

2022-2023

Análisis basado en mortalidad de la población para enfocarnos en factores que determinan el perfil epidemiológico y generar información con base científica para la toma de decisiones que permitan la mejora de la calidad de vida y la salud de las personas.



CONTENIDO

I INTRODUCCIÓN:	4
SELECCIÓN DE INDICADORES	4
CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO	10
DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS.	10
BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE SANTA CRUZ	11
CLIMA:	12
RELIEVE:.....	13
TOPOGRAFÍA:	13
HIDROGRAFÍA:.....	13
DIVISIÓN ADMINISTRATIVA:	14
II. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DEMOGRAFICO.	15
POBLACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN.....	16
DENSIDAD POBLACIONAL	17
CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	17
FECUNDIDAD	18
TASA DE FECUNDIDAD GENERAL	18
TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD	18
NATALIDAD:.....	19
ESPERANZA DE VIDA:	20
MIGRACIÓN:	21
MIGRACIÓN INTERNACIONAL.....	22
MIGRACIÓN INTERNA:.....	23
ESTRUCTURA POBLACIONAL:	24
DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA:	27
PERFIL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL:.....	27
PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DEL CANTÓN:.....	29

AGRICULTURA	30
PECUARIO	30
LA PESCA.....	31
TURISMO.....	31
ASPECTOS CULTURALES.....	31
IV-DETERMINANTES DE LA SALUD	32
DETERMINANTES AMBIENTALES	33
DETERMINANTES BIOLÓGICOS:.....	38
DETERMINANTES SOCIO / ECONÓMICOS	39
DETERMINANTES SOCIOCULTURALES: DE ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS RIESGOSAS	56
DETERMINANTES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA A LAS PERSONAS.....	66
SERVICIOS DE ATENCIÓN AL HÁBITAT HUMANO	87
IMPACTO DE LOS DETERMINANTES EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN	94
III. ANÁLISIS DEL EVENTO DE SALUD A TRAVES DE SUS CAUSAS PRIORIZADAS 115	
Causas priorizadas de Mortalidad.....	117
<i>POR REGLA GENERAL, TODA PERSONA DESPUÉS DE UN INFARTO PUEDE Y DEBE HACER EJERCICIO FÍSICO. OBIAMENTE EL GRADO DEPENDE DE LO GRAVE QUE HAYA SIDO EL INFARTO: DE CÓMO SIGUE LA FUERZA DE BOMBEO DEL CORAZÓN Y DE SI AÚN QUEDAN ALGUNAS ARTERIAS CORONARIAS OBSTRUIDAS. LA ACTIVIDAD FÍSICA RECOMENDADA ES AQUELLA QUE LE GUSTE A CADA PERSONA. SIN EMBARGO, UNA DE LAS ACTIVIDADES MÁS ACONSEJADAS POR TODOS LOS ESPECIALISTAS Y, QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES PUEDEN HACER, ES CAMINAR.....</i>	
	120
Causas priorizadas por la Comunidad.....	131
1.1 INSEGURIDAD CIUDADANA	131
3.Causas priorizadas de Salud Mental.....	145
DESARROLLO INSTITUCIONAL, MUNICIPAL Y ORGANIZACIÓN SOCIAL.....	154
CONCLUSIONES	160

I INTRODUCCIÓN:

Considerando que el concepto de producción social de la salud está determinado por múltiples factores y de estos con su entorno (Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. MS 2008), se debe tener de referencia en el análisis de situación de salud que implica tanto el reconocimiento de sus determinantes como la respuesta social en un marco de interacción de los actores sociales.

El espacio geográfico local sirve como escenario viable para el conocimiento de los determinantes que afectan la salud y también para la implementación de estrategias propias para su atención (OPS, 2005).

Partiendo de esta concepción el ASIS evidencia los principales problemas de la salud de la población del cantón desde una dimensión biológica, conductual, sociocultural y ambiental. Supone también la construcción de acciones que llevan a cabo los actores sociales involucrados en la protección de la salud de la población.

En este proceso es responsabilidad de la institución como ente rector, direccionar los esfuerzos de los diferentes actores sociales orientados a proteger y mejorar la salud de la población bajo los principios de universalidad, equidad y solidaridad.

El análisis que se presenta es producto de la recopilación de indicadores principalmente de fuentes oficiales, se partió de la batería de indicadores facilitada por el Nivel Central con este fin. La unidad de análisis es el cantón, pero también se desagregan datos por distrito y EBAIS.

Se realiza una descripción cuantitativa y de análisis temporal de tendencias para los indicadores que se han venido calculando por varios años. Se realiza el análisis cuantitativo con la información recopilada y se alimenta el análisis de contenido para el informe final de ASIS.

SELECCIÓN DE INDICADORES

TABLA DE INDICADORES DEL CANTÓN DE SANTA CRUZ		
INDICADORES SOCIALES		
#	ANÁLISIS DEL INDICADOR	DEFINICIÓN
1	INDICE DE DESARROLLO	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

	HUMANO (IDH)	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).
2	INDICE DE DESARROLLO CANTONAL (IDHC)	Medida resumen del progreso medio conseguido por cada cantón en tres dimensiones de desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, disponer de educación y disfrutar de un nivel de vida digno. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 1, donde 1 indica el máximo nivel de desarrollo humano de un cantón (Basado en PNUD-Costa Rica y UCR).
3	ÍNDICE DE DESARROLLO SOCIAL CANTONAL (IDS)	Medida resumen de las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país, en cuatro dimensiones: económica, participación social, salud y educación. Este indicador se expresa como un valor entre 0 y 100, donde 100 indica el máximo nivel de desarrollo social (basado en MIDEPLAN).
4	PROPORCIÓN DE VIVIENDAS INDIVIDUALES OCUPADAS SEGÚN 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.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

N°	ANÁLISIS DEL INDICADOR	DEFINICIÓN		
5	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. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Población Total General (proyección 2022)</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">71284</td> </tr> </table>	<i>Población Total General (proyección 2022)</i>	71284
<i>Población Total General (proyección 2022)</i>				
71284				
6	COMPOSICIÓN	Porcentaje de la población total que pertenece a cada grupo de edad o sexo.		

	POBLACIONAL									
7	RAZÓN HOMBRE MUJER	Número de mujeres por cada 100 hombres, existentes en la población total. <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Hombres</i></th> <th><i>Mujeres</i></th> <th><i>Total General</i></th> <th><i>Razón (proyección 2022)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36658</td> <td>34626</td> <td>71284</td> <td>94,5</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total General</i>	<i>Razón (proyección 2022)</i>	36658	34626	71284	94,5
<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total General</i>	<i>Razón (proyección 2022)</i>							
36658	34626	71284	94,5							
8	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, 53,2								
9	RAZÓN DE ENVEJECIMIENTO	Número de personas mayores de 64 años de edad por cada 100 personas menores de 15 años, existentes en la población total. 38,9								
10	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)								
12	TOTAL DE NACIMIENTOS	Número total de nacidos vivos en un espacio geográfico y periodo determinados <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Nacimientos (2021)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>807</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Nacimientos (2021)</i>	807						
<i>Nacimientos (2021)</i>										
807										
13	TASA DE NATALIDAD	Número de nacimientos por cada mil habitantes; esto es, la razón del número de nacimientos anuales con respecto a la población total, por mil (INEC, modificada). Sinonimia: tasa bruta de natalidad y tasa cruda de natalidad <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Nacimientos (2021)</i></th> <th><i>Población proyectada por cantón 2021</i></th> <th><i>Tasa de natalidad</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>807</td> <td>70125</td> <td>11,5</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Nacimientos (2021)</i>	<i>Población proyectada por cantón 2021</i>	<i>Tasa de natalidad</i>	807	70125	11,5		
<i>Nacimientos (2021)</i>	<i>Población proyectada por cantón 2021</i>	<i>Tasa de natalidad</i>								
807	70125	11,5								

14	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).												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Nacimientos (2021)</i></th> <th><i>Defunciones (2021)</i></th> <th><i>Población proyectada (2021)</i></th> <th><i>Tasa de natalidad</i></th> <th><i>Tasa de mortalidad</i></th> <th><i>Tasa de crecimiento natural de la población</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>807</td> <td>478</td> <td>70125</td> <td>11,5</td> <td>6,8</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Nacimientos (2021)</i>	<i>Defunciones (2021)</i>	<i>Población proyectada (2021)</i>	<i>Tasa de natalidad</i>	<i>Tasa de mortalidad</i>	<i>Tasa de crecimiento natural de la población</i>	807	478	70125	11,5	6,8	0,5
<i>Nacimientos (2021)</i>	<i>Defunciones (2021)</i>	<i>Población proyectada (2021)</i>	<i>Tasa de natalidad</i>	<i>Tasa de mortalidad</i>	<i>Tasa de crecimiento natural de la población</i>									
807	478	70125	11,5	6,8	0,5									
16	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	Número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo. Prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (OPS).												
17	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.												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Nacimientos (2021)</i></th> <th><i>Defunciones</i></th> <th><i>Población proyectada</i></th> <th><i>Tasa de natalidad</i></th> <th><i>Tasa de mortalidad</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>807</td> <td>478</td> <td>70125</td> <td>11,5</td> <td>6,8</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Nacimientos (2021)</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Población proyectada</i>	<i>Tasa de natalidad</i>	<i>Tasa de mortalidad</i>	807	478	70125	11,5	6,8		
<i>Nacimientos (2021)</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Población proyectada</i>	<i>Tasa de natalidad</i>	<i>Tasa de mortalidad</i>										
807	478	70125	11,5	6,8										
18	DENSIDAD POBLACIONAL	Razón entre la población de un país o territorio y su área, que generalmente se expresa en personas por kilómetros cuadrados. (MIDEPLAN).												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Población (Proyección 2022)</i></th> <th><i>Territorio en km² (SNIT CR)</i></th> <th><i>Densidad de población</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>71284</td> <td>1320,81</td> <td>54,0</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Población (Proyección 2022)</i>	<i>Territorio en km² (SNIT CR)</i>	<i>Densidad de población</i>	71284	1320,81	54,0						
<i>Población (Proyección 2022)</i>	<i>Territorio en km² (SNIT CR)</i>	<i>Densidad de población</i>												
71284	1320,81	54,0												
INDICADORES ECONÓMICOS														
N°	ANÁLISIS DEL INDICADOR	DEFINICIÓN												
19	PRODUCTO INTERNO BRUTO	El PIB per cápita (actualmente conocido como Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares de los Estados Unidos mediante el método Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año. El PIB es la suma del valor agregado por todos los productores residentes más todos los												

	PER CÁPITA	impuestos a los productos (menos los subsidios) no incluidos en la valuación del producto más las entradas netas de ingreso primario (remuneración de empleados e ingreso por propiedad) del exterior.						
20	PORCENTAJE DE HOGARES EN CONDICIÓN DE POBREZA EXTREMA	Porcentaje de hogares con un ingreso per cápita igual o inferior al costo per cápita de la Canasta Básica de Alimentos.						
21	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	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						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Población ocupada de 15 años y más</i></th> <th><i>Población desempleada de 15 años y más</i></th> <th><i>PEA (Censo 2011)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18912</td> <td>879</td> <td>19791</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Población ocupada de 15 años y más</i>	<i>Población desempleada de 15 años y más</i>	<i>PEA (Censo 2011)</i>	18912	879	19791
<i>Población ocupada de 15 años y más</i>	<i>Población desempleada de 15 años y más</i>	<i>PEA (Censo 2011)</i>						
18912	879	19791						
22	TASA DE ACUPACION	Porcentaje de la población ocupada con respecto a la población de 15 años o más. (INEC).						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Población ocupada de 15 años y más</i></th> <th><i>Población en edad de trabajar de 15 años y más</i></th> <th><i>Tasa de ocupación (Censo 2011)</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18912</td> <td>41660</td> <td>45,4</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Población ocupada de 15 años y más</i>	<i>Población en edad de trabajar de 15 años y más</i>	<i>Tasa de ocupación (Censo 2011)</i>	18912	41660	45,4
<i>Población ocupada de 15 años y más</i>	<i>Población en edad de trabajar de 15 años y más</i>	<i>Tasa de ocupación (Censo 2011)</i>						
18912	41660	45,4						

INDICADORES DE SERVICIOS

ANÁLISIS DEL INDICADOR	DEFINICIÓN
23	<p>PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE USA FUENTES MEJORADAS DE</p> <p>Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Acceso a fuentes mejoradas de agua se define por la disponibilidad de 20 litros de agua por persona al día en una distancia no mayor a 1 kilómetro. Fuentes mejoradas de agua potable mejoradas son: conexión de los hogares, fuente de agua pública, pozo, pozo excavado cubierto, fuente protegida,</p>

	AGUA POTABLE	<p>recolección de agua de lluvia. Fuentes mejoradas de agua potable no mejoradas son: pozo no cubierto, fuente no cubierta, ríos o estanques, agua suministrada por vendedores, agua embotellada, agua de camión cisterna. Agua embotellada no se considera mejorada debido a las limitaciones en el suministro del agua, no en su calidad. Área urbana o rural según definición del país.</p> <table border="1" data-bbox="363 457 1464 680"> <thead> <tr> <th><i>un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR)</i></th> <th><i>un acueducto municipal</i></th> <th><i>un acueducto del A y A</i></th> <th><i>un acueducto de empresa o cooperativa</i></th> <th><i>un pozo</i></th> <th><i>Total viviendas (Censo 2011)</i></th> <th><i>Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7704</td> <td>45</td> <td>6987</td> <td>2</td> <td>1710</td> <td>16645</td> <td>98,8</td> </tr> </tbody> </table>	<i>un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR)</i>	<i>un acueducto municipal</i>	<i>un acueducto del A y A</i>	<i>un acueducto de empresa o cooperativa</i>	<i>un pozo</i>	<i>Total viviendas (Censo 2011)</i>	<i>Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable</i>	7704	45	6987	2	1710	16645	98,8
<i>un acueducto rural o comunal (ASADAS o CAAR)</i>	<i>un acueducto municipal</i>	<i>un acueducto del A y A</i>	<i>un acueducto de empresa o cooperativa</i>	<i>un pozo</i>	<i>Total viviendas (Censo 2011)</i>	<i>Proporción de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable</i>										
7704	45	6987	2	1710	16645	98,8										
24	PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE UTILIZA INSTALACIONES MEJORADAS DE SANEAMIENTO	<p>La población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, en un año dado, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica. El sistema de eliminación de excretas es adecuado cuando es privado y si separan excretas del contacto humano. Instalaciones de saneamiento mejoradas son: conexión al alcantarillado, inodoro para elaboración de compost, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo simple, letrina de pozo mejorada con ventilación. Instalaciones de saneamiento no mejoradas son: sifón con descarga a otro lugar, letrina colgante, letrina pública o compartida, letrina de pozo abierta, letrina de cubo, no hay instalaciones; defecación en el campo. Datos de área urbano y rural según la definición del país.</p> <table border="1" data-bbox="363 1213 1464 1402"> <thead> <tr> <th><i>alcantarillado sanitario</i></th> <th><i>tanque séptico</i></th> <th><i>es de hueco, de pozo negro o letrina</i></th> <th><i>Total viviendas (Censo 2011)</i></th> <th><i>Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1064</td> <td>14207</td> <td>1183</td> <td>16645</td> <td>98,9</td> </tr> </tbody> </table>	<i>alcantarillado sanitario</i>	<i>tanque séptico</i>	<i>es de hueco, de pozo negro o letrina</i>	<i>Total viviendas (Censo 2011)</i>	<i>Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento</i>	1064	14207	1183	16645	98,9				
<i>alcantarillado sanitario</i>	<i>tanque séptico</i>	<i>es de hueco, de pozo negro o letrina</i>	<i>Total viviendas (Censo 2011)</i>	<i>Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento</i>												
1064	14207	1183	16645	98,9												
25	PROPORCIÓN DE POBLACIÓN GESTANTE ATENDIDA POR PERSONAL CAPACITADO DURANTE EL EMBARAZO:	<p>Número de mujeres gestantes que han recibido al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo proveída por un profesional trabajador de salud entrenado, expresado como porcentaje de la población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Se define como atención de salud durante el embarazo a los servicios de control y monitoreo del embarazo y/o la atención ambulatoria por morbilidad asociada; no incluye ni las actividades directas de vacunación ni la atención inmediatamente previa al parto. Personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la</p>														

		atención de gestantes y parteras (comadronas) diplomadas; no incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.
2 6	RAZÓN DE MÉDICOS	Número de médicos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica
2 7	RAZÓN DE ENFERMERAS PROFESIONALES	Número de enfermeras diplomados disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Enfermeras diplomadas no incluye personal auxiliar de enfermería.
2 8	RAZÓN DE ODONTÓLOGOS	Número de odontólogos disponibles por cada 10.000 habitantes en una población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

El entorno es el conjunto de circunstancias y condiciones de tipo geográficas, demográficas, sociales, económicas y ambientales que rodean a toda persona y que ejercen influencia sobre el desarrollo de su vida, moldeando las oportunidades y limitaciones.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS.

Santa Cruz, cantón tercero de la provincia de Guanacaste, creado por ley N° 36, del 7 de diciembre de 1848. Se ubica entre las coordenadas geográficas de: 10°, 15', 06" latitud norte y 85°, 41', 07" latitud oeste. La anchura máxima es de 59 Km., establecida ente Punta Zapotal y Punta División, rumbo norte oeste-suroeste.

Sus límites territoriales son: al norte con el cantón de Carrillo, al noroeste el cantón de Bagaces, al este y al sur con el cantón de Nicoya, y al oeste y suroeste el Océano Pacífico y posee una extensión territorial de 1312.20 Km².

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

Datos de interés

Extensión territorial 1.312,27 Km²				
Organización territorial	Provincia: Guanacaste		Cantón: Santa Cruz	Distrito/s 9
Límites geográficos	Norte: Carrillo	Sur: Nicoya	Este: Bagaces	Oeste: Océano Pacífico
Territorios indígenas: Ninguno				
Plan regulador			No cuenta con plan regulador	

En la época precolombina el territorio que actualmente corresponde al cantón de Santa Cruz formó parte de una de las provincias de los aborígenes denominados chorotegas, ubicada en la península de Nicoya, cuyos dominios llegaban hasta el lago de Nicaragua, constituida por varios pueblos o señoríos. Uno de ellos, al inicio de la Conquista fue del Cacique Diriá.

La región fue descubierta por don Gil González Dávila en 1522, en su marcha hacia otra provincia de los chorotegas, que estaba bajo la autoridad del cacique Nicarao (hoy Nicaragua). En 1561 don Juan de Caballón proveniente de Granada pasó por la zona en su expedición que llegó al Valle Central.

En 1760 se instaló en la zona don Miguel Ramos y su esposa doña Juana Sequeira; español, que había obtenido cincuenta y seis caballerías de terreno, otorgadas con título por don Carlos III, rey de España. Don Miguel ubicó su vivienda en La Hormiga, cerca del actual poblado Lagunilla.

Doña Antonia Bernabela Ramos fue uno de los tres hijos de don Miguel, que nació en el lugar en 1764. Tiempo después se casó con don Pablo Carmona y fijaron su residencia al oeste del río Diriá, en el sitio que denominaron Las Delicias. En el patio de la casa de doña Bernabela tenía colocada una gran cruz de madera; y en honor a esta cruz todos los años, en mayo se celebraba un esplendoroso rosario al cual acudían los vecinos de la región. Tal fue la fama que fue adquiriendo esta tradición, que cada año llegaban más personas, y poco a poco fue cambiando el nombre de Las Delicias por el de Santa Cruz. Doña Bernabela en 1804 donó cuatro caballerías de tierras para que se construyera una ermita dedicada al Santo Cristo de Esquipulas y se formara una población a su alrededor; fue así como al poco tiempo se instalaron varias familias; que para el año de 1817 ya se habían trazado cuadrantes, una plaza frente a la iglesia y edificado unas treinta casas. Población que desde entonces se denomina Santa Cruz.

La primera ermita se construyó de adobes, concluida en 1822; en el año anterior se había erigido la Parroquia. En 1970 se colocó la primera piedra de la iglesia actual, dedicada al Santo Cristo de Esquipulas; acto que fue realizado durante el arzobispado de Monseñor don Carlos Humberto Rodríguez Quirós, cuarto arzobispo de Costa Rica. La Parroquia es sufragánea de la Diócesis de Tilarán de la Provincia Eclesiástica de Costa Rica.

El 25 de julio de 1824, la municipalidad de Santa Cruz pueblo del Partido de Nicoya, en cabildo abierto decidió anexarse al Estado de Costa Rica; ayuntamiento que estuvo integrado por los regidores señores Blas Álvarez, Romualdo Molina y Andrés Álvarez; su secretario fue don Valentín Vidaurre.

En ley No. 105 de 27 de marzo de 1835, Santa Cruz constituyó un pueblo del Departamento del Guanacaste, uno de los tres en que se dividió en esa oportunidad, el territorio del Estado. En 1848 mediante ley No 36 de 7 de diciembre, se constituyó como cantón tercero de la provincia Guanacaste. En las Ordenanzas Municipales promulgadas por ley No. 22 de 4 de noviembre de 1862, durante el gobierno de don José María Montealegre Fernández, al poblado de Santa Cruz se le otorgó el título de Villa. El 7 de junio de 1916, en la administración de don Alfredo

González Flores, se decretó la ley No 12 que le confirió a la villa, la categoría de Ciudad, con el nombre de Diriá. Al año siguiente, en ley No 31 de 30 de agosto, en el gobierno de don Federico Tinoco Granados, se cambió el nombre de la ciudad por Santa Cruz.

En 1875 se estableció una escuela financiada por el Estado, en la administración de don Tomás Guardia Gutiérrez; la cual en este momento se denomina Escuela Josefina López Bonilla. En el segundo gobierno de don Ricardo Jiménez Oreamuno (1924-1928) se creó una escuela complementaria, de segunda enseñanza. El Liceo de Santa Cruz, inicio sus actividades docentes en 1955, en el primer gobierno de don José Figueres Ferrer. La Universidad de Costa Rica estableció en 1975, un servicio de educación superior descentralizado, con humanidades y repertorios.

El origen del nombre del cantón se remonta a finales del siglo XVIII, cuando se efectuaron los tradicionales rosarios anuales en honor de la gran cruz de madera, instalada en el patio de la casa de doña Antonia Bernabela Ramos; que luego los vecinos fueron denominando al sitio como Santa Cruz y tiempo después dieron a la población que se constituyó alrededor de la ermita, que se erigió a principios del siglo XIX.

CLIMA:

En esta región oficialmente la temporada de lluvias inicia en mayo y termina en noviembre. A pesar de algunas típicas tormentas al comienzo de la temporada lluviosa en mayo, la “verdadera” temporada de lluvias es principalmente el mes de octubre con una temperatura promedio de 29°C.

La parte más despejada del año en Santa Cruz comienza aproximadamente el 20 de noviembre; dura 4,7 meses y se termina aproximadamente a mediados de abril.

En los últimos años los períodos de la época seca se han ampliado por efecto del fenómeno del Niño.

La precipitación total por año es de 1.640.8 mm cúbicos promedio, y la humedad relativa es de 20% a 22%.

Para describir qué tan agradable es el clima en Santa Cruz durante el año, calculamos dos puntuaciones para viajar.

La puntuación de turismo favorece los días despejados y sin lluvia con temperaturas percibidas entre 18 °C y 35 °C. En base a esta puntuación, la mejor época del año para visitar Santa Cruz para las actividades turísticas generales a la intemperie es desde principios de diciembre hasta mediados de marzo, con una puntuación máxima en las primeras semanas de enero.

RELIEVE:

El relieve del cantón está constituido principalmente por llanuras, sin embargo, existen zonas altas como Vista el Mar, Los Ángeles y la Esperanza; así como también 94 km de playas.

TOPOGRAFÍA:

Santa Cruz cuenta con un área de 289,6 km²⁴ y una altitud media de 50 m s. n. m. El cerro vista al mar con 980 m.s.n.m es la mayor altitud del distrito y del cantón otros son mata de caña con 972 m.s.n.m y el brujo con 860 m.s.n.m

Su clima se cataloga como tropical seco en las partes bajas y templado en las partes altas "más de 800 m.s.n.m según el instituto meteorológico nacional"

En su territorio se encuentra el Parque Nacional Diría el cual es un importante refugio para varias especies animales, en este se encuentran y se protegen bosques tropicales secos como húmedos

La topografía es plana y de bajura

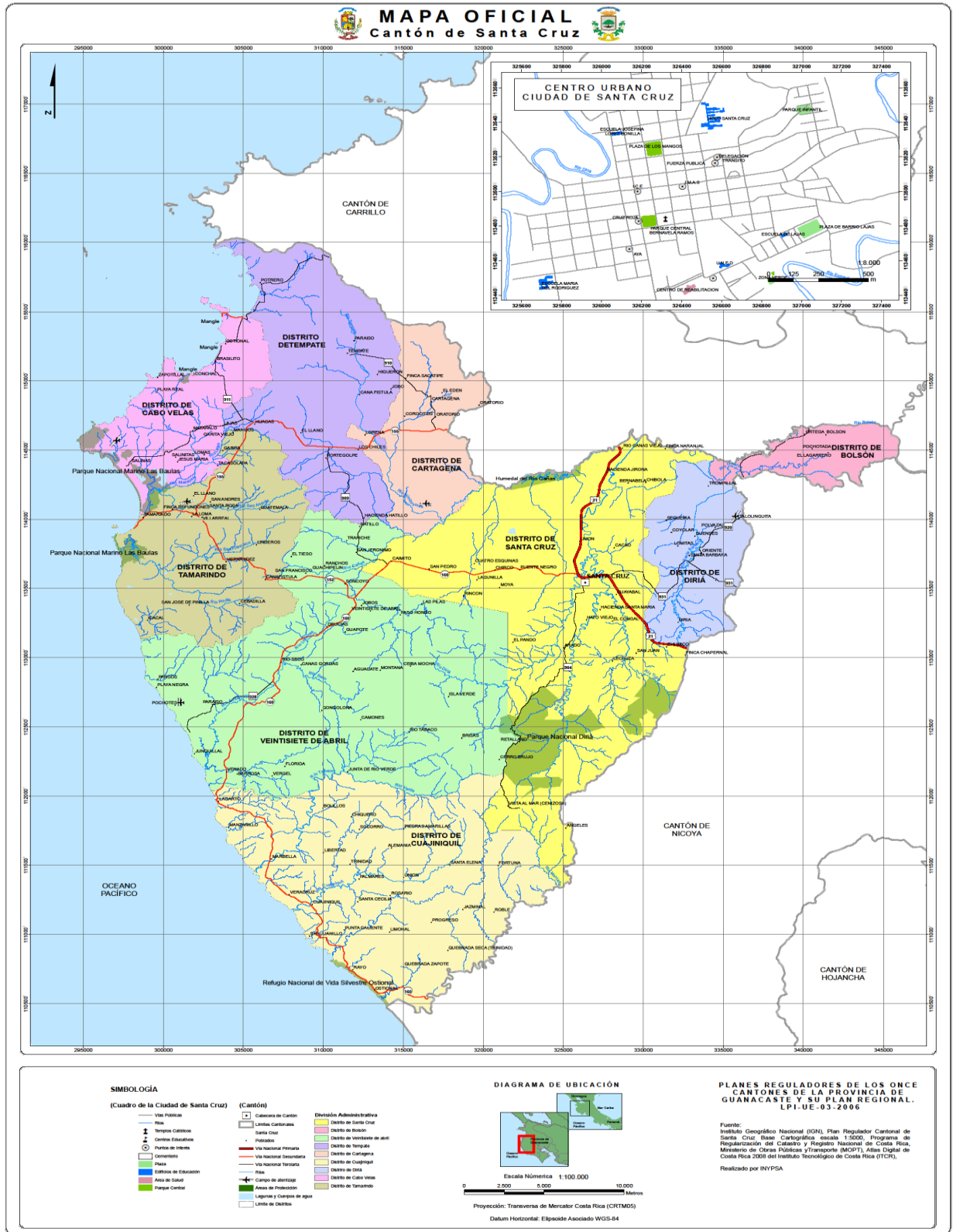
HIDROGRAFÍA:

El sistema fluvial del cantón de Santa Cruz corresponde a la vertiente del Pacífico, el cual pertenece a las cuencas de los Ríos de la Península de Nicoya y del Río Tempisque.

La primera es drenada por los ríos Montaña, Rosario, Cuajiniquil Tabaco, Lagarto, Pilas Andamojo, San Francisco, San Andrés, Matapalo y Zapote; los cuales nacen en el cantón, cuyas aguas van de sureste a noroeste, hasta desembocar al Océano Pacífico. El río Montaña es límite con el cantón Nicoya.

La cuenca del río Tempisque es irrigada por los ríos Las Palmas y Cañas a este último se le unen los ríos Diríá, Nimboyores, Chircó, Malvar; el Diríá con sus tributarios Agua, Enmedio y San Juan; el Nimbuyores nace con el nombre de Tempate y recibe a los ríos Limón y Barbe Viejo. El río Cañas al unirse con el río Las Palmas da origen al río Bolsón, que se une al río Tempisque. Otro río que irriga el área es Santa Bárbara, que nace de la confluencia del río Grande y la quebrada Agua Fría, y se junta al río Tempisque con el nombre de Charco. Los ríos Cañas, Nimboyores, Malvar, Enmedio, Tempate, Limón y la citada quebrada, nacen en el cantón, los cuales presentan un rumbo de sur a norte y de suroeste a noreste. Los ríos Tempisque, Charco, Cañas y Bolsón son límites cantonales, el primero con Bagaces; el segundo con Nicoya y los otros con Carrillo. También se encuentra en el área las lagunas Montecillos, Picayal, Limón, Estero Largo y Potrero Largo.

DIVISIÓN ADMINISTRATIVA:



Santa Cruz Tiene 9 distritos:

- ◆ Distrito primero Santa Cruz. Cabecera Santa Cruz, Distrito segundo Bolsón. Cabecera Bolsón, Distrito tercero 27 de abril. Cabecera 27 de abril, Distrito cuarto Tempate. Cabecera Tempate, Distrito quinto Cartagena. Cabecera Cartagena, Distrito sexto Cuajiniquil. Cabecera San Juanillo, Distrito séptimo Diría. Cabecera Santa Bárbara, Distrito octavo Cabo Velas. Cabecera Matapalo, Distrito noveno Tamarindo. Cabecera Villarreal.

Cuadro 1. Distritos por área en km², Cantón de Santa Cruz.

Cantón	Distritos	Área m ²
Santa Cruz	01 Santa Cruz	272,08
	02 Bolsón	30,41
	03 Veintisiete de Abril	300,65
	04 Tempate	140,81
	05 Cartagena	74,93
	06 Cuajiniquil	232,94
	07 Diría	63,80
	08 Cabo Velas	73,12
	09 Tamarindo	123,53
Total		1.312,27

Fuente: Catastro Municipalidad de Santa Cruz

II. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DEMOGRAFICO.

Corresponden al perfil de la población que habita un contexto particular; comprende elementos como la estructura, aspectos culturales y sociales, económicos, ritmo de crecimiento y movilidad. Estas se encuentran asociadas a otros rasgos relativos a la educación, salud, actividad económica y equidad, que permite comprender y valorar el grado de desarrollo de un determinado ámbito geográfico.

Los cambios demográficos son una realidad lo que obliga a la sociedad a pensar en un desarrollo costarricense en función de las edades de la población, ya que, el envejecimiento biológico reviste consecuencias y consideraciones sociales, económicas, culturales muy diferentes según el momento y el lugar” Los aspectos que incluye esta descripción son los siguientes:

Cuadro N°2. Plantilla para la descripción de características demográficas de la zona a estudiar

INDICADOR	TOTAL (N)		SEXO		ZONA DE RESIDENCIA	
			hombre	mujer	RURAL	URBANA
POBLACIÓN TOTAL	71284		36658	34626	51,9%	48,1%
MIGRANTES	SD		SD	SD	SD	SD
INDIGENAS	SD		SD	SD	SD	SD
DISCAPACITADOS	SD		SD	SD	SD	SD
POR CICLO DE VIDA	N	%				
1 a 9 años	835	1,5%	9089	8735	SD	SD
10 a 19 AÑOS	7894	14,3%	2313	2252	SD	SD
20 a 64 años	9613	17,4%	21659	20294	SD	SD
65 a más años	32308	58,6%	3597	3345	SD	SD
esperanza de vida al nacer	4454	8,1%	SD	SD		
tasa de natalidad	11,5					
tasa de mortalidad	6,8					
tasa de fecundidad	SD					

NOTA:SD sin datos

POBLACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN.

Población 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).

Según los datos del censo del INEC 2011 se establecieron los siguientes indicadores sobre población total proyectada al 30 de junio del año 2022, siendo la población total del Cantón de Santa Cruz de 71.284 habitantes, donde el 48,57% son hombres (36658) y el 51,43% son mujeres (34626), siendo la relación por sexo de un hombre por cada mujer.

**POBLACIÓN DE SANTA CRUZ
71.284 habitantes**

POBLACIÓN PEDIATRICA	GENERAL	17 824
	HOMBRES	9089
	MUJERES	8 735
POBLACIÓN ADOLESCENTE	GENERAL	4 565
	HOMBRES	2313
	MUJERES	2252

POBLACIÓN ADULTA	GENERAL	41953
	HOMBRES	21659
	MUJERES	20294
ADULTOS MAYORES	GENERAL	6942
	HOMBRES	3597
	MUJERES	3345

Fuente: Indicadores según Censo del INEC 2011 sobre población total proyectada al 30 de junio del año 2022

DENSIDAD POBLACIONAL

La densidad es un indicador que refleja el proceso de crecimiento poblacional de un territorio, corresponde al número de habitantes por Km.2, por lo que en el cantón de Santa Cruz viven 54 personas por cada kilómetro, según población censal.

Población (Proyección 2022)	Territorio en km² (SNIT CR)	Densidad de población
71284	1320,81	54,0

Fuente: Indicadores según Censo del INEC 2011 sobre población total proyectada al 30 de junio del año 2022

CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Tasa de crecimiento poblacional: expresa el crecimiento o decrecimiento de la población de un determinado territorio durante un periodo definido. Se refiere a la tasa exponencial promedio anual por cien.

De acuerdo con los censos de población 2000-2011, los cantones de Guanacaste de Santa Cruz y Liberia figuran entre los diez cantones del país con mayores tasas de crecimiento anual intercensal por cien, con un 2.7 para ambos.

Cantón de residencia de la madre	Nacimientos (2021)	Defunciones (2021)	Población proyectada (2021)	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad	Tasa de crecimiento natural de la población
Santa Cruz	807	478	70125	11,5	6,8	0,5

Fuente: Indicadores según Censo del INEC 2011 sobre población total proyectada al 30 de junio del año 2022

FECUNDIDAD

El cantón tiene una fecundidad global de 1.98 para el año 2018, lo cual quiere decir que una mujer tiene en promedio de 2 hijos en toda su vida fértil, se considera una tasa baja.

TASA DE FECUNDIDAD GENERAL

La tasa de fecundidad general (TFG) relaciona el número de nacimientos de mujeres en edad fértil (15-49 años) con el número de mujeres en ese mismo grupo etario, se interpreta como el número de nacimientos que ocurrieron en un año dado, por cada mil mujeres.

La TFG en los últimos tres años del quinquenio estudiado, presenta una reducción en los nacimientos del cantón. Se produjeron aproximadamente 58 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en el año 2018, registrándose como la tasa más baja.

Tasas de Fecundidad General Años 2014-2018	
Año	Tasa
Año 2014	62.6
Año 2015	63.1
Año 2016	58.9
Año 2017	60.5
Año 2018	58.4

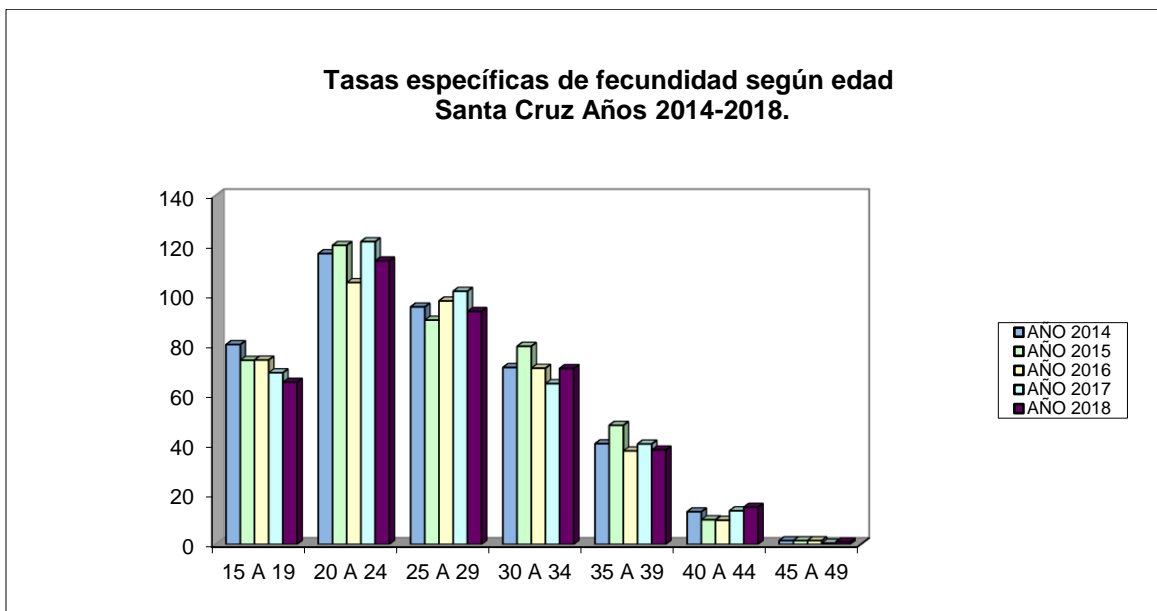
Fuente: Vigilancia de la Salud a partir de datos obtenidos del INEC.

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD

Las tasas específicas de fecundidad permiten conocer la cantidad de hijos de las mujeres en una determinada edad. Se calculan dividiendo el total de nacimientos de mujeres de un grupo de edades entre el total de mujeres de ese mismo grupo de edades. De esta manera, se puede analizar en cuáles grupos de edades se concentran los nacimientos o bien, realizar análisis específicos para los diferentes grupos, por ejemplo, adolescentes, adultas jóvenes o mujeres en edades más avanzadas. (INEC. **Panorama Poblacional 2015**).

Como se observa en el siguiente gráfico, en los años 2014-2018 las tasas específicas de fecundidad son más altas en las mujeres de 20 a 29 años, siendo un comportamiento esperable y disminuyen en edades más avanzadas. Las tasas más bajas se registran al final (40 a 49 años)

de la vida fértil. El grupo de adolescentes (15 a 19 años) muestra una disminución progresiva, siendo la tasa más baja la que corresponde al año 2018.



Fuente: Vigilancia de la Salud a partir de datos obtenidos del INEC.

NATALIDAD:

La tasa de natalidad se refiere al número de nacimientos registrados entre la población total.

En el año 2021, hubo un total de 807 nacimientos. La tasa de natalidad fue de 11,5 por mil habitantes.

<i>Cantón de residencia de la madre</i>	<i>Nacimientos (2021)</i>	<i>Población proyectada por cantón 2021</i>	<i>Tasa de natalidad</i>
Santa Cruz	807	70125	11,5

Fuente: Indicadores según Censo del INEC 2011 sobre población total proyectada al 30 de junio del año 2022

Se observa una reducción en las tasas de natalidad en los últimos tres años en el quinquenio estudiado, lo cual concuerda con la proyección al 30 de junio del 2022.

Nacimientos Cantón de Santa cruz, años 2014-2018				
Año	Total	Masculino	Femenino	Tasa Natalidad
2014	967	495	472	15.6
2015	986	503	483	15.7
2016	935	475	460	14.6
2017	971	503	468	14.8
2018	946	482	464	14.2

Fuente: Vigilancia de la Salud a partir de datos obtenidos del INEC.

ESPERANZA DE VIDA:

El indicador que refleja de mejor manera no solo los niveles de la mortalidad, sino las condiciones de vida de un país, es la esperanza de vida al nacer, el cálculo más reciente de la esperanza de vida al nacimiento es del año 2020, la cual alcanzó los 79,93 años en general, en las mujeres fue de 82,47 años y en los hombres 77,41 años, se sigue manteniendo una brecha de 5 años entre hombres y mujeres. Este indicador solamente se calcula a Nivel Nacional. (DVS Análisis de Situación de Salud 2020).

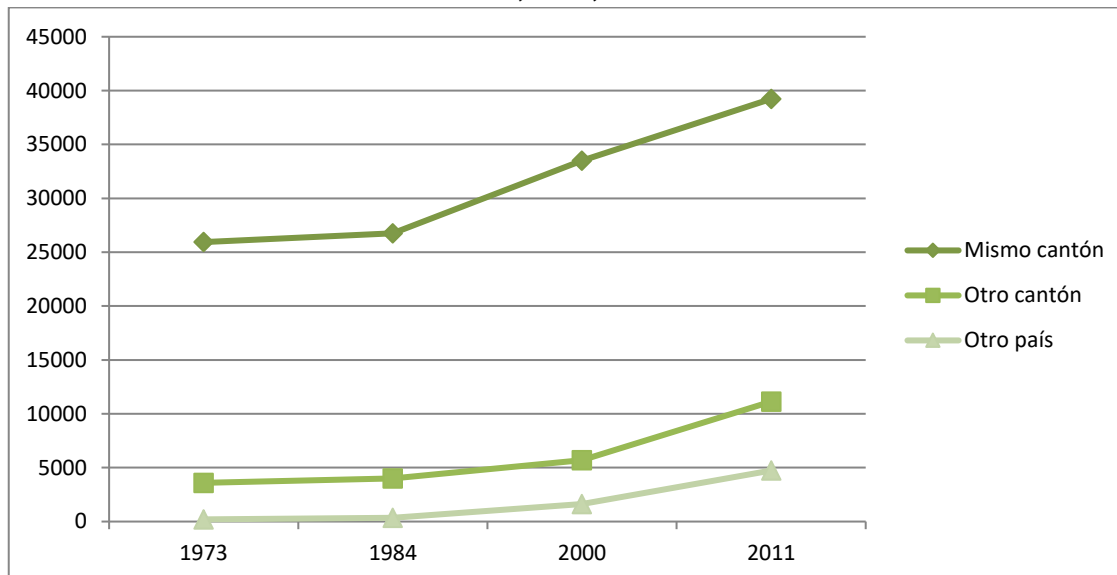
Esperanza de vida al nacer por sexo 2011 - 2020			
Período	Total	Hombres	Mujeres
2011	79,1	76,6	81,6
2012	79,4	76,9	81,9
2013	79,6	77,1	82,1
2014	79,7	77,2	82,3
2015	79,9	77,4	82,4
2016	80	77,5	82,6
2017	80,2	77,6	82,7
2018	80,3	77,8	82,9
2019	80,5	77,9	83
2020	80,6	78,1	83,2

MIGRACIÓN:

Es importante destacar que la población no originaria del cantón ha venido en aumento, pasando de 3,798 en el año 1973 a 15871 para el censo del año 2011. En la década de los setenta y ochenta, la principal migración proviene de otros cantones de la provincia, seguido de pobladores de la provincia de San José. Para los censos 2000 y 2011 se registra que en segundo orden de importancia la población migrante proviene de otros países, principalmente de origen nicaragüense, atraídos por el auge en la construcción y el desarrollo de la empresa turística y habitacional en la zona.

Según el lugar de nacimiento, los censos muestran un aumento de población procedente de otros cantones, así como de migrantes extranjeros, tal como se observa en el siguiente gráfico.

**SANTA CRUZ POBLACION TOTAL SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO
AÑOS 1973, 1984, 2000 Y 2011.**

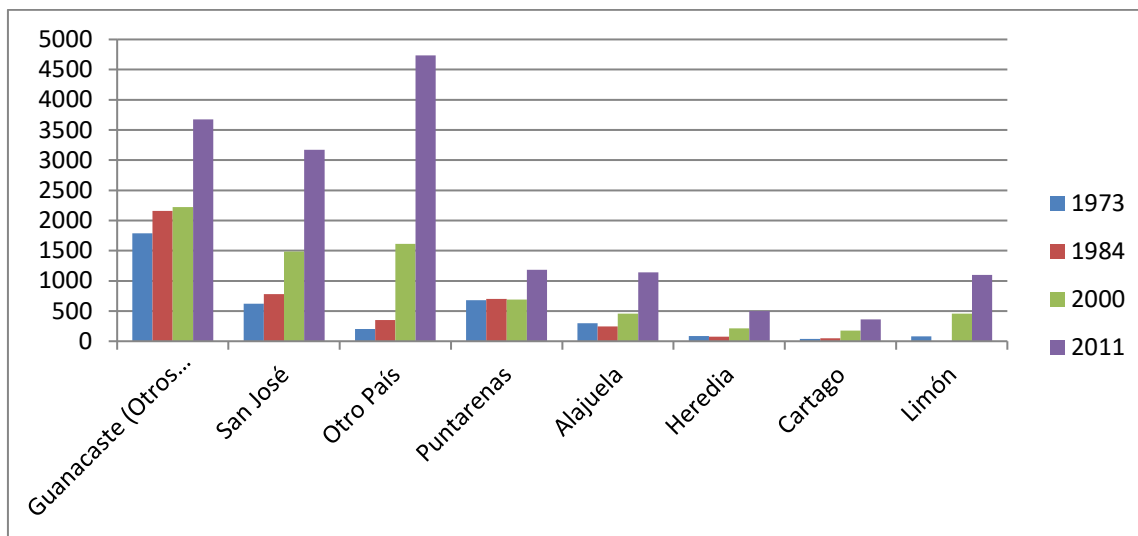


Fuente: INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 1973,1984,2000,2011

En el siguiente gráfico, se muestra el paso de migración que proviene principalmente de cantones de la misma provincia para los censos de 1973 y 1984. Sin embargo, para el censo 2000, hay un aumento importante de la población extranjera en el cantón, así como de la provincia de San José, aunque la población que proviene de la misma provincia sigue siendo la principal. Para el censo del año 2011 hay un aumento general de migración de todas las provincias, aunque la mayor migración proviene de población extranjera, seguido por población de la misma provincia y de San José.

SANTA CRUZ: POBLACION TOTAL SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO

CENSOS 1973, 1984, 2000 Y 2011.



Fuente: INEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 1973,1984,2000,2011.

Para las décadas de los años setenta y ochenta, mayormente la migración hacia el cantón de Santa Cruz se dio desde otros cantones de la misma provincia, seguido de San José y Puntarenas. Para el año 2000, la principal migración sigue siendo de cantones de la provincia guanacasteca y segundo lugar de población proveniente de otro país, sin embargo, para el censo del año 2011 la migración principal es procedente de población extranjera, seguida de población de otros cantones de Guanacaste y la provincia de San José.

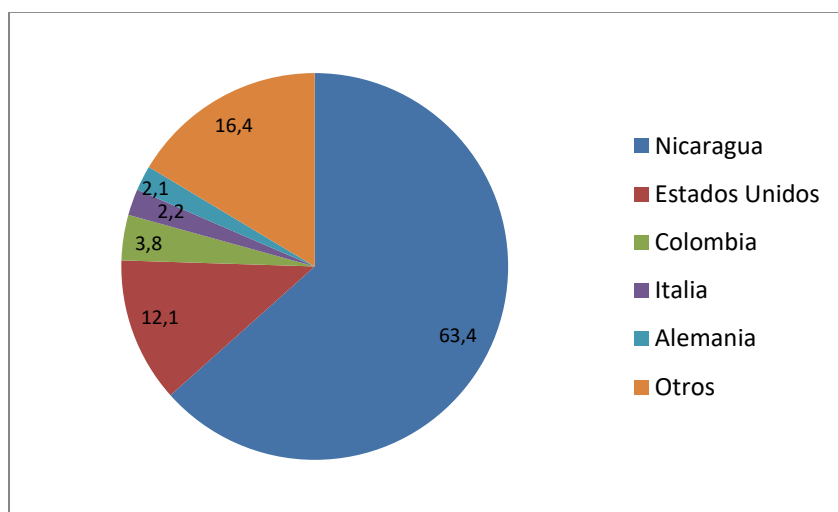
MIGRACIÓN INTERNACIONAL

El censo 2011 según el INEC, registra un aumento de la población nacida en el extranjero que reside habitualmente en Santa Cruz, esta población está conformada por 4736 personas, que representa el 8.6% de la población total del cantón. La población inmigrante ha tenido un incremento progresivo, pasando de 3.9% en el año 2000 a 8.6% en el censo año 2011.

Es de destacar que, dentro del componente inmigratorio, las personas provenientes de Nicaragua continúan siendo la mayoría, ya que representan el 63.4% del total de inmigrantes residentes en el cantón al año 2011 y de 66.6% en el año 2000, aunque con una tendencia descendente en el último decenio.

En el siguiente gráfico se muestra el peso relativo de los países que aportan los mayores porcentajes de extranjeros a la población de Santa Cruz según censo 2011, donde los nicaragüenses registran el mayor número, con un aumento de personas que provienen de Estados Unidos (12.1), Colombia (3.8), Italia (2.2) y Alemania (2.1) principalmente.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN NACIDA EN EL EXTRANJERO SEGÚN CENSO AÑO 2011



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

MIGRACIÓN INTERNA:

La migración interna está referida a los cambios o traslados de residencia habitual de la población, dentro del territorio nacional, tomando como criterio la pregunta sobre el lugar de residencia 5 años antes de la fecha censal, a nivel de provincias. De modo que se considera migrante interno a quien vivía en el año 2006, en una provincia distinta a la de residencia actual (2011), lo que se conoce como migración reciente. Constituye el componente cada vez más importante del crecimiento demográfico, a nivel de divisiones geográficas pequeñas.

Los cambios en las condiciones de las zonas del país actúan como factores que motivan o desestimulan a las personas a cambiar de lugar de residencia, sea en búsqueda de mejores condiciones de vida o de algún modo forzadas por las condiciones socioeconómicas y socioculturales de sus lugares de origen y destino, según el caso. (**Resultados Generales Censo de Población 2011**).

En cuanto a la migración interna es importante destacar que la tendencia de la provincia de Guanacaste ha sido como expulsora de mano de obra local hacia otras áreas del país, sin embargo, en el último periodo 2006-2011, muestra un cambio en su signo migratorio, como una provincia de relativa mayor atracción.

Según datos del Centro Centroamericano de Población (CCP), los saldos netos de migración interna entre el periodo 1979-1984 de los cantones guanacastecos muestra solamente a Bagaces y Carrillo con saldo levemente negativo, en los demás cantones la expulsión de mano de obra fue importante, llegando en casos como Nandayure y La Cruz a tasas de -20. En el caso de Santa Cruz, en el periodo de 1979-1984, la migración interna era del -12.5.

Para el siguiente periodo de análisis que realiza el CCP, 1995-2000, las tasas netas han mejorado en cuanto a que se ha presentado menos migración interna en los cantones guanacastecos. Las actividades hoteleras han colaborado en la retención de mano de obra local, donde los saldos más altos se presentan nuevamente en Nandayure y La Cruz, con -11.2 y -13.4 respectivamente. En el caso de Santa Cruz, el saldo neto de migración es -1.9, 10 puntos menos que en los años ochenta. (González, 2010).

En el periodo 2006-2011, a diferencia de los periodos anteriores, se observa en la mayoría de los cantones una reducción en los saldos negativos, que se traduce en una mayor retención de mano de obra. En el caso de Nandayure logra tener una atracción relativa de población y La Cruz reduce en 10 puntos su tasa neta negativa. En el caso de Santa Cruz logra superar su condición de cantón expulsor, teniendo una mayor atracción de migrantes internos.

GUANACASTE: MIGRACION INTERNA, TASAS NETAS PROMEDIO ANUAL POR MIL HABITANTES.

TASA NETA DE MIGRACION INTERNA ANUAL POR MIL HABITANTES				
ORDEN	CANTON	1979-1984	1995-2000	2006-2011
7	BAGACES	-2.0	13.8	10.94
35	ABANGARES	-6.2	3.1	7.72
51	SANTA CRUZ	-12.5	-1.9	5.36
53	CARRILLO	-3.2	-2.3	5.58
56	CAÑAS	-8.6	-3.3	-3.27
64	LIBERIA	-13.5	-5.7	-2.88
66	HOJANCHA	-11.9	-7.4	3.68
69	TILARAN	-15.3	-7.8	-2.91
70	NICOYA	-17.3	-7.9	0.9
75	NANDAYURE	-21.3	-11.2	2.13
78	LA CRUZ	-22.2	-13.4	-2.87

Nota: El signo positivo significa atracción de población y el signo negativo expulsión o salida.

Fuente: CCP (2009). Infocensos. INEC Censo 2011.

ESTRUCTURA POBLACIONAL:

El cantón al igual que el país, se encuentra en un proceso de transición demográfica, donde la mortalidad y fecundidad son los determinantes principales del cambio demográfico de una población. Este cambio genera un envejecimiento de la población, también producto de las mejoras en salud y al efecto de los programas de planificación familiar, por lo tanto, mientras la población de jóvenes disminuye, los mayores de 60 años aumentan.

Comparando las poblaciones censales de los años 2000 y 2011, tenemos que para el año 2011, existe una menor proporción de niños y de adolescentes (de los 0 a los 19 años), pero la población de adultos y adultos mayores se ha incrementado respecto a la población del año 2000.

Esto equivale a decir que la población de niños y adolescentes disminuyó en 6.8% y la población de adultos y adultos mayores se incrementó en un 6.3% y 0.38%, respectivamente, como se aprecia en el siguiente cuadro.

CRECIMIENTO POBLACIONAL DEL CANTON SEGÚN GRUPOS, AÑOS 2000-2011.

POBLACION	AÑO 2000	%	AÑO 2011	%
0-19 años	16283	39.8	18342	33.0
20-64 años	21364	52.3	32308	58.6
65 y más	3174	7.7	4454	8.08

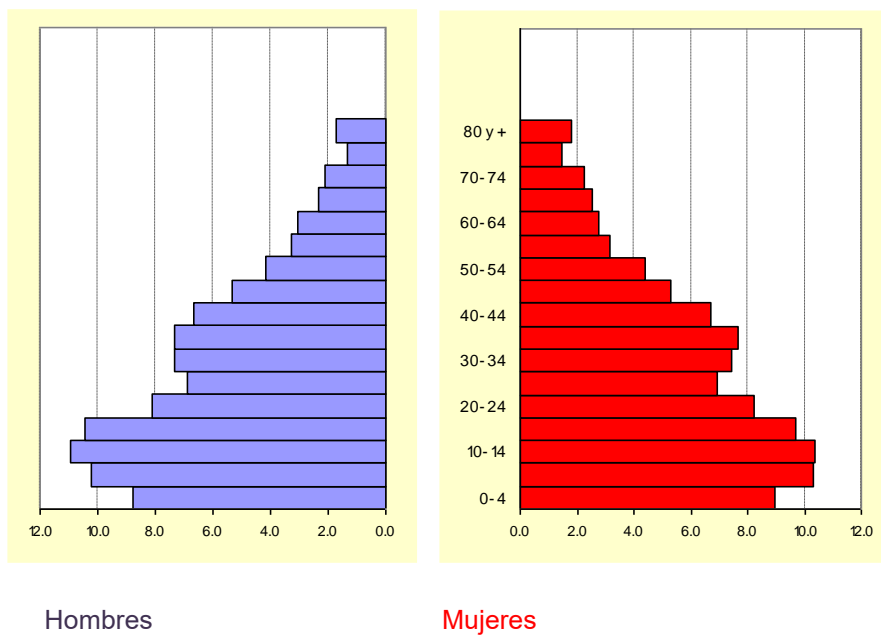
Fuente: Vigilancia de la Salud a partir de datos obtenidos del INEC.

Las pirámides de población son la forma gráfica utilizada para medir el impacto de la dinámica demográfica en una población, presentan la distribución de la población según sexo y grupos quinquenales de edad, donde la longitud de cada barra muestra la proporción de personas en cada una de estas categorías en relación con el total de habitantes.

Al comparar las pirámides poblacionales en los años 2000 y 2011, se observa que el porcentaje de la población en edades intermedias o productivas aumentó principalmente, entre aquellos con 20 años o más. La población adulta mayor, aquella de 65 años o más, también presentó un aumento relativo y se redujo el porcentaje de la población menor de 15 años, comportamiento que obedece a una baja fecundidad, al descenso de la mortalidad y al aumento esperable de la esperanza de vida en el cantón.

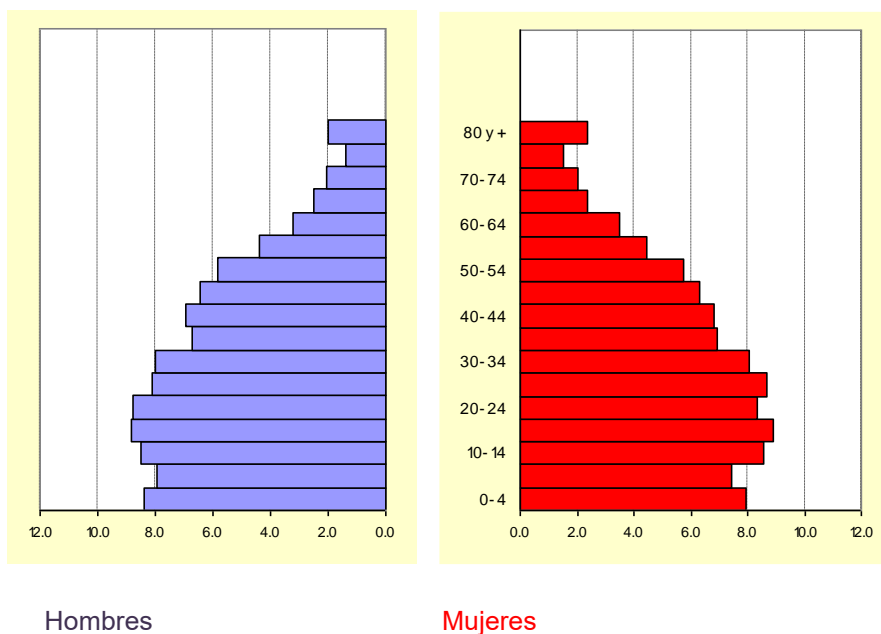
Una menor proporción de población en la base de la pirámide poblacional supone, a su vez, menos personas para hacer frente a las futuras demandas de una población que aumenta sus expectativas de vida y por lo tanto, aumenta la relación de dependencia económica y la presión por más y mejores servicios de salud. (ESTADÍSTICAS REGIONALES DE COSTA RICA. 2010-2015).

Pirámide poblacional por sexo (distribución proporcional) Año 2000



(INEC, 2000)

Pirámide poblacional por sexo (distribución proporcional) Año 2011



(INEC, 2011)

De acuerdo con el criterio ampliado de clasificación de poblaciones de las Naciones Unidas, el Cantón de Santa Cruz se ubica en el rango de Envejecimiento Incipiente (7 al 10% población de 65 años y más), enfrentándonos a un proceso gradual de envejecimiento de la población. Los cambios en la estructura poblacional generan cambios en el perfil epidemiológico, experimentando un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas en la población adulta y adulta mayor. Es de esperar que las demandas de atención en los servicios de salud por estos grupos aumenten.

DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA:

La relación de dependencia demográfica (RDD), se define como la relación que existe entre la población dependiente (personas menores de 15 años y personas de 65 y más) y la población económicamente activa (personas de 15 a 64 años).

Para el año 2000, la RDD era de 60 personas dependientes por cada 100 personas en edades productivas, mientras para el año 2011, la relación disminuyó a 48. Y según la población total proyectada al 30 de junio del 2022 por grupos de edades y sexo para el cantón de Santa Cruz la RDD aumentó a 53 personas dependientes por cada 100 personas en edades productivas.

POBLACIÓN TOTAL PROYECTADA AL 30 DE JUNIO DE 2022 POR GRUPOS DE EDADES Y SEXO PARA EL CANTÓN DE SANTA CRUZ

Población de Santa Cruz	Hombres	Mujeres	Total
Pediátrica (0 a 14 años)	9 089	8735	17824
Adolescente (15 a 19 años)	2313	2252	4565
Adultos (20 a 64 años)	21659	20294	41953
Mayores (65 y más años)	3597	3345	6942
total	36 658	34626	71284

Fuente: Vigilancia de la Salud a partir de proyección de datos al 30 de junio de 2022.

PERFIL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL:

Población por distritos:

Según datos del censo 2011, en el siguiente cuadro se resume la población por distritos y por sexo del cantón, siendo los distritos más poblados el distrito primero, 27 de abril, Tamarindo y Tempate. La razón por sexo es de un hombre por cada mujer, (27.283 hombres-27.821 mujeres).

POBLACIÓN POR DISTRITO Y POR SEXO SANTA CRUZ AÑO 2011.

DISTRITO	POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	55104	27.283	27.821
Santa Cruz	21544	10408	11136
Bolsón	1.627	849	778
Veintisiete de Abril	7048	3544	3504
Tempate	5630	2808	2822
Cartagena	3824	1919	1.905
Cuajiniquil	1.789	961	828
Diriá	3.905	1.858	2047
Cabo Velas	3362	1.679	1.683
Tamarindo	6375	3257	3118

(INEC, Censo 2011)

La población del cantón está constituida por 26.483 (48%) habitantes en el área urbana y 28.621 (52%) en el área rural, siendo su población principalmente rural.

Cerca del 50% (49.5), de la población del área urbana se localiza en el distrito primero y el 50%(50.5) restante en los demás distritos, excepto en el distrito de Cuajiniquil por ser eminentemente rural.

El distrito primero concentra el 29.5% (8439) de la población rural y el 70.5% restante se ubica en todos los demás distritos, siendo el distrito de 27 de Abril el segundo en importancia al representar el 22.5% (6431) de esta población.

El porcentaje de población urbana pasó de 25.2% a 48% entre el 2000 y el 2011. En otras palabras, en el 2011 residen en zonas urbanas 4.8 personas de cada 10 habitantes del cantón.

La población rural al contrario presentó una disminución, pasando de 74.8% en el año 2000 a 52% en el año 2011.

SANTA CRUZ, POBLACION URBANA Y RURAL AÑOS 2000-2011				
URBANA Y RURAL	2000		2011	
	TOTAL	%	TOTAL	%
	40821	100	55104	100
URBANA	10295	25.2	26483	48
RURAL	30526	74.8	28621	52

FUENTE: Población Censo 2011. INEC

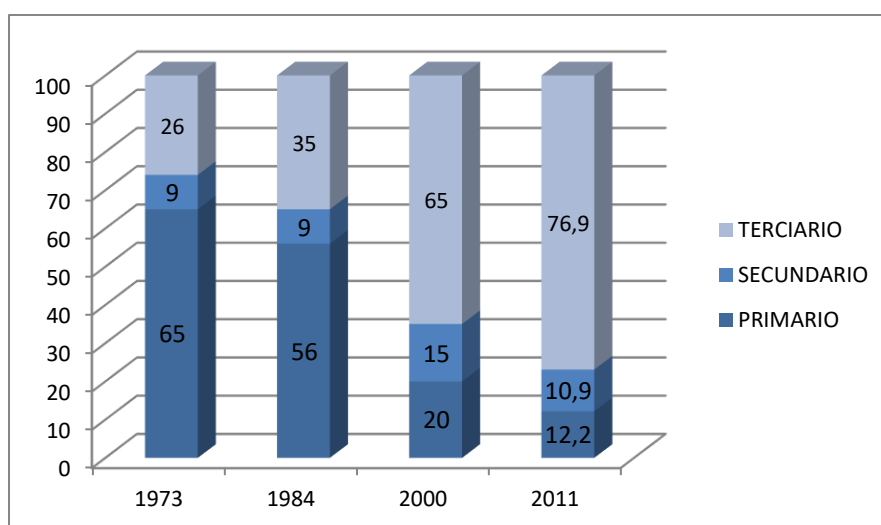
PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DEL CANTÓN:

Las actividades económicas del cantón se concentran principalmente en el sector terciario y en menor proporción en los sectores secundario y primario.

Si se retoman los últimos censos realizados en el país, se ve el cambio de actividades primarias a terciarias, mayormente marcado para el último censo 2011. La prevalencia de actividades socio-productivas del sector primario en décadas anteriores está quedando atrás y, actualmente, se está dando lugar a actividades del sector terciario o de servicios dirigidas principalmente al sector turismo (hotelería y turismo, bienes inmuebles, construcción y actividades comerciales). (González, 2010)

SANTA CRUZ: ACTIVIDADES ECONOMICAS SEGÚN SECTOR AÑOS 1973, 1984, 2000 Y 2011.

EN PORCENTAJES.



Fuente: Vigilancia de la Salud a partir de datos obtenidos del INEC

Se está pasando de una economía local basada puramente en el agro en las décadas del 70 y 80, a una economía local donde actividades relacionadas a hotelería y turismo surgen, además de las actividades comerciales, de construcción, de bienes inmuebles, en las décadas 2000 y 2011.

Más adelante, en el apartado sobre empleo, se hace referencia al peso porcentual de las principales ramas de la actividad económica en el cantón, según censo año 2011.

Entre las actividades económicas tradicionales del cantón se pueden mencionar la ganadería, la agricultura y la pesca, las cuales se mencionan a continuación.

AGRICULTURA

En el cantón se producen granos básicos como arroz, frijoles y maíz. También se cultiva caña de azúcar, tomate, naranja, zanahoria, hortalizas, chile picante, ayote, plantas ornamentales y café.

De las posibles 28350 hectáreas para agricultura solo se usan 10350 correspondiente a un 36,5% de la zona.

El cantón tiene una capacidad forestal de 10500 hectáreas de las cuales solamente el 58.6% se encuentran en uso (6155).

PECUARIO

La ganadería (bovina, ovina, porcina y avícola), ha representado un importante recurso en el cantón, de hecho, es una zona conocida nacional e incluso internacionalmente por esta razón. Cuenta con alrededor de unas 35 mil cabezas de ganado y una capacidad instalada para 45000 según datos del Ministerio de Agricultura y Ganadería.

La ganadería se da en el cantón dentro del concepto de la producción de carne y leche tanto a nivel artesanal como industrial, siendo muy importante en el área, la presencia de toros de fiesta.

A nivel de la provincia se cuenta con la Cámara de Ganaderos de Guanacaste, la cual cuenta con 2264 afiliados en toda la provincia, que mantiene una filial a nivel de Santa Cruz, encargada de la Subasta Ganadera de Santa Cruz.

A nivel del cantón se ha desarrollado mucho la ganadería extensiva, donde se utilizan grandes extensiones de terreno, dedicado a la actividad ganadera. Se mantienen con arbustos y plantas que nacen y que se desarrollan naturalmente en la zona. Este tipo de explotación ha provocado deforestación y la extinción de especies animales; así mismo se da la ganadería intensiva, este es un sistema de producción agrícola que hace un uso intensivo de los medios de producción con el fin de favorecer la obtención de una mayor productividad. La ganadería en el cantón ha tenido un comportamiento decreciente, ya que los cambios climatológicos y el turismo han influido negativamente sobre esta actividad.

LA PESCA

Según datos del INCOPESCA, la zona cuenta con un importante recurso marino, el cual se da principalmente a nivel de pequeños pescadores con embarcaciones artesanales. Las zonas con más potencial son: Lagarto, San Juanillo y Callejones Los Pargos. A raíz de la crisis existente algunos pescadores han dejado esta actividad.

Además, se cuenta con zonas muy importantes desde el punto de vista de pesca deportiva, concentrándose principalmente en Tamarindo y Flamingo, esto tiene una importante atracción turística.

TURISMO

Es la actividad más importante que se desarrolla en el sector costero, por contar con lindas playas de fácil acceso, principalmente: Conchal, Tamarindo, Potrero, Flamingo, Brasilito, Playa Grande, Junquillal, Playa Negra, Avellanas, donde se encuentran consorcios hoteleros, por lo que ha sido, una fuente generadora de empleo y de infraestructura a nivel local, favoreciendo en los ingresos económicos al cantón.

ASPECTOS CULTURALES

El quehacer en la hacienda y la producción ganadera y agrícola ha marcado en mucho las prácticas culturales, tradiciones y costumbres, de la región, girando en torno a la figura del “sabanero”. Se pueden nombrar una serie de prácticas relacionadas a esa vida de sabanero como, por ejemplo, monta de toros. Por su parte, la marimba y los bailes eran también parte de la forma cómo se entretenían las familias, costumbres que sobreviven en la actualidad, con variaciones.

Entre las actividades de rezos y procesiones, se puede nombrar en primera instancia para el caso de Santa Cruz, la celebración del Cristo Negro de Esquipulas. La tradición nace a mediados del siglo XVII, cuando se erige la parroquia y se pone en veneración una imagen del Santo Cristo de Esquipulas. Esta imagen y su devoción fue traída de Guatemala en 1840 por los padres Franciscanos, país donde era muy popular la devoción al Señor de Esquipulas. La celebración se da desde la noche del 13 de enero, cuando el Cristo de Esquipulas se traslada de Arado donde se prepara para la procesión en la tarde del 14. La Festividad: 15 de enero es el día del Santo Patrón, y se realiza una procesión a través de Santa Cruz, acompañada de los indios promésanos (los pueblos indígenas ofrecen votos al Cristo). Durante estas fiestas se realizan las procesiones y turnos, corridas de toros, carruseles, juegos de pólvora, música, bailes y ventas de comidas típicas de la zona, tales como rosquillas, tanelas y comidas de maíz. Además, se realizan topes, cabalgatas, carreras de cintas, entre otras actividades.

En dichas fiestas se da como costumbre más reciente, la realización de conciertos, pero se mantienen las competencias entre marimbas. Anteriormente, los bailes se realizaban al compás de marimbas, siendo la músicaailable los valeses, guapango, merengue y pasodoble, mientras que los instrumentos las marimbas, maracas y en algunas oportunidades, el quijongo.

En 1974 por Decreto N° 3140 de la administración de Daniel Oduber se le asignan a Santa Cruz dos títulos: Ciudad Folclórica de Costa Rica y a sus fiestas, Fiestas Típicas Nacionales.

Entre las bebidas originales de la zona se puede mencionar el vino de coyol, la cual fue heredada por la población indígena que habitaba la zona, los chorotegas, y en la actualidad se sigue produciendo de forma artesanal y clandestina. Se obtiene el vino del árbol del mismo nombre.

Otra de las actividades tradicionales lo constituye “Las Lagarteadas”. Éstas se realizan en la comunidad de Ortega cada viernes Santo. Los habitantes de esta comunidad y sus cercanías se reúnen a orillas del río Tempisque a cazar un cocodrilo siguiendo una tradición de unos cien años. (González, 2010).

IV-DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes

Muchos factores se combinan para afectar la salud de individuos y comunidades. Si la población es saludable o no, está determinado por sus propias circunstancias y medio ambiente. En un sentido más amplio, factores tales como dónde se vive, la calidad del medio ambiente, genética, el nivel de ingreso y educación y las relaciones con nuestros amigos y familiares, tienen todos impacto considerable en la salud, mientras que los factores más comúnmente evaluados como el acceso y la utilización de los servicios de salud a menudo tienen un menor impacto.

Los determinantes de la salud incluyen:

- El ambiente sociopolítico y socioeconómico,
- Determinantes de servicios de salud y biológicos
- Las circunstancias materiales y comportamientos individuales de las personas

El contexto de la vida de las personas determina su salud, y así culpar a las personas por tener mala salud o felicitarla por tener una buena salud es inadecuado. Es poco probable que los individuos sean capaces de controlar directamente muchos de los determinantes de la salud. Estos determinantes –o cosas que hacen que la gente sea saludable o no- incluye los factores arriba descritos, y muchos otros:

- Ingreso económico y clase social: un ingreso más alto y clase social más alta están asociados a mejor salud. Entre más grande sea la brecha entre ricos y pobres, más grande la diferencia en salud.
- Educación: bajos niveles educativos están ligados con salud baja, más niveles de estrés y baja autoestima.
- Medio ambiente: agua apta para consumo y aire limpio, lugares de trabajo saludables, hogares seguros, comunidades saludables y caminos seguros contribuyen todos a una buena salud. Condiciones de trabajo y empleo, la gente que trabaja es más sana, particularmente aquella que tiene más control sobre sus condiciones de trabajo.
- Redes de apoyo social: el apoyo de la familia, amigos y comunidad está ligado a un mejor

estado de salud. Culturalmente hablando las costumbres, tradiciones y creencias de la familia y la comunidad afectan el estado de salud.

- Genética: la herencia juega un papel en determinar la esperanza de vida, el estado de salud y la probabilidad de desarrollar ciertas enfermedades. El comportamiento personal y las habilidades de adaptación, una dieta saludable, mantenerse activo, fumar, consumir alcohol y como se confronta el estrés y desafíos diarios afectan todo el estado de salud.
- Servicios asistenciales en salud: el acceso y uso de servicios de salud que previenen y tratan enfermedades influye en el estado de salud.
- Género: Hombres y mujeres sufren de diferentes tipos de enfermedades a diferentes edades. Para efectos del presente análisis, siguiendo el Modelo Conceptual de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, se enmarcan los determinantes en seis grandes grupos a saber: los determinantes socioeconómicos y sociopolíticos, los biológicos, las circunstancias materiales, el comportamiento y los relacionados con los servicios de salud.

DETERMINANTES AMBIENTALES

Se consideran determinantes ambientales, los elementos y recursos, tanto del ambiente en general, como del hábitat humano en específico, que afectan de manera significativa el estado de salud de la población. (Modelo conceptual y Estratégico de la Vigilancia de la Salud, 2009).

En la discusión sobre determinantes ambientales se considera el riesgo ante desastres y los vínculos entre los cambios climáticos y la salud de la población.

Riesgo de desastres

Los determinantes ambientales, constituyen un insumo fundamental para la gestión del riesgo ante desastres. La información y el conocimiento científico en torno al riesgo resulta fundamental para la reducción de la vulnerabilidad y la gestión: *“Un grupo cada vez mayor de datos y experiencias demuestran que la adopción de una estrategia proactiva para la reducción de riesgos producirá beneficios económicos y sociales considerables. Se pueden integrar medidas de reducción de la vulnerabilidad a los peligros naturales en programas de desarrollo y reconstrucción. Sin embargo, para integrar la reducción del riesgo del desastre en políticas y prácticas de desarrollo, es necesario documentar el riesgo con información cuantificable y oportuna de manera que pueda ser entendida fácilmente por los tomadores de decisiones que no son expertos en gestión de desastres.”*¹

Con la finalidad de evidenciar cual es la situación de riesgo en materia de desastres de nuestro país es relevante hacer alusión a varios párrafos anotados en el contexto de riesgo del Plan Nacional para la Gestión del Riesgo 2010-2015, el cual es claro en sí mismo y dice así: “El país afronta diversas amenazas asociadas a su ubicación y su estructura geológica”.

Dado que es altamente lluvioso, la mayor parte de las emergencias que tiene el país están asociadas a eventos generados por las lluvias; durante todo el año frecuentemente se

¹ Gerente Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo Washington, D. C.

presentan inundaciones y deslizamientos. Se suma a esto la ocurrencia periódica de eventos meteorológicos que afectan la región climática en que se encuentra Costa Rica, con aumentos o disminuciones en la cantidad e intensidad de las precipitaciones y en general en el clima. Estos eventos están asociados a los ciclones tropicales y fenómenos de baja presión en el mar Caribe, la Zona de Convergencia Intertropical, los frentes fríos, las ondas del Este y los períodos de El Niño y La Niña.

Además, los sismos y erupciones volcánicas que son parte de la geodinámica interna del planeta constituyen amenazas latentes a lo largo de toda la historia.

Del efecto inmediato o retardado de estos factores geológicos, derivan los eventos que se identifican como propios de la geodinámica externa, tales como los deslizamientos, las avalanchas, los represamientos de agua y lodo, las mismas inundaciones y los procesos erosivos ocasionados por el lavado de los suelos. (Trejos, 2010).

Amenazas naturales del Cantón de Santa Cruz

Algunas de las amenazas que presenta el cantón de Santa Cruz son:

- Amenazas hidrometeorológicas
- Amenazas geológicas
- Deslizamientos

Amenazas hidrometeorológicas:

Santa Cruz posee una red fluvial bien definida, la misma cuenta con un grupo de ríos y quebradas que se pueden considerar el punto focal de las amenazas hidrometeorológicas del cantón; dicha red de drenaje está compuesta principalmente por los ríos Diría, Enmedio, Limones, Cañas, Tempate, San Andrés, Cuajiniquil, Bolsón y El Charco.

A causa de la ocupación de las planicies de inundación y del desarrollo agropecuario y urbano en forma desordenada, sin ninguna planificación y al margen de las leyes que regulan el desarrollo urbano y forestal, y al lanzamiento de desechos sólidos a los cauces, se disminuyen la capacidad de la sección hidráulica y se provoca el desbordamiento de ríos y quebradas. Esto genera serios problemas de inundación en las viviendas cercanas a ríos.

Los poblados que pueden ser afectados por las inundaciones y avalanchas de los ríos y quebradas antes mencionadas son:

Río	Zona
Diría	Santa Cruz, Bernabela
En medio	Arado, Hato Viejo, Santa Cruz
Limones	Santa María, Las Delicias, Río Seco
Cañas	Río Cañas, Ortega
Tempate	Paraíso, Tempate
San Andrés	Guatemala, San Andrés

Cuajiniquil

Unión, Palmares, Cuajiniquil

Bolsón y El Charco

Ortega

Río Sequito y Nandamojo

Paraíso de 27 de Abril

Deslizamientos: (inestabilidad de suelos):

Las características topográficas propias del Cantón de Santa Cruz lo hacen vulnerable a la inestabilidad de ladera, sobre todo al oeste y sudoeste del Cantón, donde la pendiente del terreno es más abrupta, son susceptibles a inestabilidad de suelo aquellos lugares donde se han practicado cortes de caminos y rellenos pocos compactados.

Los poblados más vulnerables son:

- San José de la Montaña, Camones,
- Río Tabaco
- Alemania
- Palmares
- Unión,
- Las Flores
- Quebrada Seca
- Caño Negro.
- Florida
- El Socorro
- Espabelar

Los efectos más importantes de los deslizamientos sería sepultamiento de viviendas, daños diversos a caminos, avalanchas de lodo generadas por represamiento de ríos que afectaría sobre todo aquella infraestructura localizada cerca del cauce del río o en la llanura, con inundaciones de estos y daños a la ganadería y cultivos.

Amenazas geológicas:

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

Existen registros históricos que indica la presencia de sismo de gran magnitud cerca de la costa de la Península de Nicoya causando daños de suma importancia en el cantón (años 1827, 1853, 1863, 1900, 1905, 1916, 1939, 1950, 1978, 1990, 2012).

Los efectos geológicos más importantes de un sismo cerca del Cantón serían:

-Amplificación de las ondas sísmicas en aquellos lugares donde el tipo de suelo favorece este proceso (terreno conformado por arenas, aluviones, etc.).

-Licuefacción del suelo (comportamiento del suelo como un líquido debido a las vibraciones del terreno), sobre todo en aquellas áreas cercanas a la costa donde los terrenos están conformados por acumulación de arena. Los poblados más vulnerables son:

Potrero, Brasilito, Conchal, Tamarindo, Flamingo, Playa Grande, Lagarto, Marbella, Veracruz, San Juanillo y Ostional.

-Tsunamis o maremotos, que afectaría aquellos poblados localizados a lo largo de la costa pacífica, tales como:

Potrero, Brasilito, Conchal, Tamarindo, Flamingo, Playa Grande, Lagarto, Marbella, Veracruz, San Juanillo y Ostional.

-Asentamientos de terreno en aquellos sectores donde se han practicado rellenos mal compactados o existen suelos que por su origen son poco compactados (aluviones, arenas, etc.) (CME, 2013)

-Fracturas en el terreno, con daños diversos a la infraestructura.

Vulnerabilidad y adaptación del Sector Salud al cambio climático

Se define cambio climático como “aquellas variaciones de clima que se pueden achacar directa o indirectamente a las actividades humanas, que modifican la composición de la atmósfera terrestre y se suman a la variabilidad natural del clima observada durante períodos de tiempo comparables”.

Durante siglos, las sociedades humanas han alterado los ecosistemas locales y modificado los climas regionales. Actualmente la influencia del ser humano sobre el ambiente ha alcanzado una escala mundial al incrementarse el consumo de energía, la intensidad de uso de la tierra, el comercio y los viajes internacionales entre otras actividades humanas. Estos cambios globales y los estudios realizados han permeado la conciencia de diversos grupos sociales para denunciar que, a largo plazo, la buena salud de la población dependerá del correcto funcionamiento de los sistemas ecológicos, físicos y socioeconómicos, así como de la estabilidad de la biosfera.

Los efectos han ido apareciendo desde hace años y han alterado ciclos biológicos de una gran variedad de seres vivos (especies animales, vegetales), pero además ha provocado un aumento en la erosión del suelo, una elevación del nivel del mar, mayor frecuencia de olas de calor, de sequías y lluvias torrenciales, todo lo anterior a afectado directa e indirectamente a los seres humanos.

El sistema climático mundial es parte integrante de los complejos procesos que mantienen la vida. El clima y el tiempo siempre han repercutido notoriamente en la salud y el bienestar de los seres humanos, pero, al igual que otros grandes sistemas naturales, el climático está empezando a sufrir la presión de las actividades humanas. El cambio climático global representa un nuevo reto para las actuales iniciativas encaminadas a proteger la salud humana, ya que el clima es un conjunto de variables interdependientes. La alteración de una de ellas induce consecuencias en el resto, de modo que un incremento global de la temperatura ocasiona un aumento en la frecuencia e intensidad de algunos fenómenos. El conocimiento cada vez mayor del cambio climático está transformando nuestra percepción de los límites de la salud humana y los factores que la determinan.

La salud individual y colectiva están relacionadas principalmente con estilos de vida y hábitos saludables, prácticas socioculturales, la herencia genética, el trabajo, la exposición a factores ambientales locales y el acceso a la atención sanitaria, la salud sostenida de la población precisa de los "servicios" de la biosfera que sustentan la vida.

Todas las especies animales dependen del suministro de alimentos y agua, de que no haya un exceso de enfermedades infecciosas, y de la seguridad física y los beneficios que ofrece un clima estable.

El sistema climático mundial es fundamental para el mantenimiento de la vida. Este ha empezado a originar numerosos efectos nocivos en la salud de las personas a nivel mundial, en donde los más afectados son:

- Poblaciones viviendo en áreas de alta endemicidad de enfermedades sensibles a los cambios del clima (malaria, dengue, chikungunya, zika, entre otras).
- Regiones en que se hayan observado brotes epidémicos relacionados con fenómenos extremos como El Niño.
- Áreas con infraestructuras sanitarias deficientes, con problemas medioambientales o con subdesarrollo económico.
- Regiones muy sensibles a fenómenos climáticos que afecten directamente a la salud.

Entre los efectos directos evidenciados en la salud humana, se puede citar: (Trejos, 2010)

- Padecimientos cardiovasculares y respiratorios (asma e IRAS)
- Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores (dengue, malaria, encefalitis viral, leptospirosis, chikungunya, zika)
- Afectación de salud mental por daños causados ante los eventos vividos.
- Aumento de enfermedades diarreicas

En nuestro cantón algunos efectos relacionados con el cambio climático son:

- Antecedentes de sequías en el pasado
- Temporales ocasionados por eventos meteorológicos principalmente en el Caribe (huracanes, sistemas de baja presión)
- Aumento de inundaciones

Entre los efectos directos para la salud humana, se puede citar:

- Aumento de las enfermedades respiratorias,

- Aumento de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, encefalitis viral, zika, chikungunya, entre otras).
- Enfermedades diarreicas

Se puede mencionar entre los factores causales de las enfermedades de transmisión vectorial en el cantón, el cambio climático, ya que, al aumentar la época de meses lluviosos por consiguiente las lluvias, se favorece la sobrevivencia del Aedes al propiciarse la acumulación de aguas en diversos criaderos, debido a las conductas y prácticas inapropiadas de la población. También entre otras causas tenemos que los centros de población son más urbanizados, la población del cantón tiene una gran movilidad y el crecimiento urbano ha sido desordenado.

Nuestro cantón registra una alta endemicidad por dengue, en los últimos años ha presentado repetidas epidemias, con una frecuencia bianual; el mayor periodo inter-epidémico ha sido de cuatro años (2006-2010).

Entre las más importantes se encuentran las de los años 2001, 2003, 2005, 2006, 2010, 2013, 2015, con 2119, 1912, 980, 2623, 2370, 2982, 1561 casos sospechosos respectivamente.

Las epidemias correspondientes a los años 2006, 2010 y 2013 se registran como de mayor magnitud en la historia del cantón, ocupando los primeros lugares por la incidencia de casos en el país.

En el año 2015, a partir de la SE 02 se reportan los primeros casos de chikungunya en el cantón, declarando epidemia en la SE 32 y manteniendo una transmisión sostenida hasta las primeras semanas del año siguiente, en total se registraron 1056 casos sospechosos por este evento. Durante este año se presenta de forma simultánea la epidemia por dengue y chikungunya.

En el año 2016 se confirma el primer caso de zika en la SE 22, iniciando una epidemia que se extendió hasta la SE 52, con un total de 768 casos sospechosos reportados.

DETERMINANTES BIOLÓGICOS:

Se consideran determinantes biológicos todos aquellos elementos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos del individuo.

Para efecto de este estudio nos referiremos a las zonas azules, considerando que hay condiciones o características de los pobladores de estos cantones que se traducen en determinantes positivos para la salud.

Zonas azules

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.

Parte de la Península de Nicoya se suma a la exclusiva lista de cinco “Zonas Azules” en el mundo, la cual incluye: Icaria en Grecia, Cerdeña en Italia, Okinawa en Japón y Loma Linda en

Estados Unidos. La Península de Nicoya como Zona Azul es la única de Iberoamérica y la más grande en extensión.

Una zona azul es un lugar donde se dan condiciones especiales para que la gente viva por muchos años, estas zonas se tiñen de azul de manera coincidente cuando sus pobladores de ochenta, noventa o cien años gozan de los siguientes factores que fortalecen su condición: buena salud física y mental, el apego a una tradición alimentaria, una sólida fe y espiritualidad, mucho apoyo y respeto de una red familiar, la actividad física reflejada en una movilidad constante y contar con un propósito de vida o razón de ser.

Este concepto surgió a partir de una serie de trabajos demográficos y estadísticos de Gianni Pes y Michael Poulin, pero se dan a conocer mundialmente a partir de los trabajos de investigación periodísticos de Dan Buettner junto a un equipo de National Geographic, y la publicación de su libro "The Blue Zones".

En una de sus visitas más recientes de Buettner a Costa Rica, definió las Zonas Azules como "un concepto del estilo de vida y el medio ambiente que produce longevidad. Son lugares donde las personas se trasladan caminando más que en carro, comen más plantas que carne, en una dieta que incluye frijoles, o granos como maíz, donde la familia es su razón de ser y es lo número uno. Tienen formas sencillas de tranquilizarse, así como grupos de amigos con los que comparten hábitos saludables".

Según estudios del demógrafo costarricense, el Dr. Luis Rosero Bixby, del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica, la concentración de habitantes mayores de 90 años, con longevidad saludable en la Península de Nicoya es única en el mundo, y la mortalidad de dicha población es 10% más baja en comparación con otros habitantes de edad similar en el resto del país, y que la mortalidad por cáncer es un 23% más baja. Además, cuando un varón de esta zona llega a los 80 años, puede vivir en promedio 8,2 años más. Y si llega a los 90, puede vivir un promedio de 4,4 años más. (Núñez, 2010)

Según datos recientes la población de nonagenarios es de 865 habitantes (a partir del corte del 31 de mayo pasado) lo que prevé que la península de Nicoya seguirá teñida de azul por un largo tiempo. En el caso de aquellos longevos que han pasado la meta de más de 100 años, se contabilizan actualmente 41 y nueve personas que serán centenarias antes de noviembre, repartidos en los cinco cantones de la península.

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. (Oficina de Prensa Ministerio de Salud)

DETERMINANTES SOCIO / ECONÓMICOS

Se consideran determinantes socioeconómicos y culturales, a aquellas variables sociales y económicas en que se desenvuelve el individuo y que tienen un efecto positivo o negativo, sobre su salud. Así mismo incluye hábitos de alimentación, de consumo de alcohol, drogas (sustancias psicoactivas), tabaco, y práctica del ejercicio físico.

Desarrollo humano y social

Se analiza la situación del desarrollo humano y social como determinante de la salud, por medio de indicadores internacionales y nacionales.

En el campo de la salud, en **Costa Rica** la **esperanza de vida** al nacer es de 81 años, la misma que el promedio de la OCDE de 81 años. La **esperanza de vida** para las mujeres se sitúa en los 83 años, en comparación con 78 años para los hombres.

LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POLACION DE SANTA CRUZ

Cantón	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Santa Cruz	78.96	79.21	80.57	80.58	79.18	79.90	80.92	79.94	80.77	78.38	78.92	79.98	80.13	79.57

Fuente: *Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de CR, año 2021*

Índice de desarrollo humano cantonal (IDHc):

La medición del desarrollo humano a nivel cantonal se realiza utilizando como indicador el Índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDHc), el cual permite ver las posibilidades que tienen las personas en el cantón para ser o hacer aquello que les permita alcanzar su proyecto de vida. Este índice se compone del Índice de Esperanza de Vida (IEV), Índice de Conocimiento (IC) y el Índice de Bienestar Material (IBM), sus valores se encuentran entre 0 y 1, entre más cercano a uno sea el valor tiene un mejor IDH.

En el periodo 2006-2019, el IDHc, refleja un comportamiento creciente, ocupando posiciones intermedias en el ranking cantonal y clasificando durante todos estos años como uno de los cantones del país con un índice de desarrollo humano medio, que va de 0,778 a 0,801.

SANTA CRUZ, INDICE DE DESARROLLO HUMANO

Cantón	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Santa Cruz	0.778	0.781	0.801	0.782	0.769	0.778	0.787	0.775	0.783	0.764	0.764	0.782	0.786	0.781

Fuente: *Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de CR, año 2021*

Índice de desarrollo social (IDSc):

A nivel nacional el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), ha desarrollado el Índice de Desarrollo Social (IDS), que se elabora con el fin de medir el desarrollo social de cada uno de los distritos y cantones del país.

Es una medida resumen de las brechas sociales, entre los diferentes cantones del país en cinco dimensiones, económica, participación social, salud, educación y seguridad.

Su valor es de 0 a 100, correspondiendo el valor más alto a la mejor situación de desarrollo.

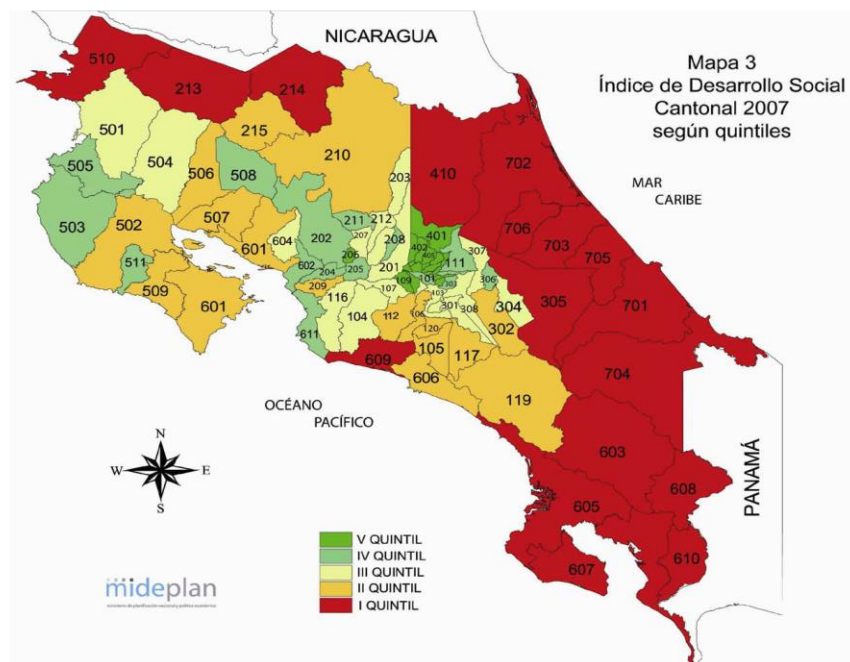
Se mide a través de indicadores, entre ellos: promedio de consumo mensual de electricidad residencial, porcentaje de viviendas con acceso a Internet, índice de participación electoral, tasa de mortalidad en menores de 5 años, índice de bajo peso en los niños y niñas, porcentaje de nacimientos en madres solteras menores de 19 años, índice de cobertura de agua potable, índice de programas educativos especiales, porcentaje de reprobación escolar, cobertura en secundaria, infraestructura educativa, escuelas unidocentes, tasa de defunciones por homicidios dolosos y muertes en accidente de tránsito. (basado en MIDEPLAN).

El índice de Desarrollo Social es fundamental para asignar y reorientar los recursos, tanto públicos como privados, hacia áreas geográficas con bajos niveles de desarrollo; también es útil para apoyar la revisión, planificación y evaluación de los resultados e impacto de políticas,

programas y proyectos ejecutados por el Estado en las diferentes áreas geográficas de nuestro país (**Informe MIDEPLAN año 2017**).

En el siguiente gráfico se observa que a nivel nacional para el año 2007 al agrupar los cantones en quintiles, los cantones del I quintil (IDS más bajo) tienen una menor densidad poblacional en promedio, contrario a los del V quintil (IDS más alto), que presentan una mayor concentración de población y un predominio de población urbana, ubicados principalmente en el Gran Área Metropolitana. Sin embargo, el cantón de Santa Cruz se ubica en el IV quintil (entre los más altos), al mismo tiempo que Carrillo y Hojancha. En el caso de Santa Cruz y Carrillo puede atribuirse al desarrollo y crecimiento económico de la zona.

Figura N° 7. Índice de Desarrollo Social Cantonal. Costa Rica. 2007



Fuente: MIDEPLAN

En el siguiente cuadro se observa cómo el cantón muestra un incremento en este indicador entre los años 2005-2017, sin embargo, para el año 2017 al compararlo con otros cantones de la Región, es superado por el cantón de Carrillo (67.6).

INDICE DE DESARROLLO SOCIAL CANTONAL SANTA CRUZ	
AÑO 2017	61.1
AÑO 2013	61,2
AÑO 2007	57,4
AÑO 2005	52,8

Fuente: MIDEPLAN Años 2005-2007-2013-2017

En la última década (2007-2017), hay un crecimiento del IDS en la mayoría de los distritos del cantón, únicamente los distritos de Tempate y Tamarindo tuvieron un decrecimiento en el año 2013 y el distrito de Diría en el año 2017. Los distritos de Cuajiniquil y 27 de Abril continúan presentando los indicadores más bajos al año 2017.

SANTA CRUZ INDICE DE DESARROLLO SOCIAL CANTONAL Y DISTRITAL

AÑOS 2007-2017.

Distrito	Año 2007	Año 2013	Año 2017
Santa Cruz (Cantón)	57.0	61.2	61.11
Santa Cruz	70.0	67.1	66.87
Bolsón	50.0	64.2	66.85
27 de Abril	53.0	55.6	59.76
Tempate	60.0	58.0	67.71
Cartagena	55.0	75.3	76.08
Cuajiniquil	40.0	47.8	52.22
Diría	57.0	66.5	63.82
Cabo Velas	51.0	58.4	63.41
Tamarindo	63.0	58.2	71.70

Fuente: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica MIDEPLAN. Años 2007-2017.

Índice de Pobreza:

Existen tres métodos en el país para la medición de la pobreza: Línea de Pobreza (LP), Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). La LP, utiliza el método de pobreza por insuficiencia de ingresos o “Línea de Pobreza”. Esta medida es utilizada por diferentes instituciones del Estado para asignar recursos o beneficios de programas de

asistencia social, por tanto, es el dato que se maneja anualmente para identificar la cantidad de personas que se encuentran en condición de pobreza. Es utilizada en el país como medida oficial desde el año de 1987. La Línea de Pobreza es un método unidimensional, pues se basa únicamente en el ingreso de los hogares.

Los métodos de NBI y IPM son de carácter multidimensional pues buscan analizar las privaciones que tienen los hogares para acceder a diferentes derechos en distintos ámbitos como la educación, la salud, la vivienda, entre otros, sin que medie directamente la variable ingreso. (INEC. Índice de Pobreza Multidimensional. Año 2015).

El INEC clasifica la pobreza en dos niveles: pobreza no extrema y pobreza extrema, esta última se define como aquellos hogares con un ingreso per cápita que no les permite cubrir sus necesidades básicas alimentarias. (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO).

A continuación, se analiza la pobreza teniendo en cuenta el método de IP y más adelante en el apartado de Porcentaje de vivienda sin servicios básicos, se analiza el método de NBI utilizado por el INEC.

Índice de Pobreza Humana Cantonal (IPHc):

La pobreza humana es el proceso en el que las personas carecen de las oportunidades más básicas para alcanzar su proyecto de vida. El IPHc, mide las privaciones en las tres dimensiones básicas del desarrollo humano cantonal, más la exclusión social a través del desempleo. Entre menor el índice, mejor la posición relativa del cantón. (MIDEPLAN Índice de Desarrollo Social 2013).

A diferencia del Índice de Desarrollo Humano Cantonal (PNUD), en el que se muestra el acceso a oportunidades, el Índice de Pobreza Humana Cantonal (PNUD), enfatiza en la carencia de oportunidades más básicas de la población. (Atlas del Desarrollo Humano Cantonal, PNUD 2011).

Durante los años 2010-2014, este indicador se ha mantenido casi invariable, con diferencias de 1 a 2 puntos, resultando incongruente con un índice de desarrollo humano cantonal, que muestra al cantón en un nivel medio alto.

SANTA CRUZ, INDICE DE POBREZA HUMANA CANTONAL					
AÑOS	2010	2011	2012	2013	2014
IPHc	24028	22188	24653	24048	23702

Fuente: Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de CR, año 2016.

De manera que este índice no ha tenido variaciones significativas, a pesar del desarrollo y crecimiento económico del cantón, tampoco guarda relación con las mejoras en la calidad de vida que muestran los otros índices. Esto, en medio de un contexto donde la inversión extranjera en el sector turismo ha calado fuertemente desde inicios de los noventa.

Porcentaje de hogares en condición de pobreza

Es importante señalar que esta condición resulta de la metodología empleada por el INEC de NBI, que define que los hogares en condición de pobreza serán aquellos que tienen al menos una carencia en al menos uno de los componentes establecidos.

Según censo del año 2011, el porcentaje de hogares pobres para el Cantón es de 27.3% (4540), el cual supera el porcentaje nacional (21.6%).

La población pobre del cantón para el año 2011 es de 16828 habitantes, un 30.5% de la población total.

Tanto el porcentaje de hogares pobres como la población pobre ha experimentado una disminución en el año 2011 respecto al año 2000, donde se alcanza para ese año un 33.2 y 34% para ambos indicadores.

Los hogares en pobreza para el caso del cantón disminuyeron en un 6%, pasando de un 33.2% a un 27.3% y la población pobre del cantón se redujo un 3.5%, pasando de 34% a 30.5%.

Empleo:

La fuerza de trabajo o PEA (Población Económicamente Activa) está formada por el conjunto de personas de 15 años o 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 desocupada. (Costa Rica Estadísticas Regionales, 2010-2015).

Según datos que se desprenden del último Censo Nacional de población realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, la población económicamente activa para el cantón de Santa Cruz es 19791 personas de las cuales el 95.6% se encuentra ocupada (18912 personas).

La población ocupada, se distribuye con mayor peso entre las siguientes ramas de actividad de la economía, tal y como se observa en la siguiente tabla.

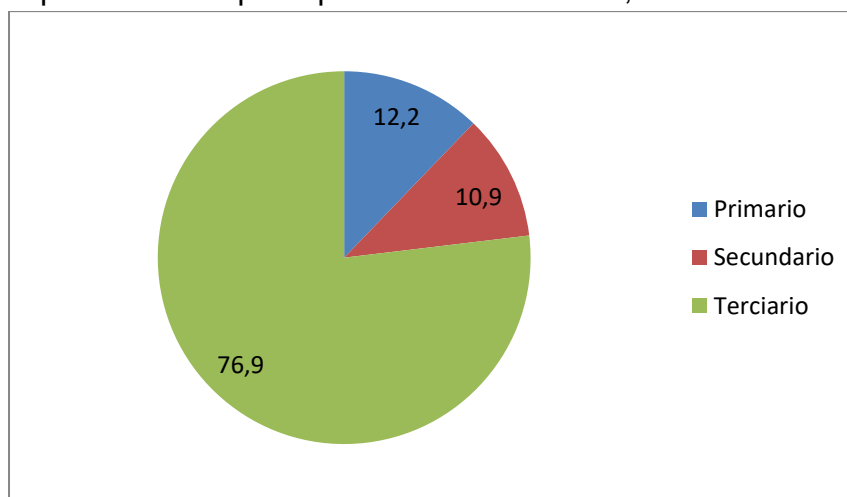
Población ocupada por rama de actividad, Santa Cruz Año 2011, (distribución relativa)	
Rama de actividad	%
Hoteles y Restaurantes	17.5
Agricultura y Ganadería	12.2
Comercio y reparación de vehículos	11.9
Enseñanza	11.4
Construcción	6.5
Administración y servicios de apoyo	5.5
Hogares en calidad de empleadores	4.9
Administración pública	4.6
Industria manufacturera	4.4

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

Estas ramas de la economía representan casi un 80% de las actividades de ocupación en el cantón, se desprende de ello que la fuerza laboral ya no se concentra principalmente en el sector agrícola sino también en el área de servicios y comercio. Esto puede estar motivado por el desarrollo que viene experimentando el cantón en los últimos años debido a la influencia turística.

Esta apreciación se evidencia en el porcentaje de población ocupada distribuida por sectores de la economía a saber, en el sector primario corresponde a un 12.2%(2307), un 10.9% al sector secundario (2061) y un 76.9% (14544) al sector terciario.

Porcentaje de población ocupada por sector económico, Santa Cruz año 2011.



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

Para tener una concepción más amplia se incluyen las definiciones de los sectores de la economía, contemplados en el informe Características económicas X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, año 2011, siendo las siguientes:

Sector primario se define como la relación porcentual de la población ocupada de 15 años y más que se dedican a la rama de actividad del sector primario (caracterizado porque sus actividades se realizan próximas a las fuentes de recursos naturales como son la agricultura, silvicultura, caza y pesca) con respecto a la población de 15 años y más.

Sector secundario es la relación porcentual de la población ocupada de 15 años y más que se dedican a la rama de actividad del sector secundario (caracterizado por transformar materias primas en otros bienes, en general son actividades de tipo industrial, incluyendo manufactura, construcción y minería) con respecto a la población ocupada de 15 años y más.

Sector terciario es el porcentaje de la población ocupada de 15 años y más que se dedican a la rama de actividad del sector terciario (reúne las ramas de actividad cuyas empresas generan bienes inmateriales como electricidad, agua, comercio, transporte, comunicaciones, educación, servicios sociales, comunales y personales, administración pública, etc.) con respecto a la

población ocupada de 15 años y más. (Características económicas X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, año 2011).

Tasa de desempleo:

La tasa de desempleo abierto se define como la relación porcentual de la población desocupada de 15 años y más, respecto a la población en fuerza de trabajo.

Para el cantón la tasa de desempleo en el año 2011 es de 4.4, un 4.8 en hombres y 3.8 en mujeres, siendo inferior a la tasa Regional y Nacional en ese mismo año (8.9 y 7.7), según informe de Estadísticas Regionales, año 2010-2015 MIDEPLAN. Este indicador muestra un descenso de 3 puntos respecto al año 2000 donde se registra un porcentaje de 7.2. Además, muestra relación con el incremento de la tasa de ocupación, (relación porcentual de la población ocupada de 15 años y más, respecto a la población de 15 años y más), que para el año 2011 es de 45.4, teniendo un aumento de 10 puntos en relación con el año 2000 que fue de 35.9.

Vivienda:

El efecto de las viviendas en el estado de salud de sus ocupantes está definido por una serie de aspectos entre los que se puede citar: ubicación, acceso a servicios básicos, materiales de construcción, estado general de la vivienda, tamaño, tenencia. Este conjunto de factores hace que la vivienda se convierta en un determinante importante en el estado de salud de sus ocupantes, abarcando aspectos no sólo biológicos sino también sociales y psicológicos.

Según resultados del censo año 2011, el total de viviendas es de 22730 siendo la totalidad de las viviendas ocupadas de 16645 (73%) y sus ocupantes correspondieron a 55104 habitantes.

La ubicación de las viviendas es de 52% de las viviendas en zona rural y 48% en zona urbana.

Porcentaje de tugurios:

De acuerdo con el censo del año 2011 el Cantón tenía 90 viviendas aproximadamente en condición de tugurio, lo cual representa el 0.5% del total de viviendas ocupadas, por debajo del porcentaje Regional (0.8) y Nacional (0.6). Se contabilizaban 384 habitantes en este tipo de vivienda.

Este tipo de construcción y las condiciones en las que viven las personas ahí asentadas son propicios para la aparición de enfermedades infectocontagiosas, así como para el crecimiento de problemática social.

Tenencia de la vivienda:

Se muestra la distribución porcentual de las 16.645 viviendas individuales ocupadas según el tipo de tenencia de la vivienda en el cantón, de lo cual se obtiene que el 71.3% (12533 viviendas) son viviendas propias (incluye las totalmente pagadas y las pagando a plazos), el 9.6% (1598 viviendas) son viviendas en precario, cedida o prestada y el 15.1% restantes (2514 viviendas) son viviendas alquiladas.

El Cantón de Santa Cruz ha mejorado la tenencia de viviendas individuales ocupadas con tenencia de precario, ya que en el año 2000 registraba un total de 276 y en el año 2013, según fuente del Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos (MIVAH) contaba con 158 viviendas en esta condición (0.9%), del total de viviendas ocupadas. Esto implica una reducción de 43% respecto al año 2000.

El MIVAH considera como *asentamiento en precario*, a un grupo de tres o más viviendas en condición de tenencia ilegal del terreno donde se localizan, pudiendo ser o no viviendas en estado de tugurio².

Santa Cruz, Asentamientos Existentes en el Cantón				
Nombre Asentamiento	Distrito	Año de Creación	Número de Familias	Número de Viviendas
El Hueco	Santa Cruz	1968	10	9
El Puente	Santa Cruz	1972	10	10
B° Las Colinas	27 de Abril	2009	3	3
B° Los Angeles, Brasilito	Cabo Velas	1980	77	77
B° Tucurrique	Santa Cruz	1987	20	18
Callejón Cátalo Rojas	Santa Cruz	1992	6	6
Callejón Los Martínez, B° Limón	Santa Cruz	1982	7	7
Jorge Chavarría	Diría	2010	19	17
Santa Cecilia, El Tendal	Santa Cruz	1987	11	11

Fuente: MIVAH (2011-2013)

El Cantón de Santa Cruz agrupa el 1.0 % (158) de los asentamientos en precario a nivel Nacional (15593).

A nivel de distritos tenemos que el distrito central de Santa Cruz es el que agrupa la mayor cantidad de asentamientos en precario, con 6 asentamientos en total y una población de 64 familias. También el distrito de Cabo Velas, donde sólo el asentamiento B° Los Ángeles – Los Precaristas conforman una comunidad de 77 familias.

Las familias al estar bajo estas condiciones no cuentan con un respaldo legal ante un desalojo forzado.

² Nota: La conceptualización de asentamiento en precario a partir de tres o más viviendas, fue parte de la delimitación que utilizó las direcciones de Vivienda y Asentamientos Humanos para realizar la "Actualización de Precarios del GAM 2005"

Estado Físico de las viviendas

En el año 2.011, en Santa Cruz el 8% (1340) de las viviendas individuales ocupadas estaban en mal estado, un 30% (5000) en regular estado, y un 62% (10305) se encontraban en buen estado.

Santa Cruz al presentar un porcentaje de 8% en las viviendas individuales ocupadas en mal estado, se ubica comparativamente a nivel regional (9%) y Nacional (8%).

Se presentan mejoras en cuanto a las condiciones de las viviendas en el cantón desde el año 1973 donde la mayoría se encontraba en malas y regulares condiciones (48.8% y 37% respectivamente).

DISTRIBUCION DE VIVIENDAS SEGÚN ESTADO, SANTA CRUZ, AÑOS 1973, 1984, 2000, 2011.

CATEGORÍAS	1973		1984		2000		2011	
	CA-SAS	%	CA-SAS	%	CA-SAS	%	CA-SAS	%
MALO	2438	48.8	563	9.2	1392	13	1340	8
REGULAR	1847	37	2011	32.9	3106	30	5000	30
BUENO	706	14.1	3540	57.9	5947	57	10305	62
TOTAL	4991	100	6114	100	10445	100	16645	100

Fuente: INEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1973, 1984, 2000, 2011.

Porcentaje de viviendas sin servicios básicos:

El mapa de carencias críticas, elaborado por el INEC, utilizando la metodología de las necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), hace una caracterización de las áreas geográficas que presentan mayores carencias, considerando cuatro áreas: acceso a albergue digno, a una vida saludable, al conocimiento y el acceso a otros bienes y servicios, cada una con igual ponderación. Este es uno de los métodos utilizados en el país por el INEC para medir la pobreza, donde los hogares en condición de pobreza serán aquellos que tienen al menos una carencia en al menos uno de los componentes.

En el año 2011, el cantón presenta un 72.3% de hogares sin carencias, 21.08% de hogares con una carencia, 5.43% con dos y alrededor de 1.18% con tres o más carencias. De manera que el 27.7 de los hogares que presentan carencias se consideran como pobres.

De las cuatro áreas definidas en el análisis de carencias, el orden de incidencia para el cantón es: acceso a albergue digno con un 11%, seguido del acceso al conocimiento con un 9.4% y acceso a otros bienes y servicios con 9% y por último el acceso a una vida saludable con un 6.2%.

Si se observa comparativamente el año 2000 y 2011 hay un mejor comportamiento de los resultados obtenidos en el último censo, pudiendo obedecer directamente al esfuerzo de la política social de acceder a los sectores más alejados con mejores servicios de salud y de educación, por medio de los EBAIS y de las telesecundarias y a los programas sociales de vivienda y de bienestar social, entre otros.

PORCENTAJE DE HOGARES SIN ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS, SANTA CRUZ AÑOS 2000 Y 2011.				
	ALBERGUE DIGNO	VIDA SALUDABLE	CONOCIMIENTO	OTROS BIENES Y SERVICIOS
AÑO 2000	20.00%	15.00%	12.80%	15.90%
AÑO 2011	11.00%	6.2%	9.4%	9.00%

Fuente: INEC, 2000-2011

Para el censo año 2011, el cantón presenta como carencia principal el acceso a albergue digno y se menciona que, a nivel de distritos, la carencia más marcada es igualmente la de acceso a albergue digno, en donde el distrito de Cuajiniquil tiene un 19.8%.

La segunda carencia es la de conocimiento y el acceso a otros bienes y servicios, definida esta última como la disponibilidad de recursos económicos del hogar.

Por otra parte, la tercera carencia es la del acceso a una vida saludable, en donde el distrito de Cuajiniquil presentan un 14.9%, de hogares sin acceso a este pilar del desarrollo social. (Censo, 2011).

Los distritos que presentan la mayor incidencia de carencias críticas en el cantón son Cuajiniquil y Bolsón con 41.4 y 38.2 respectivamente, siendo los distritos más pobres del cantón, seguidos de 27 de Abril (36.5).

Indicadores de condiciones de vida según cantón y distrito Santa Cruz, Año 2011.					
Distrito	Porcentaje de hogares con al menos una carencia	Porcentaje de hogares con carencia de albergue digno	Porcentaje de hogares con carencia de vida saludable	Porcentaje de hogares con carencia de acceso al conocimiento	Porcentaje de hogares con carencia de acceso a otros bienes y servicios
Santa Cruz	27.7	11.0	6.2	9.4	9.0
Santa Cruz	24.5	9.3	5.1	9.7	7.6
Bolsón	38.2	13.9	10.3	10.3	16.8
Veintisiete de Abril	36.5	14.1	9.5	10.8	12.9
Tempate	29.9	13.3	5.9	8.0	11.2
Cartagena	23.6	6.3	5.8	7.5	8.9
Cuajiniquil	41.4	19.8	14.9	14.4	11.4

Diriá	29.4	8.4	9.9	9.8	9.5
Cabo Velas	26.0	13.9	3.3	8.0	6.9
Tamarindo	22.2	10.4	2.8	8.0	5.7

Censo, 2011

Servicios en las Viviendas:

En este apartado se parte de la información del Censo Nacional año 2011, correspondiente a los servicios con que cuentan las viviendas, más concretamente: sistema para la eliminación de excretas en las viviendas, medio de abastecimiento de agua en las viviendas, disponibilidad de luz eléctrica en las viviendas y disponibilidad de teléfono residencial.

Abastecimiento de Agua en las viviendas:

Respecto al abastecimiento de agua, según censo del año 2011, un total de 15991 viviendas (96.1%) cuentan con suministro de agua por medio de tubería dentro de la vivienda y 654 viviendas (3.9%) no cuentan con agua por tubería dentro de la vivienda. Todas provienen de algún tipo de acueducto.

Disposición de excretas:

Según censo del año 2011, se tenía un total de 15264 viviendas (91.7%) conectadas a alcantarillado público o tanque séptico, 1182 viviendas (7.1%) que utilizaban el sistema de pozo negro o letrina como medio para eliminar excretas, 33 viviendas (0.2%) utilizaban otros sistemas con salida directa a zanja, río o estero y 166 viviendas (1.0%) no utilizaban servicio sanitario.

Respecto a la disposición de excretas, sobre la base de los datos básicos de atención primaria para los años 2014-2015, en el cantón existen 416 viviendas (2.8%) que disponen sus excretas en el alcantarillado sanitario, 12931 viviendas (88.7%) tienen tanque séptico, de éstos se reportan 15 en mal estado. Un total de 1225 viviendas (8.4%) cuentan con letrina sanitaria, sin embargo, 374 se encuentran en mal estado (30%). Existe 1 vivienda (0.006%) que eliminan sus excretas en el campo. Existen 205 viviendas con faltante de instalación de algún medio de eliminación de excretas, que corresponde al 1.4%.

Electrificación:

Coopeguanacaste es la cooperativa de electrificación que tiene a cargo producir, adquirir y distribuir energía eléctrica destinada al alumbrado público y particular. Tiene una cobertura geográfica que inicia en Guardia de Liberia, pasando por Carrillo, Santa Cruz, Nicoya, Hojancha, Carmona, Jicaral, Lepanto, Paquera, hasta Isla Cedros; para un total de 4800 Km cuadrados de territorio.

Según censo del año 2011, 16395 viviendas (98.5%) contaban con servicio de alumbrado eléctrico y 250 viviendas (1.5%) no contaban con este servicio, entre los distritos con menor cobertura estaban Cuajiniquil (92.4%), el resto de los distritos tenían una cobertura mayor del 95%.

De acuerdo con información suministrada por Coopeguanacaste, actualmente el cantón de Santa Cruz tiene una cobertura de un 97% de comunidades con servicio eléctrico, el 3% restante no tiene electrificación y se encuentran las comunidades de **Río Verde, Santa Cecilia de Palmares y Palmares de Alemania pertenecientes a Santa Cruz.**

Disponibilidad del servicio de teléfono residencial en las viviendas:

Se tenía un total de 8406 viviendas que contaban con servicio de teléfono residencial (50.5%), aunque en el 81.5% de los hogares (13566) se cuenta con telefonía celular.

Educación:

El tema de la educación en Costa Rica ha sido uno de los aspectos que más se ha incentivado tanto en la Constitución Política en el Artículo 78, que dice que: “la educación preescolar y la general básica son obligatorias. Estas y la educación diversificada en el Sistema Público son gratuitas y costeadas por la Nación” asimismo la Ley General de Educación Común promulgada en el año 1886 establece que la “enseñanza primaria es gratuita y obligatoria”, a partir de ahí los esfuerzos se han orientado a que la educación tenga un alcance o mayor cobertura en todo el país, sin distinción de condición socioeconómica.

Los datos actualizados que pueden dar información precisa sobre el tema de la educación en Costa Rica son: el nivel de instrucción, según la edad y el sexo, tanto para el nivel primario, secundario y universitario, sin embargo, es importante conocer la información referente al porcentaje de población sin instrucción, así como los desertores del sistema educativo.

El analfabetismo se define como la falta de instrucción elemental en un país, referida especialmente al número de sus ciudadanos que no saben leer.

Bajo este concepto y de acuerdo con el censo de población del año 2011 se puede decir que para ese año el total de población analfabeta correspondió a un 1.88%(871), en el sexo masculino fue de 1.04% (484) y en el femenino de 0.83% (387). Este indicador fue menor que el Regional (2.9) y el Nacional (2.4).

El indicador de analfabetismo en el año 2011 muestra un mejoramiento respecto al año 2000, ya que la población analfabeta tiene una reducción de 51%.

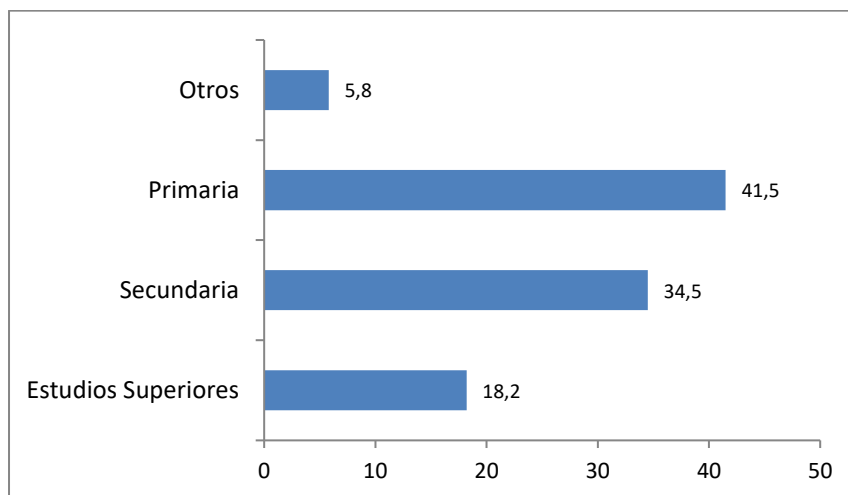
Respecto a la población sin ningún nivel de instrucción, las mujeres presentan un porcentaje levemente más bajo de un 1,7%(880) y los hombres de 1,9% (984), lo cual es un indicador de que no existe gran diferencia entre ambos sexos pudiendo señalarse que ambos están teniendo prácticamente el mismo acceso a la educación sugiriendo así el cierre de la brecha educativa de género.

Porcentaje de Población de 5 y más años por nivel de instrucción:

Según datos del censo año 2011, el nivel de instrucción de la población mayor de 5 años corresponde a un 41.5% (20991) para la educación primaria, 34.5% (17485) para la secundaria académica y técnica, un 18.2% (9192) para la educación para universitaria y universitaria, 2.1% (1079) para kinder y enseñanza especial y un 3.7% (1864) de la población no cuenta con

ninguna instrucción como ya se había mencionado, alcanzando el cantón una alfabetización de un 98.12%, siendo la más alta de la Región.

Porcentaje de población de 5 años y más por nivel de instrucción, Santa Cruz, Año 2011.



INEC, Censo 2011

Porcentaje de repitencia:

El informe de Estado de la Educación Costarricense año 2016, específicamente en el Compendio de indicadores educativos, reporta que entre los años 2011-2015 la situación de la Dirección Regional de Santa Cruz, es la siguiente:

Porcentaje de repitencia de Primaria I y II ciclo. Años 2011-2015.

Cantón	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Santa Cruz	4.1	3.1	5.1	1.9	1.9

Fuente. Informe Estado de la Educación año 2016, Compendio indicadores educativos regionales.

En términos de repitencia en I y II ciclos durante los últimos 5 años, la Región de Santa Cruz ha venido disminuyendo este indicador, pasando a un 1.9% en el año 2014 y manteniendo el mismo porcentaje para el año 2015.

A nivel cantonal el porcentaje de repitentes según nivel educativo durante los años 2014-2015 fue de 7.7 y 6.0% respectivamente, mostrando también un mejoramiento.

Deserción escolar:

Se observa en la siguiente tabla que la Dirección Regional de Santa Cruz a partir del año 2013, presenta una disminución en la deserción escolar en el I y II ciclo (1.1) que se mantiene en el año 2015.

Porcentaje de deserción escolar de Primaria I y II ciclo. Años 2011-2015.

Cantón	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Santa Cruz	3.9	2.8	1.1	1.6	1.1

Fuente. Informe Estado de la Educación año 2016, Compendio indicadores educativos regionales.

Caso contrario se observa en la siguiente tabla, que durante los años 2014 y 2015 se registra un incremento en el indicador de la deserción escolar en III ciclo y la educación diversificada, misma que concuerda con la tendencia registrada según datos del MEP entre 2010 y 2012, en la cual la variable “deserción” en secundaria pasó de 10,2% a 10,7% a nivel nacional. (Cita Estado de la Educación Año 2013).

Porcentaje deserción escolar III ciclo y educación diversificada. Años 2011- 2015.

Cantón	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Santa Cruz	1.2	2.6	2.1	3.7	5.9

Fuente. Informe Estado de la Educación año 2016, Compendio indicadores educativos regionales.

Cobertura de la educación regular:

Según censo para el año 2011, el porcentaje de la población de 5 a 29 años que asiste a la educación regular es de un 62.8%, (14568) siendo para el país en este mismo año de un 57,6.

En cuanto a la tasa de escolaridad se observa un aumento en los últimos años, aunque el indicador del año 2011 se calculó con la matrícula inicial reportada por la Dirección Actuarial de la CCSS entre la población de 5 a 19 años.

Tasa neta de escolaridad años 2003-2005-2011.

Cantón	Año 2003	Año 2005	Año 2011
Santa Cruz	77.3	83.8	85.5

(MIDEPLAN, 2006). Dirección Actuarial de la CCSS Año 2011.

Para el año 2011, existen en el cantón de Santa Cruz un total de 75 centros educativos de primaria. Los poblados donde se encuentran ubicados los centros educativos de primaria según distrito, así como la fecha de creación de cada centro se muestran a continuación:

SANTA CRUZ: ESCUELAS DEL CANTÓN SEGÚN DISTRITO Y AÑO DE CREACIÓN

ESCUELAS DEL CANTÓN DE SANTA CRUZ						
DISTRITO	POBLADO	AÑO DE CREACIÓN	POBLADO	AÑO DE CREACIÓN		
SANTA CRUZ	1	CHIRCÓ	1856	11	VISTALMAR	1954
	2	TENORIO	1875	12	EL CACAO	1960
	3	ESQUIPULAS	1886	13	GUAYABAL	1960
	4	LAGUNILLA	1893	14	BARRIO LIMÓN	1970
	5	SAN JUAN	1904	15	BARRIO LIMON	1988
	6	ARADO	1912	16	RIO CAÑAS VIEJO	1990
	7	BERNABELA	1916	17	BARRIO LAJAS	1992
SANTA CRUZ	8	LA ESPERANZA	1937	18	BARRIO LIMÓN OESTE	1997
	9	SAN PEDRO	1950	19	ESTOCOLMO	1999
	10	LOS ANGELES	1950	20	ESQUIPULAS	2001
BOLSON	1	ORTEGA	1919			
	2	BOLSON	1985			
	10	RÍO TABACO	1970			
VEINTISIETE DE ABRIL	1	27 DE ABRIL	1885	11	LOS PARGOS	1970
	2	HATILLO	1912	12	EL TRAPICHE	1970
	3	SAN FRANCISCO	1918	13	LAS MESAS	1974
	4	PARAISO	1927	14	PASO HONDO	1993
	5	RIO SECO	1945	15	LOS RANCHOS	1994
	6	S.J. DE LA MONTAÑA	1953	16	PLAYA JUNQUILLAL	1999
	7	FLORIDA	1954	17	GUAPOTE	2000
	8	LAS DELICIAS	1968			
	9	VENADO	1968			
	10	RÍO TABACO	1970			
TEMPATE	1	TEMPATE	1886			
	2	HUACAS	1887			
	3	PUERTO POTRERO	1934			
	4	PORTEGOLPE	1937			
	5	EL LLANO	1938			
	6	BEJUCO	1988			

**SANTA CRUZ: ESCUELAS DEL CANTÓN SEGÚN DISTRITO Y AÑO DE CREACIÓN
(CONTINUACIÓN)**

ESCUELAS DEL CANTÓN DE SANTA CRUZ						
DISTRITO		POBLADO	AÑO DE CREACIÓN		POBLADO	AÑO DE CREACIÓN
CARTAGENA	1	CARTAGENA	1906			
	2	LORENA	1954			
CUAJINIQUIL	1	MARBELLA	1927	11	JAZMINAL	1962
	2	OSTIONAL	1954	12	SAN JUANILLO	1962
	3	ALEMANIA	1965			
	4	VERACRUZ	1960			
	5	EL PROGRESO	1965			
	6	PALMARES	1960			
	7	EL SOCORRO	1954			
	8	LA UNIÓN	1963			
	9	LAGARTO	1968			
	10	ESPABELAR	1970			
DIRIA	1	SANTA BÁRBARA	1886			
	2	DIRIA	1929			
	3	GUAITIL	1965			
	4	TALOLINGUITA	1965			
CABO VELAS	1	MATAPALO	1910			
	2	BRASILITO	1938			
	3	LA GARITA VIEJA	1995			
	4	PLAYA GRANDE	2002			
TAMARINDO	1	SANTA ROSA	1858			
	2	VILLARREAL	1906			
	3	SAN JOSÉ DE PINILLA	1907			
	4	CEBADILLA	1930			
	5	LA GARITA	1949			
	6	LINDEROS	1965			
	7	HERNÁNDEZ	1978			
	8	GARITA	2008			

Fuente: Departamento de Análisis Estadístico, Ministerio de Educación Pública.

En cuanto a la existencia de centros educativos de secundaria, en el cantón existen un total de doce centros para el 2011. De ellos, cinco están ubicados en el distrito central de Santa Cruz, dos de ellos ubicados en el distrito de Diria, uno en Cartagena, dos en Cuajiniquil, uno en 27 de Abril y en Tamarindo. Existen cuatro colegios técnicos diurnos, siete académicos diurnos y un académico nocturno. A continuación la distribución según poblado y el año de creación del centro educativo:

SANTA CRUZ: COLEGIOS DEL CANTON SEGÚN DISTRITO Y AÑO DE CREACION.

COLEGIOS DEL CANTON DE SANTA CRUZ			
DISTRITO	POBLADO	AÑO DE CREACION	TIPO DE CENTRO
CARTAGENA	CARTAGENA	1975	TECNICO DIURNO
DIRIA	SANTA BARBARA	1977	TECNICO DIURNO
	SANTA BARBARA	2008	ACADEMICO DIURNO
CUAJINIQUIL	MARBELLA	1999	ACADEMICO DIURNO
	OSTIONAL	1999	ACADEMICO DIURNO
SANTA CRUZ	SANTA CRUZ	1955	ACADEMICO DIURNO
	B°EL GUAYABAL	1972	TECNICO DIURNO
	SANTA CRUZ	1970	ACADEMICO NOCTURNO
	SANTA CRUZ	1996	ACADEMICO DIURNO
	LA ESPERANZA	2000	ACADEMICO DIURNO
TAMARINDO	VILLARREAL	1998	ACADEMICO DIURNO
27 DE ABRIL	LOS JOVOS	1974	TECNICO DIURNO

Fuente: Departamento de Análisis Estadístico, Ministerio de Educación Pública.

El colegio más antiguo data del año 1955 y corresponde al ubicado en el distrito central de Santa Cruz. Quince años después, en 1970, se crea otro colegio ubicado también en el distrito central (nocturno), en 1972 en Guayabal, en 1974 en Veintisiete de Abril, en 1975 en Cartagena, en 1977 en Diria. La existencia de los demás colegios refiere a la década de los noventa y del 2000.

DETERMINANTES SOCIOCULTURALES: DE ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS RIESGOSAS

Aunque se dispone de algunas estadísticas actualizadas del consumo de drogas, del Centro de Atención Integral en Drogas (CAID) del IAFA en Santa Cruz, es conveniente conocer los resultados de los estudios que se han realizado a nivel nacional y regional para tener una visión más amplia de esta problemática que sirva de sustento para futuras investigaciones y acciones concretas que beneficien la población con dependencia.

Alcoholismo y Consumo de Drogas.

La acepción comúnmente admitida en los ámbitos nacional e internacional refiere a droga como:

“toda sustancia, de uso médico o no, con tropismo por el Sistema Nervioso Central, y que cumpla con el principal criterio de selección emanado del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, como lo es el que haya “evidencia de que la sustancia es capaz de iniciar, o llevar, al abuso, constituyéndose en significativo problema social y de salud pública, justificando que se establezca la necesidad de someterla bajo control internacional” Organización Mundial de la Salud, (2003) “Technical Report Series 915”. Ginebra Suiza.

Con respecto al consumo de sustancias, el concepto refiere al riesgo potencial de llegar a ser perjudicial o abusivo, o bien, causar dependencia o adicción, o sea, es toda sustancia que introducida en un organismo vivo es capaz de modificar su funcionamiento.

Una persona pasa por tres estadios en el curso del uso de drogas, desde que entra en contacto con la droga hasta que se convierte en adicta o dependiente de ella.

- El primero de estos estadios es el consumo, comprendido éste, como cualquier uso no excesivo o nocivo de sustancias psicoactivas, sin implicaciones en la salud integral del individuo; incluye el uso experimental, ocasional y/o recreacional de la sustancia. (Organización Mundial de la Salud, 1993)
- Un segundo estadio es el que se denomina consumo perjudicial o abuso de drogas, definido como aquellas:

“[...] modalidades de consumo de sustancias psicoactivas que causan perjuicios a la salud del consumidor. Los perjuicios pueden ser físicos (por ejemplo, hepatitis provocada por la inyección de drogas) o mentales (por ejemplo, períodos depresivos derivados de la ingestión de alcohol en grandes cantidades). El consumo perjudicial también suele tener consecuencias sociales adversas.” Organización Mundial de la Salud, (2000) “Lexicon of alcohol and drug terms”. Ginebra, Suiza. Anexo IX, Página 5.

El paso del primero al segundo estadio depende fundamentalmente de factores como son el tipo de droga, la edad, la frecuencia con que ésta se ingiere, la constitución física del individuo, entre otros.

- El tercero y último estadio se conoce como dependencia a las drogas, comprendida ésta como él:

“conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona sigue consumiendo la sustancia, pese a sufrir problemas considerables, por hacerlo. Existen pautas de autoadministración reiterada, que suelen dar lugar a la tolerancia, a síntomas de privación y a un comportamiento compulsivo de consumo de drogas.” Organización Mundial de la Salud, (2000) “Lexicon of alcohol and drug terms”. Ginebra, Suiza. Anexo IX, Página 5.

En este último nivel, el estado de la persona, físico o mental, es de tal complejidad que llega a requerirse la intervención médica, psicológica y social para su recuperación, lo que demanda grandes esfuerzos económicos y sociales, del individuo y de las personas que interactúan con él.

Los factores de riesgo para que una persona caiga en el uso, consumo o abuso de las drogas son relaciones de pares, especialmente en el caso de adolescentes, procesos de socialización, relaciones intrafamiliares disfuncionales, acceso y condición socioeconómica que faciliten la adquisición de este tipo de sustancias, así mismo el contacto con grupos de pares que tengan conductas de riesgo.

A nivel nacional el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) crea desde 1990 un documento diagnóstico sobre el estado en el consumo de drogas a nivel nacional, el cual aporta datos importantes sobre la tendencia del país en el inicio y consumo de drogas.

Los mayores problemas están asociados al abuso del alcohol y el tabaquismo y a los niveles de prevalencia especialmente en los hombres, en el consumo de marihuana y cocaína.

En el país las drogas legales son el tabaco, bebidas alcohólicas, cafeína y medicamentos de consumo restringido. Las drogas ilegales son aquellas drogas cuyo consumo se penaliza como la marihuana, cocaína, heroína y crack, entre las más conocidas.

De acuerdo con el momento en que se dio el último consumo, el nombre del indicador toma los siguientes nombres:

- La prevalencia de vida: se refiere a la proporción de sujetos, con respecto a la muestra total que han consumido una droga alguna vez.
- Prevalencia de último año (o consumo reciente) resulta de dividir el total de la población que consumió una droga durante el último año entre la muestra
- Prevalencia de último mes (consumo actual o activo): corresponde a la proporción de individuos que consumieron alguna droga durante el último mes e incluye el consumo de las últimas 24 horas, la última semana y más de una semana; pero menos de un mes.

Consumo de alcohol:

La prevalencia de vida de consumo de alcohol en Costa Rica ha experimentado una reducción sostenida desde el año 1990. Un logro que bien puede asociarse con las actividades preventivas llevadas a cabo en los últimos veinte años y quizás más tiempo.

Es importante resaltar que la prevalencia para ambos sexos en el año 2010 presenta una reducción significativa en los tres indicadores. (cuadro N° 16).

Cuadro N° 16. Prevalencia del consumo de alcohol por sexo según año. Costa Rica. 1995, 2001, 2006, 2010.

Tipo de Prevalencia	Sexo	1995	2001	2006	2010
Vida	Hombres	78	65.3	61.6	43.8
	Mujeres	47	43.2	40.4	32.1
	Total	62.2	54.3	51.2	38.1
Año	Hombres	52	50	44	28.5
	Mujeres	29	28.1	27.4	19.7
	Total	40.3	39	36	24.2

Mes	Hombres	38	37	32	24.8
	Mujeres	14.1	16.3	17	16.2
	Total	24.8	27	24.3	20.5

Fuente: Datos encuestas, IAFA

Al analizar la edad de inicio del consumo de alcohol, de acuerdo con los datos de las cuatro encuestas del IAFA, se observa un incremento en la proporción de los menores de 18 años a partir del 2001, cifra que se mantiene constante para el 2006. Lo anterior podría ser el resultado de los procesos de socialización, familias disfuncionales, relación de pares, además de una mayor permisividad.

Cuadro N° 17. Edad de inicio del consumo de alcohol, por año.

Costa Rica, 1990, 1995, 2001 y 2006

Edad de inicio	1990	1995	2001	2006
< 13 años	9,8	6,1	10,1	28,3
13 a 15 años	16,3	15,6	28,4	28,3
16 a 18 años	19,7	20,7	35,5	35
> 18 años	54,2	57,6	26	27,4

Fuente: Datos encuestas, IAFA

Algo importante a tomar en cuenta es que el consumo de licor puede ser la puerta de entrada para el consumo de otras drogas, y si se inicia a edades tempranas, la probabilidad de que esto ocurra se incrementa (cuadro N° 17).

A nivel nacional el alcoholismo se relaciona con otras patologías que dentro de las causas de muerte del sistema digestivo tienen los primeros lugares como la hepatopatía alcohólica y la hematemesis.

Así mismo el consumo de alcohol tiene importancia a nivel nacional con otro evento que se clasifica dentro de lo que son muertes violentas por accidentes de tránsito, en las que un gran porcentaje presentan presencia de alcohol como un factor causal sumado a imprudencia y alta velocidad.

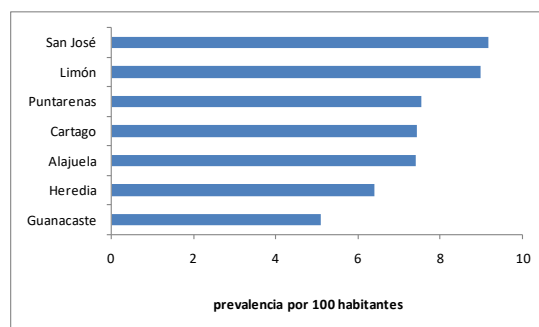
Entre otras patologías que pueden asociarse al consumo indiscriminado de bebidas etílicas están trastornos psiquiátricos, eventos cerebro vasculares y trastornos neurológicos.

Consumo de drogas ilícitas

De acuerdo con las encuestas realizadas por el IAFA, las principales drogas ilícitas que se consumen en el país en orden descendente son la marihuana, el crack, la cocaína y la heroína.

Como puede observarse las mayores prevalencias se encuentran en las provincias de San José y Limón, las cuales presentan los mayores indicadores de violencia y la provincia de Guanacaste presenta la menor prevalencia.

Gráfico N° 29. Prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en población de 12 a 70 años, según provincia. Costa Rica. 2006



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base datos Estudio 2006. IAFA

Su distribución por grupos de edad y sexo muestra que el grupo de 20 a 49 es el que presenta la mayor prevalencia, perfil que se mantiene en los varones, sin embargo, en las mujeres el grupo de 12 a 19 es el de prevalencia más alta, superando a los varones.

Para la población de 12 a 70 años, el sexo masculino presenta una prevalencia 2,75 veces más alta que en el sexo femenino (Cuadro N° 18).

Cuadro N° 18. Prevalencia de vida de consumo de drogas ilegales en población de 12 a 70 años, por grupo de edad, según sexo. Costa Rica. 2006

Grupo edad en años	Femenino	Masculino
12 a 19	8,28	6,73
20 a 49	3,76	15,22
50 a 70	0,94	5,29
Total	4,2	11,55

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base datos Estudio 2006. IAFA

La distribución por zona geográfica muestra que la prevalencia de vida en la zona urbana es 1,5 veces mayor que en la zona rural.

Para el 2006 estas son algunas de las estadísticas relacionadas al consumo de drogas ilegales:

- Edad promedio de inicio de consumo de marihuana en hombres: 17,6 años
- Edad promedio de inicio de consumo de marihuana en mujeres: 18 años
- Edad promedio de inicio de consumo de cocaína: 18,8 años
- Edad promedio de inicio de consumo de crack: 18,6 años

Como puede observarse la edad promedio de inicio en el consumo los ubica como jóvenes en edad de secundaria. Es más baja la edad de consumo de marihuana, que generalmente junto con el alcohol sirven de entrada para el consumo posterior de drogas más fuertes.

El tema de las drogas ilegales conlleva una preponderancia especial dado que tienen una gran carga de trastornos no sólo a nivel biológico, social y económico de las personas que las consumen, sino también de sus familias y comunidades, incrementándose en éstas los actos delictivos y violentos.

La legitimización de capitales, el trasiego y la venta ilegales hacen que las personas adictas busquen maneras de obtener la droga a cualquier precio y representa además una fuente económica para poblaciones que viven en zonas marginales del país, afectando de manera negativa la situación económica, por ingreso de capitales no viables de inversión real.

Tabaquismo:

La prevalencia de vida general de fumado en el 2006 fue de 31,5%. Este valor indica que la proporción de personas que ha fumado alguna vez se mantiene estable desde el 2001, año en el cual sí se observó una disminución significativa, en relación con el período anterior.

Los mayores logros, en términos de control y prevención parecieran observarse con mayor claridad en la reducción de los niveles de prevalencia de vida y de último año, a lo largo del período de una década. Aunque el consumo activo de los hombres es mayor que el de las mujeres, se presenta una reducción durante el período.

Con el consumo anual sucede algo semejante: se reduce en los hombres y aumenta en las mujeres, pero su nivel de prevalencia es bastante inferior (cuadro N° 15).

El consumo activo de los hombres es mayor que el de las mujeres.

Cuadro N° 15. Prevalencia del consumo de tabaco por sexo según año. Costa Rica.

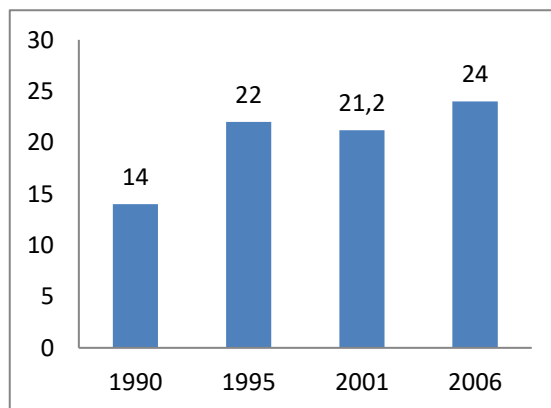
1995, 2001 y 2006

Tipo de prevalencia	Sexo	1995	2001	2006
Vida	Hombres	53,5	41,1	41
	Mujeres	17,1	18,8	21,5
	Total	35,5	30	31,4
Año	Hombres	29,6	25,5	23,2
	Mujeres	7,2	9,2	9,4
	Total	18,3	17,2	16,4
Mes	Hombres	28,5	23,1	21,3
	Mujeres	6,6	8,2	8,1
	Total	17,5	15,7	14,8

Fuente: Datos encuestas, IAFA

La incidencia del tabaquismo para el año 2006, fue de 24 por mil habitantes, lo cual equivale a decir que durante el año anterior a la realización de la encuesta 24 personas de cada mil se iniciaron en el consumo. En las últimas tres encuestas no se evidencia un cambio significativo en la incidencia, lo cual debe suscitar una reflexión, respecto al no impacto de las estrategias para disminuir el fumado en nuestra población.

Gráfico 27. Incidencia por mil habitantes del consumo de tabaco por año de estudio. Costa Rica 1990, 1995, 2001 y 2006



Fuente: Datos encuesta, IAFA

La edad promedio de inicio en los hombres que han fumado fue de 15.84 años, la cual es significativamente inferior ($p < 0,001$), que la de las mujeres (17,07 años). Esto puede tener relación con la presión de pares y el contacto con grupos de riesgo, más frecuentemente en el sexo masculino.

El fumado tiene relación directa con la incidencia de enfermedades del tracto respiratorio como EPOC en adultos y asma en niños, en estos últimos más que todo cuándo se da el fumado pasivo, neumonía, accidentes cerebro vasculares (AVC). Además del efecto multiplicador que tiene en la aparición de tumores malignos principalmente a nivel pulmonar, así como en esófago, labio, gástrico y en boca.

En el año 2015 se realiza en el país una investigación coordinada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina y el Ministerio de Salud, con la participación de la Caja Costarricense de Seguro Social, con el objetivo de evaluar la carga de enfermedad asociada al consumo de tabaco en Costa Rica y estimar el impacto sanitario y económico de aumentos de precio en los cigarrillos a través de impuestos.

Se concluye que el tabaquismo genera un costo directo anual de 129 mil millones de colones, lo que equivale al 0,47% de todo el Producto Interno Bruto (PBI) del país y al 4,8% anual de todo el gasto público en salud anual. La recaudación impositiva por la venta de cigarrillos es de alrededor de 33,7 mil millones anuales; un valor que no llega a cubrir ni el **30%** del gasto anual que le representa a la Seguridad Social atender las enfermedades resultantes del consumo de cigarrillos, como se resume a continuación. Las personas que anualmente enferman por motivos atribuibles al tabaquismo son: 6495 por enfermedades cardíacas, 6212 por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 754 por neumonías, 500 sufren un Accidente Vascular Cerebral (AVC), 756 son diagnosticadas por cáncer, entre ellos de pulmón. El 9.3% de todas las muertes que se producen en el país pueden ser atribuidas al tabaquismo, ocasionando 5 muertes por día y 1747 muertes por año que podrían evitarse. Los años de vida perdidos como consecuencia de fumar son en promedio 6 años de vida en fumadores y en exfumadores cerca de 3 años de vida.

La investigación plantea que si se aumentara en un 10% el impuesto al precio del cigarrillo podría llegar a evitarse 340 muertes, 1.369 enfermedades cardíacas, 145 nuevos cánceres en un año y eliminar 157 accidentes cardiovasculares en diez años, además de generar recursos por 55.729 millones de colones, cifra derivada del ahorro en gastos sanitarios y del aumento en la recaudación impositiva.

De esta forma, el estudio permite concluir que el aumento en impuestos al tabaco es una de las medidas más efectivas para combatir su consumo, reducir la discapacidad y evitar muertes. (Comunicado de Prensa, Despacho Ministerial CR y Documento Técnico Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos).

Ley 9028:

El 26 de marzo del año 2012, se publica la Ley 9028, Ley de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud, Esta ley regula las medidas que el Estado implementará para instrumentar el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ley N.º 8655, de 17 de julio de 2008, con el objeto de controlar el consumo de tabaco y reducir su prevalencia, así como la exposición al humo de este. Tiene como finalidad:

-Reducir en la población el consumo de productos elaborados con tabaco.

- Reducir al mínimo la exposición de las personas del efecto nocivo del humo del tabaco y productos derivados.
- Reducir el daño sanitario, social y ambiental que produce el tabaquismo.
- Prevenir que los niños y adolescentes inicien el consumo de esta sustancia.
- Fomentar la promoción y educación para la salud.
- Difundir en la población y futuras generaciones el riesgo de consumir o exponerse al humo de esta sustancia.
- Se buscará combatir el comercio ilegal de productos de tabaco.

Como parte del trabajo operativo el Área Rectora realiza visitas de inspección a los establecimientos del cantón con la finalidad de verificar cumplimiento de la Ley 9028, colocación de rotulación, publicidad y atención de denuncia; se procede a emitir las respectivas órdenes sanitarias, en los casos aplicables. Además, se participó de un operativo interinstitucional (OIJ, Fuerza Pública, MINAET, Tránsito y Ministerio de Salud), denominado "Madre Tierra", en el cual se realizaron acciones de verificación relacionadas con el trasiego y comercialización ilegal de productos de tabaco y se sigue realizando divulgación de la normativa en Eventos como Ferias de Rodeo y Asociaciones de Desarrollo.

Problemas de Adicción en el Cantón

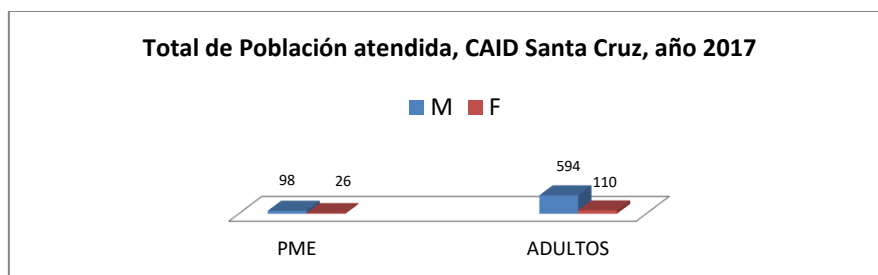
Esta información se toma del ASIS de la CCSS del año 2017. La CCSS, toma como base la información brindada por las oficinas de IAFA en Santa Cruz, del Informe cualitativo de análisis de resultados del año 2017.

Santa Cruz cuenta con el Centro de Atención Integral en Drogas (CAID), es un centro donde se brinda atención a usuarios con problemas de consumo de alcohol y drogas, procedente de los cantones de toda la provincia de Guanacaste y el cantón de Upala de Alajuela.

Él CAID ofrece atención a través de un equipo interdisciplinario integrado por trabajo social, psicología y medicina, determinada por las necesidades específicas de cada usuario.

Se atendieron un total de 828 usuarios, de ellos 508 (61%), ingresaron por primera vez a la atención en el año 2017 y 320 (39%), corresponde a las personas que habían sido atendidos en años previos y se consideran pacientes nuevos de año.

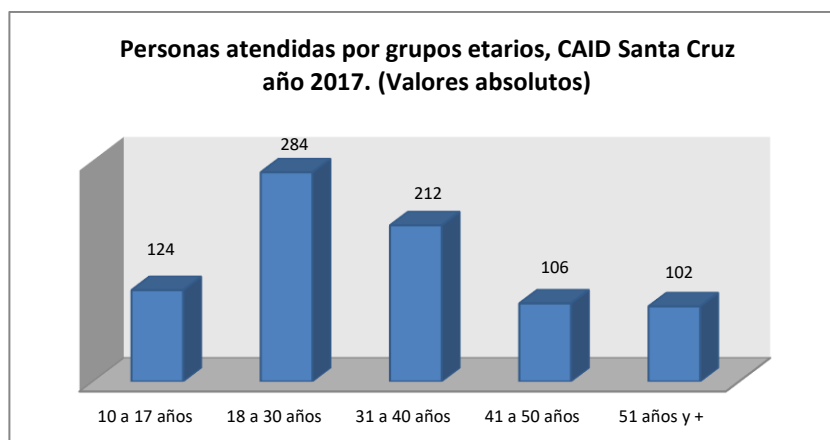
En la población atendida se discrimina entre personas menores de edad (PME) y personas adultas. En el siguiente gráfico se observa que los hombres son los que demandan más atención en los dos grupos. Sin embargo, es importante señalar que las mujeres del grupo de PME representan un 21% y las mujeres adultas un 16%, de manera que las mujeres PME superan en un 5% a la población femenina adulta. Lo anterior hace pensar que, en cuanto al inicio del consumo, las mujeres pueden estar iniciando a edades más tempranas y con mayor probabilidad de continuar el consumo en edades entre los 18 y 40 años.



Fuente: ASIS CCSS, 2017.

El mayor número de personas atendidas son personas jóvenes entre las edades de 18 a 30 años, seguido del grupo entre 31 a 40 años y disminuye en un 50% en los grupos etarios siguientes.

Estos datos permiten también visualizar a las personas entre 18 y 40 años como un grupo al cual hay que dirigir investigaciones para identificar cuáles son los factores de riesgo y de protección que están presentando a fin de que a nivel institucional se diseñen acciones de promoción y prevención al consumo de drogas, dirigidas a esta población.

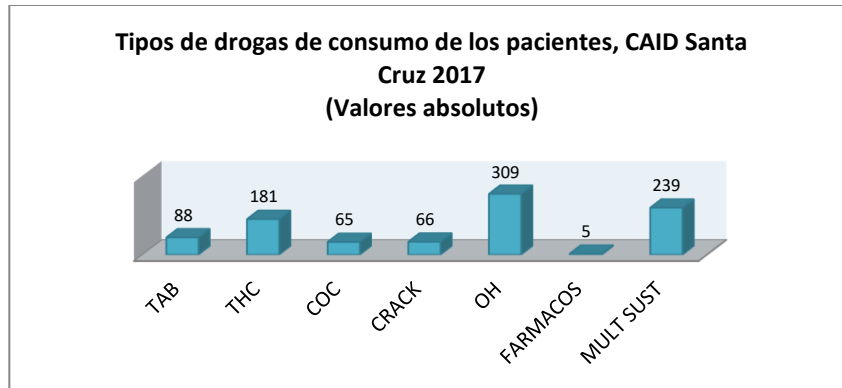


Fuente: ASIS CCSS, 2017.

En el siguiente gráfico se observa que el consumo de alcohol es la droga de mayor consumo entre los pacientes atendidos, en segundo lugar, se ubica el consumo de múltiples sustancias, con un número significativo de personas que consumen más de tres drogas, situación que es preocupante considerando la afectación en el área física que pueda generar en las personas, así como la mayor probabilidad de afectación de otras áreas de la vida.

Es importante mencionar que en las personas menores de edad predomina el consumo de la marihuana asociada en algunos casos con el alcohol.

En cuanto al tabaco, las personas que consumen esta sustancia son un mínimo de 88, ya que hay otras que también consumen y están incluidas en los consumidores de múltiples sustancias. Dinámica que ocurre con casi todos los pacientes, ya que son muy pocos los que consumen sólo un tipo de droga. (ASIS CCSS Año 2017)



Fuente: ASIS CCSS, 2017.

DETERMINANTES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA A LAS PERSONAS

Cobertura programas preventivos y de tamizaje

Vacunación:

La primera descripción documentada sobre vacunación en humanos se realizó en China a finales del siglo XII. Sin embargo, el primer trabajo científico que planteó controlar una enfermedad contagiosa, como es la viruela, fue en 1796 cuando Edward Jenner protegió de viruela al niño James Phipps mediante la inoculación con linfa de lesiones de una mujer infectada con viruela bovina, “Cow Pox”, enfermedad producida por el virus vaccinia, un agente infeccioso similar al de la viruela. Jenner denominó a este procedimiento vacunación del latín vacca, y documentó sus observaciones sobre vacunación para la comunidad médica en el libro variolae vaccinea en 1798³.

En Costa Rica, desde los años 50 en que se introdujeron las primeras vacunas, se ha visto a éstas como una inversión en la salud de la población en general y, de los niños en particular. Al vacunar a este grupo, hacemos prevención e impactamos en la morbilidad y mortalidad de los eventos inmunoprevenibles. Está demostrado que dicha inversión en vacunas redundará en un ahorro importante en gastos sanitarios y sociales, por lo que la vacunación constituye una de las mejores inversiones en el desarrollo sanitario de los países.

En nuestro país el esquema oficial incluye las siguientes vacunas: BCG, Polio IPV, Difteria-tétano-tosferina, difteria-tétano, sarampión-rubeola-paperas, hepatitis B, haemophilus influenza tipo B, neumocócica, influenza estacional, varicela y hepatitis B en el adulto. Además, desde el 30 de abril del 2007, se implementó la estrategia capullo, que consistió en iniciar la aplicación de tosferina acelular en el posparto inmediato a la madre, el padre, o en caso de ausencia de éste, el familiar más cercano que colabora en el cuidado del recién nacido (efecto rebaño). Lo anterior con el fin de disminuir la transmisión de la Bordetella pertussis al recién nacido y así disminuir la morbilidad y mortalidad en este grupo altamente vulnerable.

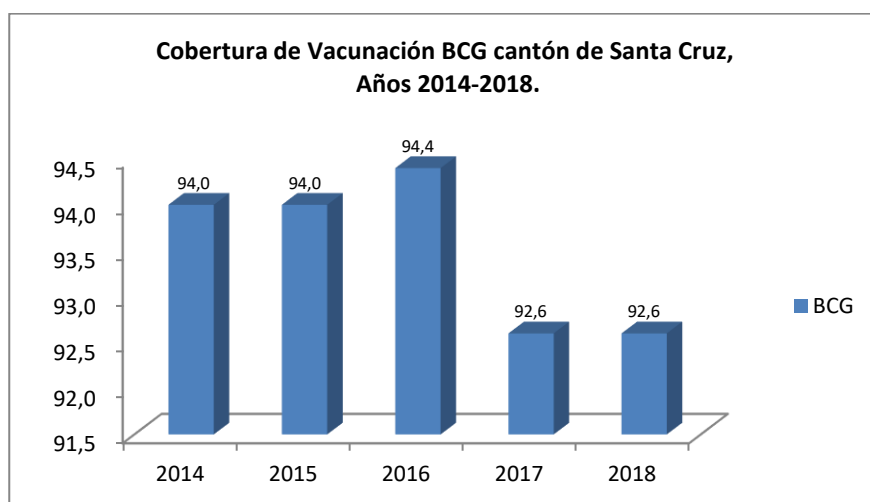
³ Santos, J.I. El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol. 45 No.3

Dentro de los Indicadores del Sistema de Vigilancia de la Salud, se definieron los siguientes que es una relacionados con cobertura de vacunas:

Cobertura estimada de vacunación con BCG en menores de 1 año

La vacuna BCG es una vacuna segura y eficaz, se usa para prevenir la tuberculosis miliar y meníngea. Es una vacuna que se aplica al nacimiento, lo que no justifica las coberturas observadas en el gráfico siguiente, sobre todo considerando población relativamente cautiva, lo que debería contribuir a que todos los recién nacidos salgan vacunados del hospital con la excepción de niños con bajo peso y alguna patología especial.

Durante el quinquenio 2014-2018, no se alcanza la cobertura establecida por el PAI (95%). Se considera como causa principal el subregistro debido a la falta de notificación de los establecimientos de salud.



Fuente: VIG-ARSSC.

Cobertura estimada de vacunación en menores de 1 año por tipo de vacuna

Las terceras dosis son las que se usan para evaluar la cobertura de las vacunas DPT, VIP, VHB y Hib en menores de 1 año. Se espera que las mismas no sean menores del 95% para que la población tenga la protección adecuada.

Como se observa en la siguiente tabla, durante los años 2014-2018, las coberturas locales alcanzan el indicador establecido según normas (95%), puede decirse hasta el año 2017. Sin embargo, en el año 2018, se observa una disminución en casi todas las vacunas, excepto en la neumocócica, debido principalmente a faltante de biológicos por desabastecimiento del Almacén General de la CCSS. De acuerdo con lo normado por OPS, se considera una cobertura regular (80 a 94).

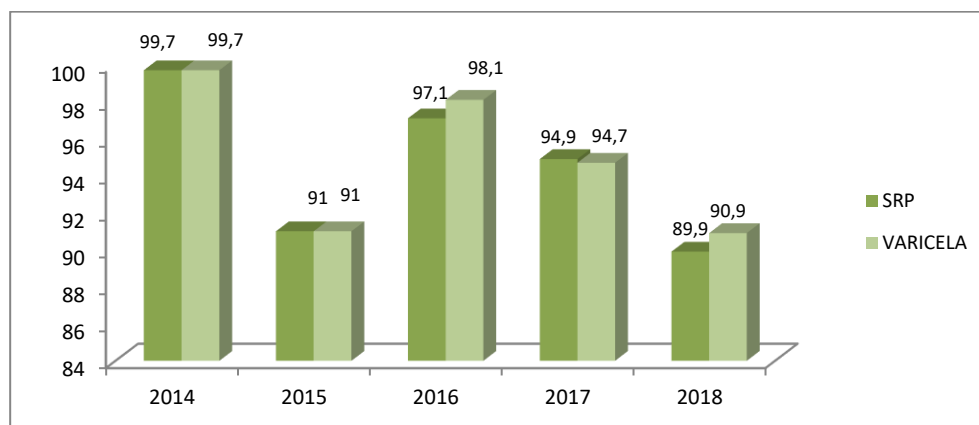
COBERTURAS DE VACUNACION ESQUEMA BASICO SANTA CRUZ AÑOS 2014-2018					
TIPO DE VACUNA	2014	2015	2016	2017	2018
DPT	96.4	95	100.6	94.8	93.3
POLIO	96.4	95	100.6	94.8	93.3
HIB	96.4	95	100.6	94.8	93.3
VHB	96.2	99	99	94.8	94.2
NEUM 2	97.1	98	98.7	95.2	96.3

Fuente: VIG-ARSSC.

Cobertura estimada de vacunación contra SRP y varicela en niños de 1 año.

En el mismo periodo, solamente en los años 2014 y 2016 se alcanzan coberturas mayores al 95% para ambas vacunas. Sin embargo, para el quinquenio 2014-2018, se logra una cobertura global para SRP de 95% y de 94.7% para varicela, tal y como se observa en la tabla.

COBERTURA DE VACUNACION CONTRA SRP Y VARICELA SANTA CRUZ, AÑOS 2014-2018



Fuente: VIG-ARSSC.

COBERTURAS DE VACUNACION ESQUEMA BASICO SRP Y VARICELA CANTON DE SANTA CRUZ AÑOS 2014-2018					
AÑOS	SRP			VARICELA	
	A VACU- NAR	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%
2014	912	910	99.7	910	99.7
2015	966	883	91.4	875	91.0
2016	977	949	97.1	959	98.1
2017	925	878	94.9	876	94.7
2018	961	864	89.9	874	90.9
TOTAL	4741	4484	94.5	4494	94.7

Fuente: VIG-ARSSC.

Se insta a todas las Unidades continuar en la búsqueda de usuarios con los factores de riesgo y población meta definidos por edad, con el objetivo tanto de lograr mejores coberturas de vacunación como de incidir en la incidencia de complicaciones respiratorias asociadas a la estacionalidad de la circulación de las variantes de los virus de Influenza para los que protege la vacuna que se está aplicando en este momento.

Es de suma importancia que el AS-SC analice estrategias de divulgación y promoción de la vacunación, para lograr concientizar a los padres de familia y población en general de la importancia de las inmunizaciones y su impacto histórico en el control de muchas enfermedades transmisibles que sean controlado gracias a la vacunación.

Tamizaje neonatal

El programa de tamizaje neonatal se implementó en Costa Rica en 1990 y los reportes institucionales reportan que el país tiene la cobertura más alta del mundo, alcanzando un 97.43% a nivel nacional. El éxito del programa en Costa Rica es el resultado de una efectiva consulta de captación y seguimiento postnatal. La Prueba de Talón se realiza a partir del cuarto o quinto día de nacido, detecta 24 diferentes patologías, como fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, galactosemia, hemoglobinas anormales, hiperplasia suprarrenal congénita, entre otras. La detección temprana de estas patologías es muy importante, ya que, si no se inicia el tratamiento en el recién nacido, pueden provocar secuelas irreversibles.

Según reporte del laboratorio clínico del Área de Salud, durante los años 2014-2018 el cantón registra una cobertura superior a 80%, correspondiendo la más alta al año 2016 según se observa en la siguiente tabla.

TAMIZAJE NEONATAL, SANTA CRUZ AÑOS 2014-2018			
AÑOS	NACI- MIENTOS	NIÑOS TAMI- ZADOS	COBER- TURA
2014	969	840	86.7
2015	986	836	84.8
2016	935	897	95.9
2017	971	883	90.9
2018	946	789	83.4

Fuente: Laboratorio Clínico Área de Salud

INVERSIONES EN SALUD E INFRAESTRUCTURA

Capacidad instalada:

Los establecimientos de Salud que operan en el Cantón son públicos y privados, se cuenta con 42 Consultorios Médicos privados, 31 Clínicas Dentales privadas y 6 públicas, 15 Farmacias privadas y 5 públicas, 5 laboratorios clínicos privados y uno público, 5 Ópticas privadas, 4

Centros que brindan Atención en Terapia Física privadas, 2 Centros de Atención al Adulto Mayor, uno Diurno y otro de larga estancia.

Las clínicas dentales públicas se ubican en los EBAIS de Ortega, Santa Bárbara, Cartagena, 27 de Abril y dos en los EBAIS Centrales.

Los EBAIS que cuentan con farmacias públicas son Santa Bárbara, Cartagena, 27 de Abril, Villarreal y los EBAIS Centrales.

Los laboratorios clínicos privados se ubican en las localidades de Pinilla (#1), Brasilito (#1) y Huacas (#2) y en los EBAIS Centrales, se cuenta con uno público y uno privado.

En cuanto a la distribución geográfica para la organización de los *servicios públicos* que brindan atención en salud, se ha definido en el cantón 12 sectores, distribuidos en 13 EBAIS, cuatro centrales y ocho en un perímetro de hasta 65 Km. Los sectores centrales son: Tulitas, Corobicí, Buenos Aires y Santa Cecilia; los periféricos son: Ortega, Santa Bárbara, Lagunilla, 27 de Abril, Cuajiniquil, Cabo Velas, Cartagena I y II y Villarreal. Cada sector está conformado aproximadamente de 2 a 8 mil habitantes y en ellos labora un equipo Básico de atención Integral de Salud (EBAIS).

Como algunas comunidades de los sectores se encuentran a varios kilómetros de distancia, algunos EBAIS se desplazan a estas comunidades con el fin de mejorar la accesibilidad del usuario al servicio de salud y son los siguientes:

Puestos de Visita Periódica por EBAIS Área de Salud, 2017	
Sede de EBAIS	Puesto de Visita
Cartagena	Portegolpe-Tempate
Cabo Velas	Matapalo-Brasilito
Cuajiniquil	27 de Abril-Ostional-San Juanillo-Marbella
Lagunilla	Hatillo-San José de la Montaña
Tulitas	Vistalmar-Hogar de Ancianos

Fuente: ASIS Área de Salud, 2017

A nivel de Área de Salud se cuenta con un equipo de Apoyo integrado por un Director Médico, Administración, Farmacia, Microbiología, Odontología, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Enfermería, Rayos X, Emergencias, Recursos Humanos, Registros Médicos, Presupuesto y Proveduría.

Se dispone de especialidades médicas: pediatría, ginecología, medicina familiar y clínica del dolor.

El área cuenta con un servicio de urgencias las 24 horas, brindando los servicios de atención médica, farmacia (15 horas) y laboratorio (12 horas), se amplía el horario según las necesidades.

Se dispone en el cantón de 14 ambulancias de soporte básico, 3 de soporte intermedio y 4 ambulancias de soporte avanzado de establecimientos privados.

El estado general de infraestructura del Área de Salud y el EBAIS de Villarreal y Lagunilla, se considera como malo y para el EBAIS de Ortega como regular. En relación con equipamiento, todos se encuentran equipados, de manera que cuentan con recursos materiales y de equipo básico para brindar la atención.

Infraestructura existente para la prestación de los servicios de Salud. 2022

Lugar	Área de Construcción	Estado de la Infraestructura	Equipamiento
Área de Salud	18.141,924 m2	Bueno	Adecuado
EBAIS Villarreal	100 m2	Malo	Bueno
EBAIS Lagunilla	160 m2	Malo	Bueno
EBAIS Cartagena	500 m2	Bueno	Bueno
EBAIS Cabo Velas	160 m2	Bueno	Bueno
EBAIS Santa Bárbara	600 m2	Bueno	Bueno
EBAIS 27 de Abril	600 m2	Bueno	Bueno
EBAIS Cuajiniquil	200 m2	Bueno	Bueno
EBAIS Ortega	200 m2	Regular	Bueno

Fuente: GASS, Area Rectora 2022

Los EBAIS del casco central funcionan en el Área de Salud y cuentan con la habitación de establecimientos de salud, ellos son: Corobicí, Santa Cecilia, Tulitas y Buenos Aires, Diría. De manera que estos EBAIS cumplen con los requisitos en relación con planta física, recurso humano, material y equipo para su funcionamiento, con un riesgo razonable para el servicio que se brinda al usuario.

Con el resto de los EBAIS, la CCSS está tramitando la inscripción de los establecimientos, para obtener el uso de suelo y poder tramitar la habilitación de los EBAIS que faltan.

**Número de profesionales de la salud del sector público,
según institución donde labora. Santa Cruz, 2017.**

Tipo de Profesional	Área Rec-tora			Total
	CCSS		IAFA	
Enfermeras	4	3		7
Farmacéuticos	9			9
Microbiólogos	2			2
Odontólogos	6			6
Trabajadores So-ciales	2	3	2	7
Médicos	23	2	1	26
Gestión Ambiental		3		3
Psicólogos			1	1
Total	46	11	4	61

Fuente: Estadísticas de la CCSS, Área Rectora, IAFA.

La OPS, recomienda una densidad de de 2.5 profesionales por cada mil habitantes, considerando solamente médicos, enfermeras y parteras. (OPS, Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015). En el cantón para el año 2017, se tiene una razón de 0.91 profesionales en salud por cada 1000 habitantes, siendo inferior al nivel nacional si se considera que para el año 2008, el país contaba con una razón de 1,72 profesionales en salud por cada 1000 habitantes. Al igual que a nivel del país, los más numerosos son los médicos, sin embargo solo representa un 0,39 por cada mil habitantes (CR: 1,1 por cada 1000 habitantes), y la relación entre médicos y enfermeras es de 3.57, la OPS recomienda una relación de 1 a 1.

La razón de los otros profesionales de la salud es de 0,41 por cada mil habitantes, inferior al nivel nacional (0,57 por cada mil habitantes) en comparación con los médicos 0.39 (CR: 1,16) y enfermeras 0,11 (CR: 0,54).

De acuerdo con un estudio de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en el año 2016, la razón médica en Costa Rica es de 2.1 por mil habitantes, la cual se encuentra por debajo del promedio de la OCDE que se ubica en 3.3. Señala que las deficiencias del personal de enfermería son más preocupantes, ya que en promedio en la OCDE hay alrededor de 3 veces más enfermeros que médicos y el país reporta 1.5 enfermeros/as por cada médico y solo registra una razón de 3.1 por mil habitantes, comparado al 9.1 por mil habitantes del promedio de los países del OCDE. Advierte esta Organización que es probable que los largos tiempos de espera se deban, en parte, a los sustanciales faltantes en el número de médicos y enfermeros/as que laboran para la CCSS, si se tiene en cuenta que la contribución del personal de enfermería a la atención de la salud es sustancial, ya que ellos tienen un ámbito de práctica muy amplio comparado con otros sistemas de salud. Tales papeles de desarrollo avanzado en enfermería son poco usuales incluso en los sistemas de salud de la OCDE, y ofrecen

un ejemplo de buena práctica para la consideración de otros sistemas de salud. Estudio de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica, Evaluación y Recomendaciones, febrero 2017.

Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (EBAIS):

El Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (EBAIS) está conformado por un profesional en medicina, un(a) auxiliar de enfermería y un técnico en atención primaria. Esta estructura se definió cuando se implementó en el país el modelo readecuado de atención del primer nivel de atención en los años 90. Se ha integrado a este equipo, además, un auxiliar de registros médicos y un farmacéutico o técnico de farmacia. En este momento los EBAIS de Cabo Velas y Ortega no cuentan con farmacéutico, ni técnico de farmacia, por lo que las recetas son llevadas por un mensajero a la farmacia del EBAIS de Villarreal, en el caso de Cabo Velas y a la farmacia de Santa Bárbara en el caso del EBAIS de Ortega.

Estos equipos se encuentran insertos en Áreas de Salud, conformando una red de EBAIS que son apoyados por los denominados equipos de apoyo y que se encuentran integrados por profesionales en microbiología, farmacia, odontología, pediatría, enfermería, nutrición y psicología, entre otros.

El recurso humano en el primer nivel de atención dentro de nuestro modelo de atención es el que tiene un contacto más cercano con la comunidad, y dentro de éstos el Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud (ATAPS), es un funcionario crítico dentro del Equipo de Atención Integral.

Santa Cruz tiene una razón de 0.41 ATAPS por mil habitantes, en contraste el país tiene una razón de 0,25 ATAPS por mil habitantes en promedio, en el año 2008. En el Área existen 27 ATAPS, de ellos, uno se ubica exclusivamente en el puesto de vacunación central y otro está reubicado por problemas de salud en funciones administrativas.

El Área de salud cuenta con 13 EBAIS lo cual significa una cobertura promedio de 5026 personas, al año 2017. Si se compara esta razón con lo establecido en el modelo readecuado de atención, el cual plantea un equipo Básico de Atención Integral, del cual el ATAPS es miembro, por cada 4000 habitantes, en promedio, cifra que debe ser menor en las áreas rurales donde dependiendo de lo disperso de la población podía ser alrededor de 2500 habitantes; se deduce que se está cumpliendo con lo establecido, ya que en la práctica, aunque cada sector tiene poblaciones que van de 2000 a 8000 habitantes, cuentan con dos o tres ATAPS.

Servicios de salud de atención directa a las personas ambulatorios

Según datos de REDES de la CCSS, en el año 2017, se realizaron un total de 110806 atenciones de Consulta Externa en el cantón, de ellas 73547 corresponden a medicina general (66.4%), 30352 a odontología (27.4%) 6907 a especialidades médicas (6.2).

De las consultas médicas realizadas (80454), el 91% fueron de medicina general, y 9% de medicina especializada.

La mayor cantidad de atenciones es brindada por medicina general, debido al diseño y ejecución del modelo de atención.

La consulta externa por habitante es de 1.69, quiere decir que los habitantes han consultado 1,69 veces en promedio durante el año 2017.

La razón de atenciones de urgencias en el Área por habitante es de 1.48 (96943 consultas). Según se tiene referencia, de las atenciones brindadas en los servicios de urgencias, una gran cantidad de éstas se clasifican como no urgencias (55055). Esto se debe a que en la mayoría de EBAIS, las personas no encuentran cupo para ser atendidas, por incompatibilidad con los horarios de trabajo, porque el cupo que se ofrece por día es insuficiente para la población que se atiende y porque otros prefieren acudir al servicio de urgencias para no tener que hacer fila en los EBAIS y sacar una cita que probablemente no van a encontrar. Lo que causa plétora en el servicio de urgencias, afectando la calidad de la atención brindada, ya que estas atenciones quitan espacio para atender verdaderas emergencias.

Acciones de atención preventiva de salud

La cobertura de atención preventiva de salud por programas que la Caja Costarricense del Seguro Social brinda en el año 2017, alcanza un 100% en atención de HTA y DM, un 95% en los menores de un año, un 88.6% en la atención prenatal y cumplimiento alrededor del 70% en adulto mayor y en mujeres de 20 a menos de 35 años con citologías, las citologías en mujeres mayores de 35 años se encuentran por debajo del 65%.

Respecto a la cobertura del control prenatal, refiriéndose a los recién nacidos inscritos cuyas madres recibieron al menos 5 consultas médicas durante el embarazo, alcanza una cobertura del 88.6% (860/971*100).

COBERTURA POR PROGRAMAS I NIVEL, CCSS SANTA CRUZ AÑO 2017	
PROGRAMA	COBERTURA
MENORES DE UN AÑO	95 (Cobertura)
CITOLOGIAS DE 20 A MENOS 35 AÑOS	71.1
CITOLOGIAS MAYORES DE 35 AÑOS	64.5
ATENCION PRENATAL	88.6 (Cobertura)
ATENCION DIABETICOS	100
ATENCION HIPERTENSOS	100
ADULTO MAYOR	71.4

Fuente: C.C.S.S., Área de Salud

SEGURIDAD SOCIAL

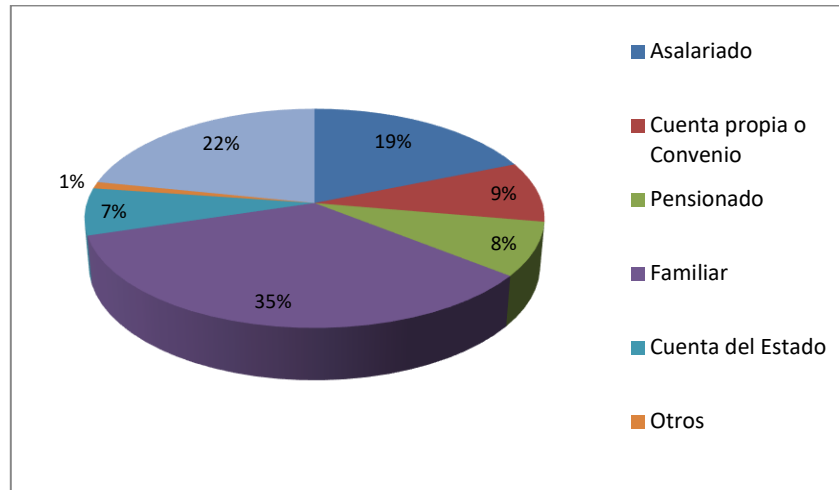
Porcentaje de población asegurada:

De acuerdo al censo de población del año 2000 el porcentaje de población asegurada es de un 76.4% (31204) y la no asegurada es de un 23.6%(9617).

Para el año 2011 la población asegurada fue de 42857 (78%) y la población no asegurada fue de un 22. % (12247).

En el siguiente gráfico se resume la condición de aseguramiento para el año 2011.

Tipo y Condición de Seguro Social, Santa Cruz Año 2011.



Fuente: INEC. Censo Nacional de Población y Vivienda año 2011.

Nutrición y Alimentación:

Comedores Escolares

Su origen se remonta a los inicios del presente siglo, cuando floreció una tradición de comunidades y familias que ayudaban a la escuela con algunos alimentos para ofrecer una nutrición mínima a sus niños durante las horas que permanecían en la escuela.

En el año 1974, se crea el Programa de Asignaciones Familiares con la “Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares”, el programa se fortalece económicamente. Uno de los objetivos de esta Ley es ofrecer el servicio de Comedor Escolar en la mayoría de las escuelas públicas del país, sobre todo en aquellas que atienden niños de bajos recursos. Se da énfasis al servicio de almuerzo en las comunidades de mayor deterioro socioeconómico, el cual se ofrece a los niños de las diferentes jornadas. El servicio se considera complementario a la alimentación que recibe en su hogar, por cuanto se ofrece a los estudiantes durante su estadía en el centro educativo.

En la siguiente tabla se resume el porcentaje de beneficiarios que cuentan con el servicio de comedores escolares, por distritos, correspondiente al año 2009. En el caso de Santa Cruz, la cobertura es buena al cubrir escuelas en todos los distritos del cantón:

SANTA CRUZ: COBERTURA SERVICIO DE COMEDOR ESCOLAR, SEGÚN DISTRITO (2009)

NIÑOS Y NIÑAS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO DE COMEDORES ESCOLARES, 2009		
Distrito	Frec	%
SANTA CRUZ	2,494	38.62
BOLSON	234	3.62
CARTAGENA	567	8.78
27 DE ABRIL	886	13.72
TEMPATE	671	10.39
CUAJINIQUIL	247	3.83
DIRIA	403	6.24
CABO VELAS	295	4.57
TAMARINDO	660	10.22
TOTAL	6,457	100.00

Fuente: División de Alimentación y Nutrición del Escolar y del Adolescente (DANEA)

(González, 2010)

Programa de Educación y Nutrición del Programa de CEN-CINAI

Al año 2017, el Cantón cuenta con 23 establecimientos públicos de atención a niños y niñas, donde se brinda el servicio de atención y protección infantil (API), están ubicados en las siguientes localidades: Santa Cruz, Arado, San Juan, Santa Bárbara, Ortega, El Cacao, Portegolpe, Cartagena, Las Delicias, Lagunilla, Villarreal, Matapalo, Santa Rosa, Paraíso, Tempate, El Llano, Bolsón, El Edén, Hatillo, San José de Pinilla, Huacas, Río Seco, 27 de Abril. Se cuenta también con dos establecimientos que brindan el servicio de comidas servidas (La Garita y Ostional), este último además de comidas servidas brinda servicio de distribución de leche. También un Centro Infantil de Nutrición y Atención Integral (CINAI), ubicado en el distrito primero. Todos estos establecimientos se encuentran bajo la dirección Nacional de CEN-CINAI.

Además, existen 23 Centros Infantiles de Atención Integral, de los cuales 8 funcionan de forma privada y 15 semiprivados, ya que cuentan con apoyo económico del IMAS y un Albergue para niños declarados en abandono, supervisado por el Patronato Nacional de la Infancia.

Del total de niños de 0 a 4 años del Cantón, el 13,7% están cubiertos por programas de atención a niños, de los cuales el 10,2% reciben atención integral (API: Atención y protección Infantil) y el 3,5% son beneficiarios de comidas servidas (CS). Sin tomar en cuenta los niños que pertenecen a Centros infantiles privados y semiprivados.

Datos de Desnutrición y Obesidad.

Desde el año 2012 se registran los casos de desnutrición como un evento de declaración obligatoria de acuerdo con el decreto de Vigilancia de la Salud y corresponden a las personas que se presentan a establecimientos públicos y privados en demanda de atención, así como a los niños cubiertos por el Programa de Nutrición.

Se resume en el siguiente cuadro el estado nutricional de los niños menores de 5 años cubiertos por el programa de nutrición, en el año 2016.

De acuerdo con el indicador peso/talla, un 94.2% de los menores de 5 años tienen un estado nutricional normal, 2,2% muestra desnutrición, 0,6% tienen una condición de desnutrición severa, un 1.5% se encuentra en sobrepeso y 1,4 en condición de obesidad.

Según sexo se observa que los niños presentan más problemas de obesidad y desnutrición severa.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN PESO/TALLA

OFICINA LOCAL DE NUTRICION, SANTA CRUZ 2016.

ESTADO NUTRICIONAL	N°		TOTAL	%
	NIÑAS	NIÑOS		
OBESIDAD/MUY ALTO	4	16	20	1,4
SOBREPESO/PESO ALTO	12	9	21	1,5
NORMAL	653	666	1319	94,2
BAJO PESO/ DESNUTRICION/BAJA TALLA	14	17	31	2,2
BAJO PESO SEVERO/DESNUTRICION/BTALLA SEVERO	2	7	9	0,6
TOTAL	685	715	1400	100

Fuente: Formulario Datos de Vigilancia: Salud, Crecimiento y Desarrollo Infantil

Al analizar el estado nutricional por grupos de edad y sexo en los menores de 5 años, se observa que de acuerdo con el indicador BP/BPS e independientemente del grupo de edad, las niñas son más afectadas que los niños. No ocurre lo mismo con el indicador de desnutrición/DS donde los niños resultan mayormente afectados.

NUMERO DE CLIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON BAJO PESO, BAJO PESO SEVERO, DESNUTRICION, DESNUTRICION SEVERA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. OFICINA LOCAL NUTRICION, SANTA CRUZ AÑO 2016

GRUPO DE EDAD	PESO /EDAD		PESO/TALLA	
	BAJO PESO/BAJO PESO SEVERO		DESNUTRICION/DESN SEVERA	
	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS
0 A 23 M	6	4	3	4
2 A 4 A 11 M	35	28	13	20
TOTAL	41	32	16	24

Fuente: Formulario Datos de Vigilancia: Salud, Crecimiento y Desarrollo Infantil

También en esta población y de acuerdo con el indicador PE/PA y P/T Obesidad/Sobrepeso, los niños son mayormente afectados en ambos indicadores.

**NUMERO DE CLIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON PESO ALTO, OBESIDAD Y SOBREPESO
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. OFICINA LOCAL NUTRICION SANTA CRUZ, AÑO 2016**

GRUPO DE EDAD	PESO /EDAD		PESO/TALLA	
	PESO ALTO		OBESIDAD/SOBREPESO	
	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS
0 A 23 M	1	4	7	6
2 A 4 A 11 M	4	17	9	19
TOTAL	5	21	16	25

Fuente: Formulario Datos de Vigilancia: Salud, Crecimiento y Desarrollo Infantil

Se evidencia que los problemas en el estado nutricional de los menores, ya sea por condición de desnutrición, sobrepeso u obesidad, se refleja principalmente en el grupo de niños de 2 a 4 años.

Si se comparan los indicadores SP/Peso Alto y Normal en los años 2011,2014,2016, se refleja un mejoramiento del estado nutricional normal que pasó de 79,0 a 92,9% en el año 2016. El sobrepeso aumenta en 1,5% en el año 2014, respecto al año 2011 y disminuye 0,6% en el año 2016.

Cabe mencionar que la condición de obesidad dejó de ser un evento de notificación obligatoria a partir del año 2012 y se retoma nuevamente con la actualización del Reglamento de Vigilancia de la Salud, en el año 2017.

**INDICADOR NUTRICIONAL DE LOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN SP/ PALTO Y NORMAL
OFICINA LOCAL NUTRICION SANTA CRUZ, AÑOS 2011-2016.**

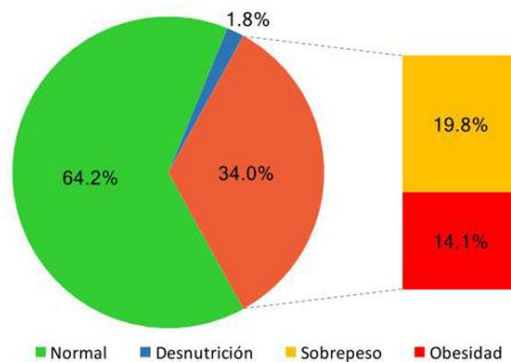
INDICADOR NUTRICIONAL	2011	2014	2016
	%	%	%
SP/P ALTO	1,0	2,5	1,9
NORMAL	79,0	82,7	92,9

Fuente: Formulario Datos de Vigilancia: Salud, Crecimiento y Desarrollo Infantil

Resultados del Censo Nacional Escolar de Peso-Talla Año 2016:

El Censo Escolar de Peso-Talla 2016 elaborado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y UNICEF, en el apartado de Estado nutricional según índice de masa corporal, en niños de 6 a 12 años, indica que, el 64.2% de los escolares se clasificaron con un estado nutricional normal, 1.8% estaban desnutridos y 34% tenían sobre peso y obesidad, siendo mayor la prevalencia de sobrepeso (19.8%), con respecto a la obesidad (14.1%), como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Estado nutricional de escolares de 6 a 12 años según IMC, Costa Rica, 2016

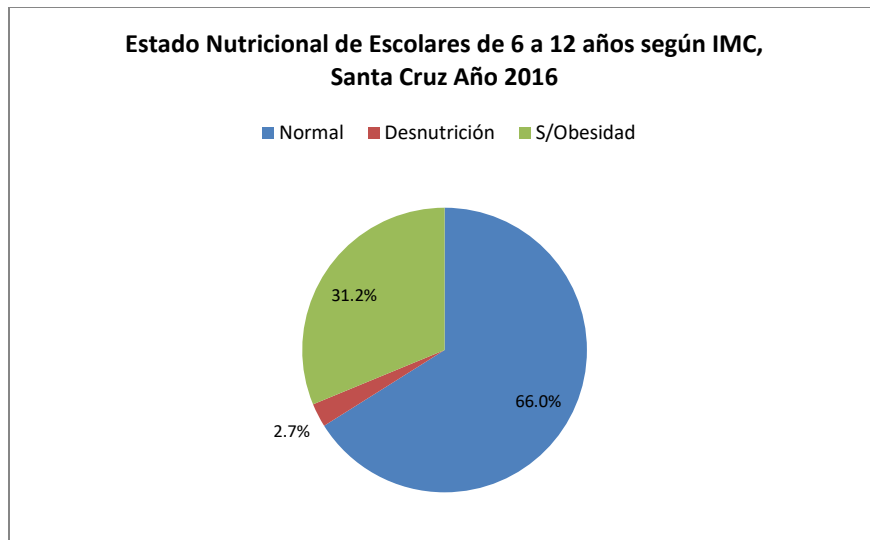


Fuente: Censo Peso-Talla escolares, Costa Rica, 2016

De acuerdo con el estudio, el país refleja una mejoría importante en las condiciones de nutrición, sin embargo, aún existen brechas cuando se analizan las poblaciones según desarrollo social, destaca el incremento progresivo en la prevalencia de sobrepeso y la obesidad que afecta a todos los estratos sociales. (Comunicado de Prensa Ministerio de Salud, 22 de febrero 2018).

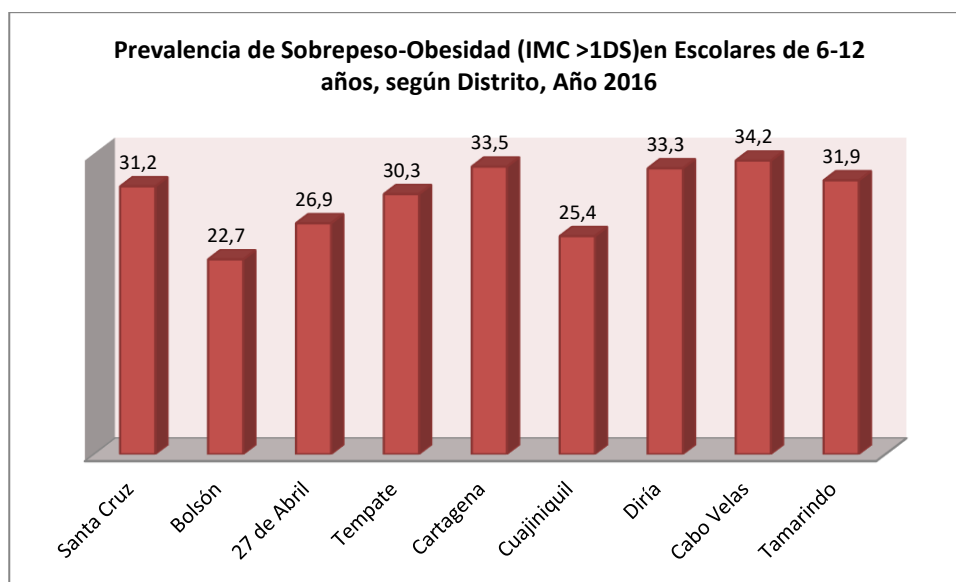
El siguiente gráfico indica que según los resultados del censo a nivel cantonal, en el cantón de Santa Cruz el 66.0% de los escolares se clasificaron con un estado nutricional normal, 2.7% estaban desnutridos y 31.2% tenían sobre peso y obesidad, siendo mayor la prevalencia de sobrepeso (17.3%), con respecto a la obesidad (13.9%).

El cantón refleja un mejor estado nutricional normal, una menor prevalencia de S/Obesidad y mayor prevalencia de desnutrición, en relación con los indicadores nacionales.



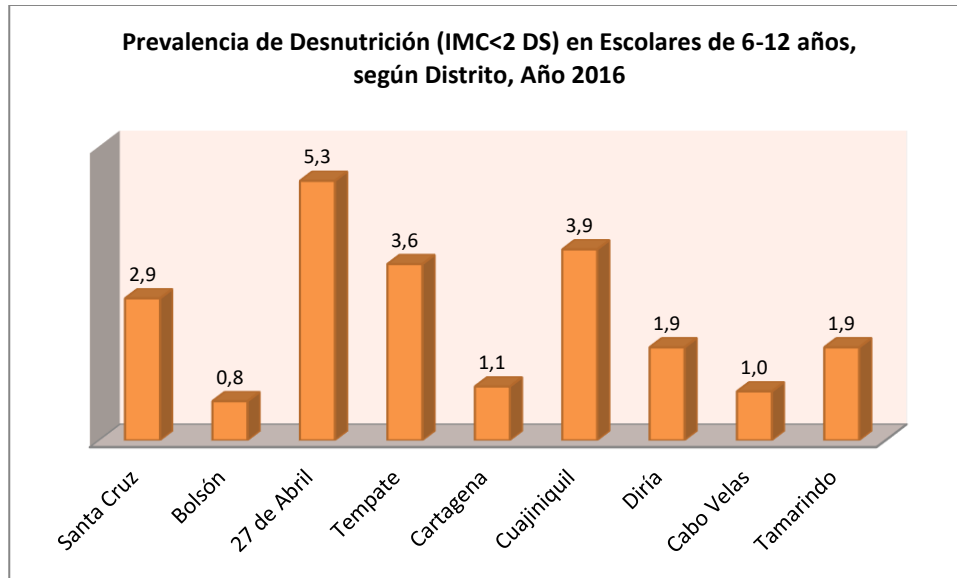
Fuente: Censo Peso-Talla Escolares, Costa Rica, 2016

Con respecto al indicador de Sobrepeso-Obesidad por distritos, los distritos de Cabo Velas, Cartagena, Diría y Tamarindo, registran las mayores prevalencias del cantón, mientras que Bolsón, Cuajiniquil y 27 de Abril presentan los valores de prevalencia más bajos.



Fuente: Censo Peso-Talla Escolares, Costa Rica, 2016

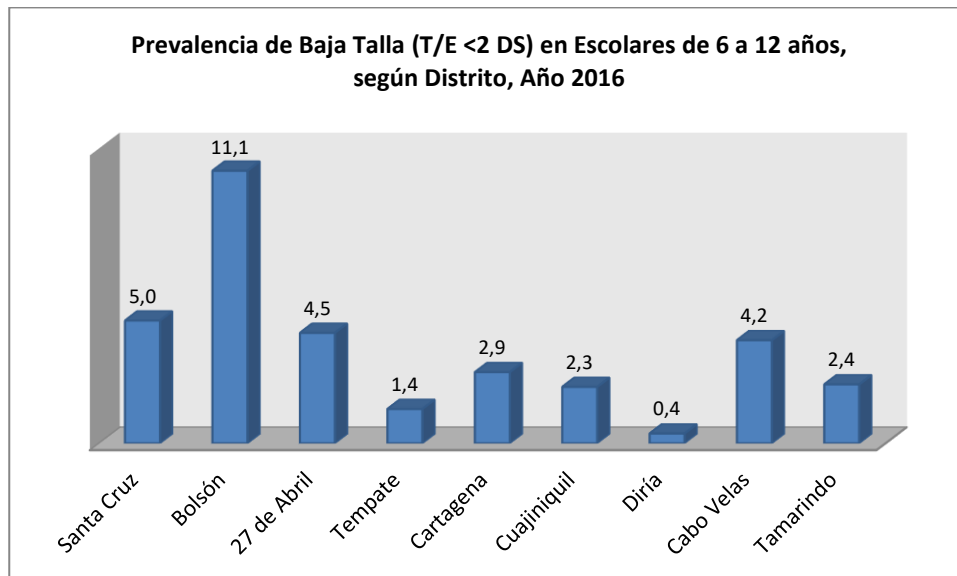
La prevalencia de Desnutrición según distritos muestra a los distritos de 27 de Abril, Cuajiniquil y Tempate con cifras superiores de desnutrición, mientras que Bolsón, Cabo Velas y Cartagena presentan las prevalencias más bajas.



Fuente: Censo Peso-Talla Escolares, Costa Rica, 2016

La prevalencia de Baja Talla según distritos, indica que los distritos de Bolsón, Santa Cruz, 27 de Abril y Cabo Velas presentan las cifras más altas de baja talla.

Cabe mencionar que el distrito de Bolsón a pesar de tener una prevalencia alta de Baja Talla, presenta una prevalencia baja de desnutrición, aunque se utilizan gráficas diferentes para su cálculo.



Fuente: Censo Peso-Talla Escolares, Costa Rica, 2016

El análisis de estado nutricional según índice de desarrollo cantonal social distrital (2013), muestra a los distritos de Cabo Velas, Cartagena, Diría y Tamarindo con las prevalencias más altas de sobrepeso-obesidad, correspondiéndose en algunos de los distritos que muestran un mejor desarrollo social.

En cuanto al indicador de desnutrición los distritos de 27 de Abril, Cuajiniquil y Tempate presentan las prevalencias más altas, siendo los distritos que ostentan los más bajos índices de desarrollo social.

Con relación a la baja talla los distritos de 27 de Abril, Cabo Velas y Santa Cruz presentan las prevalencias más altas, teniendo los dos primeros distritos un bajo IDS.

Estado Nutricional en Escolares de 6 a 12 años, según IDS por Distritos, Año 2016				
Distrito	IDS	DN	SP/OB	B/T
Santa Cruz (Cantón)	61.2			
Santa Cruz	67.1	0.7	15.6	4.1
Bolsón	64.2	0.8	22.7	3.9
27 de Abril	55.6	5.3	26.9	4.5
Tempate	58.0	3.6	30.3	1.5
Cartagena	75.3	1.1	33.5	3.0
Cuajiniquil	47.8	3.8	25.4	2.3
Diría	66.5	1.9	33.5	0.4
Cabo Velas	58.4	0.9	34.3	4.2
Tamarindo	58.2	1.9	31.6	2.4

Fuente: Censo Peso-Talla Escolares, Costa Rica, 2016

Recursos presupuestarios asignados:

El costo total de los recursos asignados al Área Rectora asciende a ¢477,143.603.38 y está compuesto de la siguiente manera:

Región Chorotega
Área Rectora de Salud Santa Cruz
Recursos Asignados en el año 2016
En colones corrientes

Costo anual estimado

Item	costo
Recurso Humano	329,685,312.00
Tiempo extra	1,920,000.00
Combustible	4,111,693.00
Viáticos	6,002,690.00
Cuadro básico	2,740,046.00

Mobiliario y equipo	108,394,122.38
Mantenimiento de equipo de transporte	498,000.00
infraestructura	Desconocido
Fondo reembolsable	1,000,000.00
Servicios Públicos	7,791,740.00
Seguridad y limpieza	15,000,000.00
Total	477,143,603.38

Fuente: DARS Santa Cruz

Población con discapacidad:

Según los datos de estimación del Consejo Nacional de Educación y Enseñanza Especial (CNREE) de la población con discapacidad para el año 2010, con base en el Censo Nacional del año 2000, la población que presenta algún tipo de discapacidad en el cantón es de 4649 habitantes, siendo uno de los cantones con un alto número de personas con limitaciones, donde la ceguera es la principal causa de discapacidad en la zona.

POBLACION CON DISCAPACIDAD, SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD ESTIMADA PARA EL AÑO 2010							
TIPO DISCAPACIDAD	CEGUERA PARCIAL	SORDERA PARCIAL	RETARDO MENTAL	PARALISIS O AMPUTACIONES	TRASTORNOS MENTALES	OTROS	TOTAL
	O TOTAL	O TOTAL					
CANTON	1465	546	440	530	270	1.397	4649
REGIONAL	7517	2.833	2408	3074	1306	7256	24393

Fuente: (INEC, Censo 2000. Estimación de la población con discapacidad estimada por el CNREE para el año 2010)

Para ese mismo año (2010) la región Chorotega alcanza un 8.7%, sin embargo, el Cantón de Santa Cruz alcanza un 10.6% y como ya se mencionó figura entre los cantones del país y de la Región Chorotega que presenta una alta prevalencia, en donde los distritos de 27 de Abril, Diría y Cuajiniquil registran la mayor prevalencia del cantón, tal como se observa en la siguiente tabla.

Costa Rica. Distritos y sus respectivos cantones con mayor prevalencia de población con discapacidad. Junio 2010.

Cantón	Distrito	Población con discapacidad	Total de la población del distrito	% de personas con discapacidad dentro del distrito
Tilarán	Líbano	171	1140	15.0
	San Luis	91	611	14.9
Turrubares	San Pedro	73	662	11.0
	San Pablo	170	1580	10.7
El Guarco	Patio de Agua	106	738	14.4
Santa Cruz	Veintisiete de Abril	754	6533	11.5

	Cuajiniquil	213	2051	10.4
	Diria	464	4265	10.9
Turrialba	Peralta	84	756	11.0
Cañas	San Miguel	220	2015	10.9
Aserrí	Monterrey	58	558	10.5
Puriscal	San Rafael	204	2020	10.1
Bagaces	Rio Naranjo	127	1322	10.0
Puntarenas	Lepanto	1168	11836	10.0
Esparza	San Jerónimo	98	1025	10.0
Osa	Piedras Blancas	451	4701	10.0

INEC. Censo 2000. Estimación de la población con discapacidad estimada por el CNREE para el 2010.

Según organismos internacionales como la OMS, estima que el 15 % de la población a nivel mundial presenta alguna discapacidad. Para nuestro país el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2011, estima un porcentaje de 10.5%, alcanzando el cantón un 12.3%.

Es necesario mencionar que, dada la carencia de información existente en esta materia a nivel de nuestro país, el CNREE, durante el año 2005, decidió realizar un Diagnóstico de necesidades de las Personas con Discapacidad en Costa Rica, con el apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). Dicho estudio pretende ofrecer una visión global del estado actual de la población con discapacidad en diversas áreas programáticas. A partir de él, se puede hacer una valoración de los ámbitos en los cuales urge reforzar la definición de políticas y de acciones concretas a favor de esta población.

Cabe destacar que si bien la información aportada en dicho estudio no puede en términos estadísticos ser proyectada a nivel regional, las realidades a las que cotidianamente se enfrenta la población con discapacidad de nuestro país, en ámbitos como educación, información y comunicación, accesibilidad al espacio físico, vivienda, salud y trabajo, tienen grandes similitudes por lo que las conclusiones que ahí se derivan son en su mayoría congruentes con la situación regional, en la cual podrían más bien intensificarse las limitaciones encontradas respecto a otras Regiones más cercanas a la capital.

Entre las conclusiones más significativas de dicho estudio se señalan las siguientes:

- En el ámbito de la **salud** los servicios (particularmente la rehabilitación física) tanto de la CCSS como del INS, se concentran en la Región Central. En Guanacaste se tiene acceso al servicio de fisioterapia y terapia física en los hospitales de Liberia (2 fisiatras y 4 fisioterapeutas y Nicoya (1 fisioterapeuta).
- Si bien es posible para una persona con discapacidad recibir servicios de rehabilitación física en la Región, otras especialidades como odontología, psicología, terapia ocupacional y terapia de lenguaje no están disponibles, lo que obliga a las personas y sus familias a trasladarse hasta San José.
- En este mismo ámbito, especial atención se debe brindar a las demandas de servicios insatisfechas, en este sentido la necesidad de más salud sexual y reproductiva, terapia de

lenguaje y audiometrías, para mencionar algunos, son de los servicios más requeridos, pero menos brindados.

- En el ámbito de **educación**. El MEP y el INA destacan como instituciones líderes en términos de atención a la población con discapacidad. En este ámbito existe numerosa información estadística proveniente del MEP que detalla la oferta de servicios para personas con discapacidad, al igual que número de estudiantes con necesidades educativas especiales atendidos.
- Pese a lo anterior, las personas adultas enfrentan grandes dificultades para acceder a programas educativos, ocupacionales y de formación para el trabajo. En la medida que sube el grado educativo así disminuye el porcentaje de personas con discapacidad en el sistema educativo, concentrándose el mayor número en primaria y muy pocos en secundaria y universitaria.
- Para el caso particular de Guanacaste especial atención merecen las personas adultas con discapacidad, ya que no existen actualmente programas bajo la modalidad CAIPAD (centros de atención integral para adultos con discapacidad), lo que provoca que aquellas personas que requieren apoyos prolongados, como quienes proceden de centros de educación especial, no cuenten con alternativas ocupacionales a dónde acudir.
- Así, en materia de educación el desafío se orienta a evaluar la calidad de los servicios ofertados con respecto a los de educación regular, a garantizar la accesibilidad en los centros educativos y a la creación de alternativas novedosas para la atención de la población adulta que egresa del sistema educativo.
- De igual forma, en el campo educativo debe brindarse atención a las barreras de acceso al sistema, ya que, entre otras, la falta de dinero o de transporte, así como las actitudes negativas, constituyen limitaciones importantes para asistir a los servicios.
- El área **laboral** se revela la dificultad de las personas con discapacidad para obtener un empleo justo. Además, se logró constatar en este estudio que la tasa de ocupación (28,2% trabaja actualmente) es bastante menor a la nacional (50,6%) y que la tasa de desocupación (de 26,2%) es más de cuatro veces la nacional (6%). Este aspecto toma mayor relevancia cuando se sabe que las diferencias por género de la población ocupada y en la inactiva son grandes, favoreciendo a la población masculina.
- Los ingresos promedios devengados por las personas con discapacidad son inferiores a quienes no presentan discapacidad. Según la Encuesta de Hogares y de Propósitos Múltiples de 1998, una persona con discapacidad obtenía en promedio 73.166 colones mensuales, mientras el ingreso mensual promedio en toda la población era de 150.204 colones. En esta misma encuesta se estimó para la Región Chorotega un ingreso promedio de ₡63.627, el cual resulta muy inferior al promedio nacional.
- En el ámbito de **información y comunicación**, se señalan importantes limitaciones en especial para las personas con discapacidades de tipo sensorial (ceguera y sordera). Así por ejemplo se señala que, de las páginas Web existentes a nivel gubernamental, solamente 2 de ellas resultan accesibles para personas ciegas.
- De igual forma en la oferta de programas de televisión informativos accesibles para personas sordas es muy restringida, del total de la programación de las televisoras, sólo

29 programas brindan algún tipo de apoyo visual a través de la interpretación LESCO (lengua de señas costarricense) o el sistema close caption.

- En dicha programación destaca Canal 15 con la oferta más amplia de programas, seguido de Canal 13 SINART. Esta situación se agrava en nuestra región ya que los canales mencionados tienen poca o nula cobertura en Guanacaste. Por su parte las televisoras privadas ofrecen algún apoyo visual sólo para programas noticiosos en el horario matutino.
- De igual forma en materia de Bibliotecas públicas sólo el 26% de las existentes cuentan con algún material en formato Braille o en audio. Asimismo, se carece de personal capacitado en LESCO para la atención de personas sordas.
- En el ámbito de **accesibilidad** se destacan importantes limitaciones en materia de transporte público, donde se estima que alrededor de un 7% de los autobuses a nivel nacional, tienen los dispositivos necesarios para usuarios de sillas de ruedas.
- En el mismo tema la Encuesta de necesidades 2005 muestra que 2 de cada 3 PCD hacen uso ocasional o casi nunca de los autobuses. Además, muestra que el grupo que prácticamente no utiliza este servicio es el que presenta discapacidad física debido principalmente a que sólo una proporción mínima de vehículos poseen las adaptaciones respectivas y a los malos tratos por parte de los conductores.
- En general la accesibilidad al entorno físico es uno de los retos más significativos que enfrenta el estado costarricense en función del reconocimiento de la discapacidad como una característica diferente y no como un problema. Actualmente es sumamente evidente el rezago en la adecuación de la infraestructura existente, pero, todavía más grave es que, la nueva que se construye en muchos casos tampoco contempla las normas de accesibilidad establecidas en la Ley 7600 y otros cuerpos normativos, a pesar de que el plazo máximo establecido para hacer todas las adaptaciones vencía en abril del año 2006.
- Entre otros actores involucrados en la atención de la población con discapacidad, destacan los **gobiernos locales**, para quienes su accionar se concentran en el área de acceso al espacio físico, construcción de rampas, demarcación de estacionamientos exclusivos, aceras, divulgación de la Ley 7600 y en muy pocos casos se ofrecen servicios directos de apoyo a las personas con discapacidad.
- En un balance general, se destaca que mientras algunas instituciones como el MEP, INA, ICE, UCR, PANI, BNCR, ICODER, Aviación Civil, han tenido algunos avances sistemáticos en el cumplimiento de la ley, desde el ámbito de la planificación institucional, otras – particularmente los gobiernos locales- muestran acciones escasas, dispersas y que no responden a una programación permanente.
- Finalmente, es fundamental destacar el sentir de las personas con discapacidad registrado en los talleres de gestión comunitaria realizados en todo el país (para el caso particular de nuestra región en La Cruz) respecto a ¿por qué no se cumplen los derechos de las personas con discapacidad?, que reveló barreras actitudinales, discriminación, irrespeto a una población que por lucir físicamente distinta es objeto de burlas y aislamientos, falta de sensibilidad de la sociedad en general, incumplimiento de lo establecido por la ley y falta de mecanismos vinculantes para hacer ejercer los derechos una vez realizadas las

denuncias.

Ante el panorama descrito cabe destacar que las necesidades de las Personas con discapacidad son múltiples y complejas, por lo que no es posible encontrar soluciones simples para garantizar su participación en la sociedad en iguales condiciones que las del resto de los habitantes. En este sentido las estrategias planteadas deben promover la participación del mayor número de actores sociales involucrados, con una especial representación de todas las entidades gubernamentales.

En el caso de Santa Cruz el Gobierno Local dio inicio con obras que permitan garantizar el acceso a espacios físicos, modificando el acceso a las aceras y principales centros de concentración pública.

Por su parte el Ministerio de Salud ha estado vigilando el cumplimiento de la ley 7600, tanto en edificaciones viejas como nuevas, específicamente en lo referente a las dimensiones de los servicios sanitarios y su acceso, así como disponer de rampas de acceso a los establecimientos.

SERVICIOS DE ATENCIÓN AL HÁBITAT HUMANO

Cobertura de servicios de atención al hábitat humano

Aguas residuales (Manejo de desechos líquidos)

En el cantón de Santa Cruz, al igual que en la generalidad del país presenta una grave problemática en cuanto al manejo de los residuos líquidos, esto se debe en gran parte a la preocupación de las autoridades competentes en temas relacionados fundamentalmente al acceso del agua para consumo humano, desde una visión de potabilización, dejando de lado el desfogue y tratamiento integral, refiriéndose a este último de manera específica a:

1. La gran cantidad de aguas negras y grises que son vertidas a los cuerpos de aguas sin ningún tipo de tratamiento.
2. El porcentaje de tanques sépticos que no funcionan adecuadamente, pues para el diseño de estos en ocasiones no se toma en cuenta la capacidad de infiltración ni el nivel freático del terreno, aunado a esto no se les enseña a los usuarios el funcionamiento y mantenimiento apropiado.
3. Finalmente, la deficiencia de alcantarillado sanitario, el cual tiene una cobertura del 23%, del total de abonados al sistema de agua para consumo humano, el alcantarillado sanitario se extiende de la calle 6 del centro de Santa Cruz hasta la calle 5 pasando por el costado Este de los Tribunales de Justicia de Santa Cruz. La capacidad de las lagunas de oxidación administradas por el ICCA actualmente está subutilizada, puesto que tiene una capacidad para 5000 usuarios y el rango del servicio de alcantarillado sanitario lo reciben solamente una cantidad aproximada de 1150 usuarios.

Por otro lado, hay que reconocer que el crecimiento poco planificado de la infraestructura de la localidad ha venido a agravar la situación del manejo de las aguas residuales, hay ejemplos

como las urbanizaciones conocidas como barrio Chorotega, las Maravillas entre otros, que a la fecha presentan graves problemas de manejo de las aguas residuales de tipo domiciliar. Referido a este tema en el Área Rectora de Salud de Santa Cruz atiende constantemente denuncias por vertido de aguas residuales a la red de alcantarillado pluvial.

Además, los barrios con mayor problemática para darle una solución sanitaria de tratamiento de las aguas domiciliarias son los conocidos como Chorotega, Sagamad, Panamá, Lajas, debido al hecho que, si la red de alcantarillado sanitario se extendiera hacia dichos sitios, por el relieve, las curvas de nivel, habría que invertir en el bombeo de dichas aguas hacia las lagunas de tratamiento.

De forma paralela existe una canalización deficiente e insuficiente de las aguas pluviales, generando estancamiento de estas, situación que puede contribuir a la aparición de vectores transmisores de enfermedades, al mismo tiempo la poca canalización existente en varios casos es utilizada para el desfogue y condición clandestina de aguas residuales.

Finalmente, en caso de los hoteles pequeños, establecimientos y viviendas ubicadas en las zonas costeras el manejo de las aguas sigue generando graves inquietudes sobre la población, ya que la mayor parte usa como sistema de tratamiento los tanques sépticos y drenajes, en terrenos con niveles freáticos altos por tanto la capacidad de infiltración es muy baja y en invierno se agrava, ocasionando rebalses de los sanitarios y pilas, al saturarse el terreno con agua.

A su vez las viviendas y comercio instalados cerca de las riberas de los ríos instalan conexiones clandestinas que desfogan directo a los ríos, este problema al parecer se da por la falta de educación y conciencia ambiental, en algunos casos las personas creen que las aguas provenientes de las pilas, duchas y lavadoras no son contaminantes.

En cuanto a los hoteles grandes, se cuenta con 64 plantas de tratamiento, se realiza seguimiento de los sistemas de tratamientos para lo cual los entes operadores deben presentar reportes operacionales cada seis meses al Área Rectora.

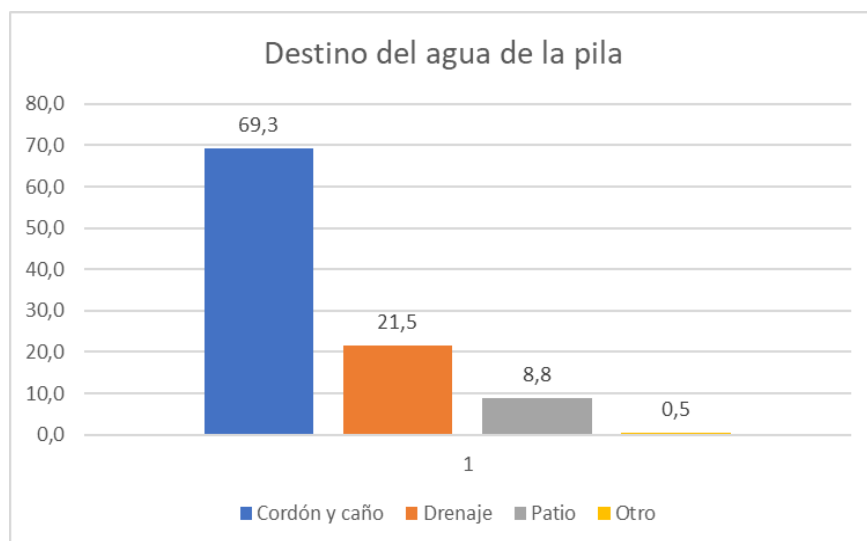
En el año 2017 se integró una comisión interinstitucional conformada por AyA, Municipalidad y Ministerio de Salud, liderada por el Área Rectora, con el objetivo de encontrar una solución integral al inadecuado manejo de aguas residuales en el cantón.

Se confeccionó un cuestionario que se aplicó en los barrios Panamá y Chorotega con la finalidad de conocer el manejo y disposición final de las aguas residuales y así a partir de un diagnóstico poder establecer una propuesta de abordaje hacia una gestión integral de las aguas residuales.

Se visitaron en total 317 viviendas, donde 205 fueron efectivas y se aplicaron 132 encuestas en Residencial Chorotega y 73 en Barrio Panamá.

Se obtiene como resultado de las prácticas familiares relacionadas con la disposición de aguas residuales, que el 69% de las viviendas eliminan el agua procedente de las pilas (de cocina) en el cordón y caño principalmente, un 8.8% en el patio, 0.5% utilizan otros medios y solamente el 21.5% las canaliza hacia un drenaje.

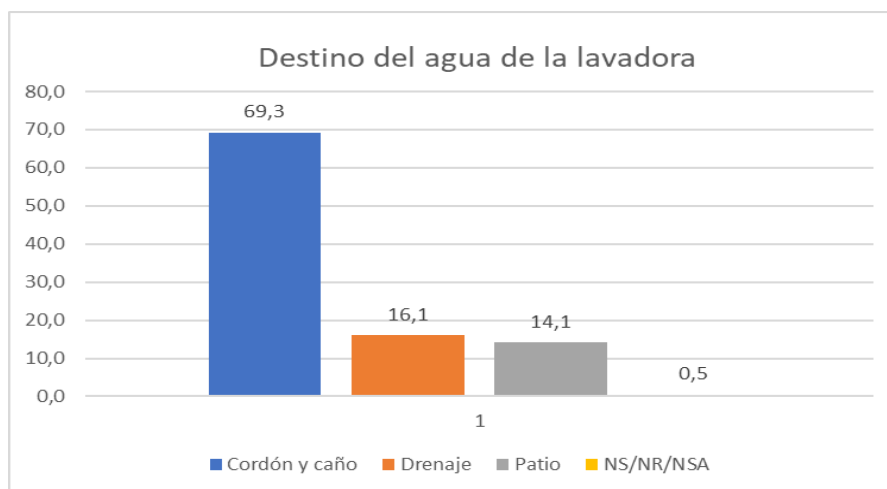
Disposición de Aguas Residuales en los Barrios Panamá y Chorotega,
Santa Cruz año 2017. (valores porcentuales).



Encuesta viviendas B° Panamá y Chorotega, año 2017.

De igual forma el agua procedente de la lavadora se canaliza principalmente al cordón y caño (69%), un 16 y 14% lo canaliza al drenaje y patio respectivamente.

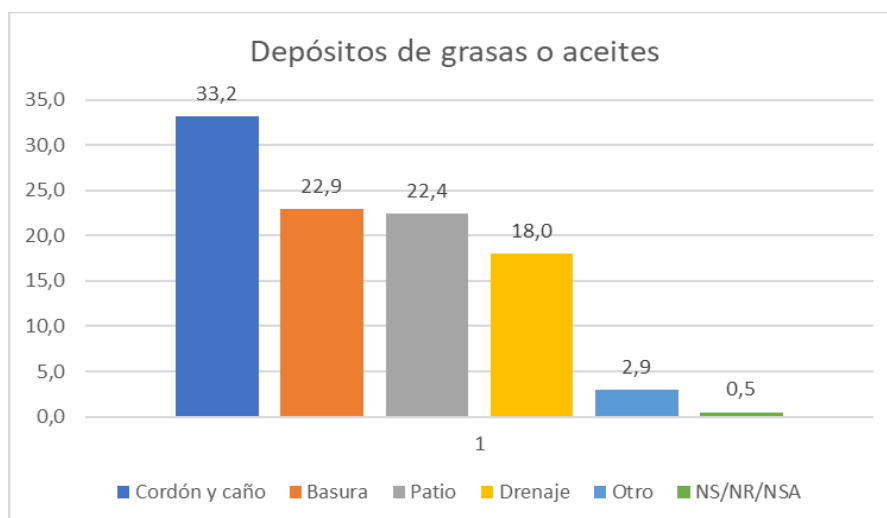
Disposición de Aguas Residuales en los Barrios Panamá y Chorotega,
Santa Cruz año 2017. (valores porcentuales).



Encuesta viviendas B° Panamá y Chorotega, año 2017.

Respecto a la eliminación de los depósitos de grasas o aceites, un 33.2% las canalizan al cordón y caño, 22.9% las depositan en la basura, 22.4% las eliminan en el patio, un 18% las canalizan al drenaje y un 2.9% utilizan otros medios.

Disposición de Aguas Residuales en los Barrios Panamá y Chorotega,
Santa Cruz año 2017 (valores porcentuales).



Encuesta viviendas B° Panamá y Chorotega, año 2017.

También se obtiene como resultado que en el 94.1% de los encuestados en las viviendas muestran disposición de recibir orientación para el manejo adecuado de las aguas residuales y el 83.9% tienen disposición de realizar algún tipo de inversión para corregir las deficiencias encontradas.

Cobertura poblacional con servicio de alcantarillado sanitario:

Tiene una cobertura del 23%, el alcantarillado sanitario se extiende de la calle 6 del centro de Santa Cruz hasta la calle 5 pasando por el costado Este de los Tribunales de Justicia de Santa Cruz.

Agua para consumo humano

Dotación de agua para consumo humano

El cantón de Santa Cruz en su mayoría está abastecido por aguas provenientes de fuentes subterráneas. Estas fuentes son administradas por Comités de Acueductos Rurales y el ICAA, este último prácticamente brinda el servicio en el distrito primero casi en un 100%, aunque hay que señalar que en ocasiones se interrumpe el servicio sin ningún aviso por varias horas.

El registro de ASADAS que se maneja en el Área Rectora de Salud de Santa Cruz es de 65, este registro se ha podido establecer mediante la implementación del instrumento de evaluación enviado por el Nivel Central del M.S.

A la fecha se ha aplicado el instrumento a todas las ASADAS, quienes presentan reportes operacionales de calidad del agua potable. Por otro lado, mediante el monitoreo y los reportes operacionales se giran ordenes sanitarias para realizar las mejoras de deficiencias físico-sanitarias y corrección de parámetros. De esta manera se da cumpliendo al decreto 38924-S del Reglamento para la Calidad del Agua Potable.

La mayoría de las ASADAS no cuentan con Permiso Sanitario de Funcionamiento, pues existe una problemática en cuanto a la obtención del uso de suelo, porque en ocasiones los terrenos donde se encuentran son donaciones o préstamos.

El suministro del agua potable es uno de los elementos más consolidados con que cuenta el cantón, esto es debido a que la cobertura se da por todo el territorio de este. Existen 65 Asadas que cubren la zona rural, en donde este servicio es manejado por organizaciones comunales, también hay 12 acueductos privados que brindan servicio a usuarios principalmente, en lugares en que empieza a desarrollarse complejos habitacionales privados. Las únicas comunidades que no cuentan con este servicio son las ubicadas en la zona alta del cantón, sin embargo, se puede decir que el 90% de las comunidades cuentan con sistemas controlados ya sea por el AyA o por este otro tipo de organizaciones.

Abastecimiento de Agua en las viviendas

Según censo del año 2011, en cuanto al abastecimiento de agua a las viviendas, un porcentaje de 88.5% de las viviendas (14738), disponen de agua de acueducto.

Todavía hay un número importante de familias que aún no cuentan con agua potable como lo son los pozos y fuentes naturales como río, lluvia o quebradas. Este tipo de abastecimiento puede ser un factor

que contribuya a las causas de diarreas en el cantón.

ABASTECIMIENTO DE AGUA POR VIVIENDA EN EL CANTON DE SANTA CRUZ, AÑO 2011		
TIPO DE ABASTECIMIENTO	N°VIVIEN- DAS	PORCEN- TAJE
ACUEDUCTO RURAL O COMUNAL	7704	46.3
ACUEDUCTO MUNICIPAL	45	0.3
ACUEDUCTO AYA	6987	42
ACUEDUCTO EMPRESA O COOPERATIVA	2	0.01
POZO	1710	10.3
RIO O QUEBRADA	121	0.7
OTROS	76	0.4
TOTAL	16645	100

Fuente: Censo 2011

Recolección, transporte, tratamiento y disposición final de lodos:

Los tanques sépticos y las plantas se utilizan para el tratar las aguas residuales provenientes de las casas de habitación, negocios e industria. Como resultado de la utilización de estos sistemas se obtienen subproductos o lodos que contienen una gran cantidad de microorganismos, metales pesados u otros tipos de contaminantes que pueden ser peligrosos para la salud humana si estos se liberan sin tratamiento adecuado.

Por otro lado, los lodos una vez estabilizados pueden ser fuentes importantes de nutrientes como el fosforo o nitrógeno, valiosos para la agricultura.

En el cantón de Santa Cruz para la estabilización de los lodos existe una única planta, administrada por la empresa llamada Servicios Sépticos Santa Cruz, que cuenta con el aval del Área Rectora de Salud, ubicada en la localidad conocida como Venado, la misma cuenta con una capacidad diaria para recibir 70 m³, sin embargo, según los datos que aporta el propietario de esta, al día 12 de Julio del 2012, diario entran aproximadamente unos 10 m³. Situación que no ha tenido cambios según opinión de la gestora de ambiente del Área Rectora.

De lo anterior se puede vislumbrar que, si a la fecha solo existe una planta de tratamiento de lodos en el cantón y un único autorizado, la capacidad de diseño de la planta, indica que no se está canalizando por parte de las personas que se dedican a la limpieza de tanques sépticos y plantas en Santa Cruz, hacia un tratamiento adecuado, por tanto, existe una clandestinidad en cuanto a la disposición final de este contaminante. Se han realizado operativos conjuntos entre M.S y la Policía de Tránsito de Santa Cruz, en el año 2012, fue posible detener a un camión contratado por el Colegio de Santa Bárbara, el cual se deshizo de los lodos en una calle Municipal sin tratamiento alguno y en el año 2016 se detuvo también un camión contratado por el Centro Comercial Plaza Tamarindo operando.

Para concluir, en este momento por parte del M.S y demás actores sociales involucrados, es necesario definir acciones concretas, las cuales permitan un abordaje efectivo de esta problemática. Algunas de las acciones a realizar es la convocatoria hacia la Municipalidad, Transito, Cámara Hotelera, asociaciones de desarrollo entre otras, para informar de la situación en cuanto al trasiego de lodos sépticos y tomar acuerdos en los que solo brinde el servicio de recolección aquellos entes autorizados por el Área Rectora de Salud, así como mediante comunicado dar a conocer el listado de las empresas que manejan adecuadamente los lodos sépticos. También realizar operativos conjuntos M.S y Policía de Tránsito.

Gestión Integral de Residuos Sólidos (GIR):

En 2007, se elaboró el *Manual para la elaboración de Planes Municipales de Gestión de Residuos Sólidos (PMGIRS)* como una herramienta de trabajo donde se detallan las tareas y actividades a desarrollar en un proceso participativo de planificación municipal de la gestión de residuos sólidos, involucrando actores y organizaciones locales. Se decreta en el año 2008 el Plan

de Residuos Sólidos Costa Rica (PRESOL)⁴, el cual fue declarado de interés público y nacional y surgió de la necesidad de resolver el problema de la deficiente gestión de los residuos sólidos y sus impactos ambientales y sanitarios negativos en el país.

Este plan ha sufrido actualizaciones en los años siguientes y es así como se crea el Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos Sólidos 2016-2021, como un esfuerzo coordinado por el Ministerio de Salud, con el fin de actualizarlo, con el propósito de orientar las acciones gubernamentales y privadas en el tema, para la implementación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021. Puede observarse que cada vez es mayor la cantidad de municipalidades que cuentan con el respectivo Plan Municipal para la Gestión Integral de Residuos, en este sentido se ha logrado un avance ya que al año 2014, había 70 cantones que contaban con su respectivo PMGIR, lo que representa un 86% de las Municipalidades y Consejos de Distrito del país. (Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2016-2021).

Por nuestra parte, el Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos Sólidos del cantón se encuentra aprobado por el Área Rectora y el Consejo Municipal, tiene una vigencia del año 2016-2021, no está publicado en La Gaceta, por tanto, no es oficial. Es competencia del Ministerio de Salud su promoción y su respectivo seguimiento.

Disposición sanitaria de los residuos sólidos recolectados (Manejo de desechos sólidos)

Manejo de desechos sólidos:

En el periodo que va del 2011 a inicios del 2016, según los datos suministrados por el departamento de Gestión Ambiental de la Municipalidad de Santa Cruz, la recolección de los residuos ordinarios sólidos tiene una cobertura que ronda el 90%, porcentaje sujeto a desperfectos mecánicos constantes en cuyo caso no existen planes de contingencia, por ende se paraliza el servicio municipal, además cabe mencionar que el restante 10% de la población contrata recolección privada, entierra o quema sus residuos.

Del 90% que recibe recolección municipal solamente el 5% están siendo separado y llevado hacia el centro de recuperación de residuos con el que cuenta la Municipalidad, mediante el programa Muni Recicla para su posterior reciclaje. Si bien es cierto es una iniciativa interesante el programa Muni Recicla, su eficacia y cobertura aún se encuentra rezagada, debido al hecho que la Municipalidad solamente cuenta con una vagoneta para realizar las rutas de separación para todo el Cantón de Santa Cruz, este factor influye directamente en incumplimiento de horarios y rutas establecidas, si se daña la vagoneta, esto ha venido generando desmotivación de las personas que actualmente separan los residuos.

Referido al cumplimiento de las directrices de la Ley N° 8839, de la cual el M.S es el ente rector, el Área Rectora se ha dado a la tarea mediante orden sanitaria hacia los establecimientos inspeccionados y en apego al artículo 14, de exigir dentro de las ordenes sanitarias un Plan de Manejo Integral de Residuos Sólidos para establecimientos tipo A, B, C, así como darles el seguimiento para corroborar que realmente se esté cumpliendo.

⁴ Decreto Ejecutivo N° 34647-S-MINAE, Reglamento de *aprobación y declaratoria de interés público y nacional del Plan de Residuos Sólidos-Costa Rica (PRESOL)*, publicado en el alcance N° 145 de La Gaceta del 29 de julio del 2008.

Para el año 2016 se inició con la fase constructiva del Proyecto Parque Tecnológico Ambiental, el cual consiste en: Relleno sanitario, Vivero, Centro de recuperación de residuos sólidos valorizables, Planta de tratamiento de lixiviados, Centro educación ambiental, ya se cuenta con PSF para la actividad de Relleno Sanitario, sitio en el cual se brindará disposición final de residuos sólidos a los cantones de Santa Cruz, Carrillo, Nicoya, Hojanca y Nandayure; con una vida útil estimada para más de 25 años; además el Parque Tecnológico cuenta con una planta para tratamiento de lixiviados con una capacidad aproximada de 750 m³

Es válido mencionar que se ha brindado una cobertura de atención de denuncias respecto a botaderos clandestinos en un 100%, se han realizado campañas interinstitucionales de reciclaje y recolección de residuos sólidos electrónicos no tradicionales y no valorizables, mediante alianzas con el sector privado y el gobierno local, promoviendo la participación ciudadana y contribuyendo así a una gestión integral de residuos sólidos conforme a Ley 8839 y su reglamento.

De acuerdo con el censo del año 2011, un 68.6% (11414) de las viviendas del cantón eliminan los desechos ordinarios por camión recolector, 25.4% (4228) quemándola, 5.2 (866) botándola y 0.8 (133) la eliminan por otros mecanismos.

Los distritos con mayor cobertura corresponden al distrito de Santa Cruz, Cabo Velas y Tamarindo con un 83.7%, 87.3% y 82.8% respectivamente. Los distritos que registran una menor cobertura de este servicio son Bolsón con un 24% y Cuajiniquil con un 29.7%.

También de acuerdo con el censo año 2011, relacionado con las viviendas que realizan separación de residuos sólidos, un 38.1% (6342) de las viviendas del cantón separan el plástico, vidrio y aluminio, 29.6% (4927) separan el papel y 40.4% (6725) separan los restos de comida.

IMPACTO DE LOS DETERMINANTES EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Perfil de morbilidad y mortalidad

Mortalidad General

A nivel cantonal, no se llevan estadísticas sobre mortalidad general o por grupos, por lo que los datos oficiales obedecen a los brindados por el INEC-CCP.

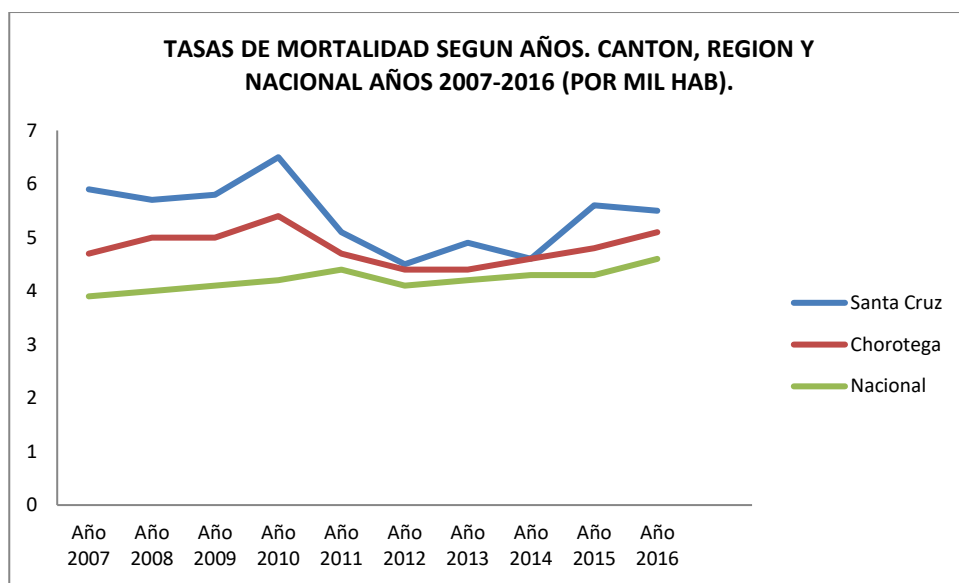
DEFUNCIONES GENERALES Y TASAS DE MORTALIDAD CANTON DE SANTA CRUZ,

AÑOS 2007-2016 (tasas por 1000 habitantes).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Santa Cruz	5,9	5,7	5,8	5,8	5,1	4,5	4,9	4,6	5,6	5,5
Chorotega	4,7	5,0	5,0	5,0	4,7	4,4	4,4	4,6	4,8	5,1
Nacional	3,9	4,0	4,1	4,1	4,4	4,1	4,2	4,3	4,3	4,6

Fuente: VIG-ARSSC INEC Estadística Vitales.

Según se deriva de los datos del INEC, la tendencia en las tasas de mortalidad en el último decenio no ha tenido mayor variabilidad. Históricamente en el último decenio la mortalidad general en el cantón de Santa Cruz se ha caracterizado por ser superior a la tasa de mortalidad regional, siendo el periodo de 2007-2010 donde se muestra la mayor diferencia en las tasas. A partir del año 2011 se observa una tendencia de descenso en las tasas locales y regionales, observando nuevamente un incremento durante los años 2015 y 2016.



Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC

Por grupos de causa, las principales causas de muerte en el último quinquenio en el cantón han sido en orden de importancia las del sistema circulatorio, tumores y causas externas como se aprecia en el siguiente cuadro, el cual es comparable al comportamiento del nivel Nacional.

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS, SANTA CRUZ AÑOS 2012-2016					
(tasas por 10000 hab)					
	2012	2013	2014	2015	2016
Circulatorio	13,7	15,9	15,8	12,6	15,3
Tumores	10,1	11,2	9,0	8,6	10,0
Externas	4,6	4,1	7,1	9,2	8,0
Respiratorio	4,9	4,6	5,8	8,1	4,5
Digestivo	3,7	2,8	2,4	4,1	4,7
Endocrino	2,9	3,5	1,8	4,1	4,7
Genitourinario	1,5	1,1	1,8	2,7	2,9

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC

Estos 3 grupos representan alrededor del 60% del total de causas de muerte en el año 2016, su posición se ha mantenido invariable en el último quinquenio respecto a las causas circulatorias y de tumores, no así las causas externas que tienden a aumentar en los últimos tres años. Cabe mencionar que las tasas se calcularon con la población proyectada del INEC.

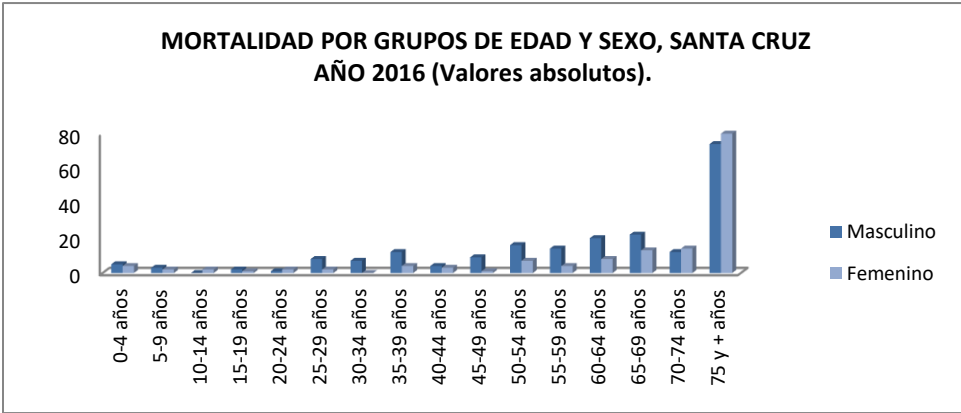
Al desglosar estos grandes grupos, se observa que, entre las enfermedades del sistema circulatorio, las causas de mayor peso son, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebro vascular, la enfermedad hipertensiva y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, durante el periodo de estudio. En el periodo de estudio, se presentan 271 casos en hombres y 175 en mujeres, siendo más afectados los hombres (60%).

En el segundo grupo de los tumores, se encuentran los de tipo digestivo, para ambos sexos, siendo afectado mayormente los varones (72 casos M/34 casos F), así como en otras localizaciones (36 casos M/22 casos F), le sigue el cáncer de próstata (28) en los hombres y mama en las mujeres (22).

Entre las causas externas, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar, seguidamente los suicidios, exposición a fuerzas mecánicas y ahogamiento o sumersión accidental. Se presentan un total de 198 casos en total, 153 en hombres (77%) y 45 en mujeres (23%).

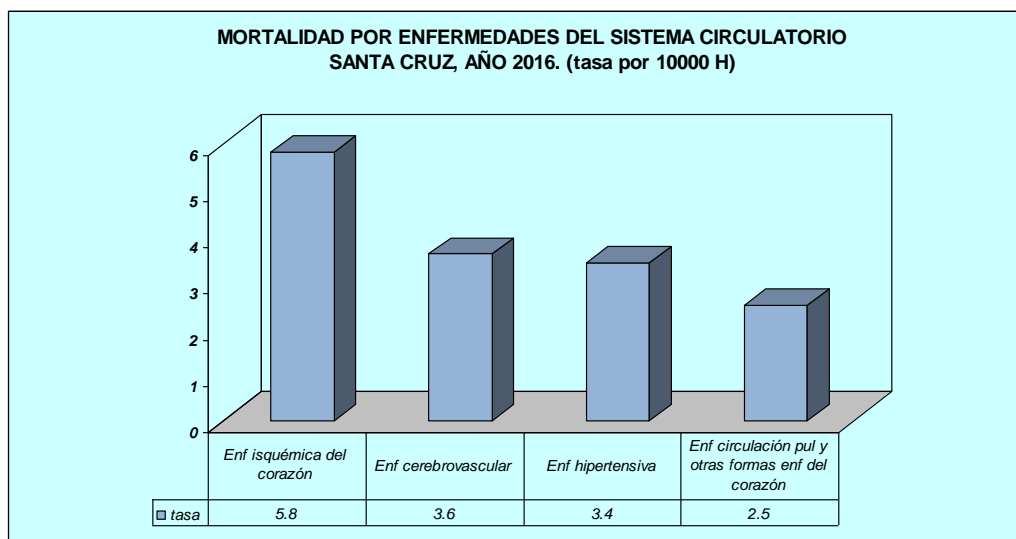
Las enfermedades respiratorias crónicas son las principales causas de muerte del grupo de enfermedades del sistema respiratorio, según fuente de datos de la Dirección Actuarial de la CCSS. En el grupo de causas respiratorias, se presentan un total de 153 casos, 92 en hombres (60%) y 61 en mujeres (40%).

Al desglosar las muertes por todas las causas, por grupos de edad y sexo en el año 2016, se observa que murieron más hombres que mujeres en casi todos los grupos etarios y como es esperable la mortalidad aumenta conforme avanza la edad. Porcentualmente se tiene una mortalidad de 59% (209) para el sexo masculino y 41%(147) para el sexo femenino y una razón de 1.4 hombres por cada mujer.



Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC

En cuanto a las causas de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el año 2016, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón con 37 muertes para una tasa de 5.8 por 10.000 habitantes, le sigue las enfermedades cerebro vasculares, con 23 muertes y una tasa de 3.6, la enfermedad hipertensiva con 22 muertes y una tasa de 3.4 y por último las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, con 16 muertes para una tasa de 2.5.



Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC

Según datos de la Dirección Actuarial de la CCSS, la mortalidad por infartos agudos del miocardio representa más del 50% de las muertes por enfermedad isquémica del corazón. Siendo de un 53%,56%,61% y 63% durante los años 2012-2015 respectivamente, teniendo una tendencia ascendente en este periodo.

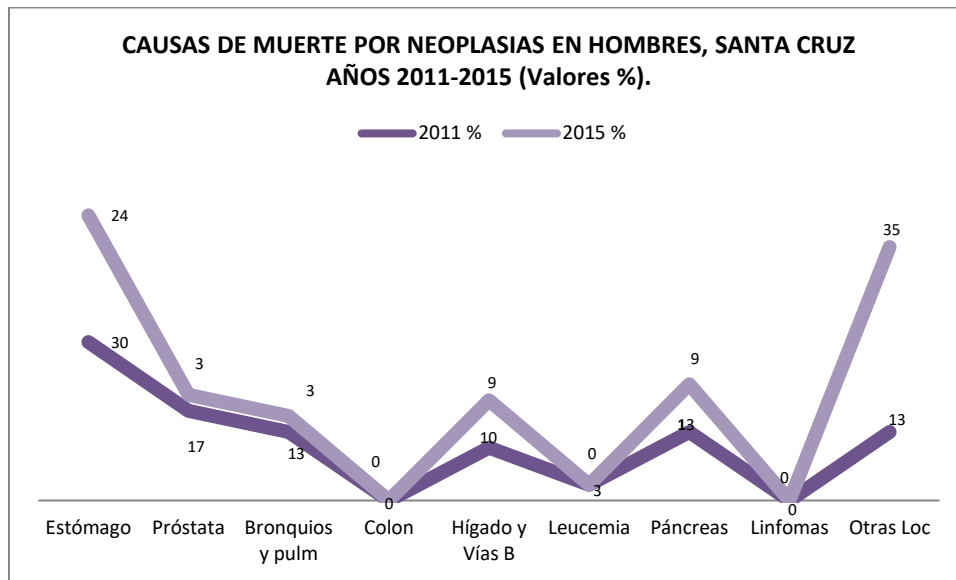
Neoplasias:

Las neoplasias son el resultado de un proceso de multiplicación anormal de células en un tejido u órgano. Una neoplasia que forma una masa diferenciada se denomina tumor y puede ser benigno o maligno. Entre las neoplasias malignas se encuentran varios tipos de cáncer. Otras neoplasias pueden no formar tumores, como la neoplasia cervical intraepitelial y la leucemia.

Para el cantón se clasifican en el segundo grupo de causas de muerte, en el año 2016.

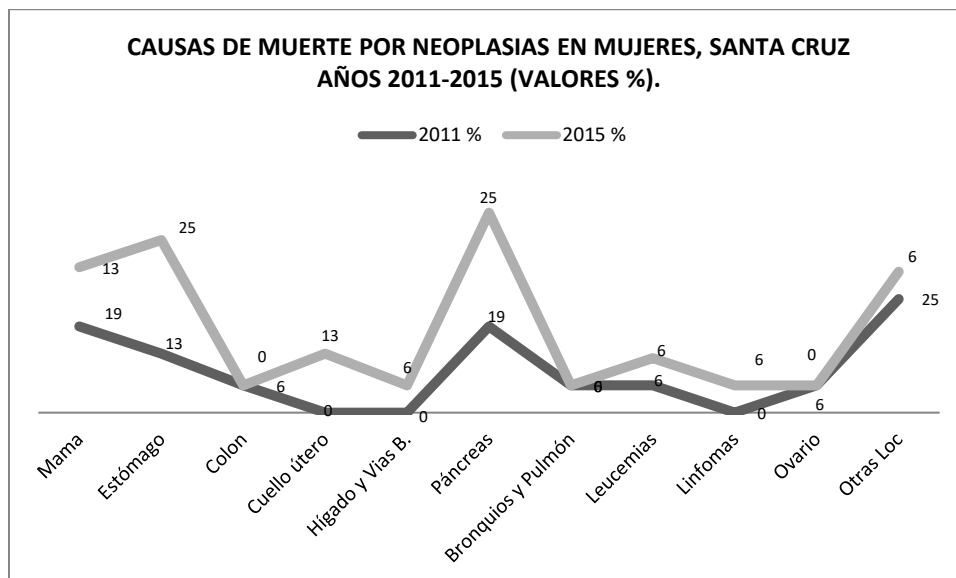
A continuación, se realiza una comparación proporcional de las causas de muerte en los años 2011 y 2015 según sexo.

Se observa en el siguiente gráfico que, en el año 2011, las causas de muerte en el sexo masculino se ubican principalmente en el cáncer de estómago (30%), próstata (17%) y bronquios y pulmones, páncreas y otras localizaciones (13%). Para el año 2015, corresponden en primer lugar a otras localizaciones (35%), al cáncer de estómago (24%), páncreas, hígado y vías biliares (9%).



Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC, Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores.

En el caso de las mujeres, en el año 2011, las causas de muerte se ubican principalmente en otras localizaciones (25%), seguido del cáncer de páncreas y mama (19%). Para el año 2015, corresponden en primer al cáncer de estómago y páncreas (25%) y segundo lugar el cáncer de mama y cuello de útero (13%).



Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC, Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores.

Al analizar la tendencia de la mortalidad en el periodo 2011-2015, se observa que las tres primeras causas de muerte en los hombres corresponden de mayor a menor número, a otras localizaciones (#36), estómago (#31) y próstata (#28), además de presentar las tasas más altas del quinquenio.

En cuanto al cáncer de estómago se observa una tendencia fluctuante en las tasas alcanzadas en este periodo.

Para el cáncer de próstata se observa una disminución sostenida en los últimos dos años, caso contrario de otras localizaciones que han aumentado y constituye la primera causa de muerte por cáncer en los varones.

PRIMERAS TRES CAUSAS DE MUERTE POR NEOPLASIAS EN HOMBRES SANTA CRUZ, AÑOS 2011-2015 (tasas /100000).					
AÑO	2011	2012	2013	2014	2015
CAUSA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA
ESTOMAGO	30.0	9.8	28.9	6.3	24.7
PROSTATA	16.7	26.2	28.9	15.7	3.1
OTRAS LOC	13.3	22.9	19.3	22.0	37.0

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC, Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores.

En el sexo femenino, las primeras tres causas de muerte corresponden a cáncer de mama y otras localizaciones (#22), las cuales ocupan el primer lugar, seguido por el cáncer de estómago (#13).

Respecto al cáncer de mama ha tenido un comportamiento fluctuante durante el periodo, en cuanto a otras localizaciones muestra una tendencia decreciente en los dos últimos años y en el caso del cáncer de estómago la tendencia es de aumento.

PRIMERAS TRES CAUSAS DE MUERTE POR NEOPLASIAS EN MUJERES SANTA CRUZ, AÑOS 2011-2015 (tasas /100000).					
AÑO	2011	2012	2013	2014	2015
CAUSA	TASA	TASA	TASA	TASA	TASA
MAMA	10.0	26.2	9.6	18.9	6.2
OTRAS LOC	13.4	13.1	25.7	15.7	3.1
ESTOMAGO	6.7	9.8	0.0	12.6	12.3

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC, Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores.

En el grupo de causas externas, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar, para efecto del análisis se considera los indicadores de los años 2007-2016, de la Dirección de Vigilancia, unidad de seguimiento de indicadores y de INEC.

Se observa en un periodo de 10 años, una tendencia decreciente del año 2010 al 2013, registrando las tasas más bajas del decenio. A partir del año 2014, nuevamente se incrementan, siendo la tasa más alta la correspondiente al año 2015.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSITO SANTA CRUZ, AÑOS 2007-2016.										
(tasas por 100000 hab)										
AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TASA	40.5	36.5	36.4	13.6	19.9	13.5	13.2	27.5	44.5	32.7

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC, Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores.

Durante el quinquenio 2012-2016, ocurrieron 82 muertes, donde el 88% se presentan en hombres. Según grupo de edad el 60% de las muertes ocurrieron en personas de 25 a 49 años, aunque los fallecimientos se presentan desde 15 años a mayores de 75 años.

Algunos de los aspectos generales que se asocian a la muerte en carretera en el país son: días en que más se registran fallecimientos en carretera son sábado y domingo, con carretera mojada, cielo nublado y en el rango de las 18 a las 24 horas.

En el grupo de las enfermedades respiratorias se registran 38 muertes por enfermedad respiratoria crónica en el año 2015 por parte de la Dirección Actuarial de la CCSS, para una tasa de 23.8 por 100000 habitantes.

Mortalidad Infantil:

Durante el decenio 2008-2017, la mortalidad infantil muestra variabilidad con altibajos constantes en el comportamiento de las tasas, correspondiendo las más altas a los años 2010, 2015 y 2016, con un promedio de 6 casos por año para el periodo de estudio.

MORTALIDAD INFANTIL SANTA CRUZ, AÑOS 2008-2017										
AÑOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CASOS	7	3	9	7	4	6	3	9	9	3
TASAS	6.9	3.1	10.3	7.8	4.4	6.5	3.1	9.1	9.6	3.1

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC.

Al analizar la mortalidad infantil por grupos de causas de muerte, se mantienen las afecciones originadas en el periodo perinatal en primer lugar y las malformaciones congénitas en segundo lugar, representando estos dos grupos el 87% de las defunciones infantiles.

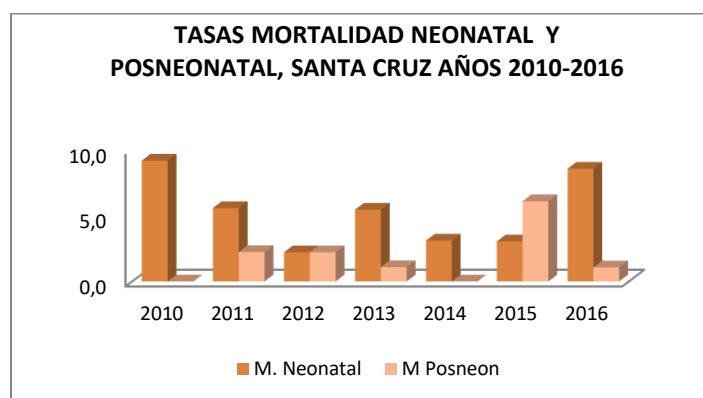
MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CAUSA, SANTA CRUZ AÑOS 2010-2016 (Proporción relativa)														
CAUSAS DE MUERTE	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AFECC ORIG EN EL PERIODO PERINATAL	5	62.5	4	57.0	1	25.0	3	50.0	1	33.0	2	22.0	5	56.0
ANOMALIAS CONGENITAS	3	37.5	3	43.0	1	25.0	2	33.0	2	67.0	6	67.0	3	33.0
ENFERMEDADES SISTEMA RESP.	1	12.5	0	0.0	1	25.0	1	17.0	0	0.0	0	0.0	1	11.0
ENFERMEDADES SISTEMA CIRCUL.	0	0.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ENFERMEDADES SISTEMA NERVIOSO.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	11.0	0	0.0

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC.

Estas causas presentan un comportamiento similar al que ocurre a Nivel Nacional y Regional, donde las enfermedades asociadas al período perinatal y las malformaciones congénitas, se ubican entre las principales causas de muerte.

Según condición de prevenibilidad de los fallecimientos de los años 2012-2016, el 35.5% (11) de los casos se clasifican por parte de la Comisión Local de Mortalidad infantil y materna, como prevenibles, debido a condiciones de vida y respuesta del sistema de salud.

En el siguiente gráfico se observa que la edad de muerte de los niños durante estos años se ubica principalmente en el rango de menores de 28 días (M. Neonatal), representando un 57% de las muertes infantiles.



Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC.

Según sexo un 62% (29) de las muertes corresponden al sexo masculino y el 36%(17) al sexo femenino y un 2% (1) de sexo ignorado.

Según lugar de procedencia en el quinquenio 2012-2016, la tasa más alta la registra el distrito de Cuajiniquil, casi cuatro veces más alta que la tasa local (6.58). En valores absolutos, el mayor número de muertes se presentan en el distrito de Santa Cruz, con una tasa de 7.97, seguido por el distrito de Diríá con una tasa de 7.60.

MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN DISTRITOS, AÑOS 2012-2016

CANTON Y DISTRITO	QUINQUE- NIO 2012-2016		
	NAC.	DEF.	TASA
CANTON SANTA CRUZ	4709	31	6.58
Santa Cruz	1881	15	7.97
Bolsón	120	0	0,00
27 de abril	585	4	6.83
Tempate	481	1	2.07
Cartagena	261	1	3.83
Cuajiniquil	166	4	24.09
Diríá	263	2	7.60
Cabo Velas	323	2	6.19
Tamarindo	629	2	3,18

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC.

Existe una Comisión Local de Análisis de Mortalidad Infantil y Materna (COLAMI), integrada por la CCSS y el Ministerio de Salud, cuya función consiste en analizar el proceso de atención recibido por los niños fallecidos, la satisfacción del usuario, la prevenibilidad de la muerte y la determinación de debilidades en los diferentes niveles del Sistema de Salud. Se establece las medidas correctivas o recomendaciones que se derivan de los análisis y se vigila la ejecución del Plan de Prevención de la Mortalidad Infantil y la Promoción de la Salud Materna y Perinatal.

MORTALIDAD MATERNA

En el periodo 2008-2017, se observa que el cantón acumula 5 muertes maternas, y por cuatro años consecutivos (2013-2016) no registra ninguna muerte, sino hasta el año 2017. A pesar de ello las tasas del nivel local son superiores tanto a nivel Regional como Nacional, según datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud, unidad de seguimiento de indicadores.

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA SANTA CRUZ AÑOS 2008-2017			
AÑO	NACIMIENTOS	Nº MUERTES	TASA X10000
2008	1002	1	10.0
2009	963	0	0.0
2010	871	1	11.5
2011	897	1	11.1
2012	903	1	11.1
2013	918	0	0.0
2014	969	0	0.0
2015	986	0	0.0
2016	935	0	0.0
2017	971	1	10.3

Fuente: VIG-ARSSC con base en datos de COLAMI

Mortalidad en menores de 5 años:

Tanto a nivel Local como Regional no se lleva un registro específico de este tipo de mortalidad, ni por el Ministerio de Salud ni por la CCSS.

La mortalidad en menores de 5 años tiene como principal componente la mortalidad infantil (menores de un año), el cantón no registra muertes en el grupo de 1 a 4 años en el año 2016. De manera que se tiene un total de 9 muertes en menores de 5 años, para una tasa de mortalidad de 1.6 por mil habitantes.

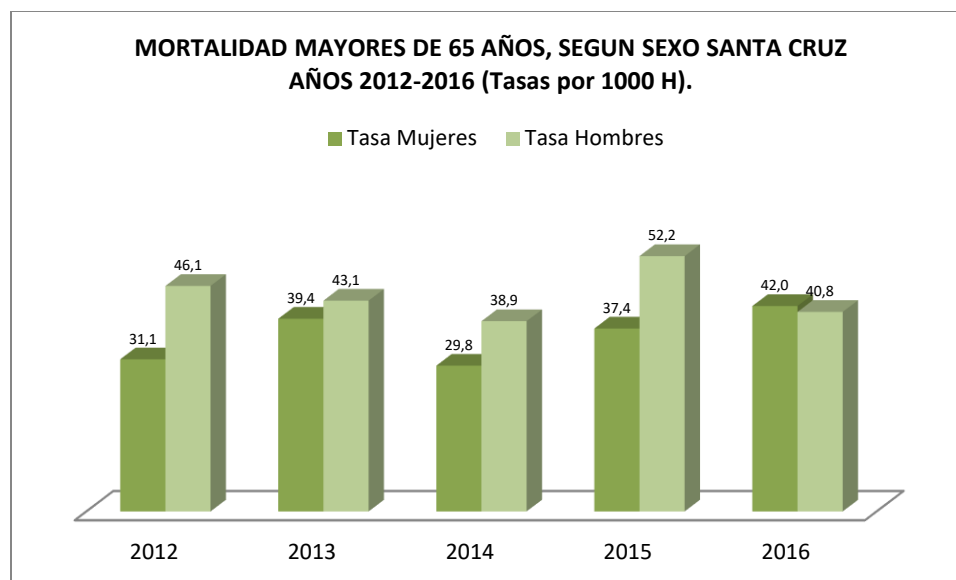
En lo que respecta a las acciones implementadas, se brinda por parte de la CCSS el Programa de Atención de Crecimiento y Desarrollo, conocido como la Consulta del Niño Sano. En forma complementaria, el Ministerio de Salud cuenta con el Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil, orientado a niños menores de 6 años.

En forma interinstitucional, se desarrolla el Programa de Salud y Nutrición Escolar, mediante el cual la CCSS, MS y el MEP desarrollan acciones orientadas a mejorar la salud del niño a nivel escolar, las cuales también inciden sobre los niños más pequeños que asisten a preescolar y maternal dentro de los centros educativos del MEP.

Mortalidad en personas con 65 años y más

La mortalidad en personas mayores de 65 años, para el año 2016, registra una tasa de 41.4 por mil habitantes. En total se tienen 215 muertes, que representa el 60% del total de defunciones, un 50.2% en hombres (108) y 49.8% en mujeres (107).

Como dato atípico, tal y como se observa en el siguiente gráfico, en el año 2016 el número de muertes en mujeres casi es igual al número de muertes en hombres, incluso la tasa es menor en el sexo masculino (Hombres 40.8/Mujeres 42.0).



Fuente: VIG-ARSSC con base en datos del INEC.

Con respecto a las causas por lo que fallecen los mayores de 65 años, en primer lugar corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio con 80 muertes para una tasa de 15,3 por mil, seguido por los tumores con 41 muertes, para una tasa de 7,8 por mil habitantes y 21 muertes por enfermedades de las vías respiratorias para una tasa de 4.0 por mil habitantes.

Morbilidad:

Consulta Externa:

Según información suministrada por REDES de la CCSS, durante el año 2018-2019, los primeros 10 motivos de consulta se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Hipertensión primaria
2. Hiperlipidemia no especificada
3. Diabetes Mellitus
4. Obesidad
5. Control de Salud de rutina del niño
6. Senilidad
7. Supervisión de embarazo normal
8. Examen de Pesquisa para tumor de sitio no especificado
9. Atención para la Anticoncepción
10. Examen de laboratorio

Igualmente, las principales causas de consultas en el servicio de emergencias en ese mismo año son:

1. IRAS
2. Dorsalgia
3. Infección de vías urinarias, sitio no especificado
4. Fiebre, no especificada
5. Dolor abdominal y pélvico
6. Lumbago no especificado
7. Otras infecciones agudas de sitios múltiples de vía respiratorias superiores
8. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
9. Rinofaringitis aguda
10. Infección intestinal viral, sin otra especificación

Eventos de Notificación Obligatoria

IRAS:

Dentro de los eventos de notificación obligatoria mediante la boleta colectiva VE 02, las virosis de vías respiratorias agudas superiores son las que presentan el mayor número de episodios notificados al año, con un promedio anual de 19 mil casos. Las tasas de incidencia del quinquenio estudiado muestran una tendencia de reducción, pero sin mayor variabilidad en los últimos años.

INCIDENCIA DE IRAS, SANTA CRUZ	
AÑOS 2012-2016 (tasas por 1000 hab)	
AÑOS	TASAS
AÑO 2012	323.9
AÑO 2013	310.7
AÑO 2014	310.9
AÑO 2015	289.8
AÑO 2016	309.3

Fuente: VIG-ARSSC.

En segundo lugar, se encuentran las diarreas con un promedio anual para ese mismo periodo de 2900 casos, las tasas de incidencia a partir del año 2013 muestran una tendencia de aumento.

INCIDENCIA DE DIARREAS, STA CRUZ AÑOS 2012-2016 (tasas por 1000 hab)	
AÑOS	TASAS
AÑO 2012	41.8
AÑO 2013	44.2
AÑO 2014	52.7
AÑO 2015	47.3
AÑO 2016	49.1

Fuente: VIG-ARSSC.

En el caso de los eventos de notificación individual se citan entre las primeras causas de notificación las siguientes:

Enfermedades Crónicas

Hipertensión arterial:

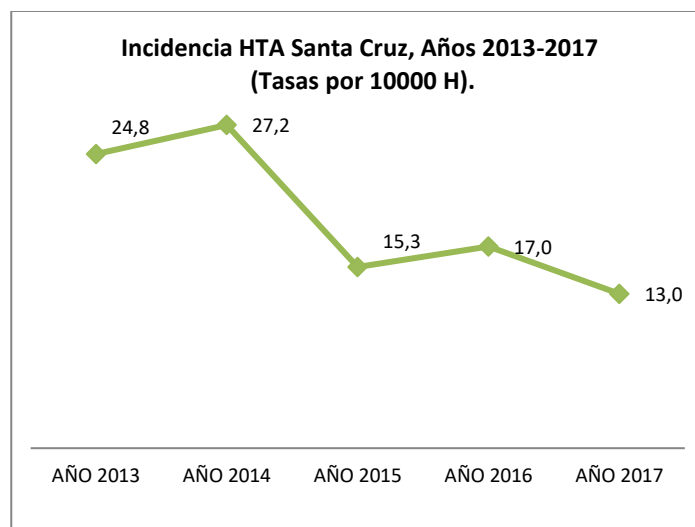
Este es un evento que se incorporó dentro del decreto de notificación obligatoria a partir del año 2004. Durante el año 2017, se reportaron un total de 85 casos nuevos de hipertensión, lo que corresponde a una tasa de 13.0 casos por 10000 habitantes.

Según los datos por sexo, en el año 2017 se reportan más casos en hombres que en mujeres, para una razón de 1.07 hombres por cada mujer con igual condición.

De acuerdo con los datos suministrados por REDES de la CCSS, existen 7679 hipertensos en el año 2017, teniendo una prevalencia de 11.7 para el cantón.

Este es un indicador más bajo de lo esperado, si se tiene en cuenta que según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010 de la CCSS, dirigida a población mayor de 20 años, la prevalencia en el país se ubica en 37.5%.

En el siguiente gráfico se observa una tendencia de descenso en los últimos tres años, registrando el año 2017 la incidencia más baja de los últimos 5 años.



Fuente: VIG-ARSSC.

Diabetes Mellitus:

Esta es otra de las enfermedades crónicas incorporadas en el Decreto de Notificación obligatoria a partir del año 2004.

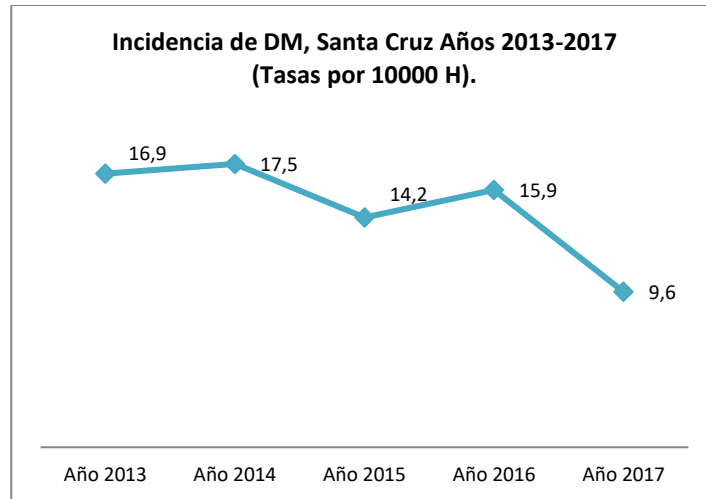
Durante el año 2017, se reportaron un total de 63 casos nuevos de Diabetes Mellitus, lo que corresponde a una tasa de 9.6 casos por 10000 habitantes.

En cuanto al comportamiento según el sexo, se tiene que es una patología más frecuente en las mujeres, con una razón de 0.85 hombres por cada mujer en el año 2017.

Según datos suministrados por REDES de la CCSS, existen 3159 diabéticos el año 2017, teniendo una prevalencia de 4.8 para el cantón.

Al igual que en la HTA este es un indicador más bajo de lo esperado, ya que, según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010 de la CCSS, la prevalencia se ubica en 10.8%.

Durante los últimos 5 años se ha observado una tendencia descendente e inestable en la incidencia de casos, registrando el año 2017 la más baja del periodo.



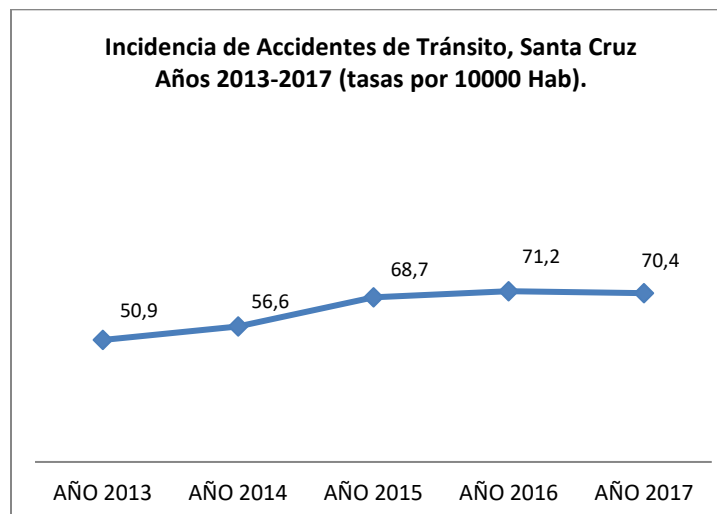
Fuente: VIG-ARSSC.

Patologías asociadas a causas externas:

Accidentes de Tránsito:

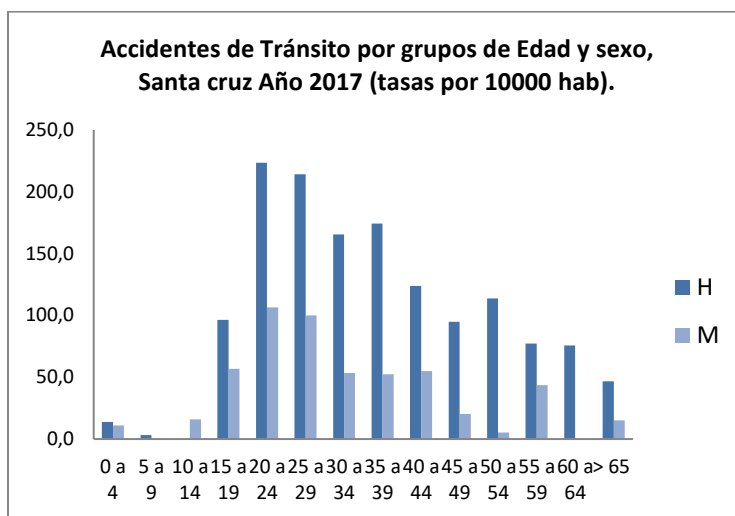
Es una de las primeras causas de notificación individual mediante boleta VE-01, con un promedio anual de 403 personas afectadas durante el quinquenio 2013-2017, sin tomar en cuenta los casos notificados por el INS desde el año 2010.

La tasa de incidencia en el periodo de estudio muestra una tendencia ascendente sostenida en los últimos tres años, tal y como se observa en el siguiente gráfico.



Fuente: VIG-ARSSC.

Según datos por sexo del año 2017, afecta mayormente al sexo masculino, teniendo una razón de 2.8 hombres accidentados por cada mujer y al grupo de edad comprendido entre los 20 y 39 años, como se observa en el siguiente gráfico.



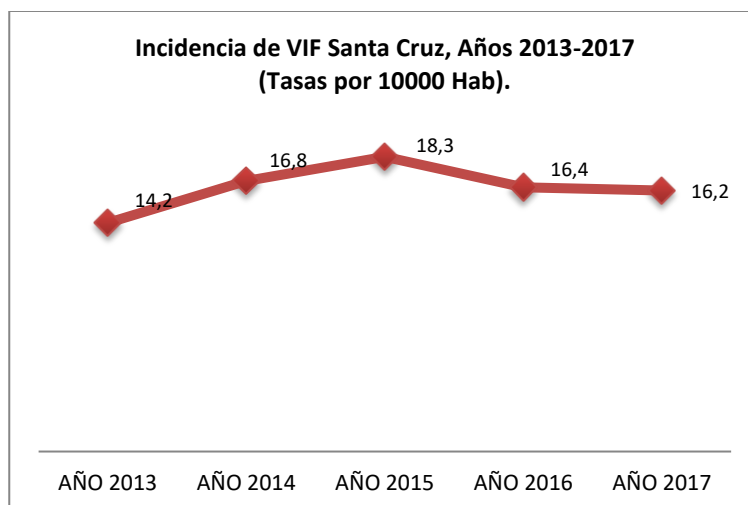
Fuente: VIG-ARSSC.

Violencia Intrafamiliar:

En el año 2000 se incluye la Violencia intrafamiliar (ViF) como evento a notificar debido a que es un problema social que afecta seriamente la salud pública de la población.

Es importante anotar, que el reporte de los casos registrados por el Ministerio de Salud proviene de los servicios de atención, es decir, que corresponden a aquellos casos en que la persona afectada, luego de sufrir algún tipo de Violencia Intrafamiliar, acudió a un servicio de salud. Se ha intentado recopilar información de otros entes como la Alcaldía, El PANI y la GAR, sin embargo, no ha sido posible.

El siguiente gráfico muestra una tendencia con poca variabilidad en la incidencia de los casos en los últimos cinco años.

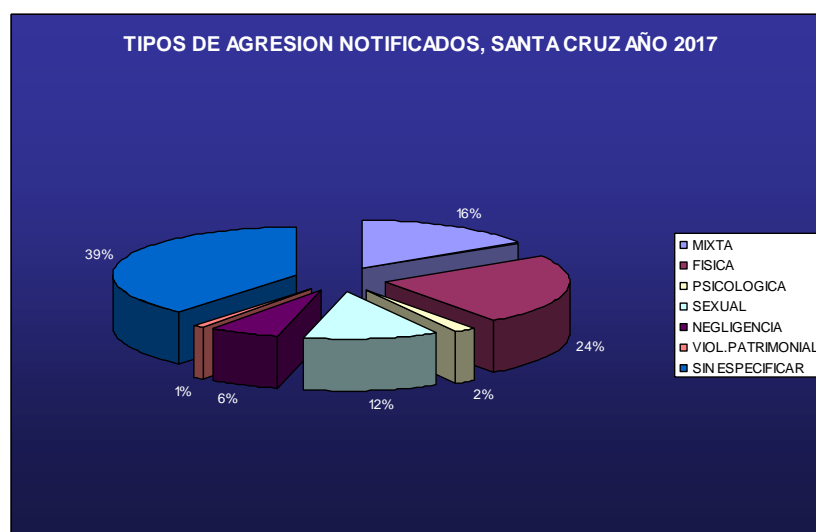


Fuente: VIG-ARSSC.

Según el reporte de casos por sexo y edad, se tiene que son más afectadas las mujeres que los hombres, sin obviar que existen casos reportados de VIF en hombres, la mayoría de los casos se reportan entre los 20 a 44 años en las mujeres y de 50 a 54 años en varones.

De acuerdo con el comportamiento por distrito, Santa Cruz, Cartagena y Tamarindo, contribuyen con el mayor aporte porcentual de casos notificados, por lo que las acciones interinstitucionales deben ser prioritariamente dirigidas hacia estos distritos.

En relación con los casos registrados de VIF por causa específica, durante el año 2017 prevalece los maltratos sin especificar, sobre las otras causas, seguida del abuso físico.



Fuente: VIG-ARSSC.

Enfermedades transmitidas por Vectores:

Dengue:

Esta enfermedad, es transmitida por el vector Aedes aegypti, es multifactorial, favorecida tanto por inadecuadas prácticas de manejo de los desechos sólidos a nivel domiciliario, como por factores ambientales naturales, la conducta de la población ante la enfermedad y el efecto de las medidas de control sobre el vector transmisor, así como por el tipo de virus circulante en un determinado momento y la cantidad de pacientes susceptibles de sufrir la enfermedad en la zona afectada por el brote.

Desde esta óptica, el cantón ha presentado diversos comportamientos según los factores involucrados. Así por ejemplo, en el año 2001 se presentó una epidemia con 2.119 casos reportados, por el serotipo del virus denominado Dengue 1, lo que equivale a una tasa de incidencia de 49.9 por 1000 habitantes. En el año 2003, se registra una nueva epidemia con 1915 casos reportados, para una tasa de incidencia de 44.6 por 1000 habitantes, el tipo Dengue 1 siguió siendo el agente causante de la enfermedad; para el año 2005 se reportaron un total de 983 casos de dengue, también producto del Dengue 1. En los años 2006, se presenta una de las epidemias más grandes, con 2623 casos reportados, para una tasa de incidencia de 60.2 por 1000 habitantes, en este año debido al serotipo 2. En el año 2010, se presenta una epidemia con 2370 casos con una tasa de incidencia de 53.9 por mil habitantes, debido al serotipo 3. Se presentan dos epidemias nuevamente en el 2013 y 2015, con 2982 y 1561 casos para cada año, en el año 2013 se logra identificar circulación de los serotipos 01 y 02 y en el año 2015 los serotipos 01,02 y 03. La tasa de incidencia es de 61.0 y 24.8 respectivamente. El año 2016 registra una incidencia relativamente baja (586 casos) y se detecta el serotipo 02, el año 2017 con una baja incidencia y no se logra identificar el serotipo circulante.

Vale la pena indicar que el Serotipo 4 es el único que de momento no ha afectado a la población, sin embargo, existe el riesgo ya que sí ha provocado epidemias en países cercanos tanto en el norte, como el sur. Tampoco se tiene registro de muertes por dengue en el cantón.

Chikungunya:

Los primeros casos sospechosos en la Región Chorotega se diagnosticaron a partir de la semana 48, en el año 2014. Al cierre de la semana 53 se acumula para la Región un total de 19 casos sospechosos. A través de laboratorio se confirma la circulación de este virus por primera vez en los cantones de Abangares, Carrillo y La Cruz.

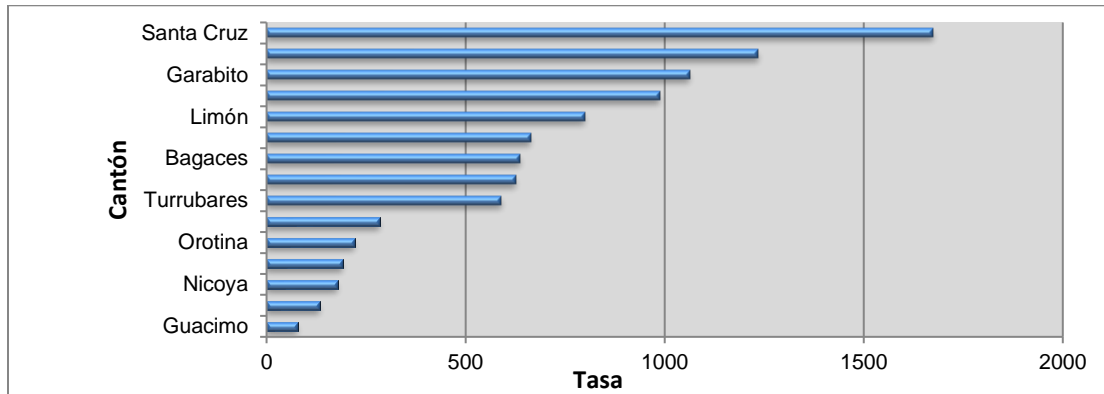
En este mismo año, en el cantón de Santa Cruz, se reportaron dos casos sospechosos en Tamarindo y Cartagena con resultados de laboratorio negativos.

En el año 2015, en las primeras semanas del año se reportan los primeros casos y se declara brote epidémico por este evento en la semana 32, afectando en primera instancia la localidad de Huacas, donde inicia el brote y luego las localidades de El Llano y Portegolpe. Se mantiene una transmisión sostenida que afecta posteriormente otros sectores y que se prolonga por el resto del año hasta las primeras semanas del año 2016.

El cantón de Santa Cruz se ubica en el primer lugar de los cantones del país que registran una alta incidencia de casos durante este año.

Para el año 2016 y 2017 la incidencia por este evento es bastante baja.

Incidencia de Chikungunya según Cantón Año 2015.



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

ZIKA:

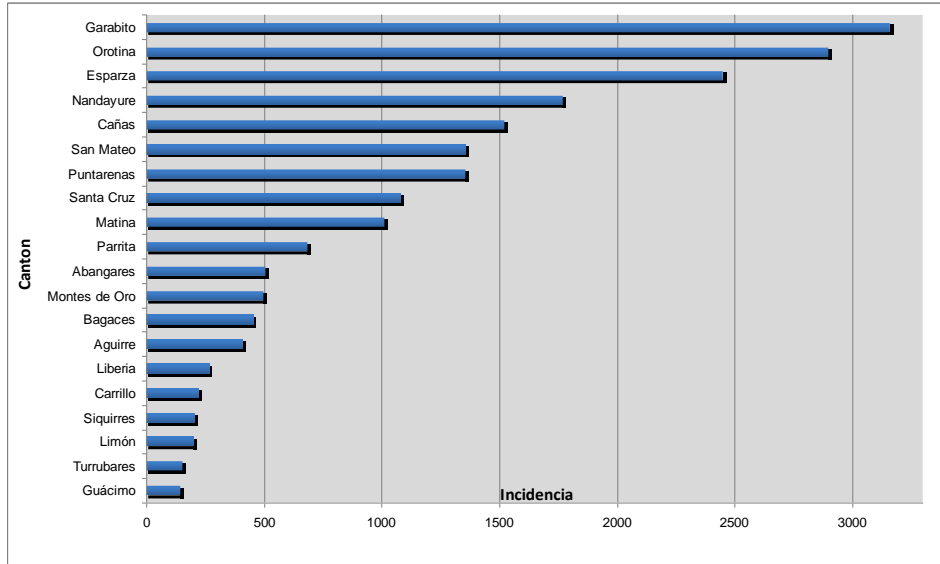
En enero del año 2016 se detecta en el país el primer caso de virus de zika en una turista estadounidense, que se infectó durante su estancia en el país, a finales de diciembre del año 2015, en Nosara de Nicoya y fue diagnosticada a su regreso en su país de origen. En febrero se detectaron varios casos autóctonos confirmados por laboratorio en nuestra provincia, en las localidades de Sámara de Nicoya y Sardinal de Carrillo. En la semana 23, se detecta el primer caso confirmado en el distrito de Cabo Velas de nuestro cantón y a la semana 26 se detecta en el distrito central, Diría y Tempate y ya a finales de agosto se encuentra en los 9 distritos del cantón, con una transmisión sostenida por el resto del año. Las tasas más altas corresponden a los distritos de Santa Cruz, Diría, Cabo Velas y Tempate.

A la semana epidemiológica 52, el cantón se ubica en octavo lugar a nivel de país por el número de casos autóctonos. Se registra una paciente con síndrome de Guillian Barré, con probable asociación a zika y 14 embarazadas, de las cuales nacieron 2 niños clasificados como casos de síndromes congénitos asociados a zika, por el Nivel Central.

Para el año 2017, el cantón registra una baja incidencia de casos.

Cantones con más alta incidencia por Zika, Costa Rica 2016.

Tasa por 100000 Hab

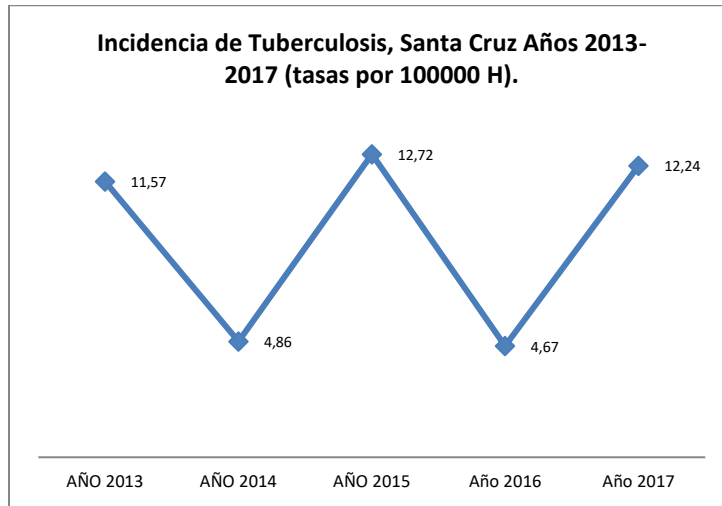


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

Enfermedades infectocontagiosas:

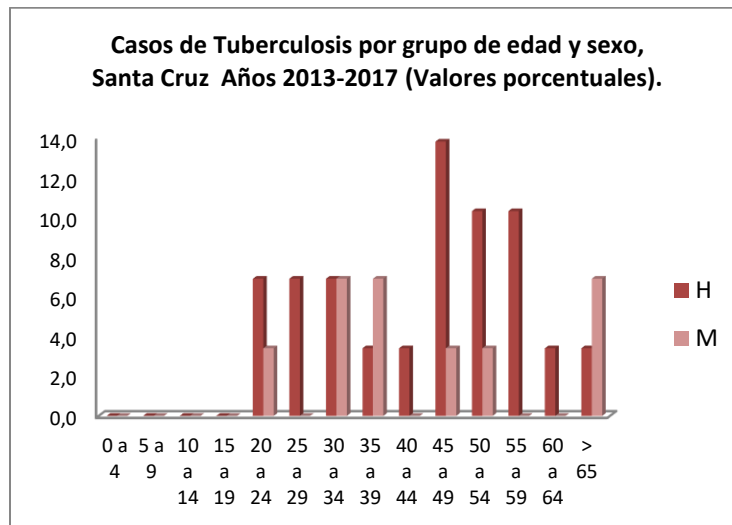
Tuberculosis:

Aunque en el periodo 2013-2017 se ha mantenido una reducción en la incidencia de casos, esta sigue siendo muy irregular con oscilaciones en los años 2014 y 2016, presentando diferencias de 8 puntos en la tasa.



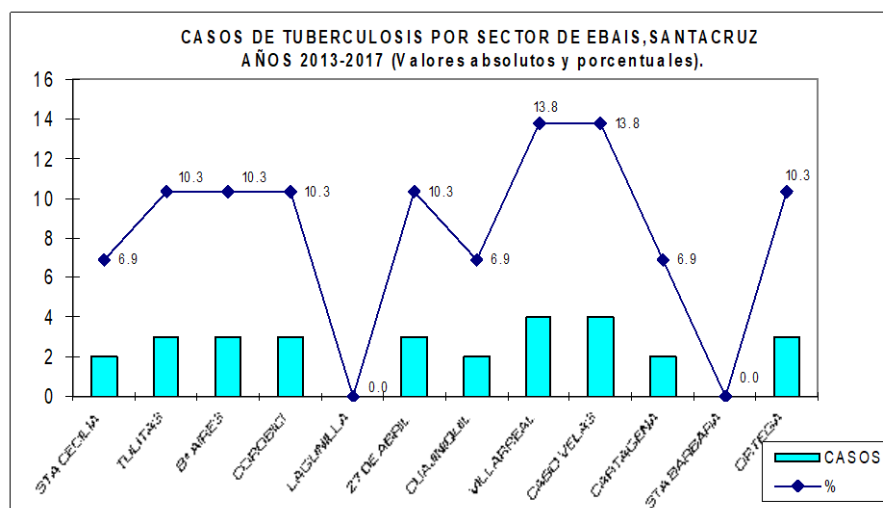
Fuente: VIG-ARSSC.

La mayor incidencia de casos se presenta en hombres en edades entre 45 a 59 años y afecta mayormente a este sexo, que presenta el 69% de casos en relación con un 31% en las mujeres. Los casos se presentan a partir de los 20 años en ambos sexos. Encontramos una razón de 2.22 hombres por cada mujer.



Fuente: VIG-ARSSC.

Según su distribución por sector, en los últimos 5 años los EBAIS de Villarreal y Cabo Velas, cuentan con un mayor número de casos acumulados, contribuyendo con un 27% de casos notificados.



Fuente: VIG-ARSSC.

A nivel local se tiene registro de 2 muertes en el año 2012 por otras causas y una muerte en el año 2015 de un paciente coinfectado renuente al tratamiento que se acoge a eutanasia pasiva. No se registran otros casos de muertes en el periodo a nivel local.

El 90% de los pacientes que iniciaron, completaron su tratamiento (egresados como curados BK- y Tratamiento completo).

Según el tipo de tuberculosis, predominan los casos de Tuberculosis Pulmonar, con un 93% de los casos y solo un 7% de casos extrapulmonares para los años del periodo en estudio.

III. ANÁLISIS DEL EVENTO DE SALUD A TRAVES DE SUS CAUSAS PRIORIZADAS

El propósito del Análisis de Situación de Salud del cantón de Santa Cruz y la priorización de las causas a nivel comunal, de mortalidad y de salud mental en la población, no es únicamente compartir información, sino que va mucho más allá, y lleva implícito el intercambio de ideas, sentimientos, actitudes y emociones, puede que sea el proceso que represente la expresión más compleja de las interrelaciones humanas.

A través de este taller, las personas participantes sintetizamos, organizamos y creamos toda una experiencia e intercambio de conocimientos, para posteriormente transmitirlo.

Por esta razón, a partir del diagnóstico realizado en estos talleres, se han definido las líneas de acción y las estrategias específicas de manera coordinada a nivel interinstitucional, mismas que conforman la realización acciones para hacer frente a los problemas de la atención a la salud en nuestro cantón.

En el primer Taller ASIS realizado el 29 de mayo de 2023 se procedió a explicar a los asistentes la metodología para el desarrollo de este. Se priorizaron según las técnicas indicadas en la metodología las causas que afectan la salud de los pobladores de la comunidad y se obtuvieron las tres causas priorizadas como resultado de análisis de los datos presentados:

- ✚ Inseguridad Ciudadana
- ✚ Falta de Sensibilidad Ambiental
- ✚ Violencia

En un segundo taller de ASIS realizado el 26 de junio de 2023 retomamos las causas priorizadas por la comunidad, pero también se incluyeron tres causas priorizadas de mortalidad y tres causas de salud mental:

- ✚ Infarto agudo al miocardio
- ✚ Diabetes Mellitus
- ✚ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ✚ Trastornos del comportamiento por usos de sustancias psicoactivas.
- ✚ Intento de suicidio
- ✚ Depresión

Se analizaron los nueve problemas priorizados según las diferentes dimensiones como parte del Modelo teórico-metodológico para el análisis de situación de salud, actividad realizada con

expertos cantonales mediante el Diagrama causa-efecto (Diagrama de Ishikawa o espina de pescado)

El diagrama Causa-Efecto es una herramienta que ayuda a determinar cuáles son las causas reales y potenciales de un problema de salud. Para cada una de las dimensiones se identificaron las causas raíz con sus respectivas causas secundarias y terciarias

Posteriormente, se identificaron las 5 primeras causas raíz de cada causa priorizada de acuerdo con la metodología PARETO.

Y se establecen en el tercer Taller ASIS del 25 de setiembre de 2023, la validación de las líneas de acción con los expertos.

A continuación, las 3 causas priorizadas en el cantón de Santa Cruz en el año 2023, por cada distrito. Fuente Ministerio de Salud

CAUSA BÁSICA: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Distrito de residencia	Menores de 1 año	1 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 y más	Edad ignorada	TOTAL
50301: Santa Cruz	0	0	0	10	22	0	32
50302: Bolsón	0	0	0	0	1	0	1
50303: Veintisiete de Abril	0	0	0	3	11	0	14
50304: Tempate	0	0	0	0	9	0	9
50305: Cartagena	0	0	0	1	3	0	4
50306: Cuajiniquil	0	0	0	0	0	0	0
50307: Diria	0	0	0	1	3	0	4
50308: Cabo Velas	0	0	0	2	2	0	4
50309: Tamarindo	0	0	0	5	8	0	13
							81

CAUSA BÁSICA: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Distrito de residencia	Menores de 1 año	1 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 y más	Edad ignorada	TOTAL
50301: Santa Cruz	0	0	0	2	37	0	39
50302: Bolsón	0	0	0	0	1	0	1
50303: Veintisiete de Abril	0	0	0	0	7	0	7
50304: Tempate	0	0	0	0	10	0	10
50305: Cartagena	0	0	0	1	4	0	5
50306: Cuajiniquil	0	0	0	0	3	0	3
50307: Diria	0	0	0	0	5	0	5
50308: Cabo Velas	0	0	0	0	3	0	3
50309: Tamarindo	0	0	0	0	3	0	3
							76

CAUSA BÁSICA: **DIABETES MELLITUS**

Distrito de residencia	Menores de 1 año	1 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 y más	Edad ignorada	TOTAL
50301: Santa Cruz	0	0	0	8	20	0	28
50302: Bolsón	0	0	0	2	0	0	2
50303: Veintisiete de Abril	0	0	0	4	6	0	10
50304: Tempate	0	0	0	0	7	0	7
50305: Cartagena	0	0	0	1	4	0	5
50306: Cuajiniquil	0	0	0	1	0	0	1
50307: Diria	0	0	0	1	6	0	7
50308: Cabo Velas	0	0	0	2	1	0	3
50309: Tamarindo	0	0	0	3	4	0	7
							70

CAUSAS PRIORIZADAS DE MORTALIDAD

El análisis realizado por el Área Rectora de Salud según los datos aportados por el Nivel Central de bases de mortalidad, los datos proyectaron la siguiente prevalencia en mortalidad en Santa Cruz:

- Infarto agudo al miocardio
- Diabetes tipo II
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

2.1 INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

El infarto agudo de miocardio es la principal causa de muerte en países desarrollados y en Costa Rica no es la excepción.

Según datos 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 es un tipo de Cardiopatía Isquémica, 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.

El ataque cardíaco o infarto se caracteriza por un riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón, producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, principalmente por ruptura de una placa de ateroma.

El infarto de miocardio se reconoce por la aparición brusca de los síntomas característicos: dolor torácico repentino que es generalmente prolongado y se percibe como una presión intensa, que puede extenderse a los brazos y hombros, sobre todo al izquierdo, la espalda, el cuello e incluso a los dientes y a la mandíbula, disnea y otros signos incluyen excesiva sudoración, debilidad, mareos, palpitaciones, náuseas de origen desconocido, vómitos y desfallecimiento.

Aproximadamente una cuarta parte de los infartos de corazón son silentes, es decir, aparecen sin dolor de pecho y otros síntomas. Este curso silente es el más común en ancianos, en pacientes diabéticos y después de un trasplante de corazón.

Buena parte de los infartos de miocardio aparecen en personas que tienen los denominados factores de riesgo. Estos son, aparte de una cierta predisposición familiar y de la edad, el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes y las alteraciones de las grasas en sangre (colesterol).

Dentro de las 5 primeras causas raíz priorizadas para Infarto Agudo al Miocardio se identificaron las siguientes de acuerdo con la metodología PARETO:

2.1.1 DESCONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD Y SUS CONSECUENCIAS

Buena parte de los infartos de miocardio aparecen en personas que tienen los denominados factores de riesgo, por lo que es importante informar a la población acerca de la enfermedad

El conocimiento de los factores de riesgo del infarto de miocardio permite su prevención. Los principales factores de riesgo son el tabaquismo, la hipertensión arterial y el colesterol elevado. además, se pueden considerar otros como diabetes, obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares y consumo excesivo de alcohol.

Es posible que no haya signos o síntomas en las primeras etapas de la miocardiopatía, sin embargo, a medida que la afección avanza, generalmente aparecen signos y síntomas, que incluyen:

- Dificultad para respirar al hacer actividad física o, incluso, al descansar
- Hinchazón en las piernas, los tobillos y los pies
- Hinchazón del abdomen debido a la acumulación de líquido
- Tos al estar recostado
- Dificultad para dormir en posición horizontal
- Fatiga

- Latidos que se sienten rápidos, que palpitan fuertemente o como aleteos
- Molestia o presión en el pecho
- Mareos, aturdimiento y desmayos

Los signos y síntomas tienden a empeorar a menos que sean tratados. En algunas personas, la afección empeora rápidamente; en otros, puede que no empeore durante mucho tiempo, hasta evolucionar a un infarto agudo al miocardio.

El infarto se reconoce por la aparición brusca de los síntomas característicos: dolor intenso en el pecho, en la zona precordial, sensación de malestar general, mareo, náuseas y sudoración. El dolor puede extenderse al brazo izquierdo, a la mandíbula, al hombro, a la espalda o al cuello

2.1.2 CONSUMO DE TABACO

El tabaquismo es una enfermedad de interés ya que en los últimos años se ha notado el impacto en los distintos grupos poblacionales en todo el mundo y, nuestro país no es la excepción.

La dependencia al tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) como en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- V).

Cuando se inhala, la mezcla tóxica de más de 7,000 químicos en el humo del cigarrillo puede interferir con procesos importantes del cuerpo que lo mantienen funcionando normalmente. Uno de estos procesos es el transporte de sangre rica en oxígeno al corazón y al resto del cuerpo.

Cuando usted respira, sus pulmones inhalan oxígeno y lo envían a su corazón, el cual bombea esta sangre rica en oxígeno al resto de su cuerpo a través de los vasos sanguíneos.

Pero cuando usted respira el humo del cigarrillo, la sangre que se distribuye al resto del cuerpo se contamina con las sustancias químicas en el humo. Estas sustancias químicas pueden dañar su corazón y los vasos sanguíneos, lo que puede provocar enfermedades cardiovasculares, que son la causa principal de todas las muertes

Estos cambios en la química de la sangre pueden hacer que se acumule placa, una sustancia cerosa compuesta de colesterol, tejido cicatricial, calcio, grasa y otros materiales en las arterias, que son los principales vasos sanguíneos que transportan la sangre desde su corazón hasta el resto del cuerpo. Esta acumulación de placa puede llevar a una enfermedad llamada aterosclerosis.

Si bien fumar es una causa directa de enfermedad cardiovascular y muerte, usted podría correr riesgo de desarrollar aún si no fuma cigarrillos.

Las personas que no fuman cigarrillos pero que están expuestas regularmente al humo de segunda mano tienen un riesgo de enfermedad coronaria del 25 al 30 por ciento mayor que las personas que no están expuestas, ya que el exponerse al humo como fumador pasivo también aumenta su riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Dejar de fumar beneficia al corazón y sistema cardiovascular ahora y en el futuro:

- Veinte minutos después de dejar de fumar, la frecuencia cardíaca disminuye.
- Apenas 12 horas después de dejar de fumar, el nivel de monóxido de carbono en la sangre se normaliza, lo que permite que llegue más oxígeno a órganos vitales como el corazón.
- Dentro de cuatro años de haber dejado de fumar, su riesgo de tener un accidente cerebrovascular se reduce al mismo nivel de personas que nunca han fumado en su vida.
- Conocer que el objetivo principal de la terapia farmacológica es disminuir Síndrome de Abstinencia, se debe realizar un adecuado chequeo médico previo y adecuada historia clínica y de consumo del paciente, y así decidir la terapia a seguir, además debe premeditarse las situaciones que puedan impedir que se logre la abstinencia.

2.1.3 FALTA DE AUTOCUIDADO

La mayoría de los pacientes que padecen un infarto agudo de miocardio se recuperan con rapidez y lo suficiente como para poder desempeñar una vida prácticamente normal.

Los pocos que no lo consiguen también pueden ser sometidos a procedimientos de revascularización percutánea o ser intervenidos, con lo que se consiguen recuperaciones muy aceptables.

Tras un infarto hay que seguir unas pautas para cuidarse y evitar que se repita.

La única diferencia entre el paciente que ha presentado un infarto respecto del que no lo ha tenido es que se debe ser mucho más estricto en lo relativo a adoptar hábitos saludables, los tres pilares fundamentales son: llevar una dieta sana y equilibrada (incluyendo restricción de grasas de origen animal y mantenimiento del peso correcto), practicar ejercicio físico de forma regular y abandonar el tabaco, si el paciente fuma y el control de las cifras de tensión, del colesterol y de azúcar en sangre.

La OMS pretende convencer a las personas en todo el mundo de que se puede hacer un cambio positivo y cuidar tu corazón y el de tus seres queridos, con un compromiso para nuestra salud.

2.1.4 FALTA DE EJERCICIO

Tras un infarto hay que mantener una vida tranquila, pero eso no significa sentarse y no hacer nada. Al contrario: el ejercicio físico es fundamental para recuperar la calidad de vida y sobre todo para prevenir un segundo infarto.

*Por regla general, toda persona después de un infarto **puede y debe hacer ejercicio físico**. obviamente el grado **depende de lo grave que haya sido el infarto**: de cómo sigue la fuerza de bombeo del corazón y de si aún quedan algunas arterias coronarias obstruidas. la **actividad física recomendada es aquella que le guste a cada persona**. sin embargo, **una de las actividades más aconsejadas por todos los especialistas y, que la mayoría de los pacientes pueden hacer, es caminar**.*

Mantener altos niveles de actividad física o aumentar la actividad física después de padecer un infarto de miocardio, se asoció a menor tasa de mortalidad entre hombres supervivientes a un infarto agudo de miocardio.

No hay dudas sobre la conveniencia de incluir la actividad física como parte del tratamiento de pacientes que han sufrido una patología coronaria. se podrá discutir la modalidad, la frecuencia, la intensidad o la duración del ejercicio, pero nadie va a discutir a estas alturas su contribución al mejor pronóstico de estos pacientes.

2.1.5 FALTA DE PRACTICA DE HABITOS SALUDABLES

Para ayudar a reducir el riesgo de tener una miocardiopatía u otro tipo de enfermedad cardíaca, es aconsejable mantener un estilo de vida saludable para el corazón que incluya lo siguiente:

- Dormir bien.
- Reducir el estrés.
- **Abandonar** el consumo de **tabaco y abandonar el consumo nocivo de alcohol.**
- Y llevar un control sobre los **factores de riesgo** cardiovasculares como la hipertensión arterial, el colesterol o la diabetes.
- Practicar ejercicio físico de forma regular. El corazón es un músculo que debe trabajar, es preferible el ejercicio regular de intensidad moderada al esfuerzo excesivo puntual. Se aconseja ejercicio físico aeróbico, que actúa como un verdadero agente hipolipemiente, a través del ejercicio, los triglicéridos se transforman en ácidos grasos que se utilizan como fuente energética, aumenta el HDL y disminuye el LDL, lo que tiene un efecto protector frente a la enfermedad cardiovascular.
- Mantener o conseguir el adecuado peso corporal. El sobrepeso supone un esfuerzo para el corazón y favorece la aparición de la hipertensión. La dieta occidental rica en calorías y grasas favorece la obesidad. A ello se une una vida cada vez más sedentaria: el gasto energético ha disminuido.
- Seguir una correcta alimentación Llevar una **dieta equilibrada** que sea baja en grasas. Las principales comidas nunca deben ser muy abundantes. Una dieta equilibrada consta de cinco ingestas diarias, con al menos cinco raciones de fruta, verduras y vegetales. Como norma general se debe disminuir la ingesta de grasa saturada de origen animal, consumiendo menos carne, embutidos, quesos grasos, yemas de huevo y sustituyendo los lácteos enteros por desnatados. La grasa ingerida no debe superar el 30% del total de las calorías de la dieta. Conviene evitar las saturadas y las trans (que aparecen en las etiquetas de los alimentos como «grasa vegetal parcialmente hidrogenada»). Debe limitarse mucho el consumo de pastelería, bollería y heladería y en especial de aquellos productos que contienen grasa vegetal como los aceites de coco y palma, así como las grasas animales como sebo, manteca, tocino, mantequilla, nata y chocolate.
- Se debe controlar el aporte de sodio, ya que favorece la aparición de hipertensión arterial. La principal fuente de sodio es la sal común, pero los caldos, embutidos y alimentos prefabricados también la contienen.

Líneas de acción

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.

Además, se le recuerda a la población la importancia de llevar controles médicos rutinarios, con el fin de que pueda monitorear su presión arterial y recibir diagnóstico y tratamientos oportunos en caso de ser necesario y en caso de presentar algún síntoma visite el centro de salud más cercano.

Para establecer las líneas de acción se requiere de un proceso en diversas etapas y requiere de un ciclo de reuniones con actores sociales claves para realizar la implementación de las acciones a corto, mediano y largo plazo para generar impacto en la comunidad; en el caso de infarto agudo al miocardio se van a enfocar en la divulgación de hábitos saludables:

Divulgar mediante pautas educativas a la población sobre la enfermedad cardiaca y como prevenir los infartos agudos al miocardio.

- Mediante celebración del día Mundial de la Corazón se celebra: 29 de septiembre de 2023
- Organizan charlas, jornadas y eventos destinados a sensibilizar a la población sobre la importancia de llevar una vida sana para cuidar el corazón.

La mejor manera de proteger al corazón de las enfermedades y la muerte relacionadas con el tabaquismo es nunca comenzar a fumar cigarrillos. Pero si ya lo hace, cuanto antes pueda dejar de fumar, mejor.

- Promover estrategias para dejar de fumar, por ejemplo: Cambiar la rutina, realizar ejercicio al menos 3 veces por semana por al menos 30 minutos, evitar la compañía de fumadores, no tocar cigarrillos, disminuir o eliminar el consumo de licor y café.

Tras un infarto hay que seguir unas pautas para auto cuidarse y evitar que se repita un episodio de infarto

- Promover en Servicios de Salud estrategias para adoptar hábitos saludables. Los tres pilares fundamentales son: llevar una dieta sana y equilibrada, practicar ejercicio físico de forma regular y abandonar el tabaco, si el paciente fuma.
- Concientizar sobre la manera de seguir de forma correcta el tratamiento farmacológico.

Ejercicio físico

- Reuniones con EXPERTOS para presentar temas afines a los principios de la organización
- Participación de las autoridades políticas para presentar propuestas a nivel comunitario

2.2 DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por niveles elevados de glucosa (azúcar) en la sangre. Esto puede ocurrir porque el cuerpo no produce suficiente insulina o porque las células no responden adecuadamente a la insulina, o ambas. La insulina es una hormona producida por el páncreas que permite que la glucosa ingrese a las células, donde se utiliza como fuente de energía.

Existen varios tipos de diabetes mellitus, siendo los más comunes:

Diabetes tipo 1: Se produce cuando el sistema inmunológico del cuerpo ataca y destruye las células beta en el páncreas, que son las responsables de producir insulina. Esto resulta en una producción insuficiente de insulina. La diabetes tipo 1 generalmente se diagnostica en niños y adultos jóvenes, y las personas con esta forma de diabetes necesitan inyecciones de insulina para controlar sus niveles de glucosa en sangre.

Diabetes tipo 2: Es la forma más común de diabetes y se desarrolla cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o cuando las células no responden adecuadamente a la insulina (resistencia a la insulina). La diabetes tipo 2 puede estar relacionada con factores genéticos y, a menudo, está asociada con el estilo de vida, como la falta de actividad física y una dieta poco saludable. En las etapas iniciales, se puede controlar con cambios en la dieta, ejercicio y medicamentos orales. En algunos casos, puede ser necesario el uso de insulina.

Diabetes gestacional: Ocurre durante el embarazo cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina adicional para satisfacer las necesidades del cuerpo durante el embarazo. Las mujeres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro.

La diabetes puede tener diversas complicaciones si no se controla adecuadamente, como enfermedades cardíacas, daño renal, problemas oculares y problemas neurológicos. El manejo de la diabetes implica mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de un rango objetivo a través de la medicación, la dieta, el ejercicio y el monitoreo regular.

Es fundamental que las personas con diabetes trabajen en estrecha colaboración con su equipo de atención médica para desarrollar un plan de tratamiento personalizado y mantener un estilo de vida saludable para prevenir complicaciones a largo plazo.

2.2.1 DESINTERES EN INVERSION DE PROYECTOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El desinterés en la inversión de proyectos de estilo de vida saludable puede tener diversas causas. Aquí algunas razones comunes:

Falta de Conciencia: Las personas pueden no estar completamente conscientes de los beneficios de llevar un estilo de vida saludable. Si no comprenden cómo las elecciones de estilo de vida afectan su bienestar a largo plazo, es menos probable que vean la inversión en proyectos de este tipo como una prioridad.

Enfoque a Corto Plazo: Muchas personas tienden a centrarse en beneficios a corto plazo en lugar de a largo plazo. Los beneficios de un estilo de vida saludable, como una mejor salud y prevención de enfermedades, a menudo son a largo plazo y pueden no ser percibidos como urgentes.

Costo Percibido: Algunas personas pueden percibir que llevar un estilo de vida saludable es costoso, ya sea en términos de alimentos más caros, membresías de gimnasios, equipo de ejercicio, etc. Esta percepción puede desalentar la inversión en proyectos de este tipo.

Falta de Tiempo: Las personas a menudo están ocupadas con responsabilidades laborales y familiares, lo que puede llevar a una falta de tiempo para dedicarse a actividades relacionadas con un estilo de vida saludable. Invertir tiempo en proyectos de este tipo puede no ser considerado una prioridad.

Falta de Acceso a Recursos: En algunos casos, las personas pueden tener limitado acceso a recursos que faciliten un estilo de vida saludable, como áreas para hacer ejercicio, opciones de alimentos saludables, o programas de bienestar en el lugar de trabajo.

2.2.2 **CRISIS EN LA SALUD ALIMENTARIA POR CONSUMO DE COMIDAS RÁPIDAS**

La crisis en la salud alimentaria relacionada con el consumo de comidas rápidas es un problema significativo en muchos países y tiene varias dimensiones que afectan la salud pública. Algunas de las principales preocupaciones incluyen:

Alta en Calorías y Nutrientes Pobres: Las comidas rápidas a menudo son altas en calorías y bajas en nutrientes esenciales. El consumo regular de alimentos con alto contenido calórico pero bajo valor nutricional puede contribuir a la obesidad y a una serie de problemas de salud relacionados, como la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

Altos Niveles de Grasas Saturadas y Azúcares: Muchas comidas rápidas contienen niveles elevados de grasas saturadas y azúcares añadidos, lo que puede aumentar el riesgo de enfermedades cardíacas y otros problemas de salud metabólica.

Porciones Excesivas: Las porciones en los establecimientos de comida rápida tienden a ser más grandes de lo necesario, lo que puede contribuir al consumo excesivo de calorías. Esto ha sido asociado con la epidemia de obesidad en muchos países.

Falta de Ingredientes Frescos y Variados: Las comidas rápidas a menudo carecen de ingredientes frescos y variados, como frutas, verduras y granos enteros, que son fundamentales para una dieta equilibrada y saludable.

Promoción de Hábitos Alimenticios No Saludables: La publicidad y la disponibilidad ubicua de comidas rápidas pueden promover hábitos alimenticios no saludables, especialmente entre los niños y adolescentes, contribuyendo a la formación de patrones alimenticios poco saludables desde una edad temprana.

Impacto en la Salud Mental: Además de los problemas físicos, el consumo excesivo de comidas rápidas también puede tener un impacto en la salud mental. La relación entre la dieta y la salud mental es compleja, pero una dieta poco saludable puede afectar el estado de ánimo y la salud mental en general.

2.2.3 **FALTA DE DISPOSICION PARA MANTENER UN PESO ADECUADO (CONTROL DE PESO)**

La falta de disposición para mantener un peso adecuado puede estar vinculada a diversos factores, y abordar este problema suele requerir un enfoque integral. A veces, las personas pueden no ser plenamente conscientes de la importancia de mantener un peso adecuado para su salud, ya que la falta de motivación puede ser un obstáculo importante. Sin un fuerte impulso interno, es difícil mantener cambios a largo plazo.

La adherencia a hábitos alimenticios poco saludables puede contribuir al aumento de peso, tanto como la falta de actividad física es un factor importante en el aumento de peso.

Los problemas emocionales como el estrés, la ansiedad o la depresión pueden contribuir a la falta de disposición para mantener un peso adecuado, es por eso que es de suma importancia abordar la falta de disposición para mantener un peso adecuado, esto implica comprender las razones subyacentes y desarrollar estrategias personalizadas para superar los obstáculos. La ayuda de profesionales de la salud, como médicos, nutricionistas y psicólogos, puede ser valiosa en este proceso.

2.2.4 **ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES**

Los antecedentes patológicos familiares juegan un papel importante en la diabetes, ya que esta enfermedad tiene una predisposición genética. Si hay antecedentes familiares de diabetes, especialmente en padres o hermanos, se considera un factor de riesgo significativo. La genética puede influir en la susceptibilidad a desarrollar diabetes tipo 1 o tipo 2.

Es importante destacar que tener antecedentes familiares de diabetes no garantiza que alguien vaya a desarrollar la enfermedad. La interacción entre la genética y los factores ambientales es compleja, y adoptar un estilo de vida saludable puede ayudar a reducir el riesgo, incluso en individuos con predisposición genética.

Para las personas con antecedentes familiares de diabetes, se recomienda:

- Mantener un peso saludable.
- Seguir una dieta equilibrada y baja en grasas saturadas y azúcares.
- Practicar actividad física regular.
- Monitorear los niveles de glucosa en sangre según las recomendaciones médicas.
- Someterse a chequeos médicos periódicos para detectar signos tempranos de diabetes.

La detección temprana y la gestión adecuada de la diabetes son fundamentales para prevenir complicaciones a largo plazo. Si hay antecedentes familiares de diabetes, trabajar en estrecha colaboración con profesionales de la salud para adoptar un enfoque preventivo y mantener un estilo de vida saludable es crucial.

2.2.5 **DESCONTROLES DE GLICEMIA**

Los descontrol en la glicemia, es decir, los niveles de glucosa en sangre que no se mantienen dentro de los rangos normales, son un problema común en personas con diabetes. Mantener un control adecuado de la glicemia es esencial para prevenir complicaciones a largo plazo asociadas con la diabetes.

Es fundamental tener en cuenta que cada persona con diabetes es única, y el enfoque para mantener el control de la glicemia puede variar. La comunicación constante con el equipo médico, la adopción de un estilo de vida saludable y el seguimiento adecuado del plan de tratamiento son componentes clave para evitar descontrol en la glicemia.

Líneas de acción

La Diabetes Mellitus, sin un control adecuado puede generar problemas mayores a lo largo del tiempo, es por eso por lo que hay delimitar las líneas de acción, se recomienda abordada a la persona de una manera integral.

- Elaboración de campañas de salud
- Concientizar mediante campañas de salud la importancia de tener una alimentación consciente
- Concientizar mediante campañas de salud la importancia de mantener un peso saludable
- Abordaje de Antecedentes patológicos familiares modificables mediante charlas.
- Fomentar la educación en los servicios de salud

2.3 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La enfermedad de obstrucción pulmonar crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un grupo de enfermedades pulmonares que dificultan la respiración y empeoran con el tiempo.

Normalmente, las vías respiratorias y los alvéolos pulmonares son elásticos o se estiran. Al inhalar, las vías respiratorias llevan aire si tiene EPOC, fluye menos aire dentro y fuera de sus vías respiratorias debido a uno o más problemas:

- Las vías respiratorias y los alvéolos pulmonares se vuelven menos elásticos
- Las paredes entre muchos de los alvéolos se destruyen
- Las paredes de las vías aéreas se engrosan e inflaman
- Las vías respiratorias producen más mucosidad de lo normal y pueden obstruirse

Los factores de riesgo para el EPOC incluyen:

- **Fumar:** El principal factor de riesgo. Hasta el 75% de las personas que tienen EPOC fuman o solían fumar
- **Exposición a largo plazo a otros irritantes pulmonares:** Incluyendo humo de segunda mano, contaminación del aire y humos y polvos químicos del ambiente o del lugar de trabajo
- **Edad:** La mayoría de las personas con EPOC tiene al menos 40 años cuando comienzan sus síntomas

- **Genética:** Esto incluye la deficiencia de alfa-1 antitripsina, que es una condición genética. Además, los fumadores con EPOC tienen más probabilidades de tenerla si tienen antecedentes familiares de EPOC
- **Asma:** Las personas con asma tienen más riesgo de desarrollar EPOC que quienes no tienen asma. Pero la mayoría de las personas con asma no tendrán EPOC

Es posible que en el comienzo no presente síntomas o sean solo leves. A medida que la enfermedad empeora, sus síntomas generalmente se vuelven más severos. Pueden incluir:

- Tos frecuente o tos que produce mucha mucosidad
- Sibilancias
- Un silbido o chirrido cuando respira
- Falta de aliento, especialmente si hace actividad física
- Sensación de presión en el pecho

Algunas personas con EPOC contraen infecciones respiratorias frecuentes, como resfriados y gripe. En casos severos, la EPOC puede causar pérdida de peso, debilidad en los músculos inferiores e hinchazón en los tobillos, pies o piernas.

2.3.1 AUSENCIA DE REGULACION EN LAS EMPRESAS CON ESTANDARES DE CALIDAD CUANDO GENEREN CONTAMINACION ATMOSFERICA

La Exposición a largo plazo a otros irritantes pulmonares: Incluyendo humo de segunda mano, contaminación del aire y humos y polvos químicos del ambiente o del lugar de trabajo

2.3.2 FALTA DE SENSIBILIZACION EN CENTROS EDUCATIVOS EN LA APLICACIÓN DE ESPACIOS LIBRES DE TABACO

La ley 9028 es de orden público y su objeto es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.

Se requiere retomar sesiones informativas y de sensibilización sobre los objetivos de esta ley y algunas de las variables que contiene y que deben de ser aplicadas.

2.3.3 FALTA DE COMPROMISO A IMPLEMENTACION DE LA LEY 9028 (ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO)

La Ley 9028 busca garantizar el derecho a los no fumadores a no estar expuestos al humo de segunda mano, a poder respirar aire limpio y proteger la salud en todo lugar público, para lograrlo se impusieron algunas prohibiciones y sus respectivas sanciones.

Además, debemos recordar que tanto el convenio marco de la OMS como la Ley N.º 9028, - además de atacar de manera paliativa el tema-, se enfocan en “la prevención en la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes”. Precisamente, en este punto cobra vital importancia el tema del deporte como mecanismo preventivo para evitar el consumo de tabaco, puesto que si desde edades tempranas comenzamos a fomentar en nuestros niños y jóvenes la pasión por el deporte es posible que logremos que se mantengan sanos y alejados del consumo de sustancias nocivas, entre ellos el tabaco.

2.3.4 ALTO COSTOS DE TRATAMIENTO EN TERAPIAS RESPIRATORIAS

No hay cura para la EPOC, pero el tratamiento puede ayudar con los síntomas, retrasar el progreso de la enfermedad y mejorar su capacidad de mantenerse activo. También hay tratamientos para prevenir o tratar las complicaciones de la enfermedad. Los tratamientos incluyen:

El tratamiento principal son los medicamentos inhalados que dilatan las vías respiratorias y reducen su inflamación.

Los medicamentos más importantes contra la EPOC son los inhaladores broncodilatadores que relajan las vías respiratorias para mantenerlas abiertas.

Los broncodilatadores de acción breve comienzan a actuar en segundos y su efecto puede durar de 4 a 6 horas. Suelen utilizarse durante las exacerbaciones.

Los broncodilatadores de acción prolongada tardan más en comenzar a actuar, pero su efecto es más duradero. Se toman diariamente y pueden combinarse con corticoides inhalados.

También hay otros tratamientos:

- Comprimidos de corticoides y antibióticos, a fin de tratar las exacerbaciones.
- Oxígeno, en personas que han tenido EPOC de larga duración o con EPOC grave.
- La rehabilitación pulmonar enseña técnicas para mejorar la respiración y la capacidad de hacer ejercicio.
- La cirugía puede mejorar los síntomas en personas con EPOC grave.

Algunos inhaladores dilatan las vías respiratorias y se pueden utilizar regularmente para prevenir o reducir los síntomas, y para aliviarlos durante las exacerbaciones agudas. En ocasiones, los inhaladores se complementan con corticosteroides para reducir la inflamación de los pulmones.

2.3.5 DIFICULTAD DE LA COMPRESIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

Es preciso ofrecer a las personas que viven con EPOC información sobre la enfermedad, su tratamiento y los cuidados personales que deben seguir para mantenerse lo más activas y en forma posible.

Según datos del Ministerio de Salud para el año 2010, en Costa Rica mueren diez personas por día debido a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

La lucha contra el consumo de tabaco a partir de la aprobación de ese convenio y la Ley N.º 9028 ha dado grandes resultados, pues según datos proporcionados por el Ministerio de Salud, a través del doctor Esteban Solís Chacón, en su condición de coordinador técnico del Programa de Control del Tabaco-, y citados en oficio DM-FG-1793-18 de 8 de junio de 2018, los logros desde la aprobación de Expediente N.º 20.923 3 Ley General de Control del Tabaco se resumen en una disminución de la prevalencia de consumo de 14.7% previo a la aprobación de esa ley a un 8.9% en el 2015; y un consumo promedio diario por fumador que se redujo de 15 cigarrillos al día a 10 cigarrillos al día.

LINEAS DE ACCIÓN EN EPOC

La EPOC no se cura, pero puede mejorar si no se fuma ni se está expuesto a aire contaminado, vacunándose para evitar infecciones y con fármacos, oxígeno y rehabilitación pulmonar.

Introducir cambios en el estilo de vida puede ayudar a que los síntomas de la EPOC mejoren.

- Fomentar el acondicionamiento de fogones para el adecuado uso de fuentes de energía seguras y no contaminantes en los hogares
- Una de las medidas importantes de la prevención primaria y el tratamiento de la EPOC es reducir la exposición al humo de tabaco. Dejar de fumar o de vapear es lo principal. Incluso si lleva años fumando, dejar de hacerlo puede ayudar.
- Evitar el humo que se produce en espacios abiertos o cerrados al realizar quemas y promover en la población la realización de estas prácticas que son altamente contaminantes.
- Realizar actividad física.
- Identificar a los pacientes con EPOC e incentivar la protección de contra infecciones pulmonares mediante captación de estos pacientes para vacunarse contra la gripe todos los años y contra la neumonía. Recibir todas las vacunas contra la COVID-19 disponibles y asegúrese de que se le pongan las dosis de refuerzo más recientes.
- Reforzar y priorizar los servicios de rehabilitación en los sistemas de salud. La rehabilitación pulmonar para la EPOC forma parte del conjunto de intervenciones de rehabilitación que se está desarrollando en el marco de esta iniciativa de la OMS.
- Es importante monitorear y regular la medición de partículas (contaminantes ambientales) a nivel industrial. establecer un plan regulador
- Certificar espacios libres de humo de tabaco a nivel comercial, charlas educativas.
- Realizar operativos de fiscalización y regulación a nivel cantonal
- Educar sobre la importancia de cumplir con los tratamientos
- Educar sobre la importancia de reducir las quemas, regular el acondicionamiento de establecimientos y viviendas (chimeneas, extractores de humo)

1.1 Inseguridad ciudadana

En el ámbito de la sociedad, se entiende la inseguridad como la presencia real de riesgos o amenazas para la salud de los habitantes de una ciudad, país o región. Puede surgir de diversos factores, como pueden ser la violencia urbana (asociada, generalmente, a la criminalidad), la acción de las fuerzas naturales (desastres naturales), u otros factores propios de la vida en sociedad.

La seguridad ciudadana, también llamada seguridad pública, suele ser una tarea por cumplir por el Estado, a quien se le otorga el descargo de la violencia a través de las fuerzas del orden público (policía, bomberos, etc.). El Estado también maneja el sistema judicial para castigar los delitos y resarcir a las víctimas. La conducción de la sociedad debe garantizar la seguridad ciudadana, o sea, combatir la inseguridad en todas sus formas.

Los análisis de percepción realizados en los talleres de ASIS, junto a los registros administrativos, constituyen recursos fundamentales para comprender de una manera más integral un problema complejo y multidimensional como lo es la inseguridad ciudadana, como un proceso asociado a un sector determinado considerado vulnerable, que se encuentra relacionada con la apropiación sostenida en el tiempo de fenómenos como la inseguridad y la criminalidad, situación que principalmente desde hace un par de años se presenta en el cantón de Santa Cruz predominantemente en la zona costera.

1.1.1 ALTO CONSUMO DE SUSTANCIAS ILICITAS

La inseguridad ciudadana, se puede identificar en un barrio, calle o sector ubicado en el centro de la ciudad o en sus límites debido a la presencia de bandas u organizaciones criminales dedicadas al narcotráfico y/o venta de elementos ilegales, como armas de fuego y artículos hurtados, y que generan un poder económico, capaz de permitir el control de un sector, por encima de la presencia estatal.

Se generan puntos de venta o de encuentro de personas en condición de adicción a las drogas, comúnmente llamados drogadictos (habitantes y/o visitantes del sector).

Son problemas de salud pública que inciden de manera negativa en la calidad de vida de las personas, por los efectos en la salud física y mental de quien la sufre dada la frecuencia con que ocurre y las repercusiones.

1.1.2 PERTENENCIA DE LOCALIZACION DE CIERTOS GRUPOS DELICTIVOS

Las organizaciones criminales están conformadas por todo tipo de grupos sociales y diferencias económicas

Si bien es cierto el Estado diseñó programas que previnieran la incursión de estas en actividades criminales, un sector prosiguió en prácticas delictivas, que resultó en el fortalecimiento de estos grupos; así las cosas, no solo la especialidad en un delito determinado, sino la implementación de componentes militares, ampliaron su campo de acción.

En Costa Rica, el año 2017 presentó el número de homicidios más alto de la historia, la cifra fue de 603 homicidios dolorosos por cada 100 mil habitantes, lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) considero como una epidemia (Sánchez, 2018). Según estudios realizados por la Organismo de Investigación Judicial (OIJ), la principal causa de los homicidios es el narcotráfico y el narcomenudeo. (Sánchez, 2018, p. 20). Como resultado, Costa Rica se vuelve un país vulnerable e indefenso para la criminalidad, además de ser un medio sencillo para el ingreso de drogas que provoca que los ciudadanos se sientan indefensos ante tal situación.

1.1.3- VIVIENDAS Y HABITANTES EXPUESTOS AL AMPA POR AUMENTO DE HOMICIDIOS

Además, se incrementan los homicidios por Disputas entre bandas por el control de un territorio, según indican fuentes oficiales como el OIJ y este tipo de control de las bandas u organizaciones delictivas del sector (por dominio), incluso de forma directa o indirecta del que hacer de sus habitantes y visitantes, que a menudo encuentran tres caminos: aprender a convivir con esa “territorialización de la inseguridad”, pertenecer a ella, es decir, delinquir, o simplemente guardar silencio frente a lo ilícito.

1.1.4 - INSERCIÓN DE ELEMENTOS CULTURALES POR POBLACION MIGRANTE

Las condiciones de las poblaciones migrantes ocasionan traslados de otros cantones de Costa Rica o de otros países a diferentes sectores, lo cual genera inestabilidad en los ámbitos habitacional y escolar. Aunque sus núcleos familiares no son grandes, entre tres a cinco miembros, persisten problemas en la obtención de recursos suficientes para un sostenimiento integral adecuado.

Se observa una economía informal de población migrante que se utilizan como mamparas algún tipo de actividad económica que unen a delitos como narcomenudeo, contrabando y venta de productos hurtados (topadores).

1.1.5 FALTA DE REDES POLICIALES POR PRESUPUESTO LIMITADO

Las estructuras criminales identifican muy bien las zonas que por sus condiciones geográficas no cuentan con una presencia policial permanente para así ellos regular las relaciones de los habitantes del sector donde las problemáticas sociales y económicas favorecieron su aparición.

La persona es coaccionada en edades en las cuales su inmadurez le impide profundizar en juicios de valor, pero en el transcurso de su vida, cuando desarrolla la actividad delincinencial como un oficio, su participación se vuelve voluntaria, y las razones económicas no están sometidas solo a la falta de oportunidades, al contrario, este ejercicio le representa ingresos que de manera legal no puede obtener.

Las zonas urbanas están cercadas por la inseguridad donde quienes tienen el poder son las organizaciones criminales, el delito, la pobreza, el desempleo, el microtráfico, el deterioro urbano, la ausencia del Estado, la corrupción, la falta de control social, la exclusión y el miedo, como presupuesto de seguridad/inseguridad.

Debido a la falta de empleo se facilita la mayor concentración de riqueza en pocas manos y el conjunto de las actuales políticas macroeconómicas han traído graves consecuencias para las

condiciones de vida de la población, la cual, debido a sus múltiples carencias, en su lucha por la subsistencia, reacciona de diversas maneras, entre ellas con atentados contra la propiedad privada y con otros delitos que conllevan violencias sociales y políticas

La baja escolaridad, durante la etapa de la adolescencia facilita la influencia de amigos y conocidos del sector donde residen, quienes los inducen al consumo de estupefacientes y a participar en actividades ilegales como una "oportunidad", lo cual desvía el proceso educativo de estas personas y los conduce a una deserción escolar, unida a otros factores de riesgo tales como falta de oficio y de empleo, pobreza y violencia en el medio familiar y social, lleva a algunos individuos a tomar decisiones que se basan en el principio de costo-beneficio que les representa cada elección, lo que les permite destinar tiempo y recursos a la ejecución de actividades ilegales, que son provocadas por las serias carencias económicas que los pueden llevar a delitos como narcotráfico y narcomenudeo, secuestro y participación en el crimen organizado.

Desde una perspectiva individual, el delincuente puede ser el resultado de su entorno o de la baja influencia o ausencia de valores y principios. Los factores estructurales que afectan un normal desarrollo de las personas desvían el comportamiento de los niños y adolescentes, quienes observan, en las pandillas principalmente, un referente para imitar, lo cual propaga conductas reprochables y un ideario de que lo actuado es propio de su medio.

Este tipo de impresión generalmente conduce a la angustia o a la sensación de estar corriendo peligro, dado que el ser humano suele sentirse comfortable en las situaciones predecibles, repetitivas y cotidianas, más que en aquellas en las que no sabe qué cosa esperar. Es un rasgo conductual primitivo e instintivo que compartimos con muchas especies animales.

La persona es coaccionada en edades tempranas en las cuales su inmadurez le impide profundizar en juicios de valor, pero en el transcurso de su vida, cuando desarrolla la actividad delin cuencial como un oficio, su participación se vuelve voluntaria, y las razones económicas no están sometidas solo a la falta de oportunidades, al contrario, este ejercicio le representa ingresos que de manera legal no puede obtener

En el ámbito de la psicología y las emociones, se entiende la inseguridad como la sensación de malestar, nerviosismo o incomodidad que se experimenta ante situaciones percibidas como de vulnerabilidad. O sea, cuando un sujeto se siente expuesto, en una posición frágil, amenazado (no necesariamente en un sentido físico, sino también afectivo), comienza a experimentar los síntomas de la inseguridad.

Usualmente, ello se traduce en que el cuerpo se prepara inconscientemente para una situación de peligro, incrementando las palpitaciones cardíacas (para que los músculos respondan más rápido), segregando adrenalina (para un "extra" de rapidez de reacción), y la propia mente se dispone hacia la agresión, la sumisión o la huida, respuestas instintivas de la especie ante un peligro real.

Así, la inseguridad puede retroalimentar negativamente el circuito, pues la próxima vez que se encuentre en dichas situaciones, se sentirá más amenazado todavía, dado su fracaso anterior.

En el campo de la cultura y de los valores se envían mensajes contradictorios a la sociedad. Al tiempo que se genera un discurso que critica las medidas de fuerza y se queja de la inseguridad, en la práctica se la fomenta. En los discursos y la propaganda oficial se vende la idea de salir adelante mediante el trabajo y el esfuerzo personal y colectivo, y en la práctica se implanta la falta de solidaridad total, al poner a competir a todos contra todos y terminar premiando a aquél que logra salir adelante aun por encima de sus más próximos, estimulando así la violencia

Además, el descontrol en la concesión de patentes de licores a bares y de negocios con máquinas tragamonedas por parte de las municipalidades, es otra de las circunstancias criticadas por los vecinos de los cantones estudiados, por lo que urge tener un control adecuado para evitar que estos establecimientos se conviertan en centros delictivos, señaló la experta.

La planificación urbana y los espacios públicos agradables también llevan su cuota en esta lista de soluciones para crear entornos seguros. De acuerdo con ese mismo informe, los espacios deshabitados en lugares céntricos se tornan silenciosos y oscuros, lo cual ofrece guaridas para delincuentes.

Todas las causas anteriores tienen a su vez factores que facilitan una mayor ola de violencia. Por ejemplo, los propios habitantes de los cantones analizados señalaron el faltante de áreas y actividades de recreación, lo cual es causa de exclusión social, variable que siempre se asocia a mayor inseguridad ciudadana.

Líneas de acción. Inseguridad ciudadana

En conclusión, el narcotráfico y narcomenudeo son las principales causas de los homicidios que afectan a Costa Rica con una nueva cifra histórica. Las organizaciones están conformadas por familiares cuya nacionalidad puede variar (nacionales e internacionales), y que tienen en su poder armas, drogas, vehículos de lujo, propiedades privadas y dinero en efectivo. Finalmente, el Estado brinda una comunicación que puede tranquilizar al pueblo sobre el esfuerzo brindado por las organizaciones que combaten estos grupos delictivos. Sin embargo, casi la totalidad de la droga llega a su destino final, por lo que:

Es importante solicitar al Ministerio de Seguridad la inversión con delegaciones y trabajar mediante operativos interinstitucionales capacitaciones de seguridad comunitaria

Rescatar espacios públicos y eliminación de bunkers.

Realizar abordajes mediante patrullajes diurnos y nocturnos en comunidades

Establecer estrategias de reducción de vulnerabilidad: charlas preventivas en establecimientos, cámaras de monitoreos, patrullajes

Realizar operativos: fuerza pública, migración, municipalidad, OIJ, GAO.

1.2 FALTA DE SENSIBILIDAD AMBIENTAL

Cada vez es más evidente que la falta de sensibilización ambiental es un problema que afecta a nuestra sociedad en todos los niveles. Desde la falta de compromiso individual hasta la inacción de las autoridades, el medio ambiente sigue siendo víctima de la irresponsabilidad colectiva.

La falta de sensibilización ambiental en la sociedad tiene graves consecuencias para el planeta y para la vida de todas las especies que lo habitan. En primer lugar, la contaminación del aire, agua y suelo genera efectos negativos en la salud humana y la de otros seres vivos. La emisión de gases tóxicos y la acumulación de residuos en lugares inapropiados pueden causar enfermedades respiratorias, problemas de piel, intoxicaciones y otros trastornos.

Otra consecuencia de la falta de sensibilización ambiental es la pérdida de biodiversidad. La destrucción de hábitats naturales, la caza indiscriminada, la introducción de especies exóticas y otros factores humanos han llevado a la extinción de muchas especies y a la disminución de la población de otras. Esto afecta el equilibrio ecológico y puede tener consecuencias impredecibles en el futuro.

La falta de sensibilización ambiental también tiene un impacto económico. La contaminación y la degradación del medio ambiente pueden afectar la calidad de los productos agrícolas y ganaderos, lo que puede llevar a pérdidas económicas para los productores y a un aumento de los precios para los consumidores. Además, la falta de cuidado del medio ambiente puede dañar la imagen de un país o una región y afectar su atractivo turístico.

1.2.1 FALTA DE RECURSO ECONOMICO PARA EJECUCION DE CAMPAÑAS AMBIENTALES

La falta de sensibilización puede ir de la mano con la falta de comprensión sobre la interconexión entre los sistemas naturales y la vida humana. La salud humana está intrínsecamente ligada a la salud del medio ambiente.

Para abordar la falta de sensibilización ambiental, es fundamental implementar programas educativos, campañas de concientización y políticas que fomenten un mayor conocimiento y compromiso con la protección del medio ambiente. Además, es importante destacar cómo las acciones individuales pueden tener un impacto colectivo en la salud del planeta.

1.2.2 FALTA DE EDUCACION AMBIENTAL

La falta de educación ambiental también influye en la falta de conciencia ambiental de la sociedad. La educación ambiental es un proceso que busca formar individuos capaces de comprender las interacciones entre el medio ambiente y los seres humanos, y cómo estas interacciones afectan el bienestar de ambos. Sin embargo, muchas veces, esto no se enseña adecuadamente

1.2.3 FALTA DE CONVIVENCIA CON LA NATURALEZA GENERANDO FACTORES DE RIESGO INMUNOLOGICOS (ALERGIAS)

La falta de sensibilización puede ir de la mano con la falta de comprensión sobre la interconexión entre los sistemas naturales y la vida humana. La salud humana está intrínsecamente ligada a la salud del medio ambiente.

Para abordar la falta de sensibilización ambiental, es fundamental implementar programas educativos, campañas de concientización y políticas que fomenten un mayor conocimiento y compromiso con la protección del medio ambiente. Además, es importante destacar cómo las acciones individuales pueden tener un impacto colectivo en la salud del planeta.

1.2.4 FALTA DE JUSTICIA AMBIENTAL

La falta de políticas públicas suficientes para la protección del medio ambiente, la falta de regulaciones en la industria y la falta de cumplimiento de las normativas existentes son factores que contribuyen al impacto ambiental

Líneas de acción: Falta de Sensibilidad Ambiental

Desde el Ministerio de Salud, se elaboraron una serie de intervenciones para poder contrarrestar la falta de sensibilización ambiental, en las cuales tenemos las siguientes líneas de acción:

Destinar un presupuesto económico para realización de campañas ambientales

Destinar un presupuesto económico para realización de campañas ambientales

Realizar charlas educativas en escuelas en temas de educación ambiental

Incentivar la convivencia en edades tempranas con la naturaleza campañas de educación ambiental

Plan regulador de construcciones e industriales y determinar una zona franca para el cantón

1.3 VIOLENCIA

Cuando los vínculos que unen a la familia se debilitan, y en muchos casos se "rompen", los integrantes más vulnerables (niños, niñas y adolescentes) se exponen a situaciones como la violencia intrafamiliar y el abandono, que pueden encauzarlos hacia comportamientos antisociales.

La violencia siempre ha estado presente de una o de otra manera, con mayor o menor intensidad, sin embargo, actualmente pareciera ser que la tolerancia a su presencia se ha ido restringiendo. La Asamblea Mundial de la Salud declara que la violencia es un problema de salud pública creciente por la cantidad de personas que se ven afectadas por ella. Además del sufrimiento que provoca, ésta genera un impacto negativo en la sociedad

El efecto que provoca en las personas ser víctimas de violencia presenta implicaciones en los aspectos psicosociales, comunitarios, jurídicos y en lo político

La violencia está creciendo cada día más en nuestro país, la tasa de homicidio relata cifras históricas que alarman a la población. Según los datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), el 2022 registró una cifra histórica de homicidios de 657, es decir 1,8 homicidios por día, ya el 2023 se ha superado a la cifra en comparación al año anterior. Estos datos coinciden con el crecimiento continuo y acentúa la crisis durante la última década.

La cifra mayoritaria de las víctimas del 2022 consiste en personas con antecedentes criminales vinculados con el narcotráfico, donde el principal móvil fue ajuste de cuentas. Estos también se relacionan con las disputas de territorios, o incluso conflictos dentro de las bandas de narcotraficantes que quieren obtener el control para poder vender drogas.

Origen y Consecuencias de la Violencia

Los comportamientos agresivos, como cualquier otro comportamiento, resultan de una combinación de factores individuales del niño y factores en la familia, la comunidad, y en la sociedad.

Factores Individuales:

Temperamento; genes biológicos, complicaciones de nacimiento; déficit de atención; madre que usa drogas durante el embarazo

Factores en la familia:

Abuso infantil; padres con depresión; violencia doméstica; padres sin supervisión a sus hijos; acceso a armas; padres ausentes; demasiada televisión y videojuegos.

Factores en la comunidad:

Violencia en la comunidad; tráfico de drogas; aislamiento; acceso a armas; pertenecer a una pandilla.

Factores en la sociedad

Pobreza; discriminación; acceso a armas; violencia en la televisión

Violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres es todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico que se produce tanto en la vida pública como en la privada.

Estas son los tipos de violencia contra las mujeres, según la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer emitida por la Asamblea General de la ONU en 1993.

- Violencia psicológica: se ejerce mediante manipulación, amenazas, humillación o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica
- Maltrato psicológico en la pareja: es uno de los abusos más frecuentes en las relaciones sentimentales, a menudo las víctimas desconocen que están sufriendo una agresión
- Violencia física: es el golpe y la conducta que pone en riesgo o daña la integridad corporal de una persona
- Violencia sexual: Se obliga a la persona a mantener contacto sexualizado, físico, verbal o a participar en otras interacciones sexuales
- Violencia patrimonial: se da cuando se provoca un daño, pérdida bienes, valores, retención de documentos personales, entre otros.

Cuando los vínculos que unen a la familia se debilitan, y en muchos casos se "rompen", los integrantes más vulnerables (niños, niñas y adolescentes) se exponen a situaciones como la violencia intrafamiliar y el abandono, que pueden encauzarlos hacia comportamientos antisociales.

Falta de oportunidades

La pobreza y la escasez de oportunidades de empleo es un factor determinante en los cantones del país que sufrieron un incremento sostenido en la tasa de homicidios de la última década.

Debemos entender que las malas condiciones de vida a las que se enfrentan los habitantes permiten la entrada del narcotráfico y del crimen organizado, que conducen eventualmente a la violencia. Los cantones necesitan una política robusta de educación, generación de empleo y asistencia social.

Las personas que se insertan en esta dinámica del tráfico no son las más pobres del país, sino las provenientes de las condiciones más desiguales en el acceso a la educación y el trabajo. "Es un grupo de personas, cada vez más jóvenes, que encuentran en la dinámica del tráfico, una forma de suplir las necesidades insatisfechas que el sistema les demanda; un espacio de reconocimiento y poder.

La falta de oportunidades en educación y trabajo es porque el Estado ha dejado de estar presente en la creación de condiciones dignas para toda la población, haciendo más grande la brecha entre quienes acceden a educación de calidad, a trabajos de calidad y una vida de calidad. La educación y el trabajo están territorializados, así como las zonas desiguales, que coinciden con la mayor falta de trabajo e inversiones privadas en el mismo trabajo y en la educación.

La violencia en el país se encuentra en una condición crítica, de la cual se requiere asumir responsabilidades y no tratar de evadirlas. La educación y el trabajo deberían de ser el camino digno para que Costa Rica sea el país de paz.

1.3.1 DEBILIDAD INSTITUCIONAL EN APLICACIÓN DE LEYES CONTRA LA VIOLENCIA

Costa Rica se ha convertido en un país que se preocupa más por el encarcelamiento que por la creación de oportunidades, que ha dejado de invertir en seguridad y que no cuenta con una verdadera política de paz que se arraigue en las comunidades, en las escuelas, en los medios de comunicación de todo el país, no sólo de las zonas más desprotegidas, donde confluyen los elementos políticos y económicos de las decisiones de cada gobierno para la inversión en el tema.

Cuando los vínculos que unen a la familia se debilitan, y en muchos casos se "rompen", los integrantes más vulnerables (niños, niñas y adolescentes) se exponen a situaciones como la violencia intrafamiliar y el abandono, que pueden encauzarlos hacia comportamientos antisociales.

Se debe mejorar las prácticas de vigilancia en los alrededores de las escuelas y colegios, que se estaba haciendo antes y que ahora se ha reducido, además de invertir en la educación con charlas y visitas de organizaciones para que hablen en contra de las drogas, en contra de estos problemas y la recuperación de los espacios públicos.

Como país estamos claros que hace falta una política clara de seguridad ciudadana, donde el Estado tome parte de la situación, empiece a fortalecer todo el sistema e involucre una justa prevención del delito.

1.3.2 GRUPOS DE POBLACION VULNERABLES A VIOLENCIA

Entre los grupos más susceptibles a la vulnerabilidad, al empobrecimiento y/o la exclusión social se destacan: niños, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad, indígenas, migrantes y privados de libertad, y por supuesto tomando en cuenta en todos ellos la variable género.

Niños y adolescentes.

El derecho de los niños pequeños a un desarrollo saludable es clave para promover y proteger el derecho a la salud a lo largo de la vida, y para fomentar el desarrollo humano sostenible. Los tres elementos críticos del desarrollo infantil saludable son:

- un cuidado estable, receptivo y enriquecedor;
- entornos seguros y de apoyo.
- una nutrición adecuada.

En la **adolescencia**, las desigualdades se vuelven más marcadas en términos de acceso a los servicios, decisiones de vida y trayectorias futuras. Las bases sentadas durante la adolescencia para la seguridad emocional, la salud, la educación, las habilidades, la resiliencia y la comprensión de los derechos tienen profundas implicaciones para el desarrollo social, económico y político de los adolescentes. Los costes de fallar a los adolescentes son altos. Por eso hay que

prestar más atención al derecho de los adolescentes al más alto nivel posible de salud y desarrollo.

Aunque los propios adolescentes tienen la capacidad de contribuir a su propia salud y bienestar, sólo pueden alcanzar este objetivo si los Estados respetan y protegen sus derechos. Los Estados deben facilitarles el acceso a las condiciones, los servicios y la información necesarios

Mujeres y niñas.

Las mujeres y las niñas se enfrentan a importantes obstáculos para el pleno disfrute de su derecho a la salud, en particular cuando se trata de la salud sexual y reproductiva. Debido a ciertas interpretaciones restrictivas de los valores y creencias religiosas y culturales -que dominan el discurso político y la praxis en ciertos países-, las mujeres y las niñas no siempre tienen un acceso adecuado a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva o a la educación.

La realización del derecho a la salud requiere la eliminación de las barreras que interfieren en la toma de decisiones individuales sobre cuestiones relacionadas con la salud. Requiere el acceso a los servicios de salud, a la educación y a la información, en particular sobre las condiciones de salud que sólo afectan a las mujeres y a las niñas.

Personas con discapacidad.

Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud, incluido el acceso a servicios sanitarios de calidad. Las personas con discapacidad no deben ser discriminadas y deben disfrutar del derecho a la salud en sus comunidades como lo hacen las personas sin discapacidad.

Con demasiada frecuencia, los niños y adultos con diferentes formas de discapacidad se ven privados de la plena realización del derecho a la salud.

Las normas de derechos humanos establecidas por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) presentan una buena ocasión para repensar el legado histórico de los modelos anteriores y alejarse de las prácticas que van en contra de los derechos humanos y del enfoque moderno de la salud pública.

Migrantes, refugiados y solicitantes de asilo.

El derecho a la salud de los trabajadores migrantes, incluidos los trabajadores migrantes poco cualificados, así como los migrantes irregulares, los refugiados y los solicitantes de asilo, señala la responsabilidad de los Estados y de los agentes no estatales de respetar, proteger y realizar su derecho a la salud.

Hay una serie de cuestiones relevantes en relación con los trabajadores inmigrantes, entre ellas:

- La responsabilidad del Estado de origen de facilitar el acceso a la información y de regular las agencias de contratación.
- Derecho a la salud en relación con las políticas de inmigración, como las pruebas médicas obligatorias, la detención y la deportación de trabajadores inmigrantes irregulares o con un estado de salud específico.

- Acceso a instalaciones, bienes y servicios sanitarios, especialmente por parte de los trabajadores migrantes irregulares.

Los trabajadores migrantes suelen iniciar el proceso migratorio como personas relativamente sanas. Sin embargo, la complejidad y la diversidad de circunstancias a lo largo del ciclo migratorio pueden hacerlos muy vulnerables a una mala salud física y mental, comprometiendo el disfrute de otros derechos.

Al ordenar que la no discriminación informe todos los aspectos de la política estatal, el marco del derecho a la salud no permite ninguna distinción entre los trabajadores migrantes regulares e irregulares, por un lado, y los nacionales de los Estados, por otro. En este sentido, difiere de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, que permite a los trabajadores migrantes irregulares acceder a instalaciones, bienes y servicios sanitarios sólo cuando los necesitan con urgencia. La no discriminación exige que los derechos socioeconómicos, como el acceso a instalaciones, bienes y servicios sanitarios, estén disponibles por igual para nacionales y no nacionales, incluidos los trabajadores migrantes irregulares.

Las políticas migratorias existentes en todo el mundo han provocado un elevado número de inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo detenidos. Una de las principales preocupaciones son sus necesidades de salud mental y física. Los largos periodos de detención y las malas condiciones de vida facilitan la transmisión de enfermedades contagiosas y pueden tener efectos devastadores en la salud mental de los migrantes. Esto se agrava en el caso de los solicitantes de asilo y los refugiados, que a menudo sufren traumas previos por la violencia, la persecución y el desplazamiento.

Personas LGBTI.

Las leyes penales relativas a las conductas sexuales consentidas entre personas del mismo sexo, la orientación sexual y la identidad de género suelen infringir varios derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Por lo general, estas leyes son intrínsecamente discriminatorias y, como tales, infringen los requisitos del enfoque del derecho a la salud, que exige la igualdad de acceso para todas las personas.

Las repercusiones de la discriminación basada en la conducta y la orientación sexuales sobre la salud son de gran alcance, e impiden a las personas afectadas acceder a otros derechos económicos, sociales y culturales. A su vez, la vulneración de otros derechos humanos repercute en la realización del derecho a la salud, por ejemplo, impidiendo el acceso al empleo o a la vivienda.

Estas infracciones socavan en última instancia la dignidad inherente de las personas en la que se basa el marco internacional de los derechos humanos. Negar la dignidad de las personas mediante la penalización de ciertas conductas disminuye sustancialmente su autoestima y, al hacerlo, impide la realización del derecho a la salud.

Personas mayores.

El envejecimiento activo y digno de las personas mayores requiere replantear el concepto de envejecimiento de la sociedad para centrarse más en la participación continuada de las personas mayores en la vida social, económica, cultural y cívica, así como en sus continuas contribuciones a la sociedad.

El enfoque del derecho a la salud es indispensable para el diseño, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y los programas relacionados con la salud a fin de mitigar las consecuencias del envejecimiento de la sociedad y garantizar el disfrute de este derecho humano por parte de las personas mayores. En consecuencia, las instalaciones, los bienes y los servicios de salud deben estar disponibles, ser accesibles, asequibles, aceptables y de buena calidad para las personas mayores. Alentar a las personas de edad a permanecer activas desde el punto de vista físico, político, social y económico durante el mayor tiempo posible beneficiará no sólo al individuo, sino también a la sociedad en su conjunto. La promoción y la protección de los derechos humanos de las personas mayores debe preocupar a todo el mundo porque el envejecimiento es un proceso que se aplica a todos

1.3.3 FALTA DE APOYO INSTITUCIONAL EN EL MOMENTO DE PRIORIZAR LA ATENCION EN CASOS DE VIOLENCIA

Hablar sobre el consentimiento, el impacto de la violencia y cómo intervenir de manera segura, son algunos de los puntos más importantes que puedes abordar. Iniciar conversaciones sobre los roles de género a una edad temprana y cuestionar las características tradicionales asignadas a hombres y mujeres. Señalar los estereotipos a los que se enfrentan constantemente y hacerle saber a los niños que no hay nada malo en ser diferente.

La inseguridad y la delincuencia saltaron en este año al primer lugar de los mayores problemas del país y duplican en menciones al costo de la vida y al desempleo, situaciones de índole económica que siguen causando preocupación en las personas y que han ocupado las principales posiciones después del shock de la pandemia en 2020.

Un 35% de las personas encuestadas por CIEP-UCR indicaron que la inseguridad es la mayor angustia nacional en este momento, mientras 18% señaló que es el costo de la vida y la situación económica y un 16% apuntó a la falta de trabajo, ahora que el desempleo está en 11% y miles de costarricenses han declinado de buscar un puesto laboral.

La Inseguridad se eleva como mayor problema nacional, pero 60% desconfía de capacidad del Gobierno para enfrentarla la problemática que vive el país, se debe de contar con leyes más robustas para controlar la violencia.

1.3.4 DESIGUALDAD SOCIAL EN ACCESO A LA JUSTICIA

Uno de los muchos impactos negativos de los niveles históricos de desigualdad en que vivimos es el hecho de que atenta a un principio básico de todas nuestras sociedades: el principio de que todos somos iguales ante la ley y tenemos derecho a igual protección por parte de la justicia.

Frente a los altos niveles de pobreza y desigualdad de ingresos, millones de personas en todo el mundo no sólo están excluidas de participar plenamente en la sociedad, sino que además no tienen acceso a servicios sociales básicos, incluido el acceso a la justicia.

La exclusión de las personas que viven en pobreza de la protección provista por la ley no solo los expone a privaciones injustas de su libertad, abusos, violencia, intimidación y corrupción, sino que además tiene un enorme impacto en sus medios de vida y les impide mejorar su situación y la de sus hijos, a pesar de sus esfuerzos.

La falta de acceso a la justicia es una de las principales razones por las que las personas caen y permanecen en la pobreza extrema, así el acceso a la justicia no es solo un derecho humano en sí mismo, sino también una herramienta esencial para combatir la pobreza y sus causas.

Con demasiada frecuencia pensamos que la pobreza se caracteriza simplemente por la falta de ingresos. En realidad, es un fenómeno multidimensional que abarca una falta crónica de recursos, capacidades, opciones, seguridad y poder.

Por lo tanto, luchar contra la pobreza no solo requiere mejorar los niveles de ingresos y el acceso a la vivienda, la alimentación, la educación, los servicios de salud, el acceso al agua y al saneamiento.

Es necesario también que las personas que viven en pobreza tengan los recursos, las capacidades, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar todos los derechos humanos. El acceso a la justicia juega un papel crucial en cada uno de los elementos de esta ecuación.

Sin un acceso equitativo a la justicia, las personas que viven en la pobreza no pueden reclamar sus derechos ni desafiar los delitos, abusos o violaciones cometidas contra ellos, atrapándolos en un ciclo de impunidad, privación y exclusión.

La complejidad innecesaria y los requisitos formales de los procesos judiciales también tienen un impacto desproporcionado en ellos, debido a su falta de información y conocimiento sobre la ley y sus derechos.

Los que viven en pobreza no solo se enfrentan a este conjunto complejo de barreras que les impiden acceder a la justicia en igualdad de condiciones con el resto de la población, sino que además se enfrentan a obstáculos insalvables para maniobrar dentro o fuera del sistema de justicia con consecuencias económicas y sociales devastadoras

1.3.5 POBREZA Y EXCLUSION POR MOVILIDAD SOCIAL

La pobreza trata de la privación de recursos económicos y materiales que sufre una persona o un país; mientras que la exclusión social abarca más aspectos, como la ausencia de recursos materiales, la ausencia de participación en el sector económico, social, político y cultural.

La exclusión social **es un proceso dinámico**, en constante cambio, con diversas barreras y dificultades que se acumulan y evitan que una persona, familias, grupos o regiones formen parte

de una sociedad. Estos individuos o grupos tienen relaciones desiguales con el resto de la comunidad de una región.

La exclusión social es estructural porque es una realidad inherente a todas las sociedades. Por desgracia, es un elemento más del sistema económico y social en el que vivimos.

La movilidad social se refiere al movimiento de individuos o grupos en posición social a lo largo del tiempo. Más comúnmente, la movilidad social se refiere al cambio en la riqueza y estatus social de los individuos o familias. Sin embargo, también puede referirse a cambios en el estado de salud, tasa de alfabetización, educación u otras variables entre grupos como clases, grupos étnicos o países.

La exclusión social es la falta de participación de segmentos de la población en la vida cultural, económica y social de sus respectivas sociedades debido a la carencia de los derechos, recursos y capacidades básicas (acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información, a los sistemas de salud y protección social), factores que hacen posible una participación social plena

Líneas de acción: Violencia

Se deben hacerse grandes esfuerzos para generar oportunidades a la juventud y a la niñez, para que encuentren formas de salir de la pobreza, de integrarse con la familia, con la sociedad y que eviten esas condiciones tentadoras de buscar el dinero fácil y de caer en manos del hampa y del crimen organizado, que los buscan y son presa fácil del mismo por su condición

Hace falta una política clara de seguridad ciudadana, donde el Estado tome parte de la situación, empiece a fortalecer todo el sistema e involucre una justa prevención del delito y la violencia.

1. Aumentar las relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños, niñas, adolescentes y sus padres.

-Talleres de relaciones saludables que les permita sentirse apoyados, informados y conectados de una relación sana, donde ellos puedan identificar que es saludable para ellos y lo que no es.

2. Desarrollar habilidades para la vida en los niños y los adolescentes.

-Charlas educativas, informativas y de sensibilización, dirigidas a la población estudiantil, con el fin de evitar la violencia en la sociedad.

3. Restringir el acceso a las armas de fuego, las armas blancas en los centros educativos.

-Promover estrategias para que los estudiantes de centros educativos estén más seguros y se pueda proteger la integridad de la población.

-Utilizar medios de comunicación locales para realizar campañas preventivas con respecto al aumento de violencia que esta presentado en cantón.

4-Seguridad cantonal.

-Articular estrategia con la municipalidad sobre compra de equipos tecnológicos de seguridad (cámaras) y colocarlas en áreas comunes para que la población sienta más seguridad en el cantón.

A continuación, las líneas de acción que surgieron del taller 3 de ASIS:

Verificar implementación de cumplimiento de leyes vigentes mediante vigilancia

Monitoreos comunitarios y unión con comunidades organizadas contra el hampa

Divulgación de afiches de redes de apoyo

Realizar operativos interinstitucionales

3. CAUSAS PRIORIZADAS DE SALUD MENTAL

Enfermedades de Salud Mental

La Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Es importante recalcar que, en el decreto de vigilancia de la salud desde octubre del año 2012, se incorporó la notificación obligatoria de algunos trastornos mentales como lo son en la notificación individual: trastorno afectivo bipolar, intento de suicidio, esquizofrenia y en forma colectiva la depresión, lo que vino a concretar la publicación de la primera Política de Salud Mental en Costa Rica. (Análisis de Vigilancia de la Salud)

Con base a lo anterior, se presenta la situación de algunos trastornos mentales proveniente de la notificación de los establecimientos públicos y privados, por medio del Sistema de Vigilancia de la Salud.

3.1.1 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El concepto de dependencia es muy importante para los médicos clínicos, ya que deben entender que las recaídas son parte del proceso y que se requiere de apoyos reiterados para lograr la abstinencia. Las manifestaciones clínicas dependen de las características individuales de personalidad de cada individuo, así como de las circunstancias socioculturales que lo rodean. El principal síntoma, es la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir la sustancia para experimentar la recompensa que produce y para evitar el síndrome de abstinencia. Al ser el tabaquismo una enfermedad adictiva, se hace necesario, en cada paciente, caracterizar y objetivar la dependencia y su severidad, tanto en sus aspectos físicos como psicosociales.

3.1.1.1 ESTRÉS POR EXCLUSIÓN SOCIAL Y LIMITACIONES DE CONVIVENCIA

La exclusión social es el proceso por el que las personas son excluidas para participar o integrarse en la sociedad a la que pertenecen en el ámbito social, económico, cultural, político, entre otros, debido a la carencia de los derechos, recursos y capacidades básicas, acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información. Esta situación está definida por las relaciones entre las clases sociales, el manejo de los recursos y el control del poder.

Existen multitud de colectivos en riesgo de exclusión social: Personas sin hogar, en contacto con la cárcel, discapacitados, de género, con enfermedades mentales, jóvenes, drogas, alcoholismo, prostitución, población en condición de calle, personas mayores e inmigración.

En el caso de las personas mayores, la exclusión social de la que son objeto puede deteriorar su salud física y mental, pues las expone a mayores riesgos, agrava su desamparo y limita su acceso a servicios y cuidados, como por ejemplo no acceder al bono familiar de vivienda porque desconocen en que consiste o cómo gestionarlo, estas personas pueden tener un mayor riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la obesidad, debido a factores como el acceso limitado a alimentos saludables y la falta de actividad física. La exclusión social también puede tener efectos negativos en la salud mental de estas personas.

Diferentes estudios ponen de manifiesto que la exclusión social y la desigualdad generan problemas de salud mental. El efecto de la pandemia del Covid-19 en la salud de las personas es evidente, pero poco se ha hablado de sus efectos en la salud mental, asociado no solo a la condición de salud, sino también en los efectos en lo económico, laboral y emocional que a su vez generan desigualdad y exclusión social.

3.1.1.2 FALTA DE PROGRAMAS DE HABILIDADES PARA LA VIDA

Las personas con déficit en habilidades sociales experimentan aislamiento social, rechazo y una baja autoestima, como consecuencia de percibirse a sí mismas como incompetentes socialmente.

Los programas de habilidades para la vida son aquellos que fomentan la capacidad de las personas de tomar decisiones y llevar a cabo las acciones que impactan positivamente en sus vidas y en las de quienes les rodean. Uno de los objetivos principales es promover el bienestar psicológico y físico de las personas.

Llegar a la gente joven a través de los programas de habilidades para la vida, tanto en el marco del sistema educativo como al margen de este, ofrece la oportunidad de desarrollar habilidades de liderazgo, de ofrecer formación profesional y de integrar elementos de empoderamiento para las niñas y las jóvenes. Estos programas contribuyen a modificar las normas culturales y a favorecer el cambio social para la siguiente generación.

A nivel cantonal se identifican acciones de habilidades para la vida en población de niñez y adolescencia, a través de la RECAFIS, donde se articulan acciones desde IAFA y MEP,

no así con la población adulta, donde el tema no es abordado de manera sistemática, pero hace falta mayor compromiso de parte del gobierno local.

3.1.1.3 CONDICIONES DE MARGINALIDAD

Situaciones en las cuales la población está fuera de la sociedad, a través de la no inclusión en sistemas de protección social. Ejemplo de situaciones, como la pobreza y la discapacidad, en las que la población no puede participar en actividades comunes y corrientes generan condiciones de marginalidad con afectaciones en la salud mental.

3.1.1.4 PROMOCIONES INEFICIENTES EN TEMAS DE SALUD MENTAL

Si bien es cierto existen estrategias para la promoción de la salud mental donde se crean entornos de apoyo, estas no son sistemáticas por lo que se requiere de acciones mejor planificadas.

3.1.1.5 OFERTA LIMITADA DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL EN LA REGION

La vida actual está llena de múltiples retos para todas las personas. Desde la infancia, los seres humanos se ven inmersos en diversas situaciones que pueden alterar sus pensamientos, emociones, formas de ver el mundo e incluso poner en peligro sus vidas.

Si bien es cierto en el cantón contamos con atención en salud por medio de los diferentes EBAIS, no se maneja la promoción de la salud mental, esta es una de las barreras que afecta, ya que por desconocimiento y falta de sensibilización en las personas no hacen uso de estos servicios; se debe llevar a cabo temas de educación, para que los pobladores conozcan más y estén informados de los servicios que puedan obtener y el derecho de garantizar una buena salud mental.

Líneas de acción: Trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas

Realizar trabajos comunales y acciones de voluntariado

Realizar procesos de seguimiento y medición de impacto en Salud Mental.

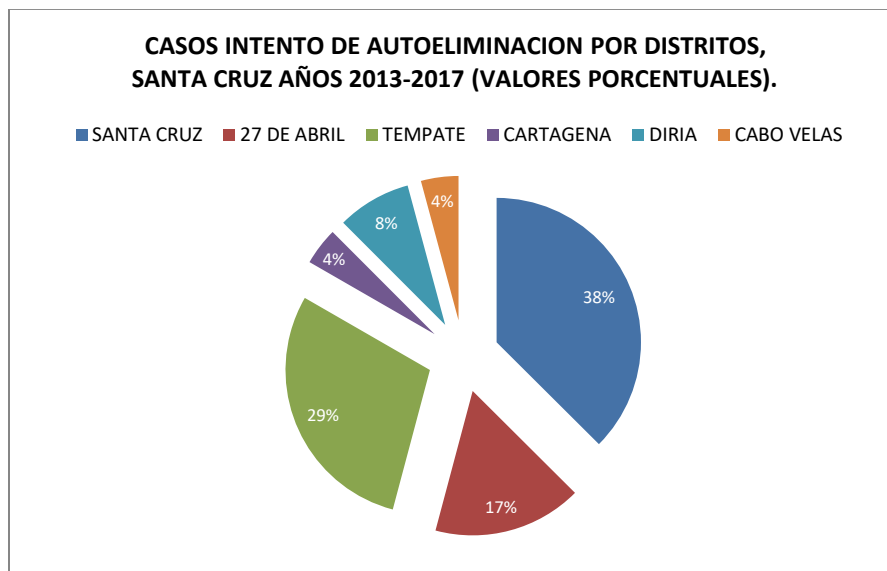
Programar actividades de reforestación, apropiación de espacios públicos embellecimiento de espacios con murales

Establecer articulación con universidades y ONG, para el apoyo en intervención en salud mental

3.1.2 INTENTOS DE SUICIDIO

✚ Intento de Suicidio:

- ✚ En el año 2016 se notificaron 7 casos, 3 en hombres y 4 en mujeres, solamente se especificó en un caso el método utilizado que fue por envenenamiento. En el año 2017, se presentan 4 casos, 2 en hombres y 2 en mujeres, igualmente no se especifica el método utilizado.
- ✚ En el siguiente gráfico se presenta un acumulado porcentual de los últimos 5 años en los distritos afectados, siendo los distritos de Santa Cruz, Tempate y 27 de Abril los que tienen los porcentajes más altos en orden de importancia.



Fuente: VIG-ARSSC.

3.1.2.1 FALTA DE APOYO FAMILIAR

Es importante un buen acompañamiento a la familia, que muchas veces no saben cómo reaccionar, por eso es interesante conocer los recursos que hay en nuestra zona, para poder dar cierta orientación inicial para derivarlo a los profesionales de la salud y/o del ámbito social.

Hay muchas creencias limitantes, fruto del estigma asociado al suicidio, que no nos permiten desempeñar nuestro rol con efectividad. A menudo, la familia se convierte en el vigilante-responsable y esto hace aumentar su angustia y contribuye a incrementar la percepción de que la persona en riesgo es una carga para su familia o entorno. Si acompañamos a una persona que ya ha llevado a cabo una conducta suicida, el miedo a la repetición llevará al entorno a una

situación de estrés sostenido, y aparecerán los síntomas relacionados con el llamado estrés de la persona cuidadora:

Sabemos que el suicidio en sí mismo se asocia con estereotipos negativos y los supervivientes de intentos de suicidio experimentan tanto el estigma del trastorno mental como el del suicidio, lo que puede contribuir a aumentar el riesgo de suicidio consumado. También entre los miembros de la familia se refleja este estigma, a través del lenguaje que evita la utilización del mismo término «suicidio», que se sustituye por el «accidente» o «cuando ocurrió aquello», entre otras expresiones. La familia y el entorno generan un mito sobre lo ocurrido, y a menudo limitan la involucración de otras personas del entorno, lo que dificulta la ampliación de la red de protección.

Papel que pueden tener los amigos en detectar un riesgo

En la prevención del suicidio todo el mundo es importante, no solo los profesionales de la salud mental. En una etapa como la adolescencia, en la que las personas más importantes es el grupo de amigos, quien más y antes puede detectar una señal y parar este proceso pueden ser los amigos de confianza.

3.1.2.2 EVITAR LA ROTACION DE PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Uno de los principales problemas en el cantón es que en área de urgencia y EBASIS tiene una constante rotación del personal en atención directa de pacientes, lo cual provoca la usencia de un compromiso real con la población y la falta de una adecuado de atención en los temas prioritarios, entre ellos el suicidio y la depresión, además el área de salud solo cuenta con un profesional en psicología para atender a todo el cantón y no se cuenta con un equipo interdisciplinario en la atención de salud mental, se puede afirmar que en un sistema de salud pública como el costarricense, en donde la salud mental no es prioritaria en el abordaje, lo cual se agrava más en las zonas rurales, donde el acceso a estos servicios es más limitado y el riesgo suicida no logra una acompañamiento integral.

3.1.2.3 LARGAS LISTAS DE ESPERA CON ESPECIALISTA

La fuga de especialistas en la seguridad social sería una de las causantes de las ya largas listas de espera en la seguridad social, pues los especialistas que forma la institución deciden trasladarse a otros centros que pagan mejor, como el Hospital del Trauma.

La falta de especialistas médicos puede considerarse como una de las causas principales de esta problemática.

Ante la ausencia de profesionales, es necesario que especialistas extranjeros puedan ser recibidos y obtener el permiso del Colegio de Médicos y Cirujanos con mayor facilidad para poder trabajar en el país.

3.1.2.4 DESIGUALDAD LABORAL

La crisis económica de Costa Rica está relacionada con las desigualdades sociales que se vienen facilitando desde años atrás.

Una de las más grandes brechas de desigualdad social se genera por los ingresos y está relacionada con el empleo del sector público, el sector privado y la informalidad. Las oportunidades laborales de la Costa Rica Pura Vida no son para todos.

La desigualdad en materia de empleo del país no se puede seguir manteniendo. Mientras unos disfrutan de pluses sobre sueldos y pensiones millonarias, otros no tienen las condiciones básicas de empleo digno, acceso a salario mínimo ni a seguridad que brindan las garantías sociales. Hoy más que nunca se requieren medidas que generen empleo de calidad y faciliten la formalización. Sí se puede lograr tener un país más justo y equitativo, donde las desigualdades poco a poco vayan desapareciendo y el derecho a un trabajo digno esté al alcance.

Relacionar cómo la recesión económica y el aumento del desempleo o la flexibilización del mercado laboral, así como las migraciones, la disminución del gasto público en salud y educación, y la mayor participación de la mujer en actividades remuneradas, pueden estar debilitando en algunas zonas rurales el protagonismo del hombre como sostén económico de la familia, erosionando a su vez su autoridad "moral" dentro de su grupo familiar.

3.1.2.5 NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

Se considera una necesidad básica Insatisfecha, a aquella que padece de al menos de carencias de viviendas con características físicas inadecuadas, acceso a servicios sanitarios, disponibilidad de agua, salud, educación, alimentación, vestido, seguridad y derechos

Las necesidades básicas deben constituirse en derechos inalienables, ya que por su posesión y practica hacen a la dignidad del individuo y de la comunidad. La satisfacción de estas necesidades implica un marco ambiental sano

Líneas de acción: Intentos de suicidio

Coordinar intervención institucional

Brindar seguimiento de casos por funcionario específico

Realizar estrategia de priorización de atención de casos

Articular ferias de empleo y apoyo a personas desempleadas

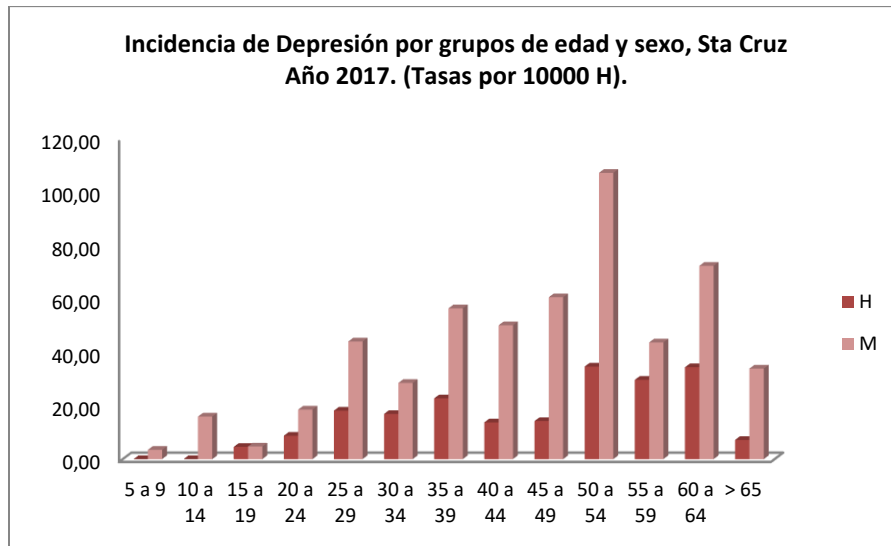
Realizar búsqueda y seguimiento con redes de apoyo institucional para satisfacer necesidades básicas

3.1.3 DEPRESIÓN

Episodios de Depresión

En el año 2017 se notificaron un total de 155 casos, donde el 72% (#111) corresponde a mujeres y en general las tasas más altas se registran en este mismo sexo a partir de los 25 años. El sexo masculino registra tasas más altas entre las edades de 50 a 64 años.

Incidencia de Depresión Cantón de Santa Cruz, Año 2017.
4 (Tasas x 10000 hab).



Fuente: VIG-ARSSC.

Se presenta a continuación el número de casos por año a partir del año 2013, observando un aumento en la incidencia de casos para los años 2016-2017. Cabe mencionar que este evento a finales del año 2017 pasa a ser un reporte de notificación individual.

CASOS DE DEPRESION SANTA CRUZ AÑOS 2013-2017			
AÑO	POBLACIÓN	CASOS	TASAx10000
Año 2013	60495	111	18.35
Año 2014	61706	81	13.13
Año 2015	62892	99	15.74
Año 2016	64118	124	19.34
Año 2017	65345	155	23.72

Fuente: VIG-ARSSC.

3.1.3.1 FALTA DE VOLUNTAD POLITICA PARA GARANTIZAR ACCESO DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADA

El Ministerio de Salud como ente rector cuenta con una política de salud mental donde se definen los principios, el enfoque, los lineamientos y el plan de acción de Salud Mental para el país. Dicha política de hace con el fin de fortalecer la salud mental, prevenir la discapacidad temprana asociada a trastornos mentales, mediante un abordaje oportuno, con calidad y calidez de aquellos factores o situaciones en el ámbito comunitario que ponen en riesgo la salud mental y la vida de las personas. Esta política se caracteriza universal por que va dirigida a la totalidad de la población que habita en nuestro país.

El Ministerio como ente rector de la salud, lidera, promueve y articula de manera efectiva los esfuerzos con los actores sociales claves y ejerce potestad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población por medio de la política de Salud Mental

3.1.3.2 BAJA AUTOESTIMA QUE LIMITA LA SOCIALIZACIÓN

La baja autoestima puede condicionar la aparición, junto con otras causas, de diferentes trastornos como episodios de depresión o ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, adicciones o conductas suicidas.

Las mujeres presentan una menor autoestima, carecen muchas veces de confianza a la hora de optar, de plantear su opinión y de hacerlo de forma valiente. La mayoría de las personas que no ha desarrollado un alto nivel de autoestima nunca llega a autorrealizarse. La persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor, a esa valoración se llama autoestima, lo que contribuye a prevenir cualquier proceso depresivo.

3.1.3.3 AUSENCIA DE PSIQUIATRAS EN EL CANTON

El Área de Salud Santa Cruz, no se cuenta con un especialista en psiquiatría.

La psiquiatría como parte de la medicina, es una ciencia que estudia el comportamiento normal y anormal del individuo, su tarea es realizar el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos del comportamiento y patologías mentales. No hay salud si no hay salud mental.

Cuando una persona tiene problemas de salud mental muchas veces se siente aislada, frustrada y abrumada. Todas las áreas de su vida se ven afectadas, incluso su forma de pensar, sentir y actuar.

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones,

establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

3.1.3.4 FALTA DE PROMOCION EN SALUD MENTAL

Las intervenciones de promoción y prevención se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental.

La promoción de la salud es un tema prioritario en la Psicología de la salud. y se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable.

Se necesita realizar mayores estrategias para la promoción de la salud mental comunitaria,

Se debe de crear entornos de apoyo, brindar apoyo y espacios donde las personas que lo necesiten puedan buscarlo y encontrarlo es una de las herramientas de promoción de la salud mental.

3.1.3.5 AUSENCIA DE ESPACIOS RECREATIVOS

Los espacios recreativos constituyen una parte fundamental en el desarrollo social e intelectual de los niños de educación inicial, pues estos van a permitirle formar hábitos, destrezas y aptitudes por medio de procesos que van a contribuir significativamente en el rendimiento escolar y en la satisfacción del niño.

Estos espacios físicos que se encuentran tanto en territorio urbano como rural deben de estar dirigidos a la realización de actividades contemplativas cuyo fin es el disfrute escénico y la salud física y mental

La deficiencia de estos espacios provoca que los niños no tengan lugares para jugar, aprender y activarse, ya que en nuestro cantón hay muchas comunidades que carecen de estos espacios.

Líneas de acción: Depresión

Realizar charlas sobre abordaje de pacientes depresivos hacia el personal de salud

Realizar charlas sobre sensibilización de abordaje de pacientes depresivos hacia el personal de salud, desarrollo de charlas orientadas a habilidades para la vida

Programar charlas y actividades recreativas

Identificar espacios públicos para desarrollar espacios recreativos

Promover educación financiera

DESARROLLO INSTITUCIONAL, MUNICIPAL Y ORGANIZACIÓN SOCIAL.

Instituciones del sector público en el cantón y funciones o servicios que brindan de algunas de ellas:

- Municipalidad
- MEP
- MOPT-transito
- MINAET
- Poder Judicial
- SILOR
- DINADECO
- U.C.R
- UNED
- PANI
- AYA
- Bomberos
- Cruz Roja
- Correos de Costa Rica
- Inder
- ICE
- IAFA
- IMAS
- INA
- Fuerza Pública
- Área de Salud de Santa Cruz (CCSS)
- CEN
- Banco Nacional
- Banco de Costa Rica
- Banco Popular
- Mutual Alajuela
- Ministerio de Salud
- MAG-SENASA

Municipalidad: le corresponde velar por los intereses y necesidades de todos sus habitantes y a la vez administrar los servicios cantonales. Tales como: Recolección de basura, impuestos municipales, patentes, cánones, bienes inmuebles territoriales, visados de planos, permiso de

construcción, usos de suelos, policías municipales, deportes y cultura y emergencias que surgen en el cantón.

Gobierno Local

Toda municipalidad debe realizar una serie de funciones para las que requiere un sustento material, o sea una estructura organizativa integrada por departamentos, unidades de trabajo y puestos.

Dependiendo de los recursos y dimensiones organizativas de la municipalidad, esas funciones pueden realizarse con mayor o menor plenitud y, algunas, incluso, no realizarse del todo.

Dentro de esas funciones se encuentra la **Función de planificación** que comprende:

- **Presupuesto:** constituyó el principal instrumento de planificación con que operaron en el pasado las municipalidades.
- **Plan anual operativo (PAO):** son los planes de trabajo de carácter anual, ligados al presupuesto. En la actualidad todas las municipalidades deben prepararlo.
- **Programa de gobierno del alcalde:** hacen referencia al programa de gobierno de los alcaldes, debe estar basado en un diagnóstico de la realidad del cantón. Su cobertura es cantonal y la proyección es de cuatro años.
- **Planes de desarrollo cantonal:** Tienen un horizonte mayor a un año, abarcan al cantón, deben de servir de marco de referencia al PAO. Están en una fase incipiente.
- **Planes urbanos y de ordenamiento territorial:** El plan regulador es el principal instrumento de planificación urbana de que disponen las municipalidades; no todas las municipalidades lo tienen. Mediante una serie de acciones se realizan manifestaciones relativas al ordenamiento territorial: gestión vial, control de amenazas del medio, recurso hídrico, desechos sólidos, medio ambiente, etc.

Nos referiremos al Plan de desarrollo cantonal y plan urbano y de ordenamiento territorial:

El Plan de Desarrollo Cantonal de Santa Cruz (2004-2009), se desarrolló por parte de la Agencia Alemana de Cooperación Técnica –GTZ. La dinámica incluyó la realización de una serie de talleres distritales de consulta, de talleres institucionales con miembros de la municipalidad, de un taller cantonal, y la debida aprobación de los resultados del Concejo Municipal. En este caso, los resultados del estudio fueron validados por el Concejo Municipal en sesión extraordinaria número 26-2004, del lunes 13 de septiembre de 2004.

Para el año 2009, se realizó otro proceso participativo en la creación del Plan de Desarrollo del Cantón, en esta oportunidad por parte del PNUD bajo la subcontratación de dos facilitadoras y el apoyo de la municipalidad de Santa Cruz. Igualmente, en este proceso, a partir de la realización de talleres distritales, se llegó a la propuesta de diferentes proyectos por parte de las comunidades para conformar el Plan de Desarrollo. El proceso culminó en diciembre del 2009, sin embargo, a marzo del 2010 no se había aprobado aún el Plan por parte del Concejo Municipal.

Estos procesos, sin duda, crean una serie de expectativas en la población del municipio versus una falta de compromiso político por parte de los políticos locales. (González, 2010)

Plan regulador urbano y cantonal

Plan Regulador: La inexistencia de un plan regulador urbano en Santa Cruz, impide un proceso de planificación ordenado, así como la regulación adecuada en el uso de suelo. Los planes reguladores costeros son parciales y desarticulados, además no obedecen a requerimientos municipales sino privados.

Objetivos del plan regulador

Ordenar, planificar y regular el desarrollo urbano y rural.

Ordenar, planificar y regular el desarrollo de la Zona Marítima terrestre

Entre las acciones específicas para lograr esos objetivos están:

- Determinar mediante estudios técnicos y financieros el costo y beneficio del proyecto.
- Seleccionar la entidad que elaborará los planes reguladores.
- Implementar los planes reguladores ejerciendo por parte de la Municipalidad una labor de vigilancia y cumplimiento de la ley

Dentro de los problemas para un ordenamiento territorial eficientes se encuentran:

Reglamentación: La falta de planes reguladores impide una aplicación óptima de las leyes de planificación y urbanismo, así como la ley 6043 de Zona Marítima Terrestre. La influencia política ha fomentado la corrupción y la impunidad provocando privilegios a favor de sectores poblacionales reducidos, pero de alto poder económica. Esto se evidencia principalmente en la costa, donde los campesinos y pobladores han sido poco a poco desplazados, agravando la situación el bajo nivel educacional de este segmento poblacional lo que les impide contar con información suficiente para tomar decisiones.

Áreas de Crecimiento y Expansión urbana: Se entregan permisos de construcción sin una directriz bien definida y sin el adecuado control, encontrándose edificaciones recientes en zonas de alto riesgo. La falta de planificación está provocando un crecimiento desordenado. No se aplican o no existen planes de uso del suelo. Se ubican antros de vicio cercano a los centros educativos. No existe un control sobre los inmigrantes. No existe un plan regulador total, y los parciales no se aplican correctamente

Ocupación y uso de suelos: La falta de regulación, y de información hacia los ciudadanos provoca un uso inadecuado del suelo, en el que impera la improvisación. De ese modo, coexisten talleres mecánicos junto a viviendas, carnicerías junto a talleres de ebanistería, etc.

Prevención de contaminación ambiental: El cantón no cuenta con una cultura de prevención, ni en materia de desastres naturales, ni de contaminación. Se practican métodos paliativos o curativos. Se requiere educar, culturizar y capacitar a la población para que aprenda a prevenir focos de contaminación que puedan perjudicar la salud y el equilibrio ambiental. Las autoridades municipales trabajan arduamente para cumplir cabalmente con la normativa existente en materia de ordenamiento territorial, lo cual se pretende lograr ejerciendo control y vigilancia para lograr un desarrollo equitativo, justo y ordenado, aplicando las sanciones que define la ley en caso de incumplimiento, actualizando los reglamentos municipales para que

cumplan una labor más efectiva en torno a la problemática de ordenamiento territorial, implementación y aplicación correcta de los planes reguladores.

Como resultado de estas acciones se espera tener un cantón desarrollado producto de una adecuada aplicación de la ley y un crecimiento apegado a los lineamientos de ordenamiento y planificación con base en la normativa vigente.

En estos momentos se está trabajando en la elaboración del plan regulador cantonal y la elaboración de planes reguladores costeros, en forma articulada. Algunos sectores de la costa como Tamarindo mediante asociaciones privadas (asociación pro-mejoras de Tamarindo) se han convertido en defensores de su entorno y en fiscalizadores en conjunto con las autoridades de salud para que estos proyectos sigan en marcha y se conviertan en una realidad. Las autoridades municipales ya tienen su diagnóstico y con base al mismo se enfocan para ir creando las soluciones de los problemas anteriormente citados.

Plan de manejo de cuencas y áreas protegidas

Según información obtenida en oficina de MINAE, específicamente la que se encarga en lo relacionado al bosque Diría, actualmente no cuentan con un plan de manejo de cuencas y áreas protegidas. Sin embargo, existe en estos momentos el interés de contar con dicho plan; para lo cual se requiere de un estudio hidrológico y se menciona la ampliación del área de protección del bosque Diría, lo que favorecería las cuencas del río Diría, río En medio y otros más pequeños, los cuales abastecen el agua al cantón de Santa Cruz, parte del cantón de Carrillo y Nicoya.

Uso y cobertura de la tierra

Existe como lo mencionamos antes un uso inadecuado del suelo, precisamente producto de un crecimiento urbano y costero desordenado que en estos momentos se pretende corregir mediante la creación e implementación de un plan regulado.

Presupuesto municipal y porcentaje asignado a salud

La municipalidad de Santa Cruz tiene un presupuesto asignado de 3.303.093.470.36 colones, del cual el 20% según el artículo 47 de la ley # 5412.73, corresponden a gastos de salud, tales como mantenimientos de parques, cementerio, recolección de basura, evacuación pluvial y limpiezas de alcantarillas.

Principales servicios básicos brindados con relación a la protección del ambiente humano y salud.

Los principales servicios básicos que brinda el gobierno local en relación con la protección del ambiente humano y de salud son: recolección de desechos sólidos, limpieza de caños, chapia de lotes en áreas públicas, instalación de basureros, apoyo de campañas de recolección de criaderos o desechos no tradicionales, limpieza de tragantes, y alcantarillas para aguas pluviales.

Organizaciones Comunales:

En el cantón de Santa Cruz existen gran cantidad de organizaciones y fuerzas vivas en las comunidades, tanto de desarrollo, como Pro CenCinai, Pro-Mejoras, ASADAS, Asociaciones de Desarrollo Integral, Comités Tutelares, Unión Cantonal, entre otros.

Organizaciones de salud (juntas, comités)

Organización comunal en salud: Existe una junta de salud a nivel del cantón conformada según la ley 7852, tiene como fin fiscalizar el presupuesto asignado a la CCSS, promover y ejercitar acciones de participación ciudadana, de promoción de la salud, velar por el buen desempeño de los servicios y del local entre otros.

También existen 4 Comités de Salud que apoyan acciones en la prestación de servicios donde funciona los EBAIS de San Juanillo, Ostional, Tempate, y Ortega pero que por no estar normado su funcionamiento tiene una participación de consulta, perdiéndose la participación ciudadana efectiva a favor de los más necesitados. Dichos comités funcionan amparados en una guía, pero la misma no es de carácter obligatorio.

Consejo nacional de rehabilitación y educación especial: Es el rector en materia de discapacidad, por lo tanto, el encargado de asesorar y fiscalizar los políticos y acciones en cada uno de los componentes de la sociedad contaminante. Atiende las siguientes áreas de trabajo: instituciones y gobiernos locales, informes estadísticos, documentación.

Comunicación, capacitación, atención a ONGS orientación, fondo rectorio de préstamos y convivencia familiar. Brinda servicios de educación y rehabilitación a discapacitados del cantón.

Acueductos y Alcantarillados: Es el rector en materia de agua, le corresponde velar por la distribución de agua potable a toda la población del cantón, además movilizar el tratamiento de aguas negras y mantenimiento de lagunas oxidación.

Ministerio de Agricultura y Ganadería: Le corresponde brindar asesoría técnica a pequeños y medianos agricultores ubicados en el área atracción.

Ministerio de obras públicas y transporte: Es el encargado de velar por la infraestructura vial con el fin de dar un mejor servicio a la población, además de brindar educación vial y realizar trámites para obtención de licencias.

Caja Costarricense del Seguro Social: Es la institución que brinda atención directa en salud a las personas y observación las 24 horas del día. Cuenta con programas de prevención dirigida a la mujer, el niño, la niña y el adolescente. En relación con el adulto mayor, promueve acciones de auto cuidado.

Ministerio de Educación Pública: Su fin es atribuir con la dirección, orientación, asesoramiento

Y modificación a los programas de educación, retomando temas de interés nacional para niño, jóvenes y adultos, conservando al mejoramiento del que hacer educacional en los cuatros centros educativos de primaria, secundarias existentes en el cantón.

Asociaciones de Desarrollo

DINADECO, es la organización que orienta y capacita a todas las asociaciones que existen en el cantón y vigila su buen funcionamiento. Estas son las siguientes:

- 1) Asociaciones pro CEN-CINAI: las mismas están ubicadas en las siguientes localidades: Santa Cruz Centro, Arado, San Juan, Cacao, Bolsón, Ortega, 27 de abril, Río seco, Delicias , Hatillo, Paraíso , Tempate, Portegolpe, Huacas ,El llano , Cartagena, El edén , Ostional, Santa bárbara, Matapalo , Villarreal , Santa rosa, San José de pinilla, Lagunilla, La garita y San Pedro.
- 2) Existe un total de 75 asociaciones de desarrollo y de desarrollo Integral en el cantón.
- 3) También existe una unión cantoral de asociaciones con poder de convocatoria hacia las asociaciones y vela por cumplimiento de planes en beneficio de la ciudadanía.

Cooperativas

El cantón de Santa Cruz cuenta con las siguientes cooperativas:

1. CoopeGuanacaste
2. CoopeServidores
3. CoopeAlianza
4. Coopenae
5. Coopemapro
6. Coopeguaitil
7. Coopetortillas
8. Coopemep
9. -Cooperativa Autogestionaria para la Promoción de Energías Saludables (Sol Verde/Sol de Vida): promueve el uso de la energía solar como remplazo a la cocina de leña, con 15 grupos de mujeres de las zonas rurales en Santa Cruz, y 115 en el conjunto de Nicoya. (González, 2010)
10. CoopeOrtega: nace en 1984 y es legalmente establecida en 1985, buscando alternativas laborales para los jóvenes de la comunidad. Actualmente, trabajan incipientemente el tema del turismo rural. Se pretende crear una agencia de turismo, de tour operadores. Realizan tours en lanchas a través del río Tempisque. Como operadores, esperan poder brindar tours al Parque Nacional Palo Verde y Santa Cruz en General. (González, 2010)

Organizaciones de mujeres

Las instituciones que trabajan con grupos de mujer son:

- IMAS, CCSS
- Oficina de la mujer
- CEPIA (cultura, educación, psicología)

IMAS: Los grupos de mujeres antes mencionadas se integran con el fin de crear ideas productivas que benefician a la familia.

CCSS: Atiende un grupo de mujeres, el mismo es de prevención a la V.I.F sus miembros son mujeres adultas y está ubicado en Santa Cruz centro.

Oficina de la mujer: Esta ubicada en la municipalidad, atiende a grupos de mujeres: asociación de artesanías “uniendo esperanzas en Ortega”.

- Asociación de mujeres “espíritu santo” en Tempate.
- Asociación de mujeres artesanas en Santa Cruz.
- Asociación Santa Rosa (elaboración de pan casero)

CEPIA: Esta organización atiende 3 grupos a los cuales se les brinda psicoterapia por ser mujeres víctimas de violencia, están conformados por mujeres de Huacas, Matapalo, La Garita y Villarreal.

Uno de los grupos está conformado por adolescentes con antecedentes de explotación sexual, con problemas de drogas y víctima de violencia.

Cámaras

En este apartado tenemos:

- Cámara de ganaderos
- Cámara de turismo
- Cámara de productores

ASADAS: Sociedades de usuarios de Agua: Existen 65 ASADAS en el cantón, las cuales administran la dotación de agua de las comunidades.

ONG's: La organización no gubernamental presente en nuestro cantón es La Cruz Roja Costarricense, CEPIA.

Clubes de servicios:

-Club de leones

Comité de Deportes y Recreación:

En la actualidad se cuenta con infraestructura como gimnasios, piscina, canchas de fútbol, estadio, pista de atletismo y cancha de béisbol, bien administrada podría ser de gran beneficio para el deporte y la recreación a nivel cantonal. La mayoría de esta infraestructura es producto de inversiones que se realizaron con motivo de los juegos Deportivos Nacionales en el año 1994. Existe un Comité Cantonal de Deportes, cuyo presupuesto es con el fin de incentivar el deporte y la recreación.

Para el año 2017 se inauguró el Centro Cívico para La Paz en Santa Cruz, con una construcción de 7,200 m², el cual cuenta con un Centro de Cuido y Desarrollo Infantil, escuela de deporte y música, skatepark, biblioteca, auditorio, Centros Comunitarios Inteligentes y un Centro de Formación Comunitario. Este centro se encuentra ubicado en el distrito central de Santa Cruz.

CONCLUSIONES

El cantón de Santa Cruz, al igual que la mayoría de los cantones del país, se encuentra en un proceso de transición demográfica, donde la población joven ha disminuido, con el consiguiente aumento de la población adulta y adulta mayor. Este cambio en el perfil demográfico ha

ocasionado un aumento de la prevalencia de Enfermedades Crónicas y Degenerativas, generando consecuentemente un aumento en la demanda de la atención en los servicios de Salud.

La migración de los años 70's 80's fue principalmente de otros cantones de la misma provincia, seguida de la provincia de San José y Puntarenas, sin embargo, en el año a partir del año 2000, sigue siendo de otros cantones de la misma provincia y en segundo lugar de población proveniente de otros países.

Existe un cambio en las actividades económicas del cantón, orientadas hacia el sector terciario o de servicios, dirigidas principalmente al sector turismo, como hotelería, bienes inmuebles, turismo, construcción y actividades comerciales, generando empleo en la zona, la cual atrae mano de obra del resto del país y del extranjero, por esta razón se ha registrado un aumento de eventos como accidentes laborales, accidentes de tránsito, enfermedades infecciones como la tuberculosis, enfermedades transmitidas por vectores como el dengue y las encefalitis equinas (Oriental, Occidental, Venezolana y West Nile), además de mencionar el riesgo inminente de la transmisión del Virus del Chikungunya. Esto dificulta la vigilancia debido a que presentan cambios de domicilio o bien que este no es el domicilio fijo en el cantón, lo cual dificulta su localización y seguimiento.

El Cantón de Santa Cruz se encuentra en un área de alta endemicidad de enfermedades sensibles a los cambios climáticos, como son dengue (y potencialmente el Chikungunya), enfermedades respiratorias, diarreicas y encefalitis virales.

El Cantón de Santa Cruz tiene índices de desarrollo humano y social muy alto, sin embargo, los distritos de Cuajiniquil y de 27 de abril, presentan los indicadores más bajos al año 2007. El porcentaje de hogares pobres para el cantón supera el porcentaje nacional. El índice de pobreza no ha tenido variaciones significativas, a pesar del desarrollo y crecimiento económico del cantón, tampoco guarda relación con las mejoras en la calidad de vida que muestran los otros índices.

El porcentaje de tugurios supera el nivel nacional. En el año 2009 el cantón de Santa Cruz agrupaba la mayor cantidad de asentamientos en precarios de la región. Estas condiciones son propicias para la aparición de enfermedades infectocontagiosas y el crecimiento de la problemática social.

En cuanto al análisis de carencias, la incidencia más alta para el cantón es el

- 1- Acceso a albergue digno (20%)
- 2- Acceso a otros bienes y servicios (15.90%)
- 3- Acceso a una vida saludable (15.20%)

Respecto a los servicios en las viviendas:

- 1- Agua Potable, tiene una cobertura adecuada sin embargo no supera el 95%.
- 2- Disposición de excretas la mayoría de los hogares utilizan el tanque séptico, desconociendo el estado del funcionamiento de los mismos. Además, existe clandestinidad en la disposición final de los lodos sépticos por parte de las personas que se dedican a la limpieza de tanques sépticos y plantas de tratamiento.

3- Electrificación, la cobertura en general es adecuada habiendo algunos pocos lugares donde la misma no es disponible.

4- Solo el 29.4% de las viviendas contaban con servicio telefónico residencial, sin embargo, es un servicio que ha dejado de ser esencial debido a la proliferación de la telefonía celular.

Indicadores educativos:

La población analfabeta es baja habiendo un mayor predominio en hombres, el índice de analfabetismo es menor que el porcentaje regional y mayor que el porcentaje nacional. Existiendo un mayor porcentaje en el área rural con respecto a la urbana.

La población sin ningún nivel de instrucción en general es baja, correspondiéndose con una disminución de la deserción escolar primaria y secundaria, debido a las acciones implementadas para favorecer la permanencia de la población estudiantil en los centros educativos y dirigidos a la población más vulnerable y con menos acceso.

Indicadores socioculturales:

Según estudio realizado por el IAFA, el cantón de Santa Cruz es el segundo en la región que presenta un mayor consumo de drogas legales e ilegales.

Indicadores de Salud:

En cuanto a la cobertura de vacunación en los últimos tres años, la misma en general ha alcanzado un 95%.

Con respecto al Tamizaje neonatal tiene una cobertura adecuada al año 2011 debido a una efectiva consulta de captación y seguimiento posnatal.

La infraestructura del Área de Salud en el distrito central se encuentra en malas condiciones lo que conlleva a un colapso del servicio, con respecto a las sedes de EBAIS de la periferia que mantiene una infraestructura de regular a buena, sin embargo, la mayoría no cuenta con el Permiso Sanitario de Funcionamiento.

En general la cantidad profesionales de la salud en el cantón es menor en proporción al nivel nacional, produciendo un colapso en los servicios debido al recargo de la atención, además existiendo una gran cantidad de consultas en el área de emergencias, que no clasifican como tal.

La atención preventiva en algunas poblaciones (adulto mayor y mujeres en edad reproductiva) son bajas, trayendo como consecuencia un aumento en la morbilidad y mortalidad de ciertas enfermedades crónicas y degenerativas.

La tercera parte de la población no se encuentra asegurada, lo que trae como consecuencia una saturación de los servicios por la demanda de atención y que no aportan al sistema solidario.

Existe una adecuada cobertura de comedores escolares, en todos los distritos del cantón, además de la existencia de los Centros de Educación y Nutrición en todo el cantón, a esto se le debe sumar que en el futuro cercano se contará con el programa de la Red de Cuido.

Existe un mayor número de personas con algún tipo de discapacidad con respecto a la región y al país, lo que representa un mayor reto para brindarle a esta población los requerimientos que exige la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad.

Indicadores Ambientales:

El plan GIR se encuentra en proceso de elaboración, quedando pendiente la revisión por parte del Área Rectora de Salud, para su posterior presentación ante el Concejo Municipal.

Con respecto a la celda temporal que les da tratamiento a los residuos sólidos, la misma ya cumplió su vida útil, estando estancado el Proyecto del Parque Tecnológico Ambiental, no vislumbrándose a corto plazo una solución definitiva.

La recolección de los residuos sólidos se ve afectada por la irregularidad en el servicio, debido a desperfectos mecánicos de los vehículos, en cuyo caso no existen planes de contingencia.

La cobertura del programa de recuperación de residuos es realmente baja lo que conlleva a una saturación de en la celda temporal, que como ya dijimos líneas arriba, agotó su vida útil.

Indicadores de Morbi-mortalidad:

Las principales causas de muerte en el cantón son las del sistema circulatorio, tumores y causas externas (Accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, etc.), el cual es comparable al comportamiento del Nivel Nacional.

La mortalidad infantil ha ido disminuyendo en los últimos años, sin embargo, la mayor cantidad de muertes se clasifican como prevenibles.

Los principales eventos de notificación son los siguientes:

Infecciones Respiratorias

Diarreas

Dengue

Accidentes de Tránsito

Hipertensión Arterial

Diabetes

Violencia Intrafamiliar