



Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD (ASIS)

ÁREA RECTORA DE SALUD CARRILLO

Enero 2023

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	3
METODOLOGIA	4
SELECCIÓN DE INDICADORES	5
CARACTERIZACION DEL ENTORNO	17
Características geográficas	17
Características demográficas	24
Características Socioeconómicas	28
Organización Social	34
Características de presencia de riesgo.....	35
PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS	56
Priorización del equipo ASIS basado en mortalidad	56
Priorización de los problemas de salud con la comunidad	57
Análisis de los principales los eventos de mortalidad según grupo de edad y problemas priorizados por actores sociales de la comunidad desde los determinantes sociales de la salud	59
ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍZ CON LOS EXPERTOS	72
Drogadicción y alcoholismo	84
Acceso limitado a los servicios de atención primaria.....	90
Malformaciones congénitas	94
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer	97
Muerte por suicidio.....	¡Error! Marcador no definido.
Accidentes de Tránsito.....	110
Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva.....	117
Enfermedad renal crónica.....	121
APARTADO SALUD MENTAL	124

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud constituye el punto de partida para el proceso de Planificación estratégica de la gestión sanitaria. En este documento se presentan los resultados del esfuerzo realizado por el personal del Área Rectora de la Salud de Carrillo, con el apoyo y participación de los actores sociales, involucrarlos en la búsqueda del desarrollo de la salud en las comunidades. Su elaboración, obedece a un proceso de participación social, fortalecido con los resultados para las acciones desde la Rectoría en la salud del área. Este análisis proporciona la información necesaria para que nuestro Equipo de Salud, establezca el Plan Operativo Anual sustentado en la realidad y así elaborar las estrategias adecuadas a su intervención, permitiendo la participación activa de los actores sociales y de esta forma involucrarlos en la búsqueda de la Producción Social de las Salud.

El contenido incluye datos sobre aspectos poblacionales, indicadores básicos, perfil epidemiológico y factores condicionantes disponibles en los diferentes sistemas de información sobre salud a nivel local y nacional, con su concerniente análisis, así como la priorización de los principales problemas de salud del Área Rectora.

El Área Rectora de la Salud de Carrillo, cuenta con una población heterogénea, por lo que ha tenido que enfrentar importantes retos, principalmente desde el punto de vista socioeconómico de su población, considerando la permanencia durante la zafra de extranjeros, quienes en su mayoría no cuentan con condiciones ideales de vivienda, en algunos casos extienden su familia residente en Costa Rica, que de igual forma permanece en la época de poca actividad económica con un alto nivel de pobreza, así como los asentamientos de costarricenses en iguales condiciones, lo

que podría emerger en mayores conflictos sociales, factores que condicionan el acceso a los servicios y conlleva a una mayor inequidad.

METODOLOGIA

El Área Rectora de Salud de Carrillo llevo a cabo el Análisis de Situación Integral en Salud mediante una metodología basada en el conocimiento y la experiencia de las personas de las comunidad y profesionales en diferentes ámbitos que laboran para entidades públicas y privadas del cantón. Se desarrollaron tres talleres con la técnica establecida por nivel central y siguiendo cada paso.

Además, se tomó información de diferentes instituciones, páginas web, artículos, encuestas con datos precisos y la información brindada para la realización de los indicadores fue mediante la selección de los indicadores cantonales y distritales, describiendo los indicadores sociales, demográficos, económicos, de salud, ambientales y los de la Contraloría General de la República calculados a nivel local, es importante recalcar que estos datos estadísticos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y censos (INEC), así como la base de mortalidad que registra las principales causas de muertes en el cantón dividiéndolo por grupo etario y de esta forma priorizar los problemas que se abarcaron, para desarrollar las líneas de acción que en conjunto con otras instituciones beneficiando al cantón con todas las acciones dirigidas y supervisadas.

Para la priorización de los problemas fue mediante el uso de herramientas como el esquema de los cinco porque, diagrama de causa y efecto, análisis PARETO, entre otras.

SELECCIÓN DE INDICADORES

Tabla de indicadores

Indicadores sociales		
N°	Descripción el indicador	Definición
1	Tasa de alfabetización	Proporción de la población adulta de 10 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. Una persona es letrada si, con entendimiento, puede leer y escribir una comunicación corta y simple sobre su vida cotidiana.
3	Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc)	Medida resumen del progreso medio conseguido por cada cantón en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano de un cantón (Basado en PNUD-Costa Rica y UCR).
4	Índice de desarrollo social	Medida resumen de las brechas sociales,

cantonal (IDS)

entre los diferentes cantones del país, en cuatro dimensiones: económica, participación social, salud y educación. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 100, donde 100 indica el máximo nivel de desarrollo social (basado en MIDEPLAN).

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

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

Indicadores Demográficos

N°	Descripción el indicador	Definición
7	Población	Número de habitantes de un país, territorio o área geográfica (total general o para un sexo o grupo etario dados), en un punto de tiempo específico. En términos demográficos es el número total de habitantes que efectivamente viven dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS).
8	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.
9	Razón Mujer-Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total.

- 10 Razón de dependencia demográfica
- Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, se define a la población económicamente dependiente como la suma de la población menor de 15 años de edad más la población de 65 y más años de edad; y la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años de edad. Todo para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (OPS).
- 11 Razón de envejecimiento (*Conocido también como índice)
- Número de personas mayores de 64 años de edad por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total.
- 12 Proporción de la población urbana
- Porcentaje de población total de un país, territorio o área geográfica que vive en zonas definidas como urbanas, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. El término urbano se refiere esencialmente a ciudades, pueblos y otras áreas densamente pobladas. La demarcación de zonas urbanas es definida por los países como parte de sus procedimientos censales y se basa usualmente en el tamaño de las localidades y/o la clasificación de áreas como centros administrativos o en función a criterios especiales como densidad poblacional o tipo de actividad económica de sus residentes. No existe una definición de área urbana internacionalmente consensuada y las definiciones operacionales nacionales pueden variar de país a país.

13	Proporción de personas por curso de vida	Porcentaje de población según los siguientes grupos de edad (menores de un año, 1-9 años, 10-19 años, 20-64 años, 65 y más años)
15	Total de nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados
16	Tasa de natalidad	Número de nacimientos por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil (INEC, modificada). Sinonimia: tasa bruta de natalidad y tasa cruda de natalidad
17	Tasa de crecimiento natural de la población	Tasa de aumento (o disminución) de una población en un año determinado debido a un excedente (o déficit) de nacimientos frente a las defunciones, expresada como porcentaje de la población base (INEC).
19	Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (OPS).
21	Tasa cruda de mortalidad	La razón entre el número de defunciones en una población durante un año específico y la población total a mitad de año, para el mismo año, usualmente multiplicada por 1.000.
22	Densidad de población	Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. (MIDEPLAN).

Indicadores Económicos

N°	Descripción el indicador	Definición
----	--------------------------	------------

23	Producto Interno Bruto (PIB) per cápita US\$ corrientes	El PIB per cápita (actualmente conocido como Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos mediante el método Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año. El PIB es la suma del valor agregado por todos los productores residentes más todos los impuestos a los productos (menos los subsidios) no incluidos en la valuación del producto más las entradas netas de ingreso primario (remuneración de empleados e ingreso por propiedad) del exterior.
24	Porcentaje de hogares en condición de pobreza no extrema	Porcentaje de hogares que tienen un ingreso per cápita igual o inferior a la línea de pobreza, pero superior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.
25	Porcentaje de hogares en condición de pobreza extrema	Porcentaje de hogares con un ingreso per cápita igual o inferior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.
26	Población económicamente activa (PEA)	Conjunto de personas de 15 años a más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada y la desocupada (INEC). Sinonimia: fuerza de trabajo.
27	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).

28	Tasa de desempleo abierto	Porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo (INEC). Sinonimia: proporción desempleada de la fuerza de trabajo y proporción de la población desocupada.
29	Ingreso per cápita de los hogares por quintiles	Ingreso per cápita de los hogares, que resulta de su agrupación en quintiles de ingreso mensual promedio.

Indicadores Servicios

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

saneamiento

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

34 Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo

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

35	Proporción de partos atendidos por personal capacitado	Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.
36	Razón de médicos	Número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.
37	Razón de enfermeras profesionales	Número de enfermeras diplomados disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Enfermeras diplomadas no incluye personal auxiliar de enfermería.
38	Razón de odontólogos	Número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Indicadores CGR

Indicadores sociales

N°	Descripción el indicador	Definición
43	Territorios indígenas	Es una variable geográfica, corresponde a un área espacial creada por ley o por decreto ejecutivo y suele tener límites naturales, destinado a que las poblaciones indígenas puedan desarrollarse según sus costumbres y tradiciones.
44	Porcentaje de hogares pobres	Porcentaje de hogares cuyo ingreso per cápita está por debajo de la línea de pobreza o de pobreza extrema, según el método de línea de pobreza o pobreza por ingresos.
45	Frecuencia relativa de hogares pobres y no pobres según sexo del jefe de hogar	Corresponde al cociente que representa el dividir la frecuencia absoluta de los hogares pobres y no pobres según el sexo de los jefes de hogar entre el total de hogares, multiplicados por 100 para expresarlos en porcentaje.
47	Frecuencia relativa de la población según rama de actividad	Cociente de dividir las frecuencias absolutas de las diferentes ramas de actividad del empleo principal entre el total de las frecuencias absolutas de todas las ramas de actividad del empleo principal multiplicados por 100 para expresar en porcentaje.
48	Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliar	Corresponde al cociente que representa el dividir las viviendas con abastacimiento de agua por tubería dentro de la vivienda entre el total de viviendas, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje.
49	Distribución relativa de la población de 15 años y más	Agrupación de la población de 15 años y más según el nivel de instrucción.

según nivel de instrucción

- | | | |
|----|---|---|
| 50 | Porcentaje de la población de 15 años y más sin instrucción | Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más sin instrucción entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje. |
| 51 | Porcentaje de la población con 15 años y más con educación secundaria completa | Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más con educación secundaria completa entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje. |
| 52 | Porcentaje de la población con 15 años y más con educación universitaria | Cociente que representa el dividir la población de 15 años y más con educación universitaria entre el total de la población de 15 años y más para el mismo periodo, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje. |
| 53 | Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más | Cociente que representa el dividir la población de 5 años y más que asiste a la educación regular entre el total de la población de 5 años y más, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje. |
| 54 | Tasa de Deserción interanual | Porcentaje de alumnos o estudiantes que abandonan un grado (año cursado) dado durante un año escolar dado. Es la diferencia entre 100% y la suma de las tasas de promoción y repetición. |
| 55 | Incidencia de feminicidios | Corresponde a la cuantificación anual del número total de homicidios de mujeres que fueron asesinadas por razón de género. De |

acuerdo con las legislaciones nacionales se denomina feminicidio, femicidio u homicidio agravado por razón de género.

- | | | |
|----|---|--|
| 56 | Consumo de tabaco en población de 12 a 70 años (Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes) | Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de tabaco en el último mes:

Proporción de personas en una población que consumieron tabaco durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también consumo activo. |
| 57 | Consumo de drogas en población de 12 a 70 años | Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de drogas en el último mes:

proporción de personas en una población que consumieron drogas durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también consumo activo. |
| 58 | Consumo de alcohol en población de 12 a 70 años (Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes) | Tasa o porcentaje de prevalencia del consumo de alcohol en el último mes:

Proporción de personas en una población que consumieron alcohol durante los últimos 30 días. A esta prevalencia se le llama también consumo activo. |
| 59 | Edad promedio de inicio del consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años | Valor de la media para el Indicador de la edad de inicio de uso de drogas ilícitas en población de 12 a 70 años |

Indicadores Ambientales

- | | | |
|----|-----------------------------|--|
| 60 | Índice de desastres locales | Constituye la suma de tres subindicadores calculados con base en las cifras de personas fallecidas (K), personas afectadas (A) y |
|----|-----------------------------|--|

		pérdidas económicas (L) en cada municipio del país obtenidas de la base de datos DesInventar, causadas por cuatro tipos de eventos genéricamente denominados: deslizamientos y flujos, fenómenos sismotectónicos, inundaciones y tormentas, y otros.
61	Características geográficas	Descripción de zona geográfica a analizar.
62	Zonas protegidas (Áreas Silvestres Protegidas (ASP)	Espacio geográfico definido, declarado oficialmente y designado con una categoría de manejo en virtud de su importancia natural, cultural y/o socioeconómica, para cumplir con determinados objetivos de conservación y de gestión.
63	Manejo de residuos (N° Total de viviendas por sistema de eliminación de residuos)	Frecuencias absolutas de las viviendas según sistemas de eliminación de residuos.

Indicadores de Salud

65	Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud	Expresa la proporción de nacimientos que se producen en instituciones de salud.
68	Distribución relativa de la población de 6 a 12 años según índice de masa corporal *(Para población de 6-12 años del censo escolar 2016)	Agrupación de las frecuencias relativas por categorías del IMC para la población de 6 a 12 años
69	Distribución relativa de los eventos de notificación	Porcentaje de cada evento respecto a la totalidad para el año 2021

	obligatoria	
70	Tasa de incidencia de eventos de notificación obligatoria	El cociente de dividir el número absoluto de los eventos de notificación obligatoria entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000.
75	Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva	Cociente de dividir el número absoluto de casos de Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva entre el número total de casos de tuberculosis pulmonar.
77	Tasa de incidencia SIDA/Tasa de incidencia VIH	El cociente de dividir el número absoluto de casos SIDA entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000. El cociente de dividir el número absoluto de casos VIH entre la población de interés multiplicado por 1000, 10.000 o 100.000.
78	Razón hombre/mujer en casos de SIDA	Número de hombre con SIDA por cada 100 mujeres con SIDA multiplicado por 100

CARACTERIZACION DEL ENTORNO

1. Características geográficas

1.1 Reseña histórica

En la época precolombina, el territorio que actualmente corresponde al cantón de Carrillo formó parte de una de las provincias de los indígenas denominados chorotegas, ubicada en la península de Nicoya, cuyos dominios llegaban hasta el lago Nicaragua, constituida por varios pueblos o señoríos.

La región fue descubierta por don Gil González Dávila en 1522, en su marcha hacia otra provincia de los chorotegas, que estaba bajo la autoridad del cacique Nicarao (hoy Nicaragua).

En el siglo XVIII un grupo de mestizos ladinos se asentó en la margen oeste del curso medio del río Tempisque, donde existía un bosquecillo de árboles denominado

Sietecueros (*Lonchocarpus costarricense*), dando origen a la población que hoy corresponde a ciudad Filadelfia.

La población más antigua del cantón Carrillo es Sardinal, prueba de ello es la mención que se hace del lugar, a raíz de la visita efectuada a finales de 1794, por el hermano don Antonio Muñoz, en una recolecta de limosnas que realizó en varios poblados de la región Guanacaste.

En la década de los años treinta del siglo XIX, los vecinos de los barrios Sietecueros y El Sardinal, solicitaron al entonces jefe de estado, don Braulio Carrillo Colina, se les separara de la villa Santa Cruz y se le incorporara a la ciudad de Guanacaste (hoy Liberia) en lo civil y eclesiástico, petición que fue acogida cuando se promulgó el decreto No 5 de 23 de febrero de 1839.

En la división territorial escolar de 1886, Sardinal constituyó el distrito escolar segundo del cantón Liberia; en el año siguiente en ley No 60 de 9 de agosto, sobre gastos de Instrucción Pública, se hizo referencia además de Sardinal, al barrio de Filadelfia como parte del distrito escolar primero del cantón Liberia; escuela que actualmente se denomina Filadelfia. El Colegio Técnico Profesional Agropecuario de Carrillo, inició sus actividades docentes en 1965, en la administración de don Francisco Orlich Bolmarcich. Durante el episcopado de Monseñor don Bernardo Augusto Thiel Hoffman, segundo Obispo de Costa Rica, en el año de 1894, se erigió la Parroquia dedicada a Santiago Mayor; la cual en este momento es sufragánea de la Diócesis de Tilarán de la provincia Eclesiástica de Costa Rica.

En ley No 20 sobre división territorial para efectos administrativos, del 18 de octubre de 1915, se le otorgó a Filadelfia la categoría de villa. Posteriormente, el 11 de junio de 1947, en el gobierno de don Teodoro Picado Michalski, se promulgó la ley No 864 que le confirió a la villa, el título de Ciudad, por iniciativa de don Rodolfo Salazar Solórzano.

1.1.1 Toponimia

El nombre del cantón es en homenaje al exjefe de Estado don Braulio Carrillo Colina (1800- 1845), (1835-1837 y 1838-1842); que nació en ciudad San Rafael de Oreamuno, el 20 de marzo de 1800 y falleció en El Salvador el 15 de mayo de 1845. La Asamblea Legislativa por acuerdo No 1091 del 28 de abril de 1971, lo declaró Benemérito de la Patria y Arquitecto del Estado Costarricense. El 15 de

mayo de 1972 fueron trasladados sus restos desde San Miguel, El Salvador a su ciudad natal donde fueron sepultados en el parque de la localidad.

1.2 Extensión territorial

Las coordenadas geográficas medias del cantón Carrillo están dadas por 10°28'59" latitud norte y 85°35'31" longitud oeste. Con una extensión territorial de 577,75 Km cuadrados los cuales se pueden ver desglosados con respecto a cada distrito en la tabla 1.

Tabla 1. Extensión de los distritos del cantón de Carrillo

Distrito	Extensión (Km)
-----------------	-----------------------

Sardinal	240.4
----------	-------

Belén	174.91
-------	--------

Filadelfia	125
------------	-----

Palmira	37.17
---------	-------

Fuente: Instituto Geográfico Nacional.

La anchura máxima es de cuarenta y nueve kilómetros, en dirección noroeste a sureste desde punta Zapotal, próxima al litoral Pacífico, hasta unos dos kilómetros aguas abajo del paso El Jobo, sobre el río Tempisque.

1.2 Organización territorial

El cantón de Carrillo corresponde al número 505 y está conformado por 4 distritos, los cuales se amplían a continuación.

1.2.1 Distrito 01 es Filadelfia

Es la cabecera del cantón, situada a 32km de Liberia (cabecera de la Provincia y Hospital de referencia.), a 24 km. de Santa Cruz (ciudad más próxima) y a 48 Km. de Nicoya (segundo hospital más cercano). Limita al norte con el Distrito de Palmira, al sur con el Cantón de Santa Cruz, al este con el río Tempisque y al oeste con el

Distrito de Belén con el río las Palmas de por medio (el mayor causante de las inundaciones del Área).

1.2.2 Distrito 02 es Palmira

Limita al norte con Liberia, al sur con Filadelfia, al este con el río Tempisque y al oeste con Sardinal con el río Las Palmas de límite. Se encuentra aproximadamente a 8 km de Filadelfia y a 24 km de Liberia.

1.2.3 Distrito 03 es Sardinal

El mayor en extensión y población limita al norte y al oeste con el océano Pacífico y Liberia, al sur con el Cantón de Santa Cruz y el distrito de Belén con el río San Blas por medio, al este limita con Palmira con el río las Palmas de por medio. Se encuentra aproximadamente a 32 km de Liberia y a 26 km de Filadelfia. Zona costera por excelencia, gran promotora del turismo y de la producción pesquera.

1.2.4 Distrito 04 es Belén

Limita al norte con Sardinal con el río San Blas como límite, al este con Filadelfia con el río las Palmas como límites, al sur con el Cantón de Santa Cruz, con el río Cañas de por medio, y al oeste con el Cantón de Santa Cruz. Localizada aproximadamente a 8 km de Filadelfia y a 42 km de Liberia.

En la tabla 2 podemos observar los poblados de acuerdo con que distrito pertenece, siendo el distrito de Sardinal, quien más poblados tiene lo cual concuerda con su vasta extensión territorial, al contrario del distrito de Palmira.

Tabla 2. Localidades del Cantón de Carrillo

Distrito	Cabecera	Poblados
Filadelfia	Filadelfia	Filadelfia, Bambú, Divino niño, el Congo, Hollywood, la Cruz, la Isleta, las Palmeras, los Ángeles, Jocotes, Santa Lucía, Colonia la Esperanza, Moralito, Juanilama, Hacienda el Viejo, Puerto Ballena, San Francisco, San Miguel, Corralillos, la Guinea.

Sardinal	Sardinal	Playa Iguanita, Sardinal, Betania, Canales, Carpintero, Ciudadela IMAS, El Colegio, El Guanacaste, El Puente, Flor de Itabo, La Aurora, La Chorrera, La Hermosa, Las Palomas, Los Ángeles, Nacazcol, Nicomedes, Playas del Coco, San José, San Martín, San Sebastián, Simon Bolívar, Verdún, Vista Marina, Alto Roble, Artolita, El Mirador, El Tablazo, El Zapal, Jardines Encantados, La Cascada, Lomas del Buey, Matapalo, Nancital, Nancite, Dulce, Obandito, Pilas, Playa Guacamaya, Playa Guacamayita, Playones, Santa Rita, Tabores, Zapotal, Arrecifes, Breeze Ocean, Cocomarindo, Lomas del Sol, Mariners Point, Pacífico, Penion, Sombras, Turquoise, Villas La Colina, Villas Mapache, Artola, La Libertad, Nuevo Colón, Playa Hermosa, Playa Panamá, San Blas, Alta Vista, Altos del Cacique, Bosques de Vista Marina, Heights, Laderas del Mar, Lomas del Mar, Monte Bello, Monte Paraíso, Mossy Rock, Ocotal, Palo Alto, Papagayo, Vista del Mar, Vistas del Pacífico, Daniel Oduber, El Porvenir, Las Lomas, Las Palmas, Las Segovias, El Moral.
Belén	Belén	Coyolito, Belén, Coope-abate, Cachimbo, Cocal, El Llano, El Oriente, Juanilama, La Isla, Los Molinos, San Francisco, San Gerardo, Gallinas, Las Palmas, Loma Linda, Poro Poro, Castilla de Oro, La Villita, Laberinto, Los Planes, Ojochal, Palestina, Río Cañas, Santa Ana, Santo Domingo, Ana Paula, Analibe (Arcos de Belén), Santa Paula.
Palmira	Palmira	Palmira, Monte Galán, Jocote, Los Ángeles, Pueblo Nuevo, San Pedro, Las Amapolas, San Rafael, Prados del Río, Vía Luna, Comunidad, Paso Tempisque, Cielo Azul, INVU Dos, INVU Nuevo, INVU Viejo, San Luis, La Coyolera, María Auxiliadora.

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

1.3 Límites geográficos

Los límites son:

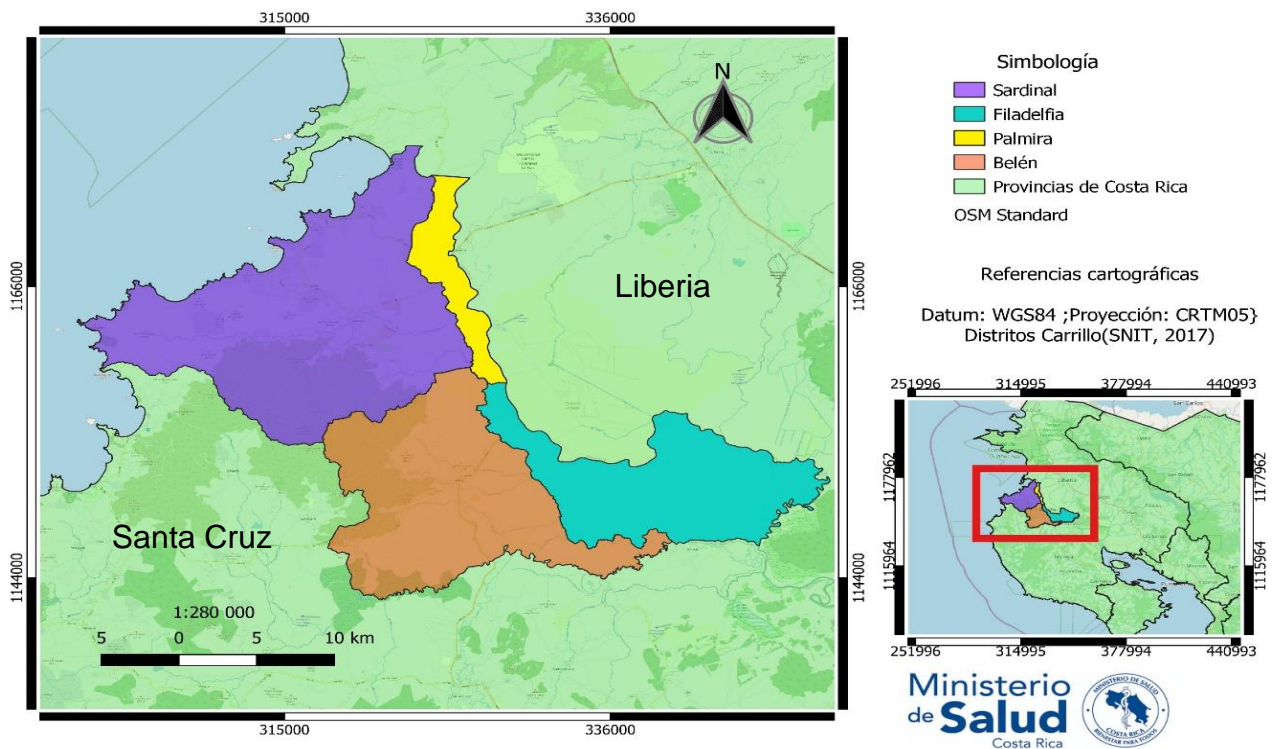
Al Norte: Con Liberia, teniendo al Río Tempisque de por medio.

Al Oeste: Con el Océano Pacífico y con el Cantón de Santa Cruz, teniendo al Río Cañas de por medio.

Al Este: Cantones de Liberia y Bagaces y con el Río Tempisque como límite.

Al Sur: Con el Cantón de Santa Cruz y con el Río Cañas teniendo al río Bolsón como límite.

Figura 1. Mapa de la ubicación geográfica de los distritos del cantón de Carrillo.



Fuente: Elaboración propia

1.4 Hidrología

El sistema fluvial del cantón de Carrillo se encuentra dentro de las cuencas del río Tempisque y de los ríos de la Península de Nicoya.

El Tempisque es el principal río del cantón, al cual se une el río Bolsón, originado por la confluencia de los ríos Las Palmas y Cañas. Como tributarios de estos dos cursos fluviales se encuentran los ríos Sardinal, San Blas, Belén, Gallina, Carrizal y Coyolito.

Los ríos Cañas, Bolsón y Tempisque funcionan como límites cantonales.

Como parte de las lagunas que se encuentran en estas cuencas se incluyen a Potrero Largo, Estero Largo, Ballena, Chiquita, Guabal, Grande, Jicote y Moral.

Dentro de los ríos que pertenecen a la cuenca de la Península de Nicoya, se encuentran las quebradas Alcornoque, San Francisco, Panamá y Grande.

Tabla 3. Microcuencas, Lagos o Lagunas y Matos Acuíferos del cantón de Carrillo

Categoría	Nombre
Microcuencas	Rio Tempisque, Rio Cañas, Rio Bolsón, Rio Belén, Rio San Blas, Rio Sardinal, Rio las Palmas, Rio Brasil, Rio Gallina, Rio Carrizal y Rio Coyolito.
Lagos/lagunas	Estero Largo, Ballena, Chiquita, Guabal, Grande, Jicote y Moral
Mantos acuíferos	Manto Acuífero Sardinal

Fuente: Atlas Tectónico de Costa Rica

1. Planes Reguladores

En el cantón de Carrillo existen tres planes reguladores costeros

1. **Plan Regulador de playa Celeste (Punta Rueda hasta las Playitas):** Publicado en la Gaceta N.13 del 24 de setiembre del 2002.
2. **Plan Regulador Costero del Cantón de Carrillo (Matapalo - Blanca – Zapotal):** Fue aprobado por el Instituto Costarricense de Turismo mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 5758, del 27 de julio del 2012, aprobado por el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo mediante oficio de la Dirección de Urbanismo C-PU-D-520-2012, del 17 de julio del 2012, y con la resolución N° 1909-2012-SETENA, de las nueve horas y veinte minutos del 17 de julio del 2012, se le otorga la Viabilidad (licencia) ambiental, y el aprobado por el Concejo Municipal de Carrillo mediante Acuerdo N°4, de la Sesión Ordinaria 34, del 21 de Agosto de 2012.
3. **Plan Regulador Integral Playa Hermosa - El Coco - Bahía Azul:** De conformidad con el Acuerdo N°02, inciso 10 de la

Sesión Ordinaria N°14-2016 del 5 de abril de 2016, mediante el cual se acuerda adoptar formalmente el Plan Regulador Integral Playa Hermosa – El Coco – Bahía Azul, y autoriza su publicación de conformidad con la Ley de Planificación Urbana y el Manual de Planes Reguladores Costeros siendo que dicho Plan cuenta con la Variable Ambiental según Resolución N°328-2010-SETENA, la aprobación por parte del Instituto Costarricense de Turismo mediante acuerdo de Junta Directiva SJD-108-2016 tomado en la Sesión Ordinaria N°5928, artículo 5, inciso 1 del 25 de abril de 2016

2. Características demográficas

2.1 Población

En la tabla 4 se observa que el distrito con mayor cantidad de población corresponde a Sardinal con un 40.17% del total de la población del Cantón de Carrillo, además, se evidencia que el distrito con menor cantidad de población es Palmira con un 14.59%.

Tabla 4. Población total por distrito en Carrillo, 2011

Distrito	Total
Filadelfia	7 953
Palmira	5 416
Sardinal	14 912
Belén	8 841
Total	37 122

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

2.1.1 Por género

La población está distribuida de manera equitativa con respecto al género con una proporción de 1 hombre por cada mujer.

Tabla 5. Población distribuida según sexo y distrito de Carrillo.

Distrito	Hombres	Mujeres
Filadelfia	3 988	3 965
Palmira	2 625	2 791

Sardinal	7 574	7 338
Belén	4 411	4 430
Total	18 598	18 524

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

2.1.2 Zona de Residencia

Respecto a la zona rural y urbana existen diferencias, como por ejemplo la zona rural hace referencia a lugares con baja densidad demográfica, las personas se dedican actividades económicas del sector primario y el alejamiento de centros administrativos gubernamentales y en la urbana hay presencia de una alta densidad demográfica, una economía industrial y de servicios, las personas por lo general tienen ingresos superiores a los que viven en zonas rurales y hay más oportunidades laborales.

En la siguiente tabla se puede observar que un poco menos de 2/3 del total de los pobladores del cantón, viven en zonas más urbanizadas debido a que hay mejores oportunidades de empleo y mayor autorrealización personal. Tantos hombres como mujeres se distribuyen de forma equitativa en las zonas residenciales.

Tabla 6. Población distribuida según distrito, zona de residencia y sexo en Carrillo.

Distrito	Urbano			Rural		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Filadelfia	2 511	2 548	5 059	1 477	1 417	2 894
Palmira	2 200	2 310	4 510	425	481	906
Sardinal	4 362	4 320	8 682	3 212	3 018	6 230
Belén	2 463	2 425	4888	1 948	2 005	3 953
Total	11 536	11 603	23 139	7 062	6 921	13 983

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

2.1.3 Grupos etarios

En el Cantón de Carrillo el grupo etario con mayor cantidad de personas corresponde al grupo de edad de 30 a 34 años con un 8.82% y la menor cantidad de personas corresponde al grupo de 70 a 74 años con un 1.95%.

Tabla 7. Distribución de la población según grupo etario.

Grupo de edades (años)	Cantidad de población	Porcentaje (%)
0 a 4	4 070	8,69

5 a 9	3 915	8,36
10 a 14	3 973	8,48
15 a 19	3 183	6,79
20 a 24	3 275	6,99
25 a 29	3 810	8,13
30 a 34	4 133	8,82
35 a 39	4 075	8,70
40 a 44	3 259	6,96
45 a 49	2 661	5,68
50 a 54	2 478	5,29
55 a 59	2 285	4,88
60 a 64	2 051	4,38
65 a 69	1 399	2,99
70 a 74	915	1,95
75 y más	1 373	2,93
Total	46 855	100,00

Fuente: Población proyectada al 2021. Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

2.2 Esperanza de Vida

Es el número promedio de años que se espera viviría un recién nacido en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Para el año 2020 la esperanza de vida para los hombres sería 78,1 y para mujeres 83,2.

2.3 Tasa de Natalidad

La tasa de natalidad mide la cantidad de nacimientos en una localidad por cada 1000 habitantes, en un tiempo determinado, por lo general un año.

En el cantón de Carrillo, para el año 2021 el distrito de Sardinal es el que registra una mayor tasa de natalidad con un 12,59% al igual que encabeza la tasa de nacimientos en comparación con los otros distritos y como se puede observar Palmira es el

distrito con la tasa de natalidad más baja del cantón con 8,44%. Además, el promedio de la tasa de natalidad en el cantón de Carrillo corresponde a un 11,5%, por encima del cantón de Hojanca, Nandayure, Tilarán, Cañas y Nicoya, ubicándose en el sexto cantón junto con Santa Cruz en obtener la mayor tasa de natalidad a nivel de la región Chorotega.

Tabla 8. Tasa de natalidad por distrito, Carrillo 2021

Distrito	Población proyectada	Cantidad de nacimientos	Tasa de natalidad (100.000)
Filadelfia	8889	103	1159
Palmira	6753	57	844
Sardinal	19697	248	1259
Belén	11516	132	1146
Total	46855	540	1152

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2021).

2.4 Tasa de Mortalidad

Filadelfia es el tercer distrito con más defunciones en Carrillo, por debajo de Sardinal y Belén, sin embargo, es el que posee la mayor tasa de natalidad del cantón, debido a la cantidad de población que posee y Palmira es el que cuenta con la menor tasa de mortalidad 5,48%.

Es importante recalcar que a nivel de la Región Chorotega Carrillo cuenta con un promedio de 6,7% de tasa de mortalidad, mismo que se ubica en el puesto número cinco con mayor cantidad de muertes en comparación con los otros cantones de Guanacaste, por debajo de Nicoya, Santa Cruz, Abangares y Hojanca.

Tabla 9. Tasa de mortalidad por distrito de Carrillo.

Distrito	Población	Cantidad de defunciones	Tasa de mortalidad
Filadelfia	8889	64	7,20
Palmira	6753	37	5,48
Sardinal	19697	135	6,85
Belén	11516	78	6,77
Total	46855	314	6,70

Fuente: Población proyectada 2021. Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

2.5 Población indígena

La región Chorotega se ubica en el cuarto lugar con más población indígena a nivel nacional con 10.135 personas lo que corresponde a un 10% de la población total, solo por debajo de Limón, Puntarenas y San José.

En Carrillo contamos con el 9% de la población total indígena a nivel de la región Chorotega, con todos los grupos étnicos exceptuando a los Nogbe o Guaymí.

Tabla 10. Distribución de la población indígena en Costa Rica.

Población indígena	Costa Rica	Guanacaste	Carrillo
Bribí	18198	54	5
Brunca o Boruca	5555	83	6
Cabécar	16985	40	8
Chorotega (Matambú)	11442	7991	668
Huetar	3461	97	24
Maleku o Guatuso	1780	186	74
Nögbe o Guaymí	9543	12	0
Terire o Terraba	2665	33	9
De otro país	8444	531	94
Ningún pueblo	26070	1108	58
Total, Territorio	104143	10135	946

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

3. Características Socioeconómicas

3.1 Organización política local

Una de las ventajas que tiene el cantón de Carrillo es su pequeña composición política, ya que está conformado por cuatro distritos: Belén, Filadelfia, Palmira y Sardinal. Esta estructura ha permitido desarrollar una visión de desarrollo humano equitativa entre sus distritos, esto significa que tanto los habitantes de un distrito como el otro tienen iguales o similares condiciones que les permite desarrollarse como personas en este cantón dando paso a futuras oportunidades. Si nos referimos al tema de infraestructura, servicios, educación y otros todos los distritos del cantón de Carrillo poseen al menos un banco, escuelas, un colegio, un centro de salud o EBAIS, parques, canchas de fútbol y baloncesto, centros comerciales, estaciones gasolineras, vía de comunicación principal y secundarias pavimentadas, iglesias, etc.

3.1.1 Autoridades Locales:

1. Alcalde
2. Consejo Municipal
3. Comité de deportes y recreación
4. Comité de la persona joven

3.1.2 Organizaciones públicas

1. 14 asadas
2. Acueductos y Alcantarillados (AYA)
3. Coopeguanacaste
4. Juzgado Contravencional y de Menor Cuantía de Carrillo
5. Servicio Nacional de Salud Animal SENASA
6. Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)
7. Ministerio de Salud
8. Municipalidad
9. Banco de Costa Rica (BCR)
10. Banco Nacional de Costa Rica (BN)
11. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
12. Instituto Costarricense de Pesca y Acuicultura (INCOPESCA)
13. Instituto Costarricense de Electricidad (ICE)
14. Instituto Nacional de Seguros (INS)
15. Oficina Ejecutora del Proyecto Turístico Golfo de Papagayo del ICT
16. Benemérito Cuerpo de Bomberos de C.R
17. Correos de Costa Rica S.A
18. 3 comités Auxiliares de la Cruz Roja Costarricense

3.1.3 Representantes de la sociedad civil locales:

1. Asociaciones de Desarrollo Integrales: ADI Filadelfia, ADI Sardinal, ADI Palmira, ADI Belén, ADI La Guinea, ADI Corralillos, ADI Playas Del Coco, ADI Playa Panamá, ADI Artola, ADI La Libertad, ADI El Paso Tempisque, ADI Santo Domingo, ADI Coyolito, ADI Río Cañas Nuevo, ADI Los Planes.
2. Líderes comunales

3. Junta de Salud
4. Juntas de Educación
5. Asociación adulto mayor de Artola
6. Comisión Municipal de Emergencias
7. Unión Cantonal de Asociación de Desarrollo Integrales
8. 10 comités de caminos
9. cuatro grupos de danza folclórica
10. cooperativa de mujeres recicladoras

3.1.4 ONG, empresa privada y fundaciones:

1. Asociación Creciendo Juntos
2. Asociación de desarrollo Club de Leones Playa del Coco
3. Cámara de productores de caña de azúcar
4. Cámara de pescadores
5. Ingenio el Viejo
6. Melonera del Monte
7. ExporPack S.A.

3.1.5 Partidos Políticos Cantonales: El cantón de Carrillo no tiene representantes de partidos políticos.

4.1 Organización socioeconómica

Carrillo tiene lugares turísticos como son el Golfo de Papagayo, Playa Hermosa y Panamá (Chorotega), Playas del Coco, Ocotol, Guacamaya, entre otras, se puede pescar y bucear. En el Coco se ofrecen diversos servicios de restaurantes y hoteles; en las otras playas hay hoteles y centros vacacionales como Los Corales, CONDOVAC La Costa, Ocotol, etc.

Otro de los atractivos es el Río Tempisque que cruza al Cantón y pasa por la Ciudad de Filadelfia a 100metros del edificio municipal, en él se puede practicar el deporte acuático como la pesca, natación, y navegación, hasta el Golfo de Nicoya, cruzando la más impresionante vegetación y observando las diversas especies de flora y fauna que hay a su alrededor. Pero el mayor atractivo que ofrece este territorio es ser el centro de las investigaciones arqueológicas donde se han encontrado variedad de piezas que datan de miles de años; por esta razón se le conoce como el Cantón Arqueológico Nacional.

La municipalidad busca que se le confiera ese título oficialmente por Decreto Ejecutivo, con el fin de que se desarrolle todo un proyecto de divulgación y promoción de esta zona de riquezas arqueológicas que proceden según el arqueólogo norteamericano Doctor Frederick Lange desde 800 a.C. Hasta 1,500 d.C. piezas pertenecientes a los períodos Polícromo antiguo, medio y tardío.

4.2 Medios de comunicación y transporte.

El Cantón cuenta con carreteras pavimentadas, entre las poblaciones más importantes: Palmira, Paso Tempisque, Filadelfia, Belén, Santa Ana, Coyolito, Río Cañas, Sardinal, Playas del Coco y Playa Panamá. El resto de los poblados y caseríos se comunican por caminos de lastre y de tierra, con acceso a la carretera Interamericana. Se encuentran en regular y mal estado, principalmente durante la época de invierno.

El Cantón cuenta con aproximadamente 15 localidades sin vías de comunicación adecuadas, de las cuales 4 localidades se clasifican de difícil acceso y una localidad sin transporte público, la localidad de Alto El Roble. La existencia de puentes en algunas de ellas representa a veces el único medio de acceso, sin embargo, durante la época lluviosa es imposible su utilización, dejando tales comunidades incomunicadas. Existen dos puentes de hamaca peatonales, uno localizado en la entrada a la Hacienda Tempisque Distrito de Palmira) y el otro a la altura de C.A.T.S.A. (Central Azucarera del tempisque S.A.), empresa que además durante los meses de temporada seca, coloca grandes alcantarillas a través del río con el fin de formar un puente, el cual es retirado durante la época lluviosa pues el cauce del Río Tempisque aumenta en gran proporción.

Las localidades más alejadas del principal Centro de atención médica (Clínica de Filadelfia), no distan más de 50km. El Hospital de referencia más cercano es el Hospital Enrique Baltodano Briceño, el cual se encuentra aproximadamente a 32km, el otro Hospital de referencia sería el Hospital de la Anexión de Nicoya, a 48 km. de Filadelfia.

El principal medio de transporte es el terrestre, aunque además existen transportes marítimos en las diferentes playas de la zona, pero este es usado casi exclusivamente por los pescadores y por el turismo. También existe por vía aérea,

pero ésta es de uso privado y su uso es exclusivo de las empresas agroindustriales de la zona. El Aeropuerto Internacional Daniel Oduber, se encuentra a aproximadamente a 22 Km de la Ciudad de Filadelfia.

Durante la época seca, hay fácil acceso a las localidades más alejadas, pero existen 14 comunidades que no cuentan con transporte público establecido.

Entre los medios de transporte que utiliza la población se encuentran: Autobús público, Vehículo de uso personal, Bicicleta, motocicletas, cuatriciclos, Taxis, Caballos, Carretas con bueyes y lanchas. Además, la población cuenta con 3 Comités de Cruz Roja Costarricense y 1 estación de bomberos, la cual se encarga (con costo asumido por C.C.S.S.), de transportar los pacientes que urgentemente lo ocupan, hacia las clínicas, los puestos de Salud o los Hospitales.

Todos los medios de comunicación colectiva del país son accesibles a la gran mayoría de los pobladores (teléfono, correo, radio, televisión, periódico etc.).

4.3 Actividades económicas y productividad

Por su ubicación geográfica y otras condiciones productivas como lo son el clima y la altura sobre el nivel del mar, el cantón de Carrillo ha desarrollado su economía en torno a tres actividades económicas:

1-La Agricultura (Caña de Azúcar, Arroz, Melón, y otros).

2-El Turismo (hotelería, tour operadores, turismo ecológico).

3-Comercio en general (empresas de servicios públicas y privadas).

En el distrito hay dos empresas que producen millonarios ingresos con sus productos de la caña de azúcar y melón.

4.4 El Viejo Molino

Azucarera El Viejo, SA es una empresa de Costa Rica dedicada al cultivo de caña de azúcar y la producción de azúcar. La empresa produce anualmente 50 mil toneladas de azúcar en forma de primas, blanco y especiales; por el procesamiento industrial de medio millón de toneladas de caña cultivada por más de 500 agricultores de la cuenca del Tempisque. Su firme compromiso con la calidad, el medio ambiente,

clientes y socios, han formado una base importante para la obtención del ISO-9001 2000 y varios premios como el Premio a la Excelencia en diversas categorías.

Así, la construcción de un refugio de vida silvestre y la aplicación de un programa de restauración de humedales, constituyen un compromiso con el medio ambiente, y al mismo tiempo, el patrocinador de un programa de becas, la cooperación activa con las comunidades vecinas y el empleo permanente de 400 empleados que se incrementa en el período de cosecha.

En las actividades relacionadas se pueden mencionar la cogeneración de electricidad a partir de la biomasa, la producción de suplemento alimenticio para rumiantes y una granja que está recibiendo turistas nacionales y extranjeros para disfrutar de diversas actividades relacionadas con el área. También cuenta con una reserva natural privada de más de 2000 hectáreas. En esta reserva, conserva y protege una gran cantidad de flora y fauna del bosque seco tropical en la región.

4.5 Melones de Costa Rica la empresa

Melones de Costa Rica, SA se inició en 1988 en Filadelfia como un segundo proyecto. La producción es de 100% a la exportación a países como Estados Unidos y Europa. Estos cultivos proveen de empleo a muchas personas.

La siembra de melón se inicia en noviembre y termina en febrero, se recoge a partir de enero hasta principios de mayo, el ciclo vegetativo de la producción es de 60 días. La exportación de melón requiere un estricto control de calidad del producto y la temperatura óptima y el transporte adecuado.

Respecto a la situación del empleo en Carrillo podemos denotar que la población económicamente activa corresponde a un total de 11.940 personas que se dedican a diferentes labores dando como resultado una tasa de ocupación del 41%, además vemos que las personas que se encuentran inactivas son de un 59% de la población. Los hombres son los que se encuentran más inactivos esto podría deberse a que en Guanacaste muchos trabajos son por temporadas tanto en el sector primario como el terciario.

Tabla 11. Situación de empleo en el cantón de Carrillo

Condición de actividad	Hombre	Mujer	Total
Ocupados	6159	5781	11940
Desocupado busco trabajo y había trabajado antes	329	308	637
Desocupado busco trabajo por primera vez	40	37	77
Inactivo pensionado o jubilado	924	867	1791
inactivo vive de rentas o alquileres	32	31	63
Inactivo solo estudia	2560	2403	4963
Inactivo se dedica a oficios domésticos	3184	2989	6173
Inactivo otra situación	1835	1723	3558
Total	15063	14139	29202

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

1. Infraestructura Pública del Cantón de Carrillo

De acuerdo con el inventario físico de la infraestructura pública, el cantón de Carrillo cuenta con 14 parques recreacionales, 25 plazas de fútbol, 1 gimnasio, 3 4 redondeles, 13 salones comunales o multiusos: 13 Salones y una red vial cantonal de 443 Kilómetro

5. Organización Social

5.1 Celebraciones, deportes y Cultura

La ciudad mantiene algunas actividades durante la primera quincena de julio, llamadas "Semana de la Cultura y Deportes". Las actividades incluyen la recreación para niños y adultos, así como las masas.

Existen grupos de bailes culturales que se presentan cuando hay actividades o fiestas propias del cantón como por ejemplo el grupo folclórico Zapandí.

5.2 Religión

Al igual que el resto del país, Filadelfia celebra la Semana Santa con todas sus procesiones, misas y oraciones. En julio se celebran las actividades patronales de Santiago Mayor. Las actividades incluyen: las ventas de alimentos, y otros eventos religiosos. "Los Portales" (los pesebres) son una actividad del lugar que se realiza en cada 24 de diciembre, que comienza a las 17:00 horas y termina a las 20:00 horas. Las Posadas consiste en ir a las casas de la ciudad donde hay un pesebre. El objetivo es visitar el niño Jesús y dar una pequeña cuota benéfica voluntaria. Cuando la limosna se presenta al niño Jesús, el dueño de la casa da otro regalo a los que dan la limosna, esto puede ser una bebida (por lo general chicha), aperitivos, dulces o pequeños regalos. Los niños son los que más disfrutan de estas actividades, que

van acompañados por sus padres. No hay ceremonia o ritual realizada durante la visita, es sólo el hecho de hacer la visita.

6. Características de presencia de riesgo

Es la posibilidad de la ocurrencia de un daño y está vinculado a la vulnerabilidad, en este caso se asociado a las actividades productivas, uso de suelos y expansión territorial.

6.1 Riesgos de origen natural

6.1.1 Inundaciones

El cantón de Carrillo posee una red fluvial bien definida, la misma cuenta con un grupo de ríos y quebradas que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón, dicha red de drenaje está compuesta principalmente por los ríos: Tempisque, Cañas, Bolsón, Belén, San Blas, Sardinal, Brasil.

Estos ríos han disminuido el periodo de recurrencia de inundaciones, lo anterior por causa de la ocupación de las planicies de inundación, el desarrollo agropecuario y urbano en forma desordenada y sin ninguna planificación, y al margen de las leyes que regulan el desarrollo urbano y forestal. A lo anterior, se suma el lanzamiento de desechos sólidos a los cauces, redundando en la reducción de la capacidad de la sección hidráulica, provocando el desbordamiento de ríos y quebradas. Esta situación ha sido generada por la construcción de viviendas cercanas a los ríos en el cantón de Carrillo.

Las zonas o barrios que pueden ser más afectados y con alto riesgo por las inundaciones y flujo de lodo de los ríos y quebradas antes mencionadas son: La Guinea, Filadelfia, Paso Tempisque, Palmira, Ángeles, Comunidad, Cañas Nuevo, Belén, Santo Domingo, Los Planes, San Blas, Las Palmas, Sardinal, Nuevo Colón y Sardinal.

6.1.2. Actividad Sísmica

El cantón de Carrillo se localiza dentro de una región sísmica caracterizada por presentar eventos generados por el choque de las placas Coco-Caribe.

Existen registros históricos que indican, la presencia de sismos de importancia frente a las costas de la Península de Nicoya causando daños de importancia en el cantón. (1827, 1853, 1863, 1900, 1905, 1916, 1950, 1990)

6.1.3 Deslizamientos

6.1.3.1 Licuefacción del suelo: Comportamiento del suelo como un líquido debido a las vibraciones del terreno, sobre todo en aquellas áreas cercanas a la costa donde los terrenos están conformados por acumulación de arenas. Los poblados más vulnerables son: Playa Hermosa, Coco, Ocotal, Panamá.

6.1.3.2 Asentamientos de terrenos, en aquellos sectores donde se han practicado rellenos mal compactos o existen suelos que por su origen son poco compactos (aluviones, arenas, etc.).

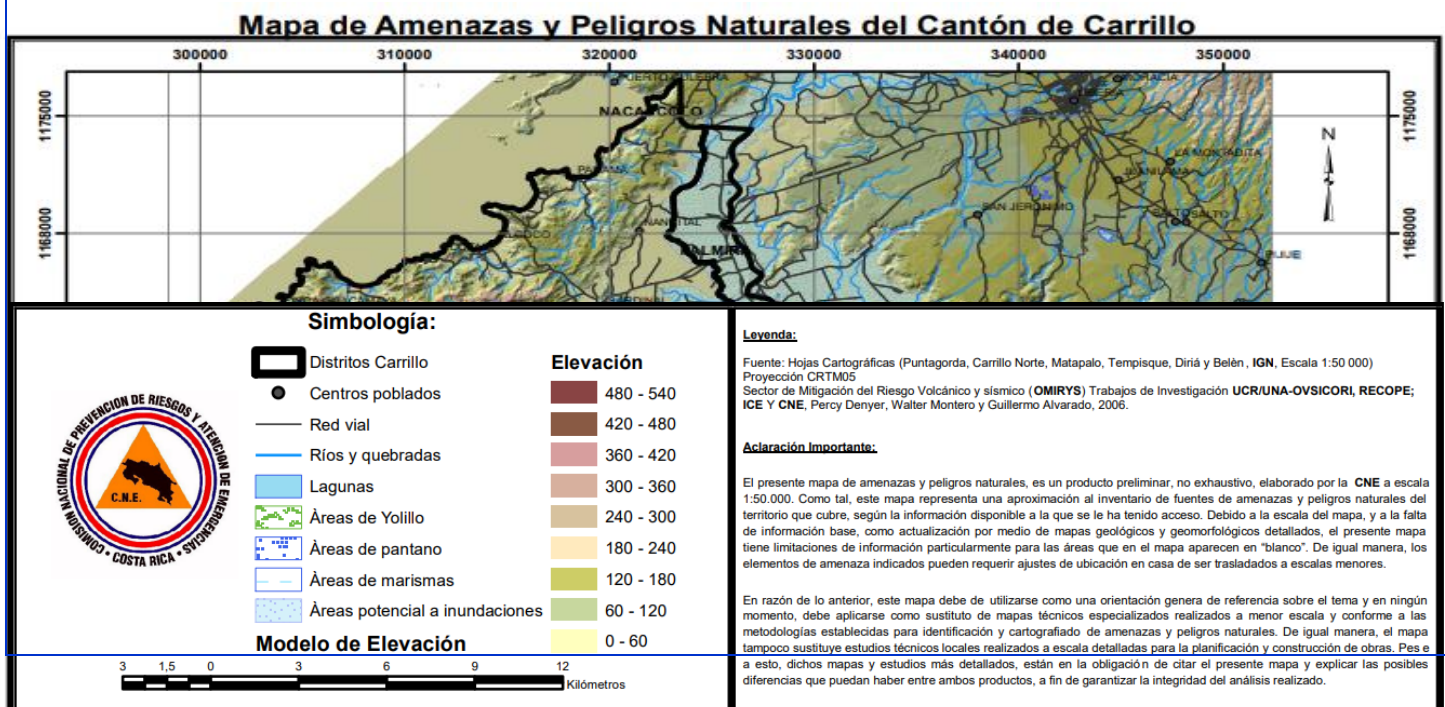
6.1.3.3 Fracturas en el terreno con daños diversos a la infraestructura.

6.1.3.4 Deslizamientos (Inestabilidad de Suelos): Las características topográficas y geológicas propias del cantón de Carrillo, lo hacen vulnerable a la inestabilidad de laderas, sobre todo hacia el oeste del cantón, donde la pendiente del terreno es más abrupta como por ejemplo en el Barrio El Precario en La Costa. Además, son susceptibles a inestabilidad de suelos aquellos lugares donde se han practicado cortes de caminos y rellenos poco compactos. Los efectos más importantes de los deslizamientos serían:

- Sepultamiento de viviendas.
- Daños diversos a caminos y cultivos.

Flujo de lodo, generadas por represamientos de ríos, afectando sobre todo aquella infraestructura localizada cerca del cauce del río o dentro de la llanura de inundación de estos.

Figura 2. Mapa de amenazas y peligros naturales del cantón de Carrillo.



Fuente: CNE

6.2 Riesgos de origen antrópico

6.2.1 Quemadas agrícolas controladas

El uso del fuego para actividades agrícolas que se define como el “uso del fuego provocado intencionalmente a un material vegetal, bajo un plan preestablecido en el cual se asumen las medidas preventivas para mitigar daños a los recursos naturales y propiedades colindantes, la cual se realiza con fines fitosanitarios, facilitación de cosechas o limpieza de terrenos” la cual está normada por el decreto 35368-MAG-S-MINAE.

Según el informe de quemadas agrícolas controladas del MAG en los años 2021 a 2022, la Región Chorotega fue quien más tramito permisos siendo un 43% del total del periodo siendo el cantón de Carrillo quien más permisos solicitó en la región y segundo a nivel nacional.

Tabla 12. Quemadas agrícolas controladas por Agencia de Extensión Agropecuaria región chorotega en el período de 01 de junio de 2021 al 31 de mayo del 2022.

Dirección de Desarrollo	Cantón	Cantidad de permisos
Región Chorotega	Carrillo	298
	Cañas	81
	Bagaces	75
	Santa Cruz	72
	Abangares	33
	Liberia	27
	Nandayure	12
	La Cruz	2
	Hojancha	1
	Nicoya	1

Fuente: Departamento de Producción Agroambiental con datos del Sistema de Información de DNEA

1. Riesgo de origen ambiental

Según el IV Censo Nacional Agropecuario del año 2014, en el cantón de Carrillo la principal actividad es la agrícola siendo un 59% de la actividad principal del total de fincas. Y como podemos observar en la tabla 13, en todo Guanacaste, Carrillo es quien tiene el mayor porcentaje del total de fincas para actividad agrícola. Siendo el riesgo de origen ambiental la utilización de agroquímicos y quemas para mantener la actividad agrícola además de que genera un mayor reto en la gestión del recurso hídrico y la sostenibilidad medioambiental.

Tabla 13. Número de fincas por actividad productiva, Carrillo.

Provincia y Cantón	Fincas		Agrupación de actividad principal					
			Actividad agrícola ^{1/}		Actividad pecuaria ^{2/}		Otra ^{3/}	
	Cantidad	Extensión	Cantidad	Extensión	Cantidad	Extensión	Cantidad	Extensión
Liberia	650	88 447,4	248	31 204,5	284	41 430,8	118	15 812,0
Nicoya	1 949	69 690,2	779	19 418,9	1 065	43 206,3	105	7 065,0
Santa Cruz	1 959	76 065,9	673	18 398,5	1 000	36 110,1	286	21 557,3
Bagaces	883	58 568,6	477	13 886,6	370	41 393,6	36	3 288,5
Carrillo	555	33 865,0	284	19 947,7	260	13 294,3	11	623,0
Cañas	444	61 375,2	156	24 708,2	271	35 868,8	17	798,2
Abangares	768	48 854,6	228	9 906,8	515	37 744,9	25	1 202,9
Tilarán	1 138	45 339,5	227	1 679,0	883	41 249,8	28	2 410,7
Nandayure	757	39 658,1	344	10 735,2	384	26 901,4	29	2 021,5
La Cruz	1 072	49 583,9	700	27 916,8	333	17 250,2	39	4 416,9
Hojancha	680	21 194,4	299	7 923,7	348	10 997,0	33	2 273,7
Guanacaste	10 855	592 642,8	4 415	185 726,0	5 713	345 447,2	727	61 469,6

*1/ Incluye las actividades principales relacionadas con los cultivos anuales, permanentes, forestales y ornamentales 2/ Incluye las actividades principales de acuicultura, avicultura, ganado porcino y vacuno, especies menores y otras actividades pecuarias 3/ Agrupa al turismo rural, manejo y protección de bosques naturales y otras actividades principales.

Fuente: VI Censo Nacional Agropecuario, 2014

INDICADORES SOCIALES

1. Tasa de alfabetización.

La tasa de alfabetización global para el cantón de Carrillo es 97,81%, la población masculina y femenina la alfabetización son respectivamente un 97,58% y 98.03% los cuales están por encima del promedio de la provincia de Guanacaste y la nacional.

En lo que respecta al campo de la educación, el cantón cuenta con una excelente cobertura, actualmente el cantón cuenta con 29 escuelas para dar atención a 4.996 alumnos, 4 colegios con 2.504 alumnos y 3 CINDEAS con una matrícula total de 876 alumnos para una población estudiantil total de 8.376 alumnos. Según los resultados del Censo Nacional del año 2011, el 83.6% de la población entre las edades de 5 a

15 años asiste o recibe educación básica y el 18% de las personas con edades de los 17 años en adelante tienen educación superior de los cuales el 81% de estos son titulados.

Las acciones que se han ejecutado en materia de educación vienen dando resultados satisfactorios, esto ha permitido disminuir el índice de analfabetismo ya que al 2011 se ubicaba en un 2.2% de la población concentrándose en los adultos mayores.

Estos datos muestran un nivel aceptable de educación en los habitantes del cantón de Carrillo lo que significa oportunidades de crecimiento y desarrollo en sus futuras generaciones.

2. Índice de desarrollo humano cantonal

El cantón de Carrillo en el ordenamiento de los cantones según IDH está catalogado en categoría alta sin embargo se encuentra por debajo del IDH nacional que está 0.81, ya que el índice de desarrollo humano (IDH) en el cantón de Carrillo para el 2019 es 0,77

3. Índice de desarrollo humano social cantonal (IDS)

El IDS está compuesto por 14 índices socioeconómicos, el sector económico mide la electricidad residencial y acceso a internet. En seguridad valora los homicidios dolosos y muertes por accidentes de tránsito. En Salud la mortalidad de menores de 5 años y bajo peso en niños, cobertura de agua potable y nacimiento en madres solteras menores de 19 años. En sector educación están la cobertura en secundaria, rezago educativo, programas educativos especiales y escuelas no unidocentes. y por último evalúa la participación electoral. Todo esto con la finalidad de determinar las brechas sociales en una escala de 0 a 100.

En posición generales de todos los distritos de Costa Rica que son 483, el distrito de Sardinal se encuentra en la posición 59(80,63), en el nivel medio se encuentran Filadelfia en posición 123(72,87) y Palmira en 124(72,81), por último, en nivel bajo el distrito de Belén está en posición 285 (59,36). Por lo que el promedio del cantón de

Carrillo es 72,91. Sardinal es el distrito con el desarrollo social más alto en toda la Región Chorotega

4. **Pobreza**

En la región Chorotega tomaron una muestra de 985, en la cual estiman que la pobreza no extrema y extrema está levemente por encima del nivel nacional.

Tabla 14. Estimación de nivel de pobreza para la región Chorotega, 2021

Nivel de pobreza	Estimación
No Pobre	73,8
Pobre	26,2
No Extrema Pobreza	17,7
Extrema Pobreza	8,5

Fuente: INEC-Costa Rica. Proceso de Muestreo, 2021.

Según la encuesta nacional de hogares del año 2021, en la región Chorotega los hogares con jefatura femenina, el 58% su nivel es de pobreza extrema lo cual es una cifra alta y puede deberse a que el hogar está conformado por una mayoría de personas menores de edad o está fuera de la fuerza de trabajo ya que la relación de dependencia económica es mayor en la pobreza que en la no pobreza. Sin embargo, en los hogares donde el jefe de hogar es hombre el 84% es no pobre, en cambio en los hogares donde el jefe de hogar es mujer el 79% es no pobre, por lo que hay una brecha entre el género como jefes de hogar ya que si el jefe de hogar es mujer hay menos probabilidad que el hogar sea no pobre, y más de la mitad de los hogares con pobreza extrema el jefe de hogar es mujer.

El ingreso promedio por hogar de ₡267077 colones en la pobreza no extrema y ₡107128 en la pobreza extrema. Asociado a uno de los factores determinantes de la pobreza la tasa de ocupación es mucho menor en la pobreza que en la no pobreza por lo que la tasa de desempleo abierto es 3.8 veces mayor en la pobreza extrema que en la no pobreza.

5. **Porcentaje de la población según rama de actividad**

1. Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca: 13,33%
2. Minas y canteras: 0,49%
3. Industrias manufactureras: 8,27%
4. Suministro electricidad y gas: 0,65%
5. Suministro agua, evacuación de residuos, gestión desechos: 0,61%
6. Construcción: 7,27%

7. Comercio por mayor y menor, reparación de vehículos automotores y motocicletas:12,84%
8. Transporte y almacenamiento: 3,93%
9. Alojamiento y servicios de comida: 21,50%
10. Información y comunicación: 0,59%
11. Actividades financieras y de seguros: 0,76%
12. Actividades inmobiliarias: 1,74%
13. Actividades profesionales, científicas y técnicas: 1,02%
14. Actividades administrativas y servicios de apoyo: 6,94%
15. Administración pública y defensa, planes de seguridad social: 6,94%
16. Enseñanza: 6,52%
17. Actividad de atención salud humana y asistencia social: 2,62%
18. Actividades artísticas de entretenimiento y recreativas: 1,90%
19. Otras actividades de servicio:1,92%
20. Actividades de los hogares en calidad de empleadores: 4,05%
21. Actividades de organizaciones y órganos extraterritorial: 0%

Siendo la principal rama de actividad según para el II trimestre 2022, servicios de alojamiento y servicios de comidas debido al desarrollo de la turístico de la zona costera, seguido de actividades agrícolas, ganadería, silvicultura y pesca debido a que una de las principales actividades económicas del cantón son las agrícolas.

22. Distribución relativa de la población de 15 años y más según nivel de instrucción

En Carrillo, el grado de educación de la población mayor de 15 años, un 3,2% no ha concluido ningún grado de nivel educativo, un 35,2% de la población ha cursado la primaria, un 31,5% ha cursado la secundaria, un 26.6% tiene estudios universitarios y un 3.4% tiene estudios parauniversitarios. Por lo que según el Censo 2011 en el cantón la mayoría ha cursado la primaria.

23. Porcentaje de asistencia a la educación regular de población con cinco años y más

En el cantón de Carrillo en cuanto a la población con cinco años o más un 27.7% asiste a educación regular, la cual está por debajo del promedio en la región chorotega con un 30%.

24. Femicidios

Es una forma de violencia de género, en la cual se genera debido a una relación desigual entre la mujer y hombre. En el 2021 se hubieron 19 feminicidios en las provincias de Limón, Heredia, Alajuela, Cartago y Puntarenas

25. Consumo de tabaco, alcohol, drogas legales e ilegales

Como podemos observar en la tabla 15, el rango de edad a nivel nacional para inicio de consumo de sustancias de abuso en general es de los 16 a los 27 años, siendo el tabaco quien tiene la menor edad de iniciación y es el segundo que se consumió durante el último periodo encuestado. El alcohol es la sustancia que más frecuentemente se consume según la encuesta, que probablemente se debe a que se acepta a nivel nacional y se logra obtener de manera muy accesible.

Tabla 15. Inicio de uso y de consumo activo de drogas en Costa Rica, 2015

Sustancia	Drogas legales						Drogas ilegales						
	Tabaco	Alcohol	Tranquilizantes	Opiodes	Estimulantes	Marihuana	Cocaína	Crack	Disolvente volátil	Heroína	Hongos alucinógenos	LSD	Éxtasis
Consumo activo (último mes)	10,5%	27,9%	1,1%	0,5%	0,1%	3,2%	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%
Inicio de uso (edad promedio)	16,2	17,8	26,5	25,8	24,7	18,1	20,1	21	17	18	18,2	20,1	19,2

Fuente: IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas 2015

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

1. Razón de dependencia demográfica

En Carrillo hay 50 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas

2. Razón de envejecimiento

En Carrillo hay 30 personas en edades dependientes por cada 100 personas en edades productivas

3. Proporción de la población urbana

En Carrillo el 62.3% de la población costarricense reside en zona urbana

4. Proporción de personas por curso de vida

La proporción curso de vida en Costa Rica por grupo etario para los 1-9 años es de 14,3%; 10-19 años es de 18,4%; 20-64 años es de 58,5% y más de 65 años es de 7,2%. Como podemos observar en la tabla 16, la proporción de curso de vida en los cuatro distritos del cantón es similar al nivel nacional, en el grupo etario de 0 a 9 años es el grupo donde hay una mayor diferencia siendo mayor en Carrillo.

Tabla 16. Proporción de personas por curso de vida según distrito de Carrillo, 2011.

	Distrito			
	Filadelfia	Palmira	Sardinal	Belén
Grupo etario (años)				
0 a 4	15,8%	18,0%	18,2%	17,9%
10 a 19	19,1%	18,9%	18,0%	19,4%
20 a 64	57,5%	56,8%	57,3%	55,4%
más de 65	7,6%	6,30%	6,6%	7,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

5. Total de nacimientos y tasa natalidad

Tabla 17. Total de nacimientos y tasa de natalidad de la población proyectada de Carrillo, 2021

	Total de Nacimientos	Total de Población	Tasa Natalidad (1000 habitantes)
Distrito			
Filadelfia	103	8889	11,6
Palmira	57	6753	8,4
Sardinal	248	19697	12,6
Belén	132	11516	11,5
Total	540	46855	11,5

Fuente: Población proyectada 2021. (INEC 2011).

En el año 2021 a nivel nacional en la mayoría de los distritos hubo una tasa de natalidad mayor a la nacional excepto en palmira quien además de ser el distrito menos poblado, tienen la menor cantidad de mujeres de 14 a 49 años proyectada para el año 2021.

En los cuatro distritos del cantón más del 90% de los nacimientos ocurrieron en el Hospital Enrique Baltodano.

6. Tasa de Crecimiento

Tabla 18. Tasa de natalidad, mortalidad y crecimiento natural de la población proyectada de Carrillo, 2021

		Tasa Natalidad*	Tasa Mortalidad*	Tasa de Crecimiento Natural
Distrito	Filadelfia	11,6	7,2	0,4
	Palmira	8,4	5,5	0,3
	Sardinal	12,6	6,9	0,6
	Belén	11,5	6,8	0,5
	Total	11,5	6,7	0,5

* Tasa por 1000 habitantes

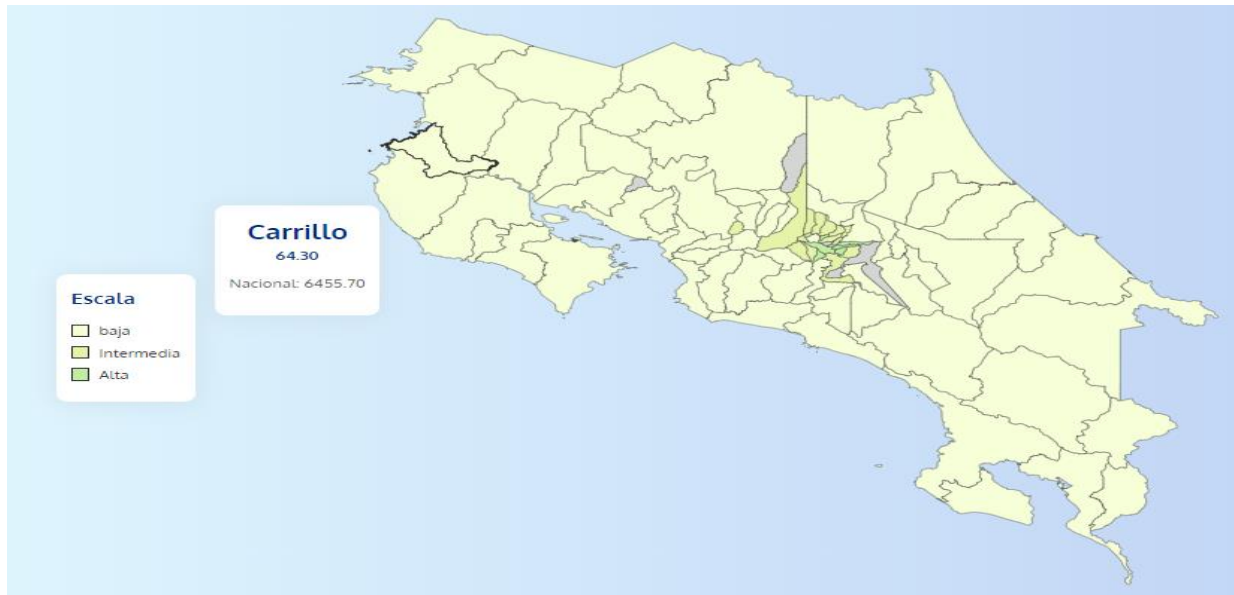
Fuente: Población proyectada 2021. (INEC 2011).

Para el cantón de Carrillo y la población proyectada para el año 2021, nacieron 12 personas por cada 1000 habitantes y se produjeron 7 muertes por cada mil habitantes con un total de 314 muertes en el año 2021, dando todo esto una tasa de crecimiento natural de 0.5 la cual está por encima de la tasa nacional que es de 0.4.

7. Densidad poblacional

En la figura 3 se observa un mapa de Costa Rica, donde se registra que el Cantón de Carrillo tiene densidad poblacional de 64.30 habitantes por km², en una escala baja respecto a otros cantones a nivel nacional, sin embargo, a nivel de la Región Chorotega es la que cuenta con una mayor densidad poblacional, por encima de todos los cantones de Guanacaste.

Figura 3. Densidad población del Cantón de Carrillo, 2021



Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2021).

INDICADOR DE ECONÓMICOS

1. Producto interno bruto (PIB)

El PIB es importante porque da información sobre el tamaño de la economía y su desempeño. La tasa de crecimiento del PIB real suele usarse como indicador del estado de salud general de la economía: en términos amplios, cuando el PIB real aumenta, la economía está funcionando bien. Cuando ese aumento es fuerte, hay probabilidades de que las empresas contraten más trabajadores y la gente tenga más dinero para gastar, en Costa Rica existía una tendencia al alza con la excepción del año 2020 en el cual existió un leve descenso, pero al año 2021 incrementó, aunque no sobrepasó el nivel del año 2019.

2. Población económicamente activa (PEA)

La fuerza laboral de la región chorotega es de 166 982 personas para el primer trimestre del año 2022, el cual representa un 6,9% de la fuerza laboral nacional.

3. Tasa de ocupación

La tasa de ocupación para el año 2021 era 48, para el año 2022 47 personas laboran por cada 100 habitantes de la región Chorotega.

4. tasa de desempleo abierto

La tasa de ocupación para el año 2021 era 48, para el año 2022 47 personas laboran por cada 100 habitantes de la región Chorotega.

5. . Tasa de desempleo abierto

En la tasa de desempleo abierto para la región Chorotega podemos determinar que la población de 15 a 24 años es la que posee mayor tasa de desempleo, ya que de cada 100 habitantes de este grupo de edad 40 no cuentan con trabajo y la menor tasa de desempleo corresponde a las personas de 60 años y más ya que por cada 100 habitantes 7 personas no tienen trabajo.

Tabla 19. Tasa de desempleo abierto según grupo etario para el 1er trimestre 2022, Carrillo

Grupo etario (años)	Total Desempleado	Total Ocupado	Tasa desempleo abierta*
15 a 24	5 885	14 845	40
25 a 34	6 419	30 648	21
35 a 44	5 010	40 834	12
45 a 59	3 551	45 051	8
60 y más	973	13 766	7

*Tasa por cada 100 habitantes

Fuente: Encuesta Continua de Empleo – ECE e Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC

6. Ingreso hogares

El ingreso promedio por hogar e ingreso per cápita por hogar, por quintil para el año 2020 y 2021 registra que la región Chorotega está por debajo de los ingresos por hogar a nivel nacional, el quintil de ingreso per cápita que obtuvo menor ingreso fue el primer quintil del año 2020 al igual que en el año 2021 y el que tuvo el ingreso mayor per cápita del hogar en ambos años fue el quinto quintil. Además, podemos recalcar que para el año 2021 fue en que tuvo mayor ingreso tanto en el promedio por hogar e ingreso per cápita.

INDICADOR DE SERVICIOS

1. Agua potable

Según el Censo 2011, el 96,4% de los hogares cuentan con agua intradomiciliar, estando por debajo del nivel regional que es 98,2% y nivel nacional que es 97,7%.

Como podemos observar en la tabla 20, con el 68% del total, la mayor cantidad de agua potable consumida en el cantón proviene del Acueductos y Alcantarillados

(AyA), al desglosarlo por distrito continua esta tendencia y el distrito que más agua potable la obtiene del AyA es Belén. La segunda fuente de agua potable es por medio de ASADAS con un 22% del total.

Tabla 20. Procedencia del agua en los hogares de Carrillo, 2011.

Procedencia del agua potable							
Fuente	Acueducto				Pozo	Río o Quebrada	Otra fuente
	Rural o comunal (ASADAS)	Municipal	A y A	Empresa/ cooperativa			
Hogares	2 270	133	6 912	1	761	6	58

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

2. Saneamiento

Respecto a la proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento de acuerdo con la encuesta de mujeres niñez y adolescencia (EMNA) del 2018 a nivel nacional es de 98.1%, referente a la región choro-tega la proporción es de un 99.1% y a nivel local en el cantón de Carrillo es de un 98.9% por lo que indica que el sistema de tratamiento de aguas residuales es bueno.

3. Consultas prenatales

En el distrito de Filadelfia los casos de mujeres en estado de gestación que consultaron al Centro Médico fue un total de 103 con una mediana de 11 consultas, en Sardinal 248 con una mediana de 12 consultas en Belén 132 con una mediana de 12 consultas y en Palmira 57 con una mediana de 3 consultas.

Según la Norma Oficial de Atención Integral a la Mujer Durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico N°35262-S establece que toda mujer embarazada de bajo riesgo obstétrico debe contar con un mínimo de cinco controles prenatales durante todo su embarazo y en el cantón de Carrillo el 8% de las mujeres que consultaron tenían menor a 4 consultas prenatales lo que indicaría ser embarazos de alto riesgo y el 92% de las mujeres consultaron en más de 5 ocasiones.

4. Atención de nacimientos

Como se puede observar en la siguiente tabla, la mayoría de los nacimientos en el cantón de Carrillo han sido atendidos por funcionarios de salud, exceptuando 3 casos que fueron atendidos por comadronas en el distrito de sardinal y palmira.

Tabla 21. Total de nacimientos atendidos según ocupación en Carrillo, 2021.

	Persona que atendió el parto				Total
	Médico	Enfermería obstétrica	Comadrona	Médico ginecoobstetra	
Filadelfia	39	49	0	15	103
Sardinal	99	127	2	20	248
Belén	61	59	0	12	132
Palmira	30	23	1	3	57

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

5. Profesionales en enfermería, medicina y odontología

La proyección de la población para el año 2023 del cantón de Carrillo es de 48 641 habitantes, podemos decir que el 37% de estos profesionales laboran en el sector privado y el 63% laboran en la Caja Costarricense del Seguro Social. Con respecto a los profesionales en medicina activos en Carrillo hay 0.8 médicos por cada 1000 habitantes, 0.7 enfermeros por cada 1000 habitantes y 0.5 odontólogos por cada 1000 habitantes.

Tabla 22. Total de profesionales en enfermería, medicina y odontología en el cantón de Carrillo.

Profesión	Sector Laboral	
	Privado	Público
Enfermeras	0	34
Médicos	20	17

Odontólogos	15	8
Total	35	59

Fuente: Base de datos ARS Carrillo y recursos humanos del AS Carrillo

INDICADORES AMBIENTALES

1. Índice de Desastres Locales

Según los Indicadores de Riesgo de Desastres y de Gestión de Riesgos: Programa para América Latina y el Caribe realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo este índice capta de manera simultánea la incidencia y la uniformidad de la distribución de efectos de desastres a nivel municipal, para Costa Rica en el periodo del 2011-2013 su valor fue de 135, lo el cual se encuentra en nivel intermedio y esto significa que la concentración de desastres menores y la distribución de sus efectos son intermedias para el país.

2. Características geográficas

Está constituido geológicamente por materiales de los períodos Cretácico, Terciario y Cuaternario; siendo las rocas sedimentarias del Cuaternario las que predominan en la región. Del período Cretácico se encuentran rocas de origen volcánico sedimentario e intrusivo. Las volcánicas están agrupadas bajo el nombre del Complejo de Nicoya, el cual está compuesto de grauwacas macizas, compactas, de color gris oscuro, ftanitas, lutitas ftaníticas, calizas silíceas aftaníticas, lavas con almohadillas y aglomerados de basalto e intrusiones de gabros, diabasas y dioritas que se localiza en los cerros que están al noroeste y oeste de Carrillo, así como en otros cerros dispersos en el cantón. Las rocas sedimentarias están representadas por material Indiferenciados, los cuales se ubican en los cerros Ocotal y Piñuela, las lomas Quesera y Moral. Las rocas intrusivas del Cretácico Paleoceno corresponden al Intrusivo del Complejo de Nicoya, constituido por gabros, diabasas y dioritas, que se localiza al oeste del poblado El Coco y al sureste de punta Gorda.

Entre los materiales del período Terciario, se hallan rocas de origen sedimentario, de la época Eoceno Paleoceno, que corresponde a la Formación Barra Honda, compuesta por calizas pobremente estratificada, arrecifales de textura homogénea color blanco, que se ubica en los cerros Matapalo, Pedernales y Huacalillo, las lomas

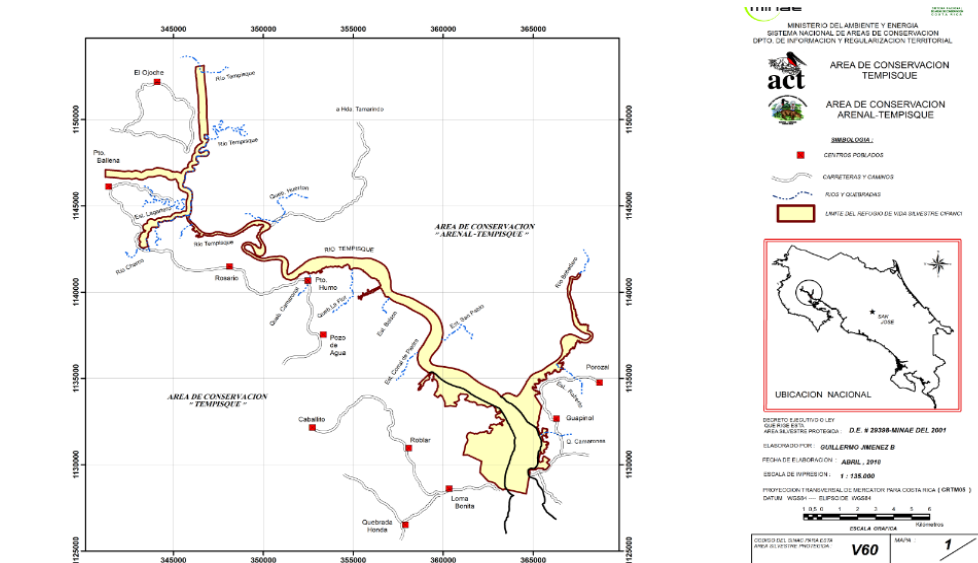
El Jicote, Matasano, Cascabela, Divisadero, Cervantes, Dantas, Tortuguitas, Hato Viejo, Larga y Huacas.

De los materiales del período Cuaternario, se localizan rocas de origen sedimentario de la época Holoceno, tales como Pantanos ubicados en el sector aledaño al sitio Dalia; Depósitos Fluviales y Coluviales, ubicados en la parte Oriental del cantón; y Depósitos Costeros más recientes, que se localizan en sectores del litoral.

3. Áreas Silvestres Protegidas

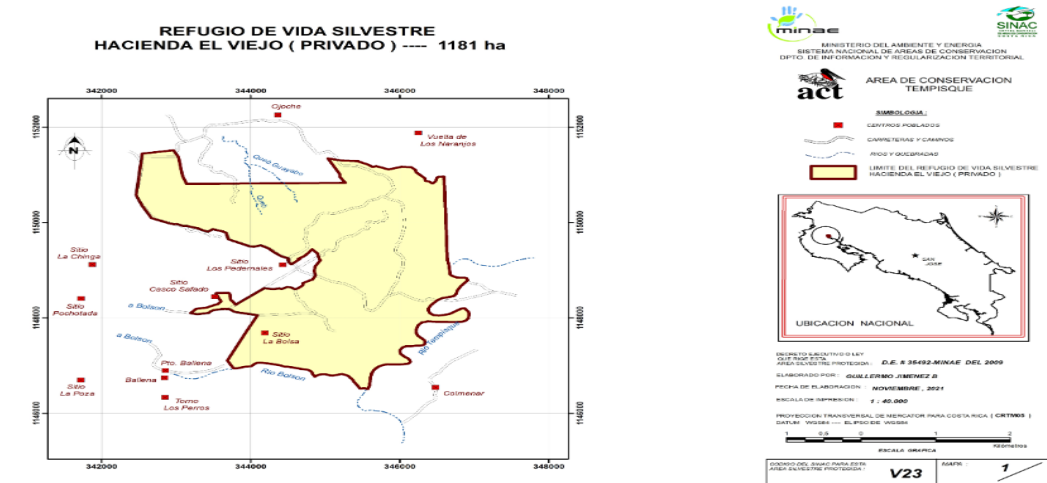
En Carrillo hay 6 áreas silvestres protegidas en total

1. Refugio de Vida Silvestre Cipanci,



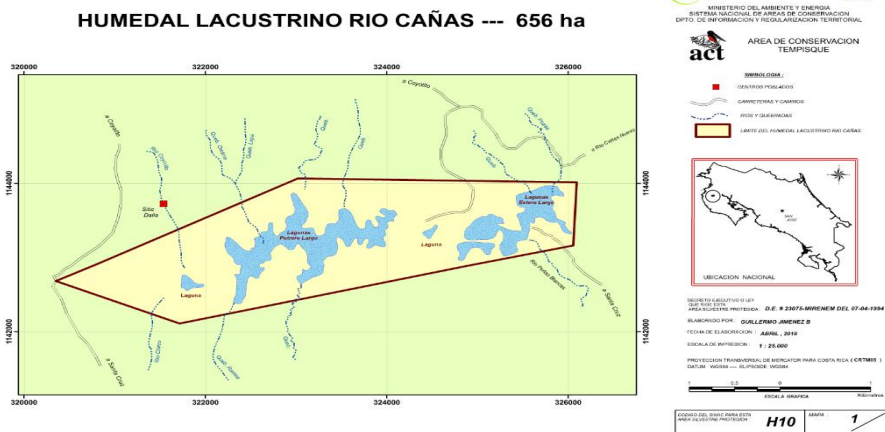
Fuente: Mapa de las Áreas Silvestres Protegidas por Áreas de Conservación. Sistema nacional de áreas de conservación Costa Rica,2018

2. Refugio de Vida Silvestre Hacienda El Viejo (privado)



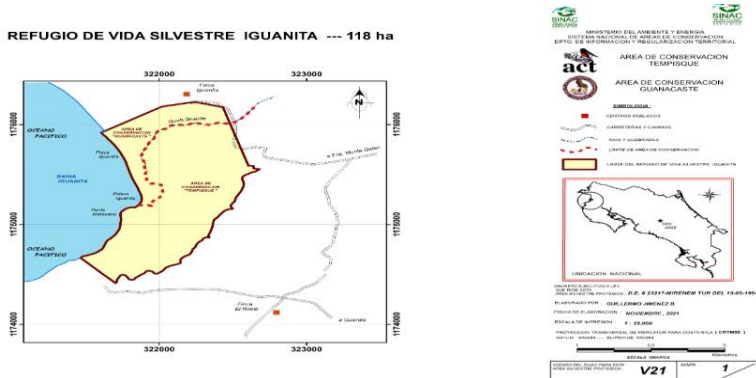
Fuente: Mapa de las Áreas Silvestres Protegidas por Áreas de Conservación. Sistema nacional de áreas de conservación Costa Rica, 2021

3. Humedal Lacustrino Rio Cañas



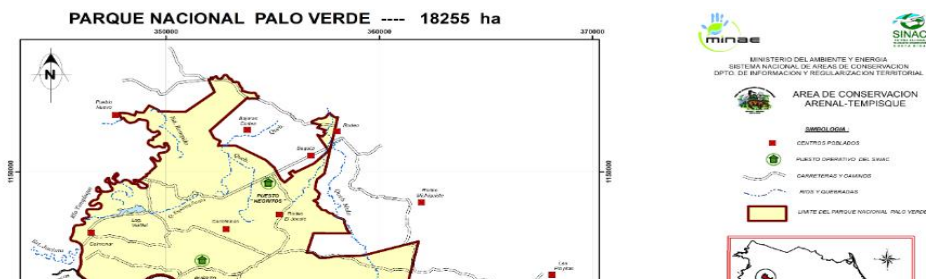
Fuente: Mapa de las Áreas Silvestres Protegidas por Áreas de Conservación. Sistema nacional de áreas de conservación Costa Rica, 2018

4. Refugio de Vida Silvestre Iguanita



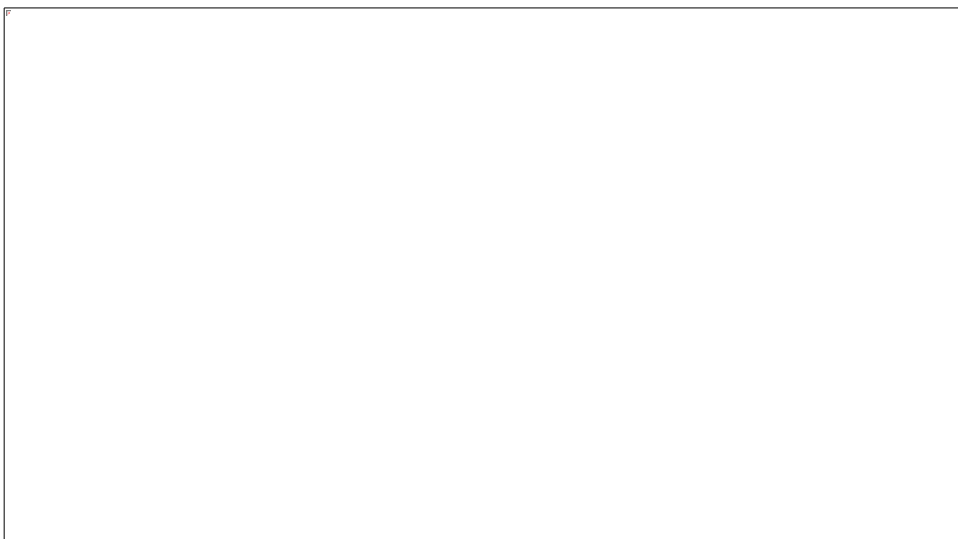
Fuente: Mapa de las Áreas Silvestres Protegidas por Áreas de Conservación.
Sistema nacional de áreas de conservación Costa Rica,2021

5. Parque Nacional Palo Verde



Fuente: Mapa de las Áreas Silvestres Protegidas por Áreas de Conservación.
Sistema nacional de áreas de conservación Costa Rica,2021

6. Humedal Riberino Zapandí



Fuente: Mapa de las Áreas Silvestres Protegidas por Áreas de Conservación.
Sistema nacional de áreas de conservación Costa Rica,2018

4. Manejo de residuos

Uno de los principales problemas del cantón, es la manera en que los habitantes disponen de los desechos sólidos. De acuerdo con la información obtenida en el Censo del 2011, se aprecia que en el 83.6% de las viviendas se eliminan estos desechos mediante el camión recolector; sin embargo, el otro 16.35% lo realiza de manera inadecuada. En general, el tratamiento de los desechos sólidos que se recogen sigue siendo bueno; sin embargo, el cantón, a pesar de contar con COMUREC (Cooperativa de mujeres recicladoras de Carrillo), debe mejorar la c

Tabla 23. Tipo de manejo de residuos en el Carrillo, 2011.

Categoría	Casos
Camión recolector	8482
Enterrado o hueco	253
Quemada	1263
Lote baldío	28
Río, quebrada o mar	5
Otro	110
Total	10141

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos (INEC 2011).

INDICADORES DE SALUD

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

El índice de masa corporal puede clasificar los grados de nutrición. Según el censo escolar de talla y peso del año 2016, en la población de 6 a 12 años. A nivel nacional Guanacaste la provincia con mayor prevalencia de desnutrición, y en cuando a la obesidad solamente está por encima de Limón por lo que es la segunda provincia con menor obesidad. En el cantón de Carrillo, el distrito de Filadelfia es quien en el Censo determinaron que tiene mayor prevalencia de obesidad en la edad escolar, el distrito de Palmira es quien mayor prevalencia de desnutrición tiene y el distrito de Sardinal en quien mayor población escolar en estado eutrófico.

Tabla 24. Tasa de incidencia y porcentaje de reportes de notificación obligatoria en Carrillo, 2021

Evento / Enfermedades	Tasa de Incidencia	Porcentaje (%)	Numero de reportes
Infección respiratoria aguda	292.8	30.6	1372
Enfermedad Diarreica Aguda	236.5	24.7	1108
COVID confirmado	22.0	2.3	103
COVID virus no identificado	189.3	19.8	887
Parasitosis	43.8	4.6	205
Afección relacionada con el trabajo	25.8	2.7	121
Diabetes mellitus	22.8	2.4	107
Hipertensión esencial	18.6	1.9	87
Enfermedad renal crónica	17.9	1.9	84
Obesidad	17.7	1.9	83
Síndrome de maltrato	13.2	1.4	62
Accidente transporte no especificado	11.5	1.2	54
Amebiasis	6.8	0.7	32
Conjuntivitis infecciosa no hemorrágica	6.4	0.7	30
Episodio depresivo	5.3	0.6	25
Fiebre del dengue	4.3	0.4	20
Enfermedad renal no tradicional	3.2	0.3	15
Varicela	2.6	0.3	12
Embarazo de alto riesgo	2.1	0.2	10
Tipo influenza (ETI)	1.7	0.2	8
ETS, no especificada	1.5	0.2	7
Sífilis	1.5	0.2	7
Quemaduras y corrosiones	1.1	0.1	5
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol	1.1	0.1	5

Intoxicación alimentaria bacteriana	0.9	0.1	4
Negligencia y abandono	0.9	0.1	4
Trastorno desarrollo psicológico	0.9	0.1	4
Enfermedad cerebrovascular	0.6	0.1	3
Desnutrición proteico-calórica	0.4	0.0	2
Enteritis debida a rotavirus	0.4	0.0	2
Esquizofrenia	0.4	0.0	2
infección gonocócica	0.4	0.0	2
Intento de suicidio y suicidio	0.4	0.0	2
Microcefalia	0.4	0.0	2
Tuberculosis	0.4	0.0	2
Accidente ofídico	0.2	0.0	1
Chikunguña	0.2	0.0	1
Distimia	0.2	0.0	1
Efecto toxico de otras sustancias	0.2	0.0	1
VIH	0.2	0.0	1
Enfermedades virales, no especifica	0.4	0.0	2
Enteritis debida a salmonella	0.2	0.0	1
Total		100	4486

* Tasa por 10 000 habitantes

Fuente: Datos recopilados por el ARS Carrillo.

2. **Porcentaje de casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva.**

Durante el año 2021 en el cantón de Carrillo fueron detectados dos casos de Tuberculosis Pulmonar de los cuales un caso fue diagnosticado por baciloscopia y el otro caso por PCR del esputo por lo que un 50% de los casos fueron diagnosticados por baciloscopia.

3. **Razón hombre/mujer y tasa de incidencia de VIH- SIDA**

La razón de VIH-SIDA durante el 2015 hasta 2022 es de 233 hombres por cada 100 mujeres, durante este mismo periodo de tiempo el año que más casos se notificaron fue en el 2015 con tendencia a ir disminuyendo, siendo el año con menor cantidad de casos en 2022 en el cual la tasa de incidencia sería de 2 casos por cada 100.000 habitantes.

PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS

Priorización del equipo ASIS basado en mortalidad

Se utilizó el dato de la mortalidad del cantón de Carrillo mediante registros de los fallecimientos del Instituto Nacional de Estadística y Censo, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) versión 2015 que es la oficial para Costa Rica.

Los grupos de edad en que se clasificaron son los siguientes:

4. Menores de 1 año
5. Niñez 1-9 años
6. Adolescencia 10-19 años
7. Persona adulta 20-64 años
8. Persona adulta mayor mayores de 65 años

Posterior al análisis realizado para identificar cuáles son las principales causas de muerte del cantón de Carrillo de acuerdo con los datos suministrados por nivel central se obtuvieron los siguientes.

Tabla 25. Total y porcentaje de casos de causa de mortalidad según grupo etario.

Grupo etario	Causa de mortalidad	Total de casos	Porcentaje
Menos de 1 año	Q21 – Malformaciones congénitas	1	12,50%
1 a 9 años	P07 - Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	3	13,04%
10 a 19 años	X70 - Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	4	22,22%
20 a 64 años	V89 - Accidente de vehículo de motor o sin motor, tipo de vehículo no especificado	40	10,20%
65 y mas	J44 - Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	49	7,80%
Problema general	N18 - Insuficiencia renal crónica	76	7,11%

Fuente: INEC/Dirección de Vigilancia de la Salud

Priorización de los problemas de salud con la comunidad

El 31 de mayo del 2023 se llevó a cabo el primer taller de ASIS que consiste en identificar cuáles son los principales problemas que aqueja la comunidad, que pueden estar afectando la salud de la población del cantón de Carrillo.

Ya identificados los actores sociales de los 4 distritos, se realizó el taller con 17 participantes siguiendo la metodología establecida, dando como resultado los siguientes tres problemas de salud que obtuvieron la mayor puntuación y sumándose a la lista de problemas priorizados por el equipo local de ASIS:

Tabla 26. Lista de problemas priorizados en primer taller ASIS en Carrillo, 2023.

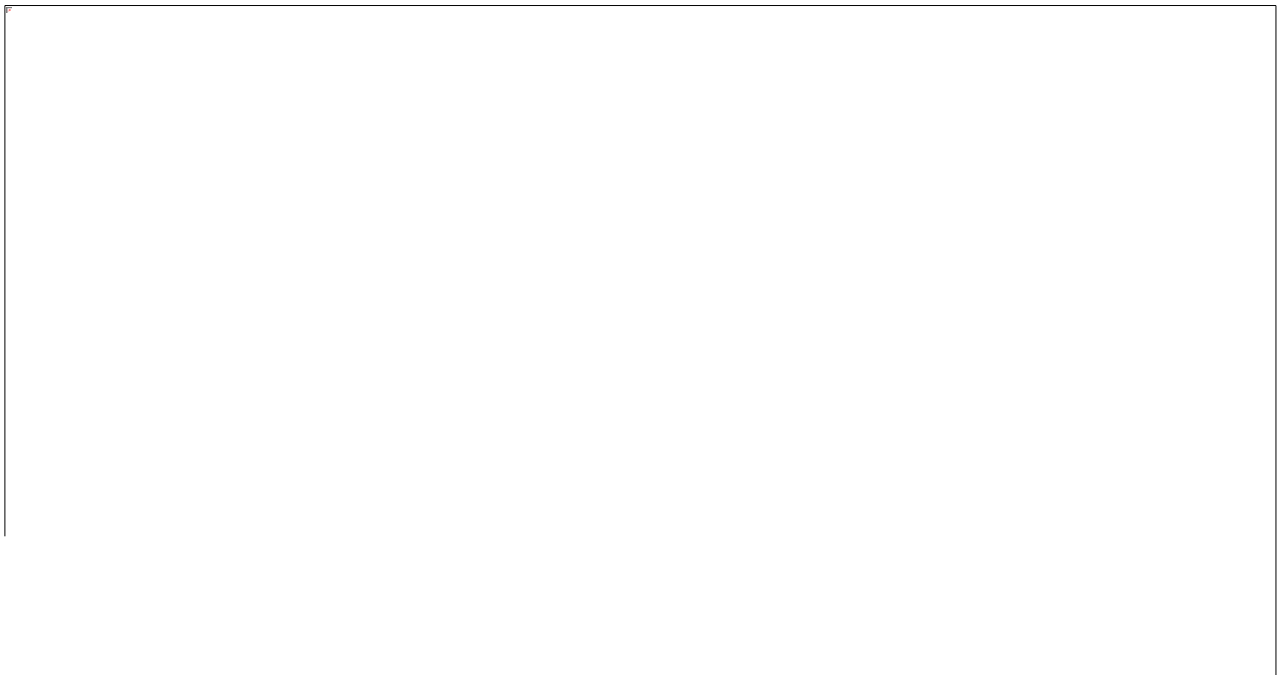
--

Fuente: Primer taller ASIS Carrillo.

Como resultado de estos tres problemas que se identificaron con la ayuda de los actores sociales de la comunidad, se realizó el análisis de estos mediante la técnica de causa-efecto denominada los 5 porqué, donde se pretende obtener cuál es la causa real que está generando estos problemas y poder desarrollar soluciones viables.

Seguidamente se pueden observar los esquemas que corresponden a cada problema previamente establecido.

Figura 4. Metodología de los 5 porqué para enfermedad renal crónica en Carrillo



Fuente: Primer taller ASIS Carrillo 2023

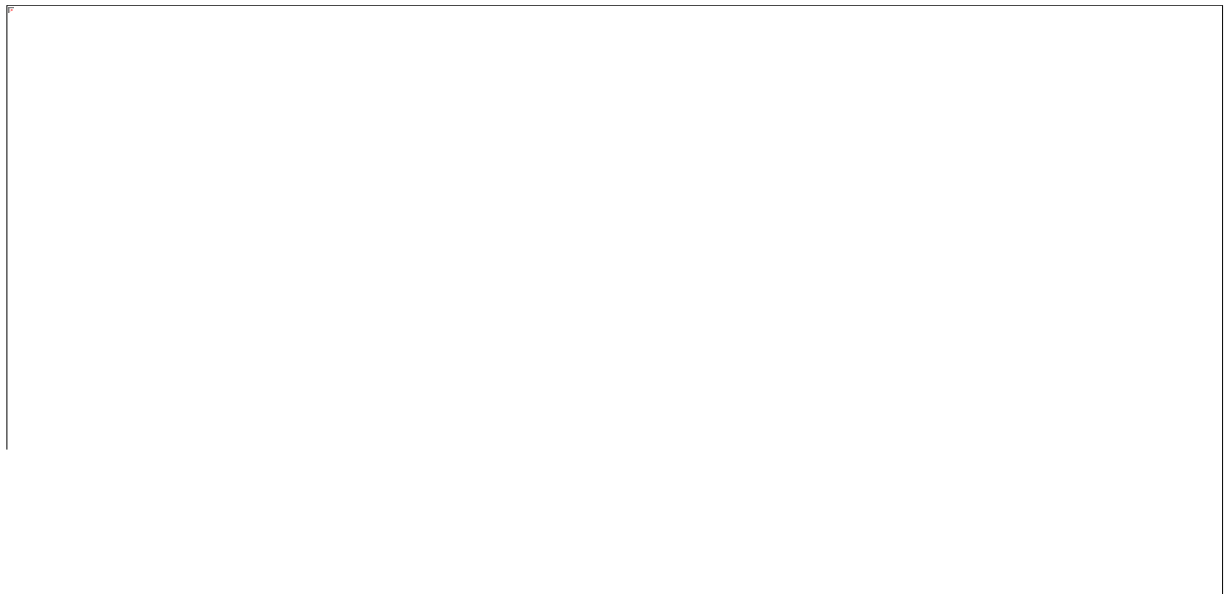
Figura 5. Metodología de los 5 porque para acceso limitado a servicios de atención primaria

Acceso limitado a servicios de atención primaria



Fuente: Primer taller ASIS Carrillo 2023

Figura 6. Metodología de los 5 porque para drogadicción y alcoholismo



Fuente: Primer taller ASIS Carrillo 2023

Análisis de los principales los eventos de mortalidad según grupo de edad y problemas priorizados por actores sociales de la comunidad desde los determinantes sociales de la salud.

Para llevar a cabo este paso nuestro Equipo Local realizó el segundo taller el 23 de junio del 2023 con los expertos según los problemas de salud para determinar todas las causas raíz de los problemas priorizados en la comunidad y los principales eventos de mortalidad en el cantón para que mediante el análisis de los determinantes sociales poder encontrar cada una de sus causas secundarias y terciarias de las causas raíz. Dichos expertos perteneces a las siguientes instituciones A y A de Filadelfia, Junta de Salud, Comité Municipal de Emergencias, Cruz Roja Costarricense, Área de Salud de Carrillo, MEP, PANI, Colegio Técnico Profesional de Carrillo, Municipalidad, CEN CINAI, Ministerio de Agricultura y Ganadería e Instituto Mixto de Ayuda Social.

En Carrillo se priorizaron 8 problemas ya que el problema general (ERC) se repetía con un problema identificado por la comunidad, a partir de la obtención de los 8 problemas se realizaron tres grupos y se dividieron los problemas de acuerdo con las competencias de cada experto, ámbito laboral y los aportes que pudiera realizar.

El análisis se hizo mediante el diagrama de espina de pescado donde las dimensiones son factores sociopolíticos, factores socioeconómicos, factores biológicos, comportamiento, circunstancias materiales de vida y servicios de salud.

Se explicó a los participantes que para la realización de los diagramas de causas-efecto se harán mediante la metodología del modelo de análisis de situación de salud según los determinantes sociales de INHEM que tiene dos pilares fundamentales que son primeramente el análisis de diferenciales en salud y segundo el análisis de desigualdades en salud.

En el análisis de diferenciales en salud abarca el daño en salud que se traduce en mortalidad en servicios de salud que son los determinantes intermedios que dentro de este grupo se encuentran las circunstancias materiales, el comportamiento, servicios de salud y biología humana. Ampliando en que consiste cada de uno de estos determinantes comenzamos con circunstancias materiales que se refiere a condiciones ambientales, servicios básicos de saneamiento, vivienda, acceso a bienes, y condiciones de trabajo. Con respecto al comportamiento este abarca lo que es consumo de sustancias lícitas e ilícitas, conducta sexual, actividad física, alimentación, violencia, estrés, percepción de salud, inclusión y participación social.

En relación con servicios de salud incluye estructura y gasto en salud, recursos humanos y material, redes asistenciales, acceso a servicios de salud, cobertura en salud, actividades de promoción. Y en biología humana factores como la inmunidad y factores genéticos.

En el análisis de desigualdades en salud incluye los determinantes estructurales como la participación social que incluye dos contextos el sociopolítico y el económico. En el contexto sociopolítico abarca lo que es gobernanza, gasto en inversión pública en salud, protección social, grupos prioritarios, priorización en política pública, participación intersectorial en salud, la identidad cultural y demografía. Y por último el contexto socioeconómico es acerca del ingreso y pobreza, la ocupación, desempleo, tipos de actividades económicas, nivel educacional, analfabetismo, mujeres jefas de hogar, estadísticas sociales, pertenencia y localización de las razas.

A continuación, se detalla el análisis de las espinas de pescado correspondiente a cada problema priorizado.

Figura 7. Diagrama de causa-efecto de Enfermedad renal crónica

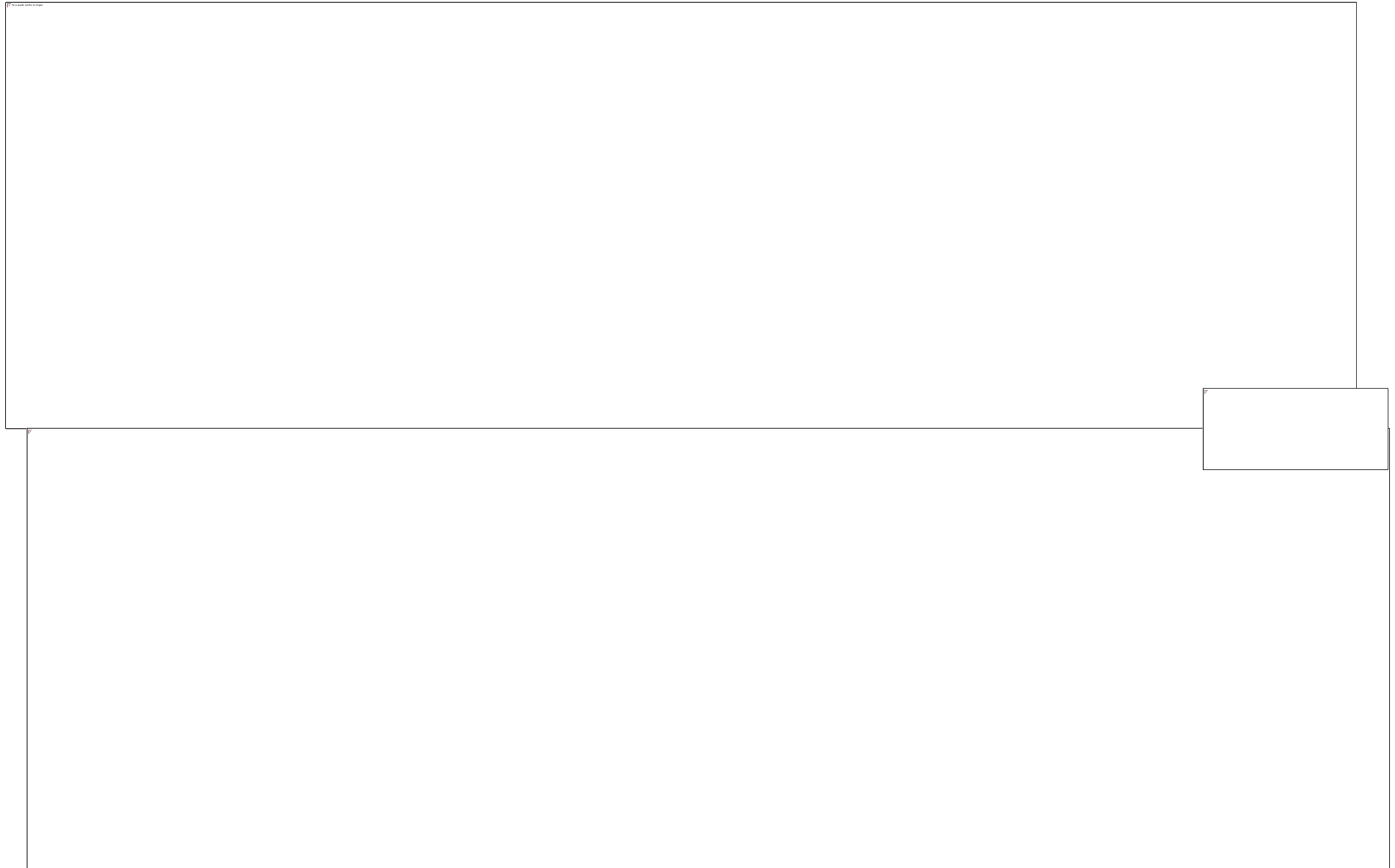


Figura 8. Diagrama de causa-efecto de acceso limitado a servicios de atención primaria

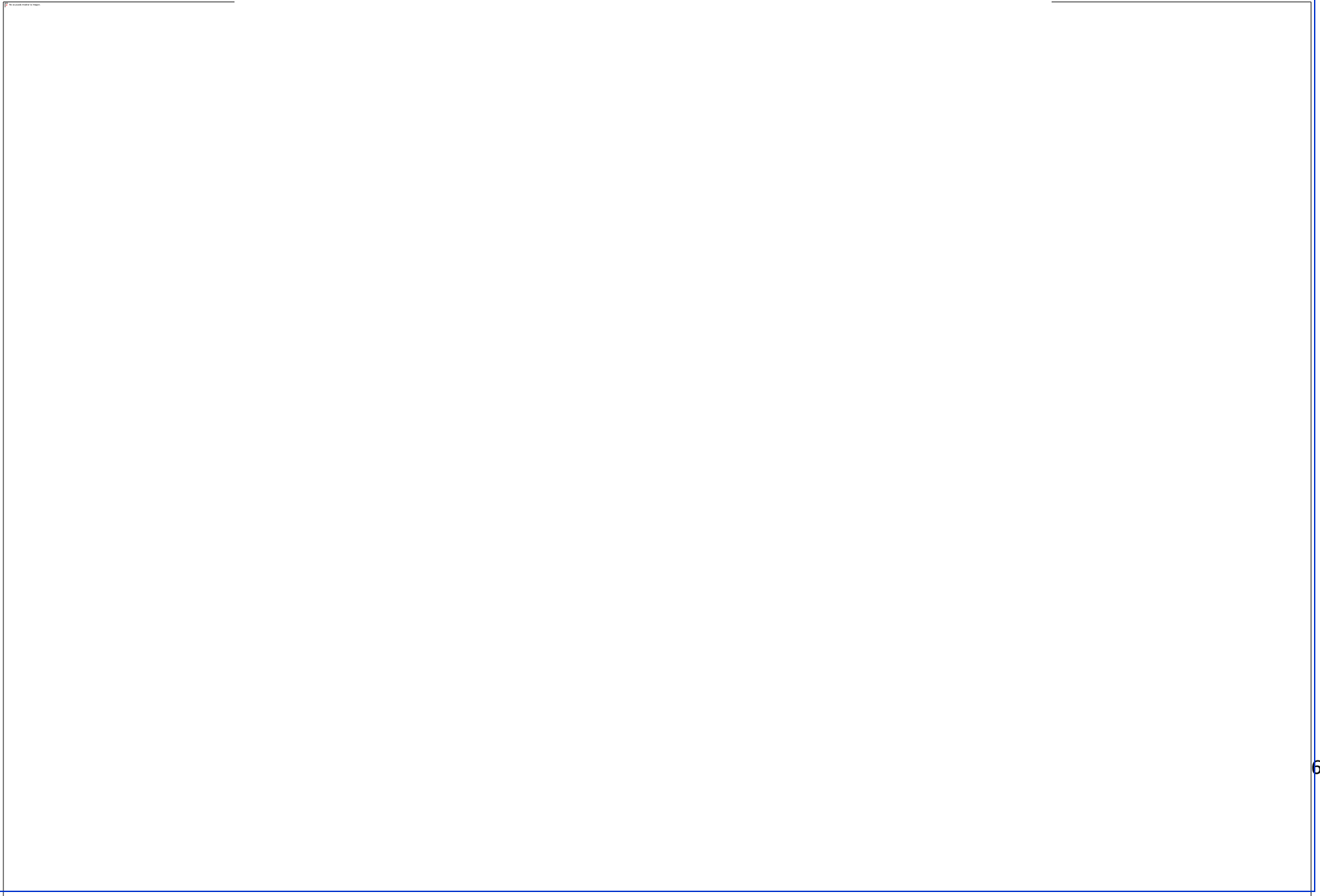


Figura 9. Diagrama de causa-efecto de drogadicción y alcoholismo

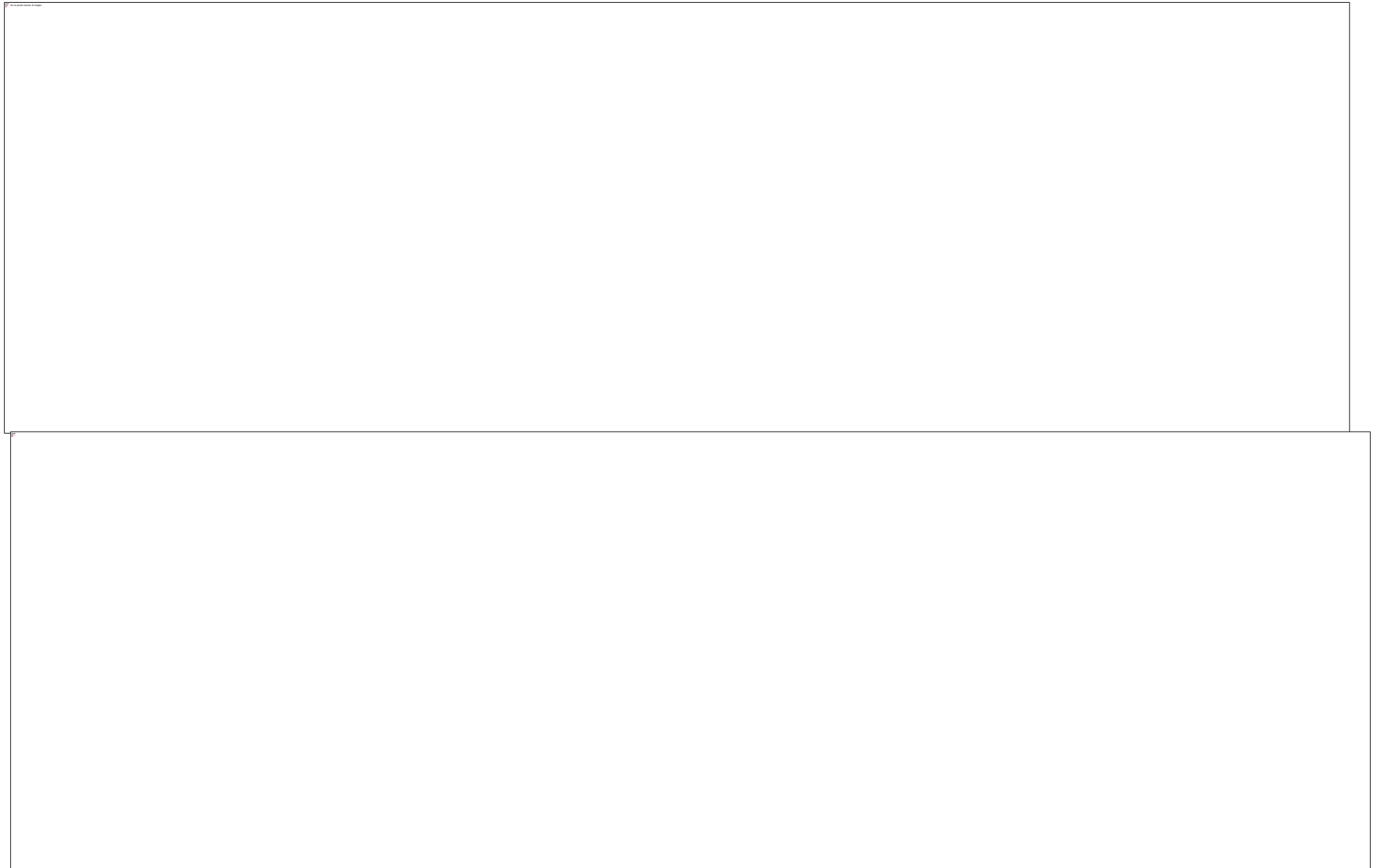


Figura 10. Diagrama de causa-efecto de malformaciones congénitas

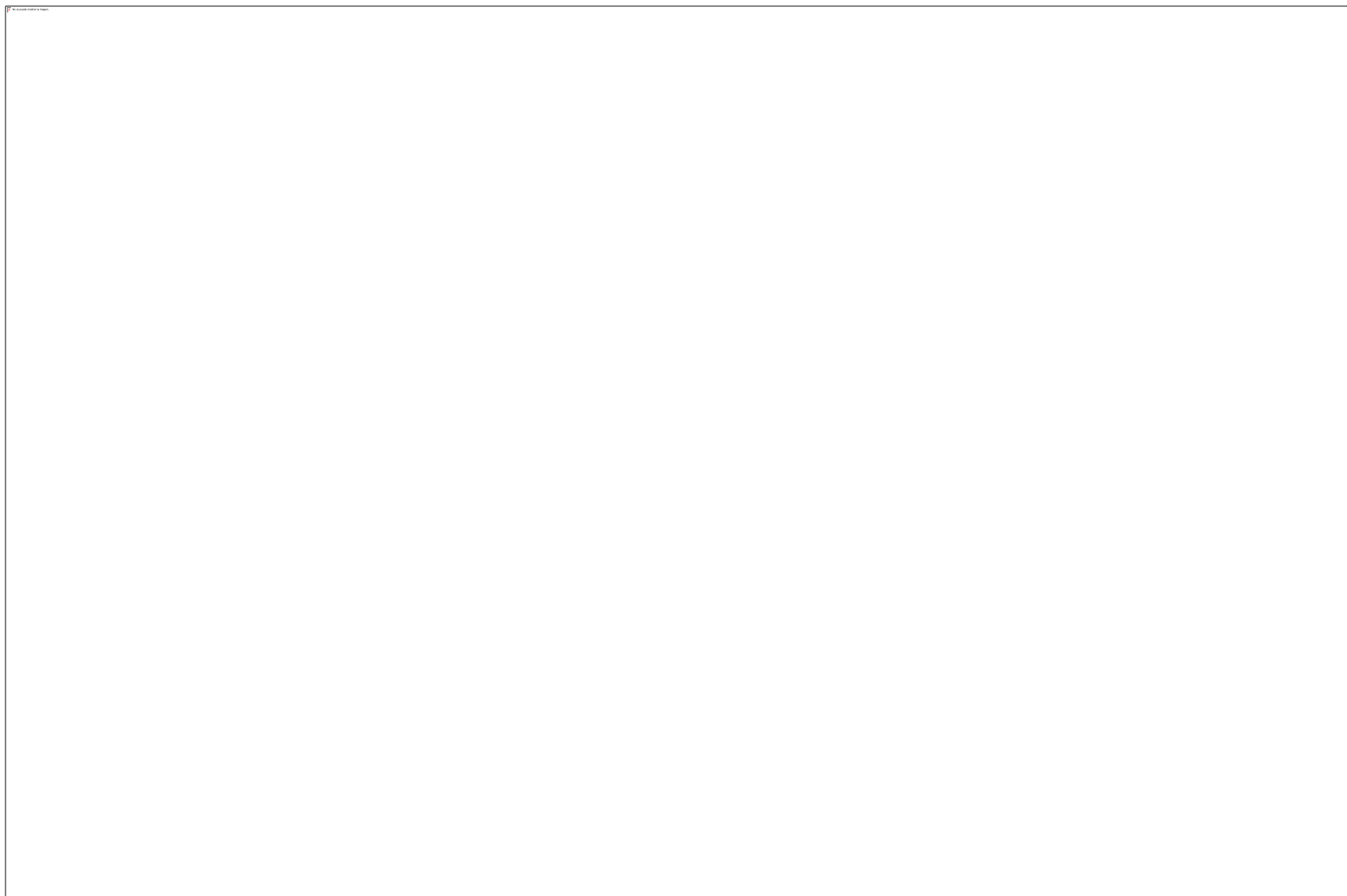
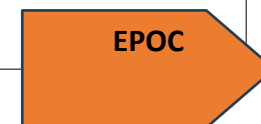


Figura 13. Diagrama de causa-efecto de accidentes de tránsito

Figura 14. Diagrama de causa-efecto de enfermedad obstructiva crónica

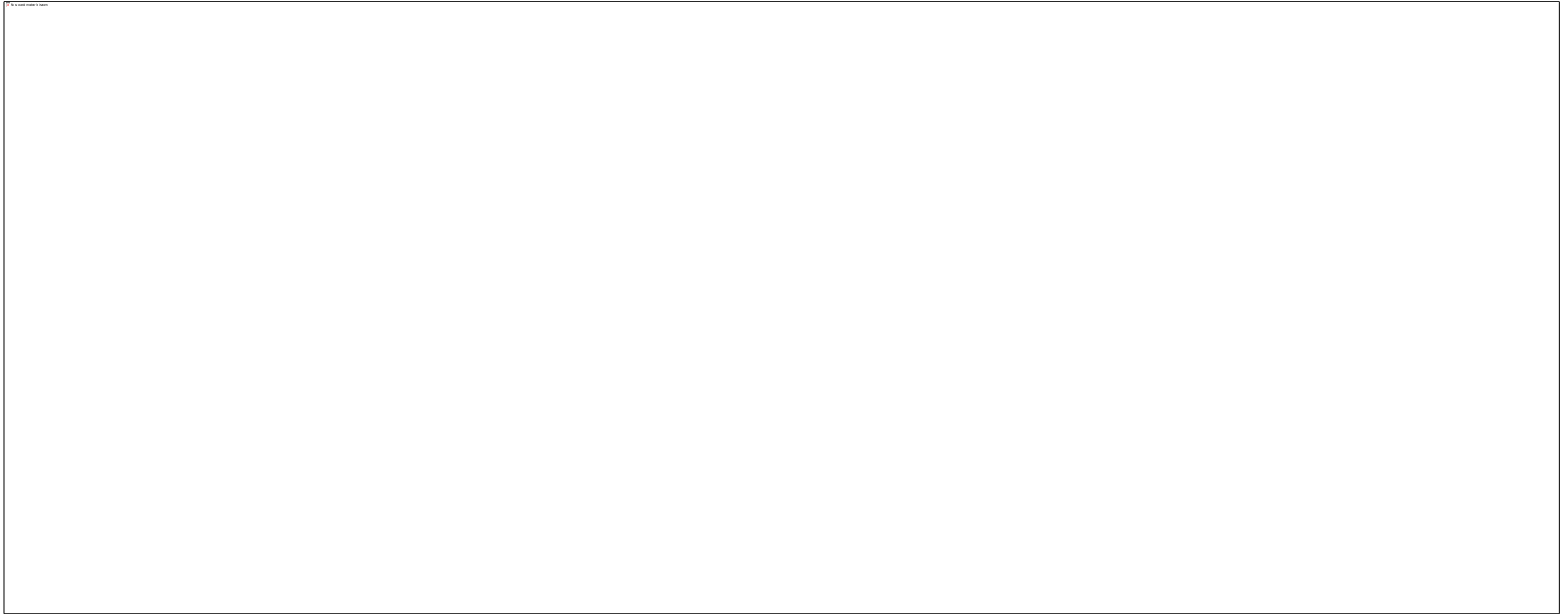


ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍZ CON LOS EXPERTOS

Debido a que en el segundo taller se analizaron los problemas de salud priorizados con el Diagrama Causa efecto tanto de las causas de mortalidad ya estipulados como también los problemas detectados por la comunidad, en el tercer taller se analizaron los 8 problemas detectados junto con los expertos para la realización de la priorización de las causas raíz, las cuales se trabajan mediante una herramienta que identifica aquellas causas principales que influyen el problema de salud, basado en la metodología del diagrama de Pareto, en este último se determinan las 5 Causas raíz que mayor grado de impacto tienen sobre el problema de salud y posterior a esto establecer las líneas de acción y las propuesta por las instituciones que se ven involucradas como primera línea y las que pueden ser colaboradoras para llevar a cabo todas las acciones establecidas.

Seguidamente se detallan los diagramas de Pareto para los 8 problemas que se priorizaron en el cantón de Carrillo.

Tabla 27. Diagrama de Pareto Drogadicción y alcoholismo, Carrillo 2023.



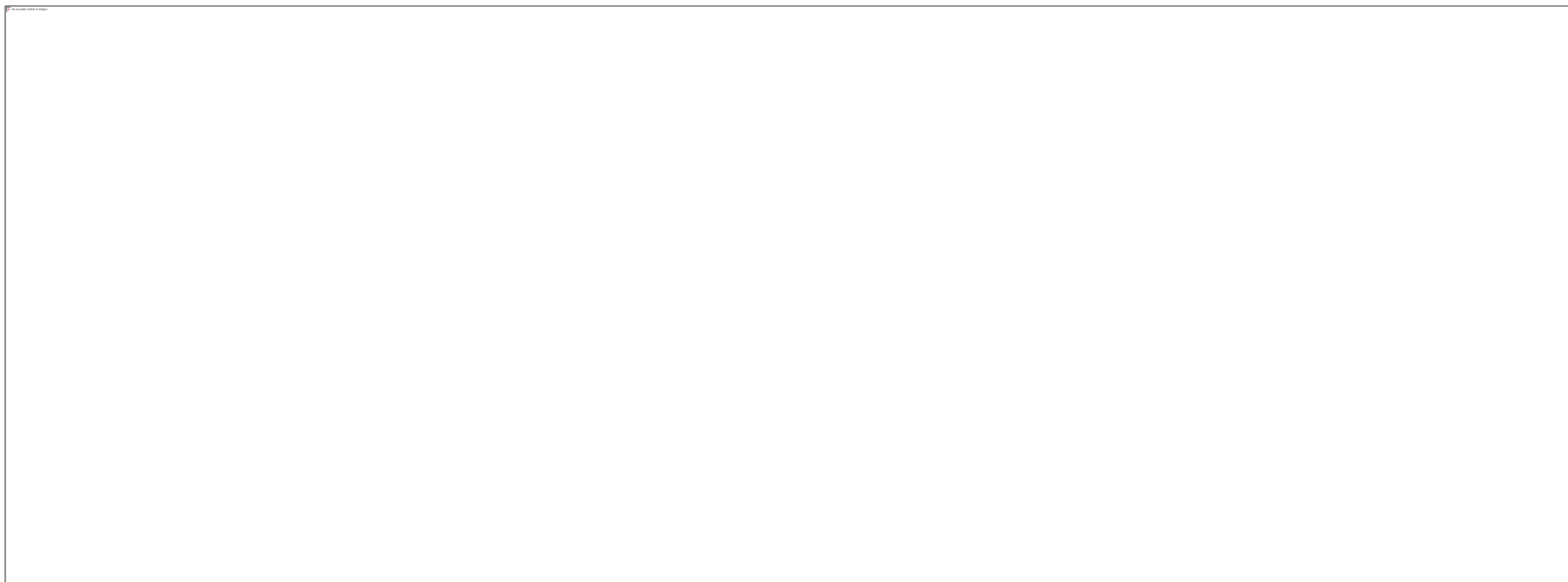
Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Tabla 28. Diagrama de Pareto Falta de Acceso a Servicios de Salud, Carrillo 2023.



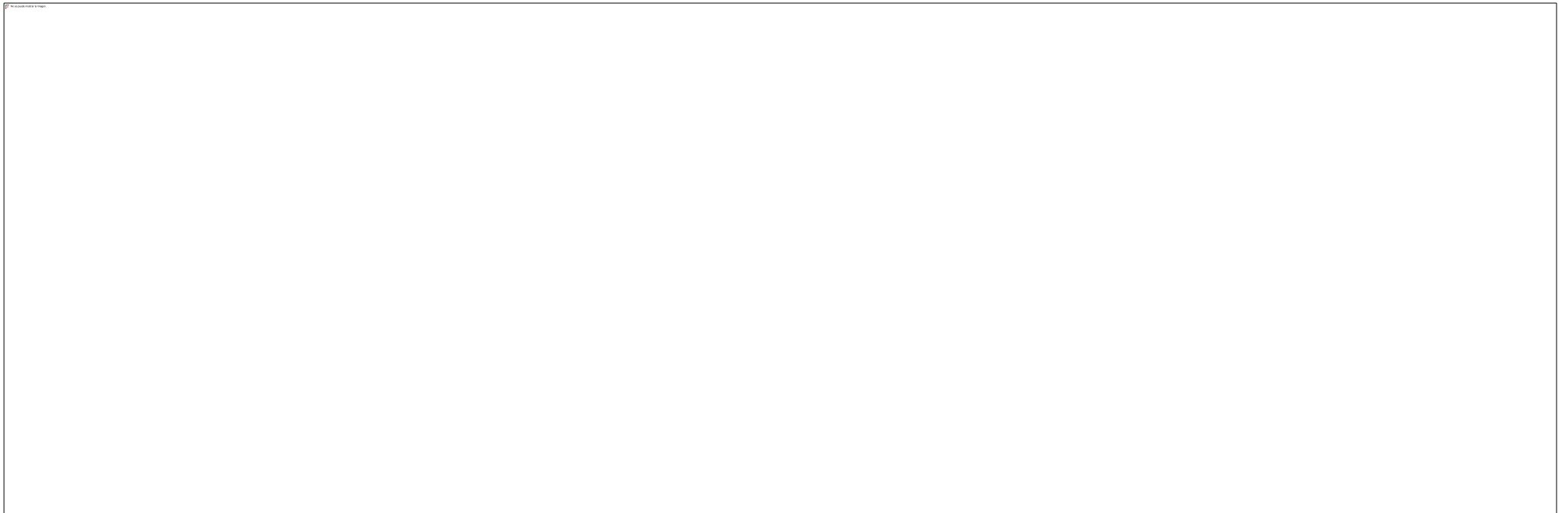
Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Tabla 29. Diagrama de Pareto Enfermedad Renal Crónica, Carrillo 2023.



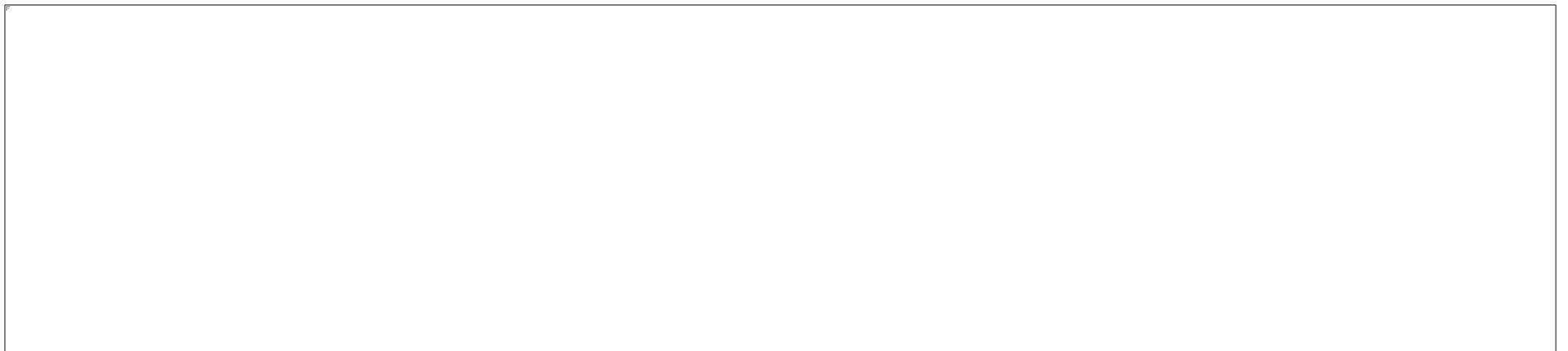
Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Tabla 30. Diagrama de Pareto Malformaciones congénitas, Carrillo 2023.



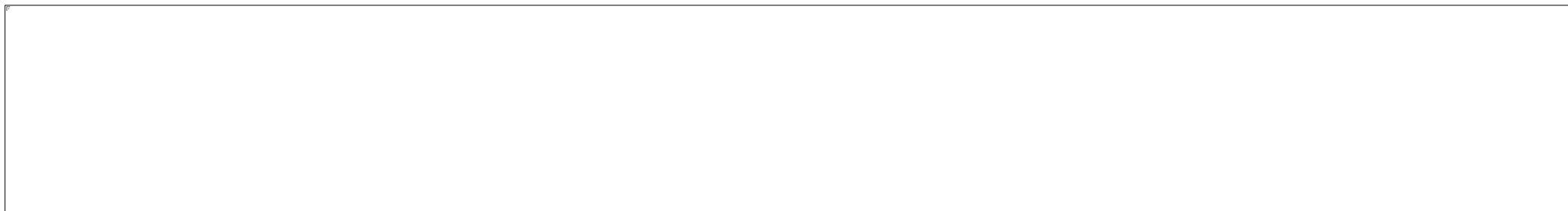
Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Tabla 31. Diagrama de Pareto Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, Carrillo 2023.



Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Tabla 32. Diagrama de Pareto Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, Carrillo 2023.



Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Tabla 33. Diagrama de Pareto Accidente de tránsito, Carrillo 2023.



Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Tabla 34. Diagrama de Pareto Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Carrillo 2023.



Fuente: Segundo taller de ASIS, 2023

Drogadicción y alcoholismo

En las últimas décadas, Costa Rica ha presentado un aumento en la prevalencia e incidencia del consumo de sustancias psicoactivas o drogas como generalmente se les conoce asociado a múltiples factores. Las sustancias psicoactivas (cocaína, marihuana, crack, tabaco, alcohol, entre otras) son diversos compuestos naturales o sintéticos, que afectan el sistema nervioso de la persona que las consume generando alteraciones en las funciones que regulan sus pensamientos, emociones y el comportamiento, impactando negativamente su diario vivir.

El uso repetido y prolongado de las drogas, asociado a otros factores, favorece la aparición de la dependencia, provocando trastornos crónicos, en donde se experimenta una necesidad intensa de consumirla, y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, provocando muchas consecuencias adversas y riesgos en el estado de salud, y en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, o laboral de las personas.

El consumo de drogas es un fenómeno multicausal, según diversas teorías, existen factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas que aumentan las probabilidades de iniciarlo tales como la falta de supervisión de los padres, la disponibilidad y el fácil acceso a la droga, la presión de grupos, los antecedentes familiares de consumo, los trastornos mentales descompensados, situaciones conflictivas en el ambiente familiar, los diferentes tipos de violencia, traumas en la historia de vida de la persona, entre otras situaciones laborales y sociales.

En Costa Rica existen diversas instituciones que brindan apoyo a las personas que consumen algún tipo de droga o alcohol como lo son:

1. En el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) tiene a cargo a nivel nacional, la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, al tabaco y a otras drogas lícitas o ilícitas.
2. El Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) fue creado mediante Ley 8204 (Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al

terrorismo), como el ente encargado de coordinar, diseñar e implementar las políticas, los planes y las estrategias para la prevención del consumo de drogas, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de los farmacodependientes, así como las políticas, los planes y las estrategias contra el tráfico ilícito de drogas y actividades conexas, la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo.

3. Caja Costarricense de Seguro Social Presta servicios mediante la implementación a nivel nacional de los equipos interdisciplinarios de atención en adicciones (EISAA) que están conformados por profesionales de la salud de las disciplinas Medicina, Enfermería en salud mental, Psicología y Trabajo Social, cuyos profesionales cuentan con conocimientos y destrezas en esta área para ofrecer una atención especializada, integrada, por medio de diferentes modalidades a las personas usuarias de todas las edades.
4. Colegio De Enfermeras De Costa Rica cuenta con el Comité de Adicciones, conformado por un equipo de profesionales de enfermería capacitados y con amplia experiencia laboral en el tema.

De acuerdo con datos estadísticos Según encuesta Actualidades 2017 que realiza la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica (UCR), el 78,1% de la población considera que es fácil o muy fácil conseguir marihuana, seguido de cocaína (52,5%) y crack (50,3%).

El estudio incluyó una muestra probabilística de 1.236 costarricenses de 18 años y más, quienes perciben que en el país 54,4% de las personas mayores de 15 años consume drogas ilícitas y 80,5% cree que ese porcentaje aumentará en los próximos dos años.

Los resultados son congruentes con datos del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) que registran un aumento en el porcentaje de personas que han probado alguna vez en la vida la marihuana, del 7,7% en 2010 al 17,7% en 2015, mientras que el consumo activo (porcentaje de personas que han consumido alguna cantidad de marihuana en el último mes) aumentó levemente del 2% al 3,2% en el mismo periodo. El estudio muestra que casi la mitad de la población (49,6%) ha

tenido una cercanía alta o muy alta con las drogas ilícitas y solamente 11,0% no ha tenido contacto con este fenómeno.

Un 84,1% ha visto alguna vez una persona consumiendo, 58,5% ha visto personas vendiendo algún tipo de droga, una cifra similar (56,2%) tiene amigos que consumen y 42,9% tiene actualmente familiares cercanos que lo hacen. Sumado a esto, se obtuvo que quienes alguna vez han tenido alguna droga en sus manos representan el 29,3% y quienes han consumido alguna vez son el 15,8%.

En la siguiente imagen se puede observar algunos factores de riesgo que influyen en el consumo de estas sustancias desde un ámbito holístico.

Figura 15. Abordaje socio-ecológico del consumo de drogas



De acuerdo con el análisis que se realizó con los expertos y actores sociales de la

comunidad se identificaron las siguientes causas raíz del problema de alcoholismo y drogadicción del cantón de Carrillo:

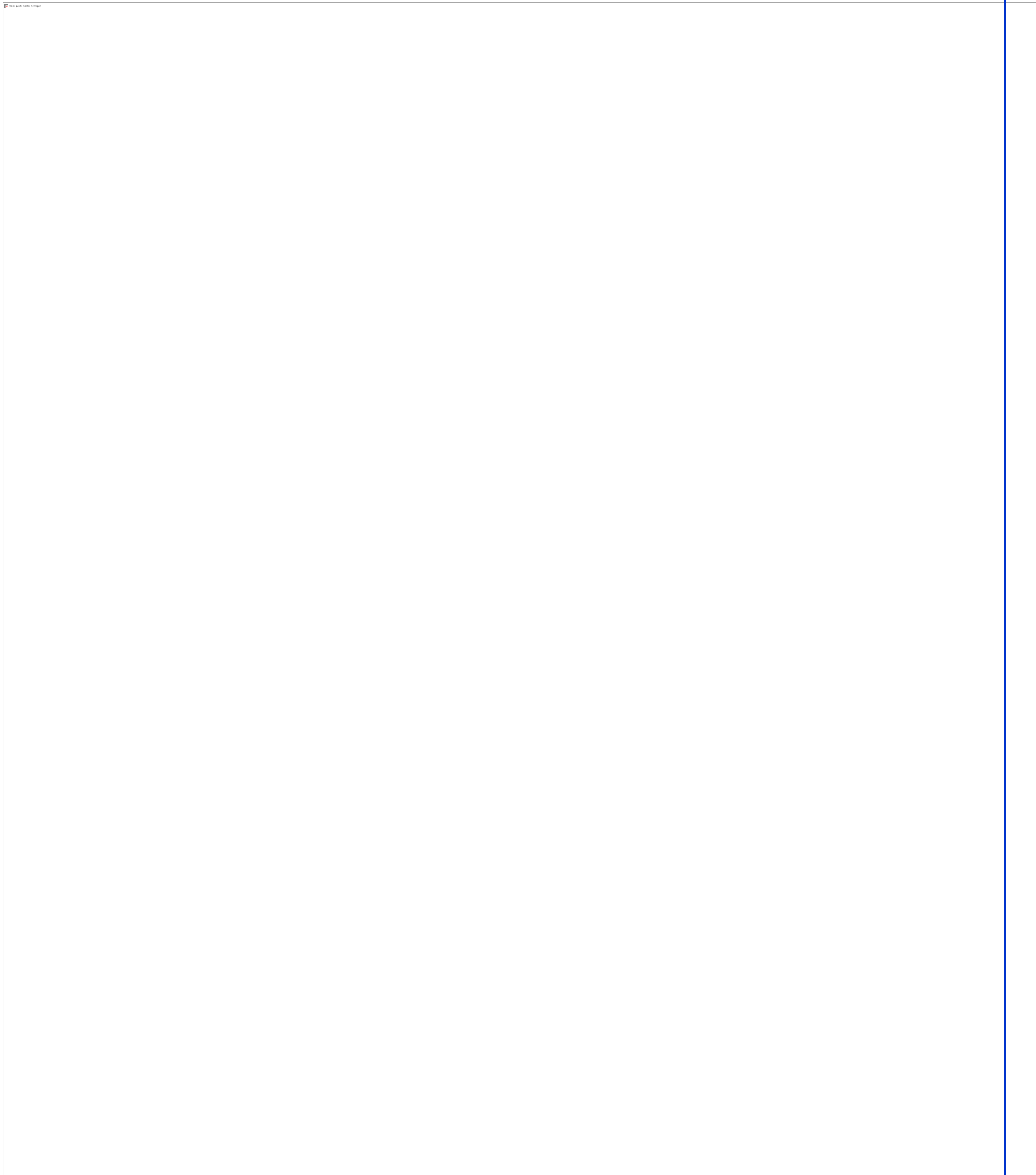
1. Comportamientos
 1. Baja habilidad para resistencia a presión social para el consumo
 2. Problemas emocionales
 3. Insuficiente supervisión de los padres.
2. Circunstancias materiales
 1. Inequidad social
 2. Fácil acceso a sustancias ilícitas
 3. Normalización de consumo de sustancias en redes sociales y medios de entretenimiento.
3. Factores Sociopolíticos
 1. Poca articulación interinstitucional
 2. Poco acceso gratuito en proyectos deportivos.
4. Factores socioeconómicos
 1. Falta de vivienda digna
 2. Desempleo
5. Servicios de Salud
 1. Lejanía de oficinas del IAFA para recibir asistencia
 2. Ausencia de grupos comunales de apoyo en todos distritos
6. Factores Biológicos
 1. Historia familiar de abuso de sustancias

Respecto a este problema se identificaron en la herramienta de Pareto las 5 causas raíz priorizadas con mayor puntaje:

1. Fácil acceso a sustancias ilícitas
2. Normalización de consumo de sustancias en redes sociales y medios de entretenimiento
3. Lejanía oficinas del IAFA
4. Poco acceso a proyectos deportivos gratuitos
5. Baja habilidad para resistencia a presión social para el consumo de drogas

Estas son las que tienen mayor impacto sobre el problema de salud, a partir de estos resultados se realizó el análisis del evento de salud en el tercer taller y la identificación de las líneas de acción identificando cuáles son las acciones específicas que podría desarrollar cada institución que participo. En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el problema priorizado por la comunidad de alcoholismo y drogadicción

Tabla 35. Líneas de acción para el abordaje de alcoholismo y drogadicción



Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

Acceso limitado a los servicios de atención primaria

El acceso limitado de los servicios de salud fue un problema detectado por la comunidad en los talleres para la realización del ASIS.

Según el estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) de servicios de salud en Costa Rica en el año 2017 indica que la población cubierta por el seguro social en Costa Rica en el 2014 al 95% pero es importante recalcar que incluso cuando carecen de seguro, toda la población tiene acceso a los servicios de salud de la CCSS en caso de emergencia.

Sin embargo, en todo el territorio nacional, el pobre acceso para la obtención de citas médicas en la atención primaria provoca congestión en las salas de emergencia de los hospitales debido a que en estos servicios no atiende por cita sino por prioridad del triage. Aunque el primer nivel de atención mejor conocidos por su acrónimo EBAIS brindan citas por la mañana hasta a las 4pm. Es conocido que los pacientes se levantan muy temprano para comenzar a hacer fila para una cita, o se quedan en el EBAIS esperando que alguien se ausente de su cita para tomar su lugar, a pesar de que hay otras opciones como conseguir las citas de forma virtual por motivos de existe brecha tecnológica ya sea por la edad avanzada, poca accesibilidad a servicios de internet gratuitos, o resistencia a los cambios tecnológicos. Tales dificultades hacen que muchos pacientes acudan directamente a los departamentos de emergencias de los hospitales para su atención primaria. Según el estudio del OECD determinó que, en el 2010, el 44% del total de la consulta pública se dio en los servicios de emergencia (43.5% en hospitales y 56.5% en Áreas de Salud), de los cuales el 60% resultaron no ser emergencias verdaderas. Por lo que refleja que más de la mitad al no ser emergencias pudieron haber sido valorados en atención primaria si existiera un mejor acceso a la atención primaria

En el 2021 la contraloría general de la república realizó un informe sobre de auditoria operativa sobre la eficiencia y eficacia de los servicios de salud brindados por los EBAIS determinó que existen limitaciones en el acceso a la consulta externa de la atención primaria y un porcentaje alto de la población ha pagado por medicinas y

servicios de salud privados. Adicionalmente, se determinó que dos de cada tres EBAIS conformados registraban una población adscrita mayor a 4000 habitantes, y lo ideal es que la cantidad de población adscrita sea menor de 4000 habitantes.

Con base en la Encuestas Nacionales de Percepción de los Servicios Públicos de la CGR18, en un censo realizado a 1069 médicos percibieron que presentaban:

1. 28,9% de los usuarios presentan dificultades de acceso relacionadas con la distancia
2. 21,8% con la oferta de servicios
3. 73,0% a citas
4. 12,6% a medicinas
5. 16,2% no visualizan dificultades de ningún tipo en su EBAIS

En la encuesta con respecto a acceso en EBAIS de servicios de apoyo de farmacia y laboratorio:

1. 10,9% refirieron tener dificultad para disponer de ambos servicios.
2. 30,9% indicaron disponer en sus EBAIS de al menos uno de estos
3. 58,2% tienen disponibilidad de ambos.

Asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Percepción de los Servicios Públicos aplicada por la Contraloría General de la República en el 2021, la mayoría de los encuestados manifiestan:

1. 57,6% es difícil obtener una cita para asistir al EBAIS
2. 69,4% no dan suficientes cupos por día
3. 67,3% de las personas entrevistadas señalaron haber incurrido en gastos adicionales para acceder a servicios privados de atención médica
4. 65,3% de los encuestados mencionaron haber incurrido en gastos adicionales para la compra de medicamentos que no se brindaban en el EBAIS, clínica u hospital

Actualmente el país cuenta con 1079 EBAIS y 106 Áreas de Salud que en conjunto conforman el primer nivel de atención de la CCSS. El Área de Salud de Carrillo tiene 9 EBAIS según CCSS para el 2do semestre 2021 el promedio de habitantes por EBAIS son 5206 por lo que no cumple con el estándar tradicional de menor de 4000 mil personas por EBAIS.

Con respecto a los determinantes de la salud en el comportamiento se detectó que debido a acceso limitado a los servicios de salud la población tiene la tendencia de consumir medicamentos sin prescripción médica esto puede deberse a una razón cultural debido a que las citas de EBAIS son limitadas prefieren soluciones naturales o consumir alimentos de venta libre.

En el componente de servicios de salud como causa raíz se determinó la limitación a la atención de las unidades de transporte prehospitalario para el transporte de casos de emergencia que requiera traslado al área de salud de Carrillo sin embargo a pesar de que hay unidades limitadas también el uso irracional de parte de los usuarios y las largas distancias que debe de movilizarse las unidades para la atención de pacientes son factores para tomar en cuenta.

El grupo de los expertos identificó y priorizó las siguientes causas raíz del acceso limitado a los servicios de salud:

- 1) Dificultad para obtener cita nueva
- 2) Desconocimiento de la existencia de tipos de aseguramiento según condición
- 3) Consumo de medicamentos sin prescripción médica
- 4) Falta de personal
- 5) Unidades de transporte prehospitalaria limitada

Las limitaciones para el acceso a los servicios de atención primaria son multicausales afectados tanto por factores internos y externos por lo que son problemas de alta complejidad y las limitaciones sentidas por la comunidad de Carrillo van acorde con los datos de la realidad nacional.

En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el problema priorizado por la comunidad del acceso limitado a los servicios de atención primaria:

Tabla 36. Líneas de acción para el abordaje de acceso limitado a los servicios de atención primaria

--

Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

Malformaciones congénitas

Se calcula que en todo el mundo mueren anualmente 240 000 recién nacidos en sus primeros 28 días de vida por trastornos congénitos. Según el reporte anual del 2022 de la unidad de vigilancia especializada en defectos congénitos en los últimos 6 años en la provincia de Guanacaste la tendencia de presentar deformidades congénitas se ha mantenido por arriba del nivel nacional. Y esta fue la primera causa de muerte en el grupo etario de menores de 1 año.

En Costa Rica el Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC) es el encargado de la vigilancia epidemiológica de las anomalías congénitas que son de declaración obligatoria.

Las malformaciones congénitas son causas importantes de mortalidad infantil, tiene como secuela que enfermedad crónica y discapacidad alrededor del mundo. La definición caso sospechoso de defecto congénito es todo recién nacido, vivo o muerto, de más de 500 gramos de peso, nacido en Costa Rica, de parto intra o extrahospitalario, de madre residente o no residente el en país, en quien se detecte o sospeche (por algún hallazgo al examen físico, de laboratorio o de imágenes), cualquier defecto congénito que se manifiesta al nacimiento y hasta el primer año de vida.

Las malformaciones congénitas pueden ser de origen multifactorial como genético, infeccioso, ambiental, o una combinación de estos factores. En la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa.

Las malformaciones congénitas son multicausales y pueden deberse a estar expuesto a infecciones de la madre de sífilis, rubéola, zika como algunos ejemplos, la

exposición a radiación, enfermedades crónicas de la madre como la diabetes, las edades extremas tanto el embarazo adolescente como la edad materna avanzada presentan mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas. los más frecuentes la edad materna avanzada y la consanguinidad. Un bajo nivel de ingresos puede ser determinante indirecto de trastornos congénito por lo que el mayor riesgo se relaciona con una posible falta de acceso a alimentos nutritivos en cantidad suficiente por parte de las embarazadas como carencia de yodo o ácido fólico, una mayor exposición a agentes o factores como infecciones, consumo de sustancias teratogénicas o un peor acceso a atención de salud

Mujeres que padecen de enfermedades crónicas que están en edad reproductiva y desean tener hijos es importante la educación acerca de si consumen medicamentos con potencial teratogénico tengan una planificación familiar y en el momento que deseen quedar embarazadas se realice el cambio de medicamento a uno que sea seguro en el embarazo previa a la concepción, como por ejemplo usan las mujeres epilépticas que consumen anticonvulsivantes como la difenilhidantoína, ácido valproico y trimetadiona, los cuales producen un amplio espectro de anomalías conocidas como los síndromes de la trimetadiona y la hidantoína fetal que presentan hendiduras faciales. El ácido valproico puede causar anomalías mayores, como defectos del cierre del tubo neural, anomalías cardíacas, craneoencefálicas, de los huesos y rasgos dismórficos.

Las drogas antipsicóticas y ansiolíticas como fenotiazina, litio, clordiazepóxido y diazepam han demostrado un incremento del labio leporino de hasta 4 veces, con fisura de paladar o sin esta.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina que es utilizada principalmente como tratamiento para la hipertensión esencial producen retardo del crecimiento, disfunción renal, muerte fetal. Otras drogas que se deben usar con prudencia son la estreptomina que puede generar sordera, la imipramina genera deformaciones de los miembros y las tetraciclinas generan anomalías de los huesos y los dientes.

El grupo de los expertos identificó y priorizó las siguientes causas raíz del acceso limitado a las malformaciones congénica

1. Enfermedades infectocontagiosas
2. Consumo de sustancias lícitas sin indicación médica
3. Poco enfoque en promoción de prevención de malformaciones congénita
4. Embarazo adolescente
5. Desnutrición materna durante la gesta

No obstante, es posible prevenir algunos AC mediante políticas de salud, por ejemplo, la vacunación, la fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales como el ácido fólico y la implementación de un adecuado programa de control prenatal, así como con campañas de información a las futuras madres de familia sobre estilos de vida saludables antes y durante el embarazo.

En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el evento de salud por mortalidad en grupo etario de menores de 1 año que son las malformaciones congénitas:

Tabla 37. Líneas de acción para el abordaje de malformaciones congénitas

--

Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer
El nacimiento de pretérmino es un grave problema de salud pública que involucra varios componentes de alto impacto y desde el punto de vista sanitario es un indicador cada vez más valorado. Ya que expone al recién nacido a las morbimortalidades de esta enfermedad y sus consecuencias pueden afectar hasta su vida adulta además de la madre, la familia y todo su entorno.

A nivel mundial, la prematuridad es la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años debido a sus complicaciones. La OMS estima que en 2020

nacieron 13,4 millones de niños prematuros y la tasa de nacimientos prematuros se estima en alrededor del 11% (5% en zonas de Europa, 18% en zonas de África). La muerte debido a la prematuridad se da principalmente en localidades de ingreso económico bajo, los niños mueren debido a la falta de medidas de atención viables como el apoyo a la lactancia materna y la atención básica para tratar infecciones y dificultades respiratorias. En los países de ingreso alto, casi todos esos niños sobreviven. En el cantón de Carrillo esta fue la principal causa de muerte en el grupo etario de 1 a 9 años.

Los nacimientos prematuros obedecen a distintas razones. La mayoría de ellos ocurren espontáneamente, pero algunos se deben a razones médicas, como infecciones, estrés, consumo de sustancia ilícitas y lícitas como alcohol y tabaco, estado nutricional de la madre y otras complicaciones del embarazo que requieren la inducción temprana del parto.

La edad está vinculada al riesgo de prematuridad por lo que en ambos extremos de la vida reproductiva existe un aumento del riesgo. Por lo que el embarazo en adolescentes es considerado factor de riesgo para un parto pretérmino. La mayoría de la evidencia muestra que el bajo peso al nacer y el parto antes de las 37 semanas, son las posibilidades más frecuentes en la madre adolescente probablemente debido a factores socioeconómico además que no hay una madurez fisiológica para la concepción. En el otro extremo, las enfermedades crónicas preexistentes puede ser una explicación para este aumento de la incidencia.

El riesgo de parto prematuro se asoció con el grado de desnutrición materna, ya que la desnutrición durante el momento de la concepción puede producir una maduración acelerada del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal fetal, consecuentemente un aumento precoz del cortisol fetal y parto de pretérmino sin embargo esta asociación podría mitigarse mediante un aumento de peso adecuado durante la gestación.

Existen claras evidencias de la vinculación entre los estados de infección y la prematuridad, probablemente mediada por prostaglandinas. Las patologías

infecciosas en la madre influyen en la incidencia del parto prematuro, algunos ejemplos son infección del tracto urinario, sífilis, infección por VIH, corioamnionitis, colonización materna por *streptococcus* del grupo B, entre otros

Con respecto al tabaquismo contribuye con un aumento de la morbimortalidad materno perinatal ya que el fumar puede causar complicaciones para el feto ya que la exposición a toxinas del tabaco genera que el flujo sanguíneo umbilical sea deficiente, aumente el estrés oxidativo creando cambios en la expresión génica. Por si solo el tabaquismo se asocia a parto pretérmino prematuro sin embargo es factor de riesgo para otras complicaciones obstétricas como desprendimiento de la placenta, placenta previa, rotura prematura de membranas y restricción del crecimiento intrauterino

Con respecto a la salud mental el estrés y la depresión son factores de riesgo para el parto de pretérmino, de ahí que es fundamental la identificación de mujeres en riesgo de depresión durante el embarazo ya que hay estudios que evidencian que establecer redes de apoyo dirigidos a la madre mejorarían la calidad de vida materna además de disminuir la probabilidad de un parto pretérmino durante el embarazo puede reducir los síntomas depresivos experimentados por ella.

El grupo de los expertos identificó y priorizó las siguientes causas raíz del acceso limitado a los servicios de salud:

- 1) Enfermedades infectocontagiosas
- 2) Consumo sustancias licitas sin supervisión médica
- 3) Detectar casos que no tengan control prenatal adecuado
- 4) Embarazo adolescente

En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el evento de salud por mortalidad en grupo etario de 1 a 9 años que son los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer:

Tabla 38. Líneas de acción para el abordaje de los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer:

Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

Lesión autoinfligida intencionalmente

El suicidio es un problema actual de salud pública. Los intentos de suicidio, así como los casos concretos, se han dado a través de los años. Según la Dirección de

Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud, existe un promedio de 318 casos de suicidio consumados por año en Costa Rica, además, se muestra un ascenso en los casos del intento suicida, mayormente en mujeres.

Esta misma dirección menciona que una de las poblaciones de mayor riesgo suicida a nivel mundial es la que se encuentra entre las edades de 15 a 29 años, sin dejar de lado que la población infantil también está expuesta a este fenómeno. Aunado a lo anterior, se evidencia un aumento de estudiantes que muestran lesiones autoinfligidas en diversas partes de su cuerpo, siendo este “un comportamiento al que recurre entre un 2% y un 4% de la población” (Mosquera, D. 2009).

Conceptualización del suicidio: El suicidio es toda acción que realiza un individuo con la finalidad de quitarse la vida. Se debe tener claridad que una persona con ideación suicida no siempre tiene como fin la muerte, sino que manifiesta el deseo real de eliminar el dolor psicológico y/o emocional que se ha vuelto insoportable; por ello, lo que requiere es salir de la experiencia de dolor, pero, a veces, al no contar con recursos externos e internos, puede terminar acabando con su vida.

Es por ello, por lo que se puede decir que el acto suicida no es un evento aislado, sino más bien es el producto de la interacción de varios factores tanto individuales, familiares como sociales, incluso se puede hablar de factores políticos, que influyen de una u otra manera en la ideación suicida.

Shneidman (1961), citado por Fundarevi (2010, p.7), señala que para darse realmente un acto suicida deben existir al menos tres aspectos importantes: la intención, la voluntad y la conciencia, es decir, el pleno conocimiento y lucidez de lo que se está haciendo.

Figura 16. Triada conducta suicida.



Etapas del proceso suicida: bien el resultado final de un Medida (2008, p.54), para

acto aislado u ocurrente, sino más plan, Chávez, Cortés, Hermosillo y in continuo que consta de cinco

etapas: ideación, amenaza suicida, gesto suicida, tentativa o intento suicida y el suicidio como tal.

- Fantasía o ideación suicida: Se refiere a cualquier tipo de pensamiento o fantasías relacionadas con el hecho de suicidarse, por ejemplo, sentimientos intensos de tristeza y pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- Amenaza suicida: Cualquier manifestación verbal o no verbal de naturaleza autodestructiva, expresada mediante algún escrito o frases reiteradas sobre el suicidio y la muerte.
- Gesto suicida: Constituye cualquier lesión física autoinfligida. Es un anticipo del acto suicida.
- Tentativa o intento suicida: Es el resultado no fatal de una acción contra sí mismo, en la que existe toda la intención y voluntad de causarse la muerte. La persona no alcanza su cometido y puede quedar con serias lesiones físicas y emocionales.
- Suicidio consumado: Es la muerte intencional, voluntaria y consciente causada por sí mismo.

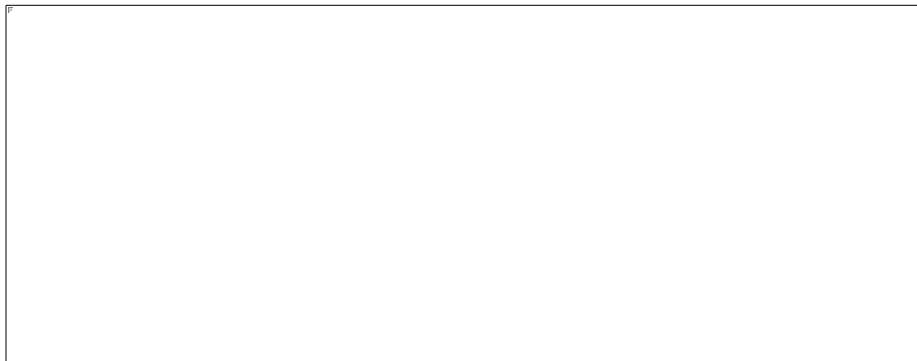
La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) hace énfasis en que tanto los individuos como las instituciones promuevan, a través de la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y de esa manera aseguren, gracias a medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universal y efectiva. Desde este marco legal, hacemos referencia al artículo 3 que afirma que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

La Constitución Política de Costa Rica (1949) es un recurso fundamental en esta temática, al indicar en su artículo 11 “que los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad. Están obligados a cumplir los deberes que la ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas en ella”, por lo que se deben realizar los procesos respectivos en relación con la protección de la población en riesgo, tomando en cuenta el artículo 21 el cual señala que “la vida es inviolable”.

El Pacto de San José de Costa Rica (1978) determina, en el artículo 11, la protección de la honra y de la dignidad, aludiendo a que toda persona tiene derecho a que se le respeten ambos aspectos. En este sentido, los procesos que se exponen en el presente documento deben desarrollarse de forma profesional evitando exponer situaciones de la vida personal de estudiantes en espacios que no tengan un fin protector.

La Convención de los Derechos del Niño (1989) reconoce que los niños y las niñas son seres humanos menores de 18 años con derechos para su desarrollo físico, mental y social; a la vez, establece la necesidad de generar un entorno protector que les defienda.

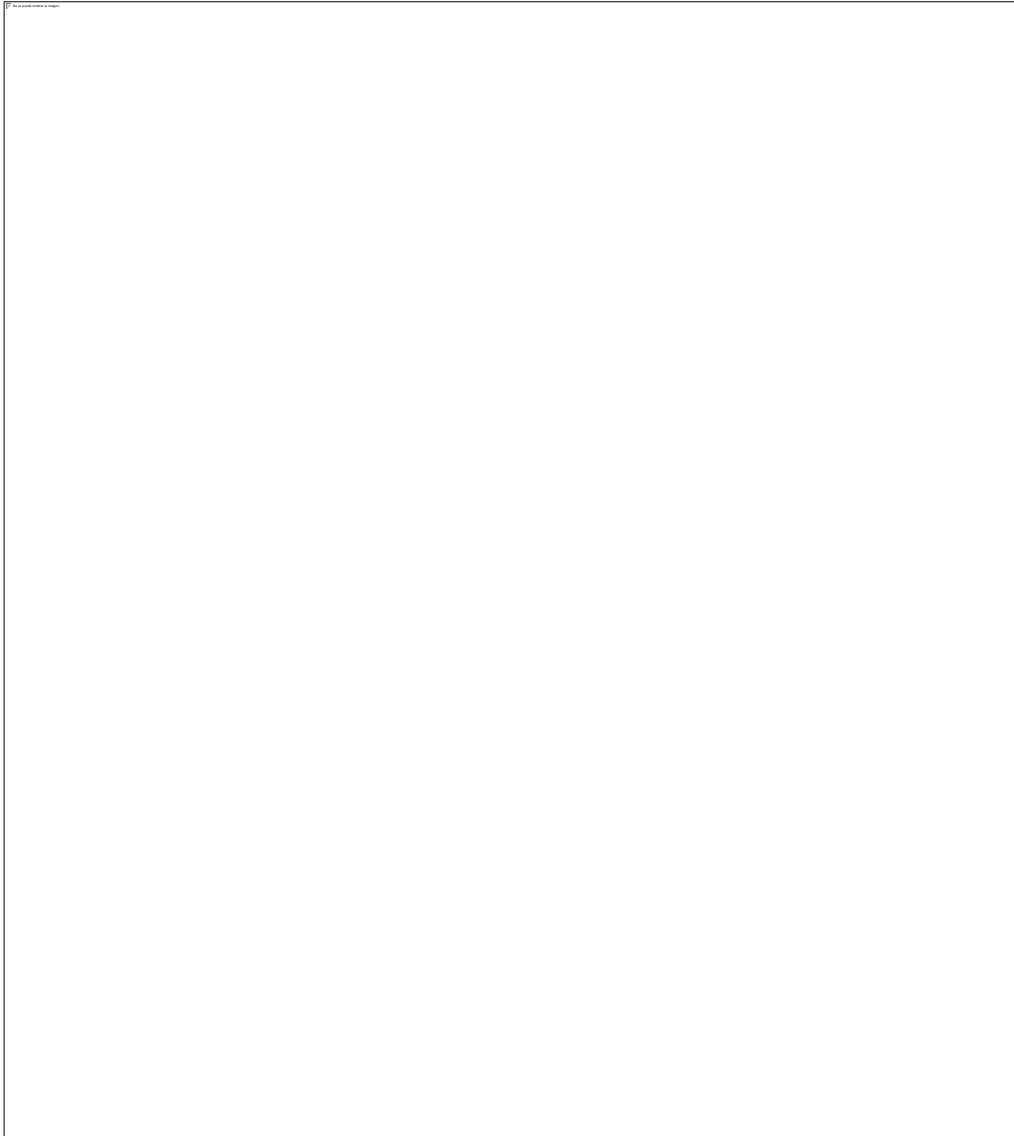
Figura 17. Causa de muerte en personas de 15 a 29 años.



Fuente:

Organización Panamericana de la Salud

Figura 18. Factores de riesgo clave para el suicidio alineados con intervenciones relevantes.



Consideraciones ante el comportamiento suicida: Hablar del suicidio no induce a cumplir los propósitos suicidas, al contrario, la persona en crisis que piensa en esto se siente aliviado de poder hablar y de la oportunidad de experimentar un contacto empático.

El acto suicida es complejo, no solo por las implicaciones psicosociales que el evento suicida genera, sino porque éste está ligado a un contexto mucho más amplio que la psicología de la persona suicida.

El suicidio aflige profundamente a los individuos, a las familias, a los espacios laborales, a las comunidades y a la sociedad en su conjunto.

Debido a que las personas están inmersas en un aparataje social contextual, es fundamental que la prevención del suicidio tenga enfoques comunitarios que reconozcan los factores de riesgo y los factores protectores presentes en una localidad en particular.

Esta tendencia muestra cómo, a pesar de los esfuerzos realizados alrededor del tema del suicidio como un fenómeno de incidencia directa en los índices de bienestar y de salud pública, es cierto que aún el Estado debe hacer esfuerzos por el tratamiento preventivo del fenómeno.

A pesar de los esfuerzos por impulsar acciones encaminadas a llenar los vacíos en los

Servicios de Salud y la atención y contención a nivel educativo, se adolece de enfoques

integrales y articulados de cogestión de iniciativas preventivas a nivel local.

Cualquier persona sobreviviente de suicidio experimenta un largo proceso de duelo y trauma y se incorpora a la población con riesgo de cometer suicidio, por lo tanto, las estrategias de prevención deben incorporar a la colectividad, las comunidades y los centros de trabajo.

Es importante brindar información clara y precisa sobre el suicidio, no solo a la población en general, sino a todas aquellas personas que pueden estar en contacto en algún momento con actos suicidas, en este caso, no se debe olvidar a los profesionales en salud y atención en crisis ya que éstos pueden ser la primera línea de contención ante un posible intento suicida.

Es fundamental fortalecer los mecanismos de la Normativa anexa al decreto N°40881-S y del decreto N°41287-S, tanto a nivel técnico como presupuestario, fundamentales para la sana incidencia de estas iniciativas locales y regionales.

Las instancias locales debemos tener en el horizonte programático el trabajo al menos en las siguientes áreas:

Individual: no hay duda de que éste es el eslabón visible de una cadena muy extensa de variables que inducen al acto suicida, trabajar desde la intersectorialidad a nivel de las personas y de forma terapéutica sobre:

- ❖ los intentos previos;
- ❖ abuso de sustancias ilícitas;
- ❖ tolerancia a la frustración;
- ❖ enfermedades mentales, entre otras, puede prevenir oportunamente la culminación del acto suicida.

Familiar: un paso hacia afuera, el entorno familiar debe trabajarse, tanto en el nivel preventivo como asistencial, son los sobrevivientes más cercanos, pero también el entorno inmediato donde se pueden encontrar potenciadores del suicidio:

- ❖ escaso apoyo familiar;
- ❖ conflictos entre padres e hijos;
- ❖ conflictos con la autoridad;
- ❖ desestructuración familiar;
- ❖ expectativas educativas contrarias entre padres e hijos,
- ❖ pautas de crianza inadecuadas, entre otras.

Socio-cultural: a nivel local, las instancias creadas para la atención del suicidio deben enfocar sus esfuerzos en identificar elementos como:

- ❖ el escaso soporte social;
- ❖ pobreza;
- ❖ altos índices de desigualdad social;

- ❖ concepción ambivalente del suicidio;
- ❖ conflictos con amigos;
- ❖ ideas inmediatistas sobre el futuro;
- ❖ introversión y pasividad;
- ❖ alta aceptación social del consumo de sustancias ilícitas;
- ❖ violencia sexual;

Política: el Estado debe atender el suicidio como problema de salud pública y destinar los recursos necesarios para:

- ❖ el control de métodos autolesivos;
- ❖ ausencia en el primero nivel de atención de profesionales para la atención de la salud mental de profesionales en psicología;
- ❖ insatisfacción de necesidades básicas;
- ❖ problemas laborales relacionados con políticas para atacar el desempleo;
- ❖ bajos salarios;
- ❖ inatención médica en caso de intentos de suicidio;
- ❖ escasas de oportunidades educativas y de trabajo,
- ❖ fortalecimiento de los espacios destinados a la atención y prevención del suicidio.

Estos elementos pueden incidir en la intensificación de las ideas y los actos suicidas en el Cantón de Carrillo.

Por lo que se hace imperioso el Seguimiento y monitoreo es un reto, es una meta en el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública y es congruente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos son mecanismos de control y seguimiento

y funcionan como ventana pública que genera en sí mismos procesos formativos no formales sobre el tema de suicidios. Incorporar estos procesos evaluativos en las estrategias de Política Pública es vital para el éxito de las acciones conexas

En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el evento de salud por mortalidad en grupo etario de 10 a 19 años que son las lesiones autoinfligidas intencionalmente:

Tabla 39. Líneas de acción para el abordaje las lesiones autoinfligidas

--

intencionalmente

Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

Accidentes de Tránsito

Los accidentes de tránsito han sido clasificados como una epidemia ya que ocasionan por año la muerte a más de 1.2 millones de personas y entre 20-50 millones quedan heridos o con lesiones permanentes alrededor del mundo. Más del 85% de estas muertes y lesiones ocurren en países de bajos y medianos ingresos. El impacto social mantiene en alerta a gran cantidad de organizaciones interesadas en el tema y es por esto por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó el 7 de abril del 2022 (Día Mundial de la Salud) a la seguridad vial y dio a conocer el Informe Mundial para la Prevención de Lesiones por Accidentes de Tránsito preparado por la OMS y el Banco Mundial, declarando a los accidentes como un problema de salud pública. Para el cantón de carrillo fue la principal causa de muerte para el grupo etario de 20 a 64 años.

Las víctimas más comunes son las personas en edad laboral (asalariados), quienes dejan a las familias sin los recursos económicos necesarios para la subsistencia o convirtiéndose en una carga para las naciones en desarrollo por los enormes costos económicos, ya que es en estos países donde los percances ocurren con mayor frecuencia debido a la diversidad de elementos que componen el tránsito, la mala construcción de carreteras y la variedad de comportamientos de las personas en sus diferentes roles: peatón, conductor y pasajero. En América Latina el promedio per cápita de la tasa de fatalidad es de 26.1 muertes por cada 100,000 habitantes (la más alta en el mundo); y las proyecciones indican que para el año 2020 esta tasa de mortalidad en la región se mantendrá siempre como la más alta. Costa Rica no está exenta de sufrir las consecuencias del flagelo social que constituyen los accidentes de tránsito. Como las principales causas por las que ocurren se deben mencionar el factor humano y al hablar de éste se conjuga el comportamiento de los peatones, conductores y pasajeros, el factor entorno y la vía, y el factor vehículo.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial en el año 2004, este tipo de muertes son comparables a la crisis global producto del VIH o el SIDA. Por esta razón, el 7 de abril de ese año, el Día Mundial

de la Salud, fue dedicado a la seguridad vial y asimismo se declaró que los accidentes de tránsito son un problema de salud pública. El informe asegura que unas 3.000 personas mueren cada día por accidentes de tránsito. La mayoría de ellas entre los 15 y los 44 años. Además, se estima que cada año en el mundo mueren 1,2 millones entre niños, mujeres y hombres por esta misma causa. Las cifras que manejan ambas instituciones indican que otros 50 millones de personas resultan heridas o discapacitadas por tales accidentes cada año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el 25% de todas las muertes son resultado de las lesiones causadas por accidentes de tránsito. Las principales causas de estas muertes incluyen: conducir bajo la influencia del alcohol, manejar a alta velocidad y no usar el cinturón de seguridad. Indica el informe: "Si no se actúa ahora mismo para mejorar la seguridad vial, se calcula que el número de defunciones causadas por el tránsito aumentará en un 65% en los países de ingresos bajos y medios de aquí al año 2020", por lo que si no se emprenden las acciones pertinentes las lesiones causadas por el tránsito pasarían del noveno lugar a ser el tercer responsable de la carga mundial de morbilidad y lesiones" Los sobrevivientes de un choque y sus familias deben hacer frente a las dolorosas y a menudo prolongadas consecuencias de una lesión, una discapacidad y la rehabilitación. El sufrimiento humano causado por las colisiones en las vías de tránsito es enorme: por cada víctima de accidente hay familiares, amigos y comunidades que deben afrontar las consecuencias físicas, psicológicas y económicas de la muerte, los traumatismos o la discapacidad de un ser querido. Por esto, funcionarios de la OMS están instando a los países de bajos recursos a reforzar los programas de educación vial y prevención de accidentes con el fin de disminuir el número de muertes al año. "En los países de ingresos bajos y medios, el costo que implican los traumatismos causados por el tránsito se estima en US \$65.000 millones, lo que representa para estos países un costo del 1% al 2% de su producto interno bruto (PIB) ya que excede el volumen total que reciben en concepto de asistencia para el desarrollo". Según el doctor Lee Jong-Wook, director general de la OMS, la seguridad vial no es accidental. "Tenemos los conocimientos necesarios para actuar ya. Es una cuestión de voluntad política", asegura.

Las eventuales causas que influyen en los accidentes de tránsito según el CONAVI, el sistema de tránsito se compone de tres factores fundamentales: el factor humano, el factor entorno y la vía, y el factor vehículo. Para que ocurra un percance debe fallar uno de estos factores o conjugarse con los otros. Con la finalidad de tener una idea más detallada.

Analicemos a continuación el factor humano, como uno de los principales responsables de la ocurrencia de accidentes de tránsito se ha señalado siempre al ser humano, por su comportamiento en las carreteras. No está por demás saber el motivo de tal aseveración, aunque como se dijo anteriormente no necesariamente es el único causante. Los hechos que se le achacan al conductor son mayormente la ingesta de alcohol, el exceso de velocidad, la conducción temeraria, el irrespeto a las leyes y señalamientos, y los problemas mentales o emocionales (el exhibicionismo, la temeridad, la negligencia, la cólera, las distracciones, la vanidad, la susceptibilidad y la agresividad). Tampoco se debe olvidar que el comportamiento de los peatones influye mucho para que sucedan los percances y muertes por atropello o colisión al esquivar a éstos.

Problemas mentales o emocionales

1. El exhibicionismo

El conductor exhibicionista trata de demostrar habilidades poco corrientes con las cuales quiere llamar la atención de otras personas (conducir con una mano, manejar a altas velocidades, hacer ruido con bocinas o pitos, quitar el silenciador, etc.). Es conveniente no imitar a estos conductores ya que las carreteras se tornan menos peligrosas para los buenos conductores.

2. La temeridad

Un conductor temerario es audaz, atrevido y se arriesga imprudente e irresponsablemente. Esta característica se encuentra con mucha frecuencia en el comportamiento de los jóvenes. Tanto en jóvenes como en adultos esta actitud se acentúa más por efecto del licor. Lo más recomendable es conducir con calma: "es mejor perder un minuto en la vida, que la vida en un minuto"

3. negligencia

Se da en los conductores descuidados, perezosos, que no revisan sus vehículos, no se concentran en la conducción, y manejan imprudentemente olvidándose de que la Ley de tránsito establece la prohibición de conducir un vehículo descuidadamente, con desprecio de los derechos y seguridad de los demás, sin la debida prudencia, o de tal manera que se ponga en peligro la seguridad del mismo vehículo, de otros, o de las personas o bienes.

4. La cólera

Un conductor con cólera sufre una alteración en su conducta normal, se vuelve agresivo y peligroso, y se transforma en una amenaza de muerte porque cuando lleva prisa y se topa con un congestionamiento vial o con espacios reducidos y difíciles de pasar hace hasta lo imposible por continuar sin importarle el peligro a que se expone él y los demás usuarios de la vía. La reacción es de irrespetar las disposiciones de la ley y los reglamentos, así como la vida y el derecho ajeno. La cólera puede tener muchos orígenes, pero sin importar de dónde provengan, siempre causará problemas en la carretera.

5. Las distracciones

Se dan cuando en la mente del individuo surge un pensamiento, una idea o alguna cosa que debe hacer y que lo aparta de la concentración del objeto al que realmente debía aplicarse. Es bien sabido, y probado está, que un conductor puede llevar su vista fija en la vía, y sus acompañantes tienen la sensación de que está muy atento a todo lo que está sucediendo, pero en realidad su mente está muy apartada de la carretera. Cuántas veces un simple pensamiento lo distrae de la calle por fracciones de segundo y es en este preciso instante en que podría haberle ocurrido o ser causante de un accidente.

El grupo expertos consultado identificó y priorizo las siguientes causas raíz de los accidentes de tránsito los cuales son:

- 1) Falta de autoridades reguladoras de tránsito

2)Conducción bajo los efectos del alcohol

3)Desconocimiento de la Ley de tránsito

4)Falta de demarcación en las carreteras

5)Falta de dispositivos de señalamiento luminoso y sonoro.

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

1. Solicitar al MOPT basada en datos para establecer la necesidad de la presencia de un oficial de tránsito presente en el cantón.
2. Campaña informativa a nivel empresarial y en establecimientos que exista la venta de licores. En redes sociales y en página web.
3. Cuando se solicita permisos para eventos masivos indicar que se solicita publicitar no consumir alcohol y manejar las personas que narran toros
4. Enseñar videos educativos con charlas de personas sobrevivientes de accidentes de tránsito y oficial de tránsito
5. Semana de seguridad vial una al año en escuelas y colegios con presencia de los padres de familia.
6. campaña con testimonios de personas con secuelas de personas para promocionar la concientización con clips
7. Solicitar al MEP directriz realizar 3 veces al año reforzar concientización de leyes de tránsito en todas las escuelas
8. Solicitud a CONAVI y unidad técnica de gestión vial de acuerdo con su competencia mejorar la delimitación y los dispositivos y verificar sitios donde están requeridos los señalamientos
9. Solicitar señalamiento de reductores de velocidad, zona escolar vertical y horizontal

En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el evento de salud por mortalidad en grupo etario de 20 a 64 años que son los accidentes de tránsito:

Tabla 40. Líneas de acción para el abordaje de los accidentes de tránsito

Problema de Salud		Accidente de tránsito			
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de Acción	Actor responsable	Actor colaborador
Sociopolítico	1.3 Escasos oficiales reguladores de tránsito	Mayor cantidad de oficiales de tránsito en carretera	1. Solicitar al MOPT basada en datos para establecer la necesidad de la presencia del un oficial de tránsito presente en el cantón.	Concejo Municipal	Ministerio Salud realiza solicitud al Concejo Municipal. INS CCSS
Comportamiento	4.1 Conducción bajo los efectos del alcohol	Disminuir la conducción bajo efectos del alcohol	1. Campaña informativa a nivel empresarial y en establecimientos que exista la venta de licores. En redes sociales y en pagina web.	Municipalidad	Asociaciones de desarrollo
			2. Cuando se solicita permisos para eventos masivos indicar que se solicita publicitar no consumir alcohol y manejar las personas que narran toros	Fuerza pública	Ministerio Salud
Comportamiento	4.2 Desconocimiento de la Ley de tránsito	Concientización acerca de las leyes de tránsito	1. Enseñar videos educativos con charlas de personas sobrevivientes de accidentes de tránsito y oficial de tránsito	MEP	Municipalidad con redes sociales
			2. Semana de seguridad vial una al año en escuelas y colegios con presencia de los padres de familia.	Tránsito	
			3. Campaña con testimonios de personas con secuelas de personas para promocionar la concientización con clips	Municipalidad	Medios informativos comunales
			4. Solicitar al MEP directriz realizar 3 veces al año reforzar concientización de leyes de tránsito en todas las escuelas.	INS	Comites comunales de emergencia
Socioeconómico	2.2 Falta de demarcación en las carreteras	Mejor delimitación de carreteras	1. Solicitud a CONAVI y unidad tecnica de gestión vial de acuerdo a su competencia mejorar la delimitación y los dispositivos y verificar sitios donde están requeridos los señalamientos	Unidad tecnica de gestion vial de municipalidad	
Socioeconómico	2.3 Falta de dispositivos de señalamiento luminoso	Colocar los dispositivos de señalamiento en donde se requiera	1. Solicitar señalamiento de reductores de velocidad, zona escolar vertical y horizontal	Municipalidad	

Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva

Según la OMS “La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la tercera causa de muerte en el mundo, y en 2019 ocasionó 3,23 millones de defunciones. Casi el 90% de las muertes por EPOC en menores de 70 años se producen en países de ingreso mediano y bajo. La EPOC es la séptima causa de mala salud en todo el mundo”. En Costa Rica hay 367 muertes por cada 100 mil habitantes mayores de 70 años para el 2019.

En Costa Rica se implementó la Ley General para el Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud en el año 2012 para declarar espacios 100% libre de tabaco se espera poder disminuir la exposición pasiva en sitios públicos y con esto lograr una disminución de la incidencia de enfermedades pulmonares obstructiva. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la principal causa de muerte en el cantón para el grupo etario mayor de 65 años.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es de evolución progresiva la cual tiene múltiples factores de riesgo asociados exposición al tabaco por fumar o por exposición pasiva al humo ajeno además de la exposición ocupacional a polvos, humos o sustancias químicas sumado a esto también contaminación del aire en interiores que en los países de ingreso mediano y bajo presentan niveles elevados de exposición al humo que se observa en sitios rurales como Carrillo que persiste la cultura de cocinar con leña debido a que es de menor costo comparado con la utilización de gas LP o electricidad.

Según en esquema de diagrama causa-efecto en la enfermedad pulmonar crónica obstructiva dentro el determinante de comportamiento las situaciones de estrés y violencia propician el consumo de consumo de tabaco ya que las personas que fuman tienen mayores niveles de estrés que personas no fumadoras, pero no solo el consumo de tabaco sino también por contaminantes externos como el hábito de cocinar con leña que además de tener un componente cultural por el gusto que le dé

a los alimentos sino que también debido al ingreso económico lo prefieren al ser menos costoso.

En las circunstancias materiales debido a que el trabajo en zafra es una importante fuente de trabajo en el cantón es común que dentro del proceso de cosecha que la caña se quema para poder ser cosechada lo cual genera contaminación ambiental y tanto para los trabajadores como la población que vive en la cercanía de donde se siembra la caña están expuestos año tras año que esta zafra se da en la época de los vientos, por lo que las partículas y gases se dispersan con mayor facilidad afectando una mayor porción de espacio y población, y permanecen flotando en el ambiente hasta por más de 250 días después de la zafra. Aunque esta contaminación ambiental no solamente proviene de estas quemas agrícolas sino también de la costumbre que tiene la población de quemar basura en sus patios y cuando es época seca debido a caminos no asfaltados y los vientos hay vendavales con abundante polvo.

Como lo establece la CDC que el riesgo de padecer EPOC incrementa al fumar o exponerse contaminantes de humo de segunda mano durante la infancia y adolescencia por que puede retrasar el desarrollo normal de los pulmones y según la IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas 2015 la edad de inicio de fumado en Costa Rica es de 16 años. Por lo que la creación de grupos comunitarios que brinden educación en las localidades y en grupos juveniles brindando información acerca de las consecuencias del tabaco a corto y largo plazo para disminuir la incidencia del tabaquismo en edades tempranas y en caso de la población que tenga el hábito del tabaquismo y deseen cesar de fumar el sitio más cercano es el Hospital Enrique Baltodano Briceño y debido al bajo ingreso económico de una parte importante de la población, el traslado hacia el centro hospitalario puede ser una limitante para que consulten en la clínica de cesación de referencia.

Con excepción de las formas hereditarias de EPOC como la deficiencia de la alfa-anti-tripsina la manera más eficaz para prevenir la aparición de esta enfermedad es fundamental no iniciar o el cese del fumado por ende la existencia de grupos comunitarios que brinden información acerca de esta enfermedad y que para las

personas que deseen cesar el fumado tengan un fácil acceso a los servicios de salud que proveen estos servicios.

El grupo de los expertos identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la enfermedad obstructiva crónica:

- 1) Consumo de cigarrillos desde edades tempranas
- 2) Hábitos de cocinar con leña
- 3) Inexistencia de grupos comunitarios enfocados en promover la prevención de enfermedades obstructivas crónicas
- 4) Contaminación ambiental
- 5) Lejanía de clínica de cesación de fumado de referencia.

En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el evento de salud por mortalidad en grupo etario mayor de 65 años que son las enfermedades obstructivas crónicas:

Tabla 41. Líneas de acción para el abordaje de las enfermedades obstructivas crónicas

Problema de					
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de Acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	4.1 Consumo de cigarrillos desde edades tempranas	Disminuir consumo de tabaco	1. Programa DYNAMO en población vulnerable escolar	IAFA	MEP
			2. Reforzar regulación de la ley 9028	Ministerio de Salud	
			3. Educación a población general acerca de los riesgos del vapeo	CCSS	
Comportamiento	4.3 Hábitos de cocinar con leña	4.3 Educar acerca de otros hábitos de cocción	Educación a la población acerca de los riesgos de cocinar con leña	CCSS	medios de comunicación regional de radio
Servicios de salud	6.3 Inexistencia de grupos comunitarios enfocados en promover la prevención de enfermedades obstructivas crónicas	Fomentar la creación de grupos comunitarios de apoyo para cesación fumado y prevención de la enfermedad	1. Concientizar a la población en charlas en EBAIS		comité de salud
			2. Socialización de información por medios digitales de prevención de enfermedades pulmonares	CCSS	comité de salud
			3. Promocionar mediante pizarras informativas medidas preventivas de enfermedades pulmonares	Comité de Salud	CCSS
Circunstancias materiales de la vida	5.1 Contaminación ambiental	Disminución contaminación ambiental	1. Universidades públicas medirán la contaminación ambiental pre, durante y post zafra	UCR	
			2. Regular atención de las denuncias de las quemaduras en los hogares	Ministerio de salud	
			3. Operalización del plan municipal de gestión integral y residuos sólidos	Municipalidad	
Servicios de salud	6.3 Lejanía de clínica de cesación de fumado de referencia	Disminuir la brecha para el acceso a clínicas de cesación de fumado	1. Referir de forma temprana a las personas fumadoras	CCSS	
			2. Valorar traslado de personal del IAFA de forma periódica a brindar el apoyo	IAFA	

Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

Enfermedad renal crónica

La enfermedad Renal Crónica se ha convertido en un problema de Salud Pública para toda la población costarricense y consecuentemente se asocia con un aumento en la demanda para dar respuesta en los servicios de salud. Este comportamiento se asocia a la forma tradicional multicausal que en su mayoría se atribuye a las enfermedades crónicas no transmisibles, junto a la aparición de una nueva modalidad denominada Nefropatía Mesoamericana concentrada en la provincia de Guanacaste.

La enfermedad renal crónica de etiología incierta o no tradicional (ERCnt) es una forma grave de insuficiencia renal progresiva, a menudo diagnosticada en un estadio muy avanzado debido a la ausencia de síntomas tempranos, y que requiere terapias de reemplazo renal para sobrevivir.

Su etiología no está relacionada con diabetes, hipertensión, glomerulopatías u otras causas conocidas de enfermedades renales.

Este problema de salud aparte de impactar seriamente en la mortalidad prematura también representa una pérdida funcional y económica significativa en las personas de edad reproductiva, y al mismo tiempo un elevado costo para el sistema de salud en términos de control y seguimiento de esta enfermedad, unido a un profundo dolor humano tanto para la persona que la padece como para sus familias y allegados, con serias consecuencias sociales, psicológicas y económicas.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está estrechamente vinculada con el estado emocional de los pacientes que la padecen. Las personas con ERC a menudo experimentan una amplia gama de emociones, que van desde la ansiedad y la depresión hasta la frustración y el miedo.

El grupo expertos consultado identificó y priorizó las siguientes causas raíz de la Enfermedad Renal Crónica son las siguientes:

1. Información incompleta de los usuarios con ERC
2. Trabajo limitado en la prevención de la enfermedad
3. Sedentarismo
4. Alimentación poco saludable
5. Abarrotamiento de los servicios de salud.

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

Solicitud de oficio de nivel regional para que CCSS envíe la información pendiente

Solicitud que verifiquen datos correctos con el usuario antes de generar VE01

Reuniones CILOVIS para cumplir lineamiento para clasificación y seguimiento de los casos sospechosos

Charlas en escuelas y colegio sobre la prevención de enfermedad renal

Feria de salud con participación de instituciones con un stand de información de la enfermedad renal.

Capacitar ATAP con rotafolios en visitas domiciliarias

Solicitar talleres comunales para la prevención de la enfermedad renal para formación de replicadores comunales

Fomentar de consumo de agua en lugar de bebidas azucaradas en redes sociales

Visitas a escuelas con sodas para verificar que la alimentación sea equilibrada

Feria de salud promoviendo Alimentación saludable con charlas

Feria de salud promoviendo Actividad física con charlas

Promoción de lista de espacios seguros y condición de estos para actividad física

Visitas a centros educativos, adultos mayores, grupo de mujeres dando charlas educativas de actividad física

Implementar los fines de semana sitios para realizar actividad física

Visibilizar las actividades programas por comité de deportes cantonal

Campeonato de futbol organizados por circuito intercolegial

Solicitar proyecto para ley cantonal para prevención de la enfermedad renal

En el siguiente cuadro se detallan las líneas de acción para abordar el evento de salud por mortalidad global y problema de salud priorizado para la comunidad es la enfermedad renal crónica:

Tabla 41. Líneas de acción para el abordaje para la enfermedad renal crónica

Problema de Salud		ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA			
Dimensión	Causa Raíz	Factor protector	Líneas de Acción	Actor responsable	Actor colaborador
Servicio de Salud	1.2 Información no actualizada de casos en notificaciones para dar seguimiento	Mejorar la calidad de los datos notificados y envío de fichas de investigación	1. Solicitud de oficio de nivel regional para que CCSS envíe la información pendiente	CCSS	Ministerio de Salud
			2. Solicitud que verifiquen datos correctos con el usuario antes de generar VE01		
			3. Reuniones CILOVIS para cumplir lineamiento para clasificación y seguimiento de los casos sospechosos.		
Servicios de Salud	6.2 Trabajo limitado en la prevención de la enfermedad	Fortalecer el conocimiento de esta enfermedad en la población	1. Charlas en escuelas y colegio sobre la prevención de enfermedad renal	Ministerio de Salud	Comisión intersectorial de la enfermedad renal
			2. Feria de salud con participación de instituciones con un stand de información de la enfermedad renal.		
			3. Capacitar ATAP con rotafolios en visitas domiciliarias	CCSS	Comisión intersectorial de la enfermedad renal
			4. Solicitar talleres comunales para la prevención de la enfermedad renal para formación de replicadores comunales	Ministerio de Salud Comisión intersectorial de enfermedad renal de Carrillo	Camara nacional de salud
Comportamiento	4.1 Alimentación poco saludable	Alimentación Saludable	1. Fomentar de consumo de agua en lugar de bebidas azucaradas en redes sociales	MEP	Ministerio de Salud
			2. Visitas a escuelas con sodas para verificar que la alimentación sea equilibrada	Comisión de salud y nutrición escolar	Ministerio de Salud
			3. Feria de salud promoviendo Alimentación saludable con charlas	comisión de salud y nutrición escolar	Comisión intersectorial de la enfermedad renal
Comportamiento	4.2 Sedentarismo	Actividad Física	1. Feria de salud promoviendo Actividad física con charlas	RECAFIS	Comisión intersectorial de la enfermedad renal
			2. Promoción de lista de espacios seguros y condición de estos para actividad física	Municipalidad	Medios de comunicación locales
			3. Visitas a centros educativos, adultos mayores, grupo de mujeres dando charlas educativas de actividad física	Comisión de promoción de la salud CCSS	
			4. Implementar los fines de semana sitios para realizar actividad física	Municipalidad comité municipal de deportes cantonal	Grupos comunales
			5. Visibilizar las actividades programas por comité de deportes cantonal	Comité cantonal de deportes	Consejo municipal
			6. Campeonato de futbol organizados por circuito intercolegial	Departamento de educación física MEP	
Sociopolítico	1.1 Desinterés de los gobiernos locales	Incentivar a gobiernos locales para políticas que mejore la salud renal de los habitantes del cantón	1. Solicitar proyecto para ley cantonal para prevención de la enfermedad renal	Comisión interinstitucional de la enfermedad renal de Carrillo	

Fuente: Tercer taller de ASIS, Carrillo 2023

APARTADO SALUD MENTAL

Es importante recalcar que la Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía.

La Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Güier" 2014-2018, prioriza la salud mental como un área de intervención en el ámbito "Equidad y universalidad de las acciones en salud", reconociendo que "la salud mental es una condición básica de la salud y una dimensión inseparable de la salud integral, recíprocamente influidas. Los problemas priorizados de la salud requieren políticas y estrategias con un abordaje integral e intersectorial, con enfoque comunitario, dando énfasis a la prevención de trastornos mentales, intentos de suicidio y a la promoción de la salud mental."; que contempla en una de sus estrategias, "fortalecer el desarrollo de acciones de atención integral de las personas en riesgo de suicidio, así como a las familias y personas sobrevivientes de suicidio."

Por lo anterior; ante los desafíos y necesidades que presenta el sector salud, como también aunado a la aplicación de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 y a la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida-Decreto N° 40881 – S; nos vemos en la obligación como Cantón de Carrillo de evidenciar una problemática local con relación a la falta de profesionales en Psicología en el Primer Nivel de Atención, como una necesidad prioritaria ante los datos alarmantes de conductas suicidas, depresión, violencia intrafamiliar, entre otras situaciones que tienen relación directa con la Salud Mental de las personas; aunado a todo lo anterior podemos sumarle la pandemia que tuvo una afectación importante en el estado de la salud mental a nivel nacional y mundial

Cabe mencionar el Marco Legal que ampara el trabajo de forma articulada y en equipo en pro de la salud mental:

1. *Política Nacional de Salud Mental 2012 – 2021*

La Política Nacional de Salud Mental surge de la necesidad de contar con un marco normativo técnico para conducir a los actores sociales hacia la promoción de la Salud Mental, prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas

con trastornos mentales en el ámbito comunitario. Condición que supera el paradigma de atención biológica basado en el centro hospitalario. Se fundamenta en diversos enfoques: derechos humanos, género, diversidad, integración, inclusión social, participación social, desarrollo humano sostenible, evidencia científica y buenas prácticas en Salud Mental y parte de un análisis estimativo de la realidad nacional sobre Salud Mental que sirvió para determinar puntos críticos y prioridades. La Política Nacional de Salud Mental se estructura con base en cinco ejes: biológico, ambiental, social-económico-cultural, sistemas y servicios de salud, y fortalecimiento institucional. Con todos estos elementos, la Política aspira a que, en Costa Rica, se le otorgue a la Salud Mental la prioridad necesaria en los modelos de atención en salud, haciendo énfasis en la atención en la comunidad.

Conscientes de la necesidad de abordaje integral de la Salud Mental y coherentes con el Plan de Gobierno 2010-2014, es que en dicho Plan se contempla un lineamiento sobre la Salud Mental: “Fomentar y proteger la Salud Mental y fortalecer los programas de tratamiento de las adicciones, proponiendo el diseño de modelos de Salud Mental de base comunitaria, el fortalecimiento de alianzas entre la CCSS, el IAFA y organismos no gubernamentales involucrados”. (Chinchilla, 2010).

La Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Invertir en Salud Mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, delincuencia, matonismo y deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma. Las condiciones de vida de las personas, tales como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, impactan directamente sobre su Salud Mental, acrecienta la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental, lo que a su vez tiene consecuencias sobre el desarrollo y la economía de los países. Los trastornos mentales representan una proporción significativa de la carga de enfermedad, que se mide en años de vida potencial perdidos por discapacidad (AVAD) y años de vida perdidos por mortalidad prematura, como es el caso de los suicidios. Los trastornos mentales deben ser abordados desde la perspectiva de sus

determinantes tomando en consideración no solo los aspectos patogénicos, sino también los salutogénicos, de los diversos grupos poblaciones de acuerdo con su ciclo de vida.

Por tal motivo, esta política nos brinda la base legal para evidenciar la urgente necesidad de abordar de forma integral la Salud Mental como una prioridad ante la situación de Pandemia que estamos viviendo como también ante otras emergencias propias de este cantón, como por ejemplo inundaciones, violencia intrafamiliar, enfermedades endémicas (vectoriales), intentos suicidas, entre otras.

2. *Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida-Decreto N° 40881 - S*

En Costa Rica, según datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, para el año 2015 con relación a la incidencia de intentos de suicidio según grupo de edad y sexo durante el año 2015, tanto los hombres como las mujeres en los grupos en edades entre los 10-14 y 15-19 poseen las tasas más altas de intentos de suicidio. Así mismo, las mujeres de 15-19 años aportan las tasas más altas de intento de suicidio.

Que la situación de intentos suicidas y suicido en Talamanca generó preocupación en el gobierno local, que incentivó en el 2014 la formación de la Comisión Local para la Prevención del Suicidio, como una iniciativa para enfrentar la problemática. Según datos del INEC y el Ministerio de Salud (Dirección de Vigilancia de la Salud), para el año 2015, Talamanca era uno de los cantones con mayor incidencia de intentos suicidas y suicidio. Como respuesta a esta situación y a partir de la solicitud de la Comisión Local para la Prevención del Suicidio, el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia tomó la iniciativa de elaborar este documento, siendo parte del acuerdo de la Sesión Ordinaria 10-15 en Bribri, Talamanca el día 25 de febrero 2015.

En el Artículo 3º-Instancias clave. Se presenta un listado de instituciones clave en la prevención y atención de los intentos suicidas y el suicidio, el mismo no excluye a otras instancias que por su relevancia a nivel local o nacional, pueden integrarse y desempeñar un rol fundamental en el abordaje integral del fenómeno.

1. Ministerio Salud.

2. Caja Costarricense del Seguro Social.
3. Patronato Nacional de la Infancia (incluyendo las Juntas de Protección y los Consejos
4. Participativos de Niñez y Adolescencia).
5. Ministerio de Educación Pública.
6. Ministerio de Cultura y Juventud.
7. Ministerio de Seguridad Pública, específicamente Fuerza Pública.
8. Ministerio Público.
9. Organismo de Investigación Judicial.
10. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia.
11. Instituto Mixto de Ayuda Social.
12. Instituto Costarricense de Deporte y Recreación.
13. Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU).
14. Consejo de la Persona Joven.
15. Cruz Roja Costarricense.
16. 911.
17. Municipalidades.
18. Consejos Cantonales de Coordinación Interinstitucional.
19. Subsistemas Locales de Protección de Niñez y Adolescencia.
20. Universidad de Costa Rica.
21. Universidades públicas y privadas, como otros centros de estudio locales.
22. Colegios profesionales en medicina, enfermería, psicología, trabajo social, educación, orientación, entre otros.
23. Organizaciones comunitarias, incluyendo juveniles.
24. Organizaciones de sociedad civil, como la Asociación de Prevención del Suicidio, la Fundación Rescatando Vidas, entre otras.
25. Bomberos de Costa Rica.
26. Organismos Internacionales, como Naciones Unidas (OPS, UNICEF, UNFPA, UNESCO, entre
27. *Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida- Decreto N° 41287 - S*

El Ministerio de Salud como ente rector del Sistema de Producción Social de la Salud en Costa Rica presenta a la comunidad nacional e internacional: La Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021.

Esta estrategia define una respuesta país mediante la propuesta de diferentes acciones orientadas en 5 ejes de intervención, de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental 2012- 2021: 1. Biológico, 2. Ambiental, 3. Económico socio-cultural, 4. Sistemas y servicios de salud, y 5. Fortalecimiento institucional.

La Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021 responde a la necesidad de fortalecer el Sistema de Protección Social de la Salud Mental mediante el desarrollo de acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales, con el fin de promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida.

En agosto del 2016, el Ministerio de Salud a través de la Secretaría Técnica de Salud Mental, con el apoyo de las Unidades Organizativas de los tres niveles de gestión, desarrolló un proceso consultivo con representación intersectorial e interinstitucional con el fin de generar un espacio de análisis y discusión, que permitió obtener acuerdos consensuados entre los actores sociales involucrados en el abordaje del comportamiento suicida, así mismo, se identificaron acciones concretas que serán ejecutadas de manera articulada, por los actores sociales involucrados.

Esta estrategia define una respuesta país mediante la propuesta de 5 ejes de intervención:

Eje 1: Biológico, cuyo lineamiento estratégico hace referencia al desarrollo de investigaciones en materia de abordaje integral del comportamiento suicida con el fin de promover el desarrollo de investigaciones en el tema de comportamiento suicida a fin de tomar decisiones con base en evidencia que permita el reconocimiento de las acciones pertinentes para el abordaje integral del suicidio y los intentos del suicidio.

Eje 2: Ambiental; que plantea la necesidad de desarrollar estrategias interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de ambientes saludables en el ámbito comunitario, por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales

con el fin de fortalecer los factores protectores de la salud mental y la prevención de los factores de riesgo del comportamiento suicida.

Eje 3: Socio económico-cultural; cuyo lineamiento estratégico propone el desarrollo de estrategias interdisciplinarias, a nivel interinstitucional e intersectorial de promoción de factores protectores de la salud y prevención de factores de riesgo del comportamiento suicida, con el fin de fortalecer el Sistema de Protección Social de la Salud Mental para el bienestar integral de los distintos grupos etanos y poblacionales a lo largo del ciclo vital que permitan la reducción del comportamiento suicida.

Eje 4: Sistemas y servicios de salud; el cual propone desarrollar un abordaje integral a personas con comportamiento suicida y sobrevivientes (o afectados) de suicidio mediante el mejoramiento y ampliación de la cobertura nacional, la confiabilidad de la información sobre los intentos de autoeliminación y suicidios en los entes notificadores y la disponibilidad de los servicios de atención, para la unificación y articulación de las acciones¹ a fin de que la toma de decisiones sea oportuna basada en evidencia.

Eje 5: Fortalecimiento Institucional; cuyo lineamiento propone fortalecer el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud mediante la articulación interinstitucional para el abordaje integral del comportamiento suicida.

Costa Rica se plantea como meta de la estrategia para el abordaje integral del comportamiento suicida, detener al 2022 el aumento del número de casos por suicidio.

COSTA RICA : INCIDENCIA DE DEPRESION
 SEGÚN PROVINCIA Y CANTON DE PROCEDENCIA
 COSTA RICA 2014 - 2021*
 (Tasa por 100.000 habitantes)

PROVINCIA Y CANTON	2020						2021						2022						2023 SEMANA 33					
	TOTAL		SEXO F		M		TOTAL		SEXO F		M		TOTAL		SEXO F		M		TOTAL		SEXO F		M	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL DEL PAIS	4862	95,1	3557	140,3	1305	50,7	5932	113,8	4353	168,2	1579	60,2	5036	96,6	3714	143,5	1322	50,4	4954	94,1	3674	140,6	1280	48,3
GUANACASTE	317	80,5	232	119,7	85	42,5	622	153,7	494	247,8	128	62,3	440	108,7	350	175,6	90	43,8	365	89,0	268	132,6	97	46,6
LIBERIA	11	14,3	6	15,8	5	12,8	163	204,7	128	325,6	35	86,9	70	87,9	54	137,3	16	39,7	81	100,2	61	152,7	20	48,9
NICOYA	54	95,4	46	165,4	8	27,8	55	95,4	46	162,5	9	30,7	39	67,7	27	95,4	12	40,9	43	74,0	36	126,2	7	23,7
SANTA CRUZ	28	40,6	18	53,8	10	28,2	23	32,3	19	54,9	4	10,9	33	46,3	29	83,8	4	10,9	20	27,6	12	34,1	8	21,5
BAGACES	1	4,1	1	8,5	0	0,0	2	8,0	1	8,2	1	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CARRILLO	27	58,8	17	76,1	10	42,4	23	48,2	19	81,8	4	16,3	3	6,3	3	12,9	0	0,0	8	16,4	6	25,3	2	8,0
CAÑAS	91	278,4	68	415,2	23	141,0	76	227,6	59	351,1	17	102,5	65	194,7	52	309,5	13	78,4	39	115,6	30	176,4	9	53,8
ABANGARES	33	164,9	23	232,3	10	98,9	43	212,0	29	288,1	14	137,0	28	138,1	22	218,6	6	58,7	35	171,5	24	236,6	11	107,1
TILARAN	10	46,0	5	45,8	5	46,2	29	131,9	23	207,5	6	55,1	23	104,6	20	180,4	3	27,5	18	81,5	8	71,7	10	91,5
NANDAYURE	40	339,4	33	587,5	7	113,5	37	312,6	31	549,9	6	96,8	39	329,4	33	585,4	6	96,8	24	202,3	12	212,5	12	193,0
LA CRUZ	1	3,7	1	7,3	0	0,0	150	534,4	121	854,5	29	208,5	121	431,0	95	670,9	26	186,9	86	301,0	71	492,1	15	106,1
HOJANCHA	21	262,6	14	361,4	7	169,7	21	259,7	18	459,5	3	72,0	19	235,0	15	382,9	4	96,0	11	135,3	8	203,3	3	71,5

COSTA RICA : INCIDENCIA DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
 SEGÚN PROVINCIA Y CANTON DE PROCEDENCIA
 COSTA RICA 2014 - 2021*
 (Tasa por 100.000 habitantes)

PROVINCIA Y CANTON	2020						2021						2022						2023 SEMANA 33					
	TOTAL		F		M		TOTAL		F		M		TOTAL		F		M		TOTAL		F		M	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL DEL PAIS	134	2,6	75	3,0	59	2,3	143	2,8	77	3,0	66	2,6	103	2,0	63	2,4	40	1,5	95	1,8	63	2,4	32	1,2
GUANACASTE	4	1,0	2	1,0	2	1,0	7	1,8	4	2,1	3	1,5	3	0,7	2	1,0	1	0,5	6	1,5	5	2,5	1	0,5
LIBERIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NICOYA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	3,5	1	1,7	1	3,5	0	0,0	1	1,7	1	3,5	0	0,0
SANTA CRUZ	1	1,5	1	3,0	0	0,0	2	2,9	2	6,0	0	0,0	1	1,4	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
BAGACES	1	4,1	0	0,0	1	8,1	1	4,1	0	0,0	1	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CARRILLO	1	2,2	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CAÑAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,1	1	6,1	1	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	1	6,0
ABANGARES	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,8	2	19,7	0	0,0
TILARAN	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,6	1	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	9,0	0	0,0
NANDAYURE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LA CRUZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5	1	6,9	0	0,0
HOJANCHA	1	12,5	1	25,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,4	0	0,0	1	24,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**COSTA RICA : INCIDENCIA DE ESQUIZOFRENIA
SEGÚN PROVINCIA Y CANTON DE PROCEDENCIA
COSTA RICA 2014 - 2021*
(Tasa por 100.000 habitantes)**

PROVINCIA Y CANTON	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023 SEMANA 33	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL DEL PAIS	107	2,2	226	4,5	265	5.2	136	3	158	3,0	97	1,9	108	2,1
GUANACASTE	1	0,3	7	1,8	12	3.0	5	1,3	5	1,2	8	2,0	5	1,2
LIBERIA	1	1,4	3	4,0	0	0.0	0	0,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0
NICOYA	0	0,0	0	0,0	3	5.3	0	0,0	0	0,0	2	3,5	0	0,0
SANTA CRUZ	0	0,0	0	0,0	3	4.4	2	2,9	0	0,0	3	4,2	2	2,8
BAGACES	0	0,0	0	0,0	0	0.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CARRILLO	0	0,0	2	4,5	2	4.4	0	0,0	2	4,2	1	2,1	1	2,1
CAÑAS	0	0,0	0	0,0	3	9.2	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ABANGARES	0	0,0	0	0,0	0	0.0	1	5,0	2	9,9	0	0,0	0	0,0
TILARAN	0	0,0	1	4,7	0	0.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NANDAYURE	0	0,0	1	8,5	0	0.0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LA CRUZ	0	0,0	0	0,0	0	0.0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	2	7,0
HOJANCHA	0	0,0	0	0,0	1	12.5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Referencias Bibliográficas

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (30 de 12 del 2022) Índice de Desarrollo Humano (IDH). Obtenido de <https://www.undp.org/es/costa-rica/publications/indice-de-desarrollo-humano-idh>
- Expansión. (30 de 12 de 2022) Índice de Desarrollo Humano (IDH). Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/idh/costa-rica>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (30 de 12 de 2022) *Densidad poblacional por cantón*. Obtenido de <https://inec.cr/mapas-cartografia/densidad-poblacion-canton?variable=705&year=2021>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, Censos 2000 y 2011.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (30 de 12 de 2022) Índice de desarrollo social. Obtenido de <https://www.mideplan.go.cr/indice-desarrollo-social->
- Plan de Desarrollo Local del Cantón del Carrillo 2021-2030. (12 de 01 de 2023) Organización socioeconómica. Obtenido de https://www.municarrillo.go.cr/images/2021/planificacion/plan_de_desarrollo_humano_local_del_canton_de_carrillo_2021_2030.pdf
- Comisión Nacional de emergencias. (14 de 02 de 2023) Mapa de amenazas en Guanacaste. Obtenido de https://www.cne.go.cr/reduccion_riesgo/mapas_amenzas/guanacaste.aspx
- Ministerio de agricultura y ganadería. (14 de 02 de 2023) Informe de quemas. Obtenido de <http://www.mag.go.cr/informes/Informe-Quemas-Agricolas-Controladas-2021-2022.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). 2014. Censo Nacional Agropecuario 2014. San José. Costa Rica.
- Banco Mundial. (22 de 02 de 2023) Producto Interno Bruto (PIB). Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?end=2021&locations=CR&start=1960&view=chart>
- Observatorio de violencia de genero contra las mujeres y acceso a la justicia. (22 de 02 de 2023) Femicidios. Obtenido de <https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr/index.php/soy-especialista-y-busco/estadisticas/femicidio>

- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (23 de 02 de 2023) Consumo de tabaco, alcohol, drogas legales e ilegales. Obtenido de <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/Encuesta-Nacional-de-Drogas-2015.pdf>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (23 de 02 de 2023) Indicadores de Riesgo de Desastres y de Gestión de Riesgos. Obtenido de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Indicadores-de-Riesgo-de-Desastres-y-de-Gesti%C3%B3n-de-Riesgos-Programa-para-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Costa-Rica.pdf>
- Sistema Nacional de Áreas de Conservación. (24 de 02 de 2023) Áreas silvestres protegidas. Obtenido de <https://www.sinac.go.cr/ES/asp/Paginas/default.aspx>
- Ministerio de Salud, Dirección Nacional de CEN – CINAI, Ministerio de Educación Pública, Fondos de Naciones Unidas para la Infancia. (24 de 02 de 2023) Índice de masa corporal para la población de 6 a 12 años. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/vigilancia-nutricional/censos-y-encuestas/censo-escolar-peso-y-talla-vigilancia-de-la-salud/1954-censo-escolar-peso-talla-costa-rica-2019/file>
- Godínez Brenes A.E (2022) El consumo de drogas que afecta a la población costarricense no debe pasar desapercibido. Obtenido de <https://enfermeria.cr/project/docs/Comite%20de%20Adicciones/Art%C3%ADculo%20EL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20QUE%20AFECTA%20A%20LA%20POBLACION...%20ADJUNTO%20DE%20OFICIO%20CECR-CA-018-2022.pdf>
- Instituto sobre alcoholismo y Farmacodependencia IAFA (4/5/2022) Plan Estratégico Institucional del IAFA 2020 – 2024. Obtenido de <https://iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/07/03-CIDFA-Plan-estrategico-institucional-2020-2024.pdf>
- Instituto Costarricense sobre Drogas (20/11/2023) Acerca del ICD. Obtenido de <https://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/icd-conozcanos/acerca-de>
- Universidad de Costa Rica (20/11/2023) Encuesta de Actualidades 2017. Obtenido de <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/12/29/casi-80-de-los-ticos-tiene-acceso-facil-a-la-marihuana.html>

INCIENSA. Análisis epidemiológico sobre los defectos congénitos en niños nacidos durante el 2021 en Costa Rica. [08 de noviembre 2023]. Recuperado de:

https://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/informes_vigilancia/2022/Malformaciones_Congenitas/Informe%20%20anual%20de%20defectos%20congenitos%20en%20CR%202021%20e%20Informe%20hernia%20diafragmatica%20en%20CR%202012-2021.pdf

WHO. Trastornos genéticos [Internet]. WHO. [07 de noviembre 2023]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

Torres-Hernández, Daniela, Fletcher-Toledo, Tatiana, Ortiz-Martínez, Roberth A., Acosta-Aragón, M^a Amparo, Moreno-Montenegro, Luis L., & Otalora-Perdomo, Mayra F.. (2021). Factores asociados al desarrollo de anomalías congénitas en la población neonatal atendida en un hospital de alta complejidad en Colombia: estudio de casos y controles. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(3), 301-308. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000012>

Silva, Y., Sánchez Ramírez, E., & Fuentes Arencibia, S. (2018). Malformaciones congénitas relacionadas con los agentes teratógenos. *Correo Científico Médico*, 22(4). Recuperado de <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2609/1328>

WHO. Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. [05 de noviembre 2023]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Leal-Mateos, Manrique, & Giacomín-Carmioli, Loretta. (2015). Predictores de parto pretérmino en la población adolescente. *Acta Médica Costarricense*, 57(1), 29-32. [06 de noviembre 2023]. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022015000100005&lng=en&tling=es.

Mendoza Tascón, Luis Alfonso, Claros Benítez, Diana Isabel, Mendoza Tascón, Laura Isabel, Arias Guatibonza, Martha Deyfilia, & Peñaranda Ospina, Claudia Bibiana. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>

Contraloría General de la República. Informe Nro. DFOE-BIS-IF-00012-2021. Informe de auditoría operativa sobre la eficiencia y eficacia de los servicios de

salud brindados por los EBAIS. [01 de noviembre 2023]. Recuperado de:
https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2021/SIGYD_D/SIGYD_D_2021020693.pdf

OECD (2017), OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica 2017, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris <https://doi.org/10.1787/9789264281653-en>.

WHO. Enfermedades respiratorias crónicas [Internet]. WHO. [09 de noviembre 2023]. Disponible en: [http://www.who.int/respiratory/es/https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)#:~:text=La%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20cr%C3%B3nica%20\(EPOC\)%20es%20una%20enfermedad%20pulmonar,d a%C3%B1ar%20u%20obstruir%20los%20pulmones](http://www.who.int/respiratory/es/https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)#:~:text=La%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20cr%C3%B3nica%20(EPOC)%20es%20una%20enfermedad%20pulmonar,d a%C3%B1ar%20u%20obstruir%20los%20pulmones).

IHME. GBD Compare | Viz Hub [Internet]. [10 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

CDC. Tabaquismo en enfermedad pulmonar obstructiva [Internet]. CDC. [citado 10 de noviembre 2023]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica.html#:~:text=El%20tabaquismo%20y%20la%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20cr%C3%B3nica%20\(EPOC\),-Enfermedad%20pulmonar%20obstructiva&text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20epoc%3F,enfisema%20y%20la%20bronquitis%20cr%C3%B3nica](https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica.html#:~:text=El%20tabaquismo%20y%20la%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20cr%C3%B3nica%20(EPOC),-Enfermedad%20pulmonar%20obstructiva&text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20epoc%3F,enfisema%20y%20la%20bronquitis%20cr%C3%B3nica).

Rugeles C. (2015). Letalidad del fuego y el humo en la zafra cañera. *Ambientico*, 252(4), 34-36.

Rivera-Chavarría, Ana, & Méndez-Chacón, Ericka. (2022). Mortalidad y egresos hospitalarios por enfermedad renal crónica de causas no tradicionales. *Acta Médica Costarricense*, 64(1), 34-43. <https://dx.doi.org/10.51481/amc.v64i1.1145>

Manual de educación y seguridad vial (17/11/2023) Accidentes de tránsito. Obtenido de <http://www.costaricaweb.com/general/educacionvial/.htm>

Organización Panamericana de la Salud (15/11/2023) Seguridad vial. Obtenido de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/whd04_features.htm

Consejo de Seguridad Vial (15/11/2023) Accidentes de tránsito. Obtenido de <http://www.forovial.com/accidentes.asp>.

Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (20/11/2023). Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/hcr/art11>

