos causas terciarias tales como falta de interés por parte de los jefes, políticas que no responden a la necesidad real de la población y falta de personal e infraestructura adecuada.

Con respecto a la causa raíz de debilitamiento de los programas de salud, la respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a través del departamento de enfermedades transmisibles y salud mental es la coordinación con HEARTS en las Américas.

HEARTS en las Américas es una iniciativa liderada por los Ministerios de Salud de la región con participación de actores locales y con acompañamiento técnico de la Organización Panamericana de la Salud que busca integrar progresivamente a los servicios de salud ya existentes la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares buscando mejorar el desempeño de estos servicios mediante el mejor control de la hipertensión y la promoción de la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria en salud.

HEARTS en las Américas en estos momentos se está implementando en 32 países de la región para incluir a 2867 centros de salud que cubrirán entre todos a unos 30 millones de adultos en los lugares de captación respectivos. Se espera que sea el modelo de manejo del riesgo cardiovascular en la atención primaria de la salud en la Región de las Américas para el año 2025.

Los pilares técnicos de HEARTS son los siguientes:

1. Protocolo de tratamientos estandarizados y tratamiento.
2. Medición de la presión arterial.
3. Entrenamiento y educación.
4. Estandarización de datos e innovación en la utilización de datos.
5. Investigación de la implementación y evaluación de programas.
6. Innovación en la organización de la atención y trabajo basados en equipo.

En la causa raíz identificada de aumento de la enfermedad arterioesclerótica (3.1), es un factor biológico del cual se logra identificar causas secundarias, las cuales son: Envejecimiento de la población (3.1.1) y aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) (3.1.2); que a su vez se le asocia por parte de los expertos causas terciarias tales como aumento en la esperanza de vida en el país y mal control metabólicos de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Con respecto al aumento de la enfermedad aterosclerótica debido al aumento de la esperanza de vida de la población costarricense y por ende la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles; la Organización Panamericana de la Salud indica que cada año pierden la vida más personas por las enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa y que tres cuartas partes de estas muertes ocurre en países de mediano y bajo ingreso.

En la causa raíz identificada de sedentarismo (4.1), es un factor de comportamiento del cual se logra identificar causas secundarias, las cuales son:

Déficit de estilos de vida saludables (4.1.1), conductas aprendidas (4.1.2) y entornos sociales inadecuados (4.1.3); que a su vez se le asocia por parte de los expertos causas terciarias tales como planificación inadecuada del tiempo libre, déficit de estilos de vida saludables y limitados espacios públicos para recreación y actividad física.

Con respecto al sedentarismo como una causa raíz de la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón; la Organización Panamericana de la Salud claramente indica que las personas que no realizan actividad física suficiente tienen una probabilidad de entre 20 - 30 % de morir antes de tiempo en comparación con las personas que realizan actividad física regular. La inactividad física es un factor de riesgo importante para la aparición de las enfermedades cardiovasculares.

En la causa raíz identificada de hábitos de alimentación inadecuados (4.2), es un factor de comportamiento del cual se logra identificar causas secundarias, las cuales son: Déficit de estilos de vida saludables (4.2.1), conductas inadecuadas aprendidas (4.2.2.) y exceso en el consumo de alimentos no saludables (4.2.3); que a su vez se le asocia por parte de los expertos causas terciarias tales como planificación inadecuada de la alimentación diaria, influencia en los patrones alimenticios inadecuados y mayor acceso a alimentos no saludables.

Con respecto a los hábitos alimenticios inadecuados como una causa raíz de la Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón; la Organización Panamericana de la Salud indica que el riesgo de padecer esta enfermedad aumenta por una alimentación poco saludable, que se caracteriza por el bajo consumo de frutas y verduras y un consumo elevado de grasas, azúcares y sal, que contribuye al sobrepeso y a la obesidad, la cual es un factor de riesgo muy importante para las enfermedades cardiovasculares.

Cuadro 25

**Líneas de acción para abordaje de Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón
(I25)**

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	1.1 Debilitamiento de los programas de salud	Fortalecimiento de los programas de salud	Mejorar la atención primaria de salud y el trabajo articulado con actores sociales del sistema de salud, para el fortalecimiento de la calidad de la atención de las ENTO en la población	Ministerio de Salud, CCSS	Ministerio de Salud: Dirección de Planificación, Unidad de Planificación Sectorial y CCSS: Gerencia Medica
Bilógico	3.1 Aumento de la enfermedad arterioesclerótica	Disminución de la enfermedad arterioesclerótica	Disminuir el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad	Ministerio de Salud, CCSS, ICODER	INCIENSA Y MTSS
Comportamiento	4.1 Sedentarismo	Actividad física moderada	Aumento de la prevalencia de actividad física de intensidad moderada en la población de 20 años o más.	Ministerio de Salud, ICODER	IAFA, MTSS, CCSS,

Comportamiento	4.2 Hábitos de alimentación inadecuados	Hábitos alimenticios saludables	Facilitar las condiciones para la adopción de estilos de vida saludable (salud mental, alimentación saludable, actividad física entre otros)	Ministerio de Salud, CCSS, RECAFIS, Salud Mental, CCDR	ICODER, Municipalidad, Ministerio del Deporte, MTSS, MEP, MAG
-----------------------	---	---------------------------------	--	--	---

PROBLEMAS PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD

Falta de Disponibilidad de Agua Potable.

La disponibilidad de agua potable en la sociedad cada día más se convierte en un factor determinante y primordial para que las sociedades, las comunidades y la población en general puedan continuar subsistiendo y desarrollándose, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas, mejorar el entorno social y urbano y permitir un mejor crecimiento comercial, agropecuario, tecnológico e industrial.

En los últimos años la disponibilidad y acceso a este recurso hídrico de forma potable ha tenido que enfrentar múltiples causas o factores que inciden directa e indirectamente de forma negativa en la sostenibilidad y permanencia de un escenario seguro que garantice la disponibilidad de agua potable en las sociedades urbanas y rurales. Costa Rica como país no está exento de esta problemática, en realidad existen gran variedad de causas que facilitan escenarios poco seguros y vulnerables causantes de potenciar la falta de disponibilidad de agua potable en las distintas comunidades de este país.

Desde niveles políticos, técnicos, grupos comunales y académicos se han ejecutado acciones capaces de identificar la problemática y evidenciar los posibles escenarios de riesgo a los que se expone el país en materia de acceso y disponibilidad de agua potable.

En la actualidad se dispone de mucha data e información que demuestra técnica y científicamente que el problema existe y es una completa realidad; según la Organización de Alimentación y Agricultura de la ONU, en el año 2002, en todo el mundo, 1.100 millones de personas carecían de agua potable segura y 2.400 millones carecían de servicios sanitarios adecuados, y se estima que la disponibilidad de agua potable per cápita mundial habrá disminuido en un 80% entre 1960 y 2025 (Ramonet 2002), (Valverde 2023, Revista de Ciencias Ambientales, UNA).

Algunos de los factores causantes de esta drástica disminución son: pérdida de cobertura boscosa estimada entre 10 y 17 millones de hectáreas por año, lo cual contribuye considerablemente a disminuir la recarga hídrica; 50% de los acuíferos son poco profundos y muestran parámetros de contaminación por encima de la norma establecida

para el agua potable (Rothfeder 2001), y elevada extracción de aguas subterráneas que sobrepasa la capacidad de recarga real de estos cuerpos hídricos (Ramonet 2002), (Valverde 2023, Revista de Ciencias Ambientales, UNA).

Algunos datos e información técnica que ayuda a comprender esta problemática en nuestro país y sirve como referencia es lo evidenciado por el programa Estado de la Nación en donde se informa que; Costa Rica es el país de la región que reporta la mayor extracción per cápita de agua dulce; sin embargo, es el país de la región, junto con Honduras, cuyas extracciones para fines domésticos son las menores. En Costa Rica, el 60% de las necesidades de agua para consumo humano y más del 36% de la requerida en la industria son obtenidas de los acuíferos. La extracción de aguas subterráneas se ha incrementado aceleradamente y la imposibilidad de cuantificar esta demanda sigue siendo una situación preocupante (Estado de la Nación 2002), (Valverde 2023, Revista de Ciencias Ambientales, UNA).

En abastecimiento de agua potable se tiene como referencia que; Costa Rica se encontraba entre los países cuya población sin acceso al agua potable segura oscilaba entre el 1 y el 25%. La disponibilidad del recurso hídrico no implica una disponibilidad consecuente de agua de calidad potable. Del 97,8% de la población costarricense que recibió agua para consumo humano, 75,8% fue abastecida con agua de calidad potable y 24,2% (962.132 habitantes) no recibió agua potable (según el censo de población del año 2000). 89,3% del total de la población recibe agua por servicios de acueductos públicos, variando por zona: 98,4% en zona urbana y 75,4% en zona rural (Estado de la Nación 2002), (Valverde 2023, Revista de Ciencias Ambientales, UNA).

Así mismo, en el tema de amenazas a la disponibilidad de agua potable; se estima que el 75% de las fuentes de abastecimiento están calificadas como altamente vulnerables, en especial las superficiales o manantiales. El aporte de nitratos por fertilizantes, la salinización en acuíferos costeros y por evacuación de excretas por tanques sépticos se reportan como las principales amenazas (según Estado de la Nación 2002, citado en Ballesteros et al. 2002). Casi el 70% de las aguas domésticas es evacuado por sistemas de tanques sépticos (Estado de la Nación 2002), (Valverde 2023, Revista de Ciencias Ambientales, UNA).

Estas amenazas y muchos otros factores de riesgo son causantes de la falta de disponibilidad de agua potable en Costa Rica, a todo lo anterior se debe sumar todo lo analizado y discutido mediante la metodología del Diagrama de Causa-Efecto utilizado en el proyecto ASIS-2023 del Ministerio de Salud de Abangares, este diagrama permite analizar y observar la relación multicausal entre los determinantes que inciden sobre el evento en salud analizado, en el presente caso se trata de la falta de disponibilidad de agua potable en el cantón de Abangares. Esto permite conocer más a fondo que el estado de salud de la población es resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, esta situación plantea importantes retos para la economía, el sistema de salud y otros sectores de la comunidad de Abangares que deben adoptar medidas conjuntas a fin de disminuir los factores de riesgo asociados al evento.

Se observa en el diagrama que los factores de riesgo que el grupo de expertos consultado identificó y priorizó son las siguientes nueve causas raíz de la problemática falta de disponibilidad de agua potable en el cantón de Abangares: 4.1 Control y seguimiento de enfermedades, 4.3 Actividades de Promoción (determinantes de servicios de salud), 1.2 Falta de Priorización de Política Pública, 1.3 Gasto e inversión en infraestructura (determinantes sociopolítico), 2.2 Educación en la Gestión del recurso Hídrico (determinante socioeconómico), 3.1 Servicios Básicos y Saneamiento, 3.2 Calidad y Cobertura del Agua, 3.3 Acceso a Bienes y Servicios. (determinantes circunstancias materiales) y 5.1 Participación Social (determinante comportamientos). Estas causas raíz se obtuvieron del análisis realizado mediante la metodología de Pareto utilizando los siguientes criterios de priorización: nivel de influencia, nivel de importancia y nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz.

Todas las causas raíz descritas anteriormente se ubican en los porcentajes de 80% lo que significa que tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud. No obstante, como se observa estos nueve factores de riesgo identificados y causantes de la falta de disponibilidad de agua potable en el cantón de Abangares, son ampliamente modificables y variables en el tiempo por tal razón, se deben seleccionar y priorizar las líneas de acción de las primeras 5 causas con asignación de 80% según determinante y causa raíz, priorizadas por el grupo de expertos. Tal y como se muestra a continuación.

Cuadro 26

Líneas de acción para el abordaje de Disponibilidad de agua potable.

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicios de Salud	4.1 Control y seguimiento de enfermedades	Iniciar un control y seguimiento de enfermedades de origen hídrico.	Implementar desde nivel local un sistema que registre y genere información base sobre enfermedades de origen hídrico.	C.C.S.S.	Universidades, A y A, INCIENSA, Dirección de Agua, Ministerio de Salud.

Sociopolítico	1.3 Gasto e inversión en infraestructura	Optimizar la planificación de infraestructura y gestión integrada de agua para el cantón de Abangares.	Dar a conocer y socializar el Plan de Infraestructura y Gestión Integrada de Agua para la región Pacífico Norte 2020-2030 del Programa Integral de Abastecimiento de Agua para Guanacaste (PIAAG), con el fin de estimular acciones de apoyo institucional y ejecutar las líneas estratégicas y acciones propuestas en dicho plan.	Consejo Cantonal de Coordinación Institucional (CCCI) de Abangares	Municipalidad de Abangares, Academia, Unidad Hidrológica Tempisque Pacifico Norte, Consejo Municipal de Distrito de Colorado, A y A, IFAM, ASADAS de Abangares, SINAC, SENARA.
Socioeconómico	2.2 Educación en la gestión del recurso hídrico	Educar y sensibilizar a la población de Abangares en la gestión del recurso hídrico.	Desarrollar campañas de valorización del agua y sensibilización sobre la importancia del uso eficiente del agua, disminución de contaminación y la protección de fuentes.	Municipalidad de Abangares y A y A.	Academia, Dirección de Agua, Ministerio de Salud, ASADAS, MEP, SENARA e INA, Consejo Municipal de Distrito de Colorado, ASADAS.

			Sancionar de forma pecuniaria prácticas y actividades humanas que generen contaminación del agua debido a inadecuada disposición final de residuos sólidos.	Municipalidad de Abangares. Concejo Municipal de Distrito Colorado.	Tribunal Ambiental Administrativo, Dirección de Agua y Ministerio de Salud.
			Sancionar de forma pecuniaria prácticas y actividades humanas que generen contaminación del agua debido a inadecuada disposición final de residuos líquidos y otros.	Ministerio de Salud, Dirección de Agua, Municipalidad de Abangares, Concejo Municipal de Distrito de Colorado, ASADAS de Abangares y otras entidades públicas.	Tribunal Ambiental Administrativo.
Circunstancias Materiales	3.1 Servicios básicos y saneamiento	Optimizar servicios básicos y saneamiento en el cantón de Abangares.	Elaborar un Plan Maestro de Agua Potable y Saneamiento para el cantón de Abangares que incluya la totalidad de operadores	A y A, Municipalidad de Abangares.	Academia, Dirección de Agua, Ministerio de Salud, ASADAS, IFAM, INA y SENARA.

Circunstancias Materiales	3.2 Calidad y cobertura del agua	Mejorar la calidad y cobertura del agua potable en el cantón de Abangares.	Realizar un análisis y estudio para identificar las zonas o lugares que no tienen acceso a agua potable en el cantón de Abangares.	Municipalidad de Abangares. A y A.	Academia, Dirección de Agua, Consejo Municipal de Distrito de Colorado, ASADAS.
			Continuar monitoreando la calidad del agua potable mediante análisis de laboratorio.	Municipalidad de Abangares ASADAS y A y A.	Academia, Dirección de Agua y Ministerio de Salud.

Drogadicción

Abuso de sustancias

El uso de la cocaína y sus derivados es considerado ilícito y solo autorizado con fines médicos o de investigación. El uso de sustancias psicoactivas siempre implica un grado de riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre distintos órganos y sistemas, las cuales pueden darse en el corto plazo, como en el caso de la intoxicación, la cual incrementa el riesgo de lesiones por accidentes o agresión, así como conductas sexuales en condiciones inseguras.

El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias, favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal.

Los trastornos causados por el uso de drogas son una pesada carga para los individuos y las comunidades. El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud. Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones personales.

Las cargas sociales y para la salud impuestas no son inevitables, los problemas causados por las drogas y la dependencia de estas son prevenibles y tratables. Cuando se lo identifica tempranamente, el uso riesgoso de drogas puede ser reducido o

restringido mediante evaluaciones de la salud e intervenciones breves, antes de que las personas que lo consumen se vuelvan dependientes.

Las drogas ilegales son usadas con más frecuencia en los países de ingresos altos de las Américas, pero las consecuencias de la dependencia de drogas para la salud, enfermedades, discapacidades y defunciones ocurren de manera desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde las personas tienen menos acceso a la atención de salud.

En general, las personas consumen drogas por varias razones:

- Para sentirse bien. Las drogas pueden producir sensaciones intensas de placer.
- Para sentirse mejor.
- Para desempeñarse mejor.
- Por curiosidad y presión social.

En algunos casos, los trastornos de salud mental como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden preceder, desencadenar o exacerbar estos trastornos mentales, especialmente en personas con determinadas vulnerabilidades.

Tipos de afecciones a problemas de la salud mental

- Ansiedad.
- Depresión.
- Trastorno de oposición desafiante.
- Trastorno de la conducta.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático

Problemática del consumo de drogas

La producción, consumo, comercialización y tráfico ilícito de drogas constituyen una problemática de relevancia social desde que el ser humano descubrió que el consumo de algunas sustancias (drogas) modificaba su estado de conciencia; sin embargo, el uso y consumo ancestral de las drogas estaban vinculados exclusivamente a manifestaciones místicas religiosas de los diversos pueblos y comunidades originarios, indígena-campesinas, y otras culturas. El efecto “mágico” del consumo de algunas sustancias servía para “elevar” el espíritu del individuo; la creencia era que la “modificación del estado de conciencia” - que experimentaban los sacerdotes, brujos o chamanes - facilitaba el contacto con las divinidades y canalizar energía cósmica.

¿Cuándo se constituye en problema el consumo de drogas? El consumo de drogas se constituye en un problema cuando su uso rebasa el marco tradicional, místico y religioso. Cuando las drogas que eran consideradas un “un medio” pasan a ser “un fin en sí mismos”³, cumpliendo una finalidad hedonista en el principio de “placer-displacer”.

En la Edad moderna, la colonia española en América cambió el sentido del uso y consumo de algunas sustancias como la coca. Los mineros y campesinos eran obligados a consumir la hoja de coca en el trabajo de las minas y la tierra, sobre todo por sus efectos de adormecimiento, eliminación de la fatiga y mayor rendimiento laboral.

Las dos “guerras del opio” (1839-1842 y 1856-1858) tenían el propósito de defender el “derecho” de los ingleses a vender opio a los “señores de la guerra”. En ambas confrontaciones, los chinos fueron derrotados con un triste balance de enfermos dependientes del opio.

En el siglo XX aumenta el consumo de morfina, a consecuencia sobre todo de la primera guerra mundial (1914-1918). Muchos heridos tratados con esta droga como analgésico se convierten luego en adictos a la misma.

Durante la segunda guerra mundial (1939-1945), los médicos de los ejércitos norteamericano, inglés, alemán y japonés administraron o recetaron las anfetaminas de manera masiva entre los soldados, con el propósito de reducir la fatiga, reforzar la resistencia y “elevar el espíritu guerrero” de los combatientes; posteriormente, estas acciones desencadenaron fenómenos de abuso y adicción.

La masificación del consumo de drogas en la sociedad mundial se inició en los movimientos de juveniles de la década de los años 60s, como protesta a la estructura social imperante, simbolizada especialmente en el rechazo a la guerra del Vietnam.

¿Cómo afectan las drogas al cerebro? Las drogas son sustancias químicas que actúan sobre la estructura del cerebro “... penetrando el sistema de comunicación del cerebro e interfiriendo con la manera que las células nerviosas normalmente envían, reciben y procesan la información”²⁶. La acción que ejercen las sustancias o drogas en la transmisión del impulso nervioso puede identificarse de diferentes maneras:

Los neurotransmisores actúan como mensajeros químicos del cerebro en el proceso de la sinapsis. Las drogas consumidas incrementan particularmente la actividad de ciertos neurotransmisores, entre ellos “...la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardiaco)”.

- Algunas drogas como la marihuana imitan o se parecen a los neurotransmisores que el organismo produce, por lo que puede unirse a las neuronas receptoras saturándolas.
- Otras drogas como la cocaína o las anfetaminas estimulan la producción de mayor cantidad de neurotransmisores, trastornando los canales de comunicación entre las neuronas.

Las drogas y el sistema de gratificación El uso indebido de drogas ataca, directa o indirectamente, al sistema de gratificación del cerebro, inundando el circuito con

dopamina. “La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en regiones del cerebro que regulan el movimiento, las emociones, la cognición, la motivación y los sentimientos de placer. La sobreestimulación de este sistema, que recompensa nuestros comportamientos naturales, produce los efectos de euforia que buscan las personas que abusan (del consumo) de las drogas y les enseña a repetir este comportamiento”. El cerebro está diseñado para repetir las actividades que sostienen la vida al asociar dichas actividades con el placer o la gratificación, por ejemplo, comer y dormir.

Si bien las sustancias o drogas adictivas se comportan de manera similar a las recompensas naturales; sin embargo, existe una diferencia importante entre la recompensa generada por las drogas y la recompensa generada por un estímulo natural. Las recompensas naturales producen, una vez consumidas, un efecto de saciedad, es decir, una vez satisfecho el deseo o necesidad de consumo de las recompensas naturales, inmediatamente disminuye la liberación de dopamina; en cambio, las drogas adictivas “usurpan” los mecanismos de la recompensa “sin saciarlos”, y produce en su lugar una “sensibilización dopaminérgica”; es decir, las drogas - una vez consumidas - lejos de producir una disminución de la dopamina liberada, la incrementa (no se presenta la saciedad).

La sensibilización dopaminérgica implica que, durante el consumo crónico, los efectos placenteros de la droga van disminuyendo progresivamente, principalmente debido a la tolerancia y a mecanismos de neuro adaptación. Es decir que se genera una situación bifásica en la liberación de la dopamina: por una parte, en los momentos de ingesta de la droga los niveles de dopamina sináptica aumentan; mientras que, cuando cesa el consumo o durante la abstinencia se produce una disminución de los niveles de dopamina, lo que explica el comportamiento de los drogadictos de consumir drogas cada vez en mayor cantidad y con mayor frecuencia, no para sentirse mejor, sino para evitar las sensaciones de decaimiento y malestar.

Factores de Riesgo para el consumo de drogas

Se define como “Factores de Riesgo” a aquellas situaciones internas y/o externas, individuales y/o de contexto que facilitan o incrementan las probabilidades del uso indebido de drogas; su presencia en una persona no determina o garantiza el consumo, sólo incrementan la probabilidad del consumo, por lo que, a mayor cantidad de factores de riesgo mayor probabilidad de consumo de drogas.

Podemos encontrarnos en varios ámbitos las cuales podrían propiciar el consumo de drogas como, por ejemplo:

- La personalidad de una persona: la cual no es capaz de tomar decisiones por si misma.
- Enfermedades crónicas físicas o mentales: tendencias a conductas antisociales y carencia del autocontrol

- El entorno: interacción con personas que podrían influir en el comportamiento sobre el consumo de drogas ya sea en la familia, trabajo, centros de estudio, reuniones, etc.
- Familia: ausencia del rol patriarcal, falta de valores y mal educación por parte de padres/madres, actitudes de rechazo de padres/madres hacia sus hijos (as), consumo y venta de drogas y alcohol por parte de familiares como patrón de conducta,
- Amigos, amistades y otros: influencias negativas de ámbito por personas que ya consumen alguna droga, y por encajar en este círculo se dejan influir o manipular con fin de ser parte de.
- Centros educativos: cada vez y año con año crecen

La droga en sí misma no es un factor determinante para el consumo; sin embargo, es un factor de riesgo. Al existir mayor oferta y disponibilidad de una droga, es también mayor la probabilidad de su consumo.

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 450 millones de personas padecen actualmente enfermedades mentales, lo que las convierte en la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Aquí en casa, afecta a más de 6,7 millones de personas. De hecho, uno de cada dos canadienses tiene, o ha tenido, una enfermedad mental cuando llega a los 40 años.

El Centro para la Adicción y la Salud Mental (CAMH siglas en inglés) es la instalación de salud mental y adicciones más grande de Canadá, y una Organización Panamericana de la Salud y el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud, publicó en su página la nota sobre “Enfermedad mental y adicción: hechos y estadísticas”, lo siguiente:

- Los hombres tienen tasas más altas de trastornos por uso de sustancias que las mujeres, mientras que las mujeres tienen tasas más altas de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.
- La salud física y mental están vinculadas. Las personas con una condición de salud física a largo plazo, como dolor crónico, tienen muchas más probabilidades de experimentar también trastornos del estado de ánimo. Por el contrario, las personas con un trastorno del estado de ánimo tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar una afección médica a largo plazo.
- Las personas con una enfermedad mental tienen el doble de probabilidades de sufrir un trastorno por uso de sustancias en comparación con la población general. Al menos el 20% de las personas con una enfermedad mental tienen un trastorno por uso de sustancias concurrente. Para las personas con esquizofrenia, la cifra puede llegar al 50%.

- De manera similar, las personas con trastornos por uso de sustancias tienen hasta 3 veces más probabilidades de sufrir una enfermedad mental. Más del 15% de las personas con un trastorno por uso de sustancias tienen una enfermedad mental concurrente.

Costos para la sociedad

- El costo económico anual de las enfermedades mentales en Canadá se estima en más de \$ 50 mil millones por año. Esto incluye los costos de atención médica, la pérdida de productividad y las reducciones en la calidad de vida relacionada con la salud.
- El costo económico anual del uso de sustancias en Canadá se estima en casi \$ 40 mil millones. Esto incluye los costos relacionados con la atención médica, la justicia penal y la pérdida de productividad.
 - El alcohol y el tabaco son responsables de más de dos tercios de estos costos (\$ 14.6 mil millones y \$ 12 mil millones, respectivamente).
 - Las siguientes sustancias mejor clasificadas son los opioides (\$ 3.5 mil millones) y el cannabis (\$ 2.8 mil millones).
- Las personas con una enfermedad mental tienen muchas menos probabilidades de ser empleadas. Las tasas de desempleo son tan altas como 70% a 90% para las personas con las enfermedades mentales más graves.
- El costo de una licencia por discapacidad en el lugar de trabajo por una enfermedad mental es aproximadamente el doble del costo de una licencia debido a una enfermedad física.
- Se ha demostrado que invertir en salud mental produce beneficios netos de costos. Se ha demostrado un retorno positivo de la inversión para:
 - programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades,
 - intervención temprana dirigida a niños y familias,
 - tratamiento ampliado para la depresión y los trastornos de ansiedad, y
 - Programas de salud mental en el lugar de trabajo.

Según estudio del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en su IV Encuesta nacional de 2015. Consumo de Drogas en Costa Rica, reveló la siguiente información:

Percepción de las sustancias más peligrosas

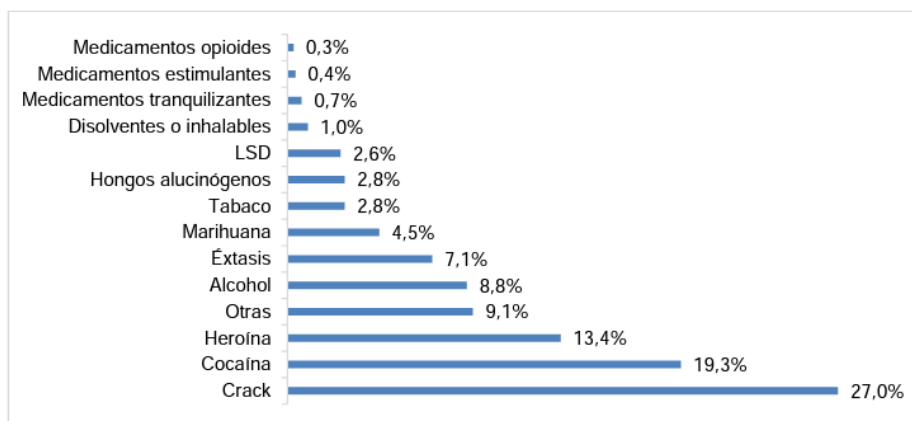
Las sustancias psicoactivas generan problemas e impacto en la sociedad de diferentes maneras, las cuales se manifiestan de acuerdo con las características del consumo, la capacidad adictiva de las sustancias o las particularidades farmacológicas, el individuo,

el ambiente donde se consume y la periodicidad de consumo, (OEA, 2013). En ese sentido, existe una serie de factores ampliamente estudiados que influyen en los problemas asociados, donde se puede mencionar las particularidades del entorno.

Al estudiar estas percepciones para aclarar la peligrosidad asignada a las sustancias psicoactivas, según hace referencia este apartado, se consideró la cantidad de personas que opinaron sobre el riesgo al que se exponía un individuo de perjudicarse a sí mismo por el consumo de una determinada sustancia (por ejemplo, alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y crack). Desde esa perspectiva, se presentan los resultados partiendo del gráfico 1 a continuación: se aprecia que el crack y la cocaína son consideradas como las drogas más peligrosas (27,0% y 19,3%), seguidos por la heroína con 13,4%, otras drogas con 9,1% y en quinta posición el alcohol con 8,8%.

Gráfico 1

Gráfico 1. Percepción de la población sobre la droga más peligrosa.
Encuesta en hogares, IAFA, Costa Rica, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de la encuesta 2015.

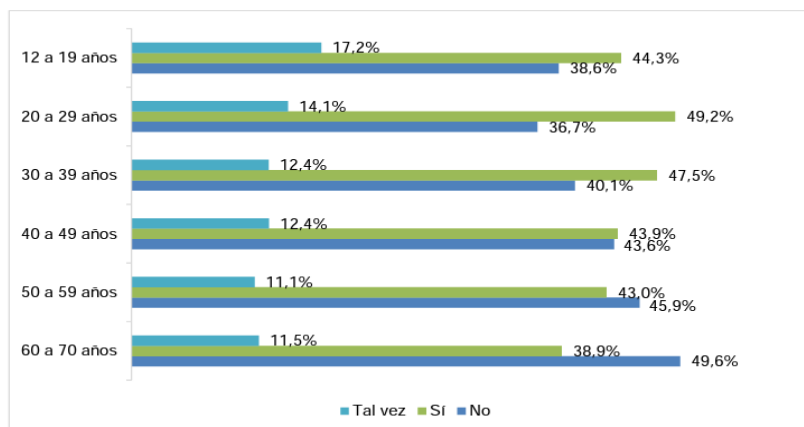
Se desprende, además, que, históricamente el consumo de alcohol ha presentado mayores repercusiones para la sociedad y para el individuo, ya sea por las consecuencias directas o indirectas producto de su consumo. Importante indicar que socialmente se consideran drogas ilegales como la cocaína, el crack y heroína, las de mayor peligrosidad en nuestro país, aspecto que evidencia mayor necesidad de educación sobre los efectos negativos del consumo del alcohol.

Percepción sobre la investigación con drogas ilícitas

De acuerdo con la información obtenida, la población menor a 40 años es la que indicó una opinión favorable respecto a la aprobación de investigación con drogas ilícitas. En el gráfico 7 se presentan los resultados de la inclinación de permitir la investigación con drogas ilícitas según grupos de edad.

Gráfico 2

Gráfico 7. Actitud sobre permitir investigación con drogas ilícitas según grupos de edad, Encuesta en Hogares. Costa Rica, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en los datos recolectados de la encuesta 2015.

Se rescata del gráfico anterior que las edades entre los 12 y 19 años muestran un valor de 44,2% a favor de permitir la investigación con drogas ilícitas. Por su parte, en el rango de las personas entre 20 a 29 años el porcentaje se situó en 49,1% de aprobación. En el caso de edades más avanzadas, al ser los porcentajes menores, se hace evidente que las personas difieren de permitir investigación con estas sustancias. Para estos grupos de edad los valores de una desaprobación superan al de aprobación, es decir, mayor a un 43%.

Fuente: IV Encuesta nacional de 2015. Consumo de Drogas en Costa Rica, IAFA

Según el Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556-S, la intoxicación metílica es de notificación obligatoria, pertenece al Grupo D, y su notificación e investigación no son inmediatas, pero ante la alerta indicada; temporalmente se va a notificar en la boleta VE-01.

En lo que respecta al consumo de licores (guaros) con contenido adulterado con Metanol, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, comunicó la alerta sanitaria a la población en general sobre la venta de “Guaro Montano” adulterado con Metanol, en fecha de 05 de julio 2019 y en fecha de 12 de julio 2019 el Rector en salud presentó denuncia ante las autoridades judiciales por la venta de envases adulterados con metanol que circulan en diferentes establecimientos comerciales, la investigación realizada permitió identificar nuevas presentaciones del producto con otras marcas, según se informó se han recibido en diferentes servicios de atención de emergencias de los Hospitales del Área Metropolitana casos de personas intoxicadas con metanol, los pacientes ingresaron graves e incluso hubo varias defunciones.

A continuación, se presenta cuadro resumen de los Comunicados por parte del Ministerio de Salud desde el año 2019 hasta a inicios del año 2023.

Cuadro 27

Resumen de comunicados por intoxicaciones por parte del MS, 2019-2023

Fecha de Comunicado	Año Reportado	Lugares	Casos por Intoxicación	Rango de edad	Fallecimientos		
					Hombres	Mujeres	Total
04/09/2019	2019	San José, Alajuela, Heredia, Cartago, Guanacaste , Puntarenas y Limón.	76	32 a 87	22	7	29
07/01/2021	2020	San José, Alajuela, Cartago, Heredia y Puntarenas	92	23 a 82	41	7	48
10/02/2022	2021	San José, Guanacaste , Heredia, Cartago y Alajuela.	48	25 a 76	17	4	21
02/02/2023	2022	San José, Alajuela, Heredia, y Guanacaste	12	41 a 85	6	0	6
02/02/2023	2023	San José, Alajuela y Liberia	3	43 a 54	2	0	2

Entre las alertas sanitarias emitidas por la venta de productos adulterados con metanol se enlistan “Guaro Chonete”, “Guaro Cuerdo”, “Guaro Sacheto”, “Guaro Gran Apache”, “Aguardiente Estrella Roja”, “Guaro Montano”, “Aguardiente Barón Rojo”, “Aguardiente Timbuka”, “Aguardiente Molotov”, “Guaro Fiesta Blanca”, a esta se les suma los alcoholes multiusos “Wash &CO Alcohol Multiuso 80%”, “Alcohol Multiuso 80%”, “Alcohol multiuso BDS distribuidora” y “Alcohol Multiuso Brisas del Valle” al 80%”.

De lo anterior cabe recalcar que el consumo de alcohol sigue presentando mayores repercusiones para la sociedad, el individuo y su familia, en algunos de los casos las personas consumidoras de alcohol adulterado son personas habitantes de la calle, mismos que inclusive han ingerido alcoholes multiusos, los cuales también se han encontrado adulterados

Una vez analizada cada dimensión las causas raíces principales que afectan el problema de salud identificado por el ARS local junto con los expertos, registrada la información en la “Plantilla Pareto para priorización de causas raíz”, realizada la calificación de cada causa raíz identificada, y finalizada de manera automática la Plantilla Pareto calculó los puntajes, % relativa, % acumulado, al clicar “Ordenar Pareto”, de lo anterior se interpretaron los resultado de las causas que se ubicaron en los porcentajes de 80% tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz del problema de salud identificado, el cual corresponde a Drogadicción: 1) Identidad Cultural (determinante socioeconómico) 2) Consumo licito e ilícito de drogas (determinantes de Comportamientos) y 3) Enfermedades de Trasmisión sexual (determinantes Biológico).

Cuadro 28

Líneas de acción para el abordaje de Drogadicción

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	1.1 Identidad Cultural	Estilos de vida saludables	Brindar educación acerca de los efectos dañinos de las bebidas con contenido alcohólica y charlas sobre el manejo del estrés o la ira.	CCSS	IAFA Ministerio de Salud
Comportamiento	5.1 Consumo lícito e ilícito de drogas	Disminución del consumo lícito e ilícito de drogas	Regular espacios públicos y privados en la aplicación de la ley 9028.	Ministerio de Salud	Fuerza Pública
			Regular espacios públicos y privados en la aplicación de la ley de Regulación de bebidas con contenido alcohólico	Municipalidad	Fuerza Pública Ministerio de Salud
			Acciones en contra del tráfico de drogas ilícitas por parte del Plan Sembrando Seguridad	Fuerza Pública	Poder Judicial

Biológica	6.1 Enfermedades de Trasmisión sexual	Sexualidad responsable	Tratamiento de la ETS	CCSS	INCIENSA
			Educación sobre sexualidad responsable	CCSS	Ministerio de Salud

Contaminación del agua

El agua es un recurso que forma parte de la vida cotidiana de las personas a lo largo del mundo, toda la población en general que necesita desarrollarse y subsistir depende directamente de la disponibilidad y del acceso al agua potable para continuar creciendo como personas y como sociedad. A nivel mundial el agua se ha convertido en un recurso de insoslayable necesidad que ha permitido la continuidad de la vida humana, animal, vegetal y cualquier otra especie o circunstancia de la vida que dependa del agua para mantener su existencia.

En el caso de las personas y las distintas sociedades es necesario disponer de agua con características potables, que permita de forma segura y confiable el progreso de las comunidades y sus habitantes, esto es algo básico y fundamental para alcanzar un bienestar social, personal y ambiental. No obstante, a lo largo de los años las familias y la sociedad en general han tenido que enfrentarse a muchas adversidades y trabajar arduamente para garantizar la disponibilidad y el acceso al agua potable.

Para comprender de mejor forma este análisis y discusión es importante mencionar y tener claro que es agua potable, para fines nuestros se debe de indicar que en Costa Rica se dispone de un marco normativo sanitario amplio y robusto que regula y busca proteger al agua como un recurso hídrico básico y fundamental para todos y todas. El Reglamento para la Calidad del Agua Potable N°38924-S existente en nuestro país desde el 2015 define lo siguiente: *“Agua potable: Agua tratada que cumple con las disposiciones de valores máximos admisibles estéticos, organolépticos, físicos, químicos, biológicos, microbiológicos y radiológicos, establecidos en el presente reglamento y que al ser consumida por la población no causa daño a la salud”*. (Reglamento Calidad del Agua Potable N°38924-S, 2015). La definición anterior, permite comprender y conocer de forma amplia que significa y que se entiende por agua potable, la cual debe de cumplir con las características y condiciones descritas en dicha definición para así considerarse como potable.

Aunado a lo anterior, se considera que el agua no es potable o está contaminada cuando su composición o estado natural se ven modificados de tal modo que pierde las

condiciones aptas para los usos a los que está destinada. El agua contaminada presenta alteraciones físicas (temperatura, color, densidad, suspensiones, radiactividad, etc.), químicas (sustancias disueltas, composición, etc.) o biológicas, por lo que no puede cumplir sus funciones ecológicas, (Organización Mundial de la Salud, OMS).

En temas de agua y saneamiento existen aún muchas deficiencias y oportunidades de mejora en nuestro país y las regiones cercanas, millones de personas en la Región de las Américas, aún carecen de una fuente adecuada de agua potable e instalaciones seguras para la disposición y eliminación de las heces. Se estima que en esta región para el 2017, 28 millones de personas carecen de acceso a una fuente de agua mejorada, 83 millones de personas carecen de acceso a instalaciones de saneamiento mejorado, y 15.6 millones practican aún defecación al aire libre, (Organización Panamericana de la Salud, OPS).

Según datos de la OPS se reporta que de 1.200 establecimientos de salud evaluados en 6 países de la Región de las Américas el 17% no cuentan con acceso de agua por redes de abastecimiento, el 23% carece de un servicio continuo de agua las 24 horas/día, el 28% no cuenta con redes de alcantarillado para el manejo de las excretas, el 30% no cuentan con servicios higiénicos operativos y el 37% no cuentan con insumos para el lavado de manos (agua y jabón), (Organización Panamericana de la Salud, OPS).

A nivel nacional e internacional existen parámetros y condiciones físicas, químicas, sanitarias, ambientales y sociales que los administradores y operadores de sistemas de abastecimiento de agua potable deben cumplir y poner en práctica para tratar de garantizar una administración y un suministro de agua de forma potable y segura. Sin embargo, dentro de nuestro territorio y en zonas regionales aledañas los gobiernos y los operadores de este tipo de sistemas se enfrentan día a día con diversos factores multi causales capaces de atentar de forma directa e indirecta contra el buen funcionamiento de un sistema de abastecimiento de agua potable y por consecuencia se generan condiciones que facilitan la contaminación del agua.

Según el entorno político, social, ambiental y cultural de cada país o región las causas o factores determinantes capaces de contaminar el agua varían de forma muy diversa, en general estas causas se pueden clasificar en naturales y causas antrópicas producto de las actividades de los seres humanos. Hoy día se dispone de mucha información académica, técnica y científica que evidencia las causas que propician la contaminación del agua y las consecuencias de esto.

El agua potable no solo se contamina de forma natural por microorganismos, sino también por diferentes sustancias o por otras vías que involucran actividades humanas.

El agua se contamina naturalmente por algunas sustancias o por elementos libres como el sodio, el potasio, el cobre, el hierro, el calcio y el selenio. Las sustancias introducidas por las actividades humanas incluyen sales, residuos de hidrocarburos derivados del petróleo, solventes provenientes de la industria y la agricultura, así como lixiviados de depósitos de basura, letrinas y pozos negros. Algunas actividades agrícolas dependientes de altos insumos pueden contribuir de forma significativa a la contaminación del agua potable, debido a las cantidades de fertilizantes y plaguicidas aplicados anualmente. En el caso de la utilización de fertilizantes, frecuentemente hay un volumen de nitrógeno residual no asimilado por las plantas y que por lixiviación se conduce hasta la zona de saturación de agua, donde se acumula en forma de nitratos. También, los lixiviados de estiércol de ganado contribuyen a la contaminación de las aguas subterráneas por medio de los nitratos. (Revista Ambiental Biocenosis / Vol. 20. 2007).

Todos aquellos elementos y sustancias que provocan la contaminación en el agua potable para consumo humano permiten y contribuyen a la existencia de enfermedades de origen hídrico que afectan a cualquier persona o población con mayor incidencia en poblaciones menores de edad, personas con patologías crónicas y personas adultas mayores. Pero que son las enfermedades de origen hídrico, en este punto es importante conocer y describir su significado y cuáles son las enfermedades más comunes producto de la contaminación del agua.

Según la Organización Mundial de la Salud las enfermedades de origen hídrico son todas aquellas causadas por el uso y consumo del agua con la presencia de microorganismos y sustancias químicas. Entre ellas se puede citar la malnutrición, las enfermedades desatendidas, la diarrea, las intoxicaciones, entre otras. (Organización Mundial de la Salud, OMS).

A lo largo de los años la OMS y la OPS han desarrollado investigaciones y dan seguimiento a todas aquellas enfermedades de origen hídrico que afectan a la población a lo largo del mundo. Según estos entes internacionales las enfermedades hídricas con mayor presencia y afectación en la población son las siguientes: la diarrea, el cólera, la disentería, la fiebre tifoidea, la poliomieltis, la hepatitis A, la malnutrición, intoxicaciones (sustancias químicas en el agua) y las enfermedades infecciosas desatendidas u olvidadas (EID). Estas últimas son aquellas transmitidas por vectores, son un conjunto de enfermedades infecciosas, que afectan principalmente a las poblaciones más pobres y con un limitado acceso a los servicios de salud; especialmente aquellos que viven en áreas rurales remotas y en barrios marginales. Aunado a lo anterior, las siguientes enfermedades también se consideran enfermedades de origen hídrico debido a la contaminación del agua y debido a la falta de acceso y disponibilidad de agua potable:

Leishmaniasis, Esquistosomiasis, Teniasis/Cisticercosis, Oncocercosis, Lepra, Filariasis linfática, Fascioliasis, Chikungunya, Geohelminthiasis, Tracoma, Enfermedad de Chagas y Chagas congénita, Malaria y Sífilis congénita, (Organización Panamericana de la Salud, OPS).

Estas amenazas y muchos otros factores de riesgo son causantes de la contaminación de agua potable en Costa Rica, a todo lo anterior se debe sumar todo lo analizado y discutido mediante la metodología del Diagrama de Causa-Efecto utilizado en el proyecto ASIS-2023 del Ministerio de Salud de Abangares, este diagrama permite analizar y observar la relación multicausal entre los determinantes que inciden sobre el evento en salud analizado, en el presente caso se trata de la contaminación de agua en el cantón de Abangares. Esto permite conocer más a fondo que el estado de salud de la población es resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, esta situación plantea importantes retos para la economía, el sistema de salud y otros sectores de la comunidad de Abangares que deben adoptar medidas conjuntas a fin de disminuir los factores de riesgo asociados al evento.

Se observa en el diagrama que los factores de riesgo que el grupo de expertos consultado identificó y priorizó son las siguientes nueve causas raíz de la problemática contaminación del agua en el cantón de Abangares: 1.2 Falta de Priorización de Política Pública y 1.3 Gasto e Inversión en Infraestructura (determinantes sociopolíticos), 2.2 Educación (determinante socioeconómico), 3.1 Servicios básicos y saneamiento y 3.2 Calidad y cobertura del agua y 3.3 Situación laboral actividades informales de minería, (determinantes circunstancias materiales) y 4.1 Control y seguimiento de enfermedades, 4.3 Actividades de promoción (determinantes de servicios de salud) y 5.1 Participación Social (determinante comportamientos). Estas causas raíz se obtuvieron del análisis realizado mediante la metodología de Pareto utilizando los siguientes criterios de priorización: nivel de influencia, nivel de importancia y nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz.

Todas las causas raíz descritas anteriormente se ubican en los porcentajes de 80% lo que significa que tienen un mayor grado de impacto sobre el problema de salud. No obstante, como se observa estos nueve factores de riesgo identificados y causantes de la contaminación del agua en el cantón de Abangares, son ampliamente modificables y variables en el tiempo por tal razón, se deben seleccionar y priorizar las líneas de acción de las primeras 5 causas con asignación de 80% según determinante y causa raíz, priorizadas por el grupo de expertos. Tal y como se muestra a continuación.

Cuadro 29

Líneas de acción para el abordaje de Contaminación del agua

Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	1.3 Gasto e inversión en infraestructura	Optimizar la planificación de infraestructura y gestión integrada de agua para el cantón de Abangares.	Dar a conocer y socializar el Plan de Infraestructura y Gestión Integrada de Agua para la región Pacífico Norte 2020-2030 del Programa Integral de Abastecimiento de Agua para Guanacaste (PIAAG), con el fin de estimular acciones de apoyo institucional y ejecutar las líneas estratégicas y acciones propuestas en dicho plan.	Consejo Cantonal de Coordinación Institucional (CCCI) de Abangares.	Municipalidad de Abangares, Academia, Unidad Hidrológica Tempisque Pacífico Norte, Consejo Municipal de Distrito de Colorado, A y A, IFAM, ASADAS de Abangares, SINAC, SENARA.

Socioeconómico	2.2 Educación	Educar y sensibilizar a la población de Abangares en la gestión del recurso hídrico.	Desarrollar campañas de valorización del agua y sensibilización sobre la importancia del uso eficiente del agua, disminución de contaminación y la protección de fuentes.	Municipalidad de Abangares y A y A.	Academia, Dirección de Agua, Ministerio de Salud, ASADAS, MEP, SENARA e INA, Consejo Municipal de Distrito de Colorado, ASADAS.
		Sancionar de forma pecuniaria prácticas y actividades humanas que generen contaminación del agua debido a inadecuada disposición final de residuos sólidos.		Municipalidad de Abangares. Concejo Municipal de Distrito Colorado.	Tribunal Ambiental Administrativo, Dirección de Agua y Ministerio de Salud.
		Sancionar de forma pecuniaria prácticas y actividades humanas que generen contaminación del agua debido a inadecuada disposición final de residuos líquidos y otros.		Ministerio de Salud, Dirección de Agua, Municipalidad de Abangares, Consejo Municipal de Distrito de Colorado, ASADAS de Abangares y otras entidades públicas.	Tribunal Ambiental Administrativo.

Circunstancias Materiales	3.1 Servicios básicos y saneamiento	Optimizar servicios básicos y saneamiento en el cantón de Abangares.	Elaborar un Plan Maestro de Agua Potable y Saneamiento para el cantón de Abangares que incluya la totalidad de operadores.	A y A, Municipalidad de Abangares.	Academia, Dirección de Agua, Ministerio de Salud, ASADAS, IFAM, INA y SENARA.
Circunstancias Materiales	3.2 Calidad y cobertura del agua	Mejorar la calidad y cobertura del agua potable en el cantón de Abangares.	Realizar un análisis y estudio para identificar las zonas o lugares que no tienen acceso a agua potable en el cantón de Abangares.	Municipalidad de Abangares. Y A y A.	Academia, Dirección de Agua, Consejo Municipal de Distrito de Colorado, ASADAS.
			Continuar monitoreando la calidad del agua potable mediante análisis de laboratorio.	Municipalidad de Abangares ASADAS y A y A.	Academia, Dirección de Agua y Ministerio de Salud.
Servicios de Salud	4.1 Control y seguimiento de enfermedades	Iniciar un control y seguimiento de enfermedades de origen hídrico.	Implementar desde nivel local un sistema que registre y genere información base sobre enfermedades de origen hídrico.	C.C.S.S.	Universidades, A y A, INCIENSA, Dirección de Agua, Ministerio de Salud.

CAPITULO V

ASIS SALUD MENTAL ABANGARES

I. Justificación

1. Definición de Salud Mental

La Salud Mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente. (Política Nacional de Salud Mental 2012 – 2021, p. 34)

Considerando la importancia de la salud mental como un componente integral y fundamental de la salud, para el disfrute pleno de la vida, de las personas, familia y comunidad; es necesario incorporar un apartado de Salud Mental en este Análisis Situacional de Salud, que permita conocer el proceso salud-enfermedad de la población de Abangares en un período determinado, que a su vez incluya el análisis de problemas de la salud mental, factores que predisponen a la enfermedad y las de acciones realizadas, en prevención y promoción de la salud, para un mayor bienestar de la salud mental de la población en general.

Cuadro 30

2. Indicadores de Servicios

Indicador	Resultados
Razón de Psiquiatras	La CCSS no tiene especialistas en psiquiatría en el cantón, la ruta de atención es la referencia al HEBB, el cual cuenta con 2 médicos especialistas en psiquiatría para toda la Región Chorotega y la atención en servicios privados de acuerdo con el poder adquisitivo de las personas.
Razón de Psicólogos	La CCSS no cuenta con profesionales en psicología en el nivel local. Los usuarios son valorados por el personal médico y Trabajo social y referidos según riesgo a el EISAM del CAIS de Cañas y a urgencias del HEBB, donde si se dispone de profesionales en esta disciplina. La Municipalidad de Abangares cuenta con un profesional en psicología que atiende la Oficina

	<p>de la Mujer(OFIM) y coordina la Red VIF, pero brinda atención solamente a mujeres víctimas de VIF y a personas menores de edad del núcleo familiar de las víctimas, hace referencias a PANI y a la CCSS local.</p> <p>El MEP cuenta con profesional en psicología, como profesor en el CTP de Abangares.</p> <p>Servicios privados en psicología, habilitados en el cantón, no hay.</p>
Razón de Trabajadores Sociales	<p>La CCSS tiene 2 áreas de salud en el cantón, cada una de ellas cuenta con un trabajador social; lo que representa una razón de 1,0 trabajadores sociales por cada 10000 habitantes.</p>
Razón de Enfermeras de Salud Mental	<p>No se cuenta con enfermeras con especialidad en salud mental en el nivel local. El HEBB, centro hospitalario de referencia, tiene 4 profesionales con esta especialidad ubicadas en diferentes servicios para toda la región Chorotega; consulta externa de psiquiatría y diálisis.</p>

2.2 Indicadores Relacionados con Salud Mental.

Es importante entender que la Salud Mental está determinada por factores tales como biológicos, emocionales, ambientales, socioeconómicos, culturales, y sistemas y servicios de salud.

El modelo explicativo de la forma como se produce el estado de Salud en la población fue desarrollado por Marc Lalonde en 1974, el cual fue modificado para el documento del Ministerio de Salud Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, 2008. Este último se adaptó para desarrollar el modelo de abordaje de la Salud Mental.

Los determinantes de la salud son aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de una persona o una comunidad. Estos pueden ser asuntos de opción individual, tales como fumar o no fumar, o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales más allá del control de las personas. Los ejemplos

incluyen la clase social de la persona, el género, etnicidad, acceso a la educación, calidad de la vivienda y presencia de relaciones de apoyo, y en la comunidad incluyen el nivel de participación social y cívica, la disponibilidad de trabajo, calidad del aire y diseño de las construcciones. También podemos incluir situaciones de discriminación y estigma.

Este modelo modificado indica que los factores que determinan el estado de salud se agrupan en cuatro categorías:

Determinantes biológicos: son todos aquellos elementos de la salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de 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 tipo de Alzheimer, seniles y vasculares como las más representativas. También los trastornos metabólicos que, si no son diagnosticados tempranamente, generarían trastornos neuropsiquiátricos de difícil manejo biopsicosocial. La investigación está dirigida a la búsqueda de las causas, así como en la identificación de los aspectos salutogénicos.

Determinantes ambientales: 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.

Determinantes sociales, económicos y culturales: 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.

Determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud: 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. Es indispensable para el desarrollo del modelo, considerar la inversión. (Política Nacional de Salud Mental 2012 – 2021, p. 35-37)

SALUD EMOCIONAL: Las personas que son emocionalmente sanas tienen el control de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Incluso las personas que tienen una buena salud emocional en ocasiones pueden tener problemas emocionales o alguna enfermedad mental. Las enfermedades mentales a menudo tienen una causa física, como un desequilibrio químico en el cerebro. El estrés y los problemas familiares, escolares o laborales a veces pueden provocar la aparición de enfermedades mentales o incluso empeorarlas. Sin embargo, las personas sanas desde el aspecto emocional han aprendido a sobrellevar el estrés y los problemas. Saben cuándo deben visitar a su médico o un terapeuta para obtener ayuda.
https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about_us/initiatives/patient-information/mental-health-spanish.PDF

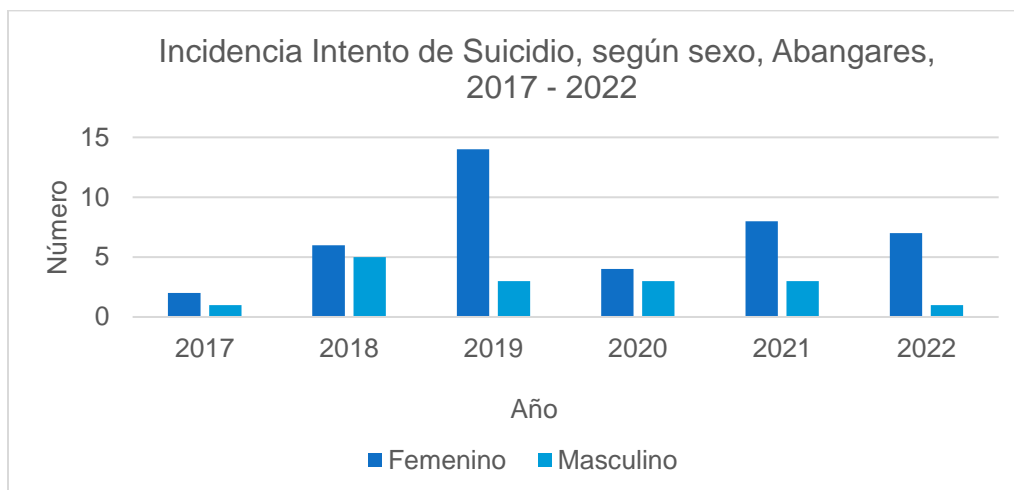
Los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Intento de suicidio

Conducta potencialmente lesiva auto infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

(Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, Decreto N° 40881 – S, 2018, p. 12)

Gráfico N° 3



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2022

Con relación a la incidencia de intentos de suicidio según sexo, encontramos que en el cantón de Abangares la población femenina es la más afectada por este evento. Durante los años 2017 al 2022, del total de casos reportados (N°57), se registran 41 casos en mujeres y 16 casos en hombres. El año 2019, es el de mayor incidencia (N° 17 casos) y en el que el 82% corresponde al sexo femenino (14 casos).

Depresión

La depresión provoca un nivel de angustia entre quienes la padecen que puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. Daña en forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, con el consiguiente impacto económico y social. Según la cantidad e intensidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. El riesgo extremo de la depresión es el suicidio.

La depresión es, de hecho, la principal causa de discapacidad, lo cual genera una importante carga de morbilidad y mortalidad en los países y una presión adicional significativa para los sistemas de salud.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, biológicos y psicológicos. Por ejemplo, quienes se ven afectados por enfermedades físicas graves, como cáncer o enfermedades cardiovasculares, pueden sufrir depresión. Los determinantes sociales juegan también un rol importante en el aumento o disminución de la prevalencia de la depresión. De hecho, quienes se encuentran desempleados, excluidos del mercado laboral o expuestos a una mayor informalidad laboral, pueden ser más propensos a padecerla. Algo similar sucede con quienes viven

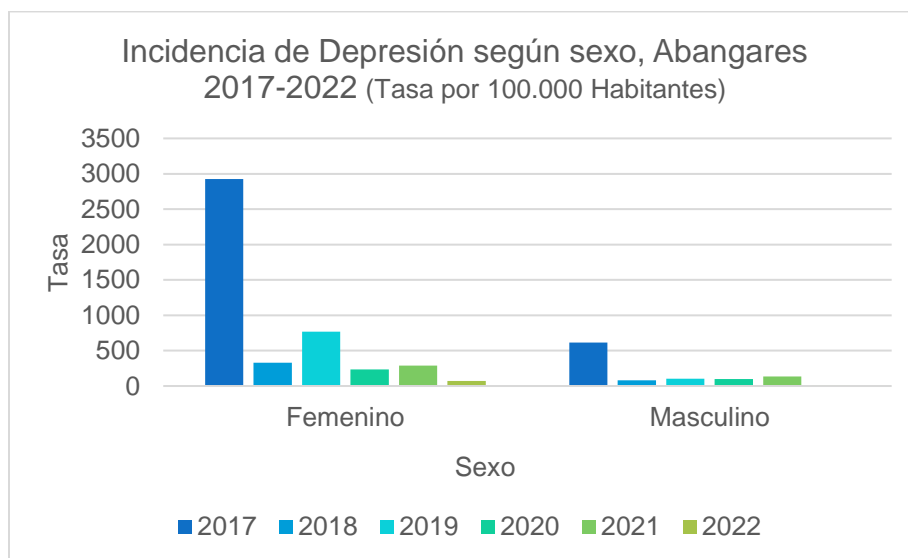
en medios urbanos marginales expuestos a condiciones sociales y medioambientales deterioradas. En este sentido, la lucha contra la depresión debe ser un desafío para toda la sociedad.

En muchos países, quien sufre depresión, sufre también un estigma social.

Conocer más sobre la depresión y hablar sobre ella es un primer gran paso para derribar mitos y prejuicios y dar una respuesta socialmente organizada que responda con eficiencia a las necesidades de la población.

<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>

Gráfico N° 4



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2022

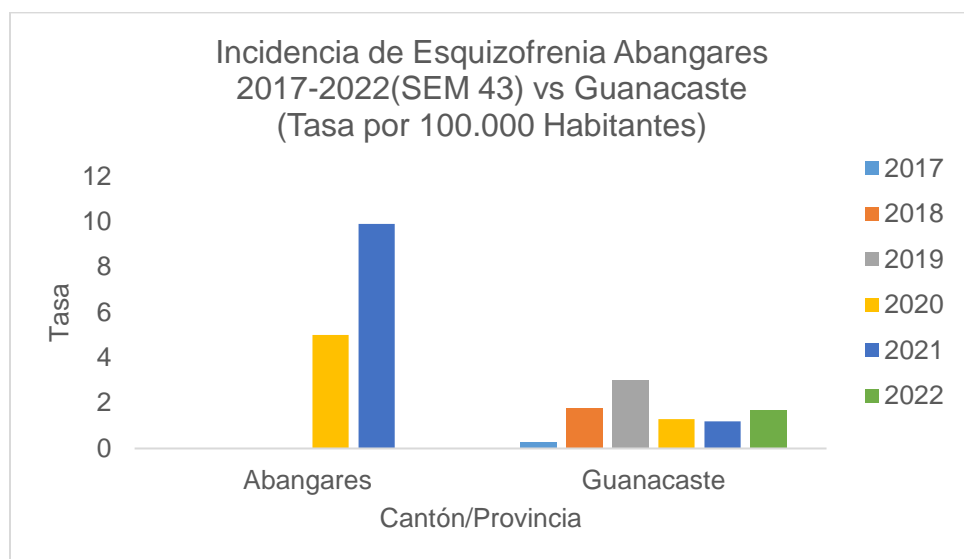
Durante el periodo en análisis la Depresión afectó principalmente a las mujeres, la mayor concentración de casos se encuentra en los años 2017 y 2019.

Es importante recalcar que la tasa de depresión del cantón de Abangares, supera la tasa nacional y de la provincia de Guanacaste en todos los años del periodo en análisis, excepto la tasa del año 2022(Sem 43) para la población masculina.

Esquizofrenia

Es un trastorno psiquiátrico que perjudica significativamente el funcionamiento del individuo que lo padece, afectando la percepción, el pensamiento, la afectividad y la conducta; de la misma manera, deteriora de manera importante la interacción social y familiar, además de diversas funciones a nivel neurológico. (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>, *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, ISSN-e 2216-0701, Vol. 4, N°. 1, 2013)

Gráfico N° 5



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2022

Como se puede observar en el gráfico anterior, para el cantón de Abangares en el periodo en análisis se diagnosticaron personas con este padecimiento solamente en los años 2020 y 2021 (1 y 2 casos respectivamente), aunque la incidencia parece ser mínima; la tasa es superior a la provincial e inclusive a la nacional con 5.0 y 9.9 correspondientemente. La tasa para la provincia de Guanacaste para dichos años fue de 1,3 y 1,2, mientras que Costa Rica presentó una tasa de 3,0 en cada año.

El diagnóstico para la Esquizofrenia lo realizan médicos o profesionales en salud mental, en el II Nivel de Atención de la CCSS y/o centros de salud privados que cuentan con este recurso.

Trastorno Bipolar Afectivo

El trastorno afectivo bipolar es un trastorno del ánimo caracterizado por períodos de ánimo exaltado (episodios maníacos) que alternan con períodos de ánimo decaído (episodios depresivos). Los episodios maníacos se caracterizan por un humor exaltado o irritable que no es normal (euforia) y un aumento de la energía. Los episodios depresivos presentan tristeza persistente, pérdida del interés y poco entusiasmo. Esta condición es causada principalmente por factores genéticos y un desequilibrio químico en el cerebro. Una persona que recibe este diagnóstico requiere tratamiento y control durante toda la vida, lo que se puede lograr por medio de terapia psicológica y medicamentos. Si bien el trastorno bipolar necesita de atención durante toda la vida, muchas personas aprenden a controlar sus síntomas y logran llevar una buena calidad de vida.

El diagnóstico del trastorno afectivo bipolar suele hacerse en una consulta psiquiátrica luego de considerar los síntomas y cómo se manifiestan a lo largo del tiempo. Se deben

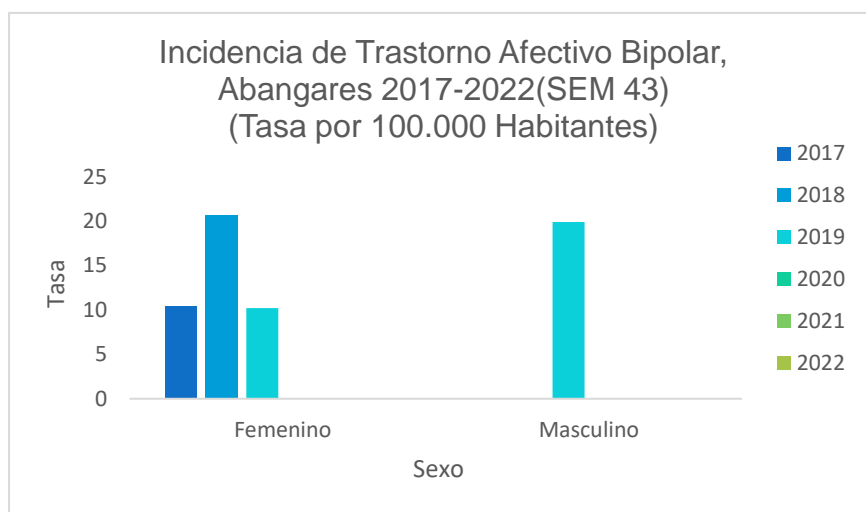
descartar en consulta médica otras causas posibles de los síntomas antes de diagnosticar el trastorno bipolar y para este fin se pueden solicitar análisis de sangre o estudios del cerebro.

El tratamiento incluye medicamentos para estabilizar el estado de ánimo. La psicoterapia y la educación sobre el trastorno pueden ayudar a las personas a aceptar su diagnóstico y reconocer los síntomas de la manía o la depresión antes de que se tornen abrumadores. Los controles regulares en consulta médica generalista, psicológica o psiquiátrica pueden ayudar para llevar un seguimiento de la respuesta a la medicación

Una buena red de apoyo, antes y después del diagnóstico, puede ayudar a reconocer los síntomas de la depresión o la manía tempranamente y prevenir algunas de sus consecuencias.

El trastorno afectivo bipolar es persistente y requiere de tratamiento y control a largo plazo. <https://ada.com/es/conditions/bipolar-affective-disorder/>

Gráfico N° 6



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2022

Durante el periodo en análisis, encontramos que del total de casos registrados con Trastorno Bipolar Afectivo (N°6), el 67% se presentan en población femenina y el 33% en hombres(2 casos), en los años 2017-2019, para los años 2020 y hasta la SEM 43 del 2022, no se registran casos de esta enfermedad, en habitantes del cantón de Abangares; de acuerdo a estadísticas facilitadas por la Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2022.

Es importante recalcar que la tasa cantonal por este evento, en los años que se registran casos, supera la tasa nacional y provincial, en ambos sexos, como lo evidencia el gráfico en análisis.

Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro.

El Alzheimer es una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados. Por lo general, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando. (2) La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo. es una causa importante de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, lo que hace que esta demencia tenga un impacto tan fuerte en el sistema sanitario y en el conjunto de la sociedad es, sin duda alguna, su carácter irreversible, la falta de un tratamiento curativo y la carga que representa para las familias de los afectados.

Cuadro clínico

El Alzheimer pasa por diferentes fases. La enfermedad se puede dividir en tres etapas:

Inicial: Con una sintomatología ligera o leve, el enfermo mantiene su autonomía y sólo necesita supervisión cuando se trata de tareas complejas.

Intermedia: Con síntomas de gravedad moderada, el enfermo depende de un cuidador para realizar las tareas cotidianas.

Terminal: Estado avanzado y terminal de la enfermedad, el enfermo es completamente dependiente.

Los síntomas más comunes de la enfermedad son alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida de memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas.

La pérdida de memoria llega hasta el no reconocimiento de familiares o el olvido de habilidades normales para el individuo. Otros síntomas son cambios en el comportamiento como arrebatos de violencia. En las fases finales se deteriora la musculatura y la movilidad, pudiendo presentarse incontinencia de esfínteres. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque ello puede variar mucho de un paciente a otro.

https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/37218372/3_175-libre.pdf?1428299286=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER.pdf&Expires=1700069073&Signature=DY9B-HrY6y-5D60wkAZ8vUwa95Mt2qinYg6iVuckZ-hzhwh-modt-2dHevcbWlaRLAeHGQFYi9IT4arkjU8Jl3O8zT3tSwNJpdr7vXAkR-C4VoaFlrb6Hx9yHlwu87zud50AlBaBQYU-rY3JoXAFGzU7IkEhsUg7r-hC1eLAEYKCN0PRCkiylj-ZVDLChhElzcCzAI5U5zTgYOBbWAwBLMTJ4BJr0MB9rObi0s9Mbp0kinw1Jkk7E-2pUU-dbmR5NiHCfod2i0yQz6ZFcyCzDrxdI21AqzwnZkbjcnmVeXz3cy5vfps1dJ-hgwtg1LycbV9j3NseBP3PcdVquzQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

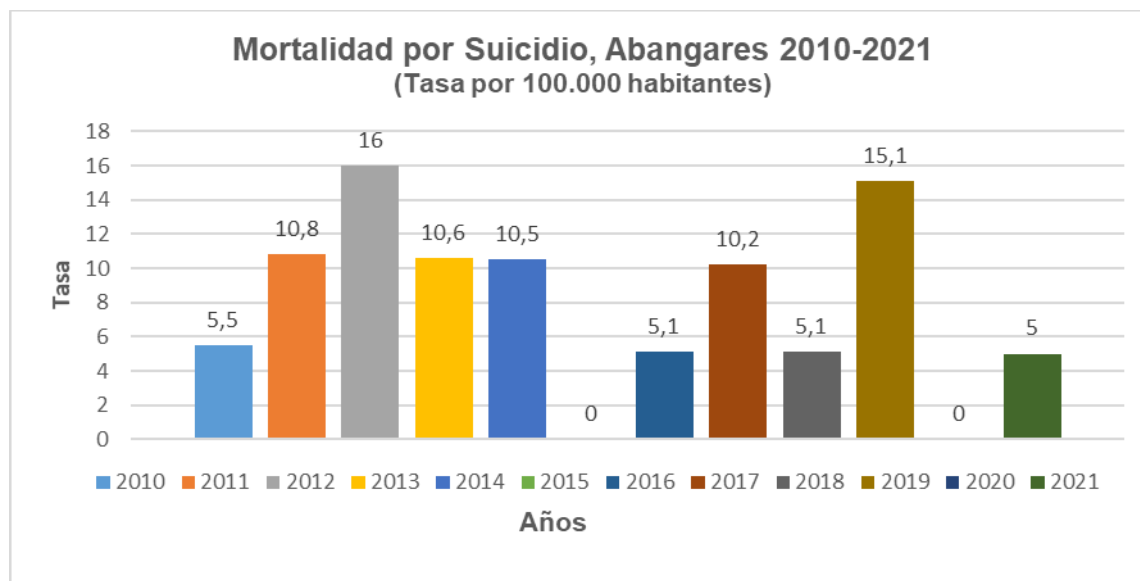
Durante los años del 2019 al 2022, Abangares tiene el reporte de un único caso de Alzheimer en una mujer, diagnosticado en el último año del periodo de referencia(2022),

resultando una tasa de 9,9 según sexo y de 4,9 a nivel cantonal, ambas tasas calculadas por 100.000 habitantes. Para el año 2022, la tasa correspondiente a la provincia de Guanacaste y país, fue de 0,5 y 0,3(por 100.000 habitantes) respectivamente, por lo que Abangares alcanza una tasa mayor, en ambos casos.

Suicidio

La palabra suicidio proviene del latín sui, que significa “a sí mismo”, y de caedere, que significa “matar”; es decir, matarse a sí mismo (1). El suicidio es conceptualizado en la literatura científica como el acto deliberado y voluntario por el que se acaba con la propia vida. La diferencia entre el suicidio o la conducta suicida y la autolesión es que en esta última no existe la intención de morir (2,3). Según se entiende en el enfoque epidemiológico tradicional, el suicidio consumado comprende un grupo de etapas previas, como son la ideación suicida y el intento de suicidio. La ideación alude al deseo de morir, así como a la elaboración de un plan más o menos específico. Por su parte, el intento constituye la acción intencional de atentarse contra la propia vida. Según se entiende en el enfoque epidemiológico tradicional, el suicidio consumado comprende un grupo de etapas previas, como son la ideación suicida y el intento de suicidio. La ideación alude al deseo de morir, así como a la elaboración de un plan más o menos específico. Por su parte, el intento constituye la acción intencional de atentarse contra la propia vida <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>

Gráfico N° 7



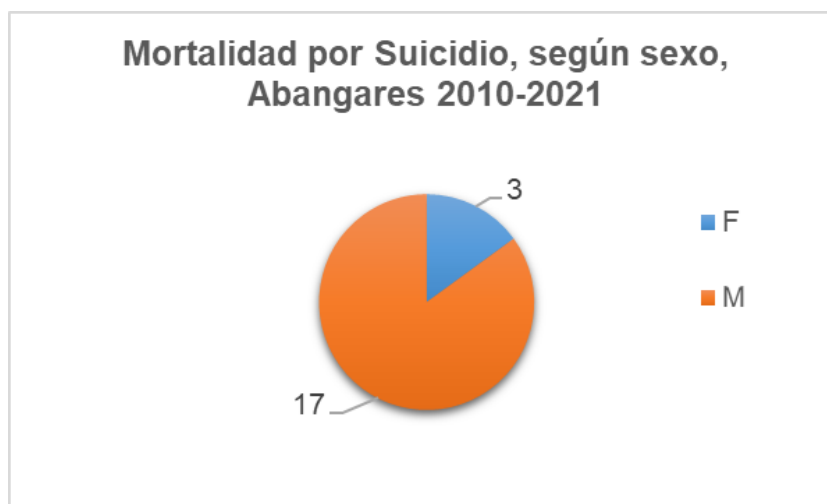
Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud, 2021

En lo referente a suicidio, el gráfico anterior muestra las tasas alcanzadas en el cantón de Abangares en el periodo 2010-2021.

En los años que se tiene una mayor incidencia y tasa fue en el 2012 y 2019, con 16,0 y 15,1 respectivamente. Hay que recalcar que en los años 2015 y 2020 no se reportan casos de suicidio, pero que este evento ha cobrado vidas en el 83% del tiempo en análisis, lo que evidencia la necesidad de desarrollar acciones en promoción de la salud mental para la prevención de muertes evitables y la protección de la vida humana.

Es importante mencionar que los distritos con mayor incidencia de muertes por suicidio son Las Juntas y Colorado con 12 casos(66.6%) y 5 casos(27.7%) respectivamente, siendo los distritos en que se concentra la mayor cantidad de población del cantón.

Gráfico N° 8



Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud, 2021.

La caracterización epidemiológica del suicidio a nivel mundial muestra que en casi todos los países los hombres tienen tasas más elevadas que las mujeres. Como tendencia, aunque las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, los llevados a cabo por los hombres tienen una mayor letalidad. Esto pudiera deberse entre otros factores a que los métodos utilizados por ellos son más violentos y graves que los utilizados por las mujeres, siendo los hombres de 50 años y más, especialmente vulnerables (OMS 2001).

En los países de altos ingresos, se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón, hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. En las Américas, la diferencia de la mortalidad por sexo varía de 2 a 6 a veces más, en las tasas de los hombres con respecto a las de las mujeres.

La OMS reporta que no hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Más de 90% de los casos de suicidio se relacionan con enfermedades mentales, como la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el uso de drogas, las víctimas de la violencia física, sexual, psicológica existiendo otros factores como los sociales, económicos y culturales que influyen en este comportamiento.

La prevención del suicidio es la piedra angular del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS, adoptado por la 66^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013 y en el que se hace un llamado a los países, a reducir las tasas, siendo una prioridad en la agenda global de salud pública, en las políticas públicas.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>

Para el periodo 2010-2021, el gráfico anterior de Abangares, muestra una mayor prevalencia de suicidio en la población masculina; de modo que el 85%(17 casos) de las muertes por este evento ocurrieron en hombres y el 15%(3 casos) restante en mujeres, cumpliendo con la caracterización epidemiológica del mismo.

Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas

La salud mental es un elemento fundamental del bienestar general de los seres humanos. Las afectaciones de la salud mental, en terminología científica trastornos mentales, han merecido una importante atención de los gremios profesionales, políticos y población general. De igual manera en que han ido en aumento la observación, descripción y tratamiento de las patologías mentales, también han ido creciendo dos condiciones nada favorables a la sociedad: el consumo de sustancias adictivas y la indigencia.

Los trastornos mentales son condición es de alteración en la salud mental que producen una pérdida de bienestar psicosocial que implica un deterioro en el funcionamiento de las personas que los padecen. Las alteraciones afectan los procesos cognitivos y afectivos del individuo, y, además, su comportamiento.

Dentro del espectro de los trastornos mentales, las ciencias de la salud han logrado la descripción de trastornos que están relacionados con el consumo de sustancias. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-TR clasifica y describe dos grupos: Trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia) y los trastornos inducidos por sustancias. La CIE-10 clasifica y describe los: Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotrópicas; y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas.

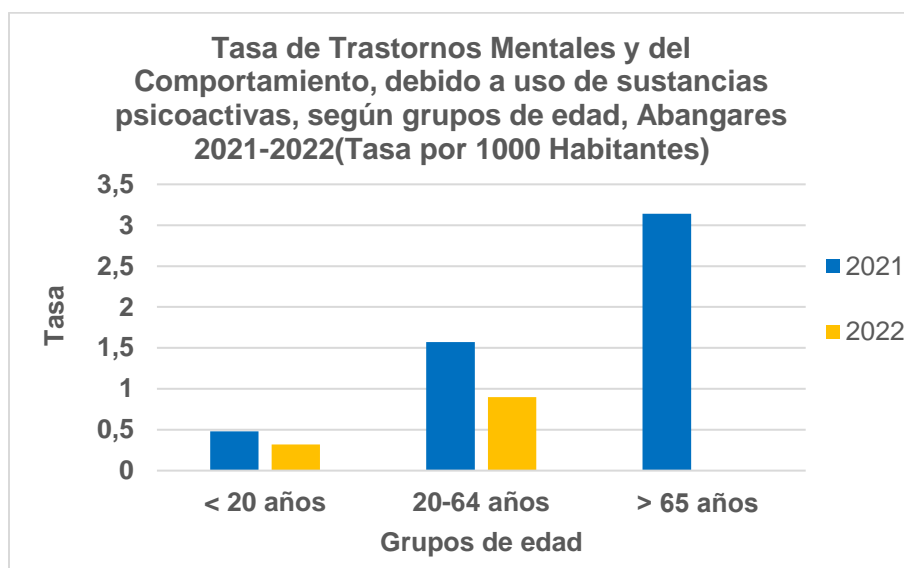
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52352/TrejosPerezLuis.pdf?sequence=1>

Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento.

El uso de sustancias psicoactivas siempre implica un grado de riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre distintos órganos y sistemas, las cuales pueden darse en el corto plazo, como en el caso de la intoxicación, la cual incrementa el riesgo de lesiones por accidentes o agresión, así como conductas sexuales en condiciones inseguras. El uso repetido y prolongado en el tiempo de estas sustancias, favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal.

<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Gráfico N° 9



Fuente: VE01 Abangares 2021-2022.

El gráfico anterior muestra que en Abangares durante el año 2021, los trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas afectó a todos los grupos poblacionales, teniendo una mayor afectación en las personas de 20-64 años y mayores de 65 años, con una tasa de 1,57 y 3,14 correspondientemente. Para el año 2022 los grupos afectados por este evento fueron los menores de 64 años, mostrando una disminución en la tasa, respecto al año anterior.

Respecto a la afectación por sexo, en el año 2021, la población masculina reporta el 69% de los casos (20 casos), de los cuales 7 casos corresponden a trastorno mental y del comportamiento debido a síndrome de dependencia al tabaco.

Además, se tiene reporte de otras causas de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas con menor incidencia como: intoxicación aguda por alcohol, estado de abstinencia por uso de alcohol, intoxicación aguda por cocaína, por uso de múltiples drogas, estado abstinencia con delirio por sedantes o hipnóticos, intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos, entre otros.

Es necesario mencionar que, en el 2021, nuestro país y el mundo pasaban por una situación epidemiológica importante; la pandemia por Covid-19, que por ser una enfermedad respiratoria infecciosa muy contagiosa, obligó a implementar diversas medidas preventivas como la cuarentena y el distanciamiento social durante un largo tiempo; situación que podría tener consecuencias en la salud mental de las personas, como el estrés prolongado, ansiedad, depresión y aumentar comportamientos de riesgo como un mayor consumo de sustancias: alcohol, tabaco, sedantes y otras drogas, como posibles estrategias para contrarrestar o afrontar el estrés durante de la pandemia. Sin embargo, hay que esperar resultados de investigaciones sobre el COVID-19 y la salud mental de la población, específicamente sobre la relación entre la pandemia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Violencia

La OMS define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

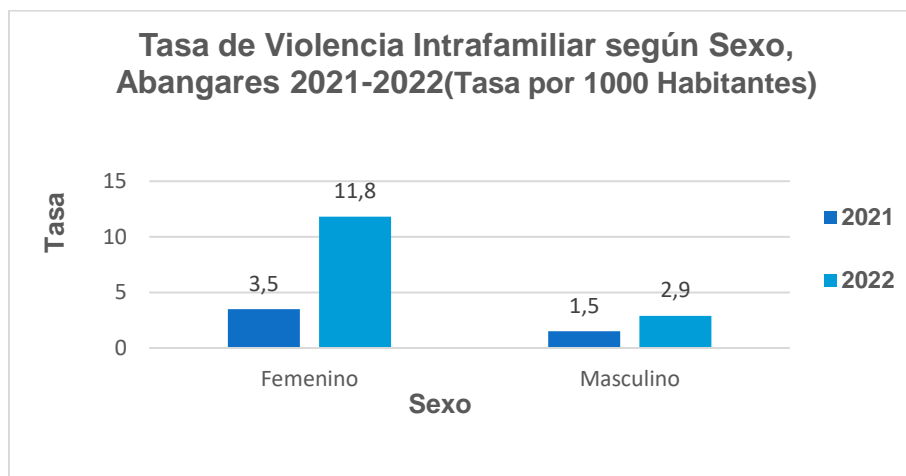
<http://www.indesol.gob.mx/alias-para-el-cambio/violencia/>

Tipos de violencia: La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- la violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones).
- la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco).
- la violencia colectiva (social, política y económica).

<https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>

Gráfico N° 10



Fuente: VE01 Abangares 2021-2022.

El gráfico anterior pone en evidencia, que la VIF afecta principalmente a las mujeres, con una tasa de 11,8 para el 2021 y 2,9 para el 2022.

En cuanto a números absolutos se tiene el reporte de 35 y 119 mujeres atendidas por VIF en los servicios de salud del cantón, y en un número significativamente menor en hombres con 15 y 30 casos para el mismo periodo en análisis(2021-2022).

En el año 2022 se observa un aumento en la tasa de VIF, en ambos sexos.

Cuadro N° 31

Incidencia de Violencia Intrafamiliar según distrito, Abangares 2021-2022

Distrito	Años			
	2021		2022	
	Casos	%	Casos	%
Las Juntas	26	52	84	56
Sierra	4	8	8	5
San Juan	1	2	10	7
Colorado	19	38	47	32
Total	50	100	149	100

Fuente: VE01 Abangares 2021-2022.

El cuadro N°31 muestra la incidencia de la violencia intrafamiliar (VIF) según distrito; encontramos que tanto para el año 2021 como para el 2022, el distrito con mayor número de casos es Las Juntas con 52% y 56% respectivamente, seguido del distrito Colorado con el 38% y 32% del total de casos. También cabe mencionar que en los distritos mencionados es donde se concentra la mayor densidad poblacional del cantón, además cuentan con mayor accesibilidad a los servicios de salud.

Cuadro N° 32

Incidencia de Violencia Intrafamiliar según tipo, Abangares 2021-2022

Tipo de Violencia	Años			
	2021		2022	
	Casos	%	Casos	%
Física	15	30	66	44
Psicológica	22	44	50	34
Sexual	7	14	10	7
Síndrome maltrato no Espec.	0	0	4	3
Patrimonial	0	0	2	1
Negligencia	6	12	17	11
Total	50	100	149	100

Fuente: VE01 Abangares 2021-2022.

La incidencia de las diferentes formas de violencia o causa específica se reflejan en el cuadro anterior. Como es evidente los datos para 2022 prácticamente triplican los registrados en el 2021(50 casos y 149 casos correspondientemente).

Para el año 2021, el abuso psicológico registra la mayor incidencia con 22 casos(44%), mientras que el abuso físico es el tipo de violencia con más notificación en el 2022; con 66 casos, para el 44% del total de casos.

Importante rescatar que el abuso psicológico se ubica en una segunda posición durante el 2022 con el 34% de los casos. Este tipo de abuso no es visible, pero se convierte en un factor de riesgo que afecta la salud mental de las personas víctimas de VIF.

3. Caracterización del entorno.

En relación a oferta de servicios en salud mental a nivel público, la población del cantón de Abangares tiene acceso solamente a los servicios prestados por la CCSS, en el primer nivel de atención se brinda una atención inicial por médicos generales y trabajo social, quienes según el riesgo del usuario, lo refieren a un segundo nivel que ofrece atención en servicios de consulta externa y hospitalización con valoración por médicos especialistas en psiquiatría y enfermeras con especialidad en salud mental, así como la intervención de profesionales en psicología y trabajo social. En casos necesarios los

usuarios son referidos a un tercer nivel, los hospitales psiquiátricos se concentran en el área metropolitana y ofrecen tratamiento especializado.

En cuanto a oferta de servicios de salud mental a nivel privado, no se tiene acceso en el nivel local, los usuarios según sus posibilidades económicas deben acudir a hospitales y consultorios privados en psiquiatría, psicología y de medicina alternativa, en otros cantones de la región o fuera de ella, lo que se convierte en una gran limitante para las personas que enfrentan situaciones relacionadas con la salud mental.

Las instituciones presentes en el cantón integran diversas comisiones y redes amparadas a decretos ejecutivos, que dan seguimiento a políticas y planes nacionales relacionados con la salud mental, sin embargo, la falta de recursos económicos y de profesionales con especialidades a fines a la salud mental, limitan el logro de avances en la realización y cumplimiento de las metas de estas políticas y planes, así como para trabajar por el mejoramiento de los servicios de salud mental, lo que da como resultado un impacto reducido.

Proyectos o actividades implementadas

En el cantón de Abangares se han realizado diversas actividades para la promoción de la salud en general, mediante planes y proyectos coordinados por funcionarias del Ministerio de Salud en alianza con instituciones y organizaciones locales, o a través de comisiones interinstitucionales en las que este Ministerio también es parte:

2018

Feria Cantonal Oro, Café y Mariscos, donde el Ministerio de Salud tuvo su participación como promotor de la Actividad Física y la Recreación: Se realizó una Caminata denominada Salud y Cultura, un Ciclismo recreativo llamado Ruta Avancari por un Abangares Saludable y un concurso de platillos locales o tradicionales. Lo anterior de la mano con estrategias de divulgación de la Ley 9028 donde se promueven espacios libres de humo de tabaco.

Logros o éxitos alcanzados en el tema:

- Empoderamiento local, comunidades siendo autogestoras del cambio, promoviendo salud.
- Mayor articulación y coordinación entre los diferentes sectores.
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Promoción de la ley 9028 y de ambientes saludables.
- Abrir espacios para la recreación y la actividad física.

Red de prevención de la VIF como por mencionar “Mujer no estás sola” un grupo socio-terapéutico dirigido a mujeres víctimas de violencia, así como “Estrellitas de Paz” talleres

de promoción de relaciones saludables en el escenario escolar dirigidos a la estudiantes de primaria , también se realizó un Foro Cantonal denominado: “Violencia de Género: Realidad y Desafíos en el cantón de Abangares” en el cual participaron mujeres lideresas comunales integrantes de Comités de Salud, Asociaciones de Desarrollo, Emprendedoras, así como las diferentes instituciones presentes en el cantón, donde se les expuso las estadísticas cantonales en el tema de violencia y se les brindó la oferta institucional y local dirigido a mujeres, participaron los bancos públicos, el IMAS, el INAMU, la CCSS, la Municipalidad de Abangares, otros. Se cerró la actividad con una charla motivacional sobre empoderamiento de las mujeres.

Logros o éxitos alcanzados en el tema:

- Buena coordinación y articulación institucional y sectorial a nivel local.
- Hubo presupuesto para realizar el foro, a través de los proyectos de Salud Mental brindados por la Secretaría Técnica de Salud Mental.

Implementación del **Programa Ponela a la Vida**, dirigido a estudiantes 7° año del CTP Abangares, con el objetivo fomentar en la población adolescente escolarizada, el desarrollo de estilos de vida saludables, mediante la práctica de la actividad física y el incremento en el consumo de frutas y vegetales. Se conformó una comisión con la participación del Ministerio de Salud como coordinador, en alianza con el Ministerio de Educación Pública (CTPA), Caja Costarricense de Seguro Social, Cruz Roja, Comité Cantonal de Deporte y Recreación, Municipalidad Abangares, con el apoyo del nivel central del Ministerio de Salud. Se logró desarrollar el **Rally Ponele a la Vida**, por medio de diferentes estaciones con dinámicas los adolescentes se ejercitaron y se sensibilizaron en temas de actividad física y una vida libre de tabaquismo. También **Talleres dinámicos**, fueron desarrollados en la temática de la alimentación saludable de manera lúdica y creativa, por profesionales en nutrición y promotores de la salud, contratados por medio de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. El Día nacional del Deporte se realizó la Caminata Ponele a la Vida, con toda la población estudiantil del CTPA, por los alrededores y finca del centro educativo, fomentando la práctica de actividad física como un estilo de vida saludable, se les facilitó agua, frutas y material informativo sobre la importancia de la actividad física, alimentación saludable y prevención del consumo de tabaco. Otra actividad desarrollada en este programa fue la **Feria Ponele a la Vida**, para promover la salud como un valor en los estudiantes del CTP de Abangares, mediante la alimentación saludable, la práctica de actividad física y

la preservación del ambiente. Participó toda la población estudiantil, con la colocación de Kioskos informativos (alimentación saludable, actividad física, salud mental y ambientes saludables), actividades deportivas, tenis de mesa, voleibol, fútbol, concursos platillos saludables y elaboración de objetos con material reciclable; los se premió a los ganadores de estos concursos.

2019

Elaboración y ejecución del **proyecto “SanaMente”** por funcionarias de los procesos de Promoción de la Salud-Salud Mental y Planificación Estratégica de la Salud del Área Rectora de Salud Abangares, previa capacitación de la Secretaría Técnica de Salud mental del Ministerio de Salud, con el objetivo de implementar un programa socioeducativo para el abordaje integral de la Política Nacional de salud Mental y la prevención del comportamiento suicida, con actores sociales claves del Cantón de Abangares. Se realizaron 4 talleres dirigidos a representantes de institucionales contemplados en el Decreto N° 40881 – S Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, para la conformación de la ILAIS de Abangares, con los que se desarrolló la Metodología de caracterización y articulación comunitaria para el abordaje integral del comportamiento suicida, también se les capacitó sobre el Enfoque de Mejoramiento de Vida con la colaboración de una funcionaria de INDER. Además, se realizaron 2 talleres dirigidos a integrantes de los Comités de Salud y Juntas de Salud de las Áreas de Salud Abangares y Colorado CCSS, a quienes se capacitó en la prevención del comportamiento suicida y la socialización de la Política Nacional de Salud Mental.

Logros o éxitos alcanzados en el tema:

- Participación de 56 personas, entre ellos representantes del MEP, CCSS, Municipalidad, CCD, Fuerza Pública, Cruz Roja, CCPJ, Juzgado Contravencional, Comités y Juntas de Salud de las 2 áreas de salud del cantón
- Conformación de la ILAIS Instancia Local para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida de Abangares (ILAIS) y elaboración del plan de trabajo 2020.

2022

Celebración del Día Mundial de la Salud Mental y el Día Internacional de la Persona Adulta Mayor, con la “Jornada Envejecimiento Feliz y Salud Mental”, dirigida a los adultos mayores del cantón, con el objetivo de promover espacios de recreación para una sana convivencia y el mejoramiento de la salud mental de la PAM. Se gestionaron recursos

con diferentes organizaciones, se desarrollaron diversas actividades: taller de pintura, baile, pausa activa dirigida por un grupo de adultos mayores, bingo con premios facilitados por el comercio local, emprendedores e instituciones locales, juegos de mesa-memoria, refrigerio facilitado por COOPEANDE. Se elaboró un afiche promocionando la actividad que se publicó por redes sociales y un afiche de inscripción para el taller de pintura. Se ha contó con el apoyo de los integrantes de RECAFIS-ILAIS, la Red de Cuido del Adulto mayor de Abangares, Asociación de Desarrollo Integral Las Juntas, Comité cantonal de Deportes de Abangares, Banco Popular, COOPEANDE, UNCADA, entre otros. Se logró la participación de aproximadamente 80 personas adultas mayores, de diferentes distritos del cantón.

Realización de la Iniciativa Healing Trees, con el objetivo de promover la esperanza y la solidaridad en nuestra sociedad, en conmemoración por las pérdidas humanas por el Covid-19 del cantón, la cual consistió en la siembra de un árbol por cada persona fallecida, para lo cual se invitó a familiares, vecinos, amigos. La actividad fue desarrollada en 4 comunidades del cantón (Las Juntas, San Rafael, Lourdes y Pozo Azul). La primera actividad contó con un acto inaugural en el Parque Central de Las Juntas, con participación de los miembros de RECAFIS-ILAIS, alcalde municipal, sacerdote de la Parroquia San Jorge, director del Ministerio de Salud Abangares y familiares de las personas fallecidas, se colocó una placa alusiva a la conmemoración en el mismo parque, donada por el CCDA y develada por el Dr. Ricardo Díaz y Pbro. Wilman Briceño, seguido de la siembra de árboles por los familiares de los difuntos, con el acompañamiento de todos los participantes. En las comunidades de San Rafael, Lourdes y Pozo Azul se realizó una actividad similar.

2023

En el mes de marzo, **Conmemoración Dia Internacional de la Mujer** se realizo la Feria Edición Mujer Abangareña, con el objetivo de promover diferentes actividades y espacios de recreación, empresariedad y de esparcimiento dirigidas a las mujeres del cantón de Abangares, como las siguientes: feria de emprendedoras locales, taller de pintura, taller de flores, pizarra participativa Retos de la Mujer Abangareña, Bingo de la Mujer

Abangareña y presentaciones artísticas con un Festival Internacional de Folklore, Unidos por la danza.

Entre los principales logros:

Trabajo en equipo por parte de las instituciones locales.

Creación de espacios de recreación y esparcimiento para las mujeres

Empoderamiento femenino a través de las ferias de emprendedoras y la autonomía económica de las mujeres.

Respecto a investigación en salud mental se refiere, a nivel local no existen estudios sobre el perfil epidemiológico de los trastornos mentales y afines en la población del cantón.

En el cantón se dispone de diferentes espacios públicos para recreación y esparcimiento, en los que se puede hacer ejercicio, jugar, conocer a otras personas y socializar, para una sana convivencia y aprendizaje cultural, sin embargo, hace falta invertir en el desarrollo de algunas iniciativas para el mantenimiento y mejoramiento de los espacios existentes y la creación de otros, con zonas verdes, seguros, con iluminación adecuada, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas adultas mayores y personas con discapacidad. De modo que estos espacios se conviertan en lugares que promuevan y motiven a la población local y visitantes a apropiarse de los mismos, que su uso contribuya a mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Cuadro N° 33

Inventario de Espacios Recreativos Públicos, Abangares, 2023	
Canchas de Fútbol	30
Canchas de Vólibol	2
Canchas de Baloncesto	13
Salón Multiusos	5
Salones Comunes	20
Áreas de Juegos Infantiles	12
Polideportivos	1
Parques	7
Campos de Skate	1
Otros: gimnasios municipal y MEP	7
Máquinas para desarrollar actividad física en parques públicos	17
Total	115

Cuadro N° 34

Estrategias de Promoción de la Salud ejecutándose en el cantón (planes, programas, actividades)	Nombre de la Institución u organización a cargo
Programa del Adulto Mayor	Red de Cuido del Adulto Mayor (Hogar de Ancianos, Parroquia San Jorge, Municipalidad de Abangares, CCSS)
Actividades específicas de Plan Local de la Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar como “Estrellitas de Paz” que promueve relaciones interpersonales saludables en el escenario escolar y familiar, Grupo socioterapéutico “Mujer NO estás Sola”, dirigido a mujeres víctimas de VIF, atendidas en el ASA-CCSS.	Red VIF (Municipalidad de Abangares, IMAS, CCSS, Ministerio de Salud, Poder Judicial, PANI, MEP, Fuerza Pública)
Promoción de una sexualidad saludable a través de los Planes de Sexualidad, VIH, ITS, prevención del embarazo en adolescentes.	Ministerio de Salud, CCSS
Celebración de efemérides: Día Internacional de la Mujer, Día Mundial sin Violencia, Día de la Persona Adulta Mayor, Día Mundial del Medio Ambiente, Día Mundial de la Salud Mental, Día Mundial de la prevención del Suicidio, Día del Hombre, Prevención del CA de mamas(mes rosa).	Red de Prevención de la Violencia Intrafamiliar (Municipalidad de Abangares, IMAS, CCSS, Ministerio de Salud, Poder Judicial, PANI, INA, IAFA), Red Cantonal de Actividad Física y Salud(RECAFIS), Instancia Local para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida(ILAIS).
Grupo Adultos Mayores Abangareño Feliz (Las Juntas), Aires del Golfo (Colorado).	Asociación de Desarrollo Integral Las Juntas, Licda. Matilde Baltodano Rojas (AS Colorado-CCSS)
Comités de Seguridad Comunitaria	Fuerza Pública

Bandera Azul Comunitaria	Municipalidad Abangares, Concejo Municipal de Distrito Colorado
Escuela de Música Jesús Watson	Asociación de Desarrollo Integral Las Juntas(ADILJA)
Campeonato de Fútbol Copa UNCADA	UNCADA
Festival de La Piangua	Concejo Municipal de Distrito Colorado
Feria de Emprendedores	OFIM Municipalidad Abangares
Escuelas de fútbol, voleibol, boxeo, atletismo, basket, futsala, karate.	Comité Cantonal de Deportes Las Juntas, Colorado
Feria de la Salud	INS- Municipalidad de Abangares
Equipo de Salud Mental	Área de Salud Abangares(CCSS)
Comité de la Persona Joven	Municipalidad de Abangares

Cuadro N° 35

Programas, Actividades, Planes, Proyectos relacionados con Salud Mental dirigidos por el Ministerio de Salud, Abangares 2023
ILAIS (Instancia Local para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida)
RECAFIS(Red Cantonal de Actividad Física y Salud)
Acciones rectoras para la promoción de los derechos de la población migrante
Acciones rectoras para la promoción de los derechos de la población LGTBIQ+
Promoción de una cultura de vida y trabajo saludables a través de celebraciones de natalicios, del Día del funcionario de la Salud, efemérides (día de la madre, día del padre, día de la amistad, desayunos típicos, desayunos navideños, murales, decoración alusiva a cada celebración), participación en la Semana del Bienestar, Semana de la Salud Ocupacional).

La Dirección del Área Rectora de Salud Abangares, dispone de dos profesionales para los procesos de Planificación Estratégica y Promoción de la Salud, con especialidad en planificación y enfermería, mismas que dirigen el desarrollo de acciones a través de diferentes comisiones, con base en políticas y planes nacionales para el fortalecimiento de la salud de la población y la garantía de derechos de las poblaciones vulnerables (LGTBIQ+, migrantes, mujeres, niños, adultos mayores, VIH).

En cuanto a Sistemas de información en salud mental, el cantón cuenta con la CCSS y servicios de salud privados que aportan información con base en el Decreto N° 40556 -

S Vigilancia de la Salud y Decreto N° 40881 – S Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida, principalmente. Los datos o información aportados mediante el sistema electrónico y físico de notificación obligatoria, permite fluidez de la información, un mejor servicio a las personas para el mejoramiento de la salud de estos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los indicadores de servicios de salud y tomando en cuenta que la salud mental es fundamental para el desarrollo integral de las personas y de la sociedad, encontramos que la oferta de servicios para atención en salud, promoción y prevención de la salud mental es escasa y queda en deuda con la población en general, tanto para la protección de la salud mental de las personas que no tienen comprometida su salud mental como en la atención de las personas que tienen algún padecimiento.

Es importante, visibilizar la necesidad de una mayor asignación de recursos del Estado, Gobiernos Locales, fortalecimiento de alianzas con empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, entre otros, para contribuir a la satisfacción de las necesidades de las personas desde el punto de vista de la salud mental, de manera que se puedan crear entornos saludables y seguros, programas para la recreación y esparcimiento, así como el fortalecimiento de los servicios para brindar ayuda profesional a las personas que lo necesitan.

Los diferentes eventos que afectan la salud mental de las personas muestran mayor afectación en la población femenina, a excepción del comportamiento suicida, en el que los hombres tienen las tasas más elevadas, aunque las mujeres presentan mayor número de intentos.

El cantón cuenta con diferentes comisiones integradas por representantes institucionales, que realizan acciones que contribuyen en alguna medida a la salud en general de la población, pero requieren sostenibilidad en el tiempo para impactar en las personas y contribuir a su calidad de vida.

CONCLUSIONES

El análisis de las principales causas de mortalidad en el cantón, nos permiten reconocer las debilidades que pueden ser reforzadas mediante las líneas de acción, involucrando a las instituciones que lo ameriten, tanto de salud como de otros sectores, esto gracias al enfoque de determinantes.

Analizando estos problemas sabemos que, el proceso de salud no solo se vincula con las instituciones, CCSS- MS, sino, la importancia y relevancia que tienen otras instituciones y actores sociales para lograr un impacto en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población en general.

Determinamos que es necesario una mejor articulación intersectorial, así como, lograr el acercamiento y la participación de los habitantes, para lograr cumplir con las líneas de acción planteadas.

Resultando en gran medida que la promoción de la salud, la educación en temas de ambiente, y otros temas relevantes, son indispensables para lograr dicho mejoramiento. El fin de este documento es lograr dar a conocer la situación real y actual que atraviesa el cantón, generar un impacto para no solo mitigar, sino corregir acciones que están afectando la salud y que estas acciones sean sostenibles en el tiempo, por ello se contó con expertos quienes aportaron fundamentos científicos y profesionales en cada problema encontrado, para realizar el análisis de cada determinante, dejando un insumo completo como guía para accionar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

OPS. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer. 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,a%20corto%20y%20largo%20plazo.>

Rev. Costarricense de ciencias. médicas vol.25 n.1-2 San José Jan. 2004. Prevalencia de bajo peso en recién nacidos atendidos en el Hospital San Rafael de Alajuela. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000100008

Protocolo de Vigilancia de la Salud. Bajo peso al nacer a término. 2015. Disponible en: http://www.saludinfantilvalledelcauca.com/uploads/1/3/7/8/13787752/pro_bajo_peso_al_nacer_a_termino.pdf

OMS. Embarazo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud, Septiembre 2022. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,premature%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,premature%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave.)

Asociación Americana de Diabetes, Diabetes gestacional: síntomas y tratamiento. Disponible en: <https://diabetes.org/diabetes/gestational-diabetes>

Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, Preeclampsia and high blood pressure during pregnancy. ACOG. Disponible en: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preeclampsia-and-high-blood-pressure-during-pregnancy>

OPS. Bebés prematuros: historias de seis madres. Organización Panamericana de la Salud 2019. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15581:por-una-atencion-apropiada-en-el-momento-justo-y-en-el-lugar-adecuado&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Cáncer en la Niñez y Adolescencia. Consultado el 14 de agosto de 2023. <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>

Organización Panamericana de la Salud. (2021, 16 de septiembre). Perfiles de País cáncer de la niñez. <https://www.paho.org/es/perfiles-cancer-infantil-2021>

Morales C, Torres V, Valencia JE, Ribón G, Manrique RD. (2010, 15 de junio). Leucemia mieloide crónica: diagnóstico y tratamiento. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87052010000100010&script=sci_arttext

Instituto Nacional del Cáncer. (2022, 2 de septiembre). Tratamiento de la leucemia mieloide aguda y otras neoplasias mieloides malignas infantiles. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lma-infantil-pdq#top>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Cure all Americas. Consultado el 14 de agosto de 2023. <https://www.paho.org/es/cure-all-americas>
Seminario Universidad. Obtenido de: <https://semanariouniversidad.com/pais/hombres-motociclistas-entre-19-y-34-anos-encabezaron-muertes-en-carretera-en-2022/>

Traumatismos ocasionados por el tránsito, Organización Mundial de la Salud, 20 de junio 2022. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Anuario Estadístico de Accidentes de Tránsito en Costa Rica, COSEVI, 2021, Vol.6, N°1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). World Health Organization (WHO). Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Martínez M, Rojas A, Lázaro R, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Bases para el médico general. Revista Facultad de Medicina UNAM, pág. 28-35, 2020. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/facmed/un-2020/un203f.pdf>

Análisis de la Situación Integral en Salud, Ministerio de Salud, 2019. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/An%C3%A1lisis%20Integral%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud.%20Costa%20Rica%202019.pdf>

OPS. La carga de las enfermedades respiratorias crónicas en la Región de las Américas, 2000-2019. Organización Panamericana de la Salud. 2021 Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-respiratorias-cronicas>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares#:~:text=La%20enfermedad%20isqu%C3%A9mica%20del%20coraz%C3%B3n,los%20vasos%20sangu%C3%ADneos%20por%20aterosclerosis.>

(Montero, Franciny; Antúnez, José Alberto y Pabón, Carlos Andrés. (2020, 02 de marzo). Estudio de la carga de la enfermedad isquémica del corazón en Costa Rica en el periodo comprendido entre 1990 al 2017. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/480/828>

Ministerio de Salud Costa Rica. (2023, 18 de enero). *Enfermedades No Transmisibles representaron el 80.73% de las defunciones en el territorio nacional para el año 2019*. Disponible en: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1498-enfermedades-no-transmisibles-representaron-el-80-73-de-las-defunciones-en-el-territorio-nacional-para-el-ano-2019#:~:text=Para%20el%20a%C3%B1o%202019%20las,por%20el%20c%C3%A1ncer%20\(26.58%25\)](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1498-enfermedades-no-transmisibles-representaron-el-80-73-de-las-defunciones-en-el-territorio-nacional-para-el-ano-2019#:~:text=Para%20el%20a%C3%B1o%202019%20las,por%20el%20c%C3%A1ncer%20(26.58%25).).

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Día Mundial del Corazón: Enfermedades cardiovasculares causan 1,9 millones de muertes al año en las Américas*. Consultado el 23 de agosto de 2023. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7252:2012-world-heart-day-cardiovascular-diseases-cause-1-9-million-deaths-year-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

(Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Consultado el 23 de agosto de 2023. *HEARTS en las Américas*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas>

Costa Rica. Ministerio de Salud. (2022). Plan de Acción 2022-2025 de la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030. Disponible en:

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-estrategicos-institucionales/6173-plan-de-accion-2022-2025-de-la-estrategia-nacional-de-abordaje-integral-de-las-enfermedades-no-transmisibles-y-obesidad-2022-2030/file>

Editorial UNED, Revista Ambiental Biocenosis / Vol. 20 (1-2) 2007. Sergio Abarca Monge y Bernardo Mora Brenes. Disponible en el sitio web: <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/biocenosis/article/view/1311>

Organización Panamericana de la Salud, (OPS). Tema: Agua y Saneamiento. Disponible en el sitio web: <https://www.paho.org/es/temas/agua-saneamiento>

Organización Mundial de la Salud, (OMS). Tema: Agua para consumo humano. Disponible en el sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>

Organización Panamericana de la Salud, (OPS). Tema: Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores. Disponible en el sitio web:

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-desatendidas-tropicales-transmitidas-por-vectores>

Reglamento Calidad del Agua Potable N°38924-S, Costa Rica, (enero, 2015). Sistema Costarricense de Información Jurídica, PGR Sinalevi. Disponible en el sitio web: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=80047&nValor3=123709&strTipM=TC

Universidad Nacional de Costa Rica, Revista de Ciencias Ambientales (junio, 2003. Vol. 25(1): 14-16). Ricardo Valverde. Disponible en el sitio web: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=falta+de+disponibilidad+de+agua+potable+&btnG=&lr=lang_es

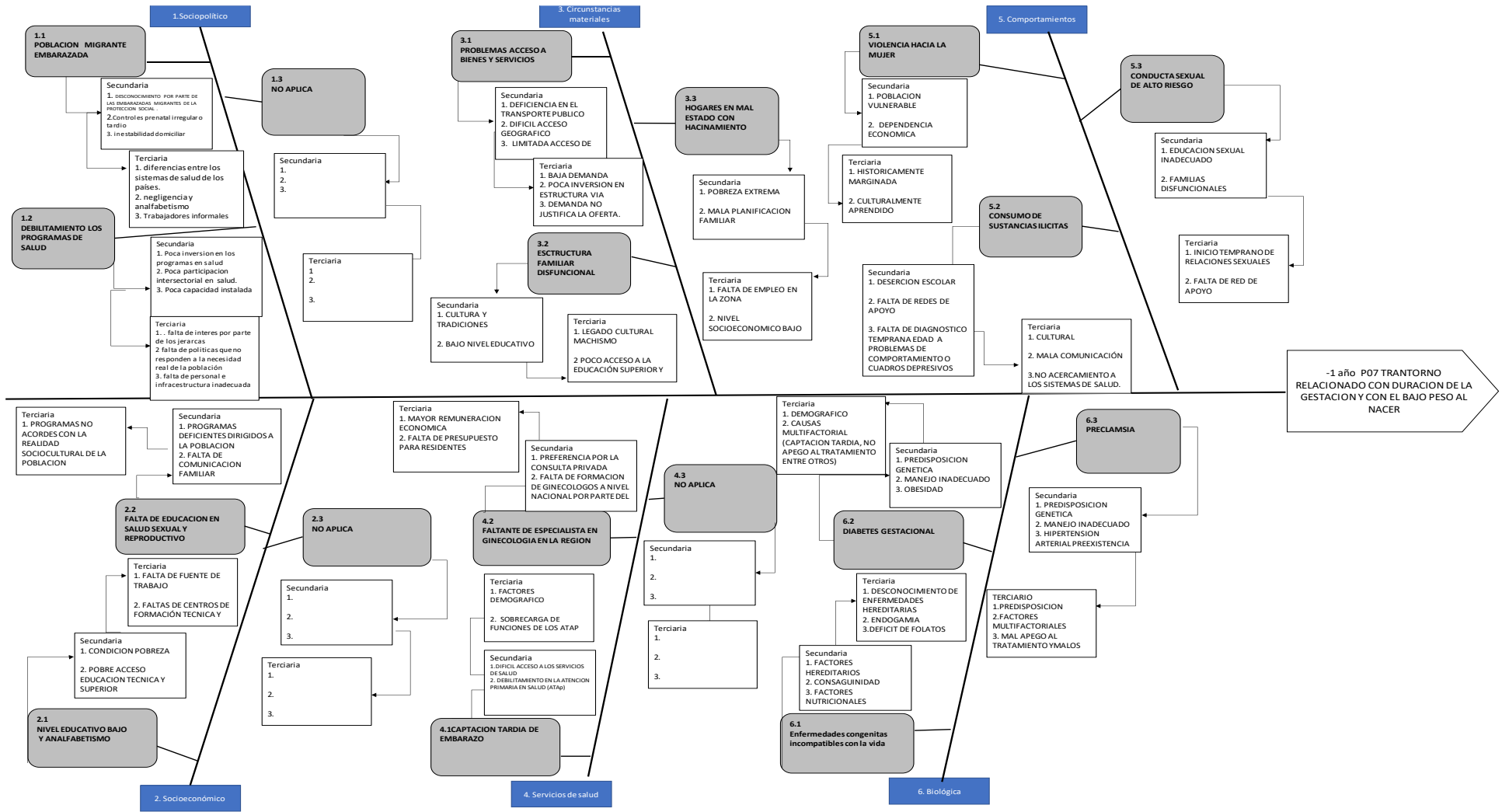
Organización Panamericana de la Salud. (2023). Abuso de sustancias. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias#:~:text=El%20uso%20repetido%20y%20prolongado,en%20el%20estado%20de%20salud>

Problemática de las drogas. Prevención del uso indebido de drogas. Bolivia - 2015 Chrome. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

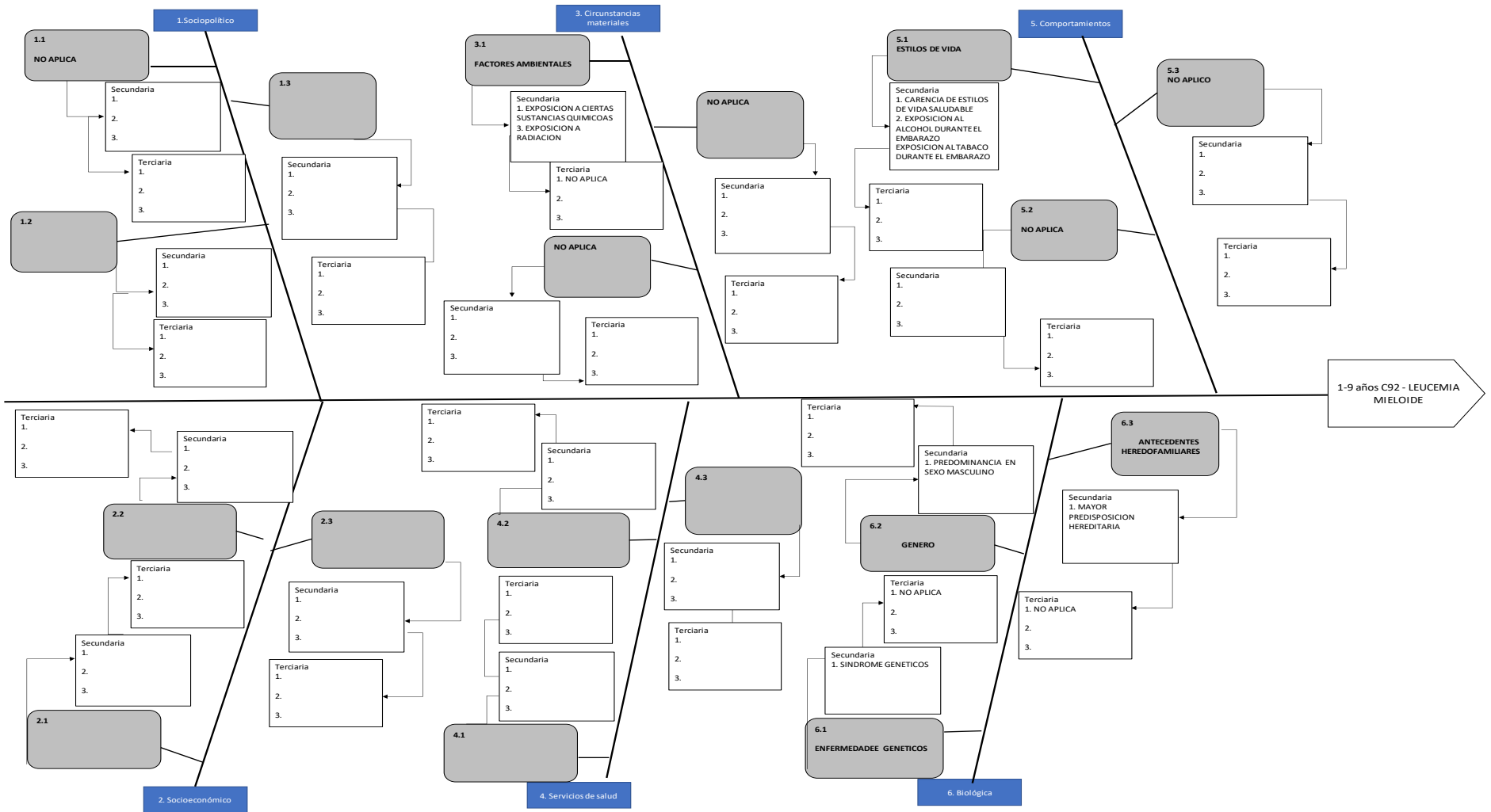
Centro para la Adicción y la Salud Mental (CAMH). (2018). Enfermedad mental y adicción: hechos y estadística. Centro para la Adicción y la Salud Mental (CAMH). Disponible en: <http://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics>

ANEXOS

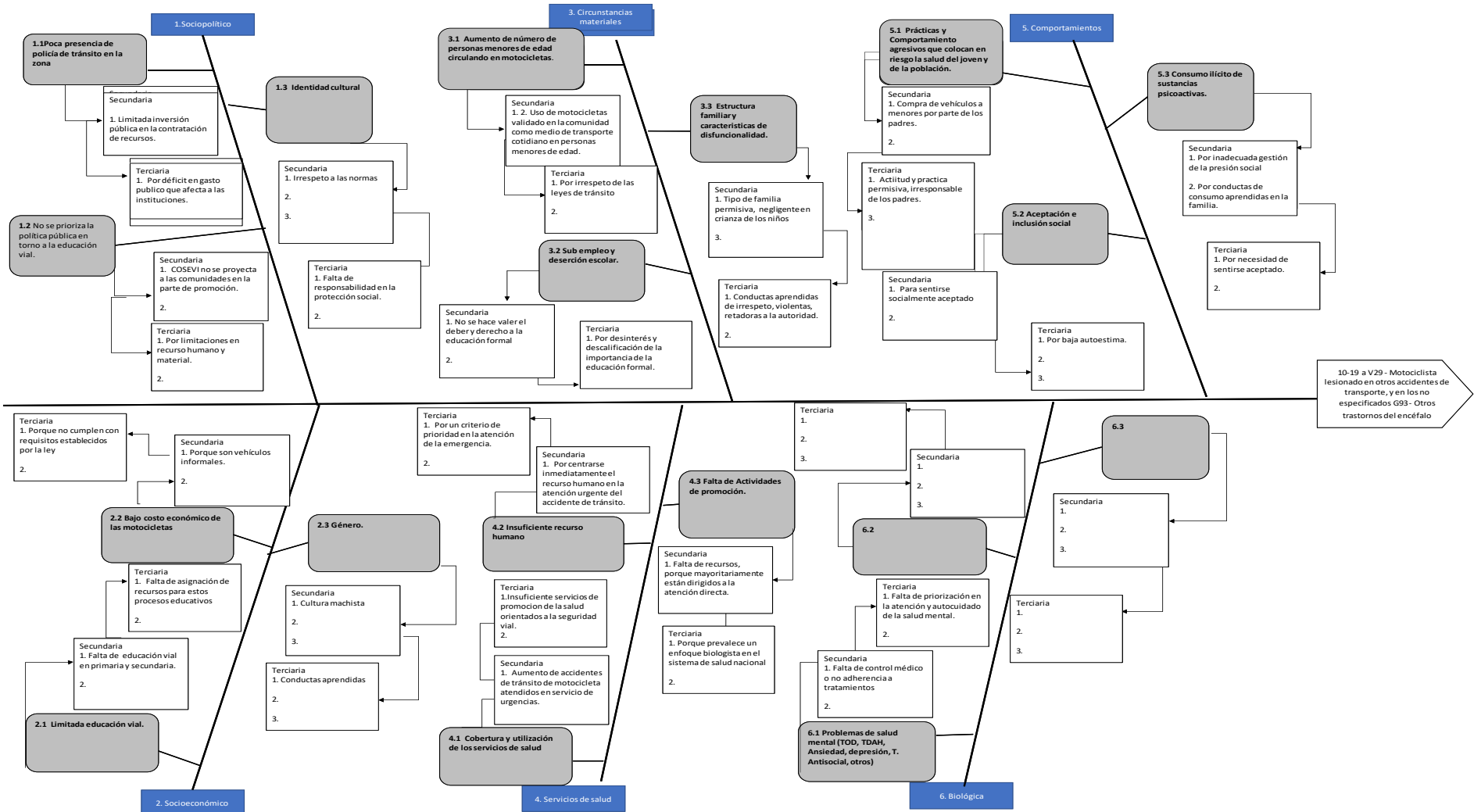
ANEXO 1 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION CORTA DE GESTACION



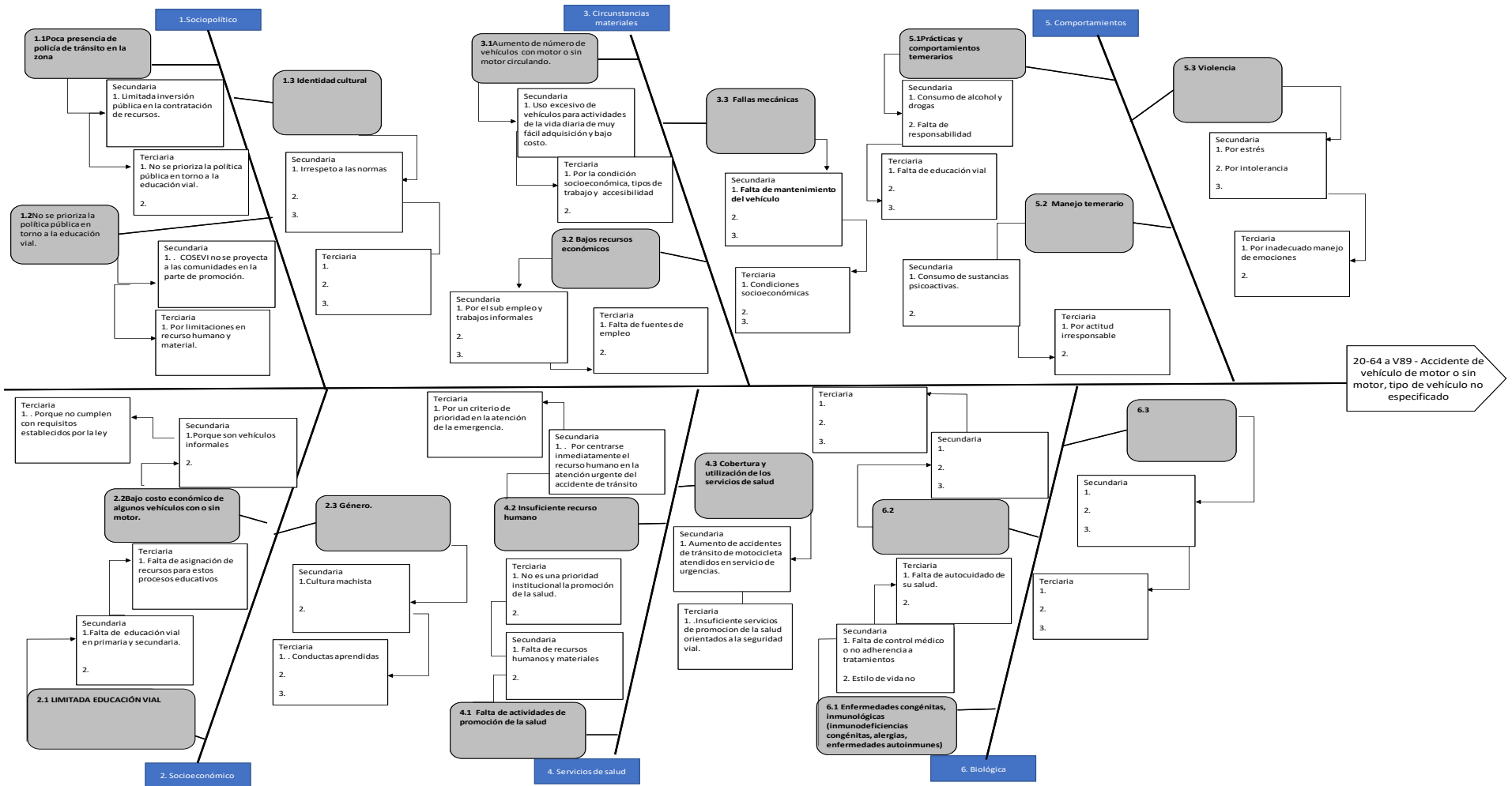
ANEXO 2 DIAGRAM DE ISHIKAWA PARA LEUCEMIA MIELOIDE



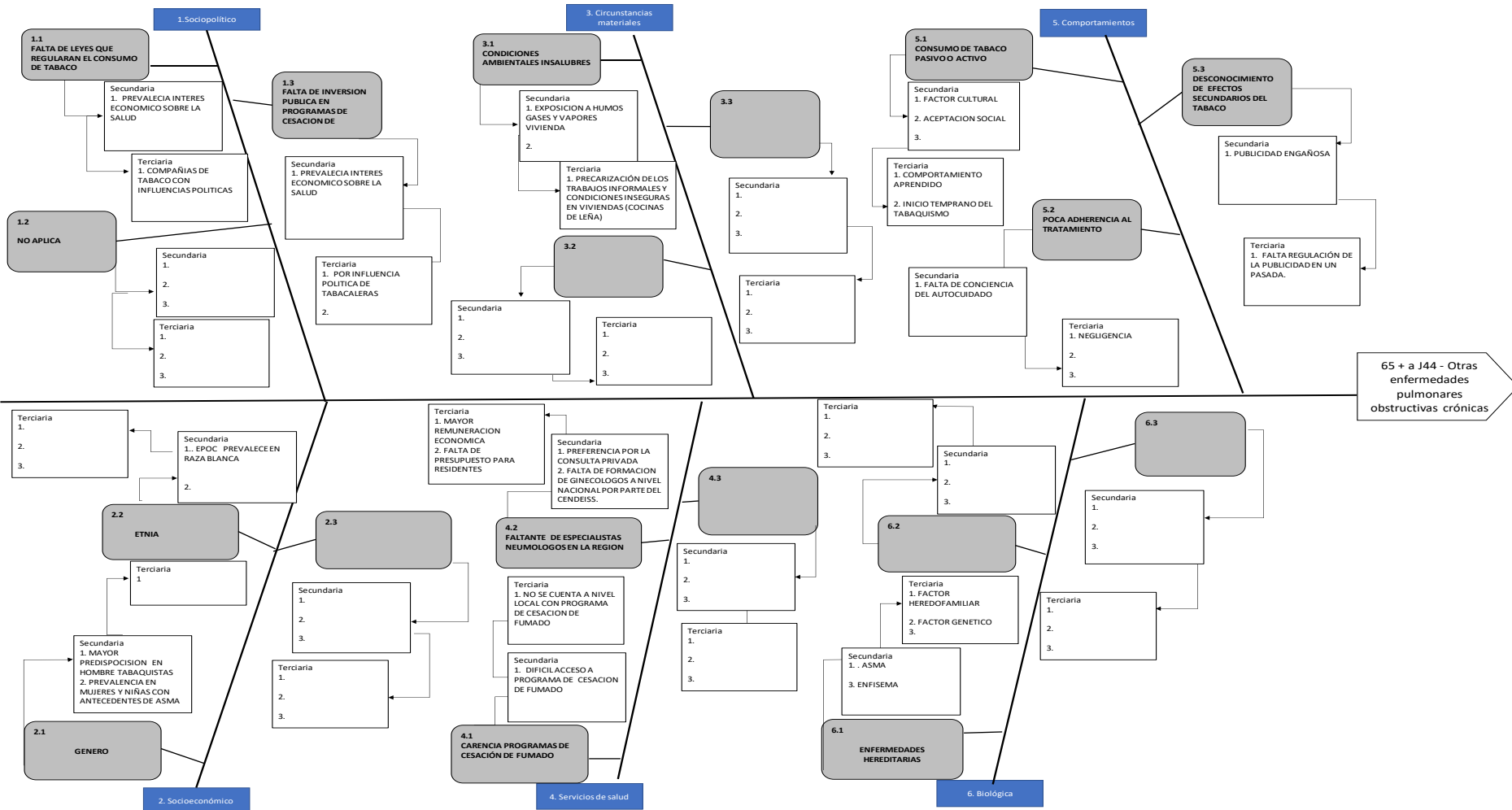
ANEXO 3 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA MOTOCICLISTAS LESIONADOS EN OTROS ACCIDENTES DE TRÁNSITO.



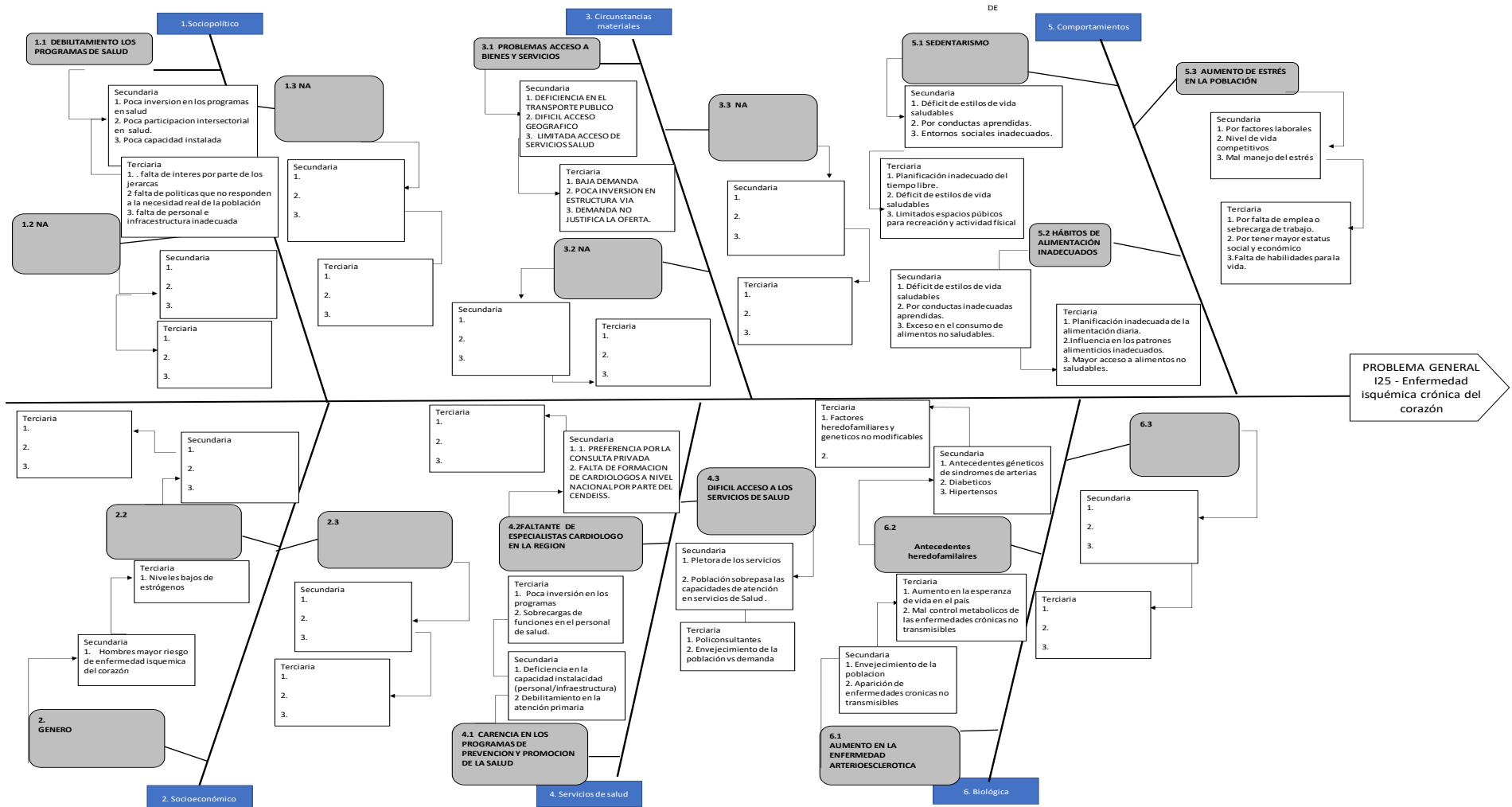
ANEXO 4 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA ACCIDENTES DE VEHÍCULO DE MOTOR O SIN MOTOR



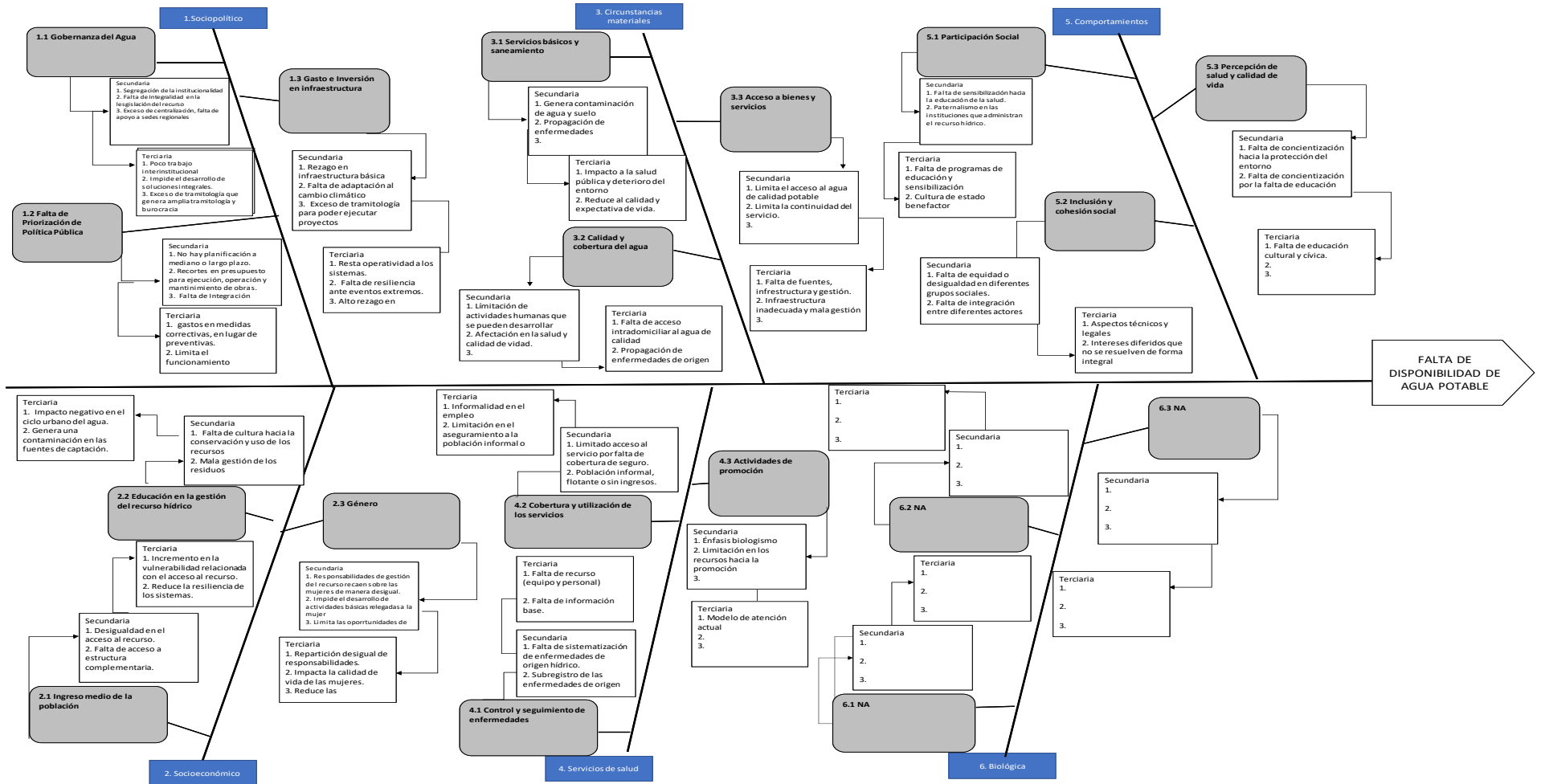
ANEXO 5 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA OTRAS ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS CRONICAS



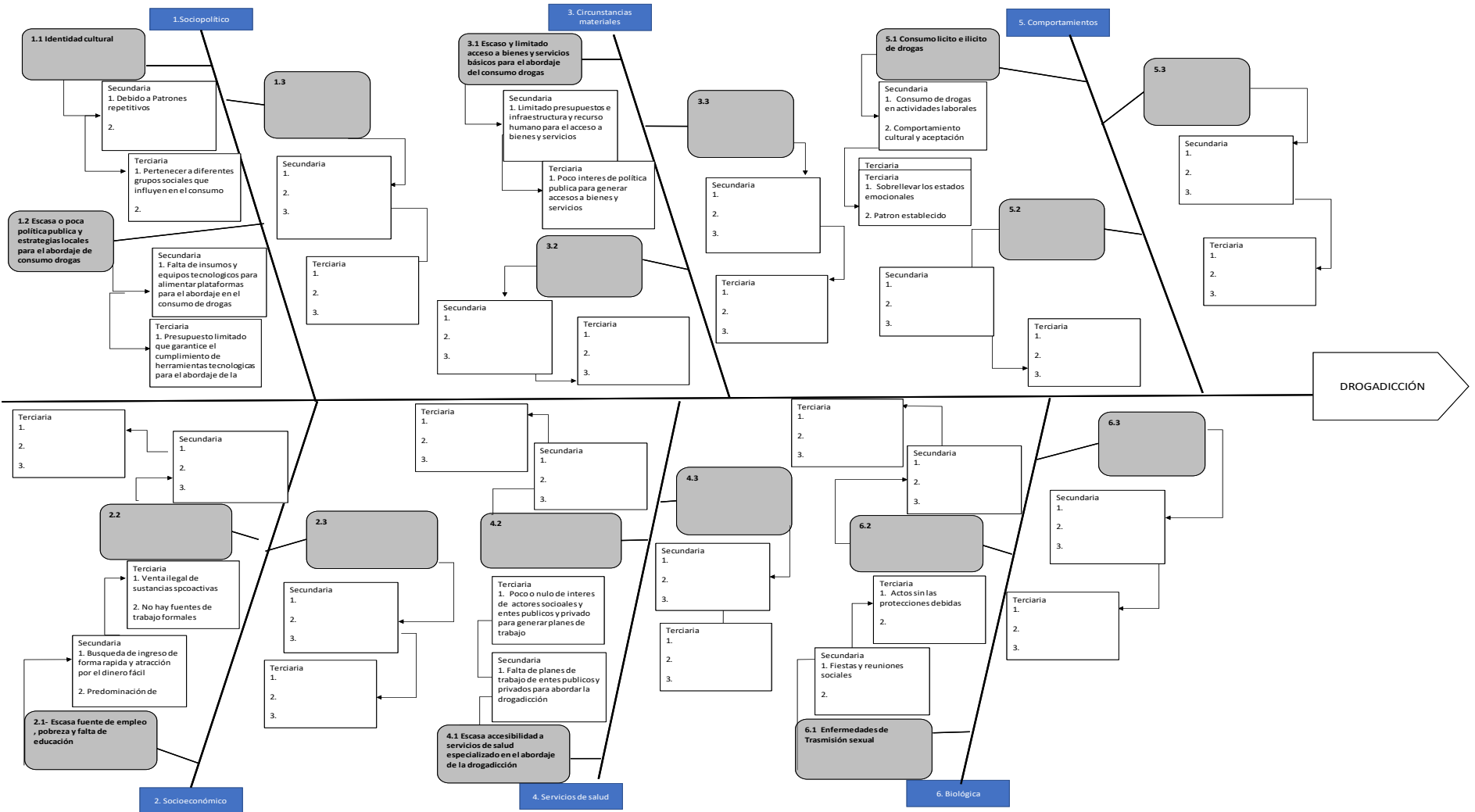
ANEXO 6 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON



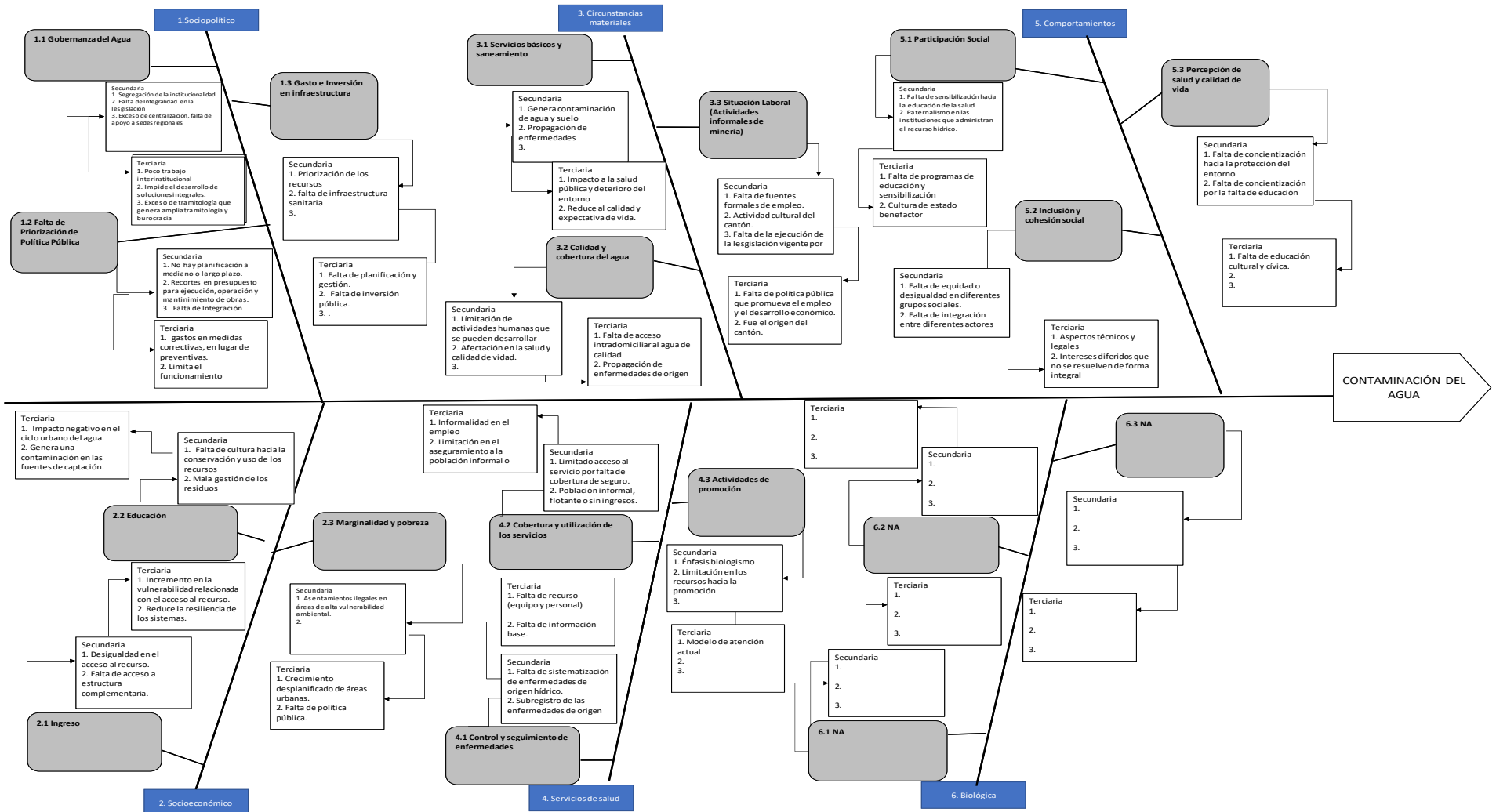
ANEXO 7 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA FALTA DE DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE



ANEXO 8 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA DROGADICCIÓN



ANEXO 9 DIAGRAMA DE ISHIKAWA PARA CONTAMINACION DEL AGUA



ANEXO 10 RESULTADOS DE PARETO PARA PRIORIZACION DE CAUSAS RAIZ Y DEFINICION DE LINEAS DE ACCION

Anexo 10.1. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Servicios de Salud	6.2	FALTANTE DE GINECOLOGOS EN LA REGIÓN	10	5	10	500	16,96%	16,96%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	DEBILITAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD	7	5	10	350	11,87%	28,83%	850	80%
Factores Socioeconomicos	2.2	FALTA DE EDUCACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO	7	5	10	350	11,87%	40,71%	1200	80%
Factores Biologicos	3.2	DIABETES GESTACIONAL	10	5	7	350	11,87%	52,58%	1550	80%
Factores Biologicos	3.3	PREECLAMPSIA	10	5	7	350	11,87%	64,45%	1900	80%
Comportamiento	4.3	CONSUMO DE SUSTANCIAS ILICITAS	10	5	7	350	11,87%	76,32%	2250	80%
Servicios de Salud	6.1	CAPTACION TARDÍA DE EMBARAZADA	7	5	10	350	11,87%	88,20%	2600	20%
Circunstancias materiales de vida	5.1	PROBLEMAS ACCESO A BIENES Y SERVICIOS	7	5	3	105	3,56%	91,76%	2705	20%
Comportamiento	4.2	CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO	3	3	10	90	3,05%	94,81%	2795	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	POBLACIÓN MIGRANTE EMBARAZADA	7	3	3	63	2,14%	96,95%	2858	20%
Factores Biologicos	3.1	ENFERMEDADES CONGENITAS INCOMPATIBLES CON LA VID	10	1	3	30	1,02%	97,96%	2888	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	NIVEL EDUCATIVO BAJO Y ANALFABETISMO	3	1	7	21	0,71%	98,68%	2909	20%
Comportamiento	4.1	VIOLENCIA HACIA LA MUJER	3	1	7	21	0,71%	99,39%	2930	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	ESTRUCTURA FAMILIAR DISFUNCIONAL	3	1	3	9	0,31%	99,69%	2939	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	HOGARES EN MAL ESTADO CON HACINAMIENTO	3	1	3	9	0,31%	100,00%	2948	20%
Factores Sociopolíticos	1.3					0	0,00%	100,00%	2948	20%
Factores Socioeconomicos	2,3					0	0,00%	100,00%	2948	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	2948	20%
						2948	100,00%		42666	

Anexo 10.2 Leucemia Mieloide

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)^(B)^(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Comportamiento	4.1	ESTILOS DE VIDA	7	5	7	245	50,83%	50,83%	245	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	FACTORES AMBIENTALES	7	3	7	147	30,50%	81,33%	392	20%
Factores Biologicos	3.1	ENFERMEDAD GENÉTICA	10	1	3	30	6,22%	87,55%	422	20%
Factores Biologicos	3.2	GENERO	10	1	3	30	6,22%	93,78%	452	20%
Factores Biologicos	3.3	AHF	10	1	3	30	6,22%	100,00%	482	20%
Factores Sociopolíticos	1.1					0	0,00%	100,00%	482	20%
Factores Sociopolíticos	1.2					0	0,00%	100,00%	482	20%
Factores Sociopolíticos	1.3					0	0,00%	100,00%	482	20%
Factores Socioeconomicos	2.1					0	0,00%	100,00%	482	20%
Factores Socioeconomicos	2.2					0	0,00%	100,00%	482	20%
Factores Socioeconomicos	2.3					0	0,00%	100,00%	482	20%
Comportamiento	4.2					0	0,00%	100,00%	482	20%
Comportamiento	4.3					0	0,00%	100,00%	482	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2					0	0,00%	100,00%	482	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3					0	0,00%	100,00%	482	20%
Servicios de Salud	6.1					0	0,00%	100,00%	482	20%
Servicios de Salud	6.2					0	0,00%	100,00%	482	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	482	20%
						482	100,00%		8259	

Anexo 10.3 Motociclistas lesionados en otros accidentes de tránsito.

Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
5.3 Consumo ilícito de sustancias psicoactivas.	10	5	10	500	12,26%	12,26%	500	80%
3.1 Aumento de número de personas menores de edad ci	10	5	10	500	12,26%	24,52%	1000	80%
3.2 Sub empleo y deserción escolar.	10	5	10	500	12,26%	36,78%	1500	80%
4.1 Cobertura y utilización de los servicios de salud	10	5	10	500	12,26%	49,04%	2000	80%
1.1 Poca presencia de policía de tránsito en la zona	10	5	7	350	8,58%	57,63%	2350	80%
3.3 Estructura familiar y características de disfuncionalidad	10	5	7	350	8,58%	66,21%	2700	80%
1.2 No se prioriza la política pública en torno a la educación	7	5	7	245	6,01%	72,22%	2945	80%
6.1 Problemas de salud mental (TOD, TDAH, Ansiedad, dep	7	5	7	245	6,01%	78,22%	3190	80%
Limitada educación vial.	10	5	3	150	3,68%	81,90%	3340	20%
2.2 Bajo costo económico de las motocicletas	10	5	3	150	3,68%	85,58%	3490	20%
5.2 Aceptación e inclusión social	7	3	7	147	3,60%	89,19%	3637	20%
5.1 Prácticas y Comportamiento agresivos que colocan en	7	5	3	105	2,57%	91,76%	3742	20%
4.2 Insuficiente recurso humano	3	5	7	105	2,57%	94,34%	3847	20%
4.3 Falta de Actividades de promoción.	7	5	3	105	2,57%	96,91%	3952	20%
1.3 Identidad cultural	7	3	3	63	1,54%	98,46%	4015	20%
2.3 Género.	7	3	3	63	1,54%	100,00%	4078	20%
				0	0,00%	100,00%	4078	20%
				0	0,00%	100,00%	4078	20%
				4078	100,00%		54442	

Anexo 10.4 Accidentes de vehículo de motor o sin motor

Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A) (B) (C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
1.1 Poca presencia de policía de tránsito en la zona	10	7	10	700	17,93%	17,93%	700	80%
5.1 Prácticas y comportamientos temerarios	10	5	10	500	12,81%	30,74%	1200	80%
5.2 Manejo temerario	10	5	10	500	12,81%	43,55%	1700	80%
5.3 Violencia	10	5	10	500	12,81%	56,35%	2200	80%
2.1 LIMITADA EDUCACIÓN VIAL	10	5	7	350	8,97%	65,32%	2550	80%
2.2 Bajo costo económico de algunos vehículos con o sin motor	10	5	7	350	8,97%	74,28%	2900	80%
1.2 No se prioriza la política pública en torno a la educación	7	5	7	245	6,28%	80,56%	3145	20%
3.1 Aumento de número de vehículos con motor o sin motor	7	3	7	147	3,77%	84,32%	3292	20%
4.1 Falta de actividades de promoción de la salud	7	3	7	147	3,77%	88,09%	3439	20%
4.2 Insuficiente recurso humano	7	3	7	147	3,77%	91,85%	3586	20%
4.3 Cobertura y utilización de los servicios de salud	7	3	7	147	3,77%	95,62%	3733	20%
1.3 Identidad cultural	7	3	3	63	1,61%	97,23%	3796	20%
2.3 Género.	7	3	3	63	1,61%	98,85%	3859	20%
6.1 Enfermedades congénitas, inmunológicas (inmunodeficiencias)	3	3	3	27	0,69%	99,54%	3886	20%
3.2 Bajos recursos económicos	3	1	3	9	0,23%	99,77%	3895	20%
3.3 Fallas mecánicas	3	1	3	9	0,23%	100,00%	3904	20%
				0	0,00%	100,00%	3904	20%
				0	0,00%	100,00%	3904	20%
				3904	100,00%		55593	

Anexo 10.5 Otras enfermedades obstructivas crónicas

Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
CONSUMO DE TABACO ACTIVO Y PASIVO	10	5	7	350	25,40%	25,40%	350	80%
POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	7	5	10	350	25,40%	50,80%	700	80%
CARENCIA DE PROGRAMA DE CESE AL FUMADO	7	5	7	245	17,78%	68,58%	945	80%
FALTANTE DE ESPECIALISTAS EN LA REGIÓN	10	5	3	150	10,89%	79,46%	1095	80%
FALTA DE LEYES QUE REGULAN EL TABACO	10	1	10	100	7,26%	86,72%	1195	20%
FALTA DE INVERSIÓN PÚBLICA	7	3	3	63	4,57%	91,29%	1258	20%
GENERO	10	1	3	30	2,18%	93,47%	1288	20%
ETNIA	10	1	3	30	2,18%	95,65%	1318	20%
ENFERMEDADES HEREDITARIAS	10	1	3	30	2,18%	97,82%	1348	20%
DESCONOCIMIENTO DE LOS EFECTOS DEL TABACO	3	1	7	21	1,52%	99,35%	1369	20%
CONDICIONES AMBIENTALES INSALUBRES	3	1	3	9	0,65%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				0	0,00%	100,00%	1378	20%
				1378	100,00%		21890	

Anexo 10.6 Enfermedad Isquémica Crónica del Corazón

Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
1.1	DEBILITAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD	10	5	10	500	17,06%	17,06%	500	80%
3.1	AUMENTO DE LA ENFERMEDAD ARTERIOESCLERÓTICA	10	5	10	500	17,06%	34,12%	1000	80%
4.1	SEDENTARISMO	10	5	10	500	17,06%	51,18%	1500	80%
4.2	HABITOS DE ALIMENTACIÓN INADECUADOS	10	5	10	500	17,06%	68,24%	2000	80%
4.3	AUMENTO DE ESTRÉS EN LA POBLACIÓN	10	5	7	350	11,94%	80,18%	2350	20%
6.1	CARENCIA EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	7	5	7	245	8,36%	88,54%	2595	20%
6.2	FALTANTE DE CARDIOLOGO	10	5	3	150	5,12%	93,65%	2745	20%
5.1	PROBLEMAS DE ACCESO A BIENES Y SERVICIO	7	3	3	63	2,15%	95,80%	2808	20%
6.3	DIFÍCIL ACCESO EN LOS SERVICIOS DE SALUD	7	3	3	63	2,15%	97,95%	2871	20%
2.1	GENERO	10	1	3	30	1,02%	98,98%	2901	20%
3.2	AHF	10	1	3	30	1,02%	100,00%	2931	20%
1.2					0	0,00%	100,00%	2931	20%
1.3					0	0,00%	100,00%	2931	20%
2.2					0	0,00%	100,00%	2931	20%
2,3					0	0,00%	100,00%	2931	20%
3.3					0	0,00%	100,00%	2931	20%
5.2					0	0,00%	100,00%	2931	20%
5.3					0	0,00%	100,00%	2931	20%
					2931	100,00%		44718	

Anexo 10.7 Disponibilidad de agua potable.

Dimensión	Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)^(B)^(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Comportamiento	4.1	Control y seguimiento de enfermedades	10	5	10	500	13,54%	13,54%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1.3	Gasto e Inversión en Infraestructura	7	5	10	350	9,47%	23,01%	850	80%
Factores Socioeconomicos	2.2	Educación en la gestión del recurso hídrico	7	5	10	350	9,47%	32,49%	1200	80%
Factores Biologicos	3.1	Servicios básicos y Saneamiento	10	5	7	350	9,47%	41,96%	1550	80%
Factores Biologicos	3.2	Calidad y cobertura del agua	10	5	7	350	9,47%	51,43%	1900	80%
Comportamiento	4.3	Actividades de promoción	7	5	10	350	9,47%	60,91%	2250	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta de Priorización de Política Pública	7	5	7	245	6,63%	67,54%	2495	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Participación Social	7	5	7	245	6,63%	74,17%	2740	80%
Factores Biologicos	3.3	Acceso a bienes y servicios	7	3	10	210	5,68%	79,86%	2950	80%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Percepción de salud y calidad de vida	7	3	10	210	5,68%	85,54%	3160	20%
Comportamiento	4.2	Cobertura y utilización de los servicios	10	5	3	150	4,06%	89,60%	3310	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	Gobernanza del Agua	7	3	7	147	3,98%	93,58%	3457	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Inclusión y cohesión social	7	3	7	147	3,98%	97,56%	3604	20%
Factores Socioeconomicos	2.3	Género	3	3	7	63	1,71%	99,27%	3667	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	Ingreso Medio de la Población	3	3	3	27	0,73%	100,00%	3694	20%
Servicios de Salud	6.1					0	0,00%	100,00%	3694	20%
Servicios de Salud	6.2					0	0,00%	100,00%	3694	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	3694	20%
						3694	100,00%		48409	

Anexo 10.8 Drogadicción

Dimensión	Causa ID	Causa raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Circunstancias materiales de vida	5.1	Consumo lícito e ilícito de drogas	10	5	7	350	33,05%	33,05%	350	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Identidad cultural	10	3	7	210	19,83%	52,88%	560	80%
Servicios de Salud	6.1	Enfermedades de Trasmisión sexual	10	5	3	150	14,16%	67,04%	710	80%
Factores Socioeconomicos	2.1	Escasa fuente de empleo , pobreza y falta de educación	7	3	7	147	13,88%	80,93%	857	20%
Comportamiento	4.1	Escasa accesibilidad a servicios de salud especializado en e	10	3	3	90	8,50%	89,42%	947	20%
Factores Biologicos	3.1	Escaso y limitado acceso a bienes y servicios básicos para e	3	3	7	63	5,95%	95,37%	1010	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	Escasa o poca política publica y estrategias locales para el a	7	1	7	49	4,63%	100,00%	1059	20%
Factores Sociopolíticos	1.3					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Factores Socioeconomicos	2.2					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Factores Socioeconomicos	2.3					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Factores Biologicos	3.2					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Factores Biologicos	3.3					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Comportamiento	4.2					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Comportamiento	4.3					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Servicios de Salud	6.2					0	0,00%	100,00%	1059	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	1059	20%
						1059	100,00%		17142	

Anexo 10.9 Contaminación del agua

Dimensión	Causa ID	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado		80-20
Factores Sociopolíticos	1.3	Gasto e Inversión en Infraestructura	10	5	10	500	10,91%	10,91%	500	80%
Factores Socioeconomicos	2.2	Educación	10	5	10	500	10,91%	21,82%	1000	80%
Factores Biologicos	3.1	Servicios básicos y saneamiento	10	5	10	500	10,91%	32,74%	1500	80%
Factores Biologicos	3.2	Calidad y cobertura del agua	10	5	10	500	10,91%	43,65%	2000	80%
Comportamiento	4.1	Control y seguimiento de enfermedades	10	5	10	500	10,91%	54,56%	2500	80%
Factores Biologicos	3.3	Situación laboral (actividades informales de minería)	10	5	7	350	7,64%	62,20%	2850	80%
Comportamiento	4.3	Actividades de promoción	7	5	10	350	7,64%	69,84%	3200	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Participación Social	7	5	7	245	5,35%	75,19%	3445	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Falta de Priorización de Política Pública	7	3	10	210	4,58%	79,77%	3655	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Gobernanza del Agua	7	3	10	210	4,58%	84,35%	3865	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Percepción de salud y calidad de vida	7	3	10	210	4,58%	88,93%	4075	20%
Comportamiento	4.2	Cobertura y utilización de los servicios	10	5	3	150	3,27%	92,21%	4225	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	Ingreso	7	3	7	147	3,21%	95,42%	4372	20%
Factores Socioeconomicos	2.3	Marginalidad	7	3	7	147	3,21%	98,63%	4519	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Inclusión y cohesión social	3	3	7	63	1,37%	100,00%	4582	20%
Servicios de Salud	6.1					0	0,00%	100,00%	4582	20%
Servicios de Salud	6.2					0	0,00%	100,00%	4582	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	4582	20%
						4582	100,00%		60034	