



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**GOBIERNO  
DE COSTA RICA**

# ANÁLISIS SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD HOJANCHA 2023

DIRECCIÓN DE ÁREA RECTORA DE SALUD DE HOJANCHA



## Contenido

LISTA DE ABREVIATURAS.....	2
SELECCIÓN DE INDICADORES .....	3
<b>CAPÍTULO I: CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO .....</b>	<b>13</b>
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DEL CANTÓN DE HOJANCHA .....	14
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS .....	17
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIECONÓMICAS.....	22
DESCRIPCIONES CARACTERÍSTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS.....	24
<b>CAPÍTULO II: PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS .....</b>	<b>26</b>
PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS.....	27
<b>CAPÍTULO III: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD MENTAL POBLACIÓN DE HOJANCHA .....</b>	<b>29</b>
I JUSTIFICACIÓN.....	30
II SELECCIÓN DE INDICADORES .....	31
IV CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO.....	42
V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS.....	50
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE PROBLEMAS PRIORIZADOS.....</b>	<b>63</b>
ANÁLISIS DEL EVENTO DE SALUD A TRAVÉS DE SUS CAUSAS PRIORIZADAS .....	64
PRIORIZACIÓN POR MORTALIDAD SEGÚN EDADES DE CURSO DE VIDA .....	64
PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD POR ACTORES SOCIALES.....	76
<b>CAPÍTULO V: LÍNEAS DE ACCION SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ .....</b>	<b>85</b>
LÍNEAS DE ACCION VALIDADAS.....	86
<b>CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>97</b>
<b>CAPÍTULO VII: ANEXOS .....</b>	<b>100</b>



## LISTA DE ABREVIATURAS

**ARS:** Área Rectora de Salud

**AS:** Área de Salud

**ASADAS:**

**ASIS:** Análisis Situación Integral Salud

**CNE:** Comisión Nacional Emergencias

**EDUS:** Expediente Digital Único en Salud

**INEC:** Instituto Nacional de Estadística y Censo

**MEP:** Ministerio de Educación Pública

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**RECAFIS:** Red Cantonal de Actividad Física y Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud



## SELECCIÓN DE INDICADORES

El equipo de ASIS nacional envió una lista de indicadores, a nivel local, se escogieron todos aquellos que pudieran calcularse a nivel cantón, ya que hay unos que solo pueden tener la información de provincia o nacional, a continuación de describen los indicadores con su nombre definición y cálculo:

INDICADORES SOCIALES			
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición	Cálculo
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.	Porcentaje de población del cantón que es letrada: 96.49% _ Hombres: 93.39% _ Mujeres: 96.57%
2	Índice de desarrollo humano (IDH)	Medida resumen del progreso medio conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación, y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano (basada en PNUD).	0.777 (2019)
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).	60.65 (2017)



4	Proporción de viviendas individuales ocupadas según categorías o subcategorías	Frecuencia relativa de las viviendas individuales ocupadas según las categorías y subcategorías de interés. Nota: en cada caso se debe especificar la categoría utilizada, agregándola al nombre del indicador. Por ejemplo: proporción de viviendas individuales ocupadas según tipo de tenencia, porcentaje de tugurios y porcentaje de viviendas propias.	<p>Datos de Censo 2011</p> <p>1. Hojancha (1199 total)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>_ Pagada totalmente: 949 (79,1%)</li><li>_ Pagada a plazos: 64 (5,3%)</li><li>_ Alquilada: 1121 (10,1%)</li><li>_ Prestada por motivos de trabajo: 12 (1,0%)</li><li>_ Prestada por otro motivo (no paga): 49 (4,1%)</li><li>_ Está en precario: 1 (0,1%)</li><li>_ Otro: 3 (0,3%)</li></ul> <p>2. Monte Romo (188 total)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>_ Pagada totalmente: 158 (84%)</li><li>_ Pagada a plazos: 7 (3,7%)</li><li>_ Alquilada: 8 (4,3%)</li><li>_ Prestada por motivos de trabajo: 0 (0%)</li><li>_ Prestada por otro motivo (no paga): 5 (8,0%)</li><li>_ Está en precario: 0 (0)</li><li>_ Otro: 0 (0%)</li></ul> <p>3. Puerto Carrillo (444 total)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>_ Pagada totalmente: 311 (70%)</li><li>_ Pagada a plazos: 15 (3,4%)</li><li>_ Alquilada: 26 (5,9%)</li><li>_ Prestada por motivos de trabajo: 31 (7%)</li><li>_ Prestada por otro motivo (no paga): 32 (7,2%)</li><li>_ Está en precario: 11 (2,5%)</li><li>_ Otro: 18 (4,1%)</li></ul> <p>4. Huacas (197)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>_ Pagada totalmente: 169 (85.8%)</li><li>_ Pagada a plazos: 2 (1%)</li><li>_ Alquilada: 13 (6,6%)</li><li>_ Prestada por motivos de trabajo: 2 (1%)</li><li>_ Prestada por otro motivo (no paga): 9 (4,6%)</li><li>_ Está en precario: 2 (1%)</li><li>_ Otro: 0 (0%)</li></ul>
5	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.	Chorotega



INDICADORES DEMOGRAFICOS													
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición	Cálculo										
6	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).	<table border="1"><tr><td>Hojancha</td><td>8 085</td></tr><tr><td>Hojancha</td><td>4 707</td></tr><tr><td>Monte Romo</td><td>724</td></tr><tr><td>Puerto Carrillo</td><td>1 893</td></tr><tr><td>Huacas</td><td>761</td></tr></table>	Hojancha	8 085	Hojancha	4 707	Monte Romo	724	Puerto Carrillo	1 893	Huacas	761
Hojancha	8 085												
Hojancha	4 707												
Monte Romo	724												
Puerto Carrillo	1 893												
Huacas	761												
7	Composición poblacional por grupos de edad y sexo	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.	Ver gráfico 3										
8	Razón Mujer-Hombre	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total.	54 mujeres por cada 100 hombres										
9	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)	Hay 44 personas en edad dependientes por cada 100 en edades productivas										
10	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.	62 mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años										



11	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.	24,49% de la población vive en zona urbana
12	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)	<1 año: 102 1 a 9: 919 10 a 19: 1405 20 a 64: 4097 +65: 674
13	Total nacimientos	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados	77 nacimientos 2021
14	Tasa 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	9.6 nacimientos por cada 1000 habitantes
15	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).	0.17%
16	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).	80.6 en Costa Rica



17	Número anual de defunciones	Número total de defunciones para un determinado país territorio o área geográfica.	63 defunciones 2021
18	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.	7.8 de 1000 habitantes fallecieron en el 2021
19	Densidad poblacional	Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. (MIDEPLAN).	30.7 (2022)

<b>INDICADORES ECONOMICOS</b>			
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Cálculo</b>
20	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	2416
21	Tasa de ocupación	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).	42.8%
22	Tasa de desempleo abierto	Porcentaje de la población desocupada con respecto a la fuerza de trabajo (INEC). Sinonimia: proporción desempleada de la fuerza de trabajo y proporción de la pea desocupada	1.0%
23	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.	Agricultura, ganadería: 25.36% Minas y canteras: 0.007% Industria manufacturera: 6.17% Suministro de electricidad y gas: 0.21% Suministro de agua, de evacuación residuos, gestión desechos: 0.28% Construcción: 5.75% Comercio por mayor, menor, reparación vehicular y motos: 19.33%



			<p>Transporte y almacenamiento: 2.84% Alojamiento y servicios de comida: 3.47% Información y comunicación: 0.42% Actividades financieras y seguros: 1.73% Actividades inmobiliarias: 0.14% Actividades profesionales, científicas y técnicas: 1.04% Actividades administrativas y servicios de apoyo: 1.11% Administración pública y defensa, planes de seguridad social: 7.42% Enseñanza: 10.74% Atención salud humana y asistencia social: 4.02% Actividades artísticas, entretenimiento y recreativas: 1.59% Otras actividades de servicio: 2.36% Actividades de los hogares en calidad de empleadores: 5.96%</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<b>INDICADORES DE SERVICIOS</b>			
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Cálculo</b>
25	Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento	La población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. El sistema de eliminación de excretas es adecuado cuando es privado y si separan excretas del contacto humano. Instalaciones de saneamiento mejoradas son: conexión al alcantarillado, inodoro para elaboración de compost, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo simple, letrina de pozo mejorada con ventilación. Instalaciones de saneamiento no mejoradas son: sifón con descarga a otro lugar, letrina colgante, letrina pública o compartida, letrina de pozo abierta, letrina de cubo, no hay instalaciones; defecación en el campo. Datos de área urbano y rural según la definición del país.	Alcantarillado sanitario: 0 Tanque séptico: 1862 Es de hueco, pozo negro o letrina: 147
26	Porcentaje de viviendas con agua intradomiciliar	Corresponde al cociente que representa el dividir las viviendas con abastecimiento de agua por tubería dentro de la vivienda entre el total de viviendas, multiplicado por 100 para expresarlo en porcentaje	Hojancha: 95.6% Monte Romo: 97.3% Puerto Carrillo: 98.9% Huacas: 98.5%
27	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	25.8%
28	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	31.37%



<b>INDICADORES AMBIENTALES</b>			
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Cálculo</b>
30	Manejo de residuos (N° Total de viviendas por sistema de eliminación de residuos)	Frecuencias absolutas de las viviendas según sistemas de eliminación de residuos	Hojancha: _ Por camión recolector: 740 _ Lo botan en hueco o entierran: 144 _ Queman: 304 _ La botan en lote baldío: 3 _ Otro: 8 Monte Romo _ Por camión recolector: 8 _ Lo botan en hueco o entierran: 46 _ Queman: 129 _ La botan en lote baldío: 0 _ Otro: 5 Puerto Carrillo _ Por camión recolector: 102 _ Lo botan en hueco o entierran: 51 _ Queman: 241 _ La botan en lote baldío: 5 _ Otro: 45 Huacas _ Por camión recolector: 4 _ Lo botan en hueco o entierran: 31 _ Queman: 158 _ La botan en lote baldío: 3 _ Otro: 2



INDICADORES DE SALUD			
N°	Análisis Integral del Indicador	Definición	Cálculo
31	Porcentaje de nacimientos atendidos en establecimientos de salud	Expresa la proporción de nacimientos que se producen en instituciones de salud	<p>HOJANCHA _Hospital Calderón Guardia: 2.27% _Hospital Mexico: 6.82% _Hospital de la Mujeres: 2.27% _Hospital La Anexión: 88.64%</p> <p>Monte Romo _Hospital La Anexión: 100%</p> <p>Puerto Carrillo: _Hospital de las Mujeres: 6.25% _Hospital la Anexión: 87.50% _CIMA: 6.25%</p> <p>Huacas _Hospital la Anexión: 100%</p> <p>Matambú _Hospital la Anexión: 100%</p>



<b>INDICADORES DE SALUD MENTAL</b>			
<b>N°</b>	<b>Análisis Integral del Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Cálculo</b>
32	Tasa de trastorno bipolar afectivo	Número de casos reportados de trastorno afectivo bipolar por cada 100000 habitantes en una población estimados em determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, f30-f39	No se reportaron casos durante el 2021
33	Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	Número de casos reportados de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas por cada 10.000 habitantes. en una población estimados em determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F10-F19	14.9 casos en 10.000
34	Tasa de esquizofrenia	Número de casos reportados de Esquizofrenia por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F20-F29	No se reportaron casos durante el 2021
35	Tasa de depresión	Número de casos reportados de depresión por cada 100000 habitantes. en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F32-33	285.9 casos en 100.000 habitantes
36	Trastornos mentales y del comportamiento	Número de casos reportados de trastorno mental y del comportamiento según especificidad por cada 10.0000 habitantes. En una población estimados em determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, f30-f39	No se reportaron casos durante el 2021
37	Tasa suicidio	La Mortalidad por Suicidio es el número total de defunciones estimadas por suicidio en una población total o determinado por sexo y/o edad dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes. Cod.X60 al X83.8 Lesiones autoinfligidas intencionadamente por medios no especificados.	24.8 casos en 100.000 habitantes



## CAPÍTULO I: CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

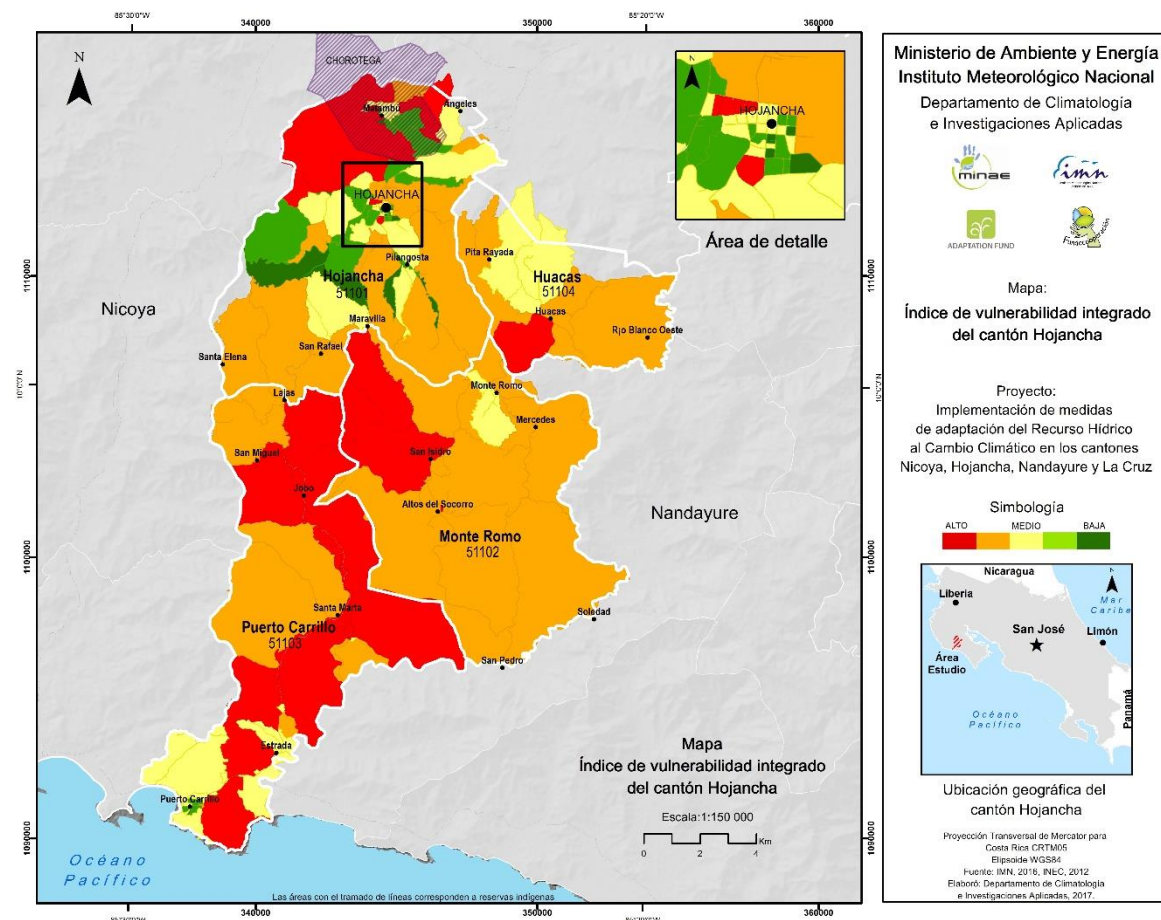


## DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICA GEOGRÁFICAS DEL CANTÓN DE HOJANCHA

El Cantón de Hojancha, ubicado en la provincia de Guanacaste, se encuentra limitado al noroeste con el Cantón de Nicoya y al sureste con Nandayure y el Océano Pacífico.

Las coordenadas geográficas medias son 09°58'38" latitud norte y 85°24'39" longitud oeste. Se encuentra situado en una meseta de 350 metros sobre el nivel del mar.

La extensión territorial consta de 261,42 Km<sup>2</sup>. La anchura máxima es de 29 kilómetros en dirección noroeste a sureste, desde el paso del Río Momollejo hasta la punta El Roble en el litoral pacífico.



Fuente: <http://difundecr.org/handle/123456789/474?locale-attribute=en>



## 1. División geográfica

Hojancha, es el cantón número 11 de la provincia de Guanacaste, está formado por cinco distritos administrativos:

1. Hojanca
2. Monte Romo
3. Puerto Carrillo
4. Huacas
5. Matambú.

Los distritos tienen una topografía irregular y poseen una cuenca Hidrográfica principal (Río Nosara), varias microcuencas y la mayor parte de su territorio está dedicado a actividades agrícolas y pecuarias, dentro de las que sobresalen el cultivo de café, cultivo de naranjas, las plantaciones forestales, la ganadería, hortalizas y el turismo.

## 2. Ubicación

El cantón de Hojanca se encuentra limitado al noroeste con el Cantón de Nicoya y al sureste con Nandayure y el Océano Pacífico. Las coordenadas geográficas medias son 09°58'38" latitud norte y 85°24'39" longitud norte. Se encuentra situado en una meseta de 350 metros sobre el nivel del mar (DARS Hojanca, 2015).

## 3. Clima

En estudios y clasificaciones climatológicas, se ha descrito que los climas predominantes en el cantón son climas húmedos, calientes, con déficit muy grandes de agua, por la época seca. La temperatura promedio es de 32 grados centígrados. La precipitación pluvial anual es de 2,178.3 mm.



#### 4. Flora y fauna

Según los datos de SINAC 2020, en Hojancha existe una zona protegida de Monte Alto, la cual se ubica entre los distritos de Hojancha, Monte Romo y Huacas.

En el 2001, el INBio realizó una evaluación ecológica rápida en el Corredor Biológico Hojancha-Nandayure. En los cantones de Hojancha y Nandayure se delimitó geográficamente la ruta de un Corredor Biológico que pretendía conservar la vida silvestre de la zona y evitar el aislamiento de poblaciones entre el Parque Nacional Barra Honda y la Zona Protectora Península de Nicoya. Se determinaron 143 especies de plantas entre árboles, arbustos, hierbas y epífitas. La riqueza total de aves residentes fue de 108 especies. La Reserva Forestal Monte Alto presentó mayor número de especies (93) que la Cuenca del río Bejuco (71) y los Bajos del Calco (61). Se registraron 29 especies de mamíferos, de los cuales 14 especies se observaron frecuentemente.

Los mamíferos más frecuentes fueron los Congos y los pizotes. La Reserva Forestal Monte Alto presentó el 50% de las observaciones de especies de mamíferos. La mayoría de las especies de aves y algunos de mamíferos se alimentan de frutos en el Corredor Biológico, lo que favorece la regeneración del bosque por la dispersión de semillas. La Reserva Forestal Monte Alto y la Cuenca del río Bejuco, podrían ser hábitat (fuentes) donde la reproducción y sobrevivencia de individuos producen suficientes emigrantes para colonizar otros sitios. (Katia Castro del Valle, s.f.)



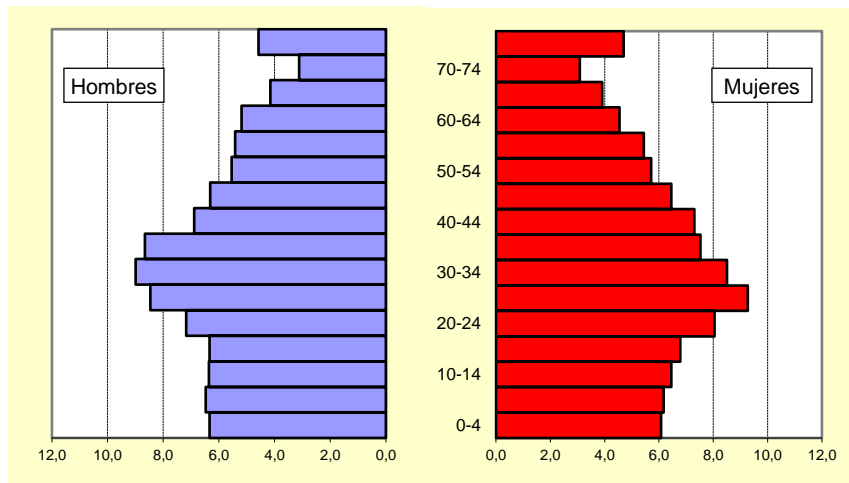
## DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

### 1. Estructura de la población

Las pirámides poblacionales brindan información muy valiosa en cuanto al comportamiento de una población, permite determinar si hay altos niveles de mortalidad infantil, si ha existido importantes flujos migratorios, cual es la composición de los diferentes grupos de edad. Con estos datos por grupos de edad también podemos calcular algunos indicadores socioeconómicos, como lo es la dependencia demográfica, entre otros

#### Gráfico 1.

#### HojanCHA: Pirámide poblacional por grupos de edad y sexo. 2022



Fuente, INEC, Proyecciones 2022

Según los datos de las proyecciones de población del año 2022, el tipo de pirámide población es regresiva ya que presenta una base más estrecha que el centro y cima relativamente ancha, lo que indica que cada vez más la población se va envejeciendo y han disminuido los nacimientos.



El comportamiento de la pirámide poblacional también se ve reflejado en la razón de dependencia económica que no ha variado en los últimos 10 años, donde se mantiene entre 42-44 personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente independientes.

## **2. Fecundidad**

Dado que la población de Hojancha es pequeña, es usual que la cantidad de nacimientos anuales en muchas ocasiones no lleguen ni a 100 nacimientos, como fue el caso en el 2021, año en el cual se registró 77 nacimientos. Para ese año, se estimó que hubo una tasa de fecundidad de 9,5 nacimientos por cada 1000 habitantes.

A través de los años, la tendencia es una disminución en los nacimientos anuales en la población de Hojancha, entre los años 2009 y 2013 se presentaban un promedio de 14, 2 nacimientos por cada 1000 habitantes.

## **3. Esperanza de vida al nacer**

Una parte de Costa Rica destaca a nivel mundial como una “Zona Azul”, la cual se caracteriza por la alta longevidad saludable de su población, en donde hombres y mujeres superan el promedio de expectativa de vida, inclusive con edades de más de 100 años. Hablamos de cinco cantones de Guanacaste, los cuales se ubican en la Península de Nicoya: Santa Cruz, Hojancha, Carrillo, Nandayure y, parte del cantón de Nicoya. (Salud, 2017)

La alta esperanza de vida de en la Península de Nicoya, supera el promedio nacional de 77,25 años en los hombres y los 81,9 años en las mujeres, según datos del Ministerio de Salud. Inclusive cuenta con una población superior a los 5.000 habitantes mayores de 75 años.



#### 4. Conformación Étnica

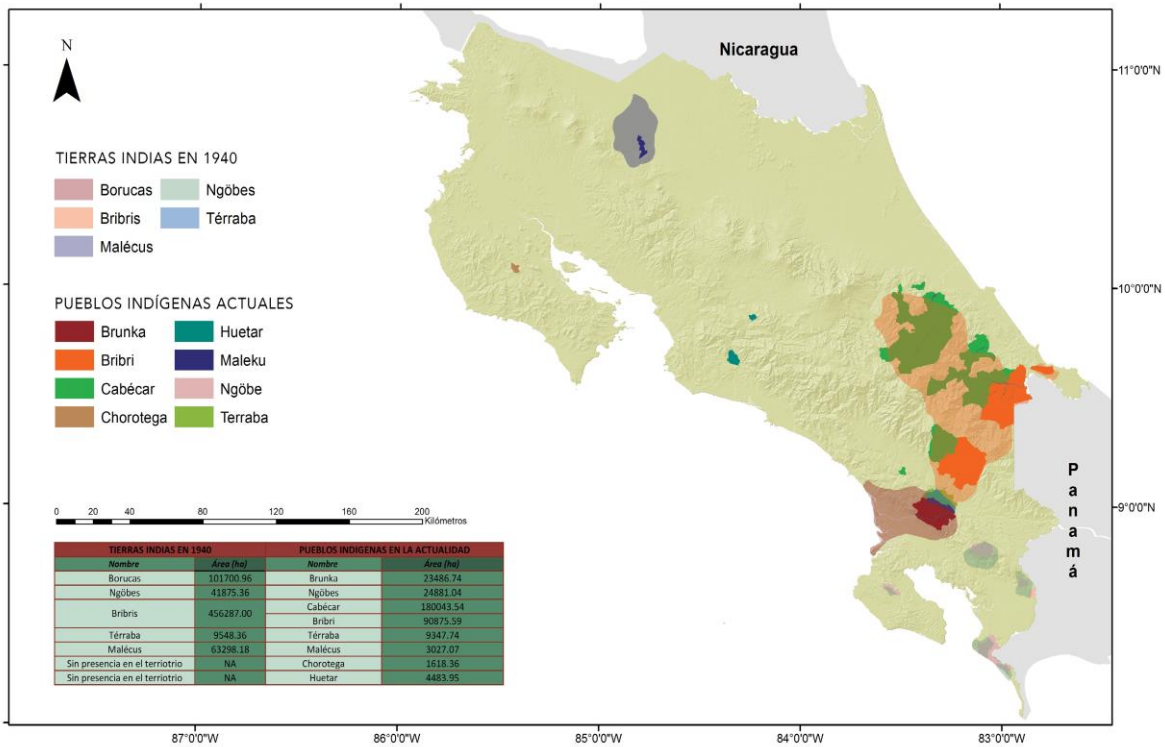
Los hábitos y prácticas culturales en una población dependerán de la realidad socioeconómica en la que vive cada persona, existirá diferencia entre las personas que viven una zona urbana, que en teoría tiene mayor accesibilidad a los servicios básicos, a otra persona que habita en zona rural, donde tiene limitaciones a ciertos servicios básicos, como acceso a agua potable.

Además, en el cantón, existe un asentamiento del pueblo indígena de Matambú, esto también influye a que en el cantón se encuentren diferentes culturas entre los pobladores.

En la época precolombina, el territorio perteneciente al actual cantón de Hojanca formaba parte de una de las provincias de los indígenas llamados Chorotegas.

La colonización de Hojanca se inició a partir de 1910, con los primeros pobladores que provenían de Matambú y de los cantones de San Ramón, Atenas y Palmares, por tal razón es que algunas costumbres de la población son más parecidas a estos otros cantones de la meseta central que el resto de los cantones de la provincia de Guanacaste. (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1995)

En el cantón, se ubica uno de los 8 pueblos indígenas existentes en el país, el cual es Chorotega, este pueblo se ubica en la reserva indígena Matambú, cuenta con un territorio de 1618.36 ha, hablan español, y tiene acceso a todos servicios como lo son educación, salud, agua, luz, carretera nacional. Dentro de la reserva indígena, se encuentra una escuela con kinder, un CEN CINAI y un puesto de visita periódica adscrito al Área de Salud de Hojanca.



Fuente: Atlas de los Territorios Indígenas de Costa Rica, UCR 2014

Cuentan con una estructura organizativa comunal que se rige bajo la ley 3859, donde su máxima autoridad es una Asociación de Desarrollo Integral, en la cual existe una Junta Directiva es elegida en una Asamblea con participación de los asociados.

### 5. Educación

En el cantón de Hojancha, desde el 2021 solamente existen centros educativos públicos, desde el grado de materno (a partir de los 4 años) hasta secundaria en modalidad de colegio técnico. En el cantón no hay universidades, por lo cual que la población tiene que incurrir en traslados a otros cantones de Guanacaste o inclusive fuera de esta para poder cursar carreras universitarias.



Según los datos del censo del 2011, en Hojancha el porcentaje de alfabetismo de personas de mayores de 10 años era de 96,49%, parecida a la tasa nacional la cual era de 97,60%.

## **6. Servicios de salud**

En el cantón, la mayoría de los servicios de salud son brindados por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Hojancha cuenta con un Área de Salud de Hojancha que brinda servicios a casi el 100% de la población del cantón, ya que una porción del distrito de Puerto Carrillo es asumida por el Área de Salud de Nicoya.

El Área de Salud, está constituida por 2 EBAIS, uno se ubica en la sede del Área de Salud y el otro EBAIS la sede es la localidad de Santa Marta, pero este segundo EBAIS tiene 4 puestos de visita periódica: Lajas, Monte Romo, Huacas y Matambu.

Los servicios brindados por parte del AS Hojancha son:

- Medicina General
- Medicina Familiar y Comunitaria
- Laboratorio microbiológico
- Servicios odontología
- Trabajo social
- Farmacia
- Vacunación
- Enfermería.



## DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIECONÓMICAS

### 1. Gobierno

Hojancha al ser un cantón, cuenta con una Municipalidad, donde se destacan alcalde y Vicealcalde, los cuales son elegidos por elección popular cada cuatro años, a su vez existe un Concejo Municipal compuesto por 5 regidores propietarios, 5 regidores suplentes y 5 síndicos.

### 2. Economía

En el cantón existen un mayor porcentaje de personas mayores de 15 años que están fuera de la fuerza laboral.

#### Cuadro 1.

#### Hojancha: Características económicas, comparación CENSOS 2000 y 2011

### Características económicas

	2000	2011
Personas fuera de la fuerza de trabajo (15 años y más)	59,0	56,2
Tasa neta de participación	41,0	43,8
<i>Personas en la fuerza de trabajo (ocupadas y desocupadas) por cada 100 personas de 15 años y más</i>		
Hombres	66,9	63,6
Mujeres	13,6	23,3
Porcentaje de población ocupada no asegurada	25,3	17,7

**Fuente:** INEC, Indicadores Cantonales Censos nacionales de Población y Vivienda 2000 y 2011

Esta relación ha presentado una disminución en el porcentaje en los últimos 11 años, se ve reflejada en el gráfico anterior. Es importante resaltar que la fuerza laboral del cantón para el año 2011 es predominantemente masculina.



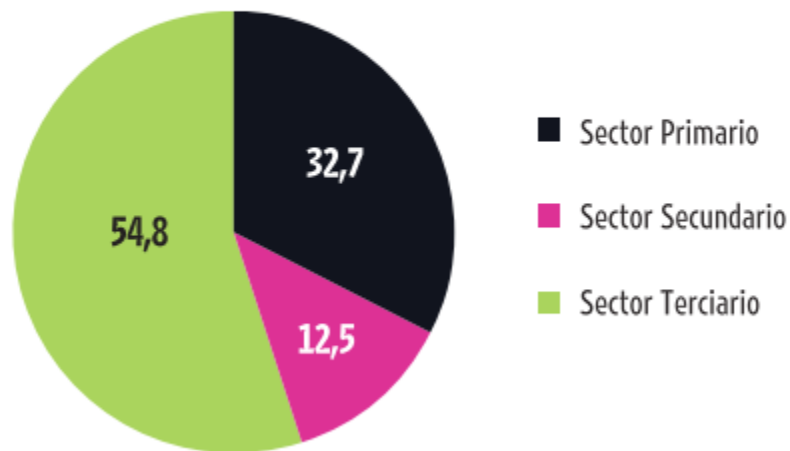
En los resultados del censo 2011, de una población de 5521 personas mayores de 15 años solo 2363 indicaban encontrarse ocupadas y el 54.8% realiza actividades económicas del sector terciario. Esta distribución por sectores ha presentado una evolución ya que anteriormente predominaba las actividades del sector primario.

**Gráfico 2.**

**Hojancha: Población ocupada por sector económico, 2011**

---

**Población ocupada por sector económico**



**Fuente:** INEC, Indicadores Cantonales Censos nacionales de Población y Vivienda 2000 y 2011



## DESCRIPCIONES CARACTERÍSTICAS DE PRESENCIA DE RIESGOS

### 1. Amenazas hidrometeorológicas del cantón.

El cantón de Hojancha tiene una red fluvial bien definida, la misma cuenta con grupos de ríos y quebradas que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón.

Debido al cambio que presentan los ríos en su capacidad hidráulica debido a construcciones habitacionales cerca, desarrollo de actividad agrícola y agropecuaria, es lo que provoca el desbordamiento de ríos y quebradas. Según la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), las zonas o barrios que pueden ser más afectados y con alto riesgo de inundaciones y flujos del lodo de los ríos son: Estrada Rábago, Santa Marta, El Jobo, Lajas y Pilangosta.

### 2. Amenazas geológicas

El cantón de Hojancha se localiza dentro de una región sísmica caracterizada por presentar eventos generados por el choque de las Placas Coco – Caribe.

Los efectos geológicos más importantes de un sismo son:

- ✓ Amplificaciones de la honda sísmica en aquellos lugares donde el tipo de suelo favorece este proceso (terrenos conformados por arenas y aluviones).
- ✓ Licuefacción del suelo, el poblado más vulnerable es Puerto Carrillo.
- ✓ Deslizamiento. Las áreas más vulnerables son aquellas localizadas hacia el sur del cantón donde se encuentran los poblados de: Estrada Rábago, Santa Marta, El Jobo, Altos del Socorro, San Rafael y Maravilla.
- ✓ Tsunami o maremotos. Poblado a lo largo de la costa como Puerto Carrillo.
- ✓ Asentamientos de terrenos. Sectores donde se han practicado rellenos mal compactados.
- ✓ Fracturas en el terreno con daños diversos a la infraestructura.



## Deslizamientos

Las características topográficas y geológicas propias del cantón lo hacen vulnerable a la inestabilidad de laderas, sobre todo hacia suroeste-este del cantón, donde la pendiente de terreno es más abrupta.

En terrenos donde se han practicado cortes de caminos y rellenos pocos compactados son más susceptibles.

Los efectos más importantes de los deslizamientos serían:

- ✓ Sepultamiento de viviendas.
- ✓ Daños a diversos caminos.
- ✓ Flujos de lodo.
- ✓ Daños a ganadería y cultivos.

### Cuadro 2:

#### Hojancha: Resumen de amenazas de riesgo presentes en el cantón.

Tipo de Amenaza	Distrito	Barrio o Poblado	Factores de Vulnerabilidad
Inundación	Puerto Carrillo	Estrada Rábago	Vivienda, Infraestructuravial, Acueducto Estrada.
	Hojancha	Los Cerros, Pilangosta, Hojancha	Servicio eléctrico, Cultivos.
Sísmica	Todo el cantón	Todo el cantón	Vivienda, infraestructuravial, Acueductos, Telecomunicaciones, comercio, productivo, educativos, Edificios Públicos.
Tsunami	Puerto Carrillo	Puerto Carrillo	Vivienda, Infraestructuravial, Acueductos, Telecomunicaciones, comercio, productivo, educativos, Edificios Públicos.
Deslizamientos	Hojancha	Hojancha	Ruta 158: Principal acceso al cantón.
Incendios	Todo el cantón	Todo el cantón	Habitad del cantón
Materiales peligrosos	Hojancha	Hojancha	Gasolinera

Fuente: Plan de Emergencias, CME Hojancha



## CAPÍTULO II: PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS



## PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Se utilizará la mortalidad como parámetro general para la priorización en una primera etapa de ASIS, ya que se establece como prioridad analizar las causas de la mortalidad en la población y cuáles son las estrategias más adecuadas para abordar dichos diferenciales en la salud.

### I. METODOLOGIA DE PRIORIZACIÓN DEL EQUIPO ASIS BASADO EN MORTALIDAD

Se debe realizar una priorización de las causas de mortalidad general y posteriormente por grupos de edad por curso de vida dando énfasis en dicho análisis a las tres primeras causas de mortalidad de cada grupo. Las bases de mortalidad que se utilizaron fueron las dadas por nivel central con información del INEC de los años 2015-2020.

Las principales causas de Mortalidad por grupos de edad por curso de vida fueron:

- ✓ Menores de 1 año: Solo hay una única causa de mortalidad que fue malformaciones congénitas.
- ✓ Niñez 1-9 años: en los años seleccionados, no se registraron muertes en esta población.
- ✓ Adolescencia 10 – 19 años: Lesiones autoinfligidas (suicidios)
- ✓ Persona adulta 20 – 64 años: Lesiones autoinfligidas (suicidios)
- ✓ Personas adultas mayores de 65 años: Cáncer (mama, próstata, colorrectal, cérvix)
- ✓ Población general: Infarto agudos de miocardio.



## **II. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON LA COMUNIDAD**

La priorización de los problemas de salud de la comunidad permite conocer e identificar desde la comunidad lo que afecta su salud. Esta priorización fue desarrollada en un taller con actores sociales que fueron escogidos después del mapeo de los actores presentes en la comunidad.

Después desarrollar los pasos de la metodología donde primeramente se identificaron 45 problemas, se llegó a un consenso de 3 problemas que afectaban a todas las comunidades del cantón, las cuales fueron:

- ✓ Disponibilidad y calidad del agua potable
- ✓ Drogadicción (consumo y las problemáticas que conlleva)
- ✓ Problemas de acceso a servicios de salud.

## **III. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

No se estableció una metodología para la priorización de los problemas de salud mental, sin embargo, en los últimos años el tema de salud de mental ha tomado mayor relevancia y se ha empezado a visualizar como un tema de salud, por tal razón es que el equipo de ASIS de Hojancha, basándose en el comportamiento de los problemas ya identificados, considero hacer un análisis más detallado de los siguientes problemas:

- ✓ Lesiones autoinfligidas 20-64
- ✓ Drogadicción
- ✓ Infarto Agudo al miocardio.



## **CAPÍTULO III: ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD MENTAL POBLACIÓN DE HOJANCHA**



## I JUSTIFICACIÓN

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

Este proceso favorece las relaciones intergeneracionales, el desarrollo de las competencias y capacidades intelectuales, emocionales sociales y productivas e incluye el ejercicio de derechos y deberes.

Es importante entender que la Salud Mental está determinada por factores tales como biológicos, emocionales, ambientales, socioeconómicos, culturales, y sistemas y servicios de salud. (Política Nacional de Salud Mental 2012-2021)

Realizar un diagnóstico en salud mental es de vital importancia por varias razones. En primer lugar, un diagnóstico preciso permite comprender y clasificar los síntomas y problemas que una persona está experimentando. Esto ayuda a los profesionales de la salud a identificar la condición subyacente y diseñar un plan de abordaje adecuado. Además, un diagnóstico en salud mental ayuda a eliminar la estigmatización asociada con los trastornos mentales al reconocerlos como enfermedades legítimas. Esto puede fomentar la comprensión y empatía hacia las personas que los padecen, promover una mayor accesibilidad a los servicios de salud mental.

El diagnóstico también es fundamental para la investigación y el avance de la ciencia en el campo de la salud mental. Permite recopilar datos, identificar patrones y desarrollar mejores intervenciones y tratamientos. También facilita la comunicación entre profesionales de la salud y promueve la colaboración en atención al paciente.



En resumen, el diagnóstico en salud mental es esencial para comprender, tratar y abordar los trastornos mentales de manera efectiva, reducir el estigma y promover el bienestar emocional y psicológico de las personas.

## II SELECCIÓN DE INDICADORES

### Indicadores de servicios de salud

Los indicadores en salud mental son medidas o variables que se utilizan para evaluar, cuantificar y dar seguimiento al estado de salud mental de las personas y poblaciones.

- Razón de psiquiatras: 0 para una población de 8085 habitantes
- Razón de psicólogos: 0 para una población de 8085 habitantes
- Razón de trabajadores sociales: 1 para una población de 8085 habitantes.
- Razón de enfermeras en salud mental: 0 para una población de 8085 habitantes.

Desde el EBAIS de nuestro cantón se brinda atención a las situaciones relacionadas con salud mental que se presentan, sin embargo, se refieren al Hospital la Anexión en el cual se cuenta con 3 psicólogos, 3 enfermeras en salud mental y 5 trabajadores sociales, no hay psiquiatra en este momento; o al Enrique Baltodano, que se consideran de una atención más especializada en psiquiatría o salud mental.

### Indicadores relacionados con Salud Mental.

La relación entre los factores sociales y de salud mental es compleja. Los factores sociales como el entorno en el que vivimos, nuestras interacciones sociales, las normas culturales y las condiciones socioeconómicas, pueden tener un impacto significativo en nuestra salud mental. Algunos de los aspectos clave para entender mejor son:



## **Factores sociales**

- Apoyo social: las relaciones sociales positivas y un sólido sistema pueden promover la salud mental y proporcionar un sentido de pertenencia, conexión y seguridad emocional. Por el contrario, la falta de apoyo social puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.
- Exclusión social y estigma: la discriminación, la exclusión social y el estigma asociados con ciertos grupos sociales (por ejemplo, raza, género, orientación sexual, discapacidad, etc.) pueden tener un impacto negativo en la salud mental de las personas. Pueden generar estrés crónico, baja autoestima y sentimientos de desesperanza.
- Desigualdades socioeconómicas: las desigualdades en los ingresos, la educación y el acceso a recursos básicos pueden afectar la salud mental. Las personas en situaciones socioeconómicas desfavorables tienen un mayor riesgo de sufrir estrés crónico, depresión y otros trastornos mentales. El doble golpe que ha recibido el país y el mundo, primero por la pandemia del covid-19 en 2020 y, más recientemente, por los factores nacionales e internacionales que, desde finales del 2021, están desacelerando la recuperación económica, han afectado de manera desigual las condiciones de vida de amplios sectores de la sociedad. Pese a que el año 2021 tuvo un “efecto rebote” en la mayoría de los indicadores sociales, estos aún no recobran los niveles prepandemia. Los mayores rezagos se observan en los sectores de la población históricamente más excluidos. En el 2021 la pobreza por ingresos permanecía en niveles comparativamente altos en lo que va del siglo XXI. A pesar de su reducción en relación con el



2020, los datos sugieren una situación de fragilidad social, pues una cantidad importante de hogares entran y salen de esta condición de un año a otro. Como lo han mostrado ediciones anteriores del Informe, la pobreza tiene intensidades distintas según el tipo de hogar y el territorio donde habiten las personas.

- Normas culturales y presiones sociales: las expectativas culturales y las presiones sociales pueden influir en la salud mental. Por ejemplo, los estándares de belleza irrealista, las normas de género restrictivas o la presión para tener éxito pueden generar estrés y afectar negativamente la autoestima y el bienestar emocional.

Es importante reconocer que la relación entre factores sociales y salud mental es bidireccional. Mientras que los factores sociales pueden influir en la salud mental, también es cierto que los problemas de salud mental pueden afectar las relaciones sociales y la participación en la comunidad. Por lo tanto, abordar los determinantes sociales y promover entornos sociales saludables es fundamental para promover el bienestar mental de las personas y las comunidades en su conjunto.

La salud mental es el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos y psicológicos. Tanto factores biológicos como psicológicos desempeñan un papel importante en el desarrollo y la manifestación de los trastornos mentales.

### **Factores biológicos:**

- Genética: existen evidencias de que ciertos trastornos mentales tienen una base genética, lo que significa que pueden transmitirse de generación en generación. Las variaciones genéticas pueden influir en la susceptibilidad de una persona a desarrollar trastornos mentales.



- Neuroquímica: los desequilibrios en los neurotransmisores, como la serotonina, la dopamina y el GABA, pueden estar asociados con trastornos mentales. Estos desequilibrios pueden afectar el estado de ánimo, la cognición y el funcionamiento emocional.
- Estructura cerebral y función: algunos trastornos mentales han sido vinculados a diferencias en la estructura y función del cerebro. Por ejemplo, la esquizofrenia se asocia con alteraciones en la conectividad cerebral y la depresión con una reducción del tamaño del hipocampo.

### **Factores psicológicos:**

- Experiencias de vida: las experiencias de vida tempranas y los eventos estresantes pueden tener un impacto significativo en la salud mental. El abuso, la pérdida, el trauma y otros factores estresantes pueden desencadenar el desarrollo de trastornos mentales o agravar los existentes.
- Estilos de pensamiento y procesos cognitivos: los patrones de pensamientos negativos, la baja autoestima, la rumiación y los sesgos cognitivos pueden contribuir al desarrollo de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad.
- Aprendizaje y condicionamiento: las experiencias de aprendizaje pueden influir en el desarrollo de manifestaciones de trastornos mentales. Por ejemplo, el condicionamiento puede contribuir a la formación de fobias o trastornos de ansiedad específicos.
- Los factores biológicos pueden influir en los procesos psicológicos y viceversa. Además, otros factores, como los



sociales y los ambientales, también interactúan con los biológicos y psicológicos para influir en la salud mental.

- En última instancia, un enfoque integral de la salud mental debe considerar y abordar tanto los factores biológicos como los psicológicos para comprender plenamente los trastornos mentales y desarrollar estrategias de tratamiento y prevención efectivas.

Para poder cuantificar el peso de las enfermedades mentales en el cantón, se escogieron 7 trastornos los cuales son notificados al Área Rectora de Salud mediante la boleta VE01, los cuales se describen a continuación:

**TRASTORNO BIPOLAR AFECTIVO:** Según la OMS, en 2019, 40 millones de personas padecían trastorno bipolar. Las personas afectadas experimentan episodios depresivos alternados con períodos de síntomas maníacos. Durante el episodio depresivo, experimentan un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días. Los síntomas maníacos pueden incluir euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía y otros síntomas, como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. Las personas con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de cometer suicidio. Sin embargo, existen opciones terapéuticas eficaces, como psicoeducación, reducción del estrés y fortalecimiento del funcionamiento social y medicación.

Para el año 2021 en nuestro cantón no se registraron casos por trastorno bipolar afectivo



## **TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO**

**DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:** Los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, también conocidos como trastornos por consumo de sustancias, son afecciones en las que el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, como drogas o alcohol, resultan en cambios significativos en el pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona. Estos trastornos se caracterizan por una dependencia física y psicológica de las sustancias, lo que conduce a problemas funcionales y deterioro en diversos aspectos de la vida de la persona, como las relaciones interpersonales, el rendimiento laboral o académico, la salud física y emocional, entre otros.

Los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas pueden incluir condiciones como el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno por consumo de drogas, la intoxicación, el síndrome de abstinencia y las complicaciones psiquiátricas asociadas con el consumo de sustancias.

El tratamiento de estos trastornos requiere un enfoque multidisciplinario que abarca intervenciones médicas, psicológicas y de apoyo social.

**ESQUIZOFRENIA:** A escala mundial, la esquizofrenia afecta a unos 24 millones de personas, es decir, a una de cada 300 personas. Quienes padecen esquizofrenia tienen una esperanza de vida de 10 a 20 años por debajo de la de la población general. La esquizofrenia se caracteriza por una importante deficiencia en la percepción y por cambios de comportamiento. Los síntomas pueden incluir persistencia de ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento muy desorganizado o agitación extrema. Las personas que padecen esquizofrenia pueden ver entorpecidas de forma persistente sus capacidades cognitivas. Sin embargo, existen diversas opciones terapéuticas



eficaces, entre las que se cuentan la medicación, la psicoeducación, las intervenciones familiares y la rehabilitación psicosocial.

**DEPRESIÓN:** En 2019, 280 millones de personas padecían depresión, entre ellos 23 millones de niños y adolescentes (1). La depresión es distinta de las alteraciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Concurren varios otros síntomas, como dificultad de concentración, sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía. Las personas que padecen depresión tienen un mayor riesgo de cometer suicidio. Sin embargo, existe un tratamiento psicológico eficaz, y dependiendo de la edad y la gravedad, también se puede considerar la medicación.

**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO:** Los trastornos mentales y del comportamiento afectan la forma en que una persona piensa, siente o se comporta. Estos trastornos pueden ser causados por una combinación de factores genéticos, químicos y ambientales, y pueden variar en su gravedad y duración.

Los trastornos mentales y del comportamiento abarcan una amplia gama de condiciones como la depresión, la ansiedad, los trastornos de la alimentación, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y muchos otros. Cada trastorno tiene síntomas



específicos que afectan el pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona.

Es importante destacar que los trastornos mentales y del comportamiento son condiciones médicas legítimas que requieren atención y tratamiento adecuados.

La ayuda de profesionales de la salud mental, como psicólogos o psiquiatras es fundamental para diagnosticar y tratar estos trastornos.

**SUICIDIO**: Los suicidios y lesiones auto infligidas no figuran en las estadísticas de los trastornos mentales. No obstante, la prevención del suicidio y la atención de las personas que intentan suicidarse, al igual que la atención de las familias afectadas por las repercusiones, forman en muchos países parte importante de los programas de salud mental. La importancia de los factores psicológicos y psicosociales que influyen en su comisión y los efectos sobre los sobrevivientes justifican ampliamente su inclusión. La depresión es el trastorno mental asociado más frecuentemente con la conducta suicida; también se ha observado una asociación con la esquizofrenia, el abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad. Un número apreciable de fallecimientos por suicidio no aparecen en los registros de mortalidad, debido en parte a que son registrados frecuentemente como muertes accidentales, por obra del estigma que acompaña al hecho, por razones religiosas o de otra índole. En el mundo, el suicidio es una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes, lo que representa un grave problema de salud pública.

**VIOLENCIA**: Las conductas violentas, en todas sus manifestaciones, constituyen una pandemia que afecta a toda la población del mundo, al punto que la Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 1966 la resolución WHA49.25 en la que se declara que la violencia es un principal problema mundial de salud pública.

La OMS define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o



comunidad y que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Fuente: OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002. El concepto de violencia no sólo engloba los actos físicos causantes de muerte y lesiones, sino también las acciones de carácter psicológico, las amenazas e intimidaciones y sus consecuencias en el individuo, la familia y la comunidad.

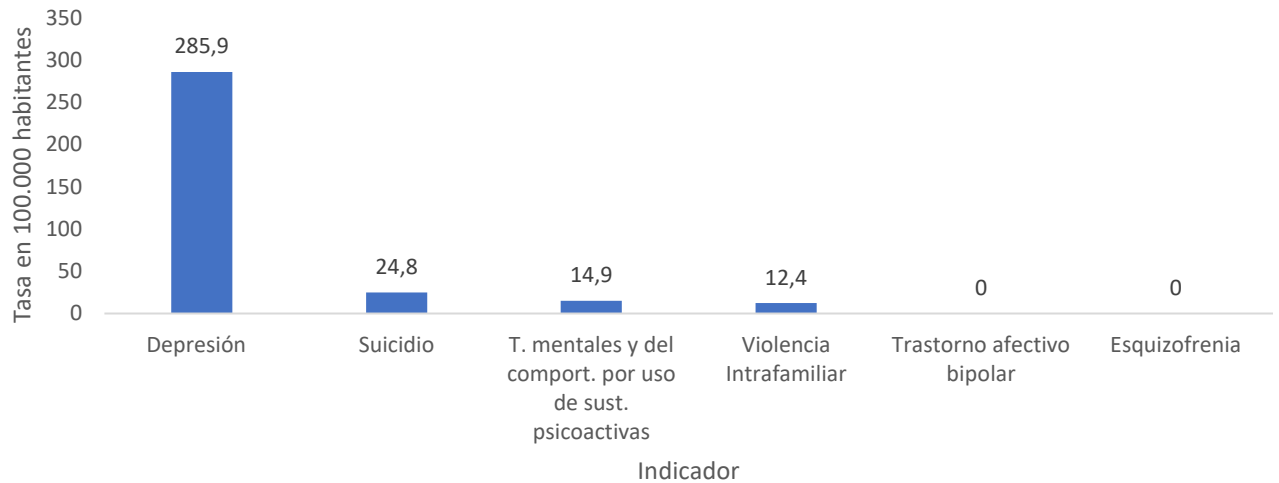
La violencia intrafamiliar representa en Costa Rica un problema de salud pública y de seguridad ciudadana. Se produce habitualmente entre miembros de la familia, con frecuencia entre miembros de la pareja. En numerosas ocasiones la consecuencia de la violencia familiar es la muerte o la discapacidad de la persona agredida. Entre las víctimas sobrevivientes del género femenino una tercera parte sufre episodios de depresión y están en mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas, sufrir de dependencia del alcohol o consumir psicofármacos indebidamente. La fuente más utilizada para la medición de la violencia son las estadísticas de mortalidad y morbilidad, aunque las muertes por violencia frecuentemente están sub registradas.

Para el cantón de Hojancha se muestra gráficamente el comportamiento de cada uno de estos trastornos durante el año 2021.



### Gráfico 3.

#### Hojancha: Indicadores relacionados con la Salud Mental, año 2021



Fuente: Construcción propia, con datos de reportes VE01, Vigilancia Salud.

Según los datos que se observan en el gráfico se puede señalar que, durante el año 2021 para los indicadores de trastorno bipolar afectivo, esquizofrenia, trastornos mentales y de comportamiento no se presentaron casos. Por el contrario, no se muestra un panorama tan positivo para los indicadores de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en la que se muestra una tasa de 14.9 casos, en cada 10.000 personas. Para el indicador de depresión fue de 285.9, suicidio 24.8, violencia 12.4 por cada 100 000 habitantes.



**Cuadro 3:**

**HojanCHA: Indicadores de Salud mental, 2022**

<b>Análisis integral del indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Cálculo</b>
<b>Tasa de trastorno bipolar afectivo</b>	Número de casos reportados de trastorno afectivo bipolar por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, f30-f39	No se reportaron casos durante el 2021
<b>Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas</b>	Número de casos reportados de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas por cada 10.000 habitantes. en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F10-F19	14.9 casos en 10.000
<b>Tasa de esquizofrenia</b>	Número de casos reportados de Esquizofrenia por cada 100000 habitantes en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F20-F29	No se reportaron casos durante el 2021
<b>Tasa de depresión</b>	Número de casos reportados de depresión por cada 100000 habitantes. en una población estimados en determinado espacio geográfico en el mismo período CIE-10, F32-33	285.9 casos en 100.000 habitantes



---

<b>Tasa suicidio</b>	La Mortalidad por Suicidio es el número total de defunciones estimadas por suicidio en una población total o determinado por sexo y/o edad dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes. Cod.X60 al X83.8 Lesiones autoinfligidas intencionadamente por medios no especificados	Tasa suicidio 24.8 casos en 100.000 habitantes
<b>Tasa de violencia</b>		12.4 por 100.000

---

Fuente: Construcción propia, con datos notificados VE01, 2022

## IV CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### Descripción de características de presencia de riesgo

Durante el año 2015, en Costa Rica, según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), el suicidio fue la tercera de causa de muerte para las edades de 15 a 29 años, lo que se relaciona con lo ocurrido a nivel mundial según información de la OMS, estas muertes fueron superadas por los accidentes de tránsito y los homicidios.

El comportamiento de los casos de suicidio en el país era una tendencia a la baja entre los años 2009 al 2012, sin embargo, en el 2013 se evidenció un aumento de 40 decesos en comparación con el 2012.

La presencia de riesgos para el comportamiento suicida puede manifestarse a través de varias características. Algunas de las señales y factores de riesgo comunes incluyen:



1. Ideación suicida: pensamientos recurrentes o preocupación acerca de la muerte, el deseo de morir o la sensación de que sería mejor estar muerto.
2. Cambios en el comportamiento: alteraciones significativas en el comportamiento como aislamiento social, retirarse de actividades o relaciones previas, cambios extremos en el estado de ánimo o en los patrones de sueño y apetito.
3. Desesperanza y desesperación: sentimientos intensos de desesperanza, desesperación o desesperanza crónica que pueden ser expresados verbalmente o a través de escritos personales.
4. Pérdida de interés: pérdida de interés o placer por actividades que antes eran importantes o placenteras, incluyendo hobbies, trabajo o relaciones.
5. Cambios emocionales: fluctuaciones emocionales significativas, como irritabilidad, tristeza profunda, ansiedad extrema o agitación.
6. Historia previa de intentos de suicidio: un intento de suicidio previo es uno de los factores de riesgo más fuertes y debe tomarse muy en serio.
7. Abuso de sustancias: el consumo excesivo de sustancias o drogas puede aumentar el riesgo de comportamiento suicida.
8. Problemas de salud mental: la presencia de trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia u otros trastornos psiquiátricos, puede incrementar la vulnerabilidad al comportamiento suicida.
9. Situaciones de crisis o eventos estresantes: experiencias traumáticas, pérdidas significativas, conflictos familiares o problemas financieros pueden aumentar la posibilidad de considerar el suicidio como una opción.

La presencia de estos factores de riesgo no necesariamente indica que una persona vaya a cometer suicidio, pero es importante tomar en serio cualquier indicio o señal de comportamiento suicida y buscar ayuda profesional de inmediato.



## **Oferta de servicios en salud mental a nivel público:**

En nuestro cantón contamos con los siguientes profesionales que forman parte del equipo de trabajo de la CCSS:

1. Médico de familia.
2. Trabajadora Social.
3. Enfermera

Estas personas son las encargadas de abordar las situaciones en salud mental que se presentan y en algunos casos se hacen referencias al EISAM (Equipos Integrales de Salud y Atención Mental) del Hospital La Anexión de Nicoya. Todo esto dificulta que la atención de los casos con riesgo suicida se aborde de manera adecuada generando al mismo tiempo situaciones en donde no hay un acceso efectivo a terapias provocando que se dé un estigma y falta de apoyo hacia este grupo de personas generando falta de comprensión, empatía hacia las personas que sufren de problemas de salud mental, dificultando que se propicie un ambiente adecuado para ellos. Se da, además, una mayor carga para otros profesionales por ejemplo médicos de atención primaria que asumen una carga adicional. Lo cual puede afectar la calidad de la atención general y la capacidad de abordar de manera adecuada las necesidades de salud mental de los pecientes.

## **Oferta de servicios en salud mental a nivel privado:**

Se cuenta con un consultorio de psicología a nivel privado que cubre las necesidades de atención psicológica de la población cuando se tiene la posibilidad de pagar por sus servicios.

## **Redes comunitarias:**

Las redes comunitarias son sistemas de apoyo y recursos diseñados para prevenir situaciones de riesgo en el nivel local.

En nuestro cantón contamos con la Instancia Local de Abordaje Interinstitucional del Suicidio (ILAIS) como una instancia de coordinación que permiten a sus



integrantes detectar y en la medida de lo posible abordar y referir casos que se consideran de riesgo suicida. Además, se cuenta con la Red Cantonal de Actividad Física y Salud de Hojancha (RECAFIS), que promueve la adopción de estilos de vida saludables mediante la ejecución de actividades con grupos de la población de diferentes edades, por otro lado, la Red de Prevención de la Violencia contra la Mujer (Red VIF) que busca prevenir situaciones de riesgo para la población en el tema de violencia de género. Promueve espacios de reflexión en el tema.

### **Proyectos o actividades implementadas en el último quinquenio:**

Desde la Instancia Local para el Abordaje Integral del Suicidio se organiza cada año la Celebración de “Un día por mi Salud Mental”. Esta actividad nace a partir del año 2018 por iniciativa de la Instancia Local de Abordaje Integral del Suicidio y se realiza gracias a la articulación interinstitucional para poder ofrecer a la población un día de actividades de disfrute y sano esparcimiento que incluye: juegos tradicionales, sesión de yoga, zumba, bailes, inflables, charlas en temas como habilidades para la vida, manejo de emociones, autoestima, entre otros.

Desde la Red Cantonal de Actividad Física y Salud se desarrolla cada año un plan de trabajo que contempla el componente de salud mental y en donde se trabaja con poblaciones vulnerables a fin de empoderarles para que tomen decisiones acertadas en relación con su salud. Este proyecto es denominado Hojitas de Salud y se ha llevado a diferentes distritos a fin de que sea aprovechado por todo el cantón y no solo se concentren las actividades en el centro. También se han incluido diferentes grupos poblacionales como adultos mayores, mujeres, niños/as, trabajo con población indígena de Matambú.

### **Investigaciones en salud mental en el último quinquenio:**

En el año 2018 como comisión de prevención del suicidio actualmente ILAIS se elaboró el “Diagnóstico comunitario sobre el suicidio en el cantón de Hojancha, abordaje psicosocial del suicidio”, esto con el fin de obtener una mejor comprensión



de la problemática del suicidio en el cantón de Hojancha y luego desarrollar estrategias que permitieran prevenir el suicidio en esta comunidad. Para lograr este objetivo se utilizó una metodología de tipo cualitativa, la cual propicia el profundizar en la problemática a partir de las nociones, percepciones y actitudes que manejan las personas que forman parte de la comunidad. Como explican (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006)“esta clase de datos es muy útil para capturar de manera completa (lo más que sea posible) y, sobre todo, entender los motivos subyacentes, significados y las razones internas del comportamiento humano” (p. 583).

### **Identificación de sistemas de información en salud mental:**

Se cuenta con boleta VE01 y boleta de envío interinstitucional de personas con riesgo suicida de la CCSS.

### **Factores protectores identificados**

Se entiende por factores protectores aquellos elementos o condiciones que ayudan a prevenir o mitigar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental o trastornos psicológicos. Estos factores pueden promover la resiliencia y el bienestar mental

#### **\_ Determinante (Eje) Biológico:**

Son todos aquellos elementos de la salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspecto orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, estructura poblacional más conocidos, ligados con la herencia, como los trastornos bipolares, la esquizofrenia, los trastornos del desarrollo y los procesos demenciales tipo de Alzheimer, seniles y vasculares como las más representativas. También los trastornos metabólicos que, si no son diagnosticados tempranamente, generarían trastornos neuropsiquiátricos de difícil manejo biopsicosocial.



A nivel de nuestro cantón se cuenta con alternativas que permiten proteger la salud de la población que, aunque sabemos que la genética por sí misma no se puede cambiar si es posible generar comportamientos que fortalezcan nuestro organismo para prevenir algunas enfermedades. Entre ellas destacan:

- Grupo de zumba consolidado.
- Comité cantonal de deportes y recreación incentivando la actividad física.
- Red Cantonal de Actividad Física y Salud de Hojancha desarrollando actividades de promoción de la salud en el cantón.
- Grupos organizados de Taekwondo, escuelas de futbol, basquetbol, grupos de baile folclóricos.

### **\_ Determinante (Eje) ambiental:**

Son los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano que modifica el estado de salud de las personas. Se entiende por ambiente humano al espacio donde vive una persona o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia. Se pueden citar la seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, la interrelación con otras especies, las condiciones de saneamiento básico, la posibilidad de contacto con plaguicidas, urbanización, las zonas verdes para el esparcimiento, la Recreación y el deporte y la geobiología, entre otros.

Se identifican para este determinante las siguientes estructuras comunales que permiten una adecuada articulación y mejorar el ambiente y sus condiciones para la población de nuestro cantón.

- Comité municipal de emergencias conformado.
- Comité Auxiliar de Cruz Roja.



- Comités de ASADAS constituidos en los pueblos.
- Servicio de recolección de basura dos veces a la semana.
- Centro de acopio de materiales valorizables funcionando.
- Comité Cantonal de Deportes y Recreación ejecutando actividades en el cantón.
- Contar con dos plazas de futbol, una cancha de futbol 5, un anfiteatro municipal.
- Salones Comunes en las diferentes comunidades del cantón.

### **\_ Determinante (Eje) socioeconómico y cultural:**

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



En nuestro cantón destacan las siguientes organizaciones comunales que vienen a fortalecer este determinante:

- Se cuenta con Oficina de la Mujer.
- Existencia de una Red de Prevención de la Violencia conformada.
- Atención mensual del IMAS.
- Existencia de la Junta de protección a la Niñez y la adolescencia.
- Existencia de una Asociación para la Atención de la Persona Adulta Mayor (Centro Diurno y Red de Cuido).
- Existencia de organizaciones no gubernamentales tales como CEMPRODECA y Asociación de Vivienda, las mismas brindan apoyo para la adquisición de vivienda a personas de escasos recursos económicos.
- Existencia de COOPEPILANGOSTA R.L que es la cooperativa de los caficultores del cantón.
- Existencia de una Cámara de Ganaderos.
- Contar con un grupo consolidado de Guías de Scouts.

### **\_ Determinante (Eje) sistemas y servicios de salud:**

Son aspectos relacionados con el acceso, equidad, cobertura de atención, personal de Salud Mental, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con las personas usuarias, disponibilidad de recursos materiales, insumos médicos, medicamentos y organización de los servicios. Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados; está relacionado con asignación y distribución inequitativa de los recursos, sucesos adversos, productos para la asistencia sanitaria, listas de



espera, burocratización, modelos y organización de la atención, insumos médicos entre otros.

Como aspectos a señalar dentro de este determinante tenemos que se cuenta con una médico de familia que valora los casos de Salud Mental. Un EISAM accesible. Se cuenta con dos EBAS de la CCSS. Pestos de atención periódica A nivel privado existen dos consultorios médicos privados.

## V PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

**Análisis de los principales problemas identificados relacionados con salud mental, en la comunidad desde la perspectiva de los actores sociales estratégicos.**

### **Infarto agudo al miocardio**

El infarto agudo de miocardio, conocido también como ataque al corazón, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. Infarto significa 'necrosis por falta de riego sanguíneo', con agudo se refiere a 'súbito', con mio a 'músculo' y con cardio a 'corazón'. Desde el punto de vista de la atención clínica, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado una verdadera urgencia médica. Las manifestaciones del infarto aparecen de forma súbita, y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es elevado. Además, la eficacia del tratamiento va a depender, en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su administración.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial y se calcula que cobran 17,9 millones de vidas cada año.

Las ECV son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos e incluyen enfermedades coronarias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades



cardíacas reumáticas y otras afecciones. Más de cuatro de cada cinco muertes por ECV se deben a ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, y un tercio de estas muertes ocurren prematuramente en personas menores de 70 años.

Los factores de riesgo conductuales más importantes de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares son una dieta poco saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo conductuales pueden manifestarse en individuos como presión arterial elevada, glucosa en sangre elevada, lípidos en sangre elevados y sobrepeso y obesidad. Estos “factores de riesgo intermedios” se pueden medir en los centros de atención primaria e indican un mayor riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

Se ha demostrado que dejar de consumir tabaco, reducir el consumo de sal en la dieta, comer más frutas y verduras, realizar actividad física regular y evitar el consumo nocivo de alcohol reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular. Las políticas de salud que crean entornos propicios para que las opciones saludables sean asequibles y estén disponibles son esenciales para motivar a las personas a adoptar y mantener comportamientos saludables.

Identificar a las personas con mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y garantizar que reciban el tratamiento adecuado puede prevenir muertes prematuras. El acceso a medicamentos para enfermedades no transmisibles y tecnologías sanitarias básicas en todos los centros de atención primaria de salud es esencial para garantizar que quienes lo necesitan reciban tratamiento y asesoramiento.

Según datos preliminares de la Dirección de Vigilancia de la Salud, los fallecimientos por infarto agudo de miocardio aumentaron en un 11% durante el año 2022, contabilizando un total de 2.144 casos ese año y 1.928 en el 2021.



Del total de fallecimientos durante el 2022, 869 corresponden a mujeres (40%) y 1.275 a hombres. (60%). Asimismo, el grupo etario más afectado son las personas mayores de 75 años, las cuales registran 1.178 defunciones del total reportado en el 2022.

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

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

Desde el Ministerio de Salud hemos desarrollado una serie de acciones para promover la salud como bienestar integral y no, necesariamente, como ausencia de enfermedad. Por esa razón instamos a la población a provechar los espacios públicos y particulares para el desarrollo de actividad física y recreativa bajo supervisión médica, ya que existen suficientes evidencias de que estas prácticas contribuyen a reducir factores de riesgo de sufrir cardiopatías y otras enfermedades.

Asimismo, el ministerio de Salud insiste en la necesidad de tomar acciones que favorezcan la prevención y control de cardiopatías, tales como: controlar la presión arterial, llevar dieta baja en grasas saturadas y colesterol, controlar el peso, consumir frutas y verduras y evitar el fumado.



En Hojancha, según las estadísticas de mortalidad desde el 2009 se la ha mantenido las enfermedades cardiovasculares (entre ellas el IAM) como la principal causa muerte en el cantón.

Según la metodología de ASIS, en la escogencia de los problemas priorizados por causa de muerte, tanto en la población mayor de 65 años y en la población en general, la primera causa de mortalidad son los IAM, sin embargo, se decidió analizar las causas de este problema para la población general, para tener un panorama de cómo llegar a prevenirlo en edades más tempranas y no causen todas las repercusiones en salud que no solo es la muerte de la persona si no también los largos periodos de recuperación o una incapacidad permanente, que repercute en la parte social cuando se ve afectado el principal proveedor dentro de una familia.

En el análisis de las causas raíz con los expertos, se lograron identificar causas en todas las dimensiones, lo que indica que para que se presenten los infartos en una población, es secundario a la conjugación de uno o varios factores en la vida de las personas, lo que reafirma el concepto de salud, que se tiene que ver como un balance de la persona y su entorno.

Los expertos identificaron causas internas y externas al individuo, como ejemplo, un individuo que sea portador de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión y que no tengan un adecuado manejo, tiene más riesgo de presentar un infarto versus a una persona conocida sana. También, se ha visto como factor predisponente los estilos de vida poco saludables que ha adoptado la población, donde hay mayor consumo de comidas con altos contenidos de azúcares y grasas, que favorecen a la aparición de dislipidemias y a su vez mayor riesgo de arteriosclerosis y sufrir infartos.

Como se observa los factores de riesgo para estos eventos son ampliamente modificables si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la intersectorialidad.



Dentro de las causas raíz priorizadas en los talleres se mencionaron las siguientes:

A nivel de comportamientos el consumo de tabaco, el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios como los más comunes relacionados principalmente con el estrés ocasionado por dificultades económicas y entornos familiares poco favorables.

Dentro de la parte biológica se mencionó, la diabetes, hipertensión arterial y enfermedad coronaria que se relaciona principalmente con la herencia del individuo y a un estilo de vida poco saludable.

A nivel de circunstancias materiales esta enfermedad fue relacionada con poca oferta de laboral aunado a que las existentes no ofrecen las condiciones básicas de formalidad requeridas para desempeñarse adecuadamente y por ende genera daños a la salud y en el acceso a los servicios de salud.

### **Lesiones autoinfligidas de 20 a 64 años**

El suicidio se entiende como aquellas conductas o acciones que una persona emprende con el objetivo de atentar contra su propia vida, como respuesta o motivadas ante múltiples factores psicosociales, biológicos, económicos y culturales, los cuales pueden desempeñar un papel determinante en la consumación o no del acto.

El suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. Cada año, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. (OMS,2022). De esta situación se destaca el caso del grupo poblacional ubicado entre los 15 y 29 años, debido a que el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte reportada. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la



tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más. En la Región de las Américas se notificó un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, siendo la tasa de suicidio en América del Norte y el Caribe no hispano superior a la tasa regional. Alrededor del 79% de los suicidios en la Región ocurren en hombres.

En el cantón de Hojancha, el comportamiento de este evento había sido de una baja incidencia, donde inclusive había pasado por un “silencio” entre los años 2007 al 2014 (ningún caso reportado) pero en el 2015 hubo un considerable aumento (600% de casos más), tal como se representa en el gráfico siguiente:

En el año 2016 fuimos el cantón con más incidencia de suicidios ya que 6 personas se quitaron la vida, en el año 2017 iniciamos con una organización local llamada Comisión Interinstitucional de Prevención del Suicidio y empezar a trabajar localmente con nuestros recursos.

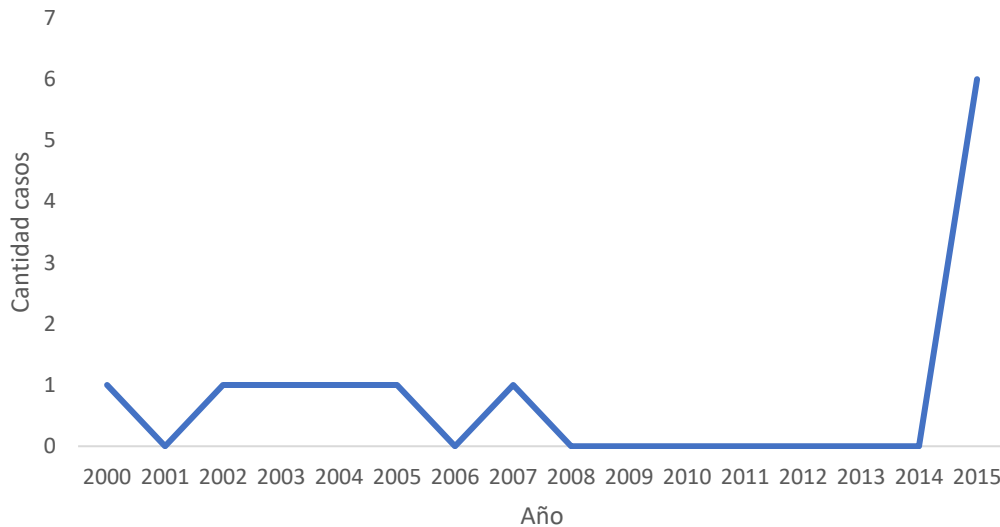
### **Problema del suicidio en Hojancha**

En el cantón de Hojancha, el comportamiento de este evento había sido de una baja incidencia, donde inclusive había pasado por un “silencio” entre los años 2007 al 2014 (ningún caso reportado) pero en el 2015 hubo un considerable aumento (600% de casos más), tal como se representa en el gráfico siguiente:



#### Gráfico 4:

#### Hojancha: Casos de Suicidio entre el periodo, 2000-2015.



Fuente: Diagnostico comunitario sobre suicidio en el cantón, de Hojancha, abordaje psicosocial del Suicidio, 2018.

### Descripción sociocultural del cantón

Los hábitos y prácticas culturales en una población dependerán de la realidad socioeconómica en la que vive cada persona, existirá diferencia entre las personas que viven una zona urbana, que en teoría tiene mayor accesibilidad a los servicios básicos, a otra persona que habita en zona rural, donde tiene limitaciones a ciertos servicios básicos, como acceso a agua potable.

La población de Hojancha está conformada por dos culturas que se han integrado: la autóctona y los inmigrantes del interior del país.

En época precolombina, Hojancha formó parte del territorio perteneciente a Los Chorotegas, ubicados en la Península de Nicoya. Durante la década de 1910 -1920, se registra su primer asentamiento poblacional conformado por pobladores



provenientes de Matina, Matambú, Pueblo Viejo de Nicoya, San Ramón, Atenas, Palmares de Alajuela, en su mayoría, formando un asentamiento variado desde el punto de vista étnico.

En su etapa de desarrollo, se presenta la relación de que las familias ven una muy buena oportunidad de subsistencia y superación en estas tierras tan fértiles que se comunican con sus familiares y aumenta la población del lugar con inmigrantes de la meseta central, como Palmares, San Ramón, Atenas y Puriscal.

En el cantón, existe un asentamiento del pueblo indígena de Matambú, esto también influye a que, en Hojancha, se cuente con una diversidad cultural

El 29 de noviembre de 1977, mediante Decreto se declaró Matambú como Reserva Indígena. Se encuentra ubicada a 8 Km. del centro de Hojancha y sus pobladores tratan de mantener su cultura Chorotega. En el año 2017, se hace declaratoria del distrito 5 del cantón de Hojancha, que es Matambú.

## **Educación**

En el cantón de Hojancha, se encuentran centros educativos públicos (21 escuelas públicas, 6 kinder y 2 colegios públicos), desde guardería hasta secundaria. No existen universidades en el cantón, por lo que los habitantes tienen que desplazarse a otros lugares de la provincia, o a otras provincias, para acceder a educación universitaria y/o para universitaria. Esto explica, que para el año 2000, una población mayor de 20 años, solamente el 9%, contaba con un nivel de instrucción universitaria y/o para universitaria.

## **Economía:**

En el cantón existen un mayor porcentaje de personas mayores de 15 años que están fuera de la fuerza laboral.

Esta relación ha presentado una disminución en el porcentaje en los últimos 11 años, se ve reflejada en el gráfico anterior. Es importante resaltar que la fuerza laboral del cantón para el año 2011 es predominantemente masculina.



En los resultados del censo 2011, de una población de 5521 personas mayores de 15 años solo 2363 indicaban encontrarse ocupadas y el 54.8% realiza actividades económicas del sector terciario. Esta distribución por sectores ha tenido una evolución ya que anteriormente predominaba las actividades del sector primario.

El suicidio en Hojancha es una realidad que se sigue presentando y cada día que pasa hay que seguir creando estrategias para que las personas sean captadas oportunamente.

En los grupos de expertos donde se discutieron estos dos temas, participaron personas que tienen que ver directamente con organizaciones que tienen que ver con etapas productivas en el caso de los adultos. En este taller se identificaron y priorizaron las siguientes causas raíz:

#### Dimensiones

1. Socioeconómico, la causa raíz priorizada fue un aumento en la desigualdad social.
2. Biológico, la causa priorizada fue la preexistencia de trastornos psiquiátricos.
3. Servicios de Salud, la causa priorizada por el grupo de expertos fue una limitación al acceder a los servicios de salud mental.
4. Sociopolítico, la causa priorizada fue que, desde nivel político y social, aunque se menciona la importancia de la salud mental, la priorización se diluye y se toma como un tema más de salud, no hay apoyo suficiente para desarrollar programas que favorezcan la salud mental.

### **Consumo de Drogas**

Alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés).



Además, el informe señala que en los últimos 24 años la potencia del cannabis se ha multiplicado por cuatro en algunas partes del mundo y el porcentaje de adolescentes que perciben el consumo de esta droga como perjudicial ha disminuido hasta un 40%, aunque la evidencia sugiere que el consumo de cannabis se asocia a una serie de daños para la salud y de otro tipo, especialmente entre los consumidores habituales de larga duración. Por otro lado, la mayoría de los países han informado un aumento del consumo de cannabis durante la pandemia. "Los resultados del Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC ponen de relieve la necesidad de cerrar la brecha entre la percepción y la realidad para educar a los jóvenes y salvaguardar la salud pública", dijo la directora ejecutiva de UNODC, Ghada Waly.

Entre 2010 y 2019 el número de personas que consumen drogas aumentó un 22%, debido en parte al crecimiento de la población mundial. Basándose únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales sugieren un aumento del 11% en el número de personas que consumen drogas en todo el mundo para 2030. Según las últimas estimaciones mundiales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez en el último año, mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total de personas que consumen drogas, padecen trastornos por consumo. En todo el mundo, se calcula que más de 11 millones de personas se inyectan drogas, la mitad de las cuales padecen hepatitis C.

El consumo de drogas en Costa Rica ha ido en aumento y ahora son más personas, quienes deciden probar el alcohol, tabaco, marihuana u otras sustancias. De acuerdo con la VI Encuesta Anual sobre Consumo de Drogas (2015), en el último mes de ese año, el 27,9% de los encuestados consumía alcohol, 10,5% tabaco y 3,2% fumaba marihuana. Ese mismo estudio revela que, del total de personas consultadas que consumieron alcohol, 34,9% eran hombres; mientras que el 20,7% fueron mujeres.



En cuanto al consumo de tabaco, de los encuestados, 15,4% resultaron ser hombres y 5,5% mujeres. A diferencia de las otras dos drogas, el tabaco es la única sustancia que evidencia una disminución, esto también se debe a la promulgación de la Ley Antitabaco en el 2012 que ha permitido también la nula exposición de esta publicidad.

Por otra parte, un 5,0% de los consultados son hombres que consumen marihuana y 1,4% son mujeres.

Teniendo como base estos números, entonces se puede decir que, de las personas consultadas, la droga que más se consumió fue el alcohol, y que fueron hombres, quienes en su mayoría consumieron estas drogas.

Asimismo, el grupo etario más seducido por las drogas es el que ronda entre los 20 y 29 años de edad.

Ante la pregunta de ¿cuáles son los lugares donde es más fácil conseguir drogas ilícitas?, un 42% reveló que, en el vecindario, un 22% en bares y un 12% en casas de otras personas.

Finalmente, un 66,9% de los encuestados tiene una percepción desfavorable de la acción estatal en cuanto a la salud y tratamiento de drogas; mientras que un 58,3% califica también de desfavorable la acción policial contra el narcotráfico.

Al final de esto, es fácil deducir que pese a la existencia de instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Ministerio de Seguridad Pública y sus diversos programas para combatir el abuso de las drogas, el mal sigue creciendo e incluso la población no confía en el accionar de las autoridades.

Además, es necesario hacer un abordaje integral de este tema pues no solo se trata de mitigar el consumo de drogas con unas instituciones y actores sociales, en



general, las drogas se han convertido en un problema de salud pública que debe ser atendido diferentes aristas e involucrando a todos los sectores del estado.

Como parte de las problemáticas detectadas que llevan al consumo de drogas se pueden mencionar aspectos como carencia de habilidades sociales, lo que implica que las personas tienen dificultades para establecer relaciones saludables y manejar situaciones sociales. El establecimiento de relaciones perjudiciales puede llevar al consumo de drogas de diversas maneras. El estrés en las relaciones, la falta de apoyo emocional o la presión de pares pueden contribuir al inicio o aumento de consumo de sustancias. Esto lleva a un deterioro de las relaciones de la confianza y la comunicación. La manifestación de conductas antisociales se les asocia al consumo de drogas, ya que algunas sustancias afectan el juicio, la toma de decisiones y aumentar la propensión a la impulsividad.

La condición económica genera tensiones y presiones significativas que influyen en conflictos sociales y que generan un ambiente tenso y desafiante para algunas poblaciones que optan por el consumo de drogas.

En Hojancha, el consumo de drogas ha sido un problema identificado y externado por la población y lejos de disminuir, se refleja un aumento, y cada vez se percibe que hay un menor control sobre el mismo. Como se ha mencionado anteriormente y es una realidad mundial, este es un problema multifactorial y en el grupo comunitario comentaron que parte importante de que se presente, ha sido un debilitamiento de las relaciones familiares, esto en parte se presenta para poder solventar las múltiples responsabilidades para llevar los sustentos a los hogares, o cumplir con estándares sociales, y debido a esto terminan desatendiendo la parte del acompañamiento a los niños y adolescentes, y esta población es expuesta desde temprana edad a que vean el consumo del licor como algo “normal”.

Cuando este tema ha sido analizado con la mesa de expertos, estos identificaron y priorizaron las siguientes causas raíz:



1. Comportamiento
  - a. Carencia de habilidades sociales
  - b. Relaciones perjudiciales
  - c. Conductas antisociales
2. Factores socioeconómicos
  - a. Limitada educación
3. Circunstancias materiales de la vida
  - a. Entornos comunitarios estresantes



## CAPÍTULO IV: ANALISIS DE PROBLEMAS PRIORIZADOS



## ANÁLISIS DEL EVENTO DE SALUD A TRAVÉS DE SUS CAUSAS PRIORIZADAS

### PRIORIZACIÓN POR MORTALIDAD SEGÚN EDADES DE CURSO DE VIDA

#### **1. Menores de 1 año: Malformaciones Congénitas**

En Hojancha, siempre ha tenido una comisión de análisis de casos de mortalidad infantil, en la población menor de 1 año de edad, en la cual participan instituciones que exige el decreto: CEN CINAI, CCSS, MS y PANI. Históricamente, Hojancha, es un cantón con una baja incidencia de casos de mortalidad infantil, por tal razón es que se ha utilizado este espacio de coordinación interinstitucional para prevenir que se presenten los casos, y cuando se han presentado han sido debido a causas no prevenibles como han sido las malformaciones congénitas que no son compatibles con la vida. Específicamente es este tipo de muerte, no es mucho en lo que se puede incidir, más que instar a las mujeres a que consuman el ácido fólico para prevenir malformaciones del tubo neural, que no consuman sustancias no compatibles con el embarazo y que acudan oportunamente a un control médico.

Dado que existe una comisión interinstitucional que trabaja en la prevención de las mortalidades infantiles, el grupo técnico del ASIS, no llevo este problema de salud al grupo de expertos, si no que las líneas de acción, será mantener y fortalecer el trabajo de la COLEAMMI en el cantón.

#### **2. Mortalidad en Niñez edades 1 - 9 años: NINGUNO**

En Hojancha, en los años escogidos para el análisis de mortalidad, no se identificaron muertes en niños de 1 a 9 años, por esa razón no hay análisis en este grupo de edad.



### **3. Adolescencia 10 - 19 años: Lesiones autoinfligidas**

### **4. Persona adulta 20 a 64 años: Lesiones autoinfligidas**

En este apartado de análisis, el sustento de las causas de suicidio en estos grupos de edad, se decidió hacer una sola descripción, pero ya en el momento de generar las líneas de acción es donde se marca la diferencia e importancia de que se aborden por separados ya que la población tiene diferencias en las descripciones de las causas raíz.

El suicidio se entiende como aquellas conductas o acciones que una persona emprende con el objetivo de atentar contra su propia vida, como respuesta o motivadas ante múltiples factores psicosociales, biológicos, económicos y culturales, los cuales pueden desempeñar un papel determinante en la consumación o no del acto.

El suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. Cada año, más de 703.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. (OMS,2022). De esta situación se destaca el caso del grupo poblacional ubicado entre los 15 y 29 años, debido a que el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte reportada. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más. En la Región de las Américas se notificó un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, siendo la tasa de suicidio en América del Norte y el Caribe no hispano superior a la tasa regional. Alrededor del 79% de los suicidios en la Región ocurren en hombres.



En el cantón de Hojancha, el comportamiento de este evento había sido de una baja incidencia, donde inclusive había pasado por un “silencio” entre los años 2007 al 2014 (ningún caso reportado) pero en el 2015 hubo un considerable aumento (600% de casos más), tal como se representa en el gráfico siguiente:

En el año 2016 fuimos el cantón con más incidencia de suicidios ya que 6 personas se quitaron la vida, en el año 2017 iniciamos con una organización local llamada Comisión Interinstitucional de Prevención del Suicidio y empezar a trabajar localmente con nuestros recursos.

### **Problema del suicidio en Hojancha**

En el cantón de Hojancha, el comportamiento de este evento había sido de una baja incidencia, donde inclusive había pasado por un “silencio” entre los años 2007 al 2014 (ningún caso reportado) pero en el 2015 hubo un considerable aumento (600% de casos más).

### **Descripción sociocultural del cantón**

Los hábitos y prácticas culturales en una población dependerán de la realidad socioeconómica en la que vive cada persona, existirá diferencia entre las personas que viven una zona urbana, que en teoría tiene mayor accesibilidad a los servicios básicos, a otra persona que habita en zona rural, donde tiene limitaciones a ciertos servicios básicos, como acceso a agua potable.

La población de Hojancha está conformada por dos culturas que se han integrado: la autóctona y los inmigrantes del interior del país.

En época precolombina, Hojancha formó parte del territorio perteneciente a Los Chorotegas, ubicados en la Península de Nicoya. Durante la década de 1910 -1920, se registra su primer asentamiento poblacional conformado por pobladores provenientes de Matina, Matambú, Pueblo Viejo de Nicoya, San Ramón, Atenas, Palmares de Alajuela, en su mayoría, formando un asentamiento variado desde el punto de vista étnico.



En su etapa de desarrollo, se presenta la relación de que las familias ven una muy buena oportunidad de subsistencia y superación en estas tierras tan fértiles que se comunican con sus familiares y aumenta la población del lugar con inmigrantes de la meseta central, como Palmares, San Ramón, Atenas y Puriscal.

En el cantón, existe un asentamiento del pueblo indígena de Matambú, esto también influye a que, en Hojanca, se cuente con una diversidad cultural

El 29 de noviembre de 1977, mediante Decreto se declaró Matambú como Reserva Indígena. Se encuentra ubicada a 8 Km. del centro de Hojanca y sus pobladores tratan de mantener su cultura Chorotega. En el año 2017, se hace declaratoria del distrito 5 del cantón de Hojanca, que es Matambú.

### **Educación**

En el cantón de Hojanca, se encuentran centros educativos públicos (21 escuelas públicas, 6 kinder y 2 colegios públicos), desde guardería hasta secundaria. No existen universidades en el cantón, por lo que los habitantes tienen que desplazarse a otros lugares de la provincia, o a otras provincias, para acceder a educación universitaria y/o para universitaria. Esto explica, que para el año 2000, una población mayor de 20 años, solamente el 9%, contaba con un nivel de instrucción universitaria y/o para universitaria.

### **Economía:**

En el cantón existen un mayor porcentaje de personas mayores de 15 años que están fuera de la fuerza laboral.

Esta relación ha presentado una disminución en el porcentaje en los últimos 11 años, se ve reflejada en el gráfico anterior. Es importante resaltar que la fuerza laboral del cantón para el año 2011 es predominantemente masculina.

En los resultados del censo 2011, de una población de 5521 personas mayores de 15 años solo 2363 indicaban encontrarse ocupadas y el 54.8% realiza actividades



económicas del sector terciario. Esta distribución por sectores ha tenido una evolución ya que anteriormente predominaba las actividades del sector primario.

Dado la importancia que tomó el tema de suicidio en el cantón, lo cual fue reflejada en las bases de mortalidad utilizadas para llevar a cabo el ASIS, es que en el cantón la misma causa de muerte fue analizada en dos grupos de edad, en la población de 10 a 19 años y en la población de 20 a 64 años de edad. En estos dos grupos de poblaciones están reflejadas las que a nivel internacional muestra, una alta tendencia a reporte de suicidios, una es la etapa en la adolescencia, donde hay presión de grupo, el descubrimiento de la identidad de esas personas, el ir estableciendo un proyecto de vida, donde muchas veces no se cuenta con un buen acompañamiento por parte de la familia y lejos de ser un factor protector se vuelve un factor de riesgo, algunos adolescentes con el objetivo de “encajar con sus pares” buscan relaciones no favorables y no cuentan con herramientas suficientes para manejar la presión de grupo o manejo acertado de las frustraciones. Este pobre manejo de las frustraciones, puede que se siga acarreado y se presente en la etapa de adultez, cuando ya también se deben enfrentar a la responsabilidad de mantener una familia, de aportar sustento económico, asumir la paternidad y maternidad, cumplir con ese proyecto de vida, pero debido a la presión de cumplir con estándares sociales de conseguir un buen trabajo, casarse, formar familia, tener casa propia y carro, entre otras presiones, cuando no se logran estos objetivos se puede caer en situaciones donde la persona no es capaz de seguir adelante y se enfrasca en tener ideas de acabar con su propia vida. El suicidio en Hojancha es una realidad que se sigue presentando y cada día que pasa hay que seguir creando estrategias para que las personas sean captadas oportunamente.

En los grupos de expertos donde se discutieron estos dos temas, participaron personas que tiene que ver directamente con organizaciones que atienden adolescentes y personas que tiene que ver con etapas productivas en el caso de los adultos y curiosamente se ve que las causas raíz de los problemas se repiten



en algunas ocasiones, sin embargo, ya al visualizarlo como reforzar factores protectores que se pudieran presentar, es donde existen variaciones.

Por lo que a continuación se describen las causas raíz priorizadas por grupo de lesiones autoinfligidas:

### **Adolescencia 10 - 19 años de edad**

#### Dimensiones

1. Socioeconómico: la causa raíz priorizada fue el aumento de la desigualdad social.
2. Comportamiento:
  - a. Carencia de habilidades
  - b. Relaciones perjudiciales (uso del celular) uso desmedido de tecnología y falta de supervisión
  - c. Trastorno psiquiátrico (ansiedad)
  - d. Consumo de drogas.

### **Persona Adulta 20-64 años de edad.**

#### Dimensiones

5. Socioeconómico, la causa raíz priorizada fue un aumento en la desigualdad social.
6. Biológico, la causa priorizada fue la preexistencia de trastornos psiquiátricos.
7. Servicios de Salud, la causa priorizada por el grupo de expertos fue una limitación al acceder a los servicios de salud mental.
8. Sociopolítico, la causa priorizada fue que, desde nivel político y social, aunque se menciona la importancia de la salud mental, la priorización se diluye y se toma como un tema más de salud, no hay apoyo suficiente para desarrollar programas que favorezcan la salud mental.



## **5. Persona adulta mayor y mayores de 65 años: Tumores malignos próstata, mama, colorrectal, cérvix y gástrico.**

Este problema de salud en este grupo de población, si solo se tomara en cuenta un grupo específico de cáncer, no representaría la principal causa de muerte, si no que serían los infartos agudo al miocardio, dado que este segundo problema fue abordado como causa de muerte para la población en general, tanto el grupo técnico local de ASIS en conjunto con ASIS nacional, decidió agrupar 5 tipos de cáncer: colorrectal, mama, próstata, cérvix y estómago, que juntos si representan la primera causa de mortalidad en Hojancha.

El cáncer es una enfermedad que produce impacto directo en la salud de la población y cuyo diagnóstico genera en las personas una serie de complicaciones, las cuales en muchas ocasiones se detectan de forma tardía, por lo que a nivel de políticas se ha incentivado realizar una detección lo más temprano posible y de esta manera evitar procesos desgastantes que se generan cuando se detecta en etapas muy avanzadas y que lesionan a la persona y a su familia.

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud de la población de Costa Rica, trabaja en la elaboración del Plan Nacional de Control del Cáncer 2024 -2030, con el cual se pretende disminuir la mortalidad debido a este diagnóstico, mediante una detección y diagnóstico temprano, entre otras estrategias de atención a esta patología.

Costa Rica ya ha avanzado en esta temática, con brindar servicios de detección desde el primer nivel de atención, como son la realización de Papanicolau, tacto rectal, y en un segundo nivel de atención, realización de mamografías, colonoscopias y gastroscopias, pero se debe seguir avanzando e incluir un abordaje multidisciplinario, integral e integrador, y más preventivo y no paliativo.



Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, en la actualidad sabemos que el cáncer representa la segunda causa de muerte para la población costarricense, de acuerdo con las últimas estadísticas y que se encuentra solamente superado por las enfermedades cardiovasculares. A nivel local, Hojancha repite este comportamiento, al ser la primera causa de muerte las enfermedades cardiovasculares, seguidas de cáncer.

El cáncer afecta el bienestar físico y mental de las personas. Impacta las rutinas diarias, las relaciones personales y puede llevar a desafíos económicos debido a los costos por tratamientos médicos tanto los pacientes como sus seres queridos enfrentan ansiedad, estrés e incertidumbre. Puede afectar a largo plazo la calidad de vida y la perspectiva a futuro de quien lo padece.

De acuerdo con los criterios de los expertos las causas raíz identificadas y priorizadas para este problema fueron:

#### Dimensiones

1. Comportamiento
  - a. Malos hábitos alimenticios
  - b. No cultura de prevención
  - c. Sexualidad irresponsable
2. Circunstancias materiales de la vida
  - a. Exposición a agroquímicos

## **6. Población general: Infarto Agudo de Miocardio**

El infarto agudo de miocardio, conocido también como ataque al corazón, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias. Infarto significa 'necrosis por falta de riego sanguíneo', con agudo se refiere a 'súbito', con mio a 'músculo' y con cardio a 'corazón'. Desde el punto de vista de la atención



clínica, el infarto agudo de miocardio reúne todos los requisitos para ser considerado una verdadera urgencia médica. Las manifestaciones del infarto aparecen de forma súbita, y el riesgo de muerte o complicaciones graves a corto plazo es elevado. Además, la eficacia del tratamiento va a depender, en gran medida, del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su administración.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial y se calcula que cobran 17,9 millones de vidas cada año.

Las ECV son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos e incluyen enfermedades coronarias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardíacas reumáticas y otras afecciones. Más de cuatro de cada cinco muertes por ECV se deben a ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, y un tercio de estas muertes ocurren prematuramente en personas menores de 70 años.

Los factores de riesgo conductuales más importantes de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares son una dieta poco saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo conductuales pueden manifestarse en individuos como presión arterial elevada, glucosa en sangre elevada, lípidos en sangre elevados y sobrepeso y obesidad. Estos “factores de riesgo intermedios” se pueden medir en los centros de atención primaria e indican un mayor riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones.

Se ha demostrado que dejar de consumir tabaco, reducir el consumo de sal en la dieta, comer más frutas y verduras, realizar actividad física regular y evitar el consumo nocivo de alcohol reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular. Las políticas de salud que crean entornos propicios para que las opciones saludables sean asequibles y estén disponibles son esenciales para motivar a las personas a adoptar y mantener comportamientos saludables.



Identificar a las personas con mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y garantizar que reciban el tratamiento adecuado puede prevenir muertes prematuras. El acceso a medicamentos para enfermedades no transmisibles y tecnologías sanitarias básicas en todos los centros de atención primaria de salud es esencial para garantizar que quienes lo necesitan reciban tratamiento y asesoramiento.

Según datos preliminares de la Dirección de Vigilancia de la Salud, los fallecimientos por infarto agudo de miocardio aumentaron en un 11% durante el año 2022, contabilizando un total de 2.144 casos ese año y 1.928 en el 2021.

Del total de fallecimientos durante el 2022, 869 corresponden a mujeres (40%) y 1.275 a hombres. (60%). Asimismo, el grupo etario más afectado son las personas mayores de 75 años, las cuales registran 1.178 defunciones del total reportado en el 2022.

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

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

Desde el Ministerio de Salud hemos desarrollado una serie de acciones para promover la salud como bienestar integral y no, necesariamente, como ausencia de enfermedad. Por esa razón instamos a la población a provechar los espacios



públicos y particulares para el desarrollo de actividad física y recreativa bajo supervisión médica, ya que existen suficientes evidencias de que estas prácticas contribuyen a reducir factores de riesgo de sufrir cardiopatías y otras enfermedades.

Asimismo, el ministerio de Salud insiste en la necesidad de tomar acciones que favorezcan la prevención y control de cardiopatías, tales como: controlar la presión arterial, llevar dieta baja en grasas saturadas y colesterol, controlar el peso, consumir frutas y verduras y evitar el fumado.

En Hojancha, según las estadísticas de mortalidad desde el 2009 se la ha mantenido las enfermedades cardiovasculares (entre ellas el IAM) como la principal causa muerte en el cantón.

Según la metodología de ASIS, en la escogencia de los problemas priorizados por causa de muerte, tanto en la población mayor de 65 años y en la población en general, la primera causa de mortalidad son los IAM, sin embargo, se decidió analizar las causas de este problema para la población general, para tener un panorama de cómo llegar a prevenirlo en edades más tempranas y no causen todas las repercusiones en salud que no solo es la muerte de la persona si no también los largos periodos de recuperación o una incapacidad permanente, que repercute en la parte social cuando se ve afectado el principal proveedor dentro de una familia.

En el análisis de las causas raíz con los expertos, se lograron identificar causas en todas las dimensiones, lo que indica que para que se presenten los infartos en una población, es secundario a la conjugación de uno o varios factores en la vida de las personas, lo que reafirma el concepto de salud, que se tiene que ver como un balance de la persona y su entorno.

Los expertos identificaron causas internas y externas al individuo, como ejemplo, un individuo que sea portador de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión y que no tengan un adecuado manejo, tiene más riesgo de presentar un infarto



versus a una persona conocida sana. También, se ha visto como factor predisponente los estilos de vida poco saludables que ha adoptado la población, donde hay mayor consumo de comidas con altos contenidos de azúcares y grasas, que favorecen a la aparición de dislipidemias y a su vez mayor riesgo de arteriosclerosis y sufrir infartos.

Como se observa los factores de riesgo para estos eventos son ampliamente modificables si se priorizan las acciones necesarias para su abordaje y se trabaja desde la intersectorialidad.

Dentro de las causas raíz priorizadas en los talleres se mencionaron las siguientes:

Dimensiones:

1. Biológico: se relaciona principalmente con la herencia del individuo y a un estilo de vida poco saludable
  - a. Diabetes Mellitus
  - b. Hipertensión arterial
  - c. Enfermedad coronaria preexistente
2. Comportamiento: A nivel de comportamientos el consumo de tabaco, el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios como los más comunes relacionados principalmente con el estrés ocasionado por dificultades económicas y entornos familiares poco favorables.
3. Circunstancias materiales: Esta enfermedad fue relacionada con poca oferta de laboral aunado a que las existentes no ofrecen las condiciones básicas de formalidad requeridas para desempeñarse adecuadamente y por ende genera daños a la salud y en el acceso a los servicios de salud.



## PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD POR ACTORES SOCIALES

### 7. Consumo de Drogas

Alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés).

Además, el informe señala que en los últimos 24 años la potencia del cannabis se ha multiplicado por cuatro en algunas partes del mundo y el porcentaje de adolescentes que perciben el consumo de esta droga como perjudicial ha disminuido hasta un 40%, aunque la evidencia sugiere que el consumo de cannabis se asocia a una serie de daños para la salud y de otro tipo, especialmente entre los consumidores habituales de larga duración. Por otro lado, la mayoría de los países han informado un aumento del consumo de cannabis durante la pandemia. "Los resultados del Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC ponen de relieve la necesidad de cerrar la brecha entre la percepción y la realidad para educar a los jóvenes y salvaguardar la salud pública", dijo la directora ejecutiva de UNODC, Ghada Waly.

Entre 2010 y 2019 el número de personas que consumen drogas aumentó un 22%, debido en parte al crecimiento de la población mundial. Basándose únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales sugieren un aumento del 11% en el número de personas que consumen drogas en todo el mundo para 2030. Según las últimas estimaciones mundiales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez en el último año, mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total de personas que consumen drogas, padecen trastornos por consumo. En todo el mundo, se calcula



que más de 11 millones de personas se inyectan drogas, la mitad de las cuales padecen hepatitis C.

El consumo de drogas en Costa Rica ha ido en aumento y ahora son más personas, quienes deciden probar el alcohol, tabaco, marihuana u otras sustancias. De acuerdo con la VI Encuesta Anual sobre Consumo de Drogas (2015), en el último mes de ese año, el 27,9% de los encuestados consumía alcohol, 10,5% tabaco y 3,2% fumaba marihuana. Ese mismo estudio revela que, del total de personas consultadas que consumieron alcohol, 34,9% eran hombres; mientras que el 20,7% fueron mujeres.

En cuanto al consumo de tabaco, de los encuestados, 15,4% resultaron ser hombres y 5,5% mujeres. A diferencia de las otras dos drogas, el tabaco es la única sustancia que evidencia una disminución, esto también se debe a la promulgación de la Ley Antitabaco en el 2012 que ha permitido también la nula exposición de esta publicidad.

Por otra parte, un 5,0% de los consultados son hombres que consumen marihuana y 1,4% son mujeres.

Teniendo como base estos números, entonces se puede decir que, de las personas consultadas, la droga que más se consumió fue el alcohol, y que fueron hombres, quienes en su mayoría consumieron estas drogas.

Asimismo, el grupo etario más seducido por las drogas es el que ronda entre los 20 y 29 años de edad.

Ante la pregunta de ¿cuáles son los lugares donde es más fácil conseguir drogas ilícitas?, un 42% reveló que, en el vecindario, un 22% en bares y un 12% en casas de otras personas.

Finalmente, un 66,9% de los encuestados tiene una percepción desfavorable de la acción estatal en cuanto a la salud y tratamiento de drogas; mientras que un 58,3% califica también de desfavorable la acción policial contra el narcotráfico.



Al final de esto, es fácil deducir que pese a la existencia de instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Ministerio de Seguridad Pública y sus diversos programas para combatir el abuso de las drogas, el mal sigue creciendo e incluso la población no confía en el accionar de las autoridades.

Además, es necesario hacer un abordaje integral de este tema pues no solo se trata de mitigar el consumo de drogas con unas instituciones y actores sociales, en general, las drogas se han convertido en un problema de salud pública que debe ser atendido diferentes aristas e involucrando a todos los sectores del estado.

Como parte de las problemáticas detectadas que llevan al consumo de drogas se pueden mencionar aspectos como carencia de habilidades sociales, lo que implica que las personas tienen dificultades para establecer relaciones saludables y manejar situaciones sociales. El establecimiento de relaciones perjudiciales puede llevar al consumo de drogas de diversas maneras. El estrés en las relaciones, la falta de apoyo emocional o la presión de pares pueden contribuir al inicio o aumento de consumo de sustancias. Esto lleva a un deterioro de las relaciones de la confianza y la comunicación. La manifestación de conductas antisociales se les asocia al consumo de drogas, ya que algunas sustancias afectan el juicio, la toma de decisiones y aumentar la propensión a la impulsividad.

La condición económica genera tensiones y presiones significativas que influyen en conflictos sociales y que generan un ambiente tenso y desafiante para algunas poblaciones que optan por el consumo de drogas.

En Hojanca, el consumo de drogas ha sido un problema identificado y externado por la población y lejos de disminuir, se refleja un aumento, y cada vez se percibe que hay un menor control sobre el mismo. Como se ha mencionado anteriormente y es una realidad mundial, este es un problema multifactorial y en el grupo comunitario comentaron que parte importante de que se presente, ha sido un debilitamiento de las relaciones familiares, esto en parte se presenta para poder



solventar las múltiples responsabilidades para llevar los sustentos a los hogares, o cumplir con estándares sociales, y debido a esto terminan desatendiendo la parte del acompañamiento a los niños y adolescentes, y esta población es expuesta desde temprana edad a que vean el consumo del licor como algo “normal”.

Cuando este tema ha sido analizado con la mesa de expertos, estos identificaron y priorizaron las siguientes causas raíz:

Dimensiones:

4. Comportamiento
  - a. Carencia de habilidades sociales
  - b. Relaciones perjudiciales
  - c. Conductas antisociales
5. Factores socioeconómicos
  - a. Limitada educación
6. Circunstancias materiales de la vida
  - a. Entornos comunitarios estresantes

## **8. Disponibilidad de agua potable**

Un 34% de los acueductos del país -61 de 180 sistemas – ya se encuentran con estrés hídrico; es decir, que tienen menos agua de la necesaria, mientras que el 66% de los acueductos tiene capacidad hídrica reducida, expone la investigación “Patrones e impactos del uso de agua y la energía en Costa Rica”. El documento fue elaborado por el investigador Francisco Angulo Zamora para el Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2022.

Más de 590.000 costarricenses enfrentaron problemas de abastecimiento de agua potable durante la estación seca del 2021. El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) reporta 17 sistemas del país con déficit hídrico -acueductos



con más agua de lo que necesitan para funcionar- y 12 con superávit -menos agua de la que necesita la población-.

Escenario pesimista para el futuro: “El crecimiento de la demanda, la destrucción de zonas de recarga, el cambio climático y la dificultad de contar con más fuentes de agua, sumado con los limitados resultados de las iniciativas para recuperar fuentes, conforman un escenario pesimista para el abastecimiento actual y futuro”, resalta el estudio.

Según estudios hechos a nivel nacional, estos explican que aunque existen y se identifican acciones enfocadas en la protección del recurso hídrico (ríos, nacientes, cuencas, arroyos, manantiales) como reforestación, inspección de construcciones cerca de la zona de protección de los ríos, programas de ahorro del consumo del agua e inspección de las conexiones del alcantarillado sanitario al alcantarillado pluvial, no se están haciendo “estimaciones sobre operación y uso del recurso, actual ni futuro”.

Para este tema los expertos consideraron dentro de la dimensión de comportamientos las prácticas inadecuadas en el uso del agua y prácticas inadecuadas en el uso de agroquímicos. Dentro de la dimensión circunstancias materiales la disponibilidad limitada en las fuentes de agua. Así como dentro de la dimensión de circunstancias materiales una deficiente infraestructura y gestión del recurso hídrico.

El tema del agua implica una afectación en el campo económico principalmente porque nuestro cantón se dedica mayoritariamente a la actividad agrícola y ganadera. Al haber faltantes en la disponibilidad del agua afecta a los pequeños productores quienes se ven forzados a realizar acciones que muchas veces afectan el ecosistema.



El sector educativo también se ve afectado al verse interrumpido el curso lectivo por los recurrentes cortes que obligan a los centros educativos a readecuar sus horarios para ajustarse a la suspensión. Ya que no tienen la capacidad de suplir las necesidades de agua por periodos tan extensos.

A nivel de análisis comunitario, los mismos participantes se quedaron sorprendidos de como el tema de no tener acceso a un servicio de agua potable fue identificado por todos como algo prioritario, pero al mismo tiempo surgió la duda de como a nivel local iban a poder incidir en la solución de ese problema, ya que mucho dependía de soluciones aparte de lo que se pueda dar a nivel local, sin embargo, se enfocó en lo que se tiene en el cantón y en cómo se puede fortalecer.

En el taller de expertos, se identificaron las siguientes causas raíz:

Dimensiones:

1. Comportamiento
  - a. Practicas inadecuadas en el uso del agua
  - b. Prácticas inadecuadas en el uso de agroquímicos
2. Circunstancias materiales
  - a. Disponibilidades limitadas de fuentes de agua
  - b. Deficiente infraestructura y gestión del agua.

## **9. Problema de Acceso a Servicios de Salud**

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.



El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

El acceso a los servicios de salud es fundamental porque permite a las personas recibir atención médica cuando la necesiten, facilitando la prevención de enfermedades. esto contribuye a la mejora de la calidad de vida, la reducción de la mortalidad y el control de enfermedades. además, un acceso equitativo a la salud promueve la justicia social al garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de disfrutar de un estado de salud óptimo, independientemente de sus circunstancias económicas o sociales.

Costa Rica se ha esforzado por brindar servicios de salud en toda las partes del país, sin embargo, la cobertura al pasar de los años se ha vuelto insuficiente, la relación paciente – médico no es la adecuada en la mayoría de los casos, ya que a pesar que una población es pequeña, como lo es Hojancha, ya que en el cantón, la atención por parte de la CCSS es a través de 2 EBAIS: uno es en distrito 1 y cubre a la mayor cantidad de población de este distrito, y el segundo es un EBAIS compuesto por puestos de visita periódica, que brinda los servicios una vez a la semana en 5 puestos: Lajas, Monte Romo, Santa Marta, Matambu y Huacas.

Con ese panorama de atención, además se le suman lo alejado que están las localidades adscritas al centro de salud, donde no existe un servicio de transporte público y que las personas incurren en un gasto de más de ₡10.000, y que muchas



veces prefieren no hacerlo, porque no se les garantiza que pagando eso de transporte vayan a tener acceso a una cita, ya que las mismas son limitadas.

Ahora se ha venido el tema de digitalización, pero tampoco es algo universal, sigue desfavoreciendo a las zonas alejadas, ya que en Hojancha no hay cobertura de todo el territorio con la telefonía celular, que le permite tener acceso al EDUS, no todas las personas tienen la capacidad intelectual para manejar dispositivos móviles para solicitar la cita, por eso es que una de las propuestas del grupo de la comunidad es que se brinde educación a la población sobre el uso del EDUS, pero que además esto no se centralice, si no que la actualización de datos se pueda hacer no solo en la Sede el Área, si no también sea posible en los puestos de visita periódica.

En Hojancha, los expertos manifestaron que otro punto para no tener a un adecuado a servicio de salud, es el tema de aseguramiento. En el cantón, la principal fuente de trabajo es del sector primario, mucha gente se dedica a la agricultura y ganadería, y estos no son incentivados a obtener un aseguramiento, no priorizan ni visualizan las ventajas de tener un seguro o las condiciones en las que son contratados no se les permite acceder a un aseguramiento.

Otras dos causas raíz, lo enfatizaron más en que eso provocaba una saturación de servicios, que de por sí son insuficientes, pero que pueden hacerse acciones para disminuir la demanda, una es la percepción de salud enfocada desde la salud mental y lo enfocaron en la policonsulta, que identificaron que algunas personas acuden a los sistemas de salud no porque tenga un problema de salud física o por sus controles de enfermedades preexistentes, sino porque muchas veces no existe una adecuada percepción de lo que es la salud, que muchas veces tenemos situaciones en nuestra vida que se manifiestan como una dolencia física pero su origen es algo mental y acuden reiterativamente a los centros de salud por tratamientos de los síntomas pero no de la causa.

El otro tema de saturación, que es beneficioso, pero debe enfatizarse en tener un mejor estilo de vida, es la longevidad de la población. Hojancha pertenece a una



zona azul, donde la población tiene una alta expectativa de vida, algo que lejos de incentivar, es crear conciencia desde tempranas edades, de llegar a una edad adulta, pero con calidad, prevenir la aparición de enfermedades crónicas y si están aparecen sean controladas de la mejor manera.

El tema de acceso de salud puede no cambiar del todo ya que lo tema de presupuestario es un tema país y ya están pactadas esas partes, sin embargo, a nivel local, puede incidirse en algunas cosas para mejorar su acceso.

En el taller de expertos, las causas raíz identificadas y priorizadas se encontraron:

Dimensiones:

1. Circunstancias materiales de la vida:
  - a. Condiciones de trabajo
2. Comportamiento
  - a. Percepción de la Salud
3. Servicios de salud
  - a. Insuficiencia de recursos humanos
4. Factor socioeconómico
  - a. Desempleo
5. Biológico
  - a. Longevidad población



## CAPÍTULO V: LÍNEAS DE ACCION SOBRE LAS CAUSAS RAÍZ



## LÍNEAS DE ACCION VALIDADAS

En este apartado, se van a mostrar las líneas de acción sobre cada problema identificado, las cuales fueron presentadas a los actores sociales que participaron en los talleres de análisis e identificación de problemas de la comunidad, y en conjunto se realizó a validación de las líneas de acción con las propuestas, se detallan por problema, la presentación de las mismas obedeció a la presentada en la guía metodológica de ASIS, que en una primera parte, a través del Pareto, se priorizaron 5 de las causa raíz, según nivel de importancia, influencia y posibilidad de solución por parte de las instituciones, despues de identificar 5 por problema, aquellos que obtuvieran un porcentaje superior a 80%.

En la tabla además se incluyen factores protectores que eviten o disminuyan la presentación de una causa raíz, se establecía su línea de acción, aquella propuesta que permitiera que se presentara el factor protector, se anotaban los actores responsables de coordinar las líneas de acción y que actores podían colaborarles.



Problema de salud: <b>Suicidio de 10 -19 años.</b>					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factor socioeconómico	Aumento de la desigualdad social.	Brindar orientación vocacional (para el futuro).	Formación de conocimiento integral para la vida.	MEP	INA Cámara de comercio y turismo. Municipalidad
Comportamiento	Carencia de habilidades.	Desarrollar habilidades que fortalezcan la autoestima.	Desarrollo de talleres de habilidades para la vida y autoestima.	IAFA	MEP RECAFIS (MS, CCSS, Municipalidad, Fuerza Pública, CCCDR, Comité de persona joven)
	Relaciones perjudiciales (uso del celular) uso desmedido de tecnología y falta de supervisión.	Acompañamiento familiar.	Escuelas para padres	PANI	MEP RECAFIS
		Fortalecer el valor de la familia.	Crianza tecnología	MS	PANIAMOR
	Trastorno psiquiátrico (trastornos de ansiedad)	Fortalecimiento de espacios recreativos y deportivos.	Celebración de Un día por mi salud mental.  Conformación de grupos deportivos y formativos.	RECAFIS  CCDR	MEP Asociaciones comunitarias. Guías y scouts.



	Consumo de drogas.	Fortalecimiento de valores en adolescentes.	Taller proyecto de vida	MS CCSS Municipalidad MEP	UCR MEP UNA Grupo de la persona Joven Grupos religiosos
--	--------------------	---------------------------------------------	-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------



Problema de salud: <b>Suicidio de 20 a 64 años.</b>					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Factores sociopolíticos	Grupos prioritarios de ciclo de vida.	Ambiente familiar saludable.	Fortalecimiento de habilidades, inteligencia emocional.	Municipalidad	CCSS MS IAFA
Socioeconómico	Aumento de desigualdad social.	Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional.	Grupo de apoyo en temática de salud mental.	CCSS MS Municipalidad Red VIF	INAMU
			Acción de divulgación de emprendimientos locales.	Municipalidad MAG PRONAE	INAMU INDER Asociación de Productores MR Banca del desarrollo MEP
			Crear una oficina de coordinación para apoyar emprendimientos de hombres y mujeres.	Municipalidad	Cámara de Ganaderos COOPEPILANGOSTA INA IMAS
Biológico	Trastornos psiquiátricos.	Red familiar de apoyo fortalecida.	Talleres de salud mental.	ILAIS	UCR UNA Colegio de psicólogos



Servicios de Salud	Acceso limitado a los servicios de salud mental.	Funcionamiento de la ILAIS.	Capacitación a la ILAIS.	MS	Secretaria Técnica de Salud Mental. Colegio Profesional de Psicólogos.
Sociopolítico	No se prioriza la salud mental de esta población.	Existencia de una Política Nacional de Salud Mental.	Elaboración de ASIS de Salud Mental con sus líneas de acción.	MS	ILAIS



Problema de salud: <b>Tumores en mayores de 65 años.</b>					
<b>Dimensión</b>	<b>Causas raíz</b>	<b>Factor protector</b>	<b>Líneas de acción</b>	<b>Actor responsable</b>	<b>Actor colaborador</b>
Comportamiento	Malos hábitos alimenticios	Fomentar una alimentación Saludable.	Promocionar programas de alimentación saludable.	Ministerio de Salud	CCSS MEP CENCINAI
	No cultura de prevención	Sensibilización de Programas de prevención.	Campañas informativas sobre los servicios preventivos que brinda la CCSS	CCSS	MS MEP Asociaciones Comunitarias Municipalidad Grupos religiosos
	Sexualidad irresponsable	Promover el autocuidado en la salud sexual	Campañas para realización de exámenes preventivos.	CCSS	MS MEP
Circunstancias materiales de la vida	Exposición a agroquímicas	Concientización en el buen uso de agroquímicos.	Charla sobre el buen uso de agroquímicos.	MAG	MS Cámara Ganaderos



Problema de salud: **Infarto agudo al Miocardio.**

<b>Dimensión</b>	<b>Causas raíz</b>	<b>Factor protector</b>	<b>Líneas de acción</b>	<b>Actor responsable</b>	<b>Actor colaborador</b>
Biológico	Hipertensión Arterial	Buen control de la HTA.	Promover estilos de vida saludables.	CCSS	RECAFIS
	Diabetes Mellitus	Buen control de la DM	Adherencia al medicamento.		
	Enfermedad Coronaria	Buen control de la enfermedad coronaria.			
Comportamiento	Consumo de tabaco	Dejar de fumar.	Talleres de concientización (autocuidado)	IAFA CCSS	MS MEP Cruz Roja
			Divulgación de la clínica de cesación del tabaco.	CCSS	
Circunstancias materiales	Condiciones ambientales. (exposición al sol)	Aplicación de recomendaciones para evitar afectaciones por exposición al sol.	Talleres de capacitación en recomendaciones para evitar la ERCnT.	MS	MT MAG CCSS
			Supervisión en el campo del cumplimiento del decreto 39147-S-TSS		



Problema de salud: <b>Acceso a Servicios de Salud.</b>					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Circunstancias materiales de vida	Condiciones de trabajo.	Promover el aseguramiento de los trabajadores.	Campaña de sensibilización de la importancia de estar asegurados (beneficios del aseguramiento).	Sucursal de la CCSS	MS
			Sensibilizar al patrono sobre aseguramiento al empleado	Sucursal CCSS	
			Acompañamiento y fortalecimiento de las actividades productivas. (emprendimientos y microempresarios)	Municipalidad Cámara de ganaderos. CTP	
Comportamiento	Percepción de la Salud.	Fortalecer la Salud Mental.	Fortalecimiento de los programas de promoción de la salud.	RECAFIS	MS



Servicios de Salud	Insuficiencia de recursos humanos.	Dotación de recurso humano.	Gestionar el nombramiento del recurso humanos necesario.	CCSS	MS Junta de Salud Municipalidad
Factor socioeconómico	Desempleo	Impulsar emprendimientos.	Fortalecer los espacios donde se conforman emprendimientos.	MAG OFIM Municipalidad CTP	MS INDER IMAS INA
			Crear alianzas de emprendimientos con empresas.	Cámara de Turismo	INDER
			Creación de un directorio de emprendimientos del cantón.	Municipalidad (informático)	
Biológico	Longevidad de la población.	Estilos de Vida Saludables.	Fortalecimiento de los programas de estilos de vida saludables.	RECAFIS	CONAPAM



Problema de salud: <b>Drogas.</b>					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Carencia de habilidades sociales.	Fortalecimiento de habilidades para la vida.	Talleres socioeducativos con diferentes poblaciones.	MS IAFA OFIM CCSS Cruz Roja	ICODER Municipalidad MEP Guías y Scouts Iglesia
	Relaciones perjudiciales.	Fortalecimiento de habilidades. Empoderamiento.	Talleres. Divulgación de información.	MS OFIM	INAMU MEP
	Conductas antisociales.	Empoderamiento y supervisión Detección temprana.	Abordaje preventivo. Mas espacios saludables.	Cruz Roja CCSS Fuerza Publica	
Factores socioeconómicos.	Limitada educación.	Promocionar las diferentes oportunidades educativas presentes en el cantón.	Promocionar la conclusión de los estudios de educación general básica	IMAS MEP PANI	IAFA
			Divulgar las ofertas educativas presentes en el cantón.		



Problema de salud: <b>Disponibilidad y Acceso al Agua</b>					
Dimensión	Causas raíz	Factor protector	Líneas de acción	Actor responsable	Actor colaborador
Comportamiento	Prácticas inadecuadas en el uso del agua.	Buenas prácticas en el uso del agua.	Hacer una campaña de concientización en el uso del agua.	A y A ASADAS Comisión ENOS	Liga comunal del Agua
Circunstancias materiales	Disponibilidad limitada de fuentes de agua.	Protección de fuentes de agua.	Supervisión del cumplimiento de la legislación que proteja las cuencas y fuentes de agua	MINAET Dirección de aguas, SINAC	Fundación Monte Alto Liga comunal del Agua
			Aplicación de las regulaciones de la red forestal (artículo 33)		
			Reforestación de fuentes de agua	Liga comunal del Agua	
Circunstancias materiales	Deficiente infraestructura y gestión del agua.	Mejoramiento de la infraestructura.	Asesoramiento de las ASADAS para el mejoramiento de la infraestructura.	A y A	ASADAS
Comportamiento	Prácticas inadecuadas en el uso de agroquímicos.	Educación en uso de agroquímicos.	Campañas educativas en el uso de agroquímicos y disposición de los productos de desecho que generan en su uso.	MAG Cámara de Ganaderos	ONG Limpiemos nuestros campos Municipalidad



## CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Ávila-Agüero, M. L. (2007). Mortalidad infantil, indicador de calidad en salud. *Acta Médica Costarricense*, 76-78.
- Censo, I. N. (2011). *X Censo Nacional de Población y VI Vivienda*. San José: INEC.
- Comisión Nacional Emergencias. (n.d.). *Hojancha, descripción de amenazas*.
- DARS Hojancha. (2015). *Análisis de Situación de la Salud Hojancha*. Hojancha.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (1995). *Bosques, Árboles y Comunidades Rurales - Fase II - Documento de Trabajo: Estudio de Caso Sobre Investigación y Extensión Campesina - Proceso Endógeno y Lógico de Investigación Campesina*.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Retrieved from [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
- ILAIS HOJANCHA. (2018). *Diagnóstico Comunitario sobre Suicidio en el cantón de Hojancha, Abordaje Psicosocial del Suicidio*.
- INEC. (2014). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Retrieved from <http://www.inec.go.cr/proyeccionpoblacion/frmproyec.aspx>
- INEC. (2014). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Retrieved from <http://sistemas.inec.cr:8080/bincri/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITNAC&lang=esp>
- Katia Castro del Valle, J. A. (n.d.). *INBio*. Retrieved from <http://www.inbio.eas.ualberta.ca/es/estudios/hojancha.htm>
- MINISTERIO DE SALUD. (2019). *Guía Metodológica para la Elaboración del Análisis de Situación Integral de Salud en Costa Rica*. San Jose.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. San José.
- PARRA, M. C. (2018, DICIEMBRE 2018). CONSUMO DE DROGAS: UN MAL QUE CRECE EN COSTA RICA. *SEMINARIO UNIVERSIDAD*.
- Poder Judicial Costa Rica. (2013). *Anuario Policial 2013*.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. (2013). *Indicadores Cantonales*. San José: GEDI.
- PSIQUIATRACA. (n.d.). Retrieved from <https://psiquiatraca.blogspot.com/2016/04/efecto-werther-y-efecto-papageno-las.html>



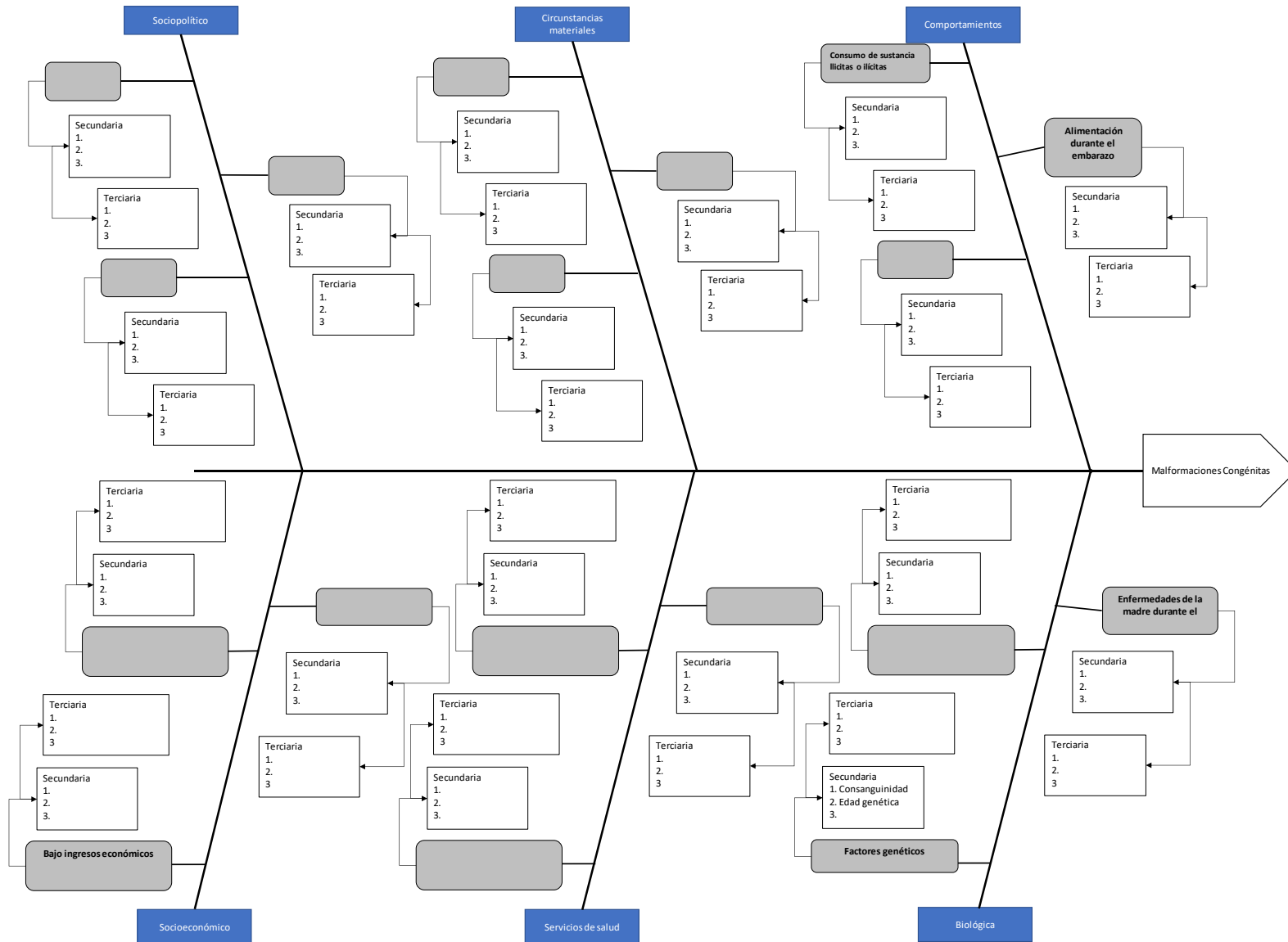
- Salud, O. d. (2017, 09 18). *Ministerio de Salud Costa Rica*. Retrieved from <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/46-noticias-2017/952-en-encuentro-mundial-costa-rica-revelara-los-secretos-de-su-zona-azul>
- Sánchez Teruel, D., & Robles-Bello, M. (2014). *Factores Protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes*. Papeles del Psicólogo.
- SECRETARIA TECNICA DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD . (2023). *BOLETIN INFORMATIVO SECRETARIA TECNICA DE SALUD MENTAL*. SAN JOSE .
- UNODC. (2021, Junio). Retrieved from <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>
- Vargas Sanabria, M., & Espinoza Morales, K. (2017). Suicidios en Costa Rica Durante los Años 2015 y 2016. *Medicina Legal de Costa Rica*.



## CAPÍTULO VII: ANEXOS

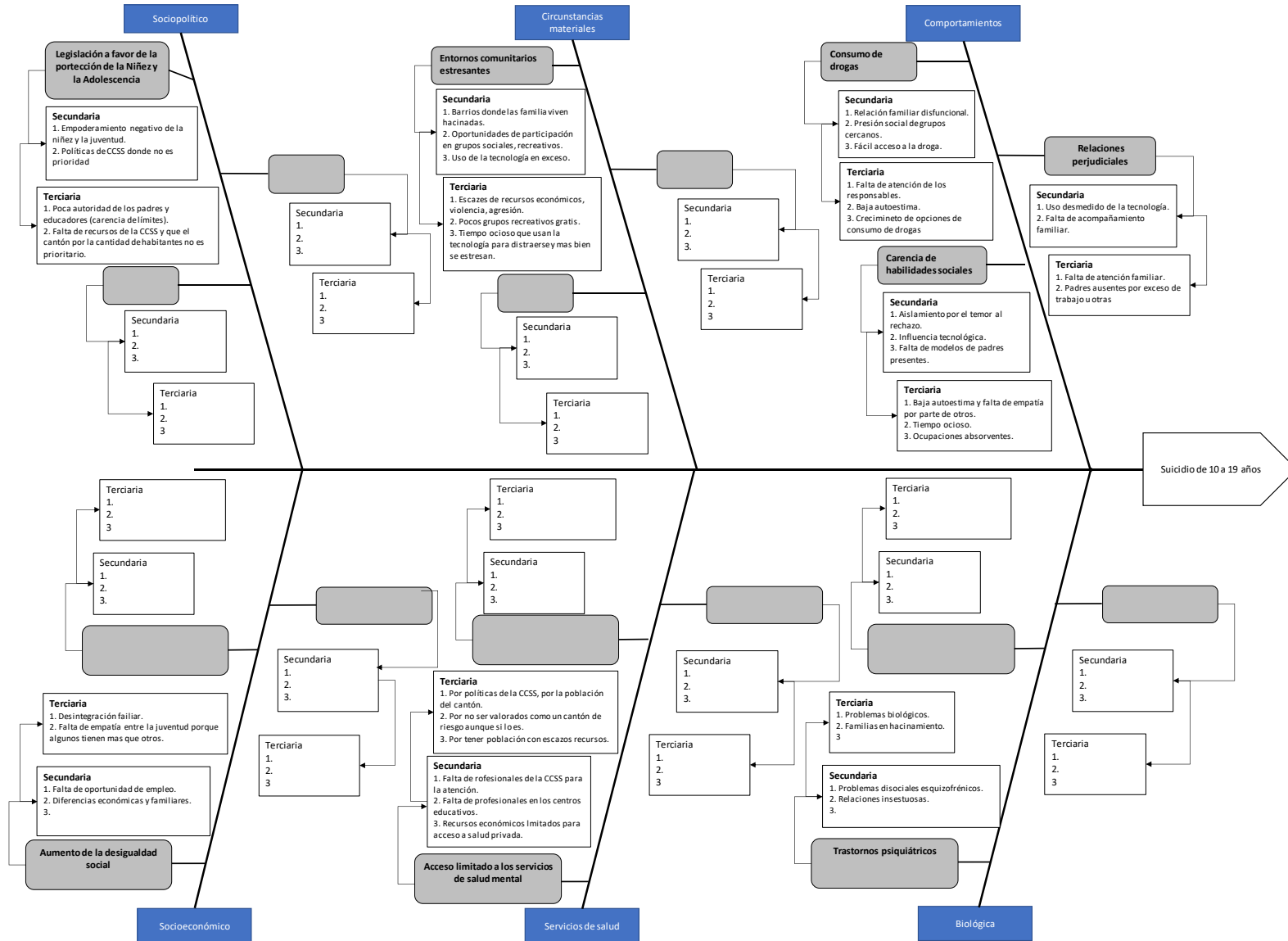


Anexo 1 Diagrama Ishikawa para Malformaciones Congénitas



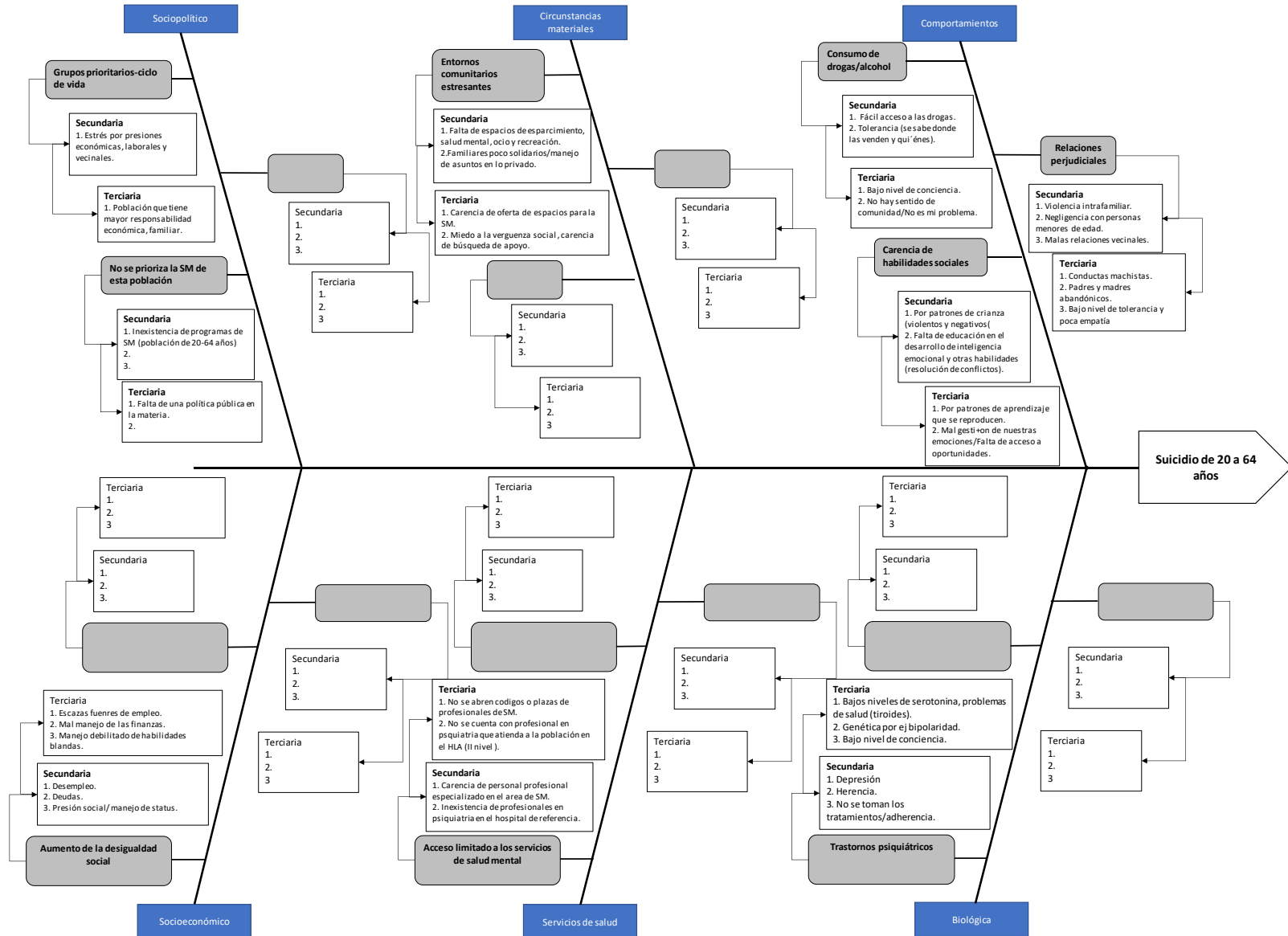


### Anexo 2 Diagrama Ishikawa para Lesiones autoinfligidas Adolescencia 10-19 años



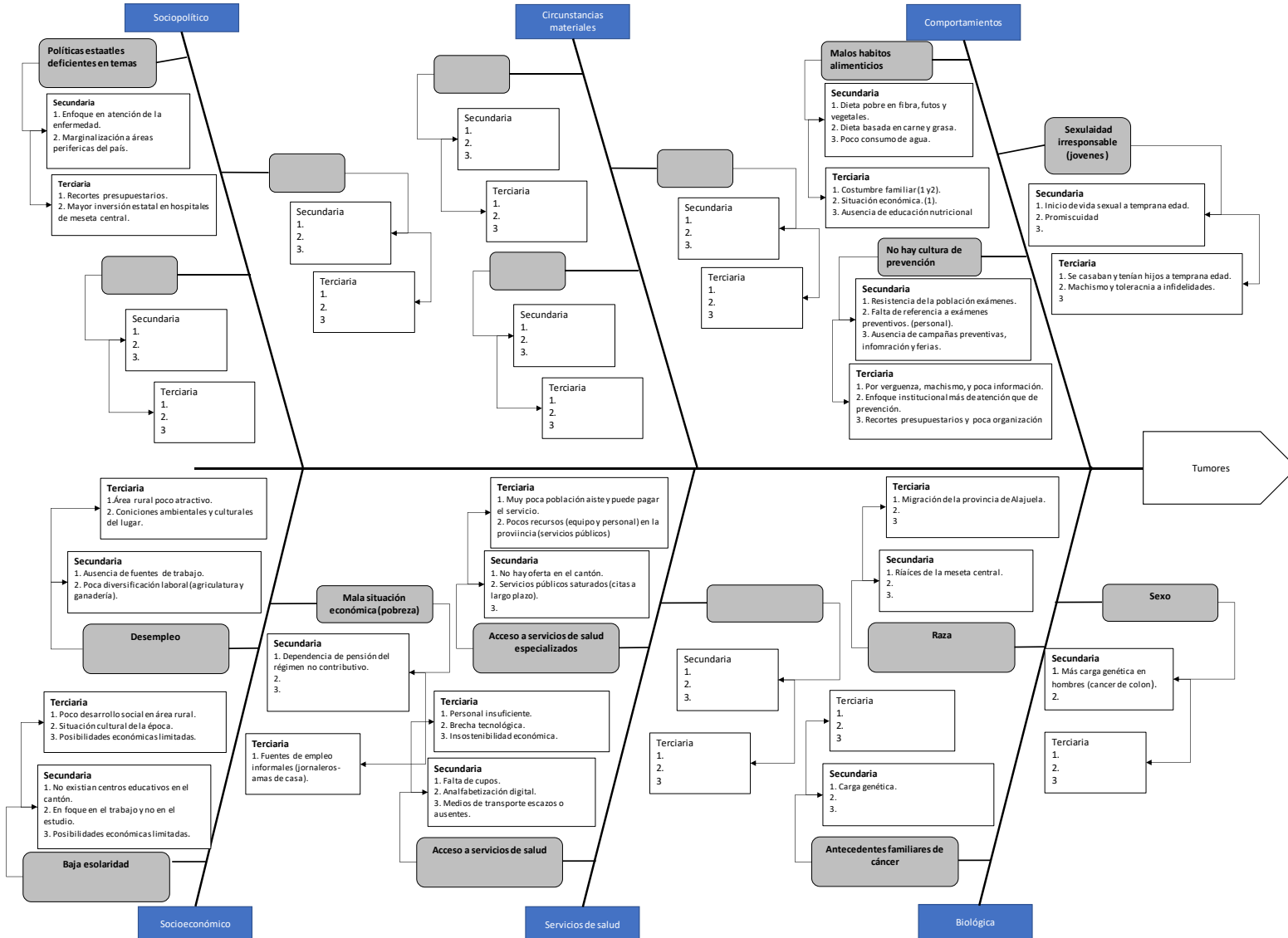


Anexo 3 Diagrama Ishikawa para Lesiones autoinfligidas Persona adulta 20-64 años



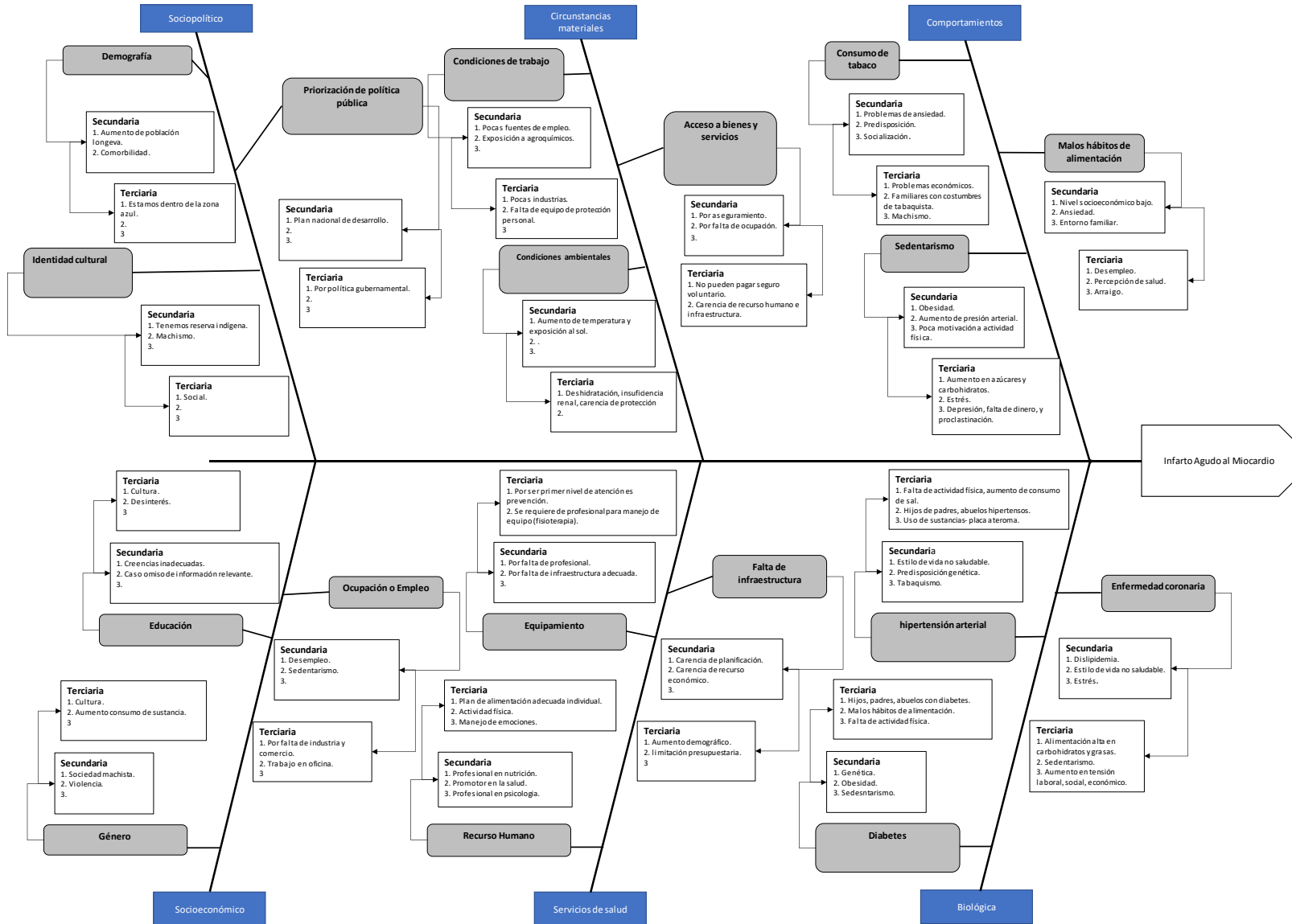


Anexo 4 Diagrama Ishikawa para Tumores malignos (próstata, mama, colorrectal, cérvix y gástrico, población mayor 65 años)



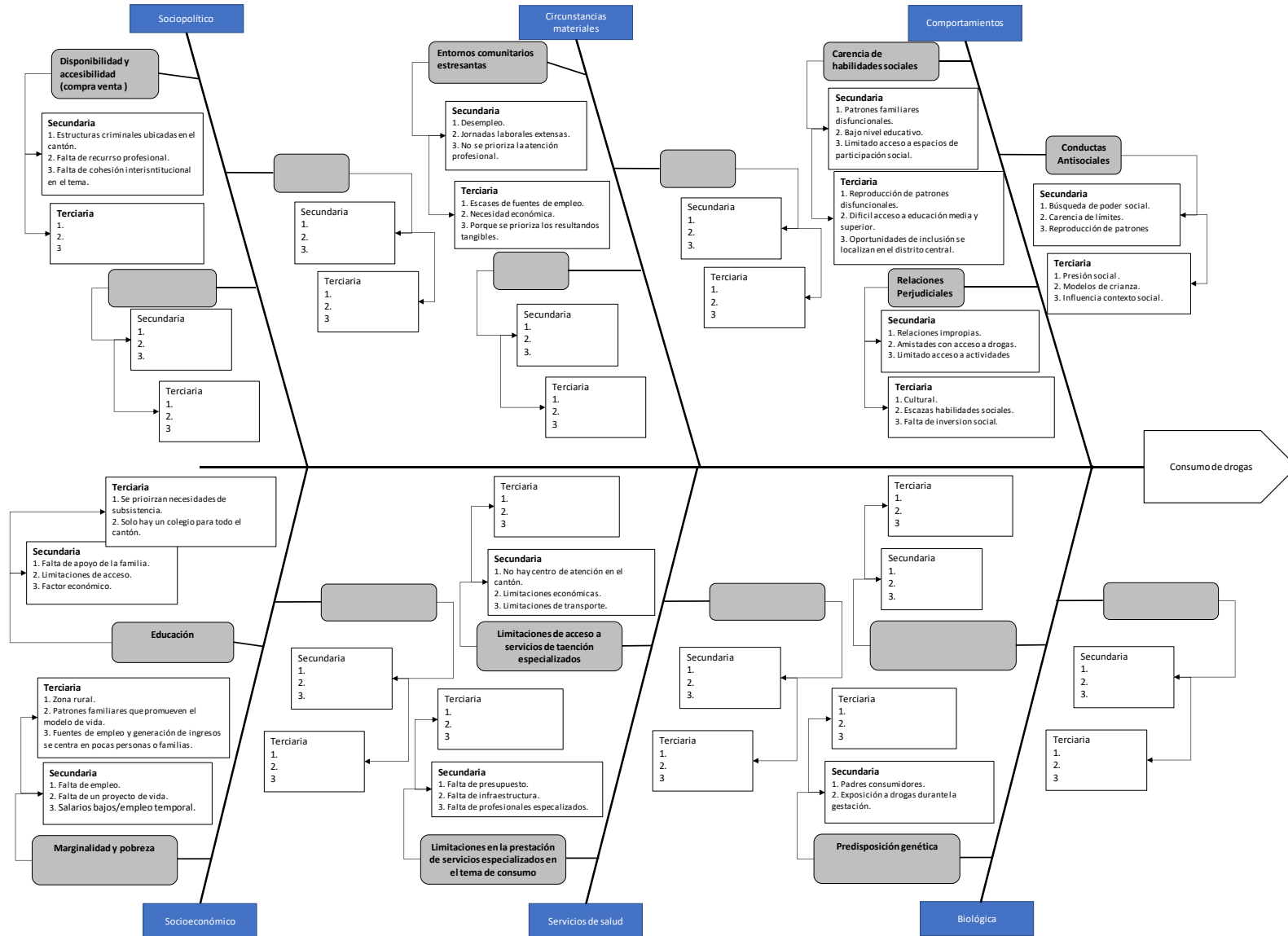


# Anexo 5 Diagrama Ishikawa para Infarto Agudo de Miocardio, población general



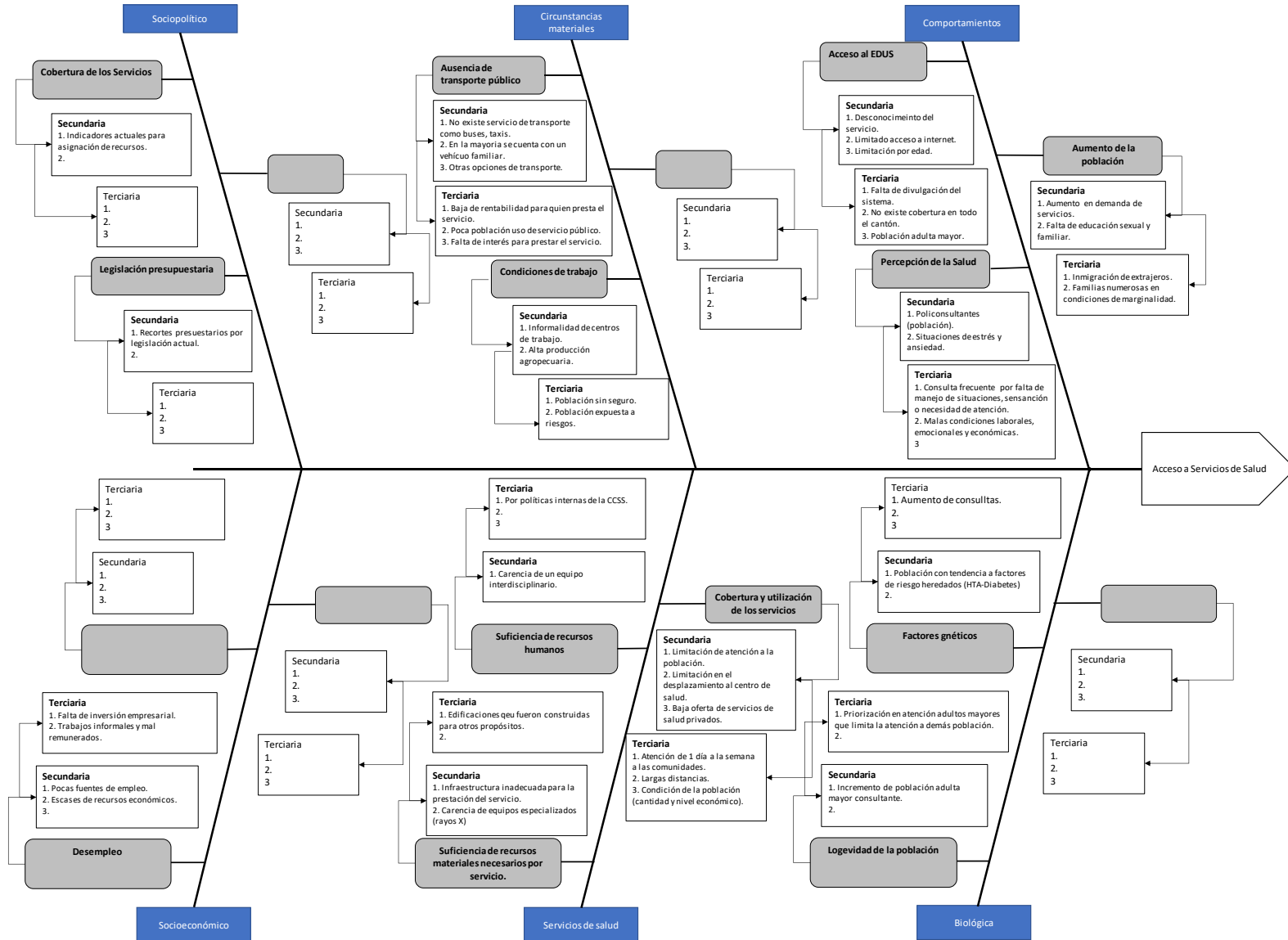


Anexo 6 Diagrama Ishikawa para Drogadicción





# Anexo 7 Diagrama Ishikawa para Acceso servicios de Salud







## Anexo 9: Resultados de Pareto para Priorización de Causas Raíz y Definición de Líneas de Acción

### Anexo 9.1: Lesiones autoinfligidas Adolescencia 10-19 años

Dimensión	Causa	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulad	PESO CAUS	80-20
<b>Factores Socioeconomicos</b>	2.1	Aumento de la desigualdad social	7	3	7	147	13,46%	13,46%	147	80%
<b>Factores Biologicos</b>	3.1	Trastornos psiquiatricos	7	3	7	147	13,46%	26,92%	147	80%
<b>Comportamiento</b>	4.1	Consumo de drogas	7	3	7	147	13,46%	40,38%	147	80%
<b>Comportamiento</b>	4.2	Relaciones perjudiciales	7	3	7	147	13,46%	53,85%	147	80%
<b>Comportamiento</b>	4.3	Carencia de habilidades sociales	7	3	7	147	13,46%	67,31%	147	80%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.1	Entornos comunitarios estresantes	7	3	7	147	13,46%	80,77%	147	20%
<b>Servicios de Salud</b>	6.1	Acceso limitados a los servicios de salud	7	3	7	147	13,46%	94,23%	147	20%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.1	Legislación a favor de la protección de la niñez y juventud	3	3	7	63	5,77%	100,00%	63	20%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	2.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	2.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Biologicos</b>	3.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Biologicos</b>	3.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Servicios de Salud</b>	6.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Servicios de Salud</b>	6.3					0	0,00%	100,00%	0	20%



## Anexo 9.2: Lesiones autoinfligidas Persona Adulta 20-64 años

Dimensión	Causa	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado	PESO CAUS	80-20
<b>Servicios de Salud</b>	6.1	Acceso limitados a los servicios de salud mental	10	5	7	350	24,68%	24,68%	350	80%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.1	Grupos prioritarios del ciclo de vida	10	5	3	150	10,58%	35,26%	150	80%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.2	No se prioriza salud mental	10	5	3	150	10,58%	45,84%	150	80%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	2.1	Aumento de la desigualdad social	10	5	3	150	10,58%	56,42%	150	80%
<b>Factores Biologicos</b>	3.1	Trastornos psiquiatricos	10	5	3	150	10,58%	67,00%	150	80%
<b>Comportamiento</b>	4.1	Consumo de drogas	10	5	3	150	10,58%	77,57%	150	80%
<b>Comportamiento</b>	4.3	Carencia de habilidades sociales	10	5	3	150	10,58%	88,15%	150	20%
<b>Comportamiento</b>	4.2	Relaciones perjudiciales	7	5	3	105	7,40%	95,56%	105	20%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.1	Entornos comunitarios estresantes	7	3	3	63	4,44%	100,00%	63	20%
<b>Factores Sociopolíticos</b>	1.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	2.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Socioeconomicos</b>	2.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Biologicos</b>	3.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Factores Biologicos</b>	3.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Circunstancias materiales de vida</b>	5.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Servicios de Salud</b>	6.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
<b>Servicios de Salud</b>	6.3					0	0,00%	100,00%	0	20%



### Anexo 9.3: Tumores malignos: cérvix, mama, colorrectal, gástrico y próstata, población mayor de 65 años

Dimensión	Causa	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado	PESO CAUS	80-20
Comportamiento	4.1	MALOS HABITOS ALIMENTICIOS	10	5	10	500	20,42%	20,42%	500	80%
Comportamiento	4.2	NO HAY CULTURA DE PREVENCIÓN	10	5	10	500	20,42%	40,83%	500	80%
Comportamiento	4.3	SEXUALIDAD IRRESPONSABLE	7	5	10	350	14,29%	55,12%	350	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	EXPOSICIÓN A AGROQUIMICOS	7	5	10	350	14,29%	69,42%	350	80%
Servicios de Salud	6.1	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	10	3	10	300	12,25%	81,67%	300	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	MALA SITUACIÓN ECONOMICA, POBREZA	7	5	7	245	10,00%	91,67%	245	20%
Factores Socioeconomicos	2.2	DESEMPLEO	3	3	7	63	2,57%	94,24%	63	20%
Factores Biologicos	3.1	ANTECEDENTE FAMILIAR DE CANCER	10	1	3	30	1,22%	95,47%	30	20%
Factores Biologicos	3.2	RAZA	10	1	3	30	1,22%	96,69%	30	20%
Factores Biologicos	3.3	SEXO	10	1	3	30	1,22%	97,92%	30	20%
Factores Socioeconomicos	2.3	BAJA ESCOLARIDAD	3	1	7	21	0,86%	98,78%	21	20%
Servicios de Salud	6.2	ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS	7	1	3	21	0,86%	99,63%	21	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	POLITICAS ESTATALES DEFICIENTES	3	1	3	9	0,37%	100,00%	9	20%
Factores Sociopolíticos	1.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Sociopolíticos	1.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	0	20%



### Anexo 9.4: Infarto Agudo de Miocardio, población general

Dimensión	Causa	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado	PESO CAUS	80-20
Factores Sociopolíticos	1.1	Demografía	10	5	10	500	8,17%	8,17%	500	80%
Factores Biológicos	3.1	Enfermedad coronaria	10	5	10	500	8,17%	16,34%	500	80%
Factores Biológicos	3.2	HTA	10	5	10	500	8,17%	24,51%	500	80%
Factores Biológicos	3.3	DM	10	5	10	500	8,17%	32,69%	500	80%
Comportamiento	4.1	Consumo de tabaco	10	5	10	500	8,17%	40,86%	500	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Condición de trabajo	10	5	10	500	8,17%	49,03%	500	80%
Circunstancias materiales de vida	5.3	Condiciones ambientales	10	5	10	500	8,17%	57,20%	500	80%
Servicios de Salud	6.1	Falta de infraestructura	10	5	10	500	8,17%	65,37%	500	80%
Servicios de Salud	6.2	Equipamiento	10	5	10	500	8,17%	73,54%	500	80%
Servicios de Salud	6.3	Recurso humano	10	5	10	500	8,17%	81,71%	500	20%
Factores Socioeconomicos	2.2	Educación	7	3	10	210	3,43%	85,14%	210	20%
Factores Sociopolíticos	1.2	Identidad cultural	7	3	7	147	2,40%	87,55%	147	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	Ocupación o empleo	7	3	7	147	2,40%	89,95%	147	20%
Factores Socioeconomicos	2.3	Genero	7	3	7	147	2,40%	92,35%	147	20%
Comportamiento	4.2	Sedentarismo	7	3	7	147	2,40%	94,75%	147	20%
Comportamiento	4.3	Alimentación	7	3	7	147	2,40%	97,16%	147	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Acceso a bienes y servicios	7	3	7	147	2,40%	99,56%	147	20%
Factores Sociopolíticos	1.3	Priorización política	3	3	3	27	0,44%	100,00%	27	20%



### Anexo 9.5: Acceso de servicios de salud

Dimensión	Causa	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulad	PESO CAUS	80-20
Comportamiento	4.1	Prácticas inadecuadas en el uso del agua	10	5	10	500	25,64%	25,64%	500	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Disponibilidad limitada de fuentes de agua	10	5	10	500	25,64%	51,28%	500	80%
Circunstancias materiales de vida	5.2	Deficiente infraestructura y gestión del agua	10	5	10	500	25,64%	76,92%	500	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Falta de acompañamiento del Estado a las ASADAS	7	3	7	147	7,54%	84,46%	147	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	Bajo ingreso de recursos económicos a las ASADAS	7	3	7	147	7,54%	92,00%	147	20%
Comportamiento	4.2	Prácticas inadecuadas en el uso de agroquímicos	7	3	7	147	7,54%	99,54%	147	20%
Servicios de Salud	6.1	Riesgo de enfermedades	3	1	3	9	0,46%	100,00%	9	20%
Factores Sociopolíticos	1.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Sociopolíticos	1.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Socioeconomicos	2.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Socioeconomicos	2.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Biologicos	3.1					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Biologicos	3.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Biologicos	3.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Comportamiento	4.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Servicios de Salud	6.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	0	20%



### Anexo 9.6: Acceso de servicios de salud.

Dimensión	Causa	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las insituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulad	PESO CAUS	80-20
Circunstancias materiales de vida	5.2	Condiciones de trabajo	10	5	7	350	14,74%	14,74%	350	80%
Servicios de Salud	6.1	Cobertura y utilización de servicios	10	5	7	350	14,74%	29,47%	350	80%
Servicios de Salud	6.2	Insuficiencia de recursos humanos	10	5	7	350	14,74%	44,21%	350	80%
Comportamiento	4.2	Persepción de la salud	7	5	7	245	10,32%	54,53%	245	80%
Factores Sociopolíticos	1.1	Cobertura de los servicios	10	5	3	150	6,32%	60,84%	150	80%
Factores Sociopolíticos	1.2	Legislación presupuestaria	10	5	3	150	6,32%	67,16%	150	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Ausencia de servicios de publicos	10	5	3	150	6,32%	73,47%	150	80%
Factores Socioeconomicos	2.1	Desempleo	7	3	7	147	6,19%	79,66%	147	80%
Comportamiento	4.1	Acceso a la plataforma de EDUS	7	3	7	147	6,19%	85,85%	147	20%
Servicios de Salud	6.3	Insuficiencia de recursos materiales necesarios por servici	7	3	7	147	6,19%	92,04%	147	20%
Factores Biologicos	3.1	Factores genéticos	7	3	3	63	2,65%	94,69%	63	20%
Factores Biologicos	3.2	Longevidad de la población	7	3	3	63	2,65%	97,35%	63	20%
Comportamiento	4.3	Aumento de la población	7	3	3	63	2,65%	100,00%	63	20%
Factores Sociopolíticos	1.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Socioeconomicos	2.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Socioeconomicos	2.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Biologicos	3.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3					0	0,00%	100,00%	0	20%



## Anexo 9.7: Drogadicción

Dimensión	Causa	Causas raíz	Nivel de influencia	Nivel de importancia	Nivel de incidencia de las instituciones en la solución de la causa raíz	(A)*(B)*(C)=D	% Relativa	% Acumulado	PESO CAUS	80-20
Comportamiento	4.1	Carencia habilidades sociales	10	5	10	500	20,93%	20,93%	500	80%
Comportamiento	4.2	Relaciones Perjudiciales	10	5	10	500	20,93%	41,86%	500	80%
Comportamiento	4.3	Conductas antisociales	10	5	10	500	20,93%	62,79%	500	80%
Factores Socioeconomicos	2.2	Educación	7	5	7	245	10,26%	73,04%	245	80%
Circunstancias materiales de vida	5.1	Entornos comunitarios estresantes	7	5	7	245	10,26%	83,30%	245	20%
Factores Sociopolíticos	1.1	Disponibilidad y accesibilidad	7	5	3	105	4,40%	87,69%	105	20%
Factores Socioeconomicos	2.1	Marginalidad y pobreza	7	5	3	105	4,40%	92,09%	105	20%
Servicios de Salud	6.1	Limitaciones en la prestación de servicios especializados d	10	3	3	90	3,77%	95,86%	90	20%
Servicios de Salud	6.2	Limitaciones de acceso a servicios de atención hospitalizad	10	3	3	90	3,77%	99,62%	90	20%
Factores Biologicos	3.1	Predisposición geográfica	3	1	3	9	0,38%	100,00%	9	20%
Factores Sociopolíticos	1.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Sociopolíticos	1.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Socioeconomicos	2.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Biologicos	3.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Factores Biologicos	3.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.2					0	0,00%	100,00%	0	20%
Circunstancias materiales de vida	5.3					0	0,00%	100,00%	0	20%
Servicios de Salud	6.3					0	0,00%	100,00%	0	20%